

Eozinofilik Selülit (Wells Sendromu)

Eosinophilic Cellulitis (Wells Syndrome)

Yeliz ÇİÇEK^a, Mustafa Kemal ÇELEN^a, İbrahim İBİLOĞLU^b

^aDicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, Diyarbakır, Türkiye

^bDicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD, Diyarbakır, Türkiye

ÖZET Eozinofilik selülit (Wells sendromu), klinik tabloların benzerliği nedeniyle sıklıkla enfeksiyöz selülit olarak yanlış teşhis konulan inflamatuvar bir dermatittir. Yanlış teşhis, doğru tedavinin gecikmesi ile uygunsuz antibiyotik kullanımına yol açar. Bu nadir hastalığa tanı konulması için klinisyenin yüksek derecede şüphesi olmalıdır. Klinik bulgulara dayalı olarak Wells sendromundan şüphelenildiğinde teşhis, deri biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi ile konulmaktadır. Antibiyotik tedavisinin Wells sendromunun tedavisinde etkisiz olduğu ve etkili tedavinin, oral steroid olduğu bilinmektedir. Topikal kortikosteroidler ancak sınırlı vakalarda veya rezidüel lezyonlar için tercih edilebilmektedir. Atipik klinik seyir veya antibiyotik tedavisine cevap vermeyen selülit ön tanılı hastalarda, Wells sendromu akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik selülit; tekrarlayan selülit; flame figür; Wells sendromu

ABSTRACT Eosinophilic cellulitis (Wells syndrome) is an inflammatory dermatitis that is often misdiagnosed as infectious cellulitis due to the similarity of clinical presentations. Misdiagnosis leads to delay of correct treatment and inappropriate use of antibiotics. The clinician must have a high degree of suspicion to diagnose this rare disease. When Wells syndrome is suspected based on clinical findings, the diagnosis is made by histopathological examination of the skin biopsy specimen. It is known that antibiotic therapy is ineffective in the treatment of Wells syndrome and the most effective treatment is oral steroids. Topical corticosteroids may be preferred only in limited cases or for residual lesions. Wells syndrome should be considered in patients with a prediagnosis of cellulitis that does not respond to an atypical clinical course or antibiotic therapy.

Keywords: Eosinophilic cellulitis; recurrent cellulitis; flame figure; Wells syndrome

Eozinofilik selülit (Wells sendromu) etiopatogenezi tam olarak anlaşılamamış, klinik olarak selülit düşündüren, çoğu zaman tekrarlayıcı nadir görülen, selim bir inflamatuvar dermatozdur. Eozinofilik selülit ilk kez 1971 yılında Wells tarafından “eozinofili ile seyreden tekrarlayıcı granülatöz dermatit” olarak tanımlanmıştır. Her yaşta görülmekle beraber daha çok erişkinlerde ekstremiteler ve gövdede kaşıntılı, endure plak ve nodüller lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Bazı vakalarda böcek ısırıkları, bakteriyel ve viral enfeksiyonlar, hematolojik maligniteler, ilaç ve aşılar ile ilişkisi bildirilmiştir.¹⁻⁵ Bu yazıda, klinik ve histopatolojik bulguları ile eozinofilik

selülit teşhisi konulan bir hasta sunulmuştur. Vakayı bakteriyel selülit ile karışabilmesi, nadir görülebilmesi ve tanısının zor olması nedeniyle sunmaya değer bulduk.

OLGU SUNUMU

On sekiz yaşında kadın hasta sağ üst ekstremitelerde ağrı, kızarıklık, sıcaklık artışı şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde 2,5 ay önce dış merkezde, 1 ay önce de kliniğimizde klinik olarak bakteriyel selülit teşhisi konulduğu ve parenteral antibiyotik başlandığı öğrenildi. İlk atakta şüpheli bir böcek ısırığı anamnezi olduğu ve öz geçmişinde

Correspondence: Yeliz ÇİÇEK

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Epidemiyoloji BD, Ankara, Türkiye

E-mail: dr.yelizcicek@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine.

Received: 28 Jan 2023

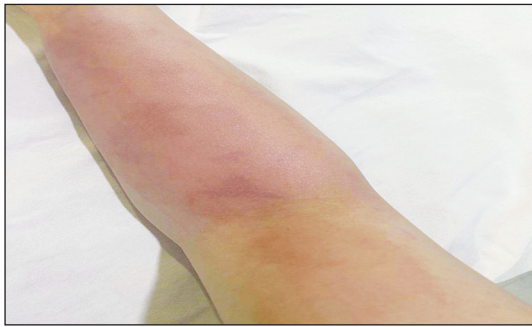
Received in revised form: 06 Jul 2023

Accepted: 17 Jul 2023

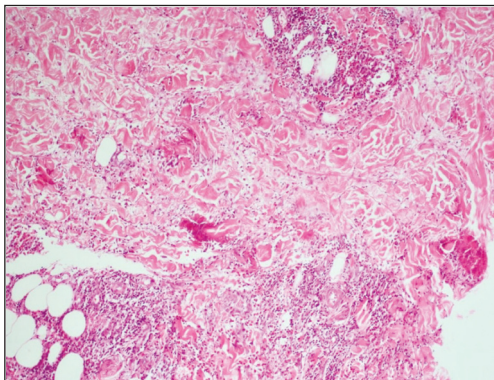
Available online: 20 Jul 2023

2458-8733 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

başka hastalık ve ilaç kullanımı olmadığı öğrenildi. Soy geçmişinde önemli bir özellik olmayan hastamızın fizik muayenesinde sağ kol, orta kısmından ön kol proksimaline kadar fleksör yüzde ürtikeryal plaklar ve eritematöz papülonodüller lezyonlar, sıcaklık artışı ve dirsek ekleminde hareket kısıtlılığı dışında ek bir fizik muayene bulgusu yoktu (Resim 1). Vakanın laboratuvar incelemelerinde: Tam kan sayımında lökosit sayısı $16.000/\text{mm}^3$ (normal $4-10 \times 10^3$), c-reaktif protein 20 mg/L (normal $<0,34$), eritrosit sedimentasyon hızı 52 mm/s (normal $0-20$) olup; total immünglobulin (IgE) 143 IU/mL ($0-87$) idi. Yüzeysel doku ultrasonografisi selülit lehine raporlanan hasta, tekrarlayan ve tedaviye geç cevap veren bir hasta olması sebebiyle ayırıcı teşhis açısından dermatolojiye danışıldı. Biyopsi önerilen hastanın patoloji sonucunun; “Kesitlerde deri dokusu örneklerinde, dermisi tam kat tutan, deri ekleri çevresinde interstisyel mesafe ve perivasküler alanlarda eozinofillerden zengin, yağ dokuya infiltrat lökosit infiltrasyonları izlenmiştir.” Dermiste yer yer bazofilik fibriler materyal biri-



RESİM 1: Eritematöz papülonodüller lezyonlar.



RESİM 2: Resmin ortasında ve sağ tarafında alev figürleri görülmektedir (Hematoxilen ve Eozin boyalı, 10X büyütme).

kimleri dikkati çekmiştir (Resim 2). Histomorfolojik bulgular “eozinofilik selülit” ile uyumludur şeklinde raporlanması sebebiyle klinik ve histopatolojik bulgular ile hastaya eozinofilik selülit teşhisi konuldu. Hastada özgül bir tetikleyici faktör belirlenemedi ve idiyopatik olarak değerlendirildi. Prednizolon 40 mg/gün intravenöz yolla 3 gün boyunca ve setirizin 10 mg/gün 7 gün oral tedavisi başlanan hastanın takibinde lezyonlarda tam düzelme gözlemlendi.

Yazımız vaka takdimi olduğundan hastadan yazılı ve sözel izin alındı.

TARTIŞMA

Görünüm olarak selülitte benzeyen akut, kaşıntılı ve tekrarlayıcı bir dermatit olan Wells sendromunda lezyonlar 2-3 gün içinde hızlıca plaklara dönüşür ve 2-8 haftada skar oluşmaksızın, kendiliğinden, skleroderma benzeri pigmentasyon bırakarak tamamen iyileşir. Bu çalışmadaki vakada, 2,5 aylık selülit benzeri sağ üst ekstremitede tekrarlayan yer yer endüre, çoğunlukla plak şeklinde lezyonları mevcuttu.

Periferik eozinofili yaygın olmakla birlikte bu sendromun teşhisi için yeterli değildir. Kesin teşhis için klinik özelliklerin korelasyonu ve cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesi gereklidir.⁶ Hastanın periferik kanda eozinofilisi yoktu, ancak serum IgE seviyeleri yüksekti.

Eozinofilik selülit tedavisinde kortikosteroidler birincil olarak kullanılmakla beraber antihistaminikler, hidrosiklorokin, grisefulvin, dapson ve gereğinde immüsupresifler (siklosporin, azatioprin, takrolimus) kullanılabilir.⁷ Bazı olgularda, lezyonlardan stafilokok ve streptokok izole edilmesine rağmen sistemik antibiyotiklerinin tedavide yeri yoktur.

Son olarak genellikle yanlış teşhis konulan vakaların teşhis doğruluğunu ve yönetimini iyileştirmek için tekrarlayan selülit benzeri lezyonlarla seyreden klinik durumlarda eozinofilik selülit ayırıcı teşhisi de akılda tutulmalıdır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi

bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Yeliz Çiçek, Musrafa Kemal Çelen; **Tasarım:** Yeliz Çiçek, Musrafa Kemal Çelen; **Denetleme/Danışmanlık:** Yeliz Çiçek, Musrafa Kemal Çelen; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Yeliz Çiçek; **Analiz ve/veya Yorum:** Yeliz Çiçek; **Kaynak Taraması:** Yeliz Çiçek; **Makalenin Yazımı:** Yeliz Çiçek, Musrafa Kemal Çelen; **Eleştirel İnceleme:** Yeliz Çiçek; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** İbrahim İbiloğlu; **Malzemeler:** İbrahim İbiloğlu; **Diğer:** İbrahim İbiloğlu.

KAYNAKLAR

1. Ling TC, Antony F, Holden CA, Al-Dawoud A, Coulson IH. Two cases of bullous eosinophilic cellulitis. Br J Dermatol. 2002;146(1):160-1. [Crossref] [PubMed]
2. Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. Int J Dermatol. 2003;42(1):62-7. [Crossref] [PubMed]
3. Schuttelaar ML, Jonkman MF. Bullous eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome) associated with Churg-Strauss syndrome. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2003;17(1):91-3. [Crossref] [PubMed]
4. Ludwig RJ, Grundmann-Kollmann M, Holtmeier W, Wolter M, Glas J, Podda M, et al. Herpes simplex virus type 2-associated eosinophilic cellulitis (Wells' syndrome). J Am Acad Dermatol. 2003;48(5 Suppl):S60-1. [Crossref] [PubMed]
5. Koh KJ, Warren L, Moore L, James C, Thompson GN. Wells' syndrome following thiomersal-containing vaccinations. Australas J Dermatol. 2003;44(3):199-202. [Crossref] [PubMed]
6. Seçkin D, Demirhan B. Drugs and Wells' syndrome: a possible causal relationship? Int J Dermatol. 2001;40(2):138-40. [Crossref] [PubMed]
7. Moossavi M, Mehregan DR. Wells' syndrome: a clinical and histopathologic review of seven cases. Int J Dermatol. 2003;42(1):62-7. [Crossref] [PubMed]