

OLGU BİLDİRİLERİ

Psödolenfoma (Değişik Klinik Görünümde Bir Olgunun Sunumu)

PSEUDOLYMPHOMA
(A CASE REPORT WITH AN UNUSUAL CLINICAL APPEARANCE)

Dr.Güler VAHABOĞLU*, Dr.Muzaffer ŞAHİN*,
Dr.Haldun VAHABOĞLU**, Dr.Yıldız KARABAY**

SB Ankara Hastanesi Dermatoloji Kliniği*, SSK Ankara Hastanesi Patoloji Bölümü**, ANKARA

ÖZET

Burada, 22 yaşında erkek hastanın sağ yanağı üzerinde lokalize, oldukça az görülen ve farklı klinik görünümüne sahip olan bir psödolenfoma olgusunu sunduk. Klinik olarak kenarlarında küçük papüller bulunan, 5x8 cm boyutlarında, eritemli bir zemin üzerinde vejetasyonlar gösteren ülser plak şeklindeydi. Histolojik olarak, derminin tümünü diffüz şekilde infiltrate eden lenfositler, az sayıda histiositler ve tek tük plazmositler görüldü. Etiyolojik faktör tesbit edilememekle birlikte rezokin tedavisinden 2 ay sonra lezyonlar kayboldu.

Anahtar Kelimeler: Psödolenfoma, Lenfositik infiltratlar,
Kutanöz lenfoid hiperplazi

T Klin Dermatoloji 1992, 2:76-79

SUMMARY

We reported a rare case of pseudolymphoma, having a different clinical appearance, localized on the right cheek of a 22 year-old man. Clinically, it was an ulcerated plaque with vegetations on an erythematous background, 5x8 cm in size and there were small papules on the border. Histologically, there were diffuse infiltration of dermis with lymphocytes, a few number of histiocytes and seldom plasma cells. Although any etiologic factor have not been shown out, the lesions disappeared after 2 months of resocin therapy.

Key Words: Pseudolymphoma, Lymphocytic infiltrates,
Cutaneous lymphoid hyperplasia

Turk J Dermatol 1992, 2:76-79

Psödolenfoma terimi, yoğun lenfositler infiltrasyon içeren, derinin bir grup benign inflamatuvar hastalığını ifade etmektedir. Klinik ve patolojik olarak deri malign lentomalarına benzerler (1,2). Çok değişik klinik görünümlere sahip olabilirler. Genellikle nodul veya tümör, bazen de papül veya plak şeklinde görülürler. Bu lezyonların yüzeyi kural olarak düzdür, ancak nadiren papillomatöz veya ülser olabilir. En çok yerleştiği bölgeler yüz, göğüs ve üst ekstremitelerdir.

Burada, oldukça az rastlanan ve klinik olarak ülser plak şeklinde görülen bir psödolenfoma olgusunu sunduk ve psödolenfomaların malign lenfomalarından ayırımı sağlayan histopatolojik kriterleri tartıştık.

Geliş Tarihi: 18.2.1992

Kabul Tarihi: 1.6.1992

Yazışma Adresi: Dr.Güler VAHABOĞLU
SSK Ankara Hastanesi Dermatoloji
ABD, ANKARA

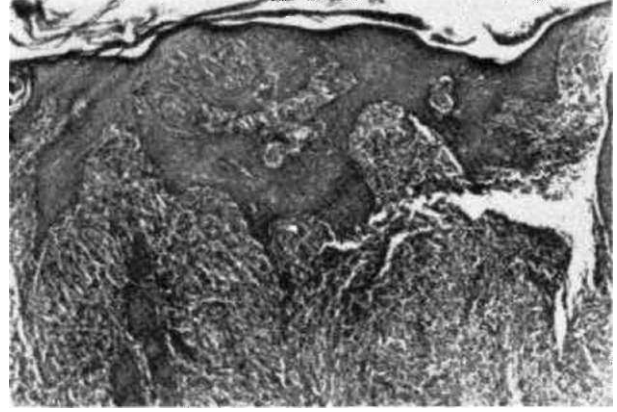
*Bu yazı 23-25 Ekim 1991 tarihinde Ankara'da yapılan X'uncü Prof.Dr.A.Lüttü TAT Sempozyumunda bildiri olarak sunulmuştur.

OLGU

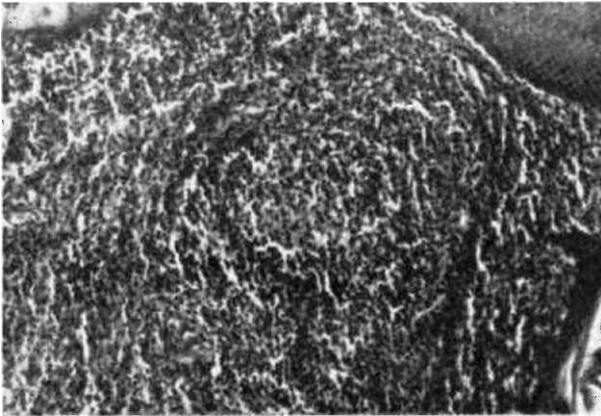
22 yaşında erkek hasta sağ yanak üzerindeki deriden kabarıklık, çevresi kırmızı yara nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Lezyonun 7 ay önce sivilce şeklinde başladığı, 2 hafta içinde bu sivilcenin sert, ağrısız, sıcaklığı olmayan ve 2-3 cm çapa varan büyüklüğe eriştiği, bu yakınması nedeniyle çeşitli oral antibiyotikler, antiinflamatuvarlar, kortikosteroidli ve antibiyotikli pomatlar kullandığı, ancak düzelme olmadığı, lezyonun zamanla cerahatli, kabuklu bir görünüm aldığı öğrenildi. Hasta, ilaç alımı veya bu bölgede travma ve böcek ısırığı tariflemiyordu. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan hastanın sistem sorgulamasında herhangi bir yakınması yoktu. Lezyon dışındaki fizik muayene bulguları normaldi. Deri ve deri eklerinin muayenesinde sağ aurikulanın önünde 5x8 cm boyutlarında, eritemli zeminde üzeri sarı-kahverengi krutla kaplı, yer yer vejetasyon gösteren ülser plak tesbit edildi. Lezyonun kenarlarında 7-8 adet, 3-4 mm çaplarında, pembe kırmızı renkli papüller lezyonlar izlendi (Şekil 1). Rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı.



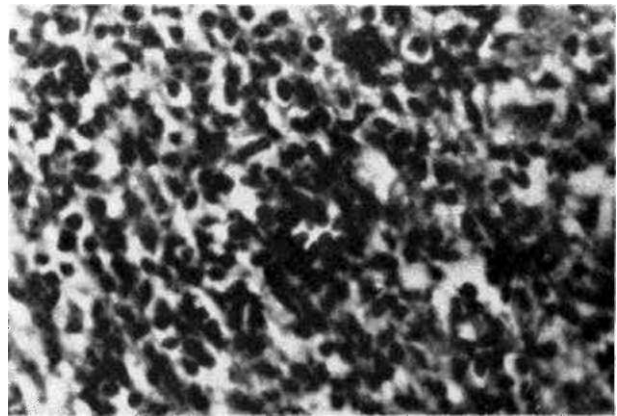
Şekil 1. 22 yaşında, erkek hastanın sağ yanak üzerindeki



Şekil 2. Histopatolojik incelemede psödoepitelyomatöz hiperplazi gösteren epidermis altında diffüz, yoğun infiltrasyon görülmektedir (x20, H&E).



Şekil 3. Birkaç sahada nodul oluşumu izlenmektedir (x50, H&E).



Şekil 4. Dermisteki infiltrasyon daha çok olgun lenfositlerden ve arada az sayıda histiyositlerin oluşmaktadır (x100, H&E).

Histopatolojik incelemede psödoepitelyomatöz hiperplazi gösteren epidermis altında, papiller ve retiküler dermişin tümünü tutan, genellikle diffüz, ancak sınırlı birkaç sahada nodul oluşturan yuvarlak hücre infiltrasyonu gözlemlendi (Şekil 2,3). İnfiltratın çoğu olgun, küçük lenfositlerden oluşmaktaydı. Arada büyük lenfositler, daha az sayıda histiyositler ve tek tük plazmositler bulunmaktaydı (Şekil 4). Bu bulgularla psödolenfoma tanısı kondu.

Olgu, rezokin tedavisine alınarak takip edildi ve 2 ay sonra lezyonlarının kaybolduğuna görüldü (Şekil 5).

TARTIŞMA

Kutanöz psödolenfomalar klinik ve histopatolojik olarak deri malign lenfomalarına benzeyen, ancak benign biyolojik davranış gösteren bir grup reaktif lenfositik infiltratı ifade etmektedir. Bugüne kadar histopatolojik olarak çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır (3,4). Son olarak (5) ise malign lenfomalardaki infiltrasyon şekline benzerliğine göre şu şekilde sınıflandırılmaktadırlar:

Türk J Dermatol 1992, 2



Şekil 5. Rezokin tedavisinden 1.5 ay sonra lezyonun hemen tamamen düzeldiği, sadece etrafında eütemato, «ir sınır kaldığı görülmektedir.

benigna kutis, bazı ilaç reaksiyonları, artropod ısırılmalarına bağlı oluşan kalıcı nodullar.

Tablo 1. Psödolenfomaların ayırımında kullanılan histolojik kriterler

T-Cell tip psödolenfoma	B-Cell tip psödolenfoma
Derminin üst kısmında bulunur.	Retiküler dermiş ve bazen subkutan yağ dokusunda bulunur
Sıklıkla dermoepidermal bileşkeyi tutar.	Epidermis genellikle tutulmaz.
Küçük lenfositlerden oluşan yoğun, bant şeklinde infiltrasyon vardır.	Sıklıkla deri ekleri etrafında nodüllerveyadiffüz, çoğu lenfositlerden oluşan yoğun infiltrasyon vardır.
Lenfoid follikül oluşumu yoktur.	%10 lenfoid folliküller bulunur.

2. **T-cell lenfomaya benzeyenler:** Lenfomatoid kontakt dermatit, aktinik retiküloid, lenfomatoid papülozis.

3. **Hodgkin hastalığına benzeyenler:** Derinin "psödo-Hodgkin hastalığı".

Bu sınıflandırmada T-cell tip psödolenfomayı B-cell tip psödolenfomadan ayırd etmede kullanılan histolojik kriterler Tablo Tde gösterilmiştir. Buna göre retiküler dermiş tutulumunun olması, epidermal tutulumunun olmaması, sınırlı da olsa birkaç sahada nodul oluşturan polimorfik infiltrasyonun bulunması nedeniyle olgumuzun B-cell tip psödolenfoma grubuna girdiği görülmektedir.

Psödolenfomaların tanısı histopatolojik olarak konabilmekteyse de kutanöz lenfositik infiltrasyonun malign veya benign ayırımını yapmak bazen oldukça zordur. Fisher ve ark. (6), derin dermiş ve subkutis tutulumunun malign lenfomaların lehine, polimorfik infiltratın, pollkrom cisimlerin (tingible bodies) ve lenfoid follikül oluşumunun psödolenfomalar lehine olduğunu bildirmiş ve sonuçta bütün polimorfik infiltrasyonların psödolenfoma olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. MacDonald (2), monomorf infiltrasyonun ve epidermal infiltrasyonun kuvvetle maligniteyi gösterdiği vurgulamıştır. Evans ve ark. (1) da lenfoid hiperplazi tanısında çok sayıda büyük ve küçük lenfositlerin bulunması, germinal merkezler oluşturan folliküllerin olması gerektiğini söylemişlerdir. Bu bulguların hiç birisi kesin kriter olmamakla birlikte en önemli bulgunun polimorfik karakterde infiltrat olduğu görülmektedir. Bu özellik olgumuzda da bulunmaktadır.

T-cell lenfomaların yardımcı T lenfositlerden geliştiği, B-cell lenfomaların da benzer şekilde B lenfositlerin klonal proliferasyonu sonucu geliştiği bilinmektedir (5). Reaktif ve malign T-cell infiltrasyonun ayırımında kantitatif elektronmikroskopi, immünohistokimya ve "T-cell reseptör gen yeniden düzenleme analizi" kullanılmaktadır. İmmünohistokimyasal olarak T-cell marker'ların kaybı (7,8) ya da gen yeniden düzenleme analizi ile T-cell reseptör genlerinin monoklonal tipte proliferasyonunun gösterilmesi (7,9) infiltrasyonun T-cell lenfoma olduğunu desteklemektedir. Benign ve malign B-

cell tip infiltrasyonun ayırımında ise Iga veya Ig haff zincirinin immünohistokimyasal olarak gösterilmesi B-cell lenfoma için tek güvenilir kriter olarak kabul edilmektedir (8). Geerts ve Kaiserling (10), lenfadenozis benigna kutisteki infiltratın immünohistokimyasal olarak normal lenfatik doku morfolojisinde olduğunu göstermişlerdir.

Psödolenfomalarda etyolojik faktör olarak aktinik hasar, böcek ısırığı, travma (11), borrelialar (12,13), tатуaj (13) ve çeşitli ilaçlar (7) suçlanmıştır. Olgumuzda herhangi bir etyolojik faktör tesbit edemedik.

Olgumuzdaki lezyonlar verrüköz ve ülsere idi. Bu klinik görünümün nadir olduğu bildirilmiştir (5,14). Bu nedenle başlangıçta, düşündüğümüz klinik tanıları arasında psödolenfoma bulunmamaktaydı. Gerçekte de bu lezyonlardan klinik olarak nadiren şüphelenildiği ve olguların sadece yarısında psödolenfoma izlenimi alındığı bildirilmiştir (15).

Psödolenfomaların prognozu da kliniği ve histopatolojisi gibi değişkendir. Spontan düzelme olabildiği gibi, yıllarca süren, kalıcı lezyonlar da olabilir. Genellikle benign prognoza sahip olmakla birlikte bu tip kalıcı lezyonların malign transformasyona uğradığı bildirilmiştir (16,17,18,19,20). Bu lezyonların başlangıçtan beri mi malign olduğu, yoksa sonradan mı malign transformasyona uğradıkları hala kesinlik kazanmamıştır. Dolayısıyla, uzun süren olgularda malign potansiyel olasılığı göz önünde bulundurularak hastaların takibinin uygun olacağı bildirilmiştir (6).

KAYNAKLAR

1. Evans HL, Winkelmann RK, Banks PM. Differential diagnosis of malignant and benign cutaneous lymphoid infiltrates. *Cancer* 1979; 44:699-717.
2. Mac Donald DM. Histopathological differentiation of benign and malignant cutaneous lymphocytic infiltrates. *Br J Dermatol* 1982; 107:715-8.
3. Caro WA, Helwig EB. Cutaneous lymphoid hyperplasia. *Cancer* 1969; 24:487-502.
4. Clark WH, Mihm MC, Reed RJ, Ainsworth AM. The lymphocytic infiltrates of the skin. *Human Pathol* 1974; 5:25-43.
5. Kerl H, Ackerman AB. Cutaneous pseudolymphomas. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Austen KF, Wolff K, editors. *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill Book Co, 1987; 1118-30.
6. Fisher ER, Park EJ, Wechsler HL. Histologic identification of malignant lymphoma cutis. *Am J Clin Pathol* 1976; 65:149-58.
7. Rijlaarsdam U, Willemze R. Cutaneous pseudo-T-cell lymphomas. *Seminars Diagn Pathol* 1991; 8(2):102-8.
8. Ralfkiaer E. Immunohistological markers for the diagnosis of cutaneous lymphomas. *Seminars Diagn Pathol* 1991; 8(2):62-72.

9. Amagai M, et al. T cell receptor gene rearrangement analysis in mycosis fungoides and disseminated lymphocytoma cutis. *Dermatológica* 1990; 181:193-6.
10. Geerts ML, Kaiserling E. A morphologic study of lymphadenosis benigna cutis. *Dermatológica* 1985; 170:121-7.
11. Andersen BL, Brandrup F, Petri J. Lymphocytoma cutis: a pseudomalignancy treated with penicillin. *Acta Derm Venereol* 1981;62:83-5.
12. Hovmark A, Asbrink E, Olsson I. The spirochetal etiology of lymphadenosis benigna cutis solitaria. *Acta Derm Venereol* 1986;66:479-84.
13. Arnold HL, Odom RB, James WD. *Andrews' diseases of the skin*. 8th ed, Philadelphia: WB Saunders, 1990; 836-7.
14. Connors RC, Ackerman AB. Histologic pseudomalignancies of the skin. *Arch Dermatol* 1976; 112:1767-82.
15. Goldberg NS, et al. An extensive papular eruption on the face of a 10-year-old girl. *Arch Dermatol* 1986; 122:931.
16. Shelley WB, Wood MG, Wilson JF, Goodman R. Premalignant lymphoid hyperplasia. *Arch Dermatol* 1981; 117:500-3.
17. Wantzin GL, Hou-Jensen K, Nielsen M, Petri J, Thomsen K. Cutaneous lymphocytomas: clinical and histological aspects. *Acta Derm Venereol* 1982; 62:119-24.
18. Halevy S, Sandbank M. Transformation of lymphocytoma cutis into a malignant lymphoma in association with the sign of Leser trelat. *Acta Derm Venereol* 1987; 62:62:172-5.
19. Wantzin GL, Thomsen K, Ralfkiaer E. Evolution of cutaneous lymphoid hyperplasia to cutaneous T-cell lymphoma. *Clin Exp Dermatol* 1988; 13:309-13.
20. Shelley WB, Wood MG. Observations on occult malignant lymphomas in the skin. *Cancer* 1976; 38:1757-70.