Bengü Çevirgen Cemil,
Filiz Canpolat,
Can Ergin,
Ebru Karagün,
Aynur Albayrak*

Kronik Aktinik Dermatit

Chronic Actinic Dermatitis

Öz

Kronik aktinik dermatit (KAD) sıklıkla güneş gören bölgelerde ultraviyole B, bazen ultraviyole A ve nadiren de görünür ışıla ortaya çıkan, inatçı egzama benzeri lezyonlar ile karakterizedir. KAD nadir görülen bir fotodermatozudur. Sıklıkla kokular, bitki antijenleri ve topikal ilaçlar gibi airborne allerjenleri içeren kontakt allerjenler ile ilişkilidir. Altmış iki yaşında çiftçilik ile uğraşan hasta güneş gören bölgelerine sınırlı egzamatöz lezyonlar ile başvurdu. Klinik ve histopatolojik bulgular KAD ile uyumlu olarak bulundu. Hastanın ayrıca pek çok allerjene karşı kontak allerjisi tespit edildi. Olgumuzu KAD tedavisinde patch testin önemini ve tedavide topikal takrolimus ile azatioprinin başarılı seçenekler olduğunu vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Azatioprin, fotodermatitler, kalsinörin inhibitörleri, kronik aktinik dermatit, patch test, takrolimus

Abstract

Chronic actinic dermatitis (CAD) is characterized by persistent eczema-like lesions, mainly on sun-exposed sites, induced by ultraviolet B, sometimes ultraviolet A, and occasionally visible light. CAD is a rare photodermatitis. It is often associated with contact allergens including airborne allergens such as fragrances, plant antigens and topical medications. A 62 year old farmer is applied with eczematous lesions restricted to sun-exposed areas. Clinical findings and histopathologic features were consistent with the diagnosis of chronic actinic dermatitis. The patient also had contact allergy to multiple allergens. We present this case to emphasize the significance of patch test on CAD treatment and the success of topical tacrolimus and azathioprine.

Keywords: Azathioprine, photodermatitis, calcineurin inhibitors, chronic actinic dermatitis, patch tests, tacrolimus

Giriş

Kronik aktinik dermatit (KAD) güneş ışığının uyardığı endojen kutanöz antijenlere karşı gelişen kontakt dermatit benzeri reaksiyondur (1). Nadir görülen bir dermatozdur (2). Genellikle 50 yaş üstü erkeklerde görülür. Sıklıkla yaz döneminde semptomlarda ilerleme gözlenir (3,4). KAD persistan ışık reaksiyonu, fotosensitif egzama (hafif formu) ve aktinik retiküloidi (şiddetli formu) içeren bir grup hastalık içinde yer alır (5). Biz bu bildiride azatioprin, topikal takrolimus ve güneş koruma ile tedavi edilen KAD'li bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Altmış iki yaşında erkek hasta polikliniğe 4 aydır süren kaşıntılı döküntüler şikayeti ile başvurdu. Hikayesinden çiftçilik ile uğraştığı ve atopik yatkınlığı olmadığı

öğrenildi. Dermatolojik muayenesinde yüzde, boyunda ve göğüs ön yüzü V bölgesinde ödemli, eritemli papüller ve likenifiye plaklar ile her iki el sırtında üzeri skuamli, krutlu lineer erozyonların eşlik ettiği likenifiye eritemli plakları mevcuttu (Resim 1). Antinükleer antikor, anti SS-A, anti SS-B antikorları (-), eritrosit sedimentasyon hızı ve total IgE düzeyi normaldi. Uygulanan deri yama testinde (TRUE test) caine mix (+++), fragrance mix (+), colophony (+) ve p-tert butyphenol formaldehyde resin (+) olarak değerlendirildi (Resim 2). Boyundaki lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde egzama ile uyumlu spongiöz, akantoz ve perivasküler ağırlıklı lenfositik ve eozinofilik dermal infiltrat gözlemlendi (Resim 3). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde KAD tanısı konuldu. Daha önce başvurduğu merkezler tarafından çeşitli topikal steroid tedavileri

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim
ve Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği,
Ankara, Türkiye

*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim
ve Araştırma Hastanesi,
Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Bengü Çevirgen Cemil,
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 347 46 58
E-posta: dbcemil@yahoo.com
Geliş Tarihi/Submitted: 19.03.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 24.03.2014

Resim 1. Yüzde, kulak kepçesinde ve boyunda ödemli, eritemli papüller ve likenifiye plaklar

Resim 2. Deri yama testinin sonucu [caine mix (+++), fragrance mix (+), colophony (+) ve p-tert butyphenol formaldehide resin (+)]

alan ve istenilen yanıt elde edilemeyen hastaya azatioprin 50 mgr 2x1, topikal takrolimus 2x1 ve sıkı güneş koruma tedavisi başlandı. Bir ay sonundaki kontrolde lezyonlarda belirgin iyileşme görülen (Resim 4) hasta halen takibimiz altındadır.

Tartışma

KAD ilk kez 1979 yılında Hawk ve Magnus tarafından tanımlanmıştır. Sıklıkla güneş gören bölgelerde ultraviyole (UV) ile ilişkili olarak ortaya çıkan kronik, klinik olarak egzama görünümlü bir fotodermatozudur (6). Genellikle 50 yaş üstü erkeklerde görülmektedir. Atopik dermatite sahip hastalar dışında 50 yaş altı hastalarda nadiren görülür. KAD ile ilişkili faktörler erkek cinsiyet, ileri yaş, açık alanda faaliyet göstermek, atopik dermatit ve HIV enfeksiyonudur (3). Bizim hastamız bu faktörler ile ilişkili olarak 62 yaşında çiftçilik ile uğraşan erkek hasta idi. Ek olarak hastalarda airborne veya bitki antijenleri, kokular ve topikal ilaçlara, özellikle çiçeklerden elde edilen parfümlere ve kozalaklı bitkilerde bulunan kolofan maddesine karşı gelişmiş allerjik kontakt dermatit bulunabilir (4).

KAD patogenezi halen tam olarak bilinmemektedir. Genetik yatkınlığa dair bir bulgunun, aile hikayesinin ve insan lökosit

Resim 3. Epidermiste spongioz, akantoz ile perivasküler ağırlıklı lenfositik ve eozinofilik dermal infiltrat H&Ex200

Resim 4. Topikal takrolimus ve azatioprin tedavisinin 1. ayında lezyonlardaki belirgin klinik iyileşme

antijen ile anlamlı bir ilişkinin bulunmaması nedeniyle edinsel olduğu düşünülmektedir. KAD'nin güneş ışığının tetiklediği endojen kutanöz antijenlere karşı gelişmiş kontakt allerji benzeri gecikmiş tip hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir. Bu hipersensitivitenin uzun süre güneşe ve airborne allerjenlere maruz kalan bireylerde, eşlik eden airborne kontakt dermatit ya da fotohasarlı derideki immünsüpresif kapasitenin azalması ya da her ikisine birden bağlı olabileceği ile açıklanmaya çalışılmaktadır (3).

Klinik olarak genellikle güneşe maruz kalan yüz, saçlı deri, boyun, göğüs ön yüzü, ön kol gibi bölgelerde persistan egzamatöz erüpsiyon şeklinde görülür (4). Bizim hastamızın lezyonları da güneş gören bölgelerde skuamli, krutlu erozyonlar ile birlikte likenifiye plaklar şeklinde idi.

KAD airborne kontakt dermatit, ışıkla alevlenen allerjik kontakt dermatit, atopik dermatit veya ilaç fotosensitivitesini taklit edebilir. KAD tanı kriterlerinde güneşe maruz kalan yerlerde tipik egzamatöz döküntü, dermatit ile uyumlu histolojik değişiklikler ve solar radyasyona karşı aşırı hassasiyet yer alır. Hastalarda UVA, UVB ve daha az sıklıkta görünür ışıkla yapılan fototestlerde anormal yanıt oluşabilir (7). Biz hastamıza fototest uygulayamadık. Ancak yapmış olduğumuz deri yama testinde literatür ile uyumlu olarak bazı pozitif sonuçlar elde ettik. KAD hastalarının yaklaşık %70'inde allerjik kontakt dermatit veya fotoallerjik kontakt dermatit olduğu düşünülmektedir. Literatürde bizim hastamızda olduğu gibi genellikle kolofan ve fragrance mix'e karşı pozitif deri yama testi sonuçları mevcuttur (7-9).

KAD tedavisinde öncelikle hastaya güneşten korunma eğitimi verilmelidir. Titanyum dioksit gibi fiziksel koruyucu içeren kremler güneş koruyucu olarak kullanılabilir. KAD'nin primer tedavisi yanı sıra patch testte saptanan maddelerden uzak durularak kronik antijen teması kesilebilir (10). Bu şekilde hastaların iyileşme süresi kısaltılarak, remisyon süreleri uzatılabilir kanaatindeyiz. Hastalar yeni antijenlere karşı gelişebilecek olası hassasiyetlere karşı uyarılmalıdır. Ayrıca kontakt allerji yanı sıra atopik dermatit gibi eşlik eden hastalığın uygun tedavisi yapılmalıdır (10).

Topikal tedavide nemlendiricilerin yanı sıra topikal steroidler ve topikal takrolimus kullanılabilir. Şiddetli olgularda potent steroidler, daha hafif olgularda ise orta veya düşük potent steroidler tercih edilmelidir. Literatürde takrolimus ile başarılı şekilde tedavi edilen KAD olguları mevcuttur. Takrolimusun KAD'nin inflamatuvar yolağının en erken evresini baskılayarak UVB ilişkili eritem oluşumunu engellediği düşünülmektedir (11). Dirençli veya şiddetli KAD tedavisinde fototerapi veya oral immünosüpresif tedaviye ihtiyaç duyulur (8). Sistemik steroidler hastalığın alevlendiği dönemlerde kısa süreli olarak kullanılmalıdır. İdame tedavisinde tercih edilmezler. Azatioprin uzun süreli sistemik tedavi ihtiyacı olan hastalarda ilk seçenek tedavidir (10). KAD'li hastaların 2/3'ünde oldukça etkili bir ilaçtır. Tedavi kesildikten sonra bazı hastalarda hastalığın tekrar etmediği görülmüştür. KAD tedavisinde diğer sistemik tedavi seçenekleri hidrokortikosteron, siklosporin ve mikofenolat mofetil'dir (3). Biz hastamıza sıkı bir güneşten korunma eğitimi, patch testte pozitif çıkan allerjenlere karşı korunma yanı sıra topikal takrolimus ile birlikte 100 mg/gün Azatioprin tedavisi başladık. Tedavinin 1. ayında oldukça iyi bir yanıt elde ettik.

Olgumuzu KAD tedavisinde patch testin önemini ve tedavide topikal takrolimus ile azatioprinin başarılı seçenekler olduğunu vurgulamak amacıyla sunuyoruz.

Etik

Hasta Onayı: Alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: F.C., E.K., Konsept: B.Ç.C., F.C., Dizayn: B.Ç.C., F.C., Veri Toplama veya İşleme: B.Ç.C., F.C., A.A., Analiz veya Yorumlama: B.Ç.C., F.C., Literatür Arama: B.Ç.C., C.E., Yazan: B.Ç.C.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Akay N, Cengizhan E. Kronik Aktinik Dermatit ve Klonal Dermatitler. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006;2:47-50.
2. Rose RF, Goulden V, Wilkinson SM. The spontaneous resolution of photosensitivity and contact allergy in a patient with chronic actinic dermatitis. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2009;25:114-6.
3. Trakatelli M, Charalampidis S, Novakovic LB, et al. Photodermatoses with onset in the elderly. Br J Dermatol 2009;161 Suppl 3:69-77.
4. Hawk JL. Chronic actinic dermatitis. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2004;20:312-4.
5. Yap LM, Foley P, Crouch R, et al. Chronic actinic dermatitis: a retrospective analysis of 44 cases referred to an Australian photobiology clinic. Australas J Dermatol 2003;44:256-62.
6. Ma Y, Lu Z. Treatment with topical tacrolimus favors chronic actinic dermatitis: a clinical and immunopathological study. J Dermatolog Treat 2010;21:171-7.
7. Somani VK. Chronic actinic dermatitis a study of clinical features. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2005;71:409-13.
8. Que SK, Brauer JA, Soter NA, et al. Chronic actinic dermatitis: an analysis at a single institution over 25 years. Dermatitis 2011;22:147-54.
9. Chew A, Bashir S, Hawk J, et al. Contact and photocontact sensitization in chronic actinic dermatitis: a changing picture. Contact Dermatitis 2010;62:42-6.
10. Dawe RS, Ferguson J. Diagnosis and treatment of chronic actinic dermatitis. Dermatol Ther 2003;16:45-51.
11. Baldo A, Prizio E, Mansueto G, et al. A case of chronic actinic dermatitis treated with topical tacrolimus. J Dermatolog Treat 2005;16:245-8.