

İnsülin ve İnterferon Enjeksiyon Bölgelerinde Gelişen Kütanöz Psödolenfoma: İki Olgu Sunumu

Cutaneous Pseudolymphoma That is Developing on Insulin and Interferon Injection Sites: Two Case Reports

Eylem Ceren Arıkan¹, Gonca Gökdemir², Damlanur Sakız³

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği¹

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği²

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji³ Kliniği

Özet

İlacın indüklediği psödolenfoma olgularına oldukça fazla rastlanmaktadır. Ancak bu olgular daha çok ilacın sistemik kullanımını sonucu gelişmektedir. Ajanların lokal kullanımına bağlı psödolenfoma olguları da bildirilmiştir. Bu çalışmada subkutan insülin ve interferon enjeksiyonuna bağlı; enjeksiyon bölgelerine lokalize, eritemli patch şeklinde lezyonlarla kendini gösteren iki psödolenfoma olgusu sunuyoruz. Literatür bilgilerine göre olgularımız insülin ve interferon enjeksiyon bölgelerinde lokalize gözlenen ilk psödolenfoma olgularıdır.

Anahtar kelimeler: kütanöz psödolenfoma, insülin, interferon, enjeksiyon.

Kısa Başlık: Enjeksiyon bölgelerindeki psödolenfoma

Abstract

Drug-induced pseudolymphoma cases are frequently seen. However, these cases usually develop as a result of systemic use of the drug. Pseudolymphoma cases due to the use of local agents have also been reported. We are also presenting localized cutaneous pseudolymphoma, with erythematous patch and plaque lesions on injection sites; due to subcutaneous injection of insulin and interferon. According to our literature knowledge our cases are the first pseudolymphoma cases that seemed on insulin and interferon injection sites.

Keywords: cutaneous pseudolymphoma, insulin, interferons, injections.

Running Title: Injection Sites Pseudolymphoma

İletişim Adresi:

Eylem Ceren Arıkan / Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Email: eylemceren@gmail.com

Tel: 0 262 317 80 00 – 1493 Fax: 0 262 233 55 40

Giriş:

İlacın indüklediği psödolenfoma olgularına oldukça fazla rastlanmaktadır. Ancak bu olgular daha çok ilacın sistemik kullanımı sonucu gelişmektedir (1). Ajanların lokal kullanımına bağlı psödolenfoma olguları daha az sayıda literatürde yer almaktadır. Burada insülin ve interferon (İFN) enjeksiyonuna bağlı; enjeksiyon bölgelerine lokalize, eritemli patch şeklinde lezyonlarla kendini gösteren iki psödolenfoma olgusu sunulmaktadır.

Olgu-1:

Üç aydır mevcut deri lezyonları nedeniyle polikliniğimize başvuran 70 yaşında erkek hasta. Diyabetes mellitus öyküsü vardı ve son 3 aydır subkutan insülin kullanmaktaydı. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde her iki kolun ekstansör yüzleri; göbek çevresi ve her iki bacak proksimal yan kısımlarında eritemli, ince skuamlı yama tarzında lezyonları vardı. Lezyonlar insülin enjeksiyon yerleri ile sınırlıydı (Resim-1a ve 1b).

Laboratuvar tetkiklerinde hiperglisemi, hiperlipidemi haricinde patoloji yoktu. Lezyonlardan yapılan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste parakeratoz, granüler tabaka kaybı, düzensiz akantoz, minimal spongiyoz ve lenfositlerde hafif şekil boyut farklılıkları; papiller dermiste band tarzında bazıları pleomorfizm gösteren lenfosit ve seyrek eozinofil lökositlerden oluşan infiltrasyon gözlemlendi (Resim-2a ve 2b; HEx100 ve x200). Bu bulgularla hasta insülin enjeksiyonunun indüklediği psödolenfoma olarak kabul edildi. Ancak hasta insülin kullanmaya devam etti. Karın, bacak ve kollarındaki lezyonlarına topikal potent steroid tedavisi düzenlendi. Hastanın 3 aylık takiplerinde lezyonların aynı bölgelerde sınırlı kaldığı ve rekürrenslerin olduğu gözlemlendi.

Olgu-2:

Beş aydır bacak ve karında mevcut deri lezyonlarıyla polikliniğimize başvuran 29 yaşında erkek hasta. Bir yıldır kronik hepatit C hastasıydı ve 6 aydır subkutan İFN (1 kez/hafta)

kullanmaktaydı. 5 aydır İFN enjeksiyon bölgelerine lokalize (bacak ve karın) canlı eritemli, ortası lividi renkli ve ince skuamlı plak şeklinde lezyonları vardı (Resim-3a ve 3b). Biyokimyasal tetkiklerinde karaciğer enzimlerinde yükseklik dışında özellik yoktu.

Karındaki lezyondan alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde; epidermiste sepetsi keratinizasyon, retelerde uzama, lenfosit ekzositozu, bazal tabakada fokal alanda hidropik dejenerasyon ve keratinosit nekrozu; papiller dermiste damar proliferasyonu, band tarzında mononükleer hücre infiltrasyonu, kollagen lifler etrafında bazofilik madde birikimi ve kahverengi pigment yüklü makrofajlar izlenmekteydi. Bu bulgularla hasta İFN enjeksiyonunun indüklediği psödolenfoma olarak kabul edildi. Hasta İFN kullanmaya devam etti; topikal potent steroid tedavisi düzenlendi ve 3 aylık takiplerinde lezyonların aynı bölgelerde tekrar ettiği gözlemlendi.

Tartışma:

Kutanöz psödolenfoma; klinik veya histopatolojik olarak lenfomayı taklit eden; anormal görünümlü matür lenfositlerin dermiste görülmesiyle tanınan benign bir antitedir (1). Bazen ilaçlara bağlı olarak oluşmaktadır. Kutanöz psödolenfomaya en sık yol açan sistemik ajanlar antiepileptiklerdir (1). Topikal ilaçlara karşı oluşan psödolenfoma ise seyrek bildirilmiştir.

Lee ve ark (2) silikon enjeksiyonu sonrasında görülen bir psödolenfoma olgusu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Kim ve ark (3) altın iğneleriyle akupunktur sonrası iğne yerlerine lokalize psödolenfoma olgusu sunmuşlardır. Dar ve ark (4) %4 hidrokinon kremin, yanaklardaki melazma dolayısıyla uygulanması sonucu oluşan psödolenfoma olgusu rapor etmişlerdir. Henley ve ark (5) ise prostat karsinomunun tedavisi için goserelin asetat subkutan enjeksiyon sonrası oluşan; eritemli patch şeklinde lezyonları olan bir hasta sunmuşlar ve travmanın tetikleyici rolünden söz etmişlerdir. Gutermuth ve ark (6) dövme uygulanmasından 6 ay sonra oluşan psödolenfoma reaksiyonu bildirmişler; bu

reaksiyonun dövme boya­larına karşı oluşmuş persistan immün cevabın sonucu olabileceğini belirtmişlerdir.

Patogene­zinde antijenin tetiklediği immün düzensizlik sonucu oluşan lenfoproliferatif süreçten bahsedilen psödolenfomada antijenik uyarı olarak; ilacın kendisi, metaboliti veya lokal uygulamalarda uygulanma şekli (subkutan enjeksiyon gibi) sorumlu tutulabilir (1). Olgularımızın lezyonlarının insülin ve İFN enjeksiyon yerleri ile sınırlı olması, tedaviye

başlandıktan sonra gözlenmesi ve takiplerimiz sırasında lezyonların devam etmesi; bu durumun enjeksiyona bağlı oluşabileceğini ve travma sonucunda immün bir reaksiyonun tetiklenebileceğini düşündürebilir. Ancak insülin ve İFN'un kendisine mi yoksa subkutan enjeksiyonuna sekonder mi oluştuğu konusunda kesin yorum yapılamamaktadır. Literatür bilgilerimize göre olgularımız subkutan insülin ve İFN enjeksiyonuna sekonder gözlenen ilk lokalize kütanöz psödolenfoma olgularıdır.

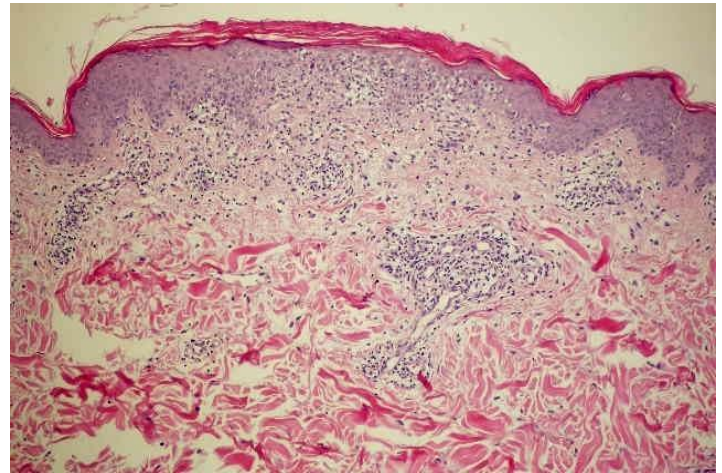
Resim 1a: Olgu 1'in bacağındaki eritemli ince skuamli patch tarzında lezyonlar.



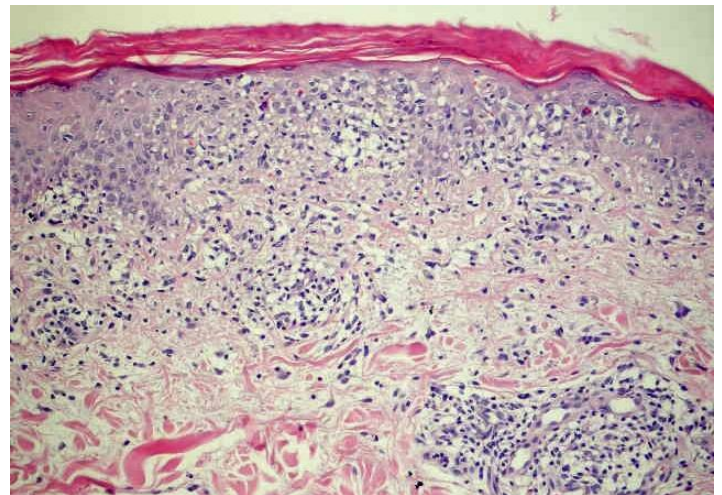
Resim 1b: Olgu 1'in göbek çevresindeki eritemli patch tarzında lezyonlar.



Resim 2a: Olgu 1'in biyopsi materyalinin histopatolojik değerlendirmesi (HEx100).



Resim 2b: Olgu 1'in biyopsi materyalinin histopatolojik değerlendirmesi (HEx200).



Resim 3a: Olgu 2'nin göbek çevresindeki eritemli plakları.



Resim 3b: Olgu 2'nin bacaklarındaki eritemli ince skuamli patch tarzında lezyonlar.



Kaynaklar:

1. Albrecht J, Fine LA, Piette W. Drug-associated lymphoma and pseudolymphoma: recognition and management. *Dermatol Clin* 2007;25(2):233-44.
2. Lee MW, Choi JH, Sung KJ, et al. A case of cutaneous pseudolymphoma associated with silicone injection. *Acta Derm Venereol* 2004;84(4):312-3.
3. Kim KJ, Lee MW, Choi JH, et al. CD30-positive T-cell-rich pseudolymphoma induced by gold acupuncture. *Br J Dermatol* 2002;146:882-884.
4. Dar NR, Shaheen, Mustafvi SA, et al. Cutaneous pseudolymphoma due to topical application of 4% hydroquinone cream for melasma. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2005;15(8):496-7.
5. Henley E, Houghton N, R. Bucknall R, et al. CD30-positive lymphoproliferative disorder with lesions at depot injection sites, associated with mycosis fungoides and prostatic carcinoma. *Clin&Exp Dermatol* 2007;33:97-110.
6. Gutermuth J, Hein R, Fend F, et al. Cutaneous pseudolymphoma arising after tattoo placement. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:536-578.