

# Mikozis Fungoides Tanısında Histopatolojik Kriterlerin Değeri

## THE VALUE OF HISTOPATHOLOGIC CRITERIA FOR THE DIAGNOSIS OF MYCOSIS FUNGOIDES

Dr. Selda SEÇKİN,<sup>a</sup> Dr. Ahmet Tuğrul ERUYAR<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Patoloji Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada, MF erken dönemine ait tanısız histopatolojik parametreleri değerlendirmek ve tekrar biyopsilerinde bu parametreleri analiz etmek amacıyla MF erken dönemi ile uyumlu tanısı almış 21 olguya ait 34 punch biyopsi materyali incelendi.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamızda MF erken dönem tanısı almış 21 olguya ait punch biyopsi materyalleri değerlendirildi. 13 olgunun ilk tanıyı takip eden 3-36 ay içinde alınmış 1-5 biyopsisinden 1 lezyonlu biyopsisi çalışmaya dahil edildi. Sekiz olgunun ise tekrar biyopsilerinde lezyon saptanmadığından tek biyopsi materyallerine ait değerlendirmeler yer aldı. Değerlendirmeye alınan toplam 34 punch biyopsi materyalinde; keratozis, psöriaziform hiperplazi, epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi, intraepidermal lenfosit varlığı, Pautrier mikroabsesi, spongiozis, papiller dermiste melanofaj varlığı ve dermal inflamasyon paterni olmak üzere 10 histopatolojik parametre değerlendirildi.

**Bulgular:** Yirmibir olgunun ilk biyopsilerinin tamamında epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ve intraepidermal lenfosit varlığı gözlemlendi. Onsekiz olguda ise psöriaziform hiperplazi mevcuttu. Tekrar biyopsisi incelenen 13 olgunun her iki biyopsisinde intraepidermal lenfosit varlığı gözlemlendi. Onbir olguda ise epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi mevcuttu. Tekrar biyopsisi değerlendirilen 13 olgunun 7'sinde her iki biyopsi materyalinde de psöriaziform hiperplazi gözlemlendi. Bu 7 olgunun 6'sında her iki biyopsi materyalinde parakeratozis izlendi.

**Sonuç:** Sonuç olarak; bazal tabakada lenfosit dizilimi, intraepidermal lenfosit varlığı ve parakeratozisin eşlik ettiği psöriaziform hiperplazinin, MF erken dönem tanısı açısından değerli histopatolojik parametreler olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Mikozis fungoides, erken dönem, histopatolojik tanı kriterleri

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007, 17:73-78

### Abstract

**Objective:** In this study, 34 punch biopsies of 21 patients diagnosed as consistent with mycosis fungoides (MF) early stage (patch stage), have been examined to assess the diagnostic histopathologic parameters of early stage MF and analyze these parameters in follow-up biopsies.

**Material and Methods:** Punch biopsy materials of 21 patients diagnosed as MF early stage were included in the study. One of the 1-5 biopsies of the 13 cases obtained within following 3-36 months have been included in the study. As no lesion was detected at follow up biopsies of 8 patients, only the initial biopsy material of these were evaluated. Ten histopathologic parameters including keratosis, psoriasiform hyperplasia, basal alignment of lymphocytes, intraepidermal lymphocytes, Pautrier's microabscesses, spongiosis, melanophages in the papillary dermis and dermal inflammation patterns have been evaluated in total 34 punch biopsies.

**Results:** In all of the first biopsies of 21 patients, basal alignment of lymphocytes, intraepidermal lymphocytes were observed. Psoriasiform hyperplasia was present in 18 patients. Intraepidermal lymphocytes was present in both of the biopsy specimens of 13 patients whose follow-up biopsy was evaluated. Basal alignment of lymphocytes was present in 11 patients. Psoriasiform hyperplasia was seen in both biopsy specimens of 7 patients out of 13 patients whose follow-up biopsies were evaluated. In 6 of those 7 patients, parakeratosis was present in both biopsies.

**Conclusion:** As a conclusion, we think that, basal alignment of lymphocytes, the presence of intraepidermal lymphocytes and psoriasiform hyperplasia, accompanied by parakeratosis would be significant in respect of MF early stage diagnosis.

**Key Words:** Mycosis fungoides, early stage, histopathologic diagnostic criteria

Geliş Tarihi/Received: 15.11.2005 Kabul Tarihi/Accepted: 09.11.2006

Çalışmamız 26-30 Mayıs 2005 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen "XXIII. World Congress of Pathology and Laboratory Medicine" kongresinde poster olarak sunulmuştur.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Selda SEÇKİN  
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Patoloji Kliniği, ANKARA  
seldaseckin@yahoo.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007, 17

**M**ikozis fungoides (MF) en sık görülen kutanöz T hücreli lenfoma olup T lenfositlerin malign proliferasyonu ve bu proliferasyonun deriyi infiltre etmesi ile karakterizedir.<sup>1</sup> MF klinik olarak yavaş seyirli olup birbirini takip eden erken yama, plak ve tümöral (nodüler) dönem olmak üzere 3 evre halinde

gözlenir.<sup>1</sup> Klinik ve histolojik olarak MF'in erken dönemde tanı alması hastalığın tedavisi açısından oldukça önemlidir. Çünkü erken dönemde tedaviye yanıtın iyi olduğu bilinmektedir. Oysa hastalık ilerleyip sistemik tutulum başladığında prognoz kötüleşmekte ve tedaviye yanıt azalmaktadır. MF'ye erken dönemde tanı koyabilmek, bulguların non spesifik olması ve birçok benign dermatozu taklit edebilmesi nedeniyle oldukça zordur.<sup>2-7</sup> Bugüne kadar yapılan bazı çalışmalarda, immünohistokimyanın ve moleküler biyolojik tekniklerin tanıda yardımcı olabilecekleri gösterilmesine rağmen, MF erken dönem tanısında altın standardın ışık mikroskobu bulguları olduğu bilinmektedir.<sup>8</sup> Bu çalışmada amaçlanan, MF erken döneminde gözlenen yapısal histopatolojik parametreleri değerlendirmek ve tekrar biyopsilerinde bu histopatolojik parametrelerin durumunu inceleyerek MF erken dönemde tanı koydurabilecek bulguları belirleyebilmektir.

### Gereç ve Yöntemler

Çalışmamızda MF erken dönem tanısı almış 21 olguya ait toplam 58 punch biyopsi materyali retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya, biyopsi raporları "MF, erken dönem" olarak rapor edilmiş olgular dahil edildi. Bu olguların biyopsi istek formlarındaki bilgilerden yararlanılarak, klinik lezyonlarının yama lezyonları olduğu öğrenildi. Bu nedenle lezyonlar erken dönem olarak yorumlandı. Ellisekiz punch biyopsi örneği, olguların tanı aldıkları ilk biyopsi materyalleri ile birlikte, tedavi alıp almadıklarına bakılmaksızın ilk tanıyı takip eden 3-36 ay içerisinde tekrar alınan punch biyopsi materyallerinden oluşmaktaydı. Sekiz olgunun tekrar biyopsi materyallerinde lezyon saptanmadığından, çalışmaya tanı aldıkları ilk biyopsi materyalleri dahil edildi. On üç olgunun ise tanı aldıkları ilk biyopsi materyalleri ile birlikte, 3-36 ay içerisinde alınmış 1-5 biyopsisinden 1 lezyonlu biyopsi örneği incelemeye alındı. Değerlendirilmeye alınan toplam 34 punch biyopsi materyalinde;

- Hiperkeratoz
  - (1) parakeratoz
  - (2) ortokeratoz

- Psöriaziform hiperplazi (PH)
- Epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi (BAL)
- İntraepidermal lenfosit varlığı (IL)
- Pautrier Mikroabsesi (PA)
- Spongiozis
- Papiller dermiste melanofaj varlığı
- Dermal inflamasyon
  - (1) Süperfisyel perivasküler infiltrasyon (SPİ)
  - (2) SPİ+interstisyel infiltrasyon (SPİ+İNT)
  - (3) Band tarzında infiltrasyon (BAND)

olmak üzere 10 histopatolojik parametre değerlendirildi. Bu 10 histopatolojik parametre, MF erken dönemi ile ilgili yapılan çalışmalarda incelenen histopatolojik parametreler arasından seçildi.<sup>2,7,9,10</sup> Bu histopatolojik parametreler içerisinde hiperkeratoz, stratum korneum tabakasında fokal parakeratoz alanlarının varlığı ve yokluğuna göre sırasıyla parakeratoz ve ortokeratoz olmak üzere 2 subgrupta değerlendirildi. Dermisteki lenfositik infiltrasyon paterni ise SPİ, SPİ ile birlikte interstisyel infiltrasyon ve dermiste band tarzında infiltrasyon olmak üzere 3 kategoride incelendi. Sadece damarlar çevresinde lenfositik infiltrasyon olması SPİ, hem damarlar, hem de interstisyumda dağınık halde lenfositik infiltrasyon gözlenmesi SPİ+İNT, dermiste epidermise paralel uzanan keskin sınırlı infiltrasyon gözlenmesi ise BAND olarak değerlendirildi.

### Bulgular

Değerlendirilmeye alınan 21 olgunun yaş aralığı 23 ile 75 yıl arasında idi (ort. yaş 34.7 yıl). Bu olguların 14'ü kadın, 7'si erkekti. Yirmibir olguya ait incelenen 34 punch biyopsi materyalindeki bulgular Tablo 1'de sunulmaktadır.

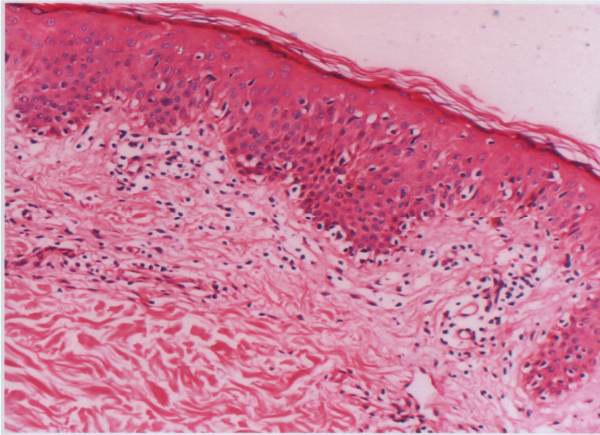
Yirmibir olgunun ilk biyopsilerinin tamamında epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ve intraepidermal lenfosit varlığı izlendi (Resim 1). Psöriaziform hiperplazi ise 18 olgunun ilk biyopsisinde mevcuttu. Pautrier mikroabseleri 21 olgunun toplam 12'sinde (%57) gözlemlendi (Resim 2). Diğer histopatolojik parametreler ise heterojen bir dağılım göstermekteydi.

**Tablo 1.** 34 punch biyopsi materyaline ait sonuçlar.

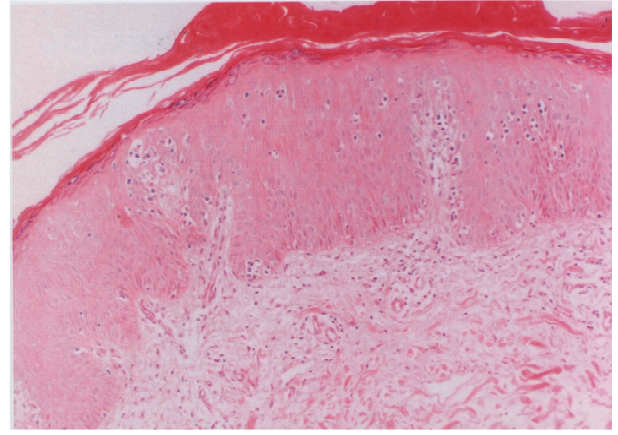
Histolojik parametreler	Tekrar biyopsili 13 olgu 1.biyopsi	Tekrar biyopsili 13 olgu 2.biyopsi	1 biyopsili 8 olgu
Parakeratozis	7 (%53.8)	6 (%46.1)	4 (%50)
Hiperkeratozis	6 (%46.1)	7 (%53.8)	4 (%50)
Psöriaziform hiperplazi	10 (%76.9)	8 (%61.5)	8 (%100)
Epidermis bazalinde lenfosit dizilimi	13 (%100)	11 (%84.6)	8 (%100)
İntraepidermal lenfosit varlığı	13 (%100)	13 (%100)	8 (%100)
Pautrier mikroabseleri	5 (%38.4)	7 (%53.8)	7 (%87.5)
Spongiozis	6 (%46.1)	5 (%38.4)	3 (%37.5)
Papiller dermiste melanofaj varlığı	8 (%61.5)	7 (%53.8)	3 (%37.5)
Spi	3 (%23.1)	7 (%53.8)	4 (%50)
Spi+interstisyel infiltrasyon	7 (%53.8)	4 (%30.7)	4 (%50)
Band tarzında infiltrasyon	3 (%23.1)	2 (%15.3)	0 (%0)

Tablo 1’de, değerlendirilen 10 histopatolojik parametrenin, tekrar biyopsili 13 olguya ait 1. biyopsileri ve 2. biyopsileri ile tek biyopsisi incelenen 8 olguya ait biyopsilerdeki dağılımı gösterilmektedir.

SPI: Süperfisyal perivasküler infiltrasyon



**Resim 1.** Olgu 5 birinci biyopsi; Epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ve intraepidermal lenfosit varlığı (HEX200).



**Resim 2.** Tek biyopsisi değerlendirilen 8. olgu; yüzeyde hiperkeratozis izlenen, psöriaziform hiperplazi gösteren epidermiste, Pautrier mikroabsesi ve intraepidermal lenfosit varlığı (HEX100)

Tekrar biyopsileri değerlendirilmeye alınan 13 olgunun sonuçları Tablo 2’de belirtilmektedir. Bu değerlendirmeye göre 13 olgunun her 2 biyopsisinde intraepidermal lenfosit varlığı gözlemlendi. Onbir olguda epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi mevcuttu. Yedi olguda ise her 2 biyopsi materyalinde psöriaziform hiperplazi saptandı. Bu 7 olgunun 6’sına ait her 2 biyopsi materyalinde parakeratozis varlığı dikkati çekmekteydi. İkinci biyopsisi değerlendirilen 13 olgunun 5’inin ilk biyopsisinde (%38), 7’sinin ikinci biyopsisinde (%53) Pautrier mikroabseleri

mevcuttu. Onüç olguya ait biyopsilerdeki infiltrasyon paternleri hem ilk hem de ikinci biyopsilerde anlamlı farklılık içermemekteydi. Spongiozis ve melanofaj varlığı ise tekrar biyopsili 13 olgunun hem ilk, hem de ikinci biyopsilerinin 5’inde mevcuttu.

### Tartışma

MF erken dönemi, patoloğlar açısından tanı verilmesi oldukça zor bir antitedir.<sup>4,7,9</sup> Buna sebep olarak da bu dönemdeki bulguların genellikle non spesifik olması veya birçok inflamatuvar deri hasta-

**Tablo 2.** Tekrar biyopsili 13 olguya ait sonuçlar.

		Para-keratozis	Hiper-keratozis	Psöriaziform Hiperplazi	Epidermis bazalinde Lenfosit dizilimi	İntra-epidermal lenfosit varlığı	Pautrier mikro-abseleri	Papiller dermiste melanofaj varlığı	Spon-giozis	Dermal infiltrasyon
Olgu1	1	-	+	+	+	+	+	+	-	BAND
	2	-	+	+	+	+	+	-	-	SPİ
Olgu2	1	-	+	-	+	+	-	+	-	BAND
	2	-	+	-	+	+	+	+	-	SPİ+İNT
Olgu3	1	+	-	+	+	+	-	-	-	SPİ
	2	+	-	+	-	+	-	+	+	SPİ
Olgu4	1	+	-	-	+	+	+	+	-	SPİ+İNT
	2	-	+	+	+	+	-	+	+	SPİ+İNT
Olgu5	1	-	+	-	+	+	-	-	-	SPİ
	2	-	+	-	+	+	-	-	-	SPİ
Olgu6	1	+	-	+	+	+	+	+	+	SPİ+İNT
	2	+	-	+	+	+	-	-	-	SPİ
Olgu7	1	-	+	+	+	+	-	-	-	SPİ
	2	-	+	-	+	+	-	-	-	SPİ
Olgu8	1	+	-	+	+	+	-	-	+	SPİ+İNT
	2	+	-	+	+	+	+	+	+	SPİ+İNT
Olgu9	1	+	-	+	+	+	-	+	+	BAND
	2	+	-	+	-	+	+	+	+	BAND
Olgu10	1	+	-	+	+	+	+	+	+	SPİ+İNT
	2	+	-	+	+	+	+	+	-	SPİ
Olgu11	1	-	+	-	+	+	-	-	+	SPİ+İNT
	2	-	+	-	+	+	-	-	-	SPİ
Olgu12	1	+	-	+	+	+	-	-	-	SPİ+İNT
	2	+	-	+	+	+	+	-	+	SPİ+İNT
Olgu13	1	-	+	+	+	+	+	+	-	SPİ+İNT
	2	+	-	-	+	+	+	+	-	BAND

Tablo 2 de, değerlendirilen 10 histopatolojik parametrenin, tekrar biyopsili 13 olgunun 1. biyopsileri ile 2. biyopsilerindeki varlığı gösterilmektedir. Tablodaki ilk sütun olguları, ikinci sütun ise olgulara ait ilk ve ikinci biyopsileri belirtmektedir. Koyu yazılmış olan satırlar hem psöriaziform hiperplazi hem de parakeratozisin 1. ve 2. biyopsilerinde var olan olguları temsil etmektedir.

SPİ: Süperfisyal perivasküler infiltrasyon

SPİ+İNT: süperfisyal perivasküler infiltrasyon+interstisyel infiltrasyon

BAND: Band tarzında infiltrasyon

lığına benzer histolojik özelliklere sahip olması gösterilmektedir.<sup>2-7</sup> Bugüne kadar MF erken dönem tanısında tanımlayıcı histopatolojik kriterlerin belirlenmesi amacıyla geniş serilere sahip birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların bazılarında intraepidermal lenfosit varlığı, epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ile Pautrier mikroabseleri gibi epidermotropizm paternleri ve eşlik eden lenfositik infiltrat, lenfosit çapı (epidermiste gözlenen lenfositlerin dermiste bulunan lenfositlerden daha büyük olması), atipik serebriform lenfositler ve papiller dermiste fibrozis varlığı gibi histopatolojik bulguların MF erken dönem tanısında güvenilir kriterler

oldukları ileri sürülmüştür.<sup>6-8</sup> Bununla birlikte, inflamatuvar deri hastalıkları için tanımlanan inflamatuvar infiltrasyon paternlerinin hemen hemen hepsinin MF’te gözlenmesi,<sup>2</sup> atipik lenfosit varlığının oldukça subjektif bir kriter olduğunun gösterilmesi<sup>5</sup> ve sadece klinikopatolojik korelasyonun tanıda altın standard olduğuna dair sonuçlara ulaşılması,<sup>4</sup> MF erken dönem tanısı ve ayırıcı tanısında karşılaşılan sorunların devam ettiğini göstermektedir. Bilindiği gibi MF post timik matür T lenfositlerin derideki neoplastik proliferasyonu sonucunda meydana gelmektedir.<sup>2</sup> Histolojik olarak bu hücrelerin atipik serebriform bir görünüme sahip oldukları ve bu bul-

gunun diagnostik açıdan güvenilir bir kriter olduğu öne sürülmektedir.<sup>2,9</sup> Ancak, atipi değerlendirilmesinde gözlemciler arası uyumun düşük olması<sup>5</sup> ve bazı yazarların yapısal özelliklerin sitolojik kriterlere göre diagnostik açıdan daha önemli olduğunu gözlemesi<sup>7,8</sup> nedeniyle bu çalışmada atipik lenfosit varlığından çok, yapısal özelliklerin bizim hasta grubumuzdaki tanısal özellikleri araştırılmıştır.

Çalışmamızda 21 olgunun ilk biyopsilerinin tamamında epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ve intraepidermal lenfosit varlığı gözlemlendi (%100). Tekrar biyopsileri incelenen 13 olgunun tamamında intraepidermal lenfosit varlığı izlendi (%100). Onbir olguda ise epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi mevcuttu (%84.6). Epidermotropizm paternleri içerisinde yer alan bu iki bulgu, Shapiro ve Pinto'nun 222 olguluk serisinde bir bütün olarak değerlendirilmiş ve olguların %86'sında gözlemlenmiştir. Ayrıca yazarlar epidermis bazal tabakasındaki lenfosit diziliminin, epidermotropizm gösteren olguların yarısından fazlasında bulunduğunu belirterek bu iki epidermotropik paternin sıklıkla bir arada bulunabileceğini bildirmişlerdir.<sup>2</sup> Santucci ve ark.'nın yaptıkları çalışmada ise epidermotropizmin değerlendirilen tüm olgularda izlendiği ve sıklıkla aynı olguya ait biyopsi materyallerinde birden fazla epidermotropik paternin birlikte bulunduğu belirtilmektedir.<sup>6</sup> Yapılan diğer çalışmalarda ise intraepidermal lenfosit varlığı %75 ile %100 arasında değişmektedir.<sup>7-10</sup> Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar, diğer çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde bu iki histopatolojik parametrenin MF erken dönem tanısında önemli ve güvenilir kriterler olduklarını fikrini desteklemektedir. Buna karşın epidermotropizm paternlerinden biri ve MF için spesifik bir bulgu olan Pautrier mikroabseleri, 21 olgunun toplam 12 sinde (%57) gözlemlendi. İkinci biyopsisi değerlendirilen 13 olgunun 5'inin ilk biyopsisinde (%38), 7'sinin ikinci biyopsisinde (%53) Pautrier mikroabseleri mevcuttu. Literatürde MF erken döneminde izlenen Pautrier mikroabselerinin oranı %4-37 arasında değişmektedir.<sup>2,6,8,10</sup> Bu çalışmadaki oranların literatüre göre yüksek olmasının sebebi, bir olguya ait aynı parafin bloktan elde edilen birden fazla kesitin mikroskopik incelemesi olabilir.

Çalışmamızda dikkati çeken diğer bir sonuç ise 21 olgunun değerlendirilmeye alınan ilk biyopsilerinin 18'inde psöriaziform hiperplazinin gözlenmesidir (%85.7). İkinci biyopsisi incelenen 13 olgunun 7'sinde ise her iki biyopsisinde de psöriaziform hiperplazi izlenmiştir (%53). Daha önceki 28 olguluk bir çalışmada psöriaziform hiperplazi oranı %50 olarak bildirilmiştir.<sup>10</sup> İkiyüzyirmiiki olgunun değerlendirildiği çalışmada süperfisyel perivasküler ve süperfisyel ve derin perivasküler dermatitis paterni gösteren 186 olguda incelenen 3 epidermal reaksiyon paterni (spongiotik, likenoid ve psöriaziform) içerisinde psöriaziform hiperplazi oranı %42.4 olarak bulunmuştur.<sup>2</sup> Bu sonuçlar MF erken döneminde izlenen epidermal reaksiyon paternleri içerisinde psöriaziform hiperplazinin önemli bir yer tuttuğunu göstermektedir.

Bu çalışmada değerlendirilen lenfositik infiltrasyon paternlerinden, SPİ 21 olgunun 7'sinde (%33.3), SPİ+interstisyel infiltrasyon 21 olgunun 11'inde (%52.38) ve band tarzında infiltrasyon 21 olgunun 5'inde (%23.8) gözlemlendi. Naraghi ve ark. tarafından yapılan çalışmada MF erken dönem tanılı olgularda perivasküler ve likenoid lenfositik infiltrasyon paternlerinin eşit oranda dağıldıkları ve dermal infiltrasyon paternlerinin diagnostik açıdan birbirlerine üstünlüklerinin olmadıkları bildirilmektedir.<sup>4</sup> İnflamatuar infiltrasyon paternlerinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda ise MF'in inflammatuar deri hastalıkları için tanımlanan tüm inflammatuar infiltrasyon paternlerini gösterebildiği vurgulanmaktadır.<sup>2,6</sup> Çalışmamızda ortaya çıkan bu heterojen dağılım diğer çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde, MF erken dönem tanısı ve ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken bir bulgu olarak dikkati çekmektedir.

Değerlendirilen 34 punch biyopsi materyalinde hiperkeratozis ve parakeratozis dağılımı eşit oranda gözlemlenmiştir. Bununla birlikte tekrar biyopsisi değerlendirilmeye alınan 13 olguya ait örneklerde, her iki biyopsisinde de psöriaziform hiperplazi gözlenen 7 olgunun 6'sında parakeratozis gözlenmesi, psöriaziform hiperplazi ile birlikte parakeratozisin MF erken dönem tanısı açısından anlamlı histolojik bulgular olabileceği sonucunu doğurmaktadır.

Bu çalışmada tekrar biyopsili olguların hem ilk hem de ikinci biyopsilerinde %38.4 oranında spongiozis saptandı. MF erken dönemde hafif spongiozis olabileceği kabul edilmekle birlikte spongiozisin değerlendirildiği çalışmalardan birinde olguların 1/3'ünde spongiozis gözlenmesi,<sup>2</sup> MF erken dönem tanısı ve ayırıcı tanıda yer alan spongiotik dermatitler açısından spongiozis varlığının diğer histopatolojik parametrelerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda tekrar biyopsileri değerlendirilen 13 olgunun 5'inde (%38.4) her iki biyopsisinde melanofaj varlığı gözlenirken, tek biyopsisi değerlendirilen 8 olgunun 3'ünde (%37.5) melanofaj varlığı mevcuttu. Melanofaj varlığının değerlendirildiği çalışmalarda bu oran %8 ile %42 arasında değişmekte ve bu bulgunun interfaz dermatit paterni gösteren olgularda daha sık olmakla birlikte hemen hemen her inflamasyon paterninde gözlendiği belirtilmektedir.<sup>2</sup> Çalışmamızda, değerlendirilen infiltrasyon paternlerine göre melanofaj varlığı SPİ'li biyopsilerin 4'ünde, SPİ+İNT'li biyopsilerin 8'inde ve BAND'lı biyopsilerin 5'inde mevcut olup heterojen bir dağılım göstermektedir.

Sonuç olarak, değerlendirilen biyopsi sayısı az olmakla birlikte, intraepidermal lenfosit varlığı ve epidermis bazal tabakasında lenfosit dizilimi ile birlikte psöriaziform hiperplazi ve buna eşlik eden parakeratozun MF erken dönem tanısında diğer

histopatolojik parametrelere göre daha değerli olabileceği düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Murphy GF, Schwarting R. Cutaneous Lymphomas and Leukemias. In: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, eds. Lever's Histopathology of the Skin. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2005. p.927-78.
2. Shapiro PE, Pinto FJ. The histologic spectrum of mycosis fungoides/sezary syndrome(Cutaneous T-cell lymphoma). Am J Surg Pathol 1994;18:645-77.
3. Glusac EJ. Of cells and architecture: New approaches to old criteria in mycosis fungoides. J Cutan Pathol 2001;28:169-73.
4. Naraghi ZS, Seirafi H, Valikhani M, Farnaghi F, Kavusi S, Dowlati Y. Assesment of histological criteria in the diagnosis of mycosis fungoides. Int J Derm 2003;42:45-52.
5. Yeh YA, Hudson AR, Prieto VG, Shea CR, Smoller BR. Reassessment of lymphocytic atypia in the diagnosis of mycosis fungoides. Mod Pathol 2001;14:285-8.
6. Santucci M, Biggeri A, Feller AC, Massi D, Burg G. Efficacy of histologic criteria for diagnosing early mycosis fungoides. Am J Surg Pathol 2000;24:40-50
7. Massone C, Kodama K, Kerl H, Cerroni L. Histopathologic features of early (patch) lesions of mycosis fungoides. Am J Surg Pathol 2005;29:550-60.
8. Nickoloff BJ. Light-microscopic assessment of 100 patients with patch/plaque-stage mycosis fungoides. Am J Dermatopathol 1988;10:469-77.
9. Guitart J, Kennedy J, Ronan S, Chmiel JS, Hsiegh YC, Variakojis D. Histologic criteria for the diagnosis of mycosis fungoides: proposal for a grading system to standardize pathology reporting. J Cutan Pathol 2001;28:174-83.
10. Cotta AC, Cintra ML, De Souza EM, Manga LA, Vassallo J. Reassessment of diagnostic criteria in cutaneous lymphocytic infiltrates. Sao Paulo Med J 2004;122:161-5.