

# Chronic actinic dermatitis: A case report

## Kronik aktinik dermatit: Bir olgu

Emine Çölgeçen<sup>1</sup>, Nilsen Yıldırım Erdoğan<sup>2</sup>, Kemal Özyurt<sup>3</sup>, Sevinç Şahin<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Bozok University School of Medicine, Department of Dermatology, Yozgat, Turkey

<sup>2</sup> Gaziosmanpaşa Taksim Training and Research Hospital, Pathology Clinics, İstanbul, Turkey

<sup>3</sup> Kayseri Training and Research Hospital, Dermatology Clinics, Kayseri, Turkey

<sup>4</sup> Bozok University School of Medicine, Department of Pathology, Yozgat, Turkey

### Abstract

Chronic actinic dermatitis (CAD) is a chronic eczematoid photodermatosis expressed more frequently in middle aged or older males. A variety of etiologies such as photoallergic, phototoxic, immunologic and metabolic factors have been postulated in CAD. It is initiated and clinically triggered with exposure to sunlight and artificial radiation. At the present time, photosensitive eczema (mild form), photosensitive dermatitis, persistent light reaction and actinic reticuloid (severe form) have been collected under the title of CAD. The basic components of this disease are a persistent, chronic, eczematous eruption in the absence of exposure to known photosensitizers; photosensitivity to UVA, and/or UVB, and/or visible light; and histology consistent with a chronic dermatitis with or without features of lymphoma. In this report, we presented a case with CAD due to its rarity.

**Keywords:** Photodermatose, chronic actinic dermatitis, ultraviolet

### Özet

Kronik aktinik dermatit (KAD), sıklıkla orta ve ileri yaşlardaki erkeklerde ortaya çıkan inatçı fotosensitivite gösteren kronik ekzematoid bir fotodermatozdur. Hastalık etiyojisinde fotoalerjik, fototoksik, immunolojik ve metabolik faktörlerin rol oynadığı düşünülen bir hastalıktır. KAD güneş veya yapay radyasyon ile başlayabilir ve bu etkilerin devam etmesi sonucu klinik tablo oluşur. Günümüzde fotosensitif ekzema (hafif formu), fotosensitif dermatit, persistan ışık reaksiyonu ve aktinik retiküloid (şiddetli formu) KAD başlığı altında toplanmıştır. Bu hastalığın temel komponentleri; bilinen fotoduyarlandırıcılara maruz kalma durumu olmadan oluşan persistan, kronik, ekzematöz belirtiler; genellikle UVA ve/veya UVB ve/veya görünür ışığa karşı gelişen fotosensitivite ve histolojide lenfoma özellikleri olsun veya olmasın sürekli kronik dermatit varlığıdır. Burada nadir görülmesi nedeniyle KAD'li bir olgu sunulacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Fotodermatoz, kronik aktinik dermatit, ultraviyole

### Giriş

Kronik aktinik dermatit (KAD) güneş ışığının uyardığı endojen kutanöz antijenlere karşı gelişen kontakt dermatit benzeri reaksiyon olup nadir görülen bir dermatozdur. Genellikle 50 yaş üstü erkeklerde görülür (1,2).

Çeşitli maddelere karşı kontakt alerji görülmesi nadir değildir. Hastalık güneş veya yapay radyasyon tarafından başlatılır ve bu etkilerin devam etmesi sonucu klinik tablo oluşur. Olgularda ultraviyole A (UVA) ve ultraviyole B (UVB)'ye karşı inatçı bir fotosensitivite mevcut olup, aynı zamanda 700 nanometrenin üzerindeki görünür ışığa da duyarlılık bulunmaktadır. Fototest ile genellikle anormal papüler reaksiyona eşlik eden düşük minimal eritem dozu saptanır (3,4).

*Bu olgu sunumu 21-25 Ekim 2014 tarihlerinde Antalya'da gerçekleşen 25. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.*

**Correspondence:** Emine Çölgeçen, Bozok University Medical Faculty Department of Dermatology Yozgat/TURKEY  
Tel:00905054895318 [drecolgecen@hotmail.com](mailto:drecolgecen@hotmail.com)

**Received:** 09.11.2014 **Accepted:** 07.12.2014

[www.gaziantepmedicaljournal.com](http://www.gaziantepmedicaljournal.com)

DOI: 10.5455/GMJ-30-172496

reaksiyonu ve aktinik retiküloid (şiddetli formu) Önceden tanımlanan fotosensitif ekzema (hafif formu), fotosensitif dermatit, persistan ışık günümüzde KAD sınıflaması içinde yer alır (3,5). Bütün bu hastalıkların ortak özelliği kronik ilerleyici fotosensitif hastalıklar olmasıdır (6).

Sunulan olgu klinik özellikleri, standart yama testi sonucu ve tedavi etkinliği açısından ele alınmıştır.

### Olgu sunumu

Elli altı yaşında erkek hasta dermatoloji polikliniğine 1,5 yıldır süren kaşıntılı döküntüler şikayeti ile başvurdu. Çiftçi olan hastanın şikayetleri kış mevsiminde azalmakla birlikte, yıl boyunca devam etmekteydi. Hastanın kolonya gibi parfüm içeren kozmetik ürünleri zaman zaman kullandığı öğrenildi. İlaç anamnezi saptanmadı. Dermatolojik muayenesinde yüzde, boyunda, göğüs ön yüzü V bölgesinde, her iki ön kol ve el sırtında ödemli, eritemli, kaşıntılı, likenifiye papüller ve plaklar mevcuttu (Resim 1,2). Tam kan sayımı, sedimentasyon, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, total Ig E düzeyi normaldi. Uygulanan deri yama testinde koku karışımı (++)



olarak değerlendirildi. Ön koldan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde yüzeyle ortohiperkeratoz, epidermiste irregüler akantoz, hafif hipergranüloz ve bazal tabakada hafif lenfosit ekzositozu gözlemlendi. Papiller dermiste yüzeyle dik uzanan seyrek kollajen lifler dikkati çekti. Yüzeyle dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon izlendi (Resim 3). Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde KAD (aktinik retiküloid) tanısı konularak topikal steroid, güneş koruyucu ve azatiyopürin 2x50 mg/gün başlandı. Bir ay sonraki kontrolde lezyonlarda belirgin iyileşme gözlemlendi. Hasta daha sonraki takiplere gelmedi.



Resim 1. Ön kol ve el sırtındaki lezyonların görünümü

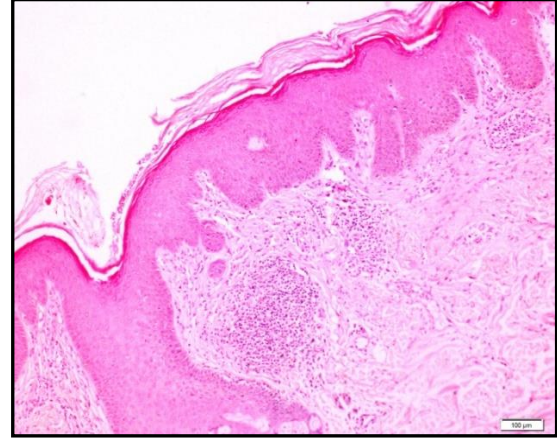


Resim 2. Göğüs ön yüzü V bölgesindeki lezyonların görünümü.

### Tartışma

KAD, orta yaş üzeri erkeklerde güneş duyarlılığı ile karakterize bir fotodermatozdur (3). Saçlı deri, yüz, boyun, kolların ekstansör yüzeyi, göğüsün üst kısmında yaygın ekzematöz kronik likenifiye plaklara rastlanmaktadır. Güneşten korunan alanlarda kulak arkası, göz kapaklarının üstünde döküntüler

oluşmazken güneşin temas ettiği giysi bölgelerinde keskin sınırlı döküntüler bulunur. Yüzeyle deri çizgilerinin belirginleşmesine neden olmakla birlikte nadiren aslan yüz görünümünün oluşmasına neden olmaktadır.



Resim 3. Ön koldaki lezyonun histopatolojik görünümü (Hematoksilen-eozin boyası, x100)

Kaşların dış kısmında kaşımaya bağlı dökülme oluşabilir. Bu hastalarda atopik, seboreik, palmar, plantar ekzemalar görülebilir. Nadiren eritrodermi geliştiği bilinmektedir. Başlangıçta sadece yaz mevsiminde görülen ekzematöz döküntü, sonraları tüm yıl boyu devam eder (1,6,7).

KAD'in patogenezi bilinmemektedir. Bazı hastalarda öncesinde kullanılan topikal veya oral fotoduyarlandırıcılar suçlanabilir fakat tablo tetikleyici ajanın kesilmesiyle iyileşme göstermez. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde fotoyama testi daha önce uygulanan ajanlara özellikle koku, güneş koruyucu içerikleri ve heksaklorofene karşı pozitif cevaba neden olur. Standart ajanlara karşı yapılan yama testi hastaların yaklaşık %30'unda pozitif sonuç verebilir fakat özel bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte Avrupa'da vakaların %85 kadarında *Compositae*'ye karşı kontakt duyarlılık bulunmuştur. CD8 (+) T lenfositler vakaların büyük çoğunluğunun deri infiltratlarında yoğun olarak bulunur. Ig E düzeyleri artmış olabilir (8,9).

Ayrıntı tanıda kutane T hücreli lenfoma, Sezary sendromu, fotoalerjik, alerjik kontakt dermatit, ışıkla alevlenen atopik dermatit, seboreik dermatit, lupus eritematoz, ilaçla tetiklenen fotosensitif hastalıklar ve eritrodermiye neden olan hastalıklar düşünülmelidir (3,5,6).

KAD tanısı, üç kriterin varlığında konur. 1) Güneş gören bölgelerde 3 aydan uzun süreli ekzematöz erüpsiyon; 2) UVA ve/veya UVB ve/veya görünür ışığa karşı fototest pozitifliği; 3) Histopatolojide epidermal spongiozun eşlik edebildiği dermiste lenfosit ve makrofaj infiltrasyonu ve/veya dermis ve epidermiste atipik mononükleer hücrelerin

varlığıdır (8,10). Sunulan hastaya sadece standart yama testi yapılabildi. Hastanın kırsal kesimde yaşaması ve çiftçi olması; lezyonların güneş gören bölgelerden başlaması, daha sonra yaygın hale gelmesi ve kronik seyri ile mevcut histopatolojik bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya KAD tanısı konuldu. Sunulan vaka üç tanı kriterinin ikisini tamamladı. Ayırıcı tanıya giren hastalıklardan klinik ve histopatolojik özellikleri ile ayırt edildi. Yama testinde koku karışımına karşı pozitif reaksiyon görülmesi ile KAD arasındaki ilişki net değildir fakat ilk evrede eksojen duyarlandırıcı olarak etiyojide rol oynamış olabilir.

KAD'de histolojik yapının kutanöz T hücreli lenfomaya benzemesi nedeniyle hastalığın lenfomaya dönüşebileceği ileri sürülmüştür. Ancak Bilsland ve arkadaşlarının (11) yaptığı bir çalışmada ne lenfoma ne de non-lenfoma tümör gelişme riskinin normal papülyasyondan farklı olmadığı görülmüştür.

Kesin fotokorunma ve olası kontakt allerjenlerden kaçınma primer öneme sahiptir. Topikal veya aralıklı oral kortikosteroid tedavisi emoliyent kullanımı ile birlikte genellikle gereklidir. Dirençli hastalıkta tedavi siklosporin, azatiyopürin, mikofenalat mofetil, düşük doz PUVA ve topikal takrolimus içerir. Bu tedaviler sıklıkla kombinasyon şeklinde kullanılır (3,5,6). Hastamızda azatiyopürin (100 mg/gün), topikal steroid ve güneş koruması ile birinci ayın sonunda belirgin düzelme saptandı.

Sonuç olarak; aktinik retiküloid KAD'ler içerisinde spektrumun en ağır formunu oluşturan, tedavisinde zorluklar yaşanabilen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, nadir görülen bir hastalıktır. KAD'in etiopatogenezine yönelik yapılacak çalışmalar daha spesifik tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde yararlı olabilir.

### Kaynaklar

1. Millard TP, Hawk JL. Photosensitivity disorders: cause, effect and management. *Am J Clin Dermatol* 2002;3(4):239-46.
2. Mahmoud BH, Hexsel CL, Hamzavi IH, Lim HW. Effects of visible light on the skin. *Photochem Photobiol* 2008;84(2):450-62.
3. Lim HW, Hawk JLM. Photodermatoses. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, ed. *Dermatology*. 2nd ed. St Louis: Mosby, 2008; 1333-1351.
4. Doğan G, Özcan H, Şener S, Karıncaoğlu Y. Aktinik retiküloid. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1999;6(1):61-4.
5. Daye M, Mevlitoğlu İ. İdyopatik fotodermatozlar. *Genel Tıp Derg* 2012;22(2):78-82.
6. Trakatelli M, Charalampidis S, Novakovic LB, Patsatsi A, Kalabalikis D, Sotiriadis D. Photodermatoses with onset in the elderly. *Br J Dermatol* 2009;161(3):69-77.
7. Dawe RS, Crombie IK, Ferguson J. The natural history of chronic actinic dermatitis. *Arch Dermatol*. 2000;136(10):1215-20.
8. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrews' diseases of the skin*. 10th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2008; 37-38.
9. Kavak A, Alper M. Kronik aktinik dermatit: Eşlik eden depigmentasyon ve "Compositae" dermatiti ile ilişkisi. *Türkderm* 2003;37(4):290-3.
10. Lim HW, Morison WL, Kamide R, Buchness MR, Harris R, Soter NA. Chronic actinic dermatitis. An analysis of 51 patients evaluated in the United States and Japan. *Arch Dermatol* 1994;130(10):1284-9.
11. Bilsland D, Crombie IK, Ferguson J. The photosensitivity dermatitis and actinic reticuloid syndrome: no association with lymphoreticular malignancy. *Br J Dermatol* 1994;131(2):209-14.

### How to cite:

Çölgeçen E, Yıldırım Erdoğan N, Özyurt K, Şahin S. Chronic actinic dermatitis: A case report. *Gaziantep Med J* 2015;21(2):139-141.