

Bilateral kulak memesi yerleşimli Jessner lenfositik infiltrasyonu: Olgu sunumu ve Literatür taraması

Bilateral Jessner lymphocytic infiltration in the ear lobes: A case report and Literature review

Betül Demir¹, Haydar Uçak², Özgen Solmaz¹, İlker Erden¹

ÖZET

Jessner lenfositik infiltrasyonu klinik olarak asemptomatik papül ve plaklarla, histopatolojik olarak da lenfositik infiltrasyonla karakterize bir hastalıktır. Hastalığın tanısı biyopsi ile histopatolojik olarak deride lenfositik infiltrasyonun gösterilmesi ile konmaktadır. Kırk dokuz yaşında erkek hasta dermatoloji polikliniğine her iki kulak memesinde kızarıklık ve kabarıklık şikâyeti ile başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde bilateral kulak memesi ve sol postauriküler bölgede eritemli, ödemli, yumuşak kıvamlı, papüller mevcuttu. Lezyonun deri biyopsisinde histopatolojik olarak CD3 (+) T lenfositler görüldü ve hastaya Jessner lenfositik infiltrasyonu tanısı kondu. Jessner lenfositik infiltrasyonun bilateral kulak memesi yerleşiminin nadir görülmesi nedeniyle olguyu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar kelimeler: Jessner, Lenfositik infiltrasyon, Kanof

ABSTRACT

Jessner lymphocytic infiltration is a disease characterized by a histopathological lymphocytic infiltration presenting with papules and plaques. The disease is diagnosed with biopsy via histopathologically showing the cutaneous lymphocytic infiltration. A 49-year-old male patient presented to dermatology outpatient clinic with redness and swelling in both ear lobes. The dermatologic examination showed erythematous, edematous and soft papules in the left post auricular region and in both ear lobes. The skin biopsy applied on the lesion revealed CD3 (+) T lymphocytes and the patient was diagnosed with Jessner lymphocytic infiltration. We present this case due to fact that bilateral Jessner infiltration in the ear lobes is a rare pathology. *J Clin Exp Invest 2014; 5 (2): 313-315*

Key words: Jessner, Lymphocytic infiltration, Kanof

GİRİŞ

Jessner lenfositik infiltrasyonu (JLI) klinik olarak asemptomatik papül ve plaklarla, histopatolojik olarak da lenfositik infiltrasyonla karakterize bir hastalıktır [1]. İnsidansı tam olarak bilinmemekte ancak yaygın olmadığı düşünülmektedir. Erkeklerde kadınlardan 10 kat fazla görülür. 50 yaşın altındaki genç erişkinlerde sık gözlenirken çocuklarda oldukça nadirdir [2-5]. Ailesel yatkınlıktan bahsedilmiştir [4,6]. Lezyonlar baş, boyun ve üst gövdede yerleşir ve aylarca veya yıllarca kalabilir. Hastalığın tanısı deri biyopsisinde histopatolojik olarak lenfositik infiltrasyonun gösterilmesi ile konmaktadır. Spontan remisyonlar görülebilir ancak tekrarlayıcı olma eğilimindedir [2,7]. Biz literatürü gözden geçirdik ve JLI'nun bilateral kulak memesi yerleşimine rastlamadık. İlginç olması bakımından olguyu sunmayı uygun bulduk.

OLGU

49 yaşında erkek hasta dermatoloji polikliniğine her iki kulak memesinde kızarıklık ve kabarıklık şikâyeti ile başvurdu. Hikayesinden 6 ay önce sol kulağında kırmızı ve hafif ağrılı kabarıklıkların ortaya çıktığı, bundan 2 ay sonra da sağ kulağında benzer şikâyetlerin başladığı öğrenildi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde bilateral kulak memesinde ve sol postauriküler bölgede 0,3×0,3 cm ile 0,5×0,5 cm çaplarında değişen eritemli, ödemli, yumuşak kıvamlı, papüller mevcuttu (Resim 1). Oral mukoza muayenesi normaldi. Yapılan tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, hepatit markerları, serolojik lupus tetkikleri normal tespit edildi.

Kulak arkasındaki lezyonun biyopsisinde, yüzeyde hafif düzleşmiş olan çok katlı yassı epitel altında, dermiste, bazı kıl folikülleri ve sebace

¹ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

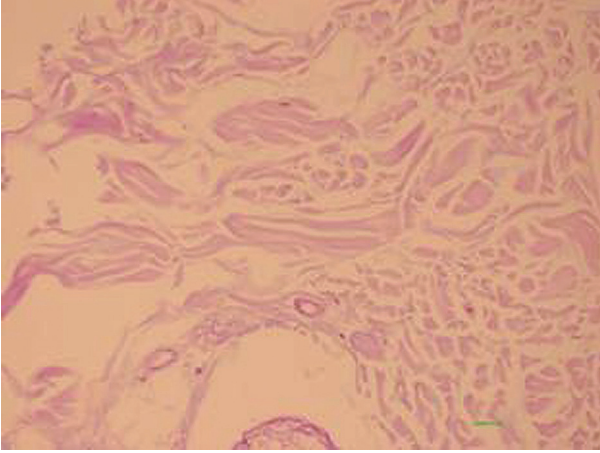
Correspondence: Betül Demir,

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye Email: drbkaraca@yahoo.com

Received: 28.10.2013, Accepted: 26.02.2014

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014, All rights reserved

glandlar çevresinde, perivasküler matür lenfosit ve histiosit infiltrasyonu görüldü (Resim 2). Yapılan immunhistokimyasal incelemede, CD3 (+) T lenfositler tespit edildi. Kontrol blok ve olguya ait kesitlerde CD-4 ve CD-8 negatif boyanma gösterdiği için değerlendirmeye alınmadı. Yapılan PAS AB boyamasında mûsin birikimi izlenmedi.



Resim 1. Kulak memesinde eritemli, ödemli, yumuşak kıvamlı papüller



Resim 2. Dermisde perivasküler matür lenfosit infiltrasyonu, HEx40

TARTIŞMA

Derinin lenfositik infiltrasyonu 1953 yılında Jessner ve Kanof tarafından tanımlanmıştır. Jessner-Kanof hastalığı olarak da bilinir [5,8]. Benign kronik T hücre infiltrasyonu ile karakterizedir [2].

Etyopatogenezi açık olmayan hastalığın lupus eritematozus yada polimorf ışık erupsiyonunun (PIE)

bir varyantı olabileceği [5], Borrelia enfeksiyonu ve helikobakter pilori ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür [1,9-11]. Ayrıca Borderline lepra ile maskelenmiş kaşıntılı, multiple, bilateral, eritematöz, papül ve plakları olan bir Jessner-Kanof olgusu bildirilmiştir [12]. Literatür tarandığında deride çeşitli ilaçlara bağlı JLİ ve benzeri döküntülerden bahsedilmiştir. Leflunomid kullanımı ile indüklenen subakut kutanöz lupus eritematozus benzeri JLİ [13], ACE inhibitör ilaç kullanımına bağlı gelişen lupus eritematozus timidus ve JLİ'nu taklit eden bir olgu [14], Multiple skleroz tedavisinde kullanılan immunomodülatör bir ilaç olan glatiramer asetat [15] ve hidrokinon içeren leke açıcı bir krem tedavisinden sonra gelişen JLİ [16] olguları bildirilmiştir. Sonuç olarak JLİ'un ayrı bir antite mi yoksa heterojen bir hastalık mı olduğu tartışmalıdır [3,17].

Klinik olarak lezyonlar sıklıkla yüz ve malar bölge başta olmak üzere baş, boyun, ekstremiteler ve gövdede yerleşebilen, fotosensitif karakterli, inatçı, simetrik, keskin sınırlı, düzgün yüzeysel, diskoid, eritemli, pembemsi, kahverengi, papül olarak başlayıp merkezden solarak periferde genişleyen ve sirsinat karakter kazanabilen, squamsız plaklar şeklindedir. Hastalık genellikle asemptomatiktir ancak bazen yanma ve kaşıntı ortaya çıkabilmektedir [3,5,8,10]. Hastamızın lezyonları bilateral kulak memesi yerleşimli idi. Hafif yanma ve ağrı şikayeti mevcuttu. İlaç kullanımı yada geçirilmiş bir enfeksiyon öyküsü yoktu. Laboratuvar testleri normaldi.

Histopatolojik olarak epidermis normaldir. Dermiste damarlar ve adneksler etrafında yoğun küçük lenfosit infiltrasyonu ve immunolojik olarak T hücre baskınlığı vardır. Serolojik lupus testleri negatiftir [18]. Flow sitometri ile T8 hücre predominansı gösterilmiş ve CD4+, CD25+ T hücre baskınlığından söz edilmeye başlanmıştır [9]. Hastamızın deri lezyonundan yapılan biyopside yüzeyde hafif düzleşmiş çok katlı yassı epitel altında, dermisde perivasküler matür lenfosit ve histiosit infiltrasyonu görüldü. İmmunhistokimyasal incelemede CD3 (+) T lenfositler tespit edildi. Yapılan PAS AB boyamasında mûsin birikimi izlenmedi. Bu bulgularla hastaya Jessner lenfositik infiltrasyonu tanısı kondu.

Ayırıcı tanıda lupus eritematozus (özellikle profundus formu) ve PIE düşünülür. Histopatolojik olarak interfaz dermatiti ve mûsin birikiminin olmaması, direkt immunfloresan testinin negatif olması ile lupustan ayırımı yapılabilir. PIE daha kısa süreli, ödemli, papül ve plaklarla karakterizedir [18]. İlaç döküntüleri ilaç kullanım öyküsü ile ayırt edilebilir. Hastamızın lezyonlarının fotosensitif olmaması ve devamlılık göstermesi ile PIE'dan, histopatolojik

bulguları ile de lupus eritematozuztan ayırımı yapıldı.

Hastalığın tedavisinde intralezyonel kortikosteroid tedavisi, antimalaryal ilaçlar, kryoterapi ve radyasyon terapisi düşünülebilir [5,18]. Ardavanis ve ark. meme kanseri nedeniyle 3 kür kombine 5-fluorourasil, epirubisin, siklofosamid kemoterapisi alan JLİ'lu hastanın lezyonlarının iyileştiğini bildirmişlerdir [19]. Son yıllarda Pulsed-dye laserin yan etkisi olmayan birinci basamak alternatif bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilceği bildirilmektedir [20]. Biz hastamıza topikal kortikosteroid tedavisi başladık ve takibe aldık.

KAYNAKLAR

1. Bagot M, Revuz J. Jessner-Kanof lesion and Borellia infection. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:772-773.
2. Lipsker D, Mitschler A, Grosshans E, Cribier B. Could Jessner's lymphocytic infiltrate of the skin be a dermal variant of lupus erythematosus? An analysis of 210 cases. *Dermatology* 2006;213:15-22.
3. Toonstra J, Wildschut A, Boer J, et al. Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. A clinical study of 100 patients. *Arch Dermatol* 1989;125:1525-1530.
4. Dippel E, Poenitz N, Klemke CD, et al. Familial lymphocytic infiltration of the skin: histochemical and molecular analysis in three brothers. *Dermatology* 2002;204:12-16.
5. Falco OB, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. *Dermatology*, 3rd edn. Berlin: Springer-Verlag, 2000: 1603-1609.
6. Ashworth J, Morley WN. Jessner and Kanof's lymphocytic infiltration of the skin: a familial variant. *Dermatologica* 1988;177:120-122.
7. Remy-Leroux V, Leonard F, Lambert D, et al. Comparison of histopathologic-clinical characteristics of Jessner's lymphocytic infiltration of the skin and lupus erythematosus tumidus: multicenter study of 46 cases. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:217-223.
8. Jessner M, Kanof B. Lymphocytic infiltration of the skin. *Arch Dermatol* 1953;68:447-449.
9. Ghiringhelli F, Menarg C, Puig PE, et al. Metronomic cyclophosphamide regimen selectively depletes CD4+CD25+ regulatory T cells, restores T, NK effector functions in end stage cancer patients. *Cancer Immunol Immunother* 2007;56:641-648.
10. Ziemer M, Eisendle K, Müller H, Zelger B. Lymphocytic infiltration of the skin (Jessner-Kanof) but not reticular erythematous mucinosis occasionally represents clinical manifestations of Borrelia-associated pseudolymphoma. *Br J Dermatol* 2009;161:583-590.
11. Kaatz M, Zelger B, Norgauer J, Ziemer M. Lymphocytic infiltration (Jessner-Kanof): lupus erythematosus tumidus or a manifestation of borreliosis? *Br J Dermatol* 2007;157:1304.
12. Singh K, Dawar R, Ramesh V. Lymphocytic infiltration of skin of Jessner-Kanof masquerading as borderline leprosy. *Indian J Lepr* 1985;57:804-806.
13. Sparsa L, Afif N, Goetz J, et al. Jessner-Kanof disease induced by leflunomide: a dermal variant of cutaneous lupus? *Rheumatol Int* 2011;31:255-258.
14. Schepis C, Lentini M, Siragusa M, Batolo D. ACE inhibitor-induced eruption resembling lymphocytic infiltration (of Jessner-Kanof) and lupus erythematosus tumidus. *Dermatology* 2004;208:354-355.
15. Nolden S, Casper C, Kuhn A, Peterleit HF. Jessner-Kanof lymphocytic infiltration of the skin associated with glatiramer acetate. *Mult Scler* 2005;11:245-248.
16. Caroli UM, Berner D, Schlegel C, et al. Lymphocytic infiltration of the skin Jessner-Kanof after treatment with a hydroquinone containing bleaching cream. *Arch Dermatol* 2006;142:1655-1656.
17. Weinberg JM, Rokk AH, Lessin SR. Molecular diagnosis of lymphocytic infiltrates of the skin. *Arch Dermatol* 1993;129:1491-1500.
18. Odom RB, James WD, Berger TG. *Andrew's Disease of the skin*, 9th edn. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000:918-942.
19. Ardavanis A, Orphanos G, Skafida S, et al. Coincidental successful treatment of Jessner-Kanof disease with chemotherapy. *Ann Oncol* 2008;19:1360-1361.
20. Michel JL, Perrin D. Pulsed dye laser treatment for Jessner's lymphocytic infiltration of the skin. *Ann Dermatol Venereol* 2010;137:803-807.