

## Eozinofilik Sellülit: On Bir Yaşında Erkek Olgu

### Eosinophilic Cellulitis: An 11-Year-Old Male Patient

Aycan Özden Sezgin<sup>1</sup>, Hanife Ezgi Erçal<sup>1</sup>, Işıl Kılınç Karaarslan<sup>1</sup>, İlgen Ertam<sup>1</sup>,  
Tuğrul Dereli<sup>1</sup>, Gülşen Kandiloğlu<sup>2</sup>, Fatma Şibel Alper<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### Özet

On bir yaşında erkek hasta, sağ kruris ön yüzünde, sağ popliteal bölge iç medialinde ve sol kruris ön yüzünde yerleşimli, yaklaşık üç haftadır var olan, açık kahverengi, infiltratif plaklar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Lezyonların histopatolojik incelemesinde kollajen liflerin üzerine dejenere eozinofil ve nükleus kalıntılarının çökmesiyle oluşan alev figürleri ve laboratuvar tetkiklerinde eozinofili saptandı. Klinik ve histopatolojik veriler eşliğinde granümatöz fazın izlendiği "eozinofilik sellülit" tanısı koyuldu. Olgu, eozinofilik sellülitin çocuklarda çok nadir rastlanan bir tablo olması nedeni ile sunulmuş ve histopatolojinin tanıda önemi vurgulanmıştır. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 40-3*)

**Anahtar kelimeler:** Wells Sendromu, Eozinofilik sellülit, çocukluk çağı

**Geliş Tarihi:** 13. 06. 2008

**Kabul Tarihi:** 28. 01. 2010

#### Abstract

An 11-year-old boy was admitted to our clinic with a three-week of history of infiltrated brownish plaques located on the right cruris anterior, on the medial side of the right popliteal area and on the left cruris anterior. Histopathological examination showed flame figures which were composed of degenerated eosinophils and nuclear debris deposited on collagen fibers and laboratory analysis revealed eosinophilia. According to the clinical and histopathological findings, the case was diagnosed as eosinophilic cellulitis in the granulomatous phase. The case has been reported because of the rare presentation of eosinophilic cellulitis in children and the importance of the histopathology has been emphasized. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 40-3*)

**Key words:** Wells syndrome, Eosinophilic cellulitis, childhood

**Received:** 13. 06. 2008

**Accepted:** 28.01. 2010

#### Giriş

Eozinofilik sellülit (Wells sendromu), nadir görülen, idiyopatik, kronik inflamatuvar bir dermatozdur.

Hastalık akut dönemde daha çok ekstremitelere veya gövde yerleşimli, tek veya çok sayıda olabilen, ısı artışının eşlik ettiği eritemli, ödemli lezyonlar ile karakterizedir. Bu dönemde lezyonlar sellülit ile karışabilmektedir. Bunun yanı sıra daha nadir olarak nodüller, veziküller, büllöz lezyonların da görüldüğü olgular vardır. Hastalığın

geç evresinde ise lezyonlar daha az eritemli infiltrate plaklar şeklinde görülmektedir. Hastalarda eozinofili, ateş, lenfadenopati, artralji, respiratuvar semptomlar, fasiyal paralizi gibi sistemik bulgular görülebilmektedir (1-3).

Histopatolojik olarak hastalık akut, subakut ve granümatöz evrelerinden oluşmaktadır. Akut evrede eozinofilik infiltrasyon ve dermal ödemden bahsedilirken, subakut evrede merkezde dermal kollajenler ve çevresinde eozinofilik granüller, makrofaj, dev hücrelerden oluşan alev figürleri mevcuttur. Granümatöz evrede ise eozino-

filik infiltrasyon geriler, granülom oluşturur şekilde histiyosit ve dev hücreler alev figürlerinin çevresinde görülür (2).

Hastalığın etiopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber ilaç reaksiyonları, enfeksiyonlar, böcek ısırması, maliniteler ve fotosensitivite etiyolojik nedenler arasında gösterilmektedir (1,4-7).

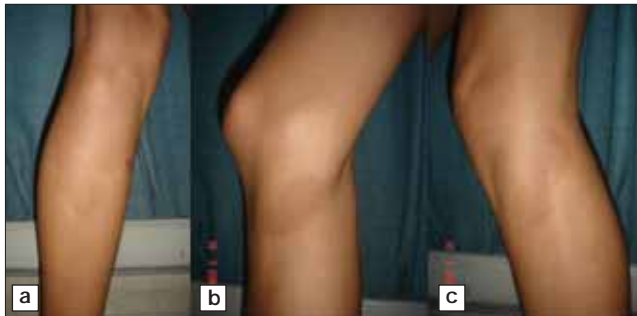
Eozinofilik sellülit genellikle erişkin yaş döneminde görülmektedir. Çocukluk döneminde oldukça nadirdir ve literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir. Burada çocuk hasta-da görülen geç dönem bir eozinofilik sellülit olgusu sunulmuştur.

### Olgu

On bir yaşında erkek hasta, bacaklarında kaşıntılı, kah-verengi lezyonlar nedeniyle başvurdu. Üç hafta önce sol kruris önyüzünde küçük kızarıklık, kaşıntılı bir şişlik meydana gelmiş, daha sonra bu şişlik genişleyerek kahverengi, sert bir lezyon şeklini almış ve diğer bacakta da aynı şekilde lezyonlar oluşmuştu. Olgunun öyküsünde böcek ısırığı, enfeksiyon veya herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Hastaya başvurduğu birinci basamak sağlık merkezinde topikal kortikosteroidli krem ve oral antihistaminik verilmiş, hasta bu tedaviden fayda görmemişti. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Hastanın dermatolojik bakısında sağ kruris önyüzünde bir adet 15x13 cm, sağ popliteal bölge medialinde bir adet 7x5 cm ve sol kruris önyüzünde bir adet 8x4 cm çaplı, toplam üç adet açık kahverengi renkte, homojen, deriyle aynı seviyede, palpasyonla sklerotik, keskin sınırlı plaklar mevcuttu (Şekil 1). Lezyonlardan morfea ön tanısıyla biyopsi alındı. Histopatolojisinde eozinofilik boyanma gösteren kolajen liflerin üzerinde ve çevresinde yerleşmiş dejenere eozinofil, lökosit kümelerinden oluşan alev figürleri ve bunların çevresinde histiyositler ve yabancı cisim tipi dev hücreler izlendi (Şekil 2, 3).

Periferik yaymada %4.8 oranında eozinofili saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, eritrosit sedimentasyon hızı normal sınırlarda saptandı. Gaita bakısında parazit saptanmadı. ANA, IgE, spesifik IgE negatif, viral ve parazit serolojilerinde patoloji saptanmadı. Eşlik edebilecek hematolojik maliniteler açısından bakılan lenfosit panelinde ise patoloji bulunmadı. Bir aylık topikal klobetazol propiyonat tedavisi ile lezyonlar yerinde postinflamatuar hiperpigmentasyon bırakarak geredildi.



**Şekil 1.** (a) Sağ kruris önyüzünde 15x13 cm, (b) sağ popliteal bölge medialinde 7x5 cm ve (c) sol kruris önyüzünde 8x4 cm olmak üzere toplam 3 adet deriyle aynı seviyede, açık kahverengi plaklar

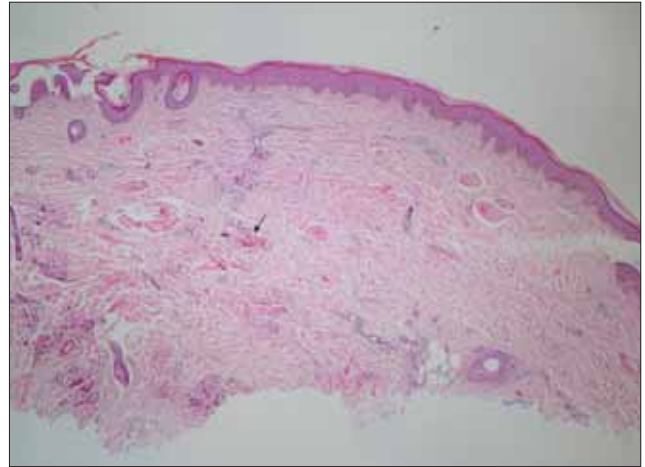
### Tartışma

Eozinofilik sellülit, ilk olarak Wells tarafından 1971 yılında "eozinofili ile seyreden rekürren granülomatöz dermatit" adıyla tanımlanmış (8), ilerleyen yıllarda "eozinofilik sellülit" olarak adlandırılmıştır (9).

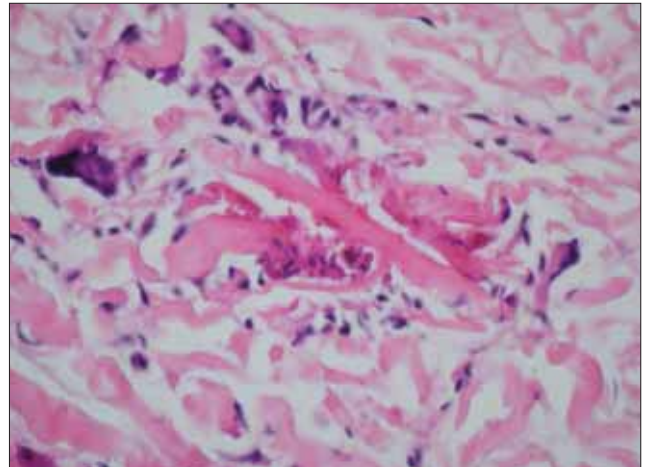
Eozinofilik sellülit genellikle yetişkin hasta grubunda bildirilmektedir. Çocukluk çağına ise daha nadirdir. Bildiğimiz kadarıyla İngilizce literatürde bildirilen 27 pediatrik olgu vardır (2,3,7,9-26).

Ülkemizden, ulaşabildiğimiz kadarıyla Türkçe literatürde 4 olgu (27-30) ve İngilizce literatürde 3 olgu bildirisi (10, 31,32) olmakla beraber bunların hiçbirisi pediatrik yaş grubunda değildir.

Literatürde bildirilen pediatrik olguların çoğu 10 yaş altında, bunlardan dördü ise yeni doğan döneminde (12, 14, 20) saptanan olgulardır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında olguların on yedisinin erkek, onunun ise kız hasta olduğu görülmektedir.



**Şekil 2.** Dermisde perivasküler ve intersitsiyel yangısal hücre infiltrasyonu ve biri okla işaretlenmiş olan alev figürleri (H&E, x4)



**Şekil 3.** Kolajen demetleri etrafında dejenere eozinofil, lökosit kümelerinden oluşan alev figürleri, eozinofilik granüller ve nükleus kalıntıları ve çevresinde dev hücreler (H&E, x40)

Etiyolojik nedenler açısından değerlendirildiğinde literatürde bildirilen olguların yaklaşık yarısında herhangi bir etiyolojik neden saptanmamıştır. Etiyolojik neden bildirilen 14 olgudan dördünde böcek ısırığı (7,16,17,19), üç olguda kızamık, suçiçeği ve erizipel gibi enfeksiyonlar (9, 22), bir olguda ise hepatit ve difteri-boğmaca-tetanoz aşısı (10), iki olguda annenin gebeliği sırasında kullandığı ilaç kullanımı (danazol ve penisilin) (12,14), bir olguda molluskum contagiosum tedavisi için uygulanan kriyoterapi (26) olası tetikleyici faktörler olarak gösterilmiştir. İki olguda ise ailede de eozinofilik sellülit tanısı olması nedeniyle genetik geçiş olabileceği belirtilmiş ve bu iki olguda eozinofilik sellülite eşlik eden mental retardasyon ve kısa boy, yüksek ayak arki, kısa ve kalın parmaklar gibi anormal vücut yapısı bildirilmiştir (20).

Laboratuvar değerleri açısından değerlendirildiğinde eozinofili, Ig E düzeylerinde artış, lökositoz, sedimentasyon yüksekliği, ANA pozitifliği, varisella titresinde artış gibi bulgular saptanabilmektedir.

Eozinofilik sellülitin ayrıncı tanısında akut dönemde sellülit, erizipel, böcek ısırığı, ürtiker; geç döneminde ise morfea, granuloma annulare, eritema elevatum diutinum akla gelmelidir.

Tedavide topikal ve sistemik steroidler, H1 antihistaminikler kullanılırken antibiyoterapi genellikle etkisizdir. Ancak minosiklinle yanıt alınan olgular bildirilmiştir (5). Düşük doz siklosporinle olumlu yanıt alınan olgular (33,34) ve spontan gerileyen olgular da vardır (1,2). Genellikle lezyonlar atrofik plak veya hiperpigmentasyona dönüşerek skar bırakmaksızın iyileşmektedir ancak literatürde, sekonder enfekte saçlı deri yerleşimli lezyonlara bağlı gelişen skarlı alopesi bildirilmiştir (7).

Sunulan olguda etiyopatolojik açıdan herhangi bir neden saptanmamıştır. Eşlik eden sistemik semptom bulunmazken sadece laboratuvar tetkiklerinde %4, 8 eozinofili saptanmıştır. Tedavide ise uygulanan topikal steroid ile lezyonlar gerilemiştir.

Bu olgunun önemli bir özelliği hasta başvurduğunda izlenen sklerotik plaklar nedeniyle ön tanıda öncelikle morfea düşünülmüş ancak histopatolojik incelemede saptanan alev figürleri yardımıyla eozinofilik sellülit tanısı konulabilmiş olmasıdır. Bu da histopatolojinin tanıda önemini vurgulamaktadır. Ancak alev figürleri eozinofilik sellülit için patognomonik değildir. Eozinofilik sellülit dışında tinea enfeksiyonları, büllöz pemfigoid, pemfigoid gestasyon, mastositoma, insekt bite, allerjik ilaç erüpsiyonları ve idiyomatik hipereozinofilik sendrom gibi eozinofilinin eşlik edebileceği çeşitli hastalıklarda da görülebilmektedir (1,2,6).

Olgu, pediatrik dönemde görülen eozinofilik sellülit olgusu olması ve tanıda histopatolojinin önemini vurgulaması nedeni ile sunulmuştur.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

### Kaynaklar

1. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff H.H, Burgdorf H.C, editors. *Dermatology*. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag;2000;1404-5.

2. Van der Straaten S, Wojciechowski M, Salgado R et al. Eosinophilic cellulitis or Wells' syndrome in a 6-year-old child. *Eur J Pediatr* 2006;165:197-8.
3. Gilliam AE, Bruckner AL, Howard RM et al. Bullous "cellulitis" with eosinophilia: case report and review of Wells' syndrome in childhood. *Pediatrics*. 2005;116:149-55.
4. Zeeli T, Feinmesser M, Segal R et al. Insect-bite-like Wells' syndrome in association with mantle-zone lymphoma. *Br J Dermatol* 2006;155:614-6.
5. Hamamoto Y, Ichimiya M, Yoshikawa Y et al. Eosinophilic cellulitis associated with molluscum contagiosum. *Br J Dermatol* 2004;151:1279-81.
6. Kwah YC. Photosensitivity: a possible cause for Wells' syndrome? *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008;24:52-4.
7. Anderson CR, Jenkins D, Tron V et al. Wells' syndrome in childhood: case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:857-64.
8. Wells GC. Recurrent granulomatous dermatitis with eosinophilia. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1971;57:46-56.
9. Wells GC, Smith NP. Eosinophilic cellulitis. *Br J Dermatol* 1979;100:101-9.
10. Koh KJ, Warren L, Moore L et al. Wells' syndrome following thiomersal-containing vaccinations. *Australas J Dermatol* 2003;44:199-202.
11. Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. *Int J Dermatol* 2003;42:62-7.
12. Kuwahara RT, Randall MB, Eisner MG. Eosinophilic cellulitis in a newborn. *Pediatr Dermatol* 2001;18:89-90.
13. Davis MD, Brown AC, Blackston RD et al. Familial eosinophilic cellulitis, dysmorphic habitus, and mental retardation. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:919-28.
14. Garty BZ, Feinmesser M, David M et al. Congenital Wells syndrome. *Pediatr Dermatol* 1997;14:312-5.
15. Nielsen T, Schmidt H, Søgaard H, et al. Eosinophilic cellulitis. (Well's syndrome) in a child. *Arch Dermatol* 1981;117:427-9.
16. Saulsbury FT, Cooper PH, Brackowski A et al. Eosinophilic cellulitis in a child. *J Pediatr* 1983;102:266-9.
17. Schorr WF, Tauscheck AL, Dickson KB et al. Eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome): histologic and clinical features in arthropod bite reactions. *J Am Acad Dermatol* 1984;11:1043-9.
18. Brehmer-Andersson E, Kaaman T, Skog E et al. The histopathogenesis of the flame figure in Wells' syndrome based on five cases. *Acta Derm Venereol* 1986;66:213-9.
19. Wood C, Miller AC, Jacobs A et al. Eosinophilic infiltration with flame figures. A distinctive tissue reaction seen in Wells' syndrome and other diseases. *Am J Dermatopathol* 1986;8:186-93.
20. Kamani N, Lipsitz PJ. Eosinophilic cellulitis in a family. *Pediatr Dermatol* 1987;4:220-4.
21. Lindskov R, Illum N, Weismann K et al. Eosinophilic cellulitis: five cases. *Acta Derm Venereol* 1988;68:325-30.
22. Reichel M, Isseroff RR, Vogt PJ et al. Wells' syndrome in children: varicella infection as a precipitating event. *Br J Dermatol* 1991;124:187-90.
23. Paquet P, Laso-Dosal F, de la Brassinne M. Wells' syndrome: report of 2 cases. *Dermatology* 1992;184:139-41.

24. España A, Sanz ML, Sola J et al. Wells' syndrome (eosinophilic cellulitis): correlation between clinical activity, eosinophil levels, eosinophil cation protein and interleukin-5. *Br J Dermatol* 1999;140:127-30.
25. Aroni K, Aivaliotis M, Liossi A et al. Eosinophilic cellulitis in a child successfully treated with cetirizine. *Acta Derm Venereol* 1999;79:332.
26. Stavropoulos PG, Kostakis PG, Panagiotopoulos AK et al. Molluscum contagiosum and cryosurgery: triggering factors for Wells' syndrome? *Acta Derm Venereol* 2003;83:380-1.
27. Seçkin D, Demirhan B, Güleç T ve ark. Bir Eozinofilik Sellülit (Wells Sendromu) Olgusu *T Klin Dermatoloji* 1999;9:90-4
28. Karaca Ş, Kulaç M, Aktepe F ve ark. Eozinofilik Sellülit (Wells Sendromu): Olgu Sunumu *Kocatepe Tıp Dergisi* 2005;6:59-62.
29. Zindancı İ, Kocatürk E, Can B et al. A Case of Eosinophilic Cellulitis (Wells' Syndrome) *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2005,15:156-9.
30. Apaydın R, Bayramgürler D, Zincirci C ve ark. Granüloma Annülare Benzeri Eozinofilik Sellülit. *Türkderm* 2004;38:67-70.
31. Seçkin D, Demirhan B. Drugs and Wells' syndrome: a possible causal relationship? *Int J Dermatol* 2001;40:138-40.
32. Arca E, Köse O, Karslıoğlu Y et al. Bullous eosinophilic cellulitis succession with eosinophilic pustular folliculitis without eosinophilia. *J Dermatol* 2007;34:80-5.
33. Karabudak O, Dogan B, Taskapan O, et al. Eosinophilic cellulitis presented with semicircular pattern. *J Dermatol* 2006;33:798-801
34. Herr H, Koh JK. Eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome) successfully treated with low-dose cyclosporine. *J Korean Med Sci* 2001;16:664-8.