

## ***Dapson Tedavisine Tam Yanıt Alınan Eozinofilik Pannikülit; Olgu Sunumu***

### ***Eosinophilic Panniculitis with Full Response to Dapsone Therapy: A Case Report***

**Ekrem Aktaş<sup>1</sup>, Nazan Taşlıdere<sup>1</sup>, Özlem Canöz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

<sup>2</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

#### **Özet**

Eozinofilik pannikülit subkutan dokuda daha çok eozinofillerin oluşturduğu mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu ile seyreden bir pannikülitir. Etiyolojide en sık gnathostomiyazis (Larva migrans profundus), lökositoklastik vaskülit ve eritema nodosum suçlanmaktadır. Burada steroid tedavisine yanıt alınamayan ancak dapson tedavisi ile tam olarak düzelen idiyopatik eozinofilik pannikülitli bir olgu sunularak literatür bilgileri gözden geçirilmiştir. (*Turk J Dermatol 2010; 4: 94-6*)

**Anahtar kelimeler:** Eozinofilik pannikülit, dapson

**Geliş Tarihi:** 19.03.2010

**Kabul Tarihi:** 26.10.2010

#### **Abstract**

Eosinophilic panniculitis is characterized by a mixed type inflammatory cell infiltration, predominantly with eosinophils, in subcutaneous tissue. Gnathostomiasis (Larva migrans profundus), leucocytoclastic vasculitis and erythema nodosum are implicated as the most common etiologic causes. In this case report, we present an idiopathic eosinophilic panniculitis with full response to Dapsone therapy, which had not responded to corticosteroids, and literature data were reviewed.

(*Turk J Dermatol 2010; 4: 94-6*)

**Key words:** Eosinophilic panniculitis, dapsone

**Received:** 19.03.2010

**Accepted:** 26.10.2010

#### **Giriş**

Eozinofilik pannikülit, subkutan yağ dokusunun yoğun olarak eozinofillerden oluşan infiltrasyonudur. Klinik olarak genellikle eritemli subkutan nodüller şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bazı hastalıklarla birliktelik bildirilmektedir (1). Burada, altta yatan herhangi bir neden tespit edilemeyen ve dapson tedavisine yanıt alınan bir olgu literatür bulguları eşliğinde sunulmaktadır.

#### **Olgu**

Elli yaşında erkek hasta, beş yıldır yılda bir kaç kez tekrarlayan kol ve bacaklarda kızarıklık, şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Şişlikler yaklaşık 20 gün devam

edip kendiliğinden geçiyormuş. Dermatolojik muayenesinde; sağ kol, sol uyluk ve bacadaki eritemli 5-6 cm çapında nodüler lezyonlar tespit edildi (Şekil 1).

Alınan deri biyopsisinde yüzeysel dermiste perivas-küler mononükleer hücre infiltrasyonu, subkutan yağ doku içerisinde nodüler ve lobüler yer yer septal yerleşim gösteren baskın olarak eozinofilleri ayrıca nötrofil ve histiyositleri de içeren mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi (Şekil 2). Bulgular eozinofilik pannikülit ile uyumlu olarak değerlendirildi.

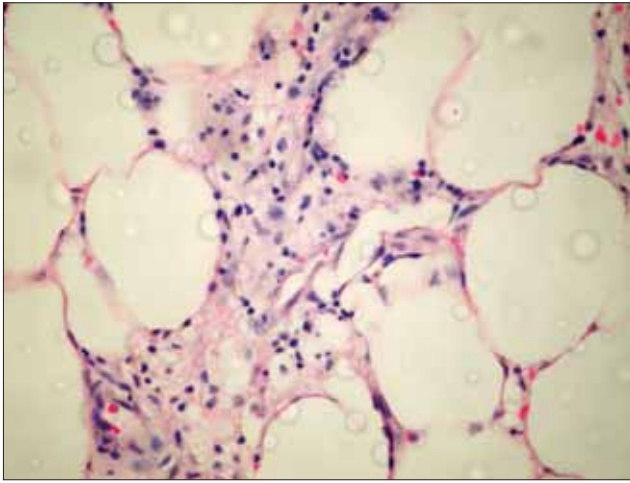
Hastanın tam kan sayımında hemoglobin: 16.8 g/dl, beyaz küre: 6530 hcr/µL, trombosit: 175.000 µ/L, kan biyokimyasında üre: 23.5 mg/dl, kreatinin: 0.9 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 19 U/l, alanin aminotransferaz: 15 U/l, amilaz: 59 U/l, lipaz: 38 U/l, total protein:

**Yazışma Adresi / Corresponding Author:** Dr. Nazan Taşlıdere, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye  
Tel: +90 352 437 76 15 e-posta: nazanst@hotmail.com

doi:10.5152/tdd.2010.16



Şekil 1. Hastanın sağ ön kolunda derin yerleşimli nodüler lezyon



Şekil 2. Yüzeysel dermiste perivasküler mononükleer hücre infiltrasyonu, subkutan yağ doku içerisinde nodüler ve lobüler yer yer septal yerleşim gösteren baskın olarak eozinofil ayrıca nötrofil ve histiyositleri de içeren mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu

5.4 g/dl, albümin: 3.4 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 6 mm/saat idi. Tam idrar tetkikinde özellik yoktu. İdrar mikroprotein kreatinin oranı normal sınırlarda idi. İdrar Streptolizin O (ASO) 146 IU/ml, C-reaktif protein (CRP): 2.98, romatoid faktör (RF): 9.5 IU/dl, antinükleer antikor (ANA), anti double stranded DNA (Anti-ds DNA) ve ANA alt grupları, hepatit belirteçleri, anti mitokondrial antikor (AMA), anti-düz kas antikor (ASMA), anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA), antikardiyolipin Ig (immünglobulin) G ve Ig M, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), TPHA (Treponema pallidum hemaglutinasyon assay), Anti-HIV (Human Immunodeficiency Virus), serum kriyoglobulini negatif idi. Gaitada ve balgamda parazite rastlanmadı. Brusella, visseral *Fasciola hepatica* ve toksokariyazis serolojileri normaldi. Boğaz ve idrar kültüründe üreme olmadı. Akciğer grafisinde özellik yoktu, üç kez bakılan idrar ARB (aside rezistan boyama) negatif, PPD (Purified Protein Derivative) 22 mm idi. BACTEC ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı mevcut bulgularla hastada aktif tüberküloz düşünül-

medi. Torakoabdominal tomografi, batin USG, normal olarak değerlendirildi. Tiroid fonksiyon testlerinden tiriyodotironin (T3): 0.91 pg/ml (1.24-3.71), tiroksin (T4): 11.56 pg/ml (7.77-17.1), tiroid stimulan hormon (TSH): 0.72 uIU/ml (0.27-3.75) anti TPO (tiroid peroksidaz antikor): 24 U/ml (0-30), anti tiroglobulin: 0.10 IU/ml (0-70), alfa fetoprotein: 4,3 ng/ml (0-8), karsino embriyonik antijen (CEA): 1,00 ng/ml (0-10), kanser antijen (CA) 19-9: 5.43 U/ml (0-31), CA 72-4: 2.39 (0-3.8), total prostat spesifik antijen (PSA): 0.43 ng/ml (0-4), serbest PSA: 0.25 ng/ml (0-1), kompleks PSA: 0.27 ng/ml (0-3), alfa 1 antitripsin: 138 mg/dl (88-174) idi. Hastada parotit öyküsü yoktu.

Hasta idiyopatik eozinofilik pannikülit kabul edilerek metil prednizolon tedavisi başlandı. Ancak 10 gün 60 mg / gün, 10 gün 40 mg/gün metil prednizolon almasına rağmen aktif lezyonlarının devam etmesi üzerine steroid tedavisi kesildi ve hastaya dapson 200 mg/gün başlandı. Üç aydan sonra doz 100 mg/gün' e düşürüldü, dokuz ay bu dozdan tedaviye devam edildi hasta halen gün aşırı 100 mg/gün dapson kullanmakta olup takibinde lezyonlarında nüks görülmedi.

## Tartışma

Eozinofilik pannikülit pannikülitlerin nadir görülen bir formudur. İlk olarak 1985'te tanımlanan hastalıkta eozinofilik selülitte ait histolojik değişikliklere eşlik eden pannikülit bildirilmiş ve bu durum streptokoksik antijenik uyarıya bağlanmıştır (1). Hastamızın bu açıdan yapılan boğaz kültüründe normal boğaz flora bakterileri üremiştir.

Klinik olarak daha çok bacaklara yerleşen hassas nodüler lezyonlar ile karakterize olan bu hastalıkta plaklar ile birlikte veziküllerde görülebilir (1). Ancak bizim olgumuzda plaklar ve veziküller yerine sadece eritemli nodüler lezyonlar vardı.

Hastalığın histopatolojisinde subkutan yağ dokusundaki septalarda kalınlaşma ve fibrozis, çok sayıda histiyosit ve eozinofillerin katıldığı granülomatöz infiltrat ve dermis ile subkutan yağ dokusu birleşim yerine lokalize alev figürleri bulunur, septal ya da hem septal hem lobüler yoğun eozinofilik infiltrat vardır (1-3). Alev figürü; dermal eozinofil ve histiyositlerin çevrelediği ortada amorf, fibriler yapısını kaybetmiş, parlak pembe kollajenden oluşmuştur.

Eozinofilik pannikülitte yol açan birçok neden vardır. En sık yol açan nedenler gnathostomiyazis, lökositoklastik vaskülit ve eritema nodosumdur (4). Ayrıca streptokoksik ve diğer bakteriyel enfeksiyonlar, rekürren parotit, HIV enfeksiyonu, *Fasciola hepatica* enfeksiyonuyla ilişkili, toksokariyazis, tetanoz aşısı yada layşmanya tedavisi için pentavalan antimon bileşiklerinin uygulandığı alanda, subkutan dokunun gabaksat meksilatla infiltrasyonu, steroid dışı antiinfamatuar ilaçlar, poliarteritis nodosa, artropod ısırığı, atopik dermatit, diyabetes mellitus, eozinofilik selülit, B ve T hücreli lenfoma, travma diğer nedenlerdir (2, 5-8). Ayrıca literatürde intihar amaçlı çiftçilikte kullanılan bazı ilaçların enjekte edilmesine bağlı eozinofilik pannikülit gelişimi de bildirilmiş-

tir (9). Eozinofilik pannikülit özgün bir hastalıktan çok özgün olmayan reaktif bir süreç olarak kabul edilmektedir.

Eozinofilik pannikülitin en sık karıştığı hastalık eozinofilik selülitir. Eozinofilik selülit (Wells'sendromu) idiyopatik rekürren bir dermatozdur. Klinik olarak selülitte benzeyen eritemli, infiltratif dermal ve subkutan kitle şeklinde lezyonlardan oluşan haftalarca devam edip yavaşça gerileyen bir dermatozdur. Klinik olarak sellülit ve ürtikerin bir kombinasyonu gibidir (10). Histolojisinde de alev figürleri ve eozinofili vardır. Hastamızda multipl subkutan nodüllerin olması ve ürtikeryal lezyonların olmaması Well's sendromundan bizi uzaklaştırmaktadır.

Hasta, bulgulara yol açacak herhangi bir neden bulunmadığı için idiyopatik eozinofilik pannikülit olarak kabul edilmiştir. Türkçe literatürde eozinofilik pannikülit olgusu bulunmamaktadır. Eozinofilik pannikülit tedavisi daha çok altta yatan hastalığın tedavisine dayanmaktadır. Kortikosteroid tedavisinden yarar görmeyen hastamızda dapson tedavisi başlanmış ve lezyonlarda tam iyileşme sağlanmıştır. Hastanın 13 ay süren takibinde yeni lezyon gelişimi gözlenmemiştir.

#### Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

#### Kaynaklar

1. Burket JM, Burket BJ. Eosinophilic panniculitis. J Am Acad Dermatol 1985;12:161-4.
2. Oliveira-Neto MP, Mattos M, Cuzzi-Maya T, Pirmez C. Localized eosinophilic panniculitis following intramuscular injection of pentavalent antimony for treatment of american tegumentary leishmaniasis. An Bras Dermatol 2004;79:463-9.
3. Liu Y, Xiao SX, Wang JM, et al. Eosinophilic panniculitis: Report of three cases. Int J Dermatol 2006;45:1412-4.
4. Adame J, Cohen PR. Eosinophilic panniculitis: diagnostic considerations and evaluation. J Am Acad Dermatol 1996;34:229-34.
5. Glass LA, Zaghoul AB, Solomon AR. Eosinophilic panniculitis associated with chronic recurrent parotitis. Am J Dermatopathol 1989;11:555-9.
6. Soldano AC, Walters R, Groben PA. Eosinophilic neuritis and eosinophilic panniculitis in a patient with advanced acquired immunodeficiency syndrome. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1046-8.
7. Perez C, Vives R, Montes M, Ostiz S. Recurrent eosinophilic panniculitis associated with Fasciola hepatica infection. J Am Acad Dermatol 2000;42:900-2.
8. Kato N. Eosinophilic panniculitis. J Dermatol 1993;20:185-7.
9. Rodriguez NG, Ortiz-Rey JA, Buceta F, Ruan JI. Auto-induced eosinophilic panniculitis: a diagnostic dilemma. An Med Interna 2001;18:635-7.
10. James WD, Berger TG, Elston DM. Erythema and Urticaria. Andrews' Diseases of the Skin. Clinical dermatology (10th ed). Saunders Elsevier, Philadelphia 2006, pp.139-56.