

Türk Kadında Kimura Hastalığı, Astım Birlikteliği

Kimura's Disease with Asthma in Turkish Woman

Nazmi ÖZER,^a
İsmail KURT,^a
Necmi YÜCEKULE,^a
Vedat BAYRAK,^a
Serdar YORMAZ^b

^aGenel Cerrahi Kliniği,
Ceyhan Devlet Hastanesi,
Adana

^bGenel Cerrahi AD,
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Konya

Geliş Tarihi/Received: 18.04.2017
Kabul Tarihi/Accepted: 15.08.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nazmi ÖZER
Ceyhan Devlet Hastanesi,
Genel Cerrahi Kliniği, Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
nazmiozer83@gmail.com

ÖZET Kimura hastalığı; 1937 yılında Kim ve Szeto tarafından bulunmuş olup, 1948 yılında Kimura tarafından Japonya'da benzer hastalar saptanarak rapor edilmiştir. Hastalık; özellikle baş-boyun kısmını tutan, cilt altında ağrısız kitleler ile karakterize, kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Enfeksiyöz bir etkene karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu olarak düşünülen hastalığın, astım, rinit ve ekzema gibi allerjik reaksiyonlar ile birliktelikleri görülmektedir. Kimura hastalığı benign bir hastalıktır; maligniteler başta olmak üzere birçok hastalıktan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Hastalığa eozinofili ve artmış immünglobulin E seviyeleri eşlik etmektedir. Bu çalışmada, inguinal bölgede lenfadenopati nedeniyle gelip eksizyon sonrası kimura hastalığı tanısı alan, astım hastalığının eşlik ettiği, 64 yaşındaki Türk kadın olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Lenfatik hastalıklar; eozinofilili anjiyolenfoid hiperplazi

ABSTRACT Kimura's disease was discovered by Kim and Szeto in 1937 and similar cases were reported in Japan by Kimura in 1948. This is a chronic inflammatory disease characterized by painless masses under the skin, especially the head and neck. Allergic reactions such as asthma, rhinitis and eczema are associated with this disease, thought to be a hypersensitivity reaction against an infectious effect. It is a benign disease and it is important to distinguish from many diseases, especially malignancies eosinophilia and increased immunoglobulin E levels accompanied with this disease. In our case, we reported 64 years old Turkish woman was admitted to the inguinal region due to lymphadenopathy. She was diagnosed with post excision kimura's disease was accompanied by asthma.

Keywords: Lymphatic diseases; angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia

Kimura hastalığı; 1937 yılında Kim ve Szeto tarafından bulunmuş "eozinofilik hiperplastik lenfograduloma" olarak rapor edilmiştir. 1948 yılında Kimura ve ark. tarafından yaygın olarak bilinen tanımı yapılmış ve literatürde "Kimura hastalığı" olarak yer almıştır.¹ Erkeklerde kadınlara oranla altı kat fazla görülmekte olup, daha çok genç Asyalılarda saptanmaktadır.² Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, enfeksiyöz bir etkene karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu olarak düşünülmektedir. Literatürde astım, ekzema ve rinit gibi allerjik reaksiyonlar ile birlikte görülen hastalar rapor edilmiştir.^{3,4} Histolojik incelemelerde foliküler hiperplazi, vasküler proliferasyon ve belirgin eozinofil infiltrasyonu izlenmektedir. Malignite oluşumu bugüne kadar bildirilmemiştir.⁵

OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşındaki kadın olgu, yaklaşık iki yıldır mevcut olan sol kasığında şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol kasıkta yaklaşık 4 cm'lik ağrısız, yumuşak kıvamlı, kitlesel lezyon palpe edildi. Sistemik muayenede başka bir bölgede şişlik palpe edilmedi. Öz geçmişinde; astım ve hipertansiyon öyküsü mevcuttu, böcek sokması veya allerjik reaksiyon öyküsü bulunmamakta idi. Laboratuvar incelemelerinde; periferik hipereozinofili %:14,2, immünglobulin E (IgE) seviyesinde artış izlendi (IgE:774 IU/mL), C-reaktif protein (CRP) değeri: 13,96 mg/L ve sedimentasyon değeri: 45 mm/h artmış olarak izlendi. Yapılan yüzeyel doku ultrasonografisinde: Sol inguinal bölgede 40x22 mm boyutlarında korteks kalınlığı artmış hipoeoik lenf nodu benzeri kitle görüldü.

Hastanın kitlesi patolojik olarak değerlendirildi, spinal anestezi altında, inguinal bölge eksplorasyonu ve kitle eksizyonu operasyonu yapıldı (Resim 1).

Eksizyon sonrası çıkarılan doku , histopatolojik inceleme için hazırlandı (Resim 2).

Histopatolojik incelemede; makroskobik olarak 2x3x4 cm ölçülerinde, kesiti yumuşak kıvamda, lenfoid dokuya benzer materyal izlendi. Mikroskopik incelemede: lenf bezi kesitinde germinal merkezlerde belirgin hiperplazi, vaskülarizasyon, eozinofil depoları ve polikaryositler, eozinofil polimorf infiltrasyonu, parakortekste plazma hücrelerinde artış görüldü (Resim 3). İnterfoliküler alanda eozinofil infiltrasyonu ve granülomlar izlendi (Resim 4).

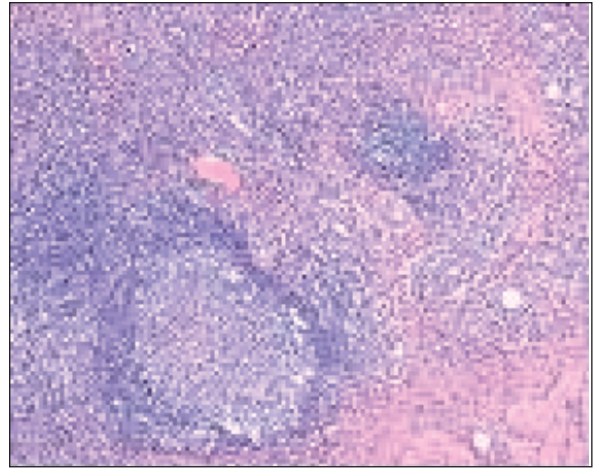
Klinik ve histopatolojik bulgularda olgunun Kimura hastalığı ile uyumlu olduğu görüldü.



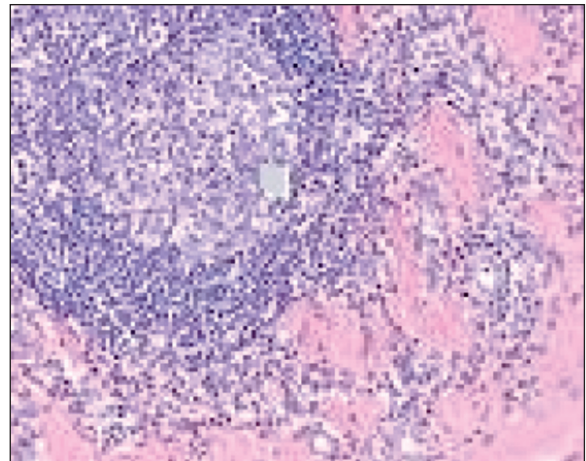
RESİM 1: Kitlesel lezyonun makroskobik görünümü.



RESİM 2: Dokunun parafin bloklar içerisindeki görünümü.



RESİM 3: Germinal merkezlerde hiperplazi ve eozinofil depoları (H&E x40).



RESİM 4: İnterfoliküler alanda eozinofil infiltrasyonu (H&Ex100).

TARTIŞMA

Kimura hastalığı; Japonya, Tayvan, Çin gibi Asya ülkelerinde 30'lu yaşlardaki erkeklerde daha sıklıkla görülmektedir.^{2,6} Enfeksiyöz bir etkene karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu olarak düşünülen hastalığın, astım, rinit ve ekzema gibi allerjik reaksiyonlar ile birliktelikleri görülmektedir.⁷ Kimura hastalığı lokalizasyon olarak en sık baş-boyun bölgesinde görülmektedir. Lakrimo-orbital bölgede, üst ekstremitede ve kasıkta görülen hastalar da bildirilmiştir.⁸ Olgumuz, kadın olması ve kasıktaki lenf nodunda görülmesi ile literatür bilgisine göre nadir görülen kısımda değerlendirilmektedir.

Periferik kan ve dokuda gözlenen eozinofili, serum IgE düzeyinde artış ile birlikte baş-boyun bölgesindeki ağrısız şişlikler hastalığın karakteristik özellikleridir.⁹ Hastalık subkütan dokuda lenfosit ve eozinofillerden baskın infiltrate lenfoid foliküller, fibroz ve vasküler proliferasyonla seyretmektedir.¹⁰ Olgumuzda görülen periferik kan tablosu ve patolojik özellikler Kimura hastalığının genel özellikleri ile kolerasyon göstermektedir.

Kimura hastalığı benign bir hastalıktır, maligniteler başta olmak üzere birçok hastalıktan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Bu hastalıkların bir kısmı anjiyolenfoid hiperplazi, non-Hodgkin lenfoma, anjiyoimmünoblastik lenfadenopati, erişkin T-hücreli lösemi/lenfoma, ve ileri yaşlarda ise kronik eozinofilik lösemi, kronik miyeloid lösemi, abdominal lenfadenopatiler varlığında musin üreten epitel orijinli intestinal malign tümörlerdir.¹¹

Kimura hastalığında nefropati görülme sıklığı artmıştır.^{12,13} Nefrotik sendrom en sık görülen ve en önemli sistemik bulgularından biridir. Kimura hastalığındaki renal lezyonlar histopatolojik çeşitli-

lik bakımından; minimal change hastalığı, mezengi-yoproliferatif glomerülo nefrit, membranöz nefropati, fokal segmental glomerüloskleroz, Ig A ve Ig M nefropatisin özelliklerini taşımaktadır.¹⁴ Olgumuzda renal hasar ve proteinüri saptanmamıştır.

Kimura hastalığının tedavisi hâlen tartışmalıdır. Steroid tedavisi, radyoterapi, sitotoksik tedavi ve cerrahi tedavi uygulanan metodlar arasındadır; tüm tedavilerin başarı oranları birbirinden farklıdır. Steroid tedavisi sonrası nükslere rastlanmıştır. Radyoterapi benign bir hastalık olması nedeni ile tartışmalıdır, fakat gençlerde veya steroid dirençli hastalarda uzun dönemde nüksü engellemek amacıyla kullanılmıştır.¹⁵ Cerrahi tedavi, nüks görülmesine rağmen yaygın kullanılan metoddur.² Olgumuzda cerrahi tedavi metodu tercih edilmiştir.

Kimura hastalığı ülkemizde nadir olarak görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Kimura hastalığına ek olarak astım, ekzema ve rinit gibi allerjik reaksiyonlar görülmekte ve nefropati eşlik etmektedir. İnguinal lenfadenopati ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda Kimura hastalığı düşünülmelidir; ayrıca bu hastalarda allerjik reaksiyonlar araştırılmalı ve renal fonksiyonlar değerlendirilmelidir. Benign seyirli bu hastalık için ilk aşamada immünoşüpresyon ve radyoterapi sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar düşünüldüğünde, total cerrahi eksizyon daha iyi bir tedavi yöntemi gibi görünmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Kimura T, Yoshimura S, Ishikaura E. Unusual granulomata combined with hyperplastic change in lymphatic tissue. *Trans Soc Pathol Jpn* 1948;13:179-80.
2. Irish JC, Kain K, Keystone JS, Gullane PJ, Dardick I. Kimura's disease: an unusual cause of head and neck masses. *J Otolaryngol* 1994;23(2):88-91.
3. Khoo BP, Chan R. Kimura disease: 2 case reports and a literature review. *Cutis* 2002;70(1):57-61.
4. Chen H, Thompson LD, Aguilera NS, Abbon-danzo SL. Kimura disease: a clinicopathologic study of 21 cases. *Am J Surg Pathol* 2004;28(4):505-13.
5. Kalamkarian AA, Vavilov AM, Persina IS. [Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (Kimura disease)]. *Arkh Patol* 1987;49(3):76-8.
6. Dik VK, van de Wiel BA, Vasmel WL. Kimura's disease of the parotid glands and multiple cervical lymph nodes. *Neth J Med* 2010;68(4):175-7.
7. Tanrikulu AÇ, Dağlı CE, Abakay A, Coşkun-sel M. [The correlation between total IgE and blood eosinophil level of asthma stages]. *Med Med J* 2004;19(2):100-3.
8. Yoganathan P, Meyer DR, Farber MG. Bilateral lacrimal gland involvement with Kimura disease in an African American male. *Arch Ophthalmol* 2004;122(6):917-9.
9. Iguchi Y, Inoue T, Shimono M, Yamamura T, Shigematsu T, Takahashi S. Kimura's disease and its relation to angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: report of three cases and review of the literature. *J Oral Pathol* 1986;15(3):132-7.
10. Ennibi K, Rabhi M, Al Bouzidi A, Labraimi A, Chaari J, Toloune F. [Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia]. *Rev Med Interne* 2007;28(5):346-8.
11. Abbas AK. Immunologic regulation of lymphoid tumor cells: model systems for lymphocyte function. *Adv Immunol* 1982;32:301-68.
12. Whelan TV, Maher JF, Kragel P, Dysart N, Dannenhoffer R, Prager L. Nephrotic syndrome associated with Kimura's disease. *Am J Kidney Dis* 1988;11(4):353-6.
13. Obata Y, Furusu A, Nishino T, Ichinose H, Ohnita A, Iwasaki K, et al. Membranous nephropathy and Kimura's disease manifesting a hip mass. A case report with literature review. *Intern Med* 2010;49(14):1405-9.
14. Oguz KK, Ozturk A, Cila A. Magnetic resonance imaging findings in Kimura's disease. *Neuroradiology* 2004;46(10):855-8.
15. Hui PK, Chan YW. Kimura's disease--treatment with steroid. *Histopathology* 1990;17(3):286-7.