

ASPECTE HISTOPATOLOGICE ȘI IMUNOHISTOCHIMICE ÎN MYCOSIS FUNGOIDES

D. HORȘIA¹, Z. POPOVICI²

^{1,2}Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Cuvinte cheie: Mycosis fungoides, seropozitivitatea, cytomegalovirus

Rezumat: Mycosis fungoides este un limfom cutanat periferic cu celule T, cu producerea de pete, plăci cutanate și tumori. Este de asemenea o entitate de lungă durată, fiind descrisă cu aproape două secole în urmă, în 1806 de către dermatologul francez Alibert. (1) În trecut, mycosis fungoides era considerată o boală incurabilă, care ducea inevitabil la decesul pacientului. Etiologia bolii rămâne necunoscută. Totuși, predispoziția familială a bolii a fost raportată în câteva situații. Asocierea cu expunerea pe termen lung la anumiți alergeni, expunerea la anumiți agenți din mediu și asocierea cu diferite boli cronice ale pielii au fost invocate. Mai recent, seropozitivitatea pentru cytomegalovirus a fost observată cu o frecvență neobișnuit de mare la pacienții cu mycosis fungoides, sugerând rolul acestui virus în patogeniza bolii.

Keywords: Mycosis fungoides, seropositivity, cytomegalovirus

Abstract: Mycosis fungoides is a cutaneous peripheral T-cell lymphoma, with the production of patch, plaque and tumor. It is also a long-standing entity, is described almost two centuries ago, in 1806 by French dermatologist Alibert¹. In the past, mycosis fungoides was considered an incurable disease, which inevitably leads to death of the patient. However, familial predisposition to disease has been reported in some situations. Association with exposure to certain allergens in the long term, exposure to certain environmental agents and association with various chronic skin diseases were raised. More recently, seropositivity for cytomegalovirus was observed with an unusually high frequency in patients with mycosis fungoides, suggesting the role of this virus in the pathogenesis of the disease.

ARTICOL ȘTIINȚIFIC DE SINTEZĂ BIBLIOGRAFICĂ

Mycosis fungoides poate fi împărțit, *histopatologic*, în trei etape: pete, placarde și stadiul tumoral, în funcție de momentul prezentării pacientului în clinică.

În stadiul de **pete cutanate**, studiile histologice clasice pentru această etapă includ prezența unui infiltrat, în bandă, de intensitate variabilă cu limfocite mici și medii, situat de-a lungul stratului bazal al epidermului și cu pătrunderea lor în epiderm (epidermotropism).

Limfocitele epidermotrope de la nivelul epidermului, pot fi de asemenea recunoscute ca având un halou clar, proeminent ce înconjoară nucleii. Un diagnostic util indică prezența limfocitelor epidermotrope, cu nucleii ceva mai mari decât restul limfocitelor, în dermul superficial. (2)

Microabcesele Pautrier, definite ca agregate de celule cerebriforme la nivelul epidermului, sunt mai frecvente în stadiul de placă cutanată, fiind prezente în mai puțin de 10% din cazuri în stadiul de pete cutanate. Infiltratele dermice includ rare eozinofile sau plasmocite. La trecerea de la stadiul de pete la cel de **plăci cutanate**, notăm prezența unor infiltrate mai abundente cu limfocite epidermotrope atipice cu halou proeminent și clar, care formează o bandă densă de-a lungul stratului bazal al epidermului. (3) Nucleii lor sunt mai intens colorați și au aspect cerebriform.

La nivelul epidermului se poate evidenția o parakeratoză focală, ușoară spongioză, atrofie și hiperplazie psoriaziformă. (4) Mitozele sunt prezente la nivelul dermului. Eozinofilele și plasmocitele sunt mai caracteristice acestei etape.

Stadiul de tumoră este caracterizat prin prezența unui infiltrat dens, cu limfocite mari, cu nucleii proeminenți, cu

multipli nucleoli, care infiltrează dermul. (5, 6) Aceste celule sunt lipsite de nucleu cerebriform și sunt monomorfe.

Imunofenotipul joacă un rol important în punerea diagnosticului. Fenotipul caracteristic este CD2+, CD3+, TCRβ+, CD4+, CD5+, CD8-. Cazuri rare pot fi pozitive pentru CD 8 sau TCRδ. Antigenul CD7, expresie a mai mult de 85% din totalul limfocitelor T circulante, poate fi absent. Totuși, această caracteristică poate avea o valoare limitată din punct de vedere al diagnosticului, din moment ce lipsa de CD 7 poate fi observată și în leziunile limfoide cutanate cu caracter benign.

Antigenul HECA (*high endothelial cell antigen*) este exprimat în cele mai multe cazuri. Granulele citotoxice asociate proteinelor nu sunt la fel de bine exprimate în stadiile de pete sau plăci cutanate dar, pot fi prezente într-o anumită proporție, în leziunile avansate.

BIBLIOGRAFIE

1. Alibert J.L.M., Description des Maladies de la Peau Observées à l'Hôpital St. Louis. Barrois L'aire et Fils, Paris, 1806, p. 413;
2. Ackerman A.B. and Flaxman B.A., Granulomatous mycosis fungoides. Br. J. Dermatol. 82, 397, 1970;
3. Smoller B.R. et al. Reassessment of histologic parameters in the diagnosis of mycosis fungoides. Am. J. Surg. Pathol. 19, 1423, 1995;
4. Lefebvre W.P. et al. Attempts to enhance light microscopic diagnosis of cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides). Arch. Dermatol. 117, 408, 1981;
5. Olerud J.E. et al. Cutaneous T-cell lymphoma: evaluation of pretreatment skin biopsy specimens by a panel of pathologists. Arch. Dermatol. 128, 501, 1992;

¹Autor Corespondent: D. Horșia, Secția Anatomie Patologică, Bd. C. Coposu, nr. 2-4, Sibiu, România, e-mail: dragos_horsia@yahoo.com, tel: 0728909154

Articol intrat în redacție în 07.04.2011 și acceptat spre publicare în 23.08.2011
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2011; 2(4)76-77

ASPECTE CLINICE

6. Shapiro P.E. and Pinto, F.J. The histologic spectrum of mycosis fungoides. Sezary syndrome (cutaneous T-cell lymphoma). A review of 222 biopsies, including newly described patterns and the earliest pathologic changes. Am. J. Surg. Path. 18, 645, 1994.