

# Eozinofilili Anjiyolenfoid Hiperplazi: Olgu Sunumu

## *Angiolymphoid Hyperplasia with Eosinophilia: A Case Report*

Mustafa Atasoy, Cihangir Aliğaoğlu\*, Önder Şahin\*\*,  
Ümran Yıldırım\*\*, Özgül Balık

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve \*\*Patoloji Anabilim Dalı

\*Erzurum Numune Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Erzurum, Türkiye

### Özet

Eozinofilili anjiyolenfoid hiperplazi (ALHE) patogenezi bilinmeyen, nadir görülen vasküler hastalıklardan biridir. Lezyonlar sıklıkla baş ve kulak çevresine lokalize olur. 25 yaşındaki bayan hastamızın sol kulak önünde semptom vermeyen papül-plak tarzı lezyonları bulunuyordu. Histopatolojik tetkikte damar lümenine doğru çıkıntı yapmış şişkin endotel hücreleri gözlemlendi. Uyguladığımız kriyoterapi tedavisine iyi yanıt verdi. (*Türkderm 2006; 40 (Özel Ek B): B34-B36*)

**Anahtar Kelimeler:** Anjiyolenfoid hiperplazi-eozinofili

### Summary

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) is an uncommon vascular disorder of unknown pathogenesis. The lesions tend to be localized on the head and around the ears. In the present case report, there were asymptomatic papules and a plaque located in front of the left ear in a 25-old female patient. On histopathologic examination, plump endothelial cells protruding to the vessel lumen were observed. She responded well to the cryotherapy. (*Turkderm 2006; 40 (Suppl B): B34-B36*)

**Key Words:** Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia

Eozinofili anjiyolenfoid hiperplazi (ALHE) yetişkinlerde görülen nadir hastalıklardandır. Etyolojisi bilinmemektedir. İlk olarak Wells ve Whimster tarafından 1969 yılında neoplazi olarak tanımlanmıştır. Baş ve boyun bölgesini sıklıkla tutan hastalık papül, plak, nodül tarzı lezyonlarla seyredir. Seyrek de olsa ekstremiteler ve gövdeyi de tutabilir. Hastalık kaşıntı, ağrı, ülserasyon gibi semptomlara neden olabileceği gibi, asemptomatik seyir de gözlenebilir. ALHE'de %20 vakada periferik kanda eozinofili ve lenfadenopati gözlenir<sup>1</sup>. Histopatolojisinde düzensiz kenarlı vasküler yapılar ve lenfosit, eozinofil hakimiyeti olan inflammatuar infiltrat gözlenir<sup>2</sup>. ALHE'nin nadir görülen bir hastalık olmasından dolayı sunmayı uygun bulduk.

### Olgu

Yirmibeş yaşındaki bayan hasta sol kulak önündeki asemptomatik döküntü sebebiyle kliniğimize baş-

vurdu. Hikayesinde döküntünün 6 ay önce başladığı, döküntü öncesinde bu bölgenin herhangi bir travmaya ve böcek ısırığına maruz kalmadığı öğrenildi. Soy geçmişte önemli bir özellik yoktu.

Laboratuar tetkiklerinde hemogram (periferik kanda eozinofil miktarı normal sınırlarda idi), biokimya, sedimentasyon hızı, rutin idrar normal olarak değerlendirildi. ANA ve HIV antikoru negatifti.

Dermatolojik muayenesinde; sol kulak önünde toplu iğne başı büyüklüğünde pembe-kırmızı renkte papüller ve kulağın tragus bölgesini kaplayacak şekilde kırmızı-pembe renkte, 1,5x4 cm çapında, düzensiz kenarlı elipsoid sayılabilecek plak tarzında lezyon gözlemlendi (Şekil 1). Lenf bezleri muayenesi normaldi. Sistemik muayenede herhangi bir özellik yoktu.

ALHE ön tanısıyla hastadan punch biopsi alındı. Histopatolojik tetkikte; dermiste çoğunluğunu lenfositlerin oluşturduğu lenfo-plazmositer hücre infiltr-

**Yazışma Adresi:** Dr. Cihangir Aliğaoğlu, Hacı Salih Efendi Mah. Huzur-İş Apt. F Blok Kat: 4, Yenişehir, Erzurum, Türkiye  
Tel: 0533 569 55 17 E-Mail: caliagaoglu@yahoo.com **Alındığı tarih:** 17.05.2004 **Kabul tarihi:** 10.08.2004



rasyonu gözlemlendi. Anormal şekilli vasküler yapılar mevcuttu. Şişkin, bazılarının sitoplazmalarında vakuoller olan, bazıları poligonal şekilli endotel hücreleri damar lümeni içine çıkıntı yapmıştı. Bazı damarların çevresinde fibroplazi gözlemlendi (Şekil 2A, 2B).

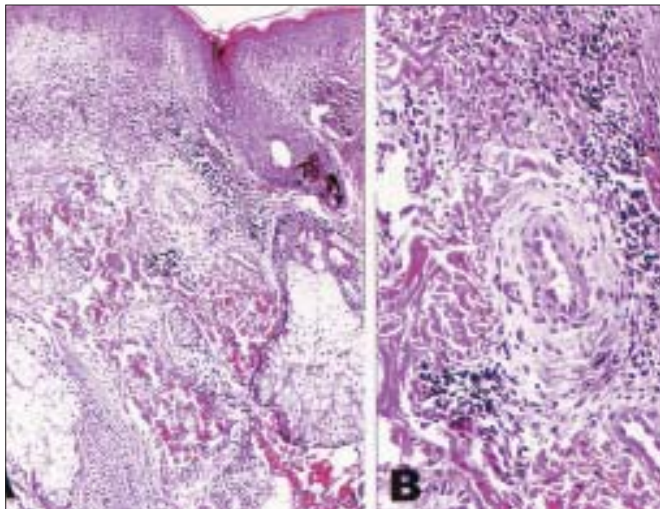
Hastamıza birer hafta ara ile 4 seans kriyoterapi uyguladık. 4. seanstan sonra plak tama yakın iyileşti. İyileştikten sonraki 2 ve 4.aydaki kontrolünde nüks gözlenmedi.

## Tartışma

ALHE sıklıkla baş-boyun bölgesini tutar. Özellikle periaurikular bölge tutulumu tipiktir<sup>3</sup>. Nadirde olsa gövde, ekstremiteler, perine<sup>3</sup>, oral mukozaya, dil, parafarinksial aralık, göğüs tutulumu da yapabilir<sup>4</sup>. Hastalık sıklıkla kadınlarda ve genç-orta yaş erişkinlerde görülür. Çocukluk çağı ve ileri yaşlarda insidansı azalır<sup>3</sup>. Pembe-kırmızı-kahverengi



Şekil 1. Kulak önünde kırmızı-pembe renkte papül ve plaklar



Şekil 2. A- Dermiste lenfositler hücre infiltrasyonu, anormal şekilli vasküler yapılar. B- Damar duvarı içine doğru çıkıntı yapmış şişkin endotel hücreleri ve damar çevresinde fibroplazi

renkte papül, plak, nodüllerle seyrederek<sup>1,3</sup>. Kaşıntı, ağrı, ülserasyon<sup>1</sup>, pulsasyon<sup>3</sup> şeklinde semptom verebilir. Olgumuzun herhangi bir semptomu bulunmuyordu.

ALHE'nin patogeneğinde farklı teoriler ortaya atılmıştır. Böcek ısırığı (travma) sonrası gelişen bir vasküler proliferasyon olduğu ileri sürülmüştür<sup>3</sup>. Human herpes virüs 8'in neden olduğu bazı otörler tarafından bildirilmiştir<sup>5</sup>. ALHE'nin farklılaşmış endotel hücresi ile birlikte epiteloid ve histiositlerden oluşmuş selim bir neoplazm olduğu ileri sürülmüştür<sup>3</sup>. Arnold ve ark.<sup>6</sup> immünohistokimyasal çalışmalarda bazen endotel hücrelerinde P53 pozitifliğiyle beraber Bcl-2 ve Cyclin D1 negatifliğine dayanarak, ALHE'nin neoplazik bir lezyondansa, reaktif bir lezyon olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Seks hormonu kullanımı sonrası olabileceği ve arteriovenöz malformasyonla birlikte olabileceği yönünde yayınlar da mevcuttur<sup>1</sup>. Yapılan bir çalışmada ALHE'deki lenfositlerin çoğunun T lenfosit olduğu gösterilmiştir ve T hücrelerinden kaynaklanan bir neoplazm olduğu varsayılmıştır<sup>2</sup>. Son kabul edilen görüş ALHE'nin selim bir neoplazm olduğu yönündedir<sup>1,2</sup>.

ALHE sıklıkla epiteloid hemanjiyotelyoma ve epiteloid anjiyosarkoma ile karışır. ALHE'de hücre atipi ve mitoz olmaması ile bu hastalıklardan ayrılır. Ayrıca ALHE'de inflammatuar hücreler daha sık gözlenir<sup>1</sup>.

ALHE'nin Kimura hastalığından da ayırıcı tanısı yapılması gerekir. Kimura hastalığında lenf nodu tutulumu daha sıktır. Tükrük bezleri ve derin subkutanöz tutulum gözlenir<sup>1,3</sup>. Kimura da sıklıkla periferik kanda eozinofili görülür<sup>1</sup>. ALHE'nin vasküler kaynaklı bir hastalık olduğu, aksine Kimura'nın immünolojik kökenli bir hastalık olduğu düşünülmektedir. ALHE'de lenfoid folikül çok az ya da hiç yoktur. Kimura'da ise lenfoid foliküller tanı için mutlaka gereklidir. ALHE'de eozinofiller göreceli olarak daha azdır ya da hiç yoktur. Kimura'da ise eozinofiller aşırı miktardadır. ALHE'de damar lümeni içine doğru çıkıntı yapmış bazıları poligonal olan şişkin endotel hücreleri gözlenir. Kimura'da ise şişkin endotel hücreleri damar lümenine çıkıntı yapmamıştır. ALHE'de şişkin endotel hücrelerinin sitoplazmalarında vakuoller görülebilir. Kimura'da ise bu gözlenmez<sup>7</sup>. Olgumuzda da damar lümeni içine çıkıntı yapmış şişkin endotel hücreleri vardı. Eozinofil ve lenfoid folliküller gözlenmedi. ALHE'de spontan regresyon gözlenebilir. İyileşmeyen vakalarda tedavi gerekmektedir. Cerrahi müdahale yapılabilir. Fakat multipl lezyonlarda bu zor uygulanacak bir seçenektir. Topikal, intralezyonal, sistemik steroid uygulamaları, kriyoterapi, radyoterapi, indometazin, farnesil ve oral retinoid tedavi seçenekleri arasındadır. Vinblastin, pentoksifilin, interferon tedavide kullanılabilir<sup>5</sup>. Pulse-dye-laser ve Flash-lamp pulsed-dye laser uygulanmasından başarılı sonuçlar elde edilmiştir<sup>8,9</sup>. Olgumuza uyguladığımız kriyoterapi yöntemiyle döküntüleri iyileşti ve kontrollerinde nüks gözlenmedi.

ALHE nadir görülen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Kimura hastalığı ile ayırıcı tanısının yapılması hastanın takip ve tedavisi açısından önemlidir.

## Kaynaklar

1. Gebrael F, Lowy A, Cualing H: Pathologic quiz case: A 43-year-old woman with a subcutaneous mass in the upper arm. *Arch Pathol Lab Med* 2003;127(1):113-4.
2. Kempf W, Haeffner AC, Zepter K, Sander CA, Flaig MJ, et al: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: evidence for a T-cell lymphoproliferative origin. *Hum Pathol* 2002;33(10):1023-9.
3. Zeitouni NC, Hanna S, Loree TR, Brooks J, Cheney RT: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a classic clinical presentation with histologic features of angiosarcoma. *Dermatol Surg* 2002;28(8):772-5.
4. Martorell M, Perez-Valles A, Garcia-Garcia JA, Calabuig C, Aguilera L: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia involving the cubital nerve. *Acta Neuropathol* 2004;107(4):372-6.
5. Aurello P, Cicchini C, D'Angelo F, Di Gioia CR, D'Amati G: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a rare artery lesion. *Anticancer Res* 2003;23:3069-72.
6. Arnold M, Geilen CC, Coupland SE, Krengel S, Dippel E, et al: Unilateral angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia involving the left arm and hand. *J Cutan Pathol* 1999;26:436-40.
7. Ackerman AB, Mendonça AMN, Guo Y: *Differential Diagnosis in Dermatopathology III*. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1992;62-5.
8. Nomura T, Sato-Matsumura KC, Kikuchi T, Abe M, Shimizu H: Rapid remission of severe pruritus from angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia by pulsed dye laser therapy. *Clin Exp Dermatol* 2003;28(6):595-6.
9. Abrahamson TG, Davis DA: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia responsive to pulsed dye laser. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(2):195-6.