

Psödolenfoma

**Dr. Burcu ÖZBEN (1), Dr. Aslı ERDEMİR (2), Dr. Sevgi ERDOĞAN (3), Dr. Ümmühan KİREMİTÇİ (4),
Doç. Dr. Mehmet Salih GÜREL (5), Prof. Dr. Cuyan DEMİRKESEN (6)**

ÖZET

Psödolenfomalar klinik ve histopatolojik olarak kutane lenfomalar ile ortak özellik gösteren, benign T ve B lenfosit poliklonal proliferasyonudur. 54 yaşında erkek hasta, burun ucunda 15 gün içinde ortaya çıkan ve giderek büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenede 1 cm çapında kırmızı mor renkte üzeri düzgün hemisferik nodül saptandı. B hücreli lenfoma, psödolenfoma, nodüler bazal hücreli karsinom ön tanılarıyla biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede benign lenfoproliferasyon görüldü. Psödolenfoma tanısıyla 3 hafta aralıkla 2 seans kriyoterapi uygulandı ve lezyon postlezyonel hiperpigmentasyonla iyileşti. Başlangıçta agresif ve hızlı büyüme göstermesine rağmen kriyoterapi sonunda dramatik şekilde küçülerek kayboldu ve 1 yıllık takip sırasında da yeni lezyon gelişmedi.

Anahtar kelimeler: Psödolenfoma, lenfositoma, reaktif lenfoid hiperplazi

SUMMARY

Pseudolymphoma

Pseudolymphoma which shows clinical and histopathological resemblance to cutaneous lymphomas, is a benign polyclonal proliferation of T and B lymphocytes. 54 year old male patient complaining of a growing mass on the tip of his nose admitted to the hospital. The lesion appeared 15 days ago. Dermatological examination revealed a hemispheric, red-purple colored, smooth surfaced nodule which was 1 cm in diameter. Prediagnosis were B-cell lymphoma, pseudolymphoma and nodular basal cell carcinoma. Biopsy from the lesion was performed. Histopathological examination showed benign lymphoproliferation. With the diagnosis of pseudolymphoma, patient had 2 episodes of cryotherapy with 3 weeks interval and the lesion healed with postlesional hyperpigmentation. Lesion, which was very aggressive and rapidly growing, showed dramatic response to cryotherapy and during 1 year follow-up period, no new lesions appeared.

Key words: Pseudolymphoma, lymphocytoma, reactive lymphoid hyperplasia

Olgu

54 yaşında erkek hasta kliniğimize burun ucunda 15 gün içinde ortaya çıkan ve giderek büyüyen kitle şikayeti ile başvurdu. Hasta lezyon bölgesine travma, yara, böcek-sinek ısırığı tanımlamadı. Fizik muayenesi doğaldı, eşlik eden başka hastalığı yoktu. Dermatolojik muayenede burun üzerinde yaklaşık 1 cm çapında üzeri düzgün hemisferik ağrısız nodül saptandı. Lezyondan alınan ilk biyopsi farklı bir patoloji merkezinde incelenerek fronkül tanısı aldı. Hastaya 2 hafta süreyle oral anti-biyotik verildi. Lezyonun büyüklüğünde başlangıca göre

re yaklaşık 3 kat kadar artış görülmesi üzerine B hücreli lenfoma, psödolenfoma, nodüler bazal hücreli karsinom tanılarıyla tekrar biyopsi alındı (Resim 1).



Resim 1: Burun üzerinde iki hafta içerisinde yaklaşık 3cm çapına ulaşan hemisferik üzeri sızıntılı nodül (6. hafta)

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği (1)

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği (2)

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği (3)

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği Şef

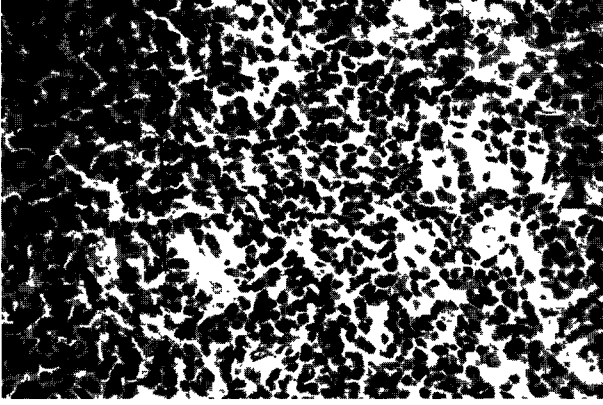
Yardımcısı (4)

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği Şefi (5)

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp fakültesi, Patoloji AD (6)



Resim 2: Tüm dermiste subepidermal korunmuş zon bırakan difüz infiltrasyon (HEx40)



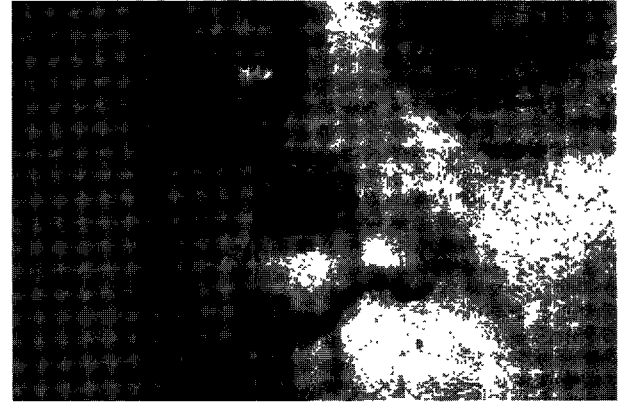
Resim 3: Dermal infiltrasyonda lenfosit, histiosit, eozinofil polimorf ve seyrek plazmositlerin varlığı (HEx 400)

Histopatolojik incelemede sonucu epidermiste ince görünüm, tüm dermiste subepidermal korunmuş bir zon bırakarak difüz infiltrasyon oluşturan lenfosit, histiyosit, eozinofil polimorf ve seyrek plazmosit saptandı (Resim 2,3). Ayrıca infiltrasyon içinde yer yer küçük granülatöz yapılar oluşturan epitelooid histiyosit ve çok çekirdekli dev hücreler, bazı dev hücrelerin stoplazmalarında az sayıda küçük bazofilik partiküller, damar proliferasyonu, damar endotelinde şişkin görünüm saptandı. Uygulanan immunohistokimyasal yöntemle dermal infiltrasyonun çoğunluğu CD3 (+) T lenfositler, buna yakın oranda CD 20B lenfositler tarafından oluşmaktaydı (Resim 4). Leishmaniasis olasılığı için lezyondan smear alındı ve kültür yapıldı ancak etken saptanamadı. Tablo klinik ve histopatolojik olarak benign kütanöz lenfoproliferatif oluşum (psödolenfoma) olarak tanımlandı.

Hastaya 3 hafta arayla 2 seans 20 sn + 20 sn çift donma erime sikluslu kriyoterapi uygulandı. Lezyonun 2 ay içerisinde post lezyonel hiperpigmentasyonla iyileşti (Resim 5-6). Üç aylık takibi boyunca nüks yoktu. Olgumuz



Resim 4: Dermal infiltrasyonu oluşturan hücrelerin çoğunluğu CD3 (+) T lenfositler (x100). İnfiltrasyon içinde yer alan , sayıca T lenfositlere yakın CD 20 (+) B lenfositler



Resim 5: İlk kriyoterapi sonrası, lezyon geriliyor (10. hafta)



Resim 6: İkinci kriyoterapi sonrası lezyon tamamen düzleşmiş, hipo-hiperpigmente makül (13. hafta)
1 yıldır lezyonsuz olarak kliniğimizde izlenmektedir.

Tartışma

Psödolenfomalar klinik ve histopatolojik olarak kutane lenfomalar ile ortak özellik gösteren, benign T ve B

lenfositlerin poliklonal proliferasyonudur. Klinik olarak nodüller şeklinde veya daha büyük tümöral kitleler ya da plaklar halinde ortaya çıkabilir. Birçok bilinen yada bilinmeyen uyarıya karşı deride lenfosit birikimi ile oluşur (1). Benign lezyonlar olarak tanınmalarına karşı literatürde lenfomaya progresyon gösteren olgular bildirilmiştir (1, 5). Psödolenfoma gelişimine neden olan bazı ilaçlar (sıklıkla antikonvülzanlar), tatuaj boya ları, silikon enjeksiyonu, skabies, böcek ısırığı, örümcek venomu, sıklıkla aliminyum hidroksiti adjuvan olarak kullanılan antihepatit A ve B aşılı ları, kontakt iritanlar, travma, akupunktur, piercingler, enfeksiyonlar (*Borrelia burgdorferi*, varicella zoster, HIV) bildirilmiş olmasına rağmen çoğu olguda etken saptanamamaktadır (1,3,5). Olgumuzda psödolenfoma gelişimine neden olabilecek etken saptanmadı.

Pödolenfomaların tedavisinde topikal yada intralezyonel steroid enjeksiyonu, cerrahi eksizyon, radyasyon tedavisi, kriyoterapi tedavi seçenekleridir. Yapılan çalışmalarda topikal takrolimus, aminolevulinik asit- fotodinamik tedavilerinin başarılı olduğu görülmüş ancak remisyonun spontan da olabileceği göz önünde tutularak iyileşme kesin olarak bu ajanlara bağlanamamıştır (6,7). Olgumuza 3 hafta ara ile iki seans kriyoterapi uygulandı ve lezyon postlezyonel hiperpigmentasyonla iyileşti. Başlangıçta oldukça agresif ve hızlı büyüme göstermesine rağmen lezyon kriyoterapiye dramatik yanıt verdi ve üç aylık takip sırasında da iyilik hali devam etti. 1 yıl sonra lezyon tamamen düzeldi.

Kaynaklar

1. Ploysangam T, Breneman DL, Mutasim DF. Cutaneous pseudolymphomas. J Am Acad Dermatol 1998;38:877-95; quiz 896-7.
2. Kulow BF, Cualing H, Steele P, VanHorn J, Breneman JC, Mutasim DF, et al. Progression of cutaneous B-cell pseudolymphoma to cutaneous B-cell lymphoma. J Cutan Med Surg 2002;6:519-28.
3. Colli C, Leinweber B, Mullegger R, Chott A, Kerl H, Cerroni L. *Borrelia burgdorferi*-associated lymphocytoma cutis: clinicopathologic, immunophenotypic, and molecular study of 106 cases. J Cutan Pathol 2004;31:232-40.
4. Lee MW, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. A case of cutaneous pseudolymphoma associated with silicone injection. Acta Derm Venereol 2004;84:312
5. Maubec E, Pinquier L, Vignier M, Caux F, Amsler E, Aractingi S, et al. Vaccination- induced cutaneous pseudolymphoma. J Am Acad Dermatol 2005;52:623-9.
6. El-Dars LD, Statham BN, Blackford S, Williams N. Lymphocytoma cutis treated with topical tacrolimus. Clin Exp Dermatol 2005;30:305-7.
7. Mikasa K, Watanabe D, Kondo C, Tamada Y, Matsumoto Y. Topical 5- aminolevulinic acid-based photodynamic therapy for the treatment of a patient with cutaneous pseudolymphoma. J Am Acad Dermatol 2005;53:911-2.