

BİR ANGIOFOLİKÜLER LENF DÜĞÜMÜ HİPERPLAZİSİ OLGUSU

Doç. Dr. G. ÖZBAY*, Yrd. Doç. Dr. K. KUTLU**, Dr. S. TURAN*, Dr. İ. BEZCİOĞLU*, Dr. A. TUĞRUL*, Dr. H. SUR*.

ÖZET: Ateş, iştahsızlık, ishal yakınmaları ile hastaneye yatırılan derin anemi, yüksek sedimantasyon ve lenfadenomegali bulguları saptanan 75 yaşındaki kadın hastada yapılan lenf düğümü biopsisinde angiofoliküler lenf düğümü hiperplazisi saptanmıştır. Oldukça ender görülen bu hastalık literatür bulguları ışığında irdelenmiştir.

SUMMARY: A case of angiofollicular lymph node hiperplasia: A 75 year old woman who complained of weakness, fever and diarrhea was admitted to Trakya University, Medical Faculty Hospital. Severe anemia high sedimentation rate and lymphadenomegalia are established. The Angio folliculler lympho node hiperplasia is diagnosed in the lymph node diopsy. This disease which is seen rarely is discussed in the light of the findings of the other authors.

GİRİŞ

Angiofoliküler lenf düğümü hiperplazisi Castleman ve arkadaşları (1) tarafından klinik ve histolojik açıdan timomaya benzeyen, büyük selim bir mediasten kitlesi olarak tarif edilmiştir. Daha sonraki araştırmalarda mediasten dışı lenf düğümlerinde, yumuşak dokularda aynı lezyonun görülebildiği bildirilmiştir. (2) Hastalık birden fazla lenf düğümünde ve dalakta görülebilir.

Keller ve arkadaşlarının 81 vakalık serilerinde lenfadenopati en sık mediasten de daha sonra servikal, mezenterik ve retroperitoneal lenf düğümlerinde görülmektedir. (4) Aynı seride hastalığın 8-66 yaşları arasında görüldüğü, özellikle bir cinsi tutmadığı da bildirilmiştir. Hastalığın 2 ayrı histolojik ve klinik tipi mevcuttur. En sık görülen tip hyalen-vasküler tip olup, lenfadenopati mediastende sınırlı ve asemptomatiktir. (4) Plazma hücreli tip seyrek görülen bir tip olup lenfadenopatiler mediastende sınırlı değildir. Bu tipte ateş, terleme, kilo kaybı, halsizlik gibi sistemik belirtilerde mevcuttur. En sık görülen laboratuvar bulguları anemi, sedimantasyon yüksekliği, hipergammaglobulinemi, hipoalbuminemi, serum demir azlığı, demir bağlama kapasitesi düşüklüğüdür. Anemi tedaviye duyarlı olup serumda antieritropoetin faktörde varlığı ile birliktedir. (5) Tümörün çıkarılması ile düzelen periferik nöropati ve gelişme geriliği de 1 vakada bildirilmiştir. (6).

OLGU

Prot.No:2878/85 75 yaşında kadın hasta.

Halsizlik, Ateş, Dilde kuruma, iştahsızlık, ishal yakınmaları ile kliniğimize başvuran hastanın hikâyesinde 25 gün evvel üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği anlaşılmaktadır. O zamandan beri iştahsızlık, halsizlik ve ateşi geçmeyen hastanın yakınmalarına ishal eklenmiş. Fizik muayenede ileri derecede anemik olan hastada her iki aksiller, sağ juguler ve inguinal bölgede en büyüğü 2 cm çapında lenfadenomegali tesbit edildi. T.A:130/70 mm Hg, nabız 104/dk olup kalpte tüm odaklarda dinlemekle 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm mevcuttur. Hastanın yatışının ikinci günü ishali geçmiş ve yatış süresince ateşi 37.5 C° civarında seyretmiştir.

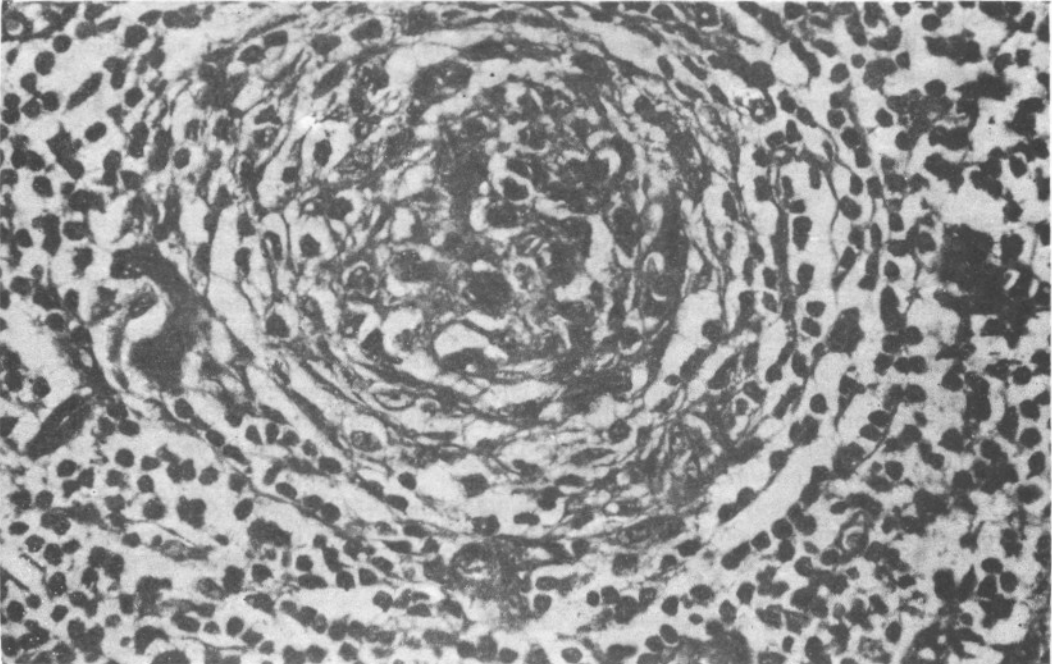
Çekilen Akciğer radyografisinde ve kemik grafilerinde özellik mevcut olmayıp Laboratuvarında: Sedimantasyon 1 saatte 149 mm, Ht:% 31, Hb:89 m, Üre: % 70 mg, Kreatinin % 1 mgr, İdrar normal, serum demiri 39 mgr/dl, demir bağlama kapasitesi 107 mgr/dl,

(*) T.U. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

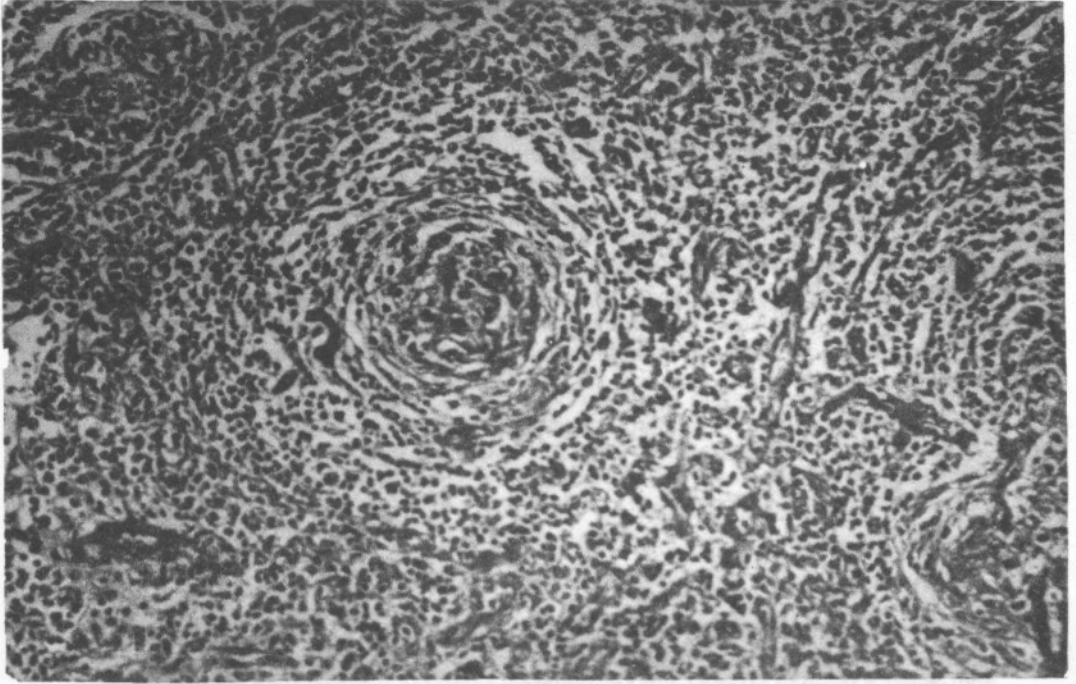
(**) T.U. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı



Resim 1: Lenf düğümü kesitlerinde küçük, hyalinize, germinal merkezli sekonder foliküller, hyalinize duvarlı kapillerler görülmektedir (H.E.X65).



Resim 2: Germinal merkezde az sayıda germinal merkez hücresi, hyalinizasyon, germinal merkez çevresinde soğan zan şeklinde tertiplenmiş küçük lenfositler görülmektedir. (H.E.X800).



Resim 3: Sekonder folikül çevresinde perifoliküler alanda kalın hyalinize duvarlı damarlar görülmektedir (H.E.X500).

PTT. 34 sn. Protrombin zamanı 15 sn, Romatoid Faktör — , Lupus hücresi (—), Direct ve indirect coombs (—), Paul Bunnell (—), Gaita kültüründe patojen bakteri (—), Protozoon kisti, helmint, helmint yumurtası (—), Gaitada gizli kan (—), Gaita analizinde sadece yağ sindirimini bozuk olduğu, Gruber Widal (—), Wright (—), Protein elektroforezinde Albumin 21.8 q/L, α -1Globulin 5.1 q/L, α -2 globulin 12 q/L, B globulin 10.8 q/L, γ globulin 19.3 q/L, Kemik iliğinde myeloblast % 5, metamyelosit % 9, promyelosit % 9, myelosit % 7, Normoblast % 16, pronormoblast % 10, Plasmosit % 1, saptandı. Ultrasonografik ve rektoskopik incelemede patolojik bir lezyona rastlanmadı.

Sol aksiller lenf düğümünden yapılan patolojik incelemede makroskopik olarak $2 \times 1 \times 1$ cm ölçüsünde kapsüllü, kesit yüzeyi lobuler yapıda, gevrek kıvamlı bir doku görüldü. Histolojik incelemede korteks ve medulla'da dağınık halde retikulum hücreleri ve hyalinize duvarlı damarlardan ibaret küçük germinal merkezli, sekonder foliküller Resim (1), germinal merkez çevresinde soğan zarı tarzında dizilmiş matür lenfositler Resim (2), Foliküller dışında lenf düğümünde kapiller proliferasyon, endotelial hiperplazi, damar duvarında hyalinizasyon Resim (3), meduler kordonlarda yoğun plasmosit infiltrasyonu görüldü.

TARTIŞMA

Hastanın belirgin klinik ve laboratuvar bulguları: Derin anemi, yüksek eritrosit sedimentasyon oranı, hipergammaglobulinemi, hipoalbuminemi, serum demirin seviyesinde, demir bağlama kapasitesinde düşüklük, generalize lenfadenopati, ateş, halsizlik, iş-tahsızlık gibi belirtiler olup lenfoproliferatif bir hastalığı düşündürmektedir. Hipergammaglobulinemi bu hastalıkta polyclonal tabiatla olup hastalığın neoplastik yapıda olma-

dığını ortaya koyar. Ancak vakamızda hipergammaglobulineminin bu özelliği araştırılmamıştır.

Vakamızda histolojik olarak küçük germinal merkezli sekonder foliküller, hyalinize duvarlı damarlarla birlikte meduller kordonlarda bol plazmosit dizileride mevcuttur. Hastalığın histolojik olarak hyalen vasküler tip ve plazma hücreli tip olmak üzere iki ayrı tipi mevcuttur. Bazı araştırmacılar bu iki tip'e aitlezyonların bir arada görülmesini bu iki tipin hastalığın erken ve geç safhasını temsil ettiğini ileri sürmüşlerdir. (4) Bizim vakamızda da iki histolojik sub tip'e ait lezyonların bir arada görülmesi ve plazma hücreli tipte daha çok görüldüğü bildirilen sistemik semptomların mevcudiyeti bu iki tipin aynı bir hastalığın safhaları olduğu görüşünü desteklemektedir. Histolojik olarak lenf düğümlelerinde nodüler yapının mevcudiyeti, sinuslerde histiyosit proliferasyonunun olmayışı benzer semptomlara yol açan Immunoblastik lenfadenopati ve sinus histiyositosisini düşündürmemektedir. Lenf düğümünde çatinın bozulmaması da habis lenfoproliferatif bir hastalığı düşündürmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Castleman.B., Iverson.L., Menendez.V.: Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. Cancer 9:822-830. (1956.)
2. Lattes. R., Pachter. Mr.: Benign lymphoid masses of probable hamartomatous nature: Analysis of 12 cases. Cancer 15:197-214, (1962.)
3. Gaba. Ar., Stein. Rs., Sweet.Dl., et al: Multicentric giant lymph node hyperplasia. Am.J.Clin.Pathol 69:86-90, (1978.)
4. Keller.Ar., Hocholzer.L., Castleman.B.: Hyaline-Vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. Cancer 29:670-683, (1972.)
5. Weisenburger. Dd., De Gowing R.L. Gibson. Dp., et al. Remission of giant lymph node hyperplasia with anemia after radiotherapy. Cancer 44:457-462, (1979.)
6. Yu.Gsm., Carson. Jw.: Giant lymph-node hyperplasia, plasma-cell type, of the mediastinum, with peripheral neuropathy. Am. J. Clin. Pathol 66:46-53. (1976.)