



## Fasiyal Eritemi Olan Hastada Tanı ve Ayırıcı Tanı

Dr. Tuğba Binarbaşı Akın<sup>\*1</sup>, Doç. Dr. Zekayi Kutlubay<sup>1</sup>, Prof. Dr. Server Serdaroğlu<sup>1</sup>, Prof. Dr. Burhan Engin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

**Yazışma Adresi:** : Dr. Tuğba Binarbaşı Akın, İ.Ü.Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul

E-posta: binarbasitugba@gmail.com

### Özet

#### Fasiyal Eritemi Olan Hastada Tanı ve Ayırıcı Tanı

Fasiyal eritem açık ten rengine sahip bireylerde daha belirgin olarak görülen, kutanöz kan damarlarının genişlemesi ve deride artmış kan akışı sonucunda ortaya çıkar. Yüzde görülen geçici eritem sıklıkla duygusal durumlar, egzersiz veya ısıya maruz kalma durumunda nörolojik yanıt olarak ortaya çıkan ve normal karşılanan bir durum olmakla beraber, çeşitli inflamatuvar hastalıklar ve tıbbi durumlarda, daha uzun süren ve semptomatik veya kozmetik olarak rahatsız edici fasiyal eritem oluşabilir. Diffüz veya lokalize fasiyal eritem kliniğine sahip hastalıklar ve bu hastaların değerlendirilmesi burada gözden geçirilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Yüz, eritem

Akın TB, Kutlubay Z, Serdaroğlu S, Engin B. Fasiyal Eritemi Olan Hastada Tanı ve Ayırıcı Tanı. Dermatoloz 2019; 10 (2): dermatoz19102d4

### Abstract

#### The Diagnosis and Differential Diagnosis of Facial Erythema

Facial erythema (facial redness), a clinical finding most noticeable in fair-skinned individuals, occurs as a result of cutaneous blood vessel dilatation and increased blood flow to the skin. Although transient facial erythema is often observed as a normal, neurologically-mediated response to strong emotion, exercise, or heat exposure, inflammation and a variety of medical conditions can lead to longer-lasting and symptomatic or cosmetically distressing facial erythema. Examples of disorders that may present with diffuse or localized facial erythema and the evaluation of patients with this clinical finding will be reviewed here.

**Keywords:** Facial, erythema

### Giriş

Fasiyal eritem, kutanöz damar dilatasyonu ve artmış kan akımına bağlı olarak, açık ten rengine sahip bireylerde daha çok kendini belli eden klinik bulgudur. Geçici fasiyal eritem çoğu zaman normal olarak kabul edilir. Duygusal stres, egzersiz, sıcak maruziyetine nörolojik aracılı cevap, inflamatuvar deri hastalıkları, dış etkenlere bağlı gelişen deri hastalıkları, sistemik hastalıklar ve çeşitli medikasyonlar daha uzun süren, semptomatik veya kozmetik olarak rahatsız edici fasiyal eriteme sebep olurlar.

### Primer İnflamatuvar Deri Hastalıkları

**Rozase:** Eritemotelenjiyektazik tip rozase, sentrofasial eritem ve telenjiyektaziler ile karakterizedir. Hastalar aynı zamanda deri hassasiyeti ve flushingden de yakınırılar. Tanı için hasta hikayesi ve muayene çoğu zaman yeterlidir (1).

**Perioral dermatit:** Periorifisyel dermatit olarak da bilinir. En çok genç kadınlarda ve daha nadir çocuklarda gözlenir. Ağız, burun ve göz çevresinde küme yapan multipl, küçük, inflamatuvar papüller vardır. İnce skuamlanma da görülür. Perioral lezyonlarda dudanın vermilion sınırına yakın deride lezyon izlenmez (2).

**Seboreik dermatit:** Yetişkin hastada eritemle beraber yağlı görünümlü sarı-beyaz skuamla ile karakterizedir. Özellikle nasolabial kıvrım, kaş, kaş araları, burun kenarlarında lezyonlar görülür. Yüz dışında da saçlı deri, kulak, göğüs, aksilla ve kasıkta da lezyonlara rastlanır. Tanı klinik bulgular ile konur (2).

**Atopik dermatit:** Atopik dermatitin yüz tutulumu bebeklerde sık olarak karşımıza çıkar. Ancak aynı zamanda daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde de görülebilmektedir. Oldukça kaşıntılı eritemli yama

ve plak lezyonlara çoğu zaman skuamlanma, kabuklanma, ekzoriyasyon, eksudasyon veya likenifikasyon eşlik eder. Tipik tutulum bölgelerinde yoğun kaşıntılı kronik dermatit bulguları eşliğinde tanı konmuş olur. Bazı hastalarda Dennie-Morgan çizgileri olarak bilinen alt göz kapağında ek deri katlanma çizgisi gözlenebilir (3).

**Psoriasis vulgaris:** Psoriasisın yüz lezyonları çoğunlukla, vücut lezyonları kadar kalın beyaz skuamlı plaklar şeklinde bariz olmaz. Bazı hastalarda lezyonlar seboreik dermatiti anımsatabilir. Vücudun farklı yerlerinde klasik psoriatik lezyonların saptanması, yüz lezyonlarına tanı koymada ipucu niteliğinde olacaktır (4).

### Dış Uyarılara Bağlı Oluşan Hastalıklar

**İrritan kontakt dermatit:** Cilt bakım ürünleri, kozmetikler ve diğer maddelerle temasa bağlı olarak ekzematöz dermatit kliniği gösteren yüz lezyonları meydana gelebilir. Temas alanına bağlı olarak bu reaksiyon lokal veya diffüz olabilmektedir. Fasiyal deri kıvrımları ve göz kapakları gibi hassas alanlarda reaksiyon daha şiddetli olma eğilimindedir. Allerjik kontakt dermatitin aksine hastaların kaşıntıdan ziyade yanma, karıncalanma, iğnelenme şikayetleri olur. Hasta hikayesi ile çoğu zaman tanı doğrulanmış olur (4).

**Allerjik kontakt dermatit:** Topikal olarak uygulanan maddelere karşı meydana gelen, parlak eritem, kabuklanma, eksudasyon ile karakterize yoğun inflamatuvar reaksiyon ile kendini gösteren gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonudur. Bazı hastalarda kronik olarak seyreden hafif inflamasyon bulguları gösteren klinik de gözlenebilir. Sebep olan antijenik maddeyi saptamaya yönelik yama testi yol gösterici olabilir (4).

### Fotosensitif Hastalıklar

**Güneş yanığı:** Güneş teması sonrası ortaya çıkan birleşmeye eğilimli, eritemli yamalar şeklinde gözlenir. Kaşıntı ya da yanma eşlik edebilir. Şiddetli vakalarda ödem, vezikül veya büll olabilir. İyileşme döneminde sıklıkla deskuamasyon gözlenir.

**Polimorf ışık erüpsiyonu:** Halk dilinde güneş alerjisi veya güneş zehirlenmesi olarak bilinir. Klinik bulguları çok çeşitlidir. Güneş maruziyetinden saatler ya da günler sonra eritemli yama ve papüller, vezikülasyon, plaklar ortaya çıkar. Güneş ışığına zamanla tolerasyon gelişeceğinden bu tablo daha çok ilkbahar başlarında görülür (5).

**Fototoksik ve fotoallerjik erüpsiyon:** Fototoksik reaksiyonda, fotosensitizan bir maddenin topikal veya oral yolla

uygulanmasından sonra güneş yanığı şeklinde lezyonlar ortaya çıkar. Fotosensitizan ajan güneş yanığı oluşması için gereken UV maruziyeti eşliğini düşürmektedir. Ödem ve vezikülasyonlar dahil ciddi reaksiyonlar olabilmektedir (6-8).

Fotoallerjik reaksiyonda daha çok topikal uygulanan bir ajan sonrası (nadiren oral de olabilir) güneş gören bölgelerde kaşıntılı ekzematöz erüpsiyon meydana gelir (6-8).

**Güneş hasarı:** Kronik güneş hasarına bağlı olarak oluşan kaba kırmızı ten rengi ve telenjektazilere bağlı fasiyal kızarıklık görünüm ortaya çıkar. Yüzün güneşten korunan alanları etkilenmez. Bu hastalara Civatte poikiloderması da eşlik edebilir (kronik güneş hasarının sonucu olarak boynun lateral kısımlarında benekli pigmentasyon ve telenjektazilerin gözlenmesi (9,10)).

**Akut kutanöz lupus eritematozus, dermatomyozit, lupus tumidus:** Bu romatolojik hastalıklarda da cilt lezyonları güneş temasıyla ortaya çıkabilmekte ya da temas sonrası alevlenebilmektedir (11).

### Sistemik Hastalıklar

**Akut kutanöz lupus eritematozus:** AKLE’de malar bölgesinde kelebek döküntüsü şeklinde yakıştırma yapılan, inatçı viyolase eritem gözlenir. Rozaseden farklı olarak telenjektazi gözlenmez ve lupusta nasolabial kıvrım korunur. SLE’nin diğer klinik ve laboratuvar bulguları ile beraber tanı konur (12).

**Dermatomyozit:** Dermatomyozitin klasik bulgularından biri olan heliotrop döküntü, periorbital bölge ve göz kapaklarında viyolase ödematöz lezyon olarak gözlenir. Proksimal kas güçsüzlüğü eşlik edebilir. Periungual telenjektaziler ve gottron papülleri gibi diğer bulgularının saptanması tanıya yaklaştırır. Yetişkinde dermatomyozit tanısı konulursa alta malignitelerin yatabileceği akılda tutulmalıdır (13).

### İnfeksiyon Hastalıkları

**Viral infeksiyonlar:** Eritema infeksiyozum, parvovirüs B19’un neden olduğu daha çok çocuklarda görülen viral bir hastalıktır. En tipik özelliği yanaklarda tokat atılmış izlenimi uyandıran kızarıklık yamalarıdır. Nonspesifik konstitusyonel semptomlar (ateş, burun akıntısı, baş ağrısı, gastro intestinal rahatsızlık), cilt bulgularından önce başlar. Fasiyal lezyondan sonra genelde iki gün içinde de gövde ve ekstremitelerde dantelimsi görünümlü döküntü ortaya çıkar (14).

Kızamık ve kızamıkçık gibi viral infeksiyonların erken döneminde de morbiliform veya birleşmeye eğilimli fasiyal kızarıklık gözlenebilmektedir (14).

**Erizipel:** Beta hemolitik streptokokların neden olduğu yüzeysel form selülitir. Hastalar akut olarak gelişen eritemli, sıcak, ödematöz, iyi sınırlı plak ile başvururlar. Kutanöz bulgulara sıklıkla ateş yüksekliği ve lenfadenopati eşlik eder (15).

## Lokalize İnflamatuvar İnfiltrasyon İle Giden Durumlar

**Lupus tumidus eritematozus:** Yüz, boyun, üst gövde ve üst ekstremiteler gibi güneş gören alanlarda, skuamın eşlik etmediği eritemli plaklar şeklinde gözlenir. Hastaların çoğunluğunda sistemik lupus saptanamaz. Biyopsi tanıya yardımcıdır (16,17).

**Jessner'in lenfositik infiltrasyonu:** Yüz, boyun ve üst gövdede yerleşen asemptomatik eritemli sıklıkla anuler şekilli plaklar şeklinde klinikte karşımıza çıkar. Tanı için deri biyopsisi yardımcıdır. Lupus tumidus eritematozus ile klinik ve histopatolojik olarak benzerler. Ancak bu iki hastalık arasındaki ilişki aydınlatılamamıştır (18,19).

**Granuloma fasiyale:** Yüz bölgesinde genelde soliter ancak nadiren multipl olabilen, asemptomatik, üzerinde foliküler ağzıların belirgin olduğu, kırmızı-kahve oval plaklardır. En sık beyaz ırkta ve erkeklerde görülür. Histopatolojide yoğun mikst dermal infiltrasyon ve bu infiltrasyondan korunmuş ince bant şeklinde papiller dermis (Grenz zonu) göze çarpar (20).

**Lenfositoma kutis (kutanöz lenfoid hiperplazi):** Deride lenfosit proliferasyonunu tetikleyen antijenik bir uyarı sonucu meydana gelir. Spesifik nedeni bilinmemekle beraber böcek ısırıkları, infeksiyonlar (Lyme dahil) bazı vakalarla ilişkilidir. Hastalar tipik olarak kırmızı-kahve-viyolase nodül veya plaklarla gelirler. Tanı için biyopsi şarttır (21,22).

**Tinea faciei:** Dermatofitik mantarlarla meydana gelen infeksiyonlar, etken olan organizmaya ve konağın immun yanıtına bağlı olarak diğer akut ve kronik dermatozları taklit edebilir. Genelde yüzdeki mantar infeksiyonu tek taraflı, iyi sınırlı olmaya meyillidir. Nadiren anüler, kabuklanan, akıntılı ve yavaşça çevreye doğru genişleyen plaklar şeklinde görülebilmektedir. Kazıntı örneğinin potasyum hidroksit sonrası direk mikroskopik bakışı veya kültürü tanıyı doğrular. Eğer lezyonlara topikal steroid uygulanmışsa inflamasyon baskılanacağından lezyon iyileşiyor gibi gözükür (tinea inkognito). Ancak topikal steroid kesildiğinde nüks edecektir (23).

## Diğer Durumlar

**Flushing:** Flushing, en sık yüzde ortaya çıkan geçici eritemin eşlik ettiği sıcaklık hissidir. Boyun, kulaklar, göğüs, epi-

gastrium ve kollar ya da diğer alanlar da etkilenebilir. Flushing, vazodilatasyona bağlı olarak artmış kutanöz kan akışının bir sonucudur ve kutanöz vasküler düz kasın çeşitli otonomik veya vazodilatör uyarılara eşzamanlı fizyolojik yanıtının bir parçasını temsil eder. Etiyolojiye bağlı olarak epizodik, geçici veya sabit olabilir (23). Ateş, hipertermi, menopoz, duygusal kızarma, rozase en sık flushing kliniği yapan durumlardır. Onun dışında çeşitli nörolojik hastalıklar, kalsiyum kanal blokerleri, nitrogliserin ve fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (sildenafil, vardenafil ve tadalafil) gibi vazodilatasyona sebep olan çeşitli ilaçlar, karsinoid sendrom, feokromasitoma, mastositoz gibi çok farklı klinik tabloda flushing olabilmektedir. Ayırıcı tanıya giderken eşlik eden diğer semptomlar ve bulgular (diyare, taşikardi, ateş yüksekliği, menopoz, duygusal stres, bronkospazm, hipotansiyon, bulantı, kusma, karın ağrısı, terleme vb.) önem arz edecektir. Düşünülen ön tanıya yönelik ilave laboratuvar testler istenebilir (23).

**Kaba kırmızı cilt yapısı (ruddy complexion):** Özellikle açık cilt rengine sahip insanlarda normal özellik olarak gözlenebilen generalize eritemdir. Rozaseden farklı olarak bu eritem yüzün orta kısmına sınırlı değildir (24).

**Keratosis pilaris rubra:** Keratosis pilaris rubra fasiya, daha çok, açık cilt rengine sahip çocuk, adolesan ve genç erişkinlerde görülür. Yanaklarda bilateral olarak üçgen şekilli, eritemli yamalar şeklinde görülür. Bu eritemli yamaların üzerinde, palpasyonla kaba hissiyat veren foliküler keratotik papüller bulunur. Tanı için çoğu zaman klinik yeterlidir (24).

**Topikal steroidlerin kesilmesi:** Bazı hastalarda orta ve yüksek potensli topikal steroidlerin yüze uzun süre uygulanmasına bağlı olarak kızamık yüz meydana gelir. Topikal steroid kesilmeye ya da azaltılmaya çalışıldığında birkaç gün içinde yanma ve batma şikayetleri gelişir. Bu durum topikal steroidin kesilmesiyle alttaki dermatozun alevlenmesine bağlı gelişen eritem ile karıştırılabilir. Topikal steroid kesilmesine bağlıysa genelde dört gün içinde jeneralize bir eritemle beraber ağrı ve yanma gibi şikayetler görülecektir (25-27).

**Yanan yüz sendromu (fasiyal eritrodizestezi):** Kan damarlarının hafif dilatasyonuna bağlı olarak gelişen fasiyal eritemle beraber yanma ve ağrı şikayetlerinin olduğu bir durumdur. Bazı hastaların rozasesi vardır. Bazı hastaların da nöropatik ağrı sendromuna bağlı olduğu düşünülür.

## Hastanın Değerlendirilmesi

Fasiyal eritemle seyreden hastalıklarda ayırıcı tanıları daraltmak için ilk yapılacak hastadan alınacak anamnez ve deri muayenesidir. Lezyon karakteri, lezyona bağlı semptomlar, alevlendiren durumlar, lezyon süresi önemlidir. Yüz harici

tüm deri muayenesi de bazen hastalığa ait ipuçları verebilmektedir. İlave tanı yöntemleri olarak duruma göre yama testleri, deri biyopsisi, serolojik testler kullanılabilir (1,4).

**Yama testi:** Allerjik kontakt dermatit düşünülen durumlarda yardımcı olur. Yama testi için en uygun hastalar potansiyel bir alerjen ile temas öyküsü olan, lezyonları paroksizmal olarak artıp azalan ya da ciddi kaşıntısı olanlardır. Pozitif yama testi dikkatli değerlendirilmelidir. Pozitif bir sonuç dermatite sebep olan ajanın kesinlikle olduğunu göstermez. Saptanan alerjenin kullanılan ürünlerden çıkarılması ilişkinin doğrulanmasında önem taşır (4).

**Biyopsi:** Fasiyal eritemi olan her hastada biyopsi şart değildir. Çoğu zaman öykü ve klinik muayene tanı için yeterli olur. Gerekli durumlarda epidermis ve dermisi tam kat içeren 3 mm'lik punch yeterli olacaktır (17).

**Seroloji ve diğer testler:** Laboratuvar testleri akut kutanöz lupus eritematozus, dermatomyozit gibi sistemik hastalıklar ve belli enfeksiyöz tablolarda faydalı olurlar. Klinik ön tanıya yönelik laboratuvar testleri istenilir (16).

## Kaynaklar

1. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, ve ark. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 584.
2. Naldi L, Rebora A. Clinical practice. Seborrheic dermatitis. *N Engl J Med* 2009; 360: 387.
3. Leung DY, Bieber T. Atopic dermatitis. *Lancet* 2003; 361: 151.
4. Nosbaum A, Vocanson M, Rozieres A, ve ark. Allergic and irritant contact dermatitis. *Eur J Dermatol* 2009; 19: 325.
5. Hönigsmann H. Polymorphous light eruption. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008; 24: 155.
6. Millard TP, Hawk JL. Photosensitivity disorders: cause, effect and management. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 239.
7. Zuba EB, Koronowska S, Osmola-Mańkowska A, Jenerowicz D. Drug-induced Photosensitivity. *Acta Dermatovenerol Croat* 2016; 24: 55.
8. Choi D, Kannan S, Lim HW. Evaluation of patients with photodermatoses. *Dermatol Clin* 2014; 32: 267.
9. González E, González S. Drug photosensitivity, idiopathic photodermatoses, and sunscreens. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35: 871.
10. Helfrich YR, Maier LE, Cui Y, ve ark. Clinical, Histologic, and Molecular Analysis of Differences Between Erythematotelangiectatic Rosacea and Telangiectatic Photoaging. *JAMA Dermatol* 2015; 151: 825.
11. Kazandjieva J, Tsankov N, Pramatarov K. The red face revisited: connective tissue disorders. *Clin Dermatol* 2014; 32: 153.
12. Walling HW, Sontheimer RD. Cutaneous lupus erythematosus: issues in diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol* 2009; 10: 365.
13. Costner MI, Grau RH. Update on connective tissue diseases in dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2006; 25: 207.
14. Vafaie J, Schwartz RA. Erythema infectiosum. *J Cutan Med Surg* 2005; 9: 159.
15. Bonnetblanc JM, Bédane C. Erysipelas: recognition and management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4: 157.
16. Choonhakarn C, Poonsriaram A, Chaivoramukul J. Lupus erythematosus tumidus. *Int J Dermatol* 2004; 43: 815.
17. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus* 2010; 19: 1050.
18. Poenitz N, Dippel E, Klemke CD, ve ark. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin: a CD8+ polyclonal reactive skin condition. *Dermatology* 2003; 207: 276.
19. Rémy-Leroux V, Léonard F, Lambert D, ve ark. Comparison of histopathologic-clinical characteristics of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin and lupus erythematosus tumidus: Multicenter study of 46 cases. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 217.
20. Thiyanaratnam J, Doherty SD, Krishnan B, Hsu S. Granuloma faciale: Case report and review. *Dermatol Online J* 2009; 15: 3.
21. Colli C, Leinweber B, Müllegger R, ve ark. Borrelia burgdorferi-associated lymphocytoma cutis: clinicopathologic, immunophenotypic, and molecular study of 106 cases. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 232.
22. Müllegger RR. Dermatological manifestations of Lyme borreliosis. *Eur J Dermatol* 2004; 14: 296.
23. İkizoğlu G. Red face revisited: Flushing. *Clin Dermatol* 2014; 32: 800.
24. Marqueling AL, Gilliam AE, Prendiville J, ve ark. Keratosis pilaris rubra: a common but underrecognized condition. *Arch Dermatol* 2006; 142: 1611.
25. Rapaport MJ, Rapaport V. Eyelid dermatitis to red face syndrome to cure: clinical experience in 100 cases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 435.
26. Rapaport MJ, Lebwohl M. Corticosteroid addiction and withdrawal in the atopic: the red burning skin syndrome. *Clin Dermatol* 2003; 21: 201.
27. Hajar T, Leshem YA, Hanifin JM, ve ark. A systematic review of topical corticosteroid withdrawal ("steroid addiction") in patients with atopic dermatitis and other dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 541.