

Eritem Annüler Santrifüj

Erythema annulare centrifugum

<sup>1</sup>Yalçın Baş, <sup>1</sup>Göknur Kalkan, <sup>1</sup>Havva Yıldız Seçkin

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Tokat.

**Yazışma Adresi:**

**Yrd. Doç. Dr. Yalçın BAŞ**

Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi  
Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Tokat.

e-posta:

dryalcinbas@gmail.com

GSM: 553 9797438

İş-tel: 356 2133294-1115

**Özet**

Eritemli dermatozlar dermatoloji kliniğinde sık karşılaşılan hastalıklardır. Figüre eritemler eritemli dermatozların büyük kısmını oluştururlar. Eritem annüler santrifüj tipik olarak annüler ve trailing skuamlı eritemli plaklar ile karakterizedir. Çok çeşitli nedenlere bağlı reaktif bir durum olarak düşünülmesine rağmen patofizyolojisi açık değildir. Bu yazıda eritem annüler santrifüj tanısı alan 32 yaşında bayan hasta sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Eritem, figüre eritem, eritem annüler santrifüj.

**Abstract**

Erythematous dermatoses are common diseases encountered in the dermatology clinic. Figurate erythemas comprise a huge part of erythematous dermatoses. Erythema annulare centrifugum (EAC) is a gyrate erythema, which is typically characterized by annular, erythematous plaques with trailing scale. It is considered to be a reactive condition with a wide variety of inciting causes but unclear pathophysiology. We present a 32 years old-woman who diagnosed as erythema annulare centrifugum.

**Key words:** Erythema, figure erythema, erythema annulare centrifugum.

## Giriş

Figüre eritemler, anüler veya değişken şekilli eritemli plaklar ile seyreden ve çeşitli hastalıklara eşlik edebilen dermatozlardır. Bir çok deri hastalığında annüler bir görünüm olabilmekte birlikte eritem annüler santrifüj, eritema marginatum, eritema migrans ve eritema giratum repens klasik olan tipleridir. Eritem annüler santrifüj (EAS) diğerlerine oranla nispeten daha sık görülür. EAS'de lezyonlar çevreye doğru yayılarak genişlerken merkezlerinde iyileşme görülür. Komşu halkaların birleşmesi ile polisiklik desenler meydana gelebilir. Tek bir lezyon 1-2 haftalık bir süre içerisinde 6 cm'den büyük bir çapa ulaşabilir. İki klinik tipi ayırt edilir; derin ve yüzeysel form. Derin formunda ilerleyen kenarlar belirgin olarak deriden kabarık ve genellikle deskuamasyon ve kaşıntı görülmez. Yüzeysel formda lezyonun dış kenarı fazla kabarık değildir ve halka şeklinde ince skuamla çevrilidir. Lezyonlar genellikle asemptomatiktir ancak nadiren hafif kaşıntılı olabilir. En sık gövdede olmakla birlikte ekstremitelerde de yerleşebilir (1).

## Olgu

32 yaşında bayan hasta vücudunda yaygın kızarıklık şikayetiyle başvurdu. Yaklaşık 10 yıl önce başladığı ve çok sayıda ataklar geçirdiği öğrenildi. Başka bir sistemik veya dermatolojik hastalığa sahip değildi. Ataklar öncesinde ilaç kullanımı ve enfeksiyon hikayesi tespit edilmedi. Hastanın dermatolojik muayenesinde özellikle gövde üst yarısında daha yoğun, 1-5 cm arasında, polisiklik, çok sayıda, hafif kahverengi pigmentasyon bırakarak genişleyen, özellikle lezyonların ilerleyen kenarları deriden kabarık ve eritemli figüre lezyonlar tespit edildi (Resim 1).

**Resim 1.** Göğüs bölgesinde eritemli polisiklik lezyonlar.



RPR, ANA, tiroid fonksiyon testleri, hemogram ve rutin biyokimyasal tetkikleri normal sınırlar içinde bulundu. Histopatolojisinde özellikle orta dermiste belirgin perivasküler yığılım gösteren mononükleer hücre infiltrasyonu saptandı. Histopatolojik inceleme, klinik ve anamnez bulgularıyla derin form eritem annüler santrifüj tanısı ile izleme alındı.

## Tartışma

EAS terimi ilk olarak 1916 yılında Darier tarafından kullanılmıştır. Daha önceleri eritema giratum perstans, eritema figuratum perstans olarak tanımlanan tablolar; daha sonra klinik olarak farklılıkları göz önünde bulundurularak farklı otörler tarafından "eritema perstans" olarak adlandırıldı (2). Günümüzde bu terimlerin EAS klinik veya patolojik olarak farklı varyantları için kullanıldığı düşünülmektedir (3). EAS özellikle 5. Dekattan sonra sık görülmesine rağmen her yaşta gözlenebilmektedir (4). Kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta gözlenmiştir (4).

EAS'ün antijenik bir uyarıya cevap olarak gelişen hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmektedir (4). En sık enfeksiyonlarla özellikle Candida türleri olmak üzere dermatofitlerle ilişkisi gösterilmiştir. Virüsler, parazitler ve ektoparazitler gibi diğer enfeksiyöz ajanlarla da ortaya çıkabilmektedir. Daha nadir olarak gıdalar, ilaçlar, otoimmün endokrinopatiler, lenfoma ve lösemiler gibi neoplazilerle birlikteliği gösterilmiştir. Ancak bu farklı etiyolojik durumlarda altta yatan temel neden tespit edilememiştir ve çoğunlukla da olguların büyük kısmında etiyolojiye dönük herhangi bir etken saptanamamaktadır.<sup>5</sup>

EAS klinik olarak yüzeysel ve derin olmak üzere iki farklı formda karşımıza çıkmaktadır. Her iki formda da sert pembe papüller olarak başlayıp merkezden iyileşmeyle beraber sentrifugal olarak yayılırlar. Komşu halkaların birleşmesi ile polisiklik desenler meydana gelir. Tek bir lezyon 1-2 haftalık bir süre içerisinde 6 cm'den büyük bir çapa ulaşabilir. Derin formunda ilerleyen kenarlar belirgin olarak deriden kabarıktır ve genellikle deskuamasyon ve kaşıntı görülmez. Yüzeysel formda lezyonun dış kenarı fazla kabarık değildir ve halka şeklinde ince skuamla çevrilidir. Lezyonlar genellikle asemptomatiktir ancak nadiren hafif kaşıntılı olabilir. En sık gövdede olmakla birlikte ekstremitelerde de yerleşebilir (1). Gerilerken lezyonlar genellikle iz bırakmaz ancak haftalarca ve aylarca sebat edebilir.

EAS'ün histopatolojisi derin ve yüzeysel tipininin yerleşim yerine uygun olarak değişiklik göstermektedir. Yüzeysel tipinde hafif spongiöz, mikrovezikülasyon, fokal parakeratoz, minimal yüzeysel perivasküler lenfositik infiltrasyon gibi spesifik olmayan bulgular yanında, tipik olarak inflamatuvar hücreler damarlar etrafında 'çeket kolu-manşon' olarak adlandırılan tarzda yoğun olarak birikirler (4). Derin formunda ise epidermal değişiklikler belirgin değildir ve yoğun perivasküler yığılım gösteren mononükleer hücre infiltrasyonu daha çok orta ve alt dermiste belirgindir.<sup>4</sup>

EAS; eritema marginatum, eritema migrans, eritema giratum repens gibi diğer figüre eritemli hastalıklarla ve annüler ürtiker, pitriyazis rozea, annuler psoriasis, mikozis fungoides, sekonder sifiliz, tinea corporis gibi bir çok dermatolojik hastalıklarla ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Klinik görüntü ve anamnez büyük oranda çoğu dermatolojik tablodan ayırt etmede yardımcı olsada; klinik olarak güçlük çekilen durumlarda histopatolojik inceleme ve hastalıklara özgü tetkikler ile ayırıcı tanı yapmak mümkündür.

EAS tedavisinde eğer altta yatan bir hastalık mevcut ise, tetikleyen hastalığın tedavisine dönük ilaçlarla lezyonlarda gerileme meydana gelmektedir. Ancak altta yatan hastalık mevcut değilse, hastalığın şiddetine ve hastanın beklentisine göre tedavi stratejisi izlemek uygun olacaktır. Genellikle tedavi yapılmadan kendiliğinden gerilemesi ve büyük oranda semptomsuz olması nedeniyle hafif olgularda tedavisiz izlenebilir. Tedavi gereken durumlarda ilk basamakta çevreye doğru yayılan aktif kenara uygulanan lokal steroidler faydalı olabilir. Bazı otörler saptanamasa bile antibiyotiklerin ve antifungal ajanların ampirik olarak kullanımını önermektedirler.<sup>4</sup> Sistemik kortikosteroidler klinik remisyonu sağlamakla birlikte ilacın kesilmesiyle bulgular genellikle tekrarlama eğiliminde olduğundan kronik, sık nüks gösteren ve selim seyirli bir hastalıkta çok tercih edilmemektedir. Olguların sunumları şeklinde bazı hastalarda lokal takrolimus ve kalsipotriol, oral metranidazol ve subkutan interferon kullanımının faydalı olduğu belirtilmiştir (6,7).

Sonuç olarak EAS benign ve genellikle semptomsuz olmasına rağmen tekrarlayıcı olması, çok sayıda hastalıkla ayırıcı tanıda düşünülmesi ve özellikle nadirde olsa lösemi ve lenfoma gibi neoplazilerle birlikte olabilmesi nedeniyle dikkate alınmalıdır.

## Kaynaklar:

1. Espana A. Figüre eritemler. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editörler. Dermatoloji. 1. Cilt. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri;2012;277-80.
2. White JW, Perry HO. Erythema perstans. Br J Dermatol. 1969;81:641-51.
3. Bressler GS, Jones RE Jr. Erythema annulare centrifugum. J Am Acad Dermatol. 1981;4:597-602.
4. Evans SE, Karaduman A. Eritemli dermatozlar. Türk Dermatoloji Dergisi. 2009;3:55-62.
5. Mahood JM. Erythema annulare centrifugum: a review of 24 cases with special reference to its association with underlying disease. Clin Exp Dermatol. 1983;8(4):383-7.
6. Guillet MH, Dorval JC, Larréque M, Guillet G. Darier's erythema annulare centrifugum of neonatal onset with a 15 years' follow-up. Efficacy of interferon and role of cytokines]. Ann Dermatol Venereol. 1995;122:422-6.
7. Gniadecki R. Calcipotriol for erythema annulare centrifugum. Br J Dermatol. 2002;146:317-9.