

Plazma Hücreli Mukozit

Plasma Cell Mucositis: Case Report

Emine TAMER,^a
Arzu KILIÇ,^a
Ferda ARTÜZ,^a
Ayşel ÇOLAK^a

^aDeri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği,
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 02.04.2014
Kabul Tarihi/Accepted: 29.12.2014

*Bu çalışma, 21. Prof. Dr. A. Lütfi Tat Sempozyumu
(11-17 Kasım 2013, Ankara)'nda
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:

Emine TAMER
Ankara Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
eminettamer@yahoo.com.tr

ÖZET Plazma hücreli mukozit (PHM) nadir görülen, plazma hücrelerinin poliklonal artışı ile karakterize, etiyojisi bilinmeyen benign bir hastalıktır. Genellikle dudaklarda görülen, ancak bukkal mukoza, dil, damak, epiglot ve larinkste de yerleşebilen bir tablodur. PHM için geçmişte, plazma hücreli orifisiyal mukozit; idiyopatik plazmasitozis; üst solunum ve üst sindirim sisteminin mukoz membran plazmasitozisi; oral papiller plazmositozis gibi terminolojiler kullanılmıştır. Literatürde bildirilmiş 50'den az vaka bulunmaktadır ve bu olguların dokümanite edilmesiyle önerilen adlandırma PHM olmuştur. Dental literatürde de plazma hücreli jinvit terminolojisi kullanılmıştır. Bu çalışmada, oral mukozada subjektif yakınma oluşturmayan beyaz plak lezyonlarla başvuran 41 yaşındaki bir kadın hastayı sunduk. Bu vaka aracılığıyla oral mukoza lezyonlarında PHM'nin de ayrırcı tanıda akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Mukozit; plazma hücreleri

ABSTRACT Plasma cell mucositis (PCM) is a rare benign disease with an unknown etiology characterized by polyclonal increase of plasma cells. Usually it is localized on the lips, but it can also be localized on the buccal mucosa, tongue, palate, epiglottis, and larynx. Previously, terminological names such as plasma cell orificial mucositis, idiopathic plasmocytosis, mucous membrane plasmocytosis of the upper aerodigestive tract, oral papillary plasmocytosis were used to describe PCM. In the literature, fewer than 50 cases have been reported and the suggested name for this condition has been PCM. In the dental literature, the terminology of plasma cell gingivitis has been used to describe this condition. Herein, we report a 41-year-old woman who presented with white plaques on her oral mucosa with no subjective symptoms. We want to emphasize that PCM should be kept in mind in the differential diagnoses of oral mucosal lesions.

Key Words: Mucositis; plasma cells

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2014;24(3):99-102

Plazma hücreli mukozit (PHM) nadir görülen, etiyojisi bilinmeyen, üst solunum ve üst sindirim sistemini oluşturan yapılarda plazma hücre proliferasyonu ile seyreden benign bir hastalıktır.¹⁻⁸ Sıklıkla lezyonlar dudaklarda görülür, ancak bukkal mukoza, dil, damak, epiglot ve larinkste de yerleşebilir.³ Klinik olarak oral kavitede farklı biçimde prezente olabilir. Beyaz renkli plaklar, ülserasyonlar eritemli zeminde üzerlerinde papillomatöz değişikliklerin gözlemlendiği lezyonlarla seyredebilir.³ Literatürde PHM için plazma hücreli orifisiyal mukozit; idiyopatik plazmasitozis; üst solunum ve üst sindirim sisteminin mukoz membran plazmasitozisi; oral

papiller plazmositozis gibi terminolojiler kullanılmıştır.^{1,2,5} Bildirilen 50'den az olgu bulunmaktadır ve bu olguların dokümanite edilmesiyle önerilen adlandırma PHM olmuştur.^{1,4} Dental literatürde de plazma hücreli jinjivit (PHG) terminolojisi kullanılmıştır.^{3,6,7}

OLGU SUNUMU

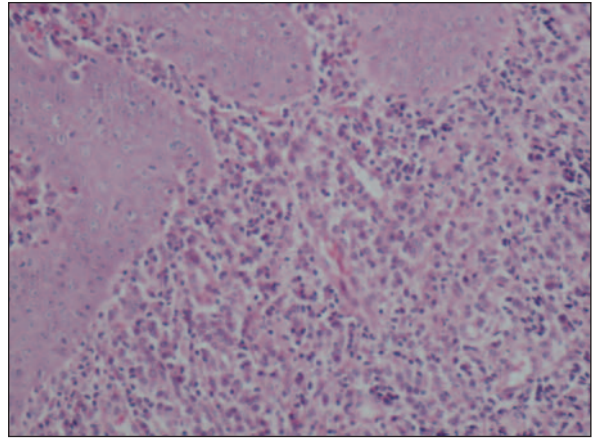
Kırk bir yaşındaki kadın olgu, ağız içinde beş yıldır devam eden yaralar yakınmasıyla başvurdu. Subjektif bir yakınmasının olmadığı öğrenilen olgunun dermatolojik muayenesinde; her iki yanak mukozasında değişik büyüklüklerde düzensiz kenarlı, üzerleri yer yer hiperpigmente yer yer papillomatöz görünümde beyaz plaklar mevcuttu (Resim 1, 2). Bu lezyonlardan diskoid lupus eritematozus, liken planus, lökoplaki ön tanılarıyla biyopsi alındı. VDRL, TPHA, hepatit B ve C, HIV serolojileri istendi. Kandida enfeksiyonunu dışlamak için nativ preparat yapıldı. Bu tetkiklerde pozitif bir bulguya rastlanmadı. Lezyonlardan alınan biyopsinin histopatolojik incelemesinde; psöriyaziform epitelyal hiperplazi, lenfosit egzositozu ile birlikte lamina propriyada yer yer gruplar hâlinde plazma hücrelerinden zengin inflamatuvar hücreler tespit edildi (Resim 3). Bu bulgularla olguya PHM tanısı kondu. Topikal olarak "triamcinolone acetamid" sprey 10 gün kullanıp beş gün ara verecek şekilde ve beraberinde itrakonazol 100 mg/gün başlandı. Hastanın iki ay sonraki kontrolünde hiçbir gerileme olmadığı gözlemlendi. Olguya Avrupa standart ve kozme-



RESİM 1: Sağ yanakta düzensiz kenarlı beyaz plak lezyonlar. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 2: Sol yanakta yer yer hiperpigmente, papillomatöz görünümde lezyonlar. (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 3: Lenfosit egzositozu ile birlikte lamina propriyada yer yer gruplar hâlinde plazma hücrelerinden zengin inflamatuvar hücreler (HE, x 40). (Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

tik seri ile deri yama testi yapıldı; 48. ve 72. saatlerdeki değerlendirilmesinde kozmetik seriyeye ait "sorbitan sesquioleate (Ariacel 83)" allerjenine karşı (++) reaksiyon saptandı.

TARTIŞMA

Literatürde nonneoplastik plazma hücrelerinin infiltrasyonu sonucu ortaya çıkan mukozal lezyonlar çeşitli anatomik lokalizasyonlarda tanımlanmıştır. İlk olarak glans penis lokalizasyonlu vakalar bildirilmiş "Zoon's balaniti" olarak adlandırılmıştır. Plazma hücreli vulvit, plazma hücreli jinjivit ve plazma hücreli orifisiyal mukozit yerleşim yerine göre yapılan diğer adlandırmalardır.^{2,3,5}

PHM benign bir tablodur, plazma hücreli neoplazm gelişimiyle ilişkisi bildirilmemiştir.¹ Ortalama 50 yaşında görülür.^{1,4} Klinik prezentasyonu klasik olarak; yoğun eritematöz mukoza üzerinde papillomatöz, nodüler, kaldırım taşı görünümünde ya da kadifemsi yüzey değişikliklerinin görülmesi şeklindedir. Yaygın görülen semptomları oral ağrı, disfaji, persistan ses kısıklığı, boğaz ağrısıdır ve genel olarak bu semptomlar kronik seyirlidir.^{1,2,4} Bizim olgumuz literatürde bildirilen vakalara nazaran daha genç bir yaşta etkilenmiştir. Bununla beraber kronik bir seyir göstermektedir, ancak subjektif bir yakınması bulunmamaktadır.

PHM'nin etiyojisi bilinmemektedir. Mekanik travma, aktinik hasar veya kontakt sensitizasyon gibi bilinmeyen bir uyarana karşı gelişmiş bir immün yanıt olduğu düşünülmektedir.^{3,6} Bazı yayınlarda bakteriyel etiyojisi üzerinde durulmuştur. PHM'nin genital, oral ve üst solunum yolları mukozasında bakteri kolonizasyonunun yol açtığı bir hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmüştür.²

Bazı yayınlarda da PHM'nin sakız, şeker, bazı gıdalar ve diş macunu ile ilişkili bir hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülmüştür. Literatürde bu konuyu açıklığa kavuşturacak bildiri çok azdır. Bu spekülasyonlar sonucu ise ilgili ürünlerin formülasyonlarının nonallerjenik maddeler ihtiva etmesi sağlanmıştır.^{1,4,6,7} En sık saptanmış allerjenler sakız ve diş macunlarına tat veren "cinnamon (tarçın) ve cinnamonaldehide" olmuştur.⁶ Biz de olgumuzda

allerjik etiyojisi ekarte etmek için deri yama testi gerçekleştirdik ve pek çok topikal ilaç, kozmetik ve cilt bakım ürünlerinde yer alan "sorbitan sesquileate (Ariacel 83)"e karşı (++) reaksiyon saptadık. Bu allerjenin göz farı bazı, nemlendirici, fondöten, maskara, diş macunu, dudak balsamı gibi günlük hayatta çok sık kullandığımız ürünlerde yer alması bizim olgumuzda da etiyojide kontakt sensitizasyonu akla getirmiştir. Bu konuda hasta bilgilendirilmiş, bu allerjeni ihtiva eden ürünlerden kaçınması yönünde uyarıda bulunulmuştur.

PHM'de histopatolojik olarak submukozal yoğun plazma hücresi infiltrasyonu görülür.¹ Plazma hücrelerinde poliklonal bir artış vardır.^{1-4,6}

PHM'nin ayırıcı tanısında öncelikle akılda tutulması gerekenler Tablo 1'de görülmektedir. Olgumuzun sfiliz ve kandidiyazis için yapılan tetkikleri negatif sonuçlanmıştır. Olgunun genel fizik ve dermatolojik muayenesi ayırıcı tanıda başka hastalıkları akla getirmemiştir. Tedavide ana hedef semptomatik rahatlama sağlamaktır. Literatürde topikal ve intralezyonel steroid, kriyoterapi, CO₂ lazer, sistemik antifungaller, antibiyotikler, topikal siklosporin, topikal takrolimus, dapson gibi tedaviler denenmiştir. Pek çok tedavi lezyonların gerilemesini sağlamazken stabil kalmasını sağlamıştır.^{1,4} En yaygın kullanılmış tedavi modalitesi kortikosteroidlerdir.⁴ Literatürde topikal siklosporin kullanımından yarar görmüş bir vaka bildirimini mevcuttur.⁸ PHM, prognozu benign olan bir tablodur. Plazma hücreli neoplazm ya da lenfomaya

TABLO 1: Ağız içinde beyaz plak yapan hastalıklar.

	Tanı	Tedavi
Lökoplaki	Klinik-histopatolojik	Displazi/atipi (-) ise takip, (+) ise cerrahi
Lökoödem	Klinik	Tedavisi yoktur
Liken planus	Klinik-histopatolojik	Topikal/intralezyonel/sistemik steroid, retinoidler
Kandidiyazis	Klinik-mikrobiyolojik	Antifungaller
Sfiliz	Klinik-serolojik	Sfiliz tedavisi
Oral kıllı lökoplaki	Klinik-serolojik	Takip/sistemik antiviral
Beyaz süngerimsi nevüs	Klinik-histopatolojik	Tedavisi yoktur
Nikotin stomatiti	Öykü-klinik	Sigaranın bırakılması
Fordyce lekeleri	Klinik-histopatolojik	Tedaviye gerek yoktur
Submukozal fibrozis	Klinik-histopatolojik	Topikal/intralezyonel steroid
PHM	Klinik-histopatolojik	Topikal/intralezyonel steroid, kriyoterapi, diğerleri

PHM: Plazma hücreli mukozit.

progresyon gösterdiği bildirilmemiştir.¹ Hastamızda da beş yıldır süren kronik ve stabil bir seyir mevcuttu. İki aylık topikal steroid ve oral itrakonazol tedavisinden yarar sağlanmadı.

Bu vakayı nadir gözlenen bir tablo olması ve oral kavitede görülen pek çok lezyonun ayırıcı tanısında akılda bulundurulması gerektiği için sunmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Solomon LW, Wein RO, Rosenwald I, Laver N. Plasma cell mucositis of oral cavity: report of case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106(6):853-60.
2. Smith ME, Crighton AJ, Chisholm DM, Mountain RE. Plasma cell mucositis: a review and case report. *J Oral Pathol Med* 1999;28(4):183-6.
3. Kaur C, Thami GP, Sarkar R, Kanwar AJ. Plasma cell mucositis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2001;15(6):566-7.
4. Puvanendran M, Lieder A, Issing W. Plasma cell mucositis of Oro-and hypopharynx: a case report. *Case Rep Otolaryngol* 2012;2012: 304136.
5. Brix WK, Nassau SR, Patterson JW, Cousar JB, Wick MR. Idiopathic lymphoplasmacellular mucositis-dermatitis. *J Cutan Pathol* 2010; 37(4):426-31.
6. Janam P, Nayar BR, Mohan R, Suchitra A. Plasma cell gingivitis associated with chelitis: A diagnostic dilemma! *J Indian Soc Periodontol* 2013;16(1):115-9.
7. Bali D, Gill S, Bali A. Plasma cell gingivitis-A rare case related to Colocasia (arbi) leaves. *Contemp Clin Dent* 2012;3(Suppl 2):182-4.
8. Heinemann C, Fischer T, Barta U, Michaelides A, Elsner P. Plasma cell mucositis with oral and genital involvement-successful treatment with topikal cyclosporin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20(6):739-40.