Belkız Uyar,
*Serap Karaarslan

Yaygın Eozinofilik Anjiolenfoid Hiperplazi Widespread Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia

Özet

Eozinofilik anjiolenfoid hiperplazi; nadir rastlanan, benign, vazoproliferatif, idiopatik bir hastalıktır. Lezyonlar tipik olarak baş ve boyun bölgesinde özelliklede kulak çevresinde tek ya da çok sayıda nodüller olarak bulunurlar. Nadiren ağız, gövde, genital bölge kol ve bacaklarda görülebilir. Biz baş, boyun, gövde, genital bölge, kol ve bacaklarda çok sayıda nodüler lezyonla seyreden 31 yaşında erkek hastayı nadir görülmesi nedeniyle sunduk.

Anahtar kelimeler: Anjiolenfoid hiperplazi, Eozinofili, Kimura hastalığı

Abstract

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) is a rare, benign, vaso-proliferative idiopathic disorder. These lesions are typically localized on the head and neck, particularly around the ear as singular or multiple nodules. Rarely, it can be seen in the mouth, trunk, extremities and inguinal area. Because of the rarity, we presented a 31-year-old man with a multiple nodular lesions on the head, neck, trunk, genital region and extremities.

Key words: Angiolymphoid hyperplasia, Eosinophilia, Kimura's disease

Giriş

Eozinofilik anjiolenfoid hiperplazi (EALH) ilk kez 1969 yılında Wells ve Whimster tarafından tanımlanmıştır. Epiteloid hemanjiom da denilen hastalık, tipik olarak baş ve saçlı deride özelliklede bayanlarda sıktır. Genelde çok sayıda grupe kırmızı-kubbe şeklinde nodüller dış kulağın ön kısmında hatta bazen kulak yolunu dolduracak şekilde bulunurlar. Diğer sık görüldüğü bölge şakağın saç çizgisidir. Yaygın lezyonlar tanımlanmıştır fakat oldukça nadirdir (1).

Biz baş, boyun, gövde, genital bölge, kol ve bacaklarda çok sayıda lezyonla seyreden ve EALH teşhisi koyduğumuz 31 yaşında erkek hastayı yaygın lezyonların nadir görülmesi nedeniyle sunduk.

Olgu

Otuzbir yaşında erkek hasta yüzünde ve vücudunda 20-25 gündür devam eden yaralar nedeniyle polikliniğimize müracaat etmiştir. Daha önce başka bir

merkezde iltihaplanma diyerek amoksisilin trihidrat + potasyum klavulanat tablet ve diflukortolon valerat + klorkinaldol içeren krem başlanmış, lezyonlar gittikçe artmış.

Dermatolojik muayenede yüzde, boyunda, gövde de, genital bölgede, kol ve bacaklarda yaygın değişik büyüklüklerde eritemli, endure, bazıları erode nodoziteler gözlenmiştir (Şekil 1,2). Hastada lenfadenopati gözlenmemiştir. Hastanın; hemogram, eritrosit sedimentasyon hızı, tam idrar tahlili, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, total IgE içeren laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Deri lenfoması, metastaz, derin mantar enfeksiyonu ön tanıları ile hastanın omzundan biyopsi yapılmıştır. Biyopsi sonrası hastaya sultamisilin tablet 2x1, ve %0.05 klobetazol 17-propiyonat içeren pomad 2x1 başlanmıştır. Boyun bölgesindeki lezyona kriyoterapi yapılmıştır. Histopatolojik inceleme sonucunda; epidermisin hemen altında küçük çaplı epiteloid özellikler barındıran endotel hücreleriyle döşeli damar yapılarında artma ve arada çok

Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar
Anabilim Dalı,
İzmir, Türkiye

*Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji Bilim Dalı,
İzmir, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Belkız Uyar
Şifa Üniversitesi, Deri ve Zührevi
Hastalıklar, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 232 446 08 80
E-posta: belkisuyar@gmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 28.09.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 11.12.2012

©Telif Hakkı 2013 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2013 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www. turkdermatolojidergisi.com

Resim 1. Boyun bölgesinde eritemli verrüköz vejetatif lezyon.

Resim 2. Sırtta yaygın eritemli değişik büyüklüklerde nodoziteler.

Resim 3. Epidermin hemen altında küçük çaplı epitelooid özellikler barındıran endotel hücreleriyle döşeli damar yapılarında artma ve arada çok sayıda lenfosit infiltrasyonu izlenmektedir. İnterstisyel alanda eozinofil lökositler dikkati çekmektedir. (Hemotoksilen&Eosin x 100)

sayıda lenfosit infiltrasyonu izlenmiştir. İnterstisyel alanda eozinofiller dikkati çekmiştir (Şekil 3). İmmünohistokimyasal olarak; CD3, CD20, CD15, CD30, CD31 boyaları uygulanmıştır. Damar yapılarında CD31 pozitifliği, interstisyel alanlarda CD3 pozitif T hücre fenotipinde lenfosit artışı dikkati çekmiştir (Şekil 4,5). Bir hafta sonra hastanın kriyoterapi yapılan lezyonun ve diğer birkaç lezyonun tamamen geçtiği, lezyonların çoğunda enflamasyonun azaldığı, ancak yeni lezyonların ortaya çıktığı gözlenmiştir. Tüm lezyonlarına kriyoterapi uyguladığımız hasta da yeni lezyonlar bir müddet çıkmaya devam etmiş, ancak toplam 2.5 ay sonra lezyonları tamamen kaybolmuştur. Hasta takibimiz altındadır.

Tartışma

Eozinofilik anjiolenfoid hiperplazi; nadir rastlanan, benign, vazoproliferatif, idiopatik bir hastalıktır. Tipik olarak baş ve boyun bölgesinde özellikle kulak etrafına yerleşen yumuşak

Resim 4. İmmünohistokimyasal olarak damar yapılarında CD31 pozitifliği saptanmıştır. (x200)

yüzeyli kırmızı- kahverengi papül ve nodüller şeklinde kendini gösterir. Daha az sıklıkla gövde, kol ve bacaklar, oral mukoza, genital bölgede görülür (2,5). Yaygın tutulumlar çok az bildirilmiştir. Deri dışı tutulum nadirdir ve derin yumuşak dokuda, tükürük bezleri, orbit, kemik, lenf nodları, kolon, kalp, akciğer de yerleşim rapor edilmiştir. Vakaların %10-20'sinde kanda eozinofili gözlenmiştir (6-9). Bizim vakada periferik eozinofili gözlenmemiştir.

Hemen her ırkta görülebilir ancak. Bayanlar da bir miktar daha sık görülmüştür (10).

Her ne kadar Kimura hastalığı ve EALH önceleri aynı hastalık gibi değerlendirilse de, daha çok Asyalılarda görülen, eozinofili ve özellikle boyunda yaygın lenfadenopatilerle seyreden, nadiren deri tutulumu gösteren reaktif lenfositik bir durum olan Kimura hastalığı EALH den tamamen farklıdır (1). Biz hastamızda patolojik lenfadenopatinin olmaması ve eozinofili görülmemesi lezyonların deride yerleşmesi nedeniyle klinik olarak Kimura hastalığı düşünmedik. Histopatolojik olarak bu iki hastalığın ortak bulguları vardır ancak bazı farklılıklarda

Resim 5. İmmünohistokimyasal incelemede interstisyel alanlarda CD3 pozitif T hücre fenotipinde lenfosit artışı dikkati çekmektedir. (x200)

bulunur. Kimura hastalığında iyi şekillenmiş lenfoid folliküller ve belirgin eozinofilik infiltrasyon bulunur ancak epiteloïd ya da histiositoid endotelial değışiklikler EALH da görüldüğü gibi belirgin değildir. EALH epiteloïd endotelial hücre değışiklikleri ile karakterizedir ve lenfoid folliküllerin varlığı nadirdir (11).

Nadir görülen derin tip EALH; karakteristik merkezi besleyici damara sahip derin yerleşimli nodüllerle karakterizedir(1).

EALH sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bazı yazarlar EALH'nın endotelial hücrelerden gelişen bir neoplazm olduğunu düşünürken, bazıları bunun karmaşık immünojenik mekanizmalar sonucu gelişen enflematuar vasküler reaksiyona bağlı olduğunu düşünmüşlerdir. Böcek ısırığı, travma ve enfeksiyon gibi çevresel faktörleri suçlayan birçok hipotezde yayınlanmıştır. Bazı yazarlar ise vakaların %42'sinde görülen arterio-venöz şantın etiyopatogeneizde başlıca rol aldığını savunmuşlardır. T lenfositlerinin baskın olması ve TCR reseptörlerinin yeniden düzenlenmesi bazı yazarların EALH'ın değışik faktörler sonucu gelişen düşük dereceli neoplastik bir hastalık olduğu tezini ortaya atmışlardır (3,4,10).

Andreae J. ve arkadaşları periferel T hücreli lenfoma gelişen EALH'ı olan genç bir hasta bildirmişlerdir (12).

Spontan remisyon olabilir. Radyoterapi, cerrahi eksizyon, kriyoterapi, topikal ve intralezyonel kortizon enjeksiyonu, lazer tedavileri, ayrıca intralezyonel α -2a, indometazin, farnesil, pentoksifilin, vinblastin, mepolizumab ve imiquimod, oral retinoidler de denenmiştir (2).

Kaynaklar

1. Kutzner H. Vascular tumors. In: Braun-Falco O, Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler, editors. Braun Falco's Dermatology. 3th ed. Italy, Springer Medizin Verlag Heidelberg;2009.p.527-39.
2. El Sayed F, Dhaybi R, Ammoury A, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: efficacy of isotretinoin? Head Face Med 2006;2:32-6.
3. Olsen TG, Helwig EB. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. J Am Acad Dermatol 1985;12:781-96.
4. Chun SI, Ji HG. Kimura's disease and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: clinical and histopathologic differences. J Am Acad Dermatol 1992;27:954-8.
5. Endo M, Shibata M, Iwamoto I, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Eur J Dermatol 1998;8:175-7.
6. Shankar S, Russell-Jones R. Co-existence of lichen amyloidosis and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Clin Exp Dermatol 2004;29:363-5.
7. Kaur T, Sandhu K, Gupta S, et al. Treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia with the carbon dioxide laser. J Dermatolog Treat 2004;15:328-30.
8. Moran CA, Suster S. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (epithelioid hemangioma) of the lung: a clinicopathologic and immunohistochemical study of two cases. Am J Clin Pathol 2005;123:762-65.
9. Miller CJ, Ioffreda MD, Ammirati CT. Mohs micrographic surgery for angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Dermatol Surg 2004;30:1169-73.
10. Zarea I, Mlika M, Chouk S, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a study of 7 cases. Dermatol Online J. Available at: <http://dermatology.cdlib.org/1702/>.
11. Martorell M, Pérez-Vallés A, García-García JA, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia involving the cubital nerve. Acta Neuropathol 2004;107(4):372-6.
12. Andreae J, Galle C, Magdorf K, et al. Severe atherosclerosis of the aorta and development of peripheral T-cell lymphoma in an adolescent with angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. Br J Dermatol 2005;152:1033-8.