

Eozinofilili Anjiyolenfoid Hiperplazi

Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia: Letter to the Editor

Filiz CANPOLAT,^a
Havva Hilal AYYAZ,^a
Ayşegül ADABAĞ,^b
Nesrin GÜRÇAY,^b
Müzeyyen GÖNÜL^a

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
^bPatoloji Kliniği,
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 14.10.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 01.07.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Havva Hilal AYYAZ
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
drhilalayvaz@gmail.com

Bu çalışma, XX. Lütfü Tat Ankara Sempozyumu
(16-20 Kasım 2011, Ankara)'nda
elektronik poster olarak sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Eozinofilili
anjiyolenfoid hiperplazi; tanı, ayırıcı;
dermoskopi

Key words: Angiolymphoid hyperplasia
with eosinophilia; diagnosis, differential;
dermoscopy

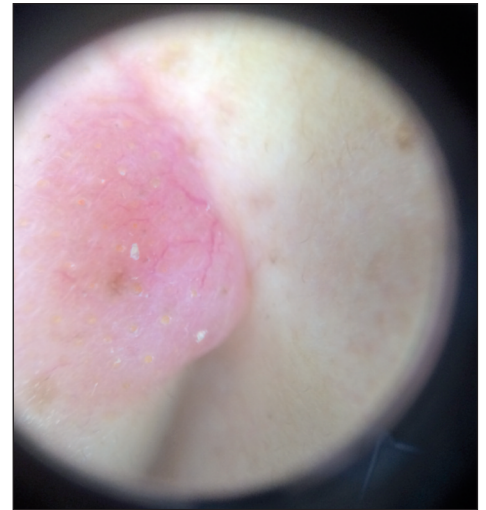
Eozinofilili anjiyolenfoid hiperplazi (EAH) nadir görülen inflamatuvar bir hastalıktır. Epiteloid hemanjiyom da denilen hastalığın, önceleri Kimura hastalığı (KH) ile aynı antite olduğu düşünülmeyle beraber, günümüzde farklı iki hastalık oldukları kabul görmektedir.^{1,2}

Kırk yedi yaşındaki kadın olgu, burunda kırmızı şişlik nedeni ile kliniğimize başvurdu. Lezyonun 6 ay önce kızarıklık olarak ortaya çıktığı, zamanla büyüdüğü öğrenildi. Lezyonda hafif ağrı dışında herhangi bir semptom yoktu. Muayenesinde burun sol ala nazide 1,5x1,5 cm boyutlarında, keskin sınırlı, kubbe şekilli, yumuşak eritemli nodül gözlendi (Resim 1). Dermoskopik incelemede kırmızı zemin üzerinde lineer damarlar mevcuttu

(Resim 2). Fizik muayenesinde lenfadenopati veya başka bir patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, kanama zaman-



RESİM 1: Olgunun burundaki lezyonu.



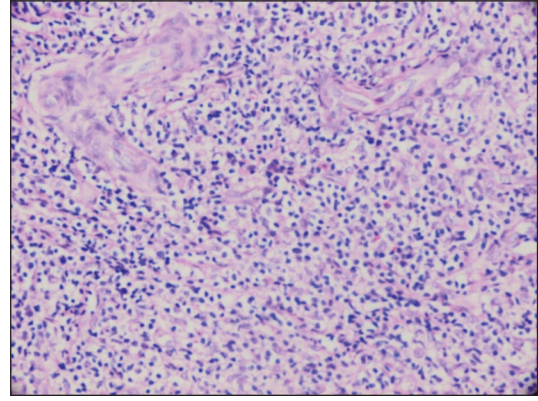
RESİM 2: Lezyonun dermoskopik görünümü.

ları, anti-human immunodeficiency virus, anti-hepatit C virüsü, antihepatit B yüzey antijeni normal sınırlarda veya negatif idi. Periferik kanda eozinofil oranı %1,9 olarak normal sınırlar içerisinde idi. Bilateral servikal Doppler ultrasonografide patolojik bulgu yoktu. Lezyondan “punch” biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemesinde büyük endotel hücreleriyle çevrili, küçük kan damarlarında proliferasyon ve lenfosit ile eozinofilden oluşan perivasküler infiltrasyon, eozinofilik sitoplazmalı, iri nükleuslu, lümene protrüde olmuş şişkin epitelioid endotel hücreleri ile döşeli vasküler yapılar saptandı (Resim 3, 4). Endotel hücrelerinde atipi ya da mitoz izlenmedi. Klinik, dermoskopik, laboratuvar ve histopatolojik bulgular eşliğinde olguya EAH tanısı konuldu.

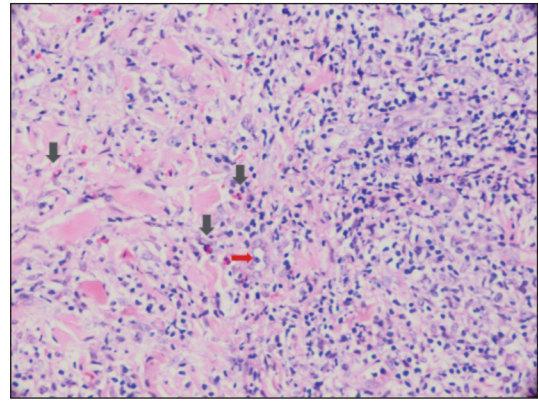
Olguya tedavi yöntemleri anlatıldı ve onam alınarak 4 hafta ara ile iki kez 10 mg (0,5 mL) intralezyonel triamsinolon tedavisi uygulandı. Lezyonu tama yakın gerileme gösteren ve 4 aydır nüks gözlenmeyen olgu, izlemimiz altındadır (Resim 5).

EAH sıklıkla (%85) periauriküler bölge ve boyunda, eritemli zemin üzerinde kubbe biçimli papül veya nodül şeklinde görülmektedir. Genellikle asemptomatik soliter lezyon olup, hastaların yaklaşık %20'sinde multipl lezyonlar bildirilmiştir. %20 kadar hastada periferik eozinofili de tespit edilebilmektedir.³ Olgumuzda eozinofili mevcut değildi. Ayrıca deri haricinde derin yumuşak dokuda, kalp, akciğerler, kemik, lenf nodları, kolon, tükürük bezlerinde yerleşim rapor edilmiştir.³

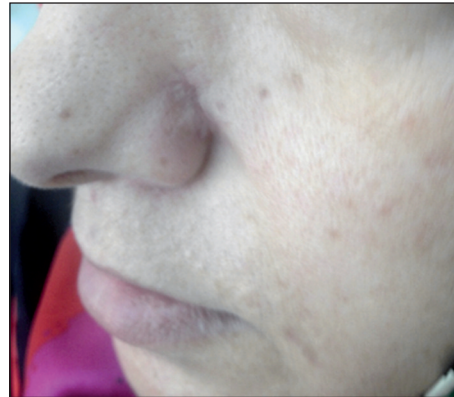
Etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte travma, hormonlar, enfeksiyonlar, allerjik durumlar veya otoimmünite gibi nedenlere karşı gelişen inflamatuvar bir reaksiyon olduğu yönünde tahminler mevcuttur.³ Bazı araştırmacılar arteriyovenöz şantın başlıca rol oynadığını savunmuşlardır.³ Gebelik ve nefrotik sendromla birlikte görülen EAH vakaları bildirilmiştir.⁴ Ayrıca, vasküler endotelial büyüme faktörü ve interlökin-15 değerleri de yüksek olarak bildirilmiştir. Mast hücrelerinden salınan bu faktörlerin anjiyogenetik yanıt ve eozinofilik infiltrat oluşumuna katkıda bulunduğu düşünülmektedir.⁴ Olgumuzda herhangi bir travma veya tetikleyici faktör bulunamamıştır.



RESİM 3: Lezyonun histopatolojik görünümü (H&E, x40).



RESİM 4: Lezyonun histopatolojik görünümü (H&E, x40).



RESİM 5: Lezyonun tedavi sonrası hâli.

Ayrıntı tanıda öncelikle KH düşünülmelidir. KH, çoğunlukla Asyalı genç erkeklerde görülen, boyunda yaygın lenfadenopatiler ve periferik kanda eozinofili ile seyreden bir antitedir. Deri tutulumu nadirdir.¹ EAH'den kesin ayrımı histopatolojik inceleme ile yapılmaktadır.⁴

EAH'nin karakteristik histopatolojik görünümünde kapiller kan damarlarında proliferasyon, damara doğru büyümüş endotelial hücreler ve perivasküler eozinofil, nötrofil, histiyosit ve mast hücrelerini içerebilen infiltrasyon gözlenmektedir.³ Olgumuzda da EAH ile uyumlu özellikler gözlenmiştir.

Literatürde EAH'nin dermoskopik bulgularına ait sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bir çalışmada, EAH dermoskopik görüntüsünün, hemanjiyomun karakteristik paterninde olduğu gibi kırmızı laküner şeklinde olduğu belirtilmiştir.⁵ Olgumuzun dermoskopisinde de vasküler lezyonu andıran, kırmızı zeminde lineer damarlar mevcuttu.

EAH'de spontan remisyon olabileceği için tedavi persistan veya nüks lezyonlara yapılmaktadır. Başlıca tedavi seçenekleri eksizyon, kriyoterapi, topikal ve intralezyonel steroid, pentoksifilin, lazer,

radyoterapi, intralezyonel interferon, çeşitli kemoterapötikler (bleomisin, vinblastin, fluorourasil), imikimod, indometazin, levamisol ve oral retinoidlerdir.³

EAH'nin nadir olarak görülmesinin nedeninin, çeşitli klinik görünümle ortaya çıktığı için kolaylıkla atlanabilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Makalenin Yazımı: H. Hilal Ayvaz; **Tartışılması:** Filiz Canpolat, H. Hilal Ayvaz, Müzeyyen Gönül; **Kaynak Bulunması:** Filiz Canpolat, H. Hilal Ayvaz; **Fikir:** Filiz Canpolat; **Tasarım, Analiz:** Filiz Canpolat, H. Hilal Ayvaz; **Eleştirel İnceleme:** Filiz Canpolat, Müzeyyen Gönül, Nesrin Gürçay, Ayşegül Adabağ.

KAYNAKLAR

1. Kutzner H. Vascular tumors. In: Braun-Falco O, Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler, eds. Braun Falco's Dermatology. 3rd ed. Italia: Springer Medizin Verlag Heidelberg; 2009. p.527-39.
2. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferation part-2. Hyperplasias and benign neoplasms. J Am Acad Dermatol 1997;37(6):887-919.
3. Uyar B, Karaarslan S. [Widespread angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia]. Turk J Dermatol 2013;7:161-3.
4. Hollo P, Marschalko M, Sikos G, Harsing J, Horvath A. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia in pregnancy. J Eur Acad Dermatol Venereol 2005;19(5):645-6.
5. Padilla-Espana L, Fernandez-Morano T, Del Boz J, Funez-Liebana R. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. Revisión de 7 casos. [Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Review of 7 cases.] Actas Dermosifiliogr 2013;104(4):353-5.