

Anjiyoimmünoblastik Lenfadenopati Benzeri Lenfoma (Olgu Sunumu)

Angioimmunoblastic Lymphadenopathy Like Lymphoma (A case report)

Mustafa Cihat Avunduk¹ Şakir Tavlı² Serdar Yol² Lema Tavlı¹
Osman Yılmaz¹ Salim Güngör¹ Ayşe Yavuz¹

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya

¹Patoloji Anabilim Dalı

²Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet: 75 yaşındaki kadın olgu, koltuk altında şişlik yakınması ile Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğine başvurduğunda 2-3 yıldır devam eden iştahsızlık ve kilo yitiminden yakınmaktaydı. Yapılan fizik bakısında koltuk altında çok sayıda lenfadenopatileri (LAP) ve hepatosplenomegalisi saptandı. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde hiler lenfadenopati gözlenirken, Coombs (+) hemolitik anemisi ve hiper-gammaglobulinemisi gözlemlendi. Eksizyonel biyopsi ile çıkarılan koltuk altı lenf düğümünün histopatolojik incelenmesinde anjiyoimmünoblastik lenfadenopati benzeri lenfoma tanısına ulaşıldı. Olgunun klinik ve patolojik özellikleri ilginç bulunarak sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Anjiyoimmünoblastik lenfadenopati, lenfoma

Summary: When a 75 years old women patient who had swelling in axillary region applied to Selçuk University Faculty of Medicine, General Surgery Department, she had been having complaints, such as loss of appetite and weight for 2-3 months. Physical examination revealed multiple lymphadenopathy in axillary region and hepatosplenomegaly. She had hilar lymphadenopathy, Coombs (+) haemolytic anaemia and hypergammaglobulinemia. Axillary lymph node, which was removed with biopsy, was diagnosed as angioimmunoblastic lymphadenopathy like lymphoma. We here in report this case with pathological and clinical aspects.

Key Words: Angioimmunoblastic lymphadenopathy, lymphoma

Anjiyoimmünoblastik lenfadenopati (AILD) ve immüno-
blastik lenfadenopati (IBL) benzer lezyonlar olup,
sıklıkla atipik immünoblastik proliferasyonlarla karışabilir.
Başlangıçta benign lenfoproliferatif bir hastalık olarak
başlar (1, 2). Daha sonra olguların bir kısmında lezyon
gerileyerek normale dönerken, bir kısmında ilerleyerek
malignleşir. Kaynaklarda az sayıda olgu sunumu ya da

küçük diziler olarak bildirilen olgular vardır (3). Az
görülmesi nedeniyle ilginç bularak, olgumuzu klinik ve
patolojik bulgular ışığında sunduk.

Olgu Sunumu

SÜTF Genel Cerrahi Kliniği'ne koltuk altında şişlik yakın-
ması ile başvuran 75 yaşındaki kadının fizik bakısında

koltuk altında, büyüğü 3.5 cm çapında olmak üzere çok sayıda lenfadenopati (LAP) olduğu saptandı. Ayrıca hepatosplenomegalisi vardı. Hematolojik incelemelerinde Coombs (+) hemolitik anemi ve hipergammaglobülinemi saptandı. PA Akciğer grafisinde hiler bölgede bol miktarda LAP gözlenildi. Koltuk altında bulunan büyük lenf düğümü eksizyonel biyopsi ile çıkarılarak Patoloji AD'nda incelendi. Gönderilen materyal 3.5x3x2.5 cm boyutlarında kapsüllü görünümde gri pembe renkli, elastik kıvamda doku parçası idi. Kesit yüzü sarı pembe renkli soliter görünümdeki materyalden hazırlanan kesitler Hematoksilen Eosin (HE) ve Periodik Asit Schiff (PAS) ile boyanarak ışık mikroskopunda değerlendirildi. Mikroskopik olarak lenf nodüllerinde normal yapı ortadan kalkmış olup, stromada bol endotel proliferasyonu (Resim 1), damar duvarı ve interstisiumda PAS olumlu materyal (Resim 2, 3), plazma hücreleri, immünoblastlar, histiyositler, atipik mitozlar içeren (Resim 4), saydam sitoplazmalı hücreler (Resim 5) görüldü.

Tartışma

AILD-IBL orta ve ileri yaşlarda, çoğunlukla erkeklerde görülmektedir. Ateş, kilo yitimi, deri lezyonları ve yaygın LAP ile belirlidir (1, 2, 4, 5). 75 yaşındaki hastamızda da benzer durumları gözlenmiştir. Hastamızın kadın olmasına karşın, ileri yaşta oluşu, ateş ve kilo yitimi, koltuk altında ve hiler bölgede çok sayıda LAP'sinin oluşu kaynaklarla uyumluluk göstermektedir. Ayrıca hastamızda da var olduğunu saptadığımız Coombs (+) hemolitik anemi ile hipergammaglobulineminin bulunuşu klasik bir bulgu olarak verilmektedir (1, 5, 6).

Olgularda, sıklıkla bir enfeksiyon öyküsü ve antibiyotik kullanımından söz edilmektedir (7). Kendi hastamız da iki ay önce ateş ve öksürük ile belirli bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş ve bunun için de hekim gözetimi dışında antibiyotik kullanmıştır.

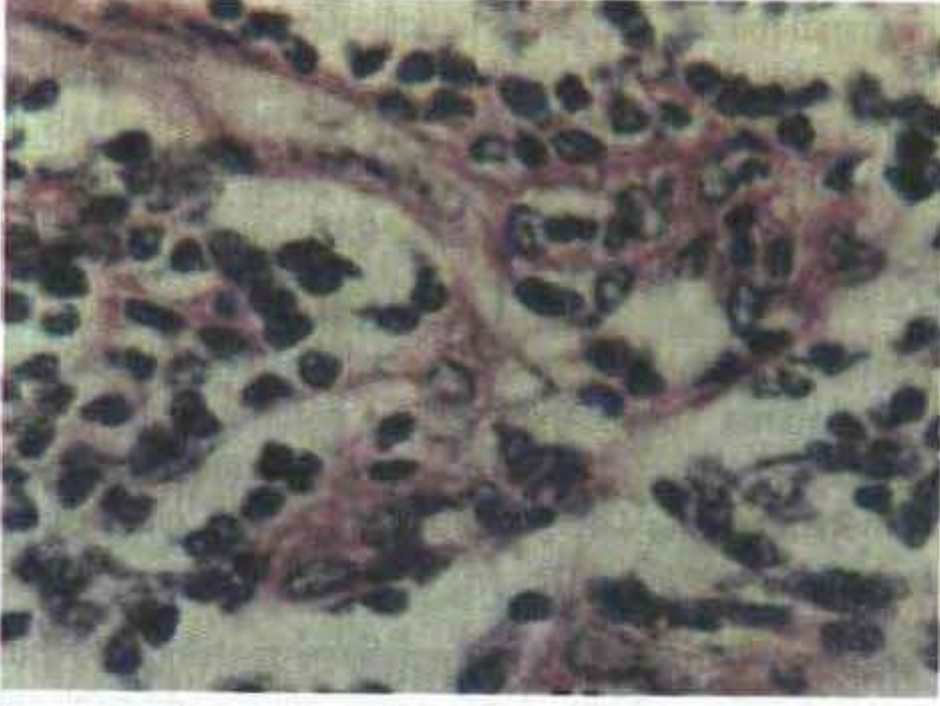
Kliniğin her olguda değişik seyrettiğinden söz edilmektedir. Bazen agresif olduğunda ölüm ile sonuçlandığı bildirilmektedir. B ve T hücrelerinin premalign lezyonu olarak kabul edilebilir. Bu olgulardan zaman içerisinde çoğunlukla periferik T hücreli, seyrek olarak da B hücreli lenfomaların geliştiği belirlenmiştir (8-10). Malign dönüşümün tamamlandığı 8 aylık süre içerisinde prednison uygulandığında, bu dönüşümün önlenebileceğinden söz edilmektedir (8). Kendi olgumuzda tanıya ulaştığımızda malign dönüşüm tamamlandığından, prednison verilmiştir.

Histopatolojik incelemede, lenf düğümünde yer yer germinal merkez oluşumları seçilebilir. Plazma hücreleri, immünoblastlar, histiyositler ve bazen de eozinofiller görülebilir. Endotel proliferasyonu belirgindir ve PAS ile kuvvetli boyanır (5). Bazı olgularda, kendi olgumuzda da saptadığımız gibi, doku arası PAS olumlu boyanma görülebilir (7).

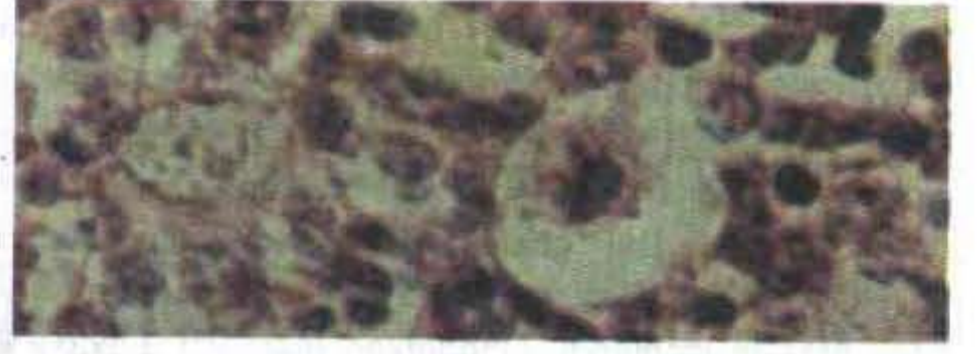
Anjiyoimmünoblastik lenfadenopatide lenfosit sayısındaki azalma sonucu hiposellüler görünüm oluşur. Ara sıra topluluklar, adalar ya da diziler biçiminde izlenen immünoblastların varlığı daha agresif bir gidişin göstergesi kabul edilir (11).

Anjiyoimmünoblastik lenfadenopatilerin histolojik bulguları özgün değildir. Araştırmacılar anjiyoimmünoblastik lenfadenopati benzeri periferik T hücreli lenfomalarla çok yakın histolojik benzerlikler gösterdiklerini ve histolojik olarak ayırt edilemeyeceklerini bildirmişlerdir (1, 2). Genotipik, immünotipik ve sitogenetik çalışmalar sonucu bu anormal immünoblastik proliferasyonlar üç kümeye ayrılmışlardır (12): a) Anjiyoimmünoblastik, immünoblastik lenfadenopati adı verilen poliklonal benign proliferasyonlar, b) Anjiyoimmünoblastik lenfadenopati benzeri lenfoma. T ya da B hücre tipinde olabilir. Geniş dizilerde yapılan immünotipik ve immünotipik analizler sonucu T hücre belirginliğinin daha ağır bastığı bildirilmiştir (12). Kendi olgumuz da bir anjiyoimmünoblastik lenfadenopati benzeri lenfomadır. Hipergammaglobulinemi varlığı ilk antiteden kolayca ayrılmasını sağlamaktadır. Ayrıca anjiyoimmünoblastik ya da immünoblastik lenfadenopatiden ayrı olarak kendi olgumuzdaki gibi atipik mitozlar da içeren saydam sitoplazmalı hücreler ve dev hücre yapısı içermektedir. Lenfosit sayısındaki azalma anjiyoimmünoblastik ve immünoblastik lenfadenopatideki ölçüde belirgin değildir. Damarlanma daha dikkat çekicidir. c) Anjiyoimmünoblastik lenfadenopatiye benzer displaziler. Bu kümede de atipik mitozlar, pleomorfizm ve saydam hücreler nadiren görülebilse de anjiyoimmünoblastik lenfadenopati benzeri lenfoma kadar belirgin değildir. Olgumuzda ise bu özellikler çok belirgindir.

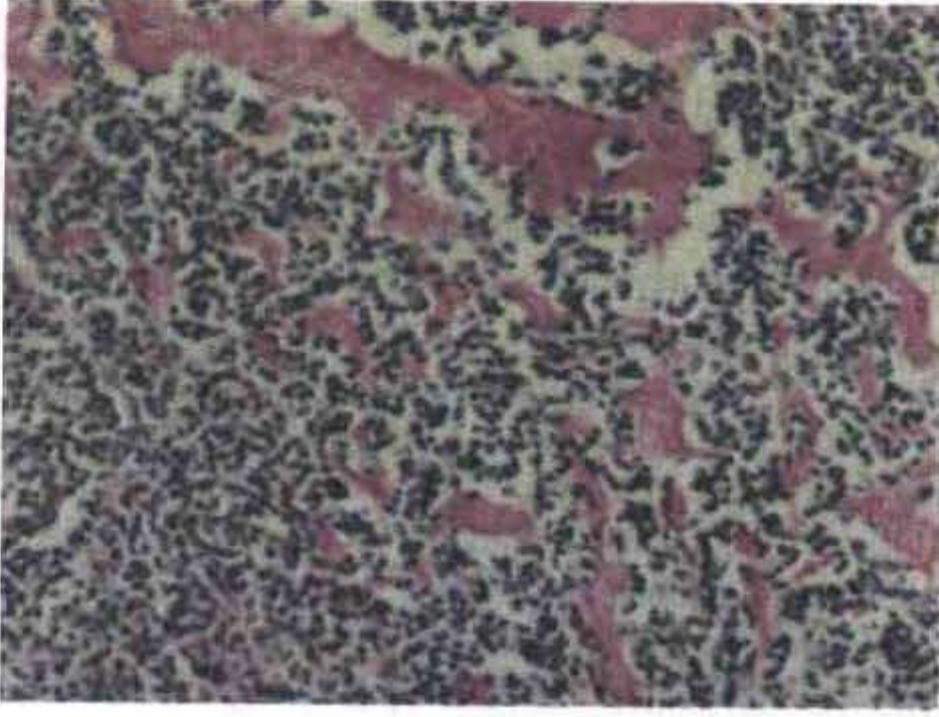
Ayırıcı tanı; non Hodgkin lenfoma, Hodgkin Hastalığı ve Castleman Hastalığı ile yapılmalıdır (7, 8, 13). Kendi olgumuzdaki gibi bol vasküler yapılar ve immünoblastların bulunuşu ile kolayca Hodgkin hastalığından ayrılabilir. Castleman hastalığı için özgün olan belirgin folliküler hiperplazinin ve plazmositozisin olmayışı ayırıcı tanıda değer taşımaktadır. Biz de bu özelliklere dikkat ederek ayırıcı tanımımızı yaptık.



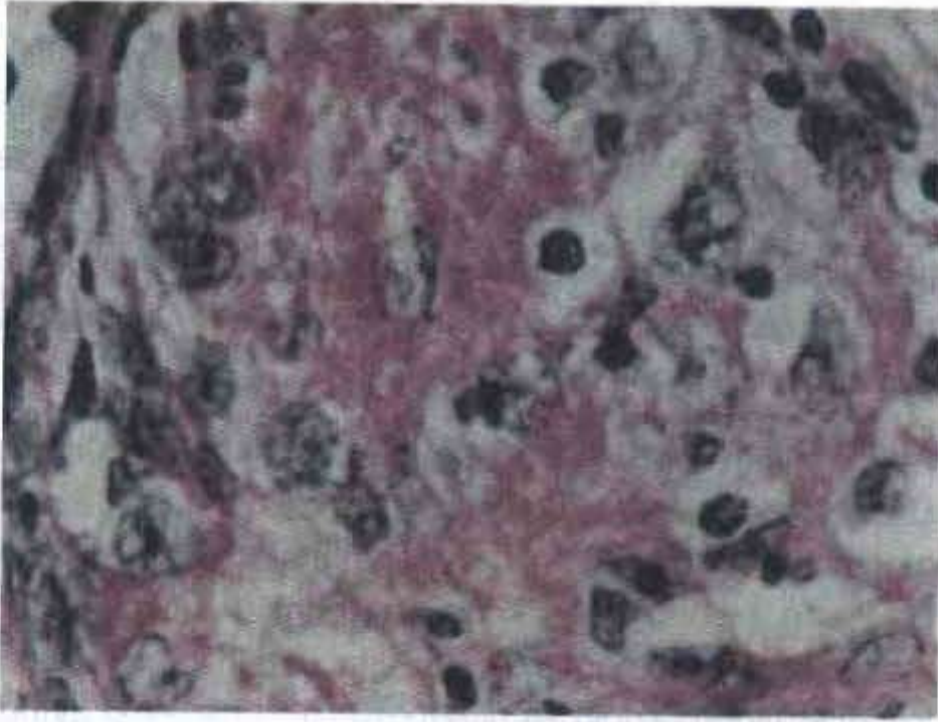
Resim: 1 Lenf düğümündeki endotel proliferasyonu (PAS; x100).



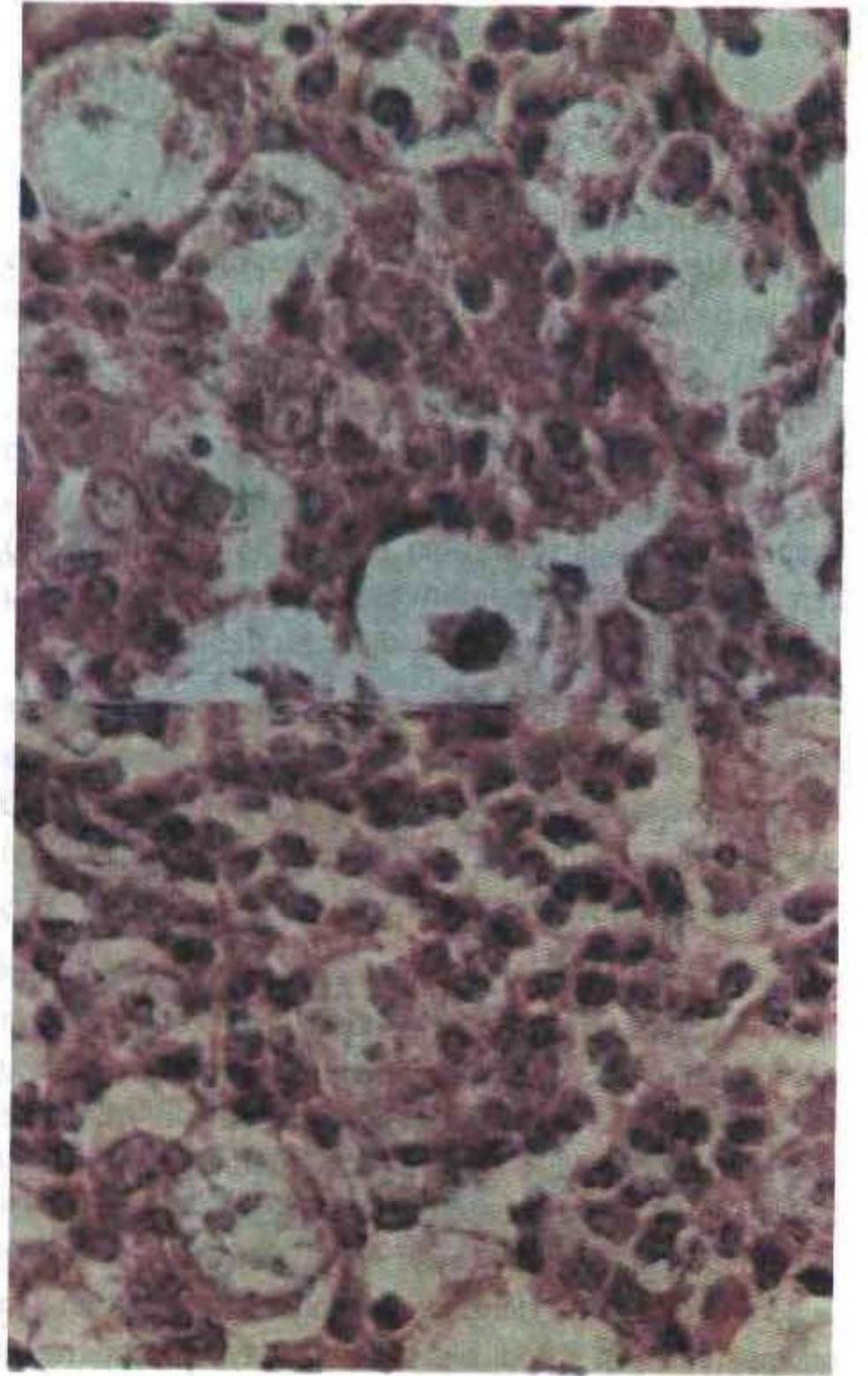
Resim: 4 Olguda izlenen mitozlar (HE; x200).



Resim: 2 Doku arasında PAS ile boyanan alanlar (PAS; x40).



Resim: 3 PAS ile boyanan doku arası bölgelerin daha detayli görünümü (PAS; x200).



Resim: 5 Saydam sitoplazmalı hücrelerin izlendiği alanlar (HE; x200).

Kaynaklar

1. Tobinai K, Minato K, Ohtsu T, Mukai K, et al. Clinico-pathologic, immunophenotypic, and immunogenotypic analyses of immunoblastic lymphadenopathy-like T-cell lymphoma. *Blood* 1988; 72(3): 1000-1006.
2. Nakazono S, Kitahara T, Takezaki T, Kawakami K, et al. Immunoblastic lymphadenopathy (IBL)-like T-cell lymphoma in a child. *Acta Paediatr Jpn* 1991; 33(3): 398-407.
3. Brice P, Calvo F, Agay MF, Gisselbrecht C, et al. Periferal T cell lymphoma following angioimmunoblastic lymphadenopathy. *Nouv Rev Fr Hematol.* 1987, 29(6): 371-377.
4. Ganesan TS, Dhaliwal HS, Dorreen MS, Stansfeld AG, et al. Angio-immunoblastic lymphadenopathy: a clinical, immunological and molecular study. *Br J Cancer* 1987; 55 (4): 437-442.
5. Caulet S, Audouin J LeTourneau A, Diebold J, et al. Angio-immunoblastic lymphadenopathy (AIL) or T-cell malignant lymphoma of AIL-type. A histopathological, immunohistochemical and ultrastructural study of 8 cases. *Phatol Res Pract* 1988; 183(6): 724-734.
6. Higuchi T, Mori H, Niikura H, Omine M. Hypocomplementemia and hematological abnormalities in immunoblastic lymphadenopathy and immunoblastic lymphadenopathy-like lymphoma. *Acta Hematol* 1996; 96(2): 68-72.
7. Joachim HL. *Lymph Node Biopsy.* Philadelphia: J B Lippincott Comp. 1987; 142-148.
8. Bamberg M, Donhuijsen K, Hoher PG, Holfeld H, et al. Malignant progression of angioimmunoblastic lymphadenopathy. *J Cancer Res Clin Oncol* 1974; 93(3): 255-263.
9. Banik S, Ward RL, Hasleton PS. Immunoblastic lymphadenopathy: evolution into immunoblastic sarcoma. *J Clin Pathol* 1979; 32(11): 1110-1120.
10. Bauer TW, Mendelsohn G, Humphrey RL, Mann RB. Angioimmunoblastic lymphadenopathy progressing to immunoblastic lymphoma with prominent gastric involment. *Cancer* 1982; 50(10): 2089-2098.
11. Watanabe S, Satoya Y, Shimoyama M. Immunoblastic lymphadenopathy, angioimmunoblastic lymphadenopathy and IBL-like T-cell lymphoma a spectrum of T-cell neoplasia. *Cancer* 1986; 58(10): 2224-2232.
12. Fizzera G, Kaneko Y, Sakurai M: Angioimmunoblastic lymphadenopathy and related disorders: A retrospective look search of definations. *Leukemia* 1989; 3(4): 1- 12.
13. Fizzera G, Peterson BA, Bayrd ED, Goldman A. A systemic lymphoproliferative disorder with morphologic features of Castleman's disease, clinical findings and clinicopathologic correlations in 15 patients. *J Clin Oncol* 1985; 3(8): 1202-1210.

Yazışma Adresi:

Prof. Dr. Lema Tavlı
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
Konya