

## Kronik Aktinik Dermatit: Eşlik Eden Depigmentasyon ve “Compositae” Dermatiti ile İlişki

Ayşe Kavak\*, Murat Alper\*\*

\* Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

\*\* Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

### Özet

Kronik aktinik dermatit, etyolojisinde fotoalerjik, fototoksik, immunolojik ve metabolik faktörlerin rol oynadığı düşünülen bir hastalıktır. Sunulan vaka kronik aktinik dermatit ile uyumlu, kronik seyirli ekzematize plakları yanında, daha yeni gelişen vitiligo benzeri depigmentasyon nedeniyle ilginç bulundu. Ayrıca, standart patch testte bulunan “sesquiterpene lactone mix” pozitifliği nedeniyle “compositae” dermatiti arasındaki ilişki tartışıldı. Son olarak, azotioprinin tedavideki etkinliği üzerinde kısaca duruldu.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik aktinik dermatit, compositae dermatiti, depigmentasyon

Kavak A, Alper M. Kronik aktinik dermatit: eşlik eden depigmentasyon ve “compositae” dermatiti ile ilişki. TÜRKDERM 2003; 37: 290-293

### Summary

A variety of etiologies such as photoallergic, phototoxic, immunologic and metabolic factors have been postulated in chronic actinic dermatitis. Presented case had a chronic eczematous plaques consistent with chronic actinic dermatid. In addition, he had an uncommon lesion presented as vitiligo like depigmentation. Sesquiterpene lactone mix was positive in the standard patch test. Thus, we discussed the relationship between chronic actinic dermatitis and “compositae” dermatitis according to the result of this test. Finally, the effectiveness of azathioprine treatment was summarized.

**Key Words:** Chronic actinic dermatitis, compositae dermatitis, depigmentation

Kavak A, Alper M. Chronic actinic dermatitis: associated depigmentation and its relationship with “compositae” dermatitis. TÜRKDERM 2003; 37: 290-293

Kronik aktinik dermatit (KAD), orta yaş üzeri erkeklerde güneş duyarlılığı ile karakterize bir fotodermatozdur. KAD tanısı, üç kriterin varlığında konur: Güneş gören bölgelerde -bilinen bir fotoduyarlandırıcı olmaksızın- 3 aydan uzun süreli persisten ekzematöz erüpsiyon. UV-A ve/veya UV-B ve/veya görünür ışığa karşı fototest pozitifliği. Son olarak, histopatolojide epidermal spongiozun eşlik edebildiği dermisde lenfosit ve makrofaj infiltrasyonu ve/veya dermis ve epidermisde atipik mononükleer hücrelerin varlığı<sup>1</sup>. Lezyonlar, önceleri güneş gören bölgelerde sınırlıdır, ancak daha sonra güneşe maruz kalmayan bölgelerde de ortaya çıkabilir. Başlangıçta sadece yaz mevsiminde görülen ekzematöz döküntü, sonraları tüm yıl boyu devam eder<sup>2</sup>. Genellikle inatçı bir seyir gösteren hastalıkta

kontakt alerjinin gösterilmesi ve fotoprotektif yöntemlerin yararı olabilir<sup>3</sup>. Sunulan vaka, klinik özellikleri, standart patch test sonucu ve tedavi etkinliği açısından ele alınmıştır.

### Olgu

Elli sekiz yaşında erkek hasta, 15 yıl önce yüzden başlayan ve vücuda yayılan kaşıntılı döküntüleri nedeni ile başvurdu. Çiftçi olan hastanın şikayetleri kış mevsiminde azalmakla birlikte, yıl boyunca devam etmekte idi. Hastanın kolonya gibi parfüm içeren kozmetik ürünleri zaman zaman kullandığı öğrenildi. İlaç anamnezi saptanmadı.

Muayenede yüz ve önkolda daha yoğun, ancak tüm vücutta yaygın yer yer ekzema-

**Alındığı Tarih:** 18.01.2002 **Kabul Tarihi:** 14.08.2002

**Yazışma Adresi:** Dr. Ayşe Kavak, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, 14450 Konuralp-Düzce, Tel: 0380 541 41 07, Fax: 0380 541 42 13, E-mail: akavak@ibuduzce-tip.edu.tr

tize, bazı bölgelerde likenifiye lezyonlar saptandı (Şekil 1). Ayrıca birkaç aydır farkedilen, üst ve alt ekstremitelerde distalde lokalize depigmente maküller dikkati çekti (Şekil 2). Oral mukozada lezyon saptanmadı. Fizik muayene normal bulundu. Hastada açlık kan şekeri, BUN, üre, kreatinin, SGOT, SGPT, bilirubinleri içeren biokimya, hemogram, batin US, total IgE değerleri normal bulundu. Standart patch testte "sesquiterpene lactone mix" ile pozitif reaksiyon saptandı.

Punch biopsinin histopatolojisinde parakeratoz, akantoz ve spongiyoz, üst dermiste ödem ve yoğun lenfosit infiltrasyonu gözlemlendi. Atipik lenfosit saptanmadı (Şekil 3).

Hasta 10 yıldır zaman zaman sistemik steroid ile aralıklı olarak tedavi edilmekte idi. Hastaya azatioprin 150 mg/gün, güneş koruyucu, topikal steroid ve nemlendirici başlandı. Altı aylık tedavi sonrasında



Şekil 1: Boyunda likenifiye plak.



Şekil 2: Vitiligo benzeri depigmentasyon.

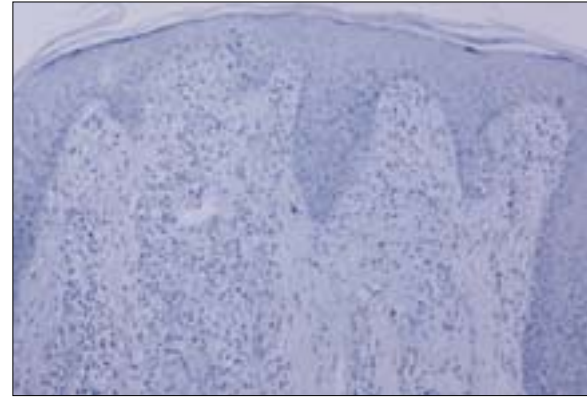
lezyonlarda belirgin düzelme saptandı. Tedavinin kesilmesi ile bir ay içinde rekürrens gözlemlendi. Yeniden başlanan azatioprine yanıt alınmadı. İki yıllık takip boyunca, 6 ay ara ile alınan biopsilerde atipik lenfosit saptanmadı.

### Tartışma

KAD ve aktinik retiküloid (AR), seyrinde lenforetiküler malignitelerin geliştiği aynı hastalığın iki uç spektrumunu oluşturan tablolardır<sup>4</sup>. KAD histopatolojisinde atipik hücrelerin görülmediği, genellikle güneş gören bölgelerde lokalize bir fotodermatit tablosudur. KAD patogenezinde, fotosensitiviteye neden olan ilaçlar, deri proteinlerine otosensitiviteye neden olan UVA duyarlılığı gibi çok sayıda faktör bilinmektedir. Bazı çalışmalarda, KAD patogenezinde kontakt ya da fotoalerjik faktörlerin rol oynayabileceği ileri sürülmüştür<sup>2</sup>.

"Compositae" bitki ailesi, doğada bahçe ve ev bitkilerinde, ayrıca bazı kozmetik ürünlerde duyarlandırıcı bir antijen görevi görür<sup>2,5</sup>. "Sesquiterpene lactone (SL)'lar", "compositae" bitkilerinin ana alerjik bileşimidir. SL mix (SLM)'de, 3 SL (alantolactone, dehidrocosterolactone ve costunolide), standart patch testte rutin olarak kullanılmaktadır<sup>6</sup>. Sunulan vakada, standart patch test ile SLM'e karşı pozitif reaksiyon gözlemlenmiştir. Bu sonucun yorumlanması, daha yeni olarak tanımlanan "compositae" dermatiti ile KAD arasındaki ilişki nedeniyle oldukça karmaşıktır.

"Compositae" dermatiti, SL'lara karşı ortaya çıkan bir tablodur. Fotosensitiviteyi yansıtır tarzda güneş



Şekil 3: Histopatolojik görünüm (H&Ex100).

gören bölgelerde olabileceği gibi (% 24), el ekzeması (% 36) ya da generalize ekzema (% 20) şeklinde de kendini gösterebilir<sup>7</sup>. Son yıllarda KAD'de "compositae" bitkileri ile % 85'e varan pozitif patch test sonuçları, bu iki antite arasında bir ilişki olduğunu desteklemektedir<sup>7</sup>. Özellikle "compositae" dermatiti olarak tanımlanan ve fotosensitif yerleşim gösteren persistan ekzemada UVB, bazen de UVA ve görünen ışığa karşı anormal cevaplar ve azalmış minimal eritem dozunun bulunması, bu fotosensitif hastaların KAD olarak gruplandırılması gerektiğini öne sürmektedir<sup>7</sup>.

KAD, en azından bazı vakalarda, persistan fotoalerjik kontakt dermatit sonrası gelişir. Ancak bu durum yine de "compositae"lerin rolünü açıklayamaz, çünkü yapılan çalışmalar bu bitkilerin fotoalerjik potansiyelden ziyade fototoksik olduğunu göstermiştir<sup>5</sup>.

Öyle görünmektedir ki, kontakt ya da fotokontakt alerji, ayrıca irritasyona neden olan faktörler KAD patogeneğinde kolaylaştırıcı bir etki göstermektedir. SLM'lerin etkisi spekülasyonla birlikte, endojen alerjen yapımını artırıcı ya da deride immunolojik aktiviteyi artırarak kolaylaştırıcı bir rol oynadığı öne sürülmüştür<sup>5</sup>. Bu hastalardaki en önemli önlemler hem "compositae" grubundaki bitkilerle hem de güneş ışığından mümkün olduğunca kaçınmak olacaktır. Yine, özellikle kozmetik ürünlerde çapraz duyarlandırıcı olarak SL'ların varlığı, bu hastalarda kronik seyirde önemli olabileceğinden dikkatli sorgulanmalıdır.

KAD tanısında standart "patch" ya da "fotopatch" test dışında, fototest daha önce belirtildiği gibi asıl tanı kriterlerinden birini oluşturur. Ancak bu hastalarda deri hiperreaktif olduğundan patch ya da fotopatch test sonuçlarının yorumunun da güç olacağı unutulmamalıdır<sup>25</sup>. Sunulan hastada sadece standart patch test yapılabilirdi. Hastanın kırsal kesimde yaşaması ve çiftçi olması, lezyonların güneş gören bölgelerden başlaması ve daha sonra yaygın hale gelmesi, uzun seyir ve uygun histopatolojik bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde KAD olarak değerlendirildi. Sunulan vaka üç tanı kriterinin ikisini tamamladı. Böylece solar ürtiker, polimorf ışık erüpsiyonu, aktinik prurigo, atopiye eşlik eden fotosensitivite gibi hastalıklar klinik ve histopatolojik özellikleri ile ekarte edildi. "Compositae" dermatitinin ayrı bir antite mi, yoksa KAD'e neden olabilecek ya da lezyonları artır-

abilecek bir faktör olup olmadığı sorusunun halen açık olmadığı ortadadır.

KAD seyirinde ortaya çıkabilen vitiligo benzeri depigmentasyonda, tirozinaz pozitif melanositlerin bulunmadığı gözlenmiştir. İmmunhistokimyasal olarak CD8+ sitotoksik lenfositlerin inflamasyonda yoğun olarak bulunması nedeni ile, depigmentasyonun melanositlerin sitotoksik destrüksiyonu ile oluştuğu ileri sürülmüştür<sup>8</sup>. Sunulan vaka ile birlikte değerlendirildiğinde, tablonun bir rastlantıdan çok, etyopatogenezdeki sitotoksik reaksiyonların melanositleri de etkilemesi ile ortaya çıkması mümkündür.

Oral azatioprin (AZT), KAD'de etkin ve iyi tolere edilen bir tedavidir<sup>2,9</sup>. Bir hastada 6 ay süre ile günlük 100 mg dozunda kullanılan AZT ile 9 aylık remisyon elde edilmiştir<sup>10</sup>. Hastamızda 6 ay süre ile kullanılan AZT tedavisinde belirgin düzelme saptanırken, ancak bir aylık bir remisyon sağlanmış, ikinci kez verilen AZT'e yanıt alınmamıştır. Aynı tedavi ile alınan bu iki farklı sonuç, vakamızda AZT'nin yeterli etkinlikte olmadığını göstermektedir. İlk tedavi uygulamasının kış, ikinci uygulamanın ise ilkbahar mevsiminde yapılması şöyle bir yorumu getirebilir: hastalığın daha az aktif olduğu kış mevsiminde lezyonların AZT ile baskılanması daha kolay olmuştur. Elbette geniş hasta serileri ile daha kabul edilebilir sonuçlar elde edilebilir.

Sonuç olarak, KAD seyirinde görülen vitiligo gibi farklı dermatolojik tablolar, özellikle son yıllarda "compositae" gibi bazı bitkilerle temas sonrası ortaya çıkabilmesi ya da artış göstermesi yanında, tedavisindeki zorluklarla halen dermatolojideki şaşırtıcı hastalıklardan biri olma özelliğini korumaktadır.

#### Kaynaklar

1. Lim HW, Morison WL, Kamide R, Buchness MR, Harris R, Soter NA: Chronic actinic dermatitis. Arch Dermatol 1994; 130: 1284-9.
2. Roelandts R: Chronic actinic dermatitis. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 240-9.
3. Ferguson J: Photosensitivity dermatitis and chronic actinic reticuloid syndrome (chronic actinic dermatitis). Semin Dermatol 1990; 9: 47-54.
4. Wolf C, Hönigsmann H: The syndrome of chronic actinic dermatitis. Persistent light reaction-actinic reticuloid. Hautarzt 1988; 39: 635-41.
5. Menagé H, Ross JS, Norris PG, Hawk JL, White IR:

- Contact and photocontact sensitization in chronic actinic dermatitis: sesquiterpene lactone mix is an important allergen. *Br J Dermatol* 1995; 132: 543-7.
6. Goulden V, Wilkinson SM: Patch testing for compositae allergy. *Br J Dermatol* 1998; 138: 1018-21.
  7. Ross JS, Du Peloux-Menage H, Hawk JLM, White IR: Sesquiterpene lactone contact sensitivity: clinical patterns of compositae dermatitis and relationship to chronic actinic dermatitis. *Contact Dermatitis* 1993; 29: 84-7.
  8. Von den Driesch P, Fartasch M, Hornstein OP: Chronic actinic dermatitis with vitiligo-like depigmentation. *Clin Exp Dermatol* 1992; 17: 38-43.
  9. Murphy GM, Maurice PD, Norris PG, Morris RW, Hawk JL: Azathioprine treatment in chronic actinic dermatitis: a double-blind controlled trial with monitoring of exposure to ultraviolet radiation. *Br J Dermatol* 1989; 121: 639-46.
  10. Kingston TP, Lowe NJ, SofenHL, Weingarten DP: Actinic reticuloid in a black man: successful therapy with azathioprine. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 1079-83.