

Değişik klinik seyirli nadir bir psödolenfoma: Jessner'in lenfositik infiltrasyonu (vaka takdimi)*

Tayfun AKÖZ, Bülent ERDOĞAN Metin GÖRGÜ, Asuman Nalça Tuncel, Selda SEÇKİN

Ankara Numune Hastanesi, I. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği ve Patoloji Bölümü

ÖZET

Jessner'in lenfositik infiltrasyonu olan 40 yaşında erkek hastayı sunduk. Yüzde ve her iki aurikulanın üst kenarında kronik eritemapüstülöz iyileşmeyen lezyonları olan hasta, "Diskoid lupus eritematozus" histopatolojik tanısı ile polikliniğimize başvurdu. Yüzde kelebek şeklindeki bir alana yerleşmiş lezyonlar, burunda deformite oluşturmuştu. İleri tetkik ve tedavi amacı ile yüzdeki lezyonlar tamamen eksize edildi. Lezyon yeri, ince kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Kulaklardaki lezyonlara cerrahi müdahale yapılmadığı halde, kliniğimizde yattığı süre boyunca, önceden bilinmeyen nedenlere bağlı olarak bu lezyonlar tamamen iyileşti. Sağlam deri ve lezyondan alınan biopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde Jessner'in lenfositik infiltrasyonu tanısı konuldu. Güneş ışığına maruz kalmadığından kulak lezyonlarının spontan iyileştiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Derinin lenfositik infiltrasyonu, Jessner'in lenfositik infiltrasyonu, eksizezyon, rekonstrüksiyon, deri grefti.

GİRİŞ

Jessner'in lenfositik infiltrasyonu (JLI), ilk defa 1953 yılında tanımlanmış derinin lenfoproliferatif bir hastalığıdır (1). İyi sınırlı, silik infiltrasyon, kırmızı plaklarla karakterize ve asemptomatiktir. Lezyonlar yüzeysel genişleme ve papüllerle başlar, kimi lezyonlarda santral ülser manzarası izlenebilir. Folliküler atrofi yoktur. En çok yüzde lokalize olan bu lezyonlar, boyun ve gövdenin üst kısmında da

SUMMARY

Jessner's Lymphocytic Infiltration

We present a case of Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin in a 40-year-old man. The patient had non healing chronic inflammatory erythemapustulous lesions on the face and upper part of the auricles, bilaterally. First histopathologic diagnosis of the patient was "Discoid lupus erythematosus". The lesions appeared on the face and made a deformity on the nose. In order to achieve exact diagnosis and treatment, all the lesions on the face excised and reconstructed by a split skin graft. Auricular lesions that were not treated such a this way, healed spontaneously. Histopathologic examination of the specimen that was excised from the lesion and healthy skin, revealed that the diagnosis is Jessner's lymphocytic infiltrate. The reason of spontaneous healing of the auricular lesions explained with no exposure of the auricles to sunshine.

Key Words: Lymphocytic infiltrate of the skin, Jessner's lymphocytic infiltrate, excision, reconstruction, skin graft.

görülebilmek (1-4). Bir, birkaç ya da pek çoğu birlikte olabilir. Oluştuktan sonra birkaç ay, birkaç yıl inat edebilen bu lezyonlar genellikle sekelsiz iyileşirler. İyileştikten sonra aynı yerde nüks edebilecekleri gibi, başka yerlerde de ortaya çıkabilirler. Bazı vakalarda güneş ışınları agrevasyon sebebidir (2). Antimalaryal ilaçlardan 4-aminoquinolin grubu erupsiyonu dramatik olarak iyileştirir (3). Ailesel olabileceği bildirilen bu hastalık, her yaşta ortaya

Haberleşme Adresi: Dr. Tayfun AKÖZ, Mediha Eldem Sk. No. 60/2 06420 Kızılay /ANKARA

* 18. Ulusal Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kongresinde(20-25 Eylül 1995, Girne, KKTC) poster olarak sunulmuştur.

Geliş tarihi : 17.03.1997

Kabul tarihi : 24.03.1997

çıkabilir ve erkeklerde görülme oranı kadınlara göre sıktır (5,6).

VAKA TAKDİMİ

Çiftçilikle uğraşan kırk yaşındaki erkek hasta, yüz derisindeki otuz yıldır mevcut kabuklu yaralar nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Yüzünde çıkıp, daha sonra yaraya çevrilen sivilce tarzındaki oluşumların geçmemesinden yakınıyordu. Tedavi için çeşitli merhemler ve bir kez kezzap kullanmış olan hastada, bu asit yanığı nedeniyle burun kanatlarında düzensizlikler oluşmuştu. Güneşe çıktığı zaman bu yaraların arttığını belirten hasta, çeşitli tarihlerde değişik hastanelerde muayene olmuş ve hastanın yüzünden tahlil amacı ile parçalar alınmıştı. Tüm tedavi girişimleri başarısız olan hasta, yüzündeki yaralardan şikayetçi olarak; en son patoloji raporunda yer alan diskoid lupus eritematozus (DLE) ön tanısıyla, ayrıntılı tetkik ve tedavi amacı ile kliniğimize yatırıldı.

Fizik muayenesinde; burun dorsumundan başlayıp, her iki malar bölgeye uzanan, üzeri krutlu yer yer ülser ve püstüler lezyonlu, eritemli biralan izlenmekteydi. Burun kanatlarındaki deformite ve her iki kulak heliksi üzerinde krutlu lezyonlar dikkat çekmekteydi. Yapılan dahiliye ve dermatoloji konsültasyonları ile tetkik sonuçları (tam kan, idrar, kan biyokimyası, lupus eritematozus hücresi, ANA, C3, C4, AntiDNA) DLE tanısını desteklemiyordu. Buna göre tüm lezyonu kapsayacak şekilde sağlam sınırlardan geçen eksizyon yapıldı. Oluşan defekt, sağ uyluk ön yüzden aldığımız ince kalınlıkta deri grefti ile rekonstrükte edildi. Postoperatif iyileşme kabul edilir düzeydeydi (RESİM 1a). Hastanede yattığı süre boyunca güneş ışınlarına maruz kalmadığından, her iki aurikula superiorunda bulunan lezyonlar, hiç müdahalesiz, kendiliğinden iyileşti (RESİM 1b,c). Histopatolojik incelemede; yüzeyi ülser görünümde alanlar içeren, yer yer derine doğru proliferasyon gösteren hiperkromatik çok katlı yassı epitel altında ve dermiste yaygın ve yoğun olarak izlenen plazma hücrelerinden zengin mononükleer hücre infiltrasyonu, fibrozis, bazı alan-

larda yabancı cisim tipi dev hücreler gözlenmekteydi. Sonuç; kronik iltihabı süreç, yabancı cisim reaksiyonu olarak belirtildi.

Taburcu olduktan bir ay sonra kontrole gelen hastada lezyon nüks etmişti (RESİM 2 a,b,c). Tekrarlanan biyopsilerden yapılan immunfleurosan mikroskopide, IgG, IgM, IgA ve C3 ile boyanma saptanmadı. Mikroskopide, parakeratoz gösteren epidermis altında dermiste yer yer nodülasyonlar oluşturmuş, yoğun, lenfositten zengin mononükleer hücre infiltrasyonu dikkati çekmekteydi (RESİM 3). Tüm bu histopatolojik bulgular ve hastalığın seyri nedeni ile Jessner'in lenfositik infiltrasyonu tanısı kondu. Klorakin tedavisine başlandı ve güneş ışınlarından korunması önerilerek periyodik kontrollere çağırıldı.

TARTIŞMA

Yüzde kalıcı skar ve deformiteler oluşturan deri hastalıklarının kesin tanısı, tedavinin planlanması için gereklidir. Kutanöz lenfoid hiperplazi, DLE, eritem polimorf, folliküler B hücreli psödolenfoma ve Jessner'in lenfositik infiltrasyonu yüz veya baş-boyun derisinde görülen bir grup benign lenfoid hiperplastik hastalıktır (7). Bunların birbirinden ve malign lenfositik lenfomadan, hem klinik hem de morfolojik olarak ayrılması zordur. Bu konudaki immunohistokimyasal araştırmalar devam etmektedir (5,8).

Neden DLE değil de, Jessner'in lenfositik infiltrasyonu? Jessner'in lenfositik infiltrasyonunda histopatolojik olarak epidermiste genellikle belirgin olmayan bir yassılaşıma vardır. Dermiste, geniş bir gözlemede, hemen tamamı lenfoid hücrelerce oluşturulan, iyi sınırlı, sellüler infiltrat parçaları mevcuttur. Buna ek olarak, birkaç histiosit ve plazma hücresi de genellikle gözlenir. İnfiltratlar, sıklıkla, deri ekleri veya perivasküler alanlarda dizilmeye eğilimlidir ve subkutan yağ dokusunda da yerleşebilir (9).

DLE'de, derideki başlıca histopatolojik değişiklikler hiperkeratoz, bazal hücrelerde va-



Resim1: Yüzdeki lezyonun eksize edilip, oluşan defektin deri grefti ile rekonstrükte edildiği postoperatif erken dönem. Güneş ışınlarına maruz kalınmayan bu dönemde opere edilmeyen kulak lezyonları iyileşmiş durumdadır.

a. Önden

b. Sağ yandan

c. Sol yandan görünüm.

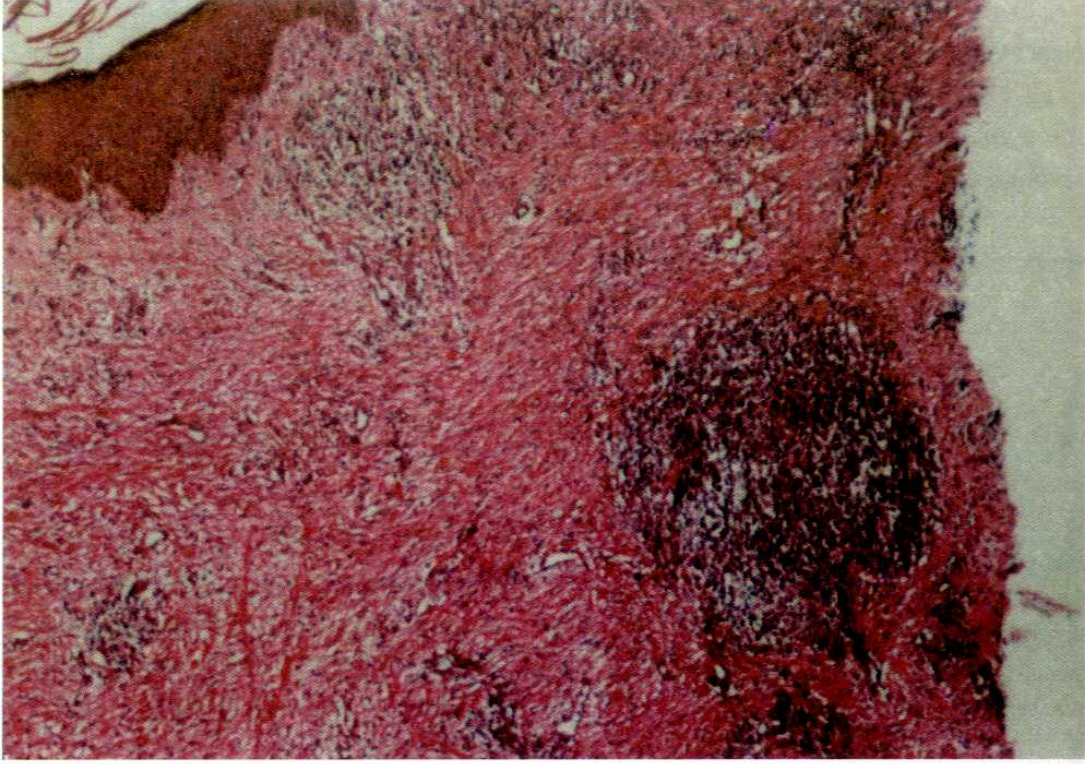


Resim 2: Geç postoperatif dönemde deri grefli alanda dahi nüks etmiş lezyonlar.

a. Önden

b. Sağ yandan

c. Sol yandan görünüm.



Resim 3: Lezyondan alınan materyalin histopatolojik değerlendirilmesi (HEEx40)

kuolizasyon, perivasküler lenfosit ve plazmosit infiltrasyonu ile dermiste fibrinoid nekrozdur. Klinik olarak hiperkeratozun olmayışı, atrofisiz iyileşme, antimalaryal ilaçlara dramatik cevap, lezyonların geri dönüşlü olması, histolojik olarak bazal tabakada hidropik dejenerasyonun olmayışı DLE ile Jessner'in lenfositik infiltrasyonunu ayıran bazı özelliklerdir (1,3). Ek olarak immünohistokimyasal çalışmalarda, dermoepidermal sınırda immünglobülin ve kompleman depozitleri olmayışı da karakteristiktir. Bu DLE li hastaların % 90'ında pozitif olmasına rağmen, % 10'unda tıpkı Jessner'in lenfositik infiltrasyonunda olduğu gibi negatiftir (8).

Plazmositoid monositler, elektron mikroskopta görülen monosit/makrofaj orjinli mononükleer hücrelerdir. Bu hücre tipi belkide standart fiksasyon prosedürlerinden dolayı dermatopatolojide oldukça az bilinir. Yapılan histopatolojik, immünohistokimyasal ve elektron mikroskopik çalışmalarda bu hücrelerin Jessner'in lenfositik infiltrasyonunda % 58 oranında,

DLE de % 7.3 oranında olduğu, eritem polimorfta ise hiç olmadığı saptanmıştır (10,11).

Şu ana kadar yapılan çeşitli monoklonal antikorların kullanıldığı çalışmalar, Jessner'in lenfositik infiltrasyonu ve DLE'de inflamatuvar hücrelerin çoğunlukta olduğunu göstermiş ve ağırlığın T hücrelerinde olduğu belirtilmiştir, B hücreleri çok azdır ya da hiç yoktur (12,13). Leu 8 antikoruna ile yapılan çalışmalarda Leu 8 pozitif hücrelerin, Jessner'in lenfositik infiltrasyonunda % 65, DLE de % 15 oranında görüldüğü bildirilmiştir (10).

Ayırıcı tanı yapmak, bu bilgilerden de anladığımız gibi oldukça zordur. Yaptığımız klinik ve laboratuvar çalışmaları sonucunda hastamıza Jessner'in lenfositik infiltrasyonu tanısını uygun bulduk. Tedavi protokolu olarak uygulanan, eksizyon ve greftlemenin literatür verileri arasında olmadığını gözlemledik. JLI'nin spontan gerilediği bilirse de, tedavide antimalaryaller, iyonize radyasyon, lokal ya da sistemi kortikosteroidler yer almış, ancak cerrahi yaklaşım yer almamıştır (4,5,14). Uzun süreli

bu lezyon için kullanılan çeşitli ilaç ve asitlerin etkisiyle, klasik JLI deri bulguları aşırı haliyle ve deformite oluşturacak tarzda yer almıştır. Güneş ışınlarının birikici etkisinin giysiler nedeni ile söz konusu olmadığı uyluk bölgesinden alınan deri greftine ve eski lezyonun tam eksize edilmesine rağmen özellikle operasyon bölgesi kenarlarında lezyonun yinelemesini ilginç olarak yorumladık. Bu farklı tedavinin sonuçlarını belirtmek ve JLI histopatolojisi

ile ayırıcı tanısının zorluğuna ilgili klinisyenlerin dikkatini çekmek istedik.

SONUÇ

Jessner'in lenfositik infiltrasyonu, etyolojisi bilinmeyen, nadir bir hastalıktır. Geniş çapta incelemeyi gerektiren bu hastalığın yüzdeki benzer patolojilerden iyi ayrılması, tedavi yaklaşımında etkinliği artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Jessner M, Kanof, NB: Lymphocytic infiltration of the skin. Arch. Dermatol. Syph., 1953; 68: 447-449.
2. Gottlieb B, Winkelmann RK: Lymphocytic infiltrate of skin. Arch. Dermatol, 1962; 86: 106-113.
3. Calnan CD: lymphocytic infiltration of the skin (Jessner). Br.J. Dermatol., 1957; 69: 169-173.
4. Greaves MW: Benign lymphoplasias of the skin. In: Rook, A., Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL (Eds.). Textbook of Dermatology. 4th Ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986, 1716-17.
5. Toonstra I, vander Putte SC, de la Faille HB: Familial Jessner's lymphocytic infiltration of the skin, occurring in a father and daughter. Clin. Exp. Dermatol., 1983; 18: 142-5.
6. Güngör E, Çaykara T, Artüz F, Alı N: Derinin lenfositik infiltrasyonu. T. Klin. Dermatoloji, 1994, 4: 124-6.
7. Cerio R, Mac Donald DM.: Benign cutaneous lymphoid infiltrates, J Cutan. Pathol, 1985; 12: 442-452.
8. Kuo TT, Lo SK, Chant IL.: Immunohistochemical analysis of dermal mononuclear cell infiltrates in cutaneous lupus erythematosus, polymorphous light eruption, lymphocytic infiltration of Jessner, and cutaneous lymphoid hyperplasia: a comparative differential study, J. Cutan. Pathol. 1994; 21: 430-436.
9. Lever WF, Schaumberg-Lever G.: Connective tissue diseases. In: Lever WF. (Ed.) Histopathology of the Skin, 7th ed., Philadelphia, JB Lippincott Company, 1990: 505-6.
10. Ashworth J, Turbitt M, Mackie R.: A comparison of the dermal lymphoid infiltrates in discoid lupus erythematosus and Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin using the monoclonal antibody Lue 8. J. Cutan. Pathol., 1987; 14: 198-201.
11. Toonstra J, vander Putte SC, Plazmacytoid monocytes in Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. A valuable clue for the diagnosis. Am. J. Dermatopathol. 1991; 13: 321-328.
12. Kontinen YT, Reitamo S, Ranki A, Segerberg-Kontinen M.: T-lymphocytes and mononuclear phagocytes in the skin infiltrate of systemic and discoid lupus erythematosus and Jessner's lymphocytic infiltrate. Br. J. Dermatol 1981, 104: 141-5.
13. Willemze R, Dijkstra A, Meijer CJ: Lymphocytic infiltration of the skin (Jessner): A T. cell lymphoproliferative disease. Br. J. Dermatol. 1984, 110: 523-9.
14. Toonstra J, Wildschut A, Boer J, Smeenk G, Willemze R, van der Putte, S.C.J. et al.: Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. Arch. Dermatol. 1989, 125: 1525-30.