



A. Ferda Dağlı,
Ayşenur Akatlı,
Nurhan Şahin,
Özlem Üçer*,
Ahmet Kılıçarslan**,
Gökhan Artaş**

Prolifere Trikilemmal Kist: Olgu Sunumu

Proliferating Tricilemmal Cyst: Case Report

Özet

Prolifere trikilemmal kist kıl folikülünden gelişen yavaş büyüyen benign bir deri eki tümörüdür. Genellikle saçlı deride, kadınlarda ve ileri yaşlarda görülür. Saçlı deride nodüler lezyonu bulunan 43 yaşında kadın hastanın patolojik bulgularını literatür eşliğinde sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Kıl follikülü, proliferate trikilemmal kist, deri eki tümörü, skalp, histopatoloji, sebace kist

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Abstract

Proliferating trichilemmal cyst is slowly growing benign cutaneous adnexal tumor of the hair follicle. Proliferating trichilemmal cysts are seen usually on the scalp and in elderly women. We present pathological findings of 43 years-old female patient with scalp nodular lesion with the literature.

Key words: Hair follicle, proliferating tricilemma lcyst, cutenous adnexal tumor, scalp, histopathology, sebaceous cyst

Conflicts of Interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı,
Malatya, Türkiye

*Bingöl Devlet Hastanesi,
Patoloji Kliniği, Bingöl, Türkiye

**Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı,
Elazığ, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Nurhan Şahin,
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı,
Malatya, Türkiye
E-posta: sahin.nurhan@gmail.com
Geliş Tarihi/Submitted: 28.10.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 31.10.2013

**Bu makale, 14-18 Kasım
2012 tarihlerinde Antalya'da
gerçekleşen XXII. Ulusal Patoloji
Kongresi'nde poster olarak
sunulmuştur.**

@Telif Hakkı 2015 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

@Copyright 2015 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

Giriş

Saçlı derinin pilar tümörü olarak da bilinen proliferate trikilemmal kist (PTK), kıl follikülü dış kök kılıfından gelişen, nadir görülen ve yavaş büyüme gösteren benign deri neoplazmidir (1,2). İlk olarak 1966 yılında Wilson ve Jones tarafından proliferate epidermoid kist olarak rapor edilmiştir (3). Ancak daha sonraları bu neoplazm için literatürde hidatiform keratinöz kist, invaziv pilomatiksoma, proliferate trikilemmal tümör, dev kıl matriksi tümörü gibi çeşitli isimler kullanılmıştır (1,4,5). Genellikle saçlı deride görülmekle birlikte boyun, yüz, kulak, dudak, oral kavite, parmaklar, el, kalça, uyluk, vulva, alt ve üst ekstremiteler ile mons pubiste de görüldüğü bildirilmiştir (1,6,7). Hastaların %80'i kadın olup, çoğu ileri yaşta (4,6). Biz burada nadir görülen deri neoplazmi olması nedeniyle PTK teşhisi koyduğumuz bir olguyu literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu

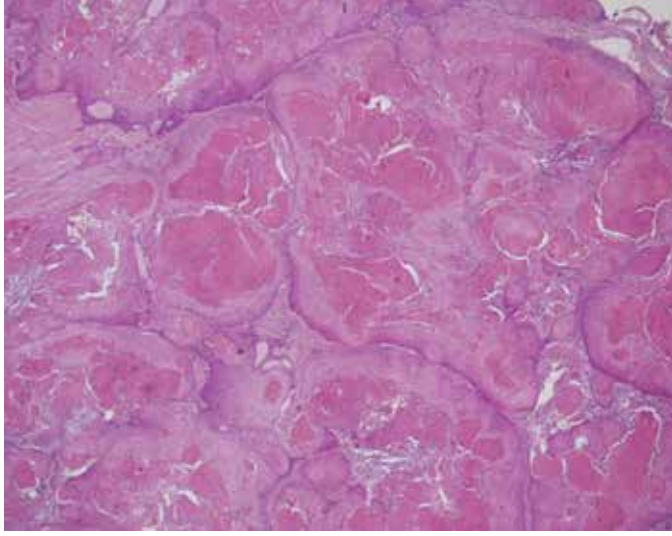
Kırk üç yaşında kadın hasta üç yıldan beri sol parietal bölge saçlı deride yavaş

büyüyen, ağrısız, sert nodüler kitle şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sol parietal bölgede 1,5x1 cm boyutlarında yüzeysel kabarıklık, sağlam deri ile örtülü, orta sertlikte, düzgün sınırlı, subkutan mobil kitle tespit edildi. Klinik tarafından sebace kist ön tanısı ile total olarak eksize edildi. Patoloji bölümüne gönderilen eksizyon materyali 2x1, 7x1,6 cm boyutlarında bir yüzü deri altı dokusu ile kaplı kirli beyaz kahve renkli olup kesit yüzünde 1,5 cm çapında çevre dokudan düzgün sınırlarla ayrılmış, küçük bir alanda yarıkbenzeri boşluk içeren ancak çoğu alanda sarı gri renkli, solit, homojen görünümde nodüler lezyon izlendi. Mikroskopik incelemede dermiste çevre dokudan düzgün sınırlarla ayrılmış, bol miktarda amorf keratin, yer yer kalsifikasyon, yabancı cisim dev hücre reaksiyonu ve kolesterol kleftleri içeren, trikilemmal keratinizasyon gösteren birbirleriyle bağlantılı skuamöz epitel adacıkları izlendi (Şekil 1-4).

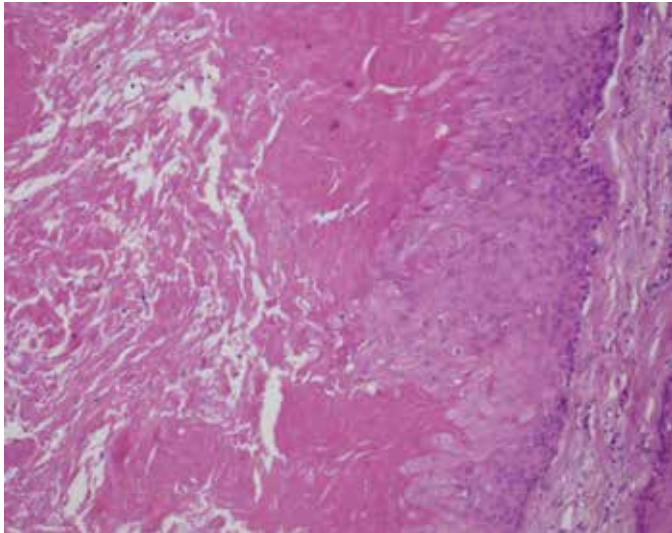
Histopatolojik bulgular ışığında olguya proliferate trikilemmal kist tanısı verildi. Cerrahi eksizyon sonrası 8 aydır takipte olan hastada nüks lehine bir bulguya rastlanmamıştır.

Tartışma

Prolifere trikilemmal kist, kıl follikülü dış kök kılıfından gelişen, nadir görülen, yavaş büyüyen benign deri neoplazmidir (1,2). Tekrarlayan travma ya da kronik inflamasyon sonucu oluşabileceği gibi derideki nevüsten de kaynaklanabilir (1). Bu tümörler saçlı deride bir veya daha fazla sayıda trikilemmal kist ile birlikte bulunabilirler ve bu kistlerden gelişebilirler. Bu gelişme Brownstein tarafından basit trikilemmal kistin travma veya inflamasyon nedeniyle proliferasyona uğrayarak PTK'ya dönüşmesi olarak açıklanmaktadır (4,8). Literatürde trikilemmal kist, proliferate trikilemmal tümör ve malign proliferate trikilemmal tümörün birbirinin devamı olan antiteler olduğu yönünde yaygın görüşler mevcuttur (9). Olgumuzda trikilemmal kistten PTK'ya dönüşüm olduğunu destekleyecek travma ya da inflamasyon anamnezi yoktu.



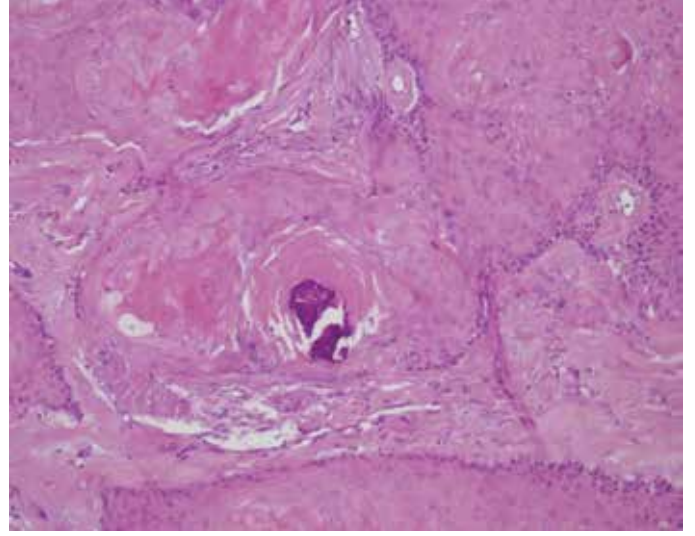
Şekil 1. Küçük büyütmede merkezlerinde bol miktarda amorf keratin içeren birbirleriyle bağlantılı skuamöz epitel adaları izlenmekte (H&E, x40)



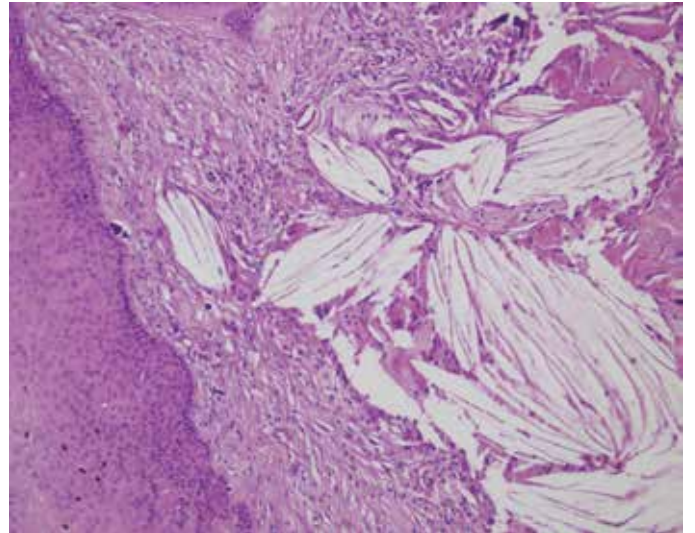
Şekil 2. Trikilemmal keratinizasyon gösteren skuamöz epitel görülmekte (H&E, x200)

Genellikle kadınlarda daha sık görülen bu neoplazm 30-80 yaşları arasında saptanmakla birlikte en sık 60 yaşından sonra görülmektedir (10). Lezyonların %90'ı saçlı deri yerleşimli olup, literatürde boyun, yüz, kulak, dudak, oral kavite, parmaklar, el, kalça, uyluk, vulva ve mons pubiste de görüldüğü rapor edilmiştir (1,2). Olgumuz 43 yaşında kadın hasta olup lezyon saçlı deri yerleşimlidir.

Prolifere trikilemmal kist genellikle ekzofitik nodüller ve multilobüle nodüllerle karakterize olup alopezik alanlar oluşturur (11). Lezyon hızla büyüyerek deri yüzeyinden kabarık ülsere görünümlü bir kitle halini alabilir (2,4,12). Bu tümörlerin çapı 1-10 cm arasında olabilir. Ancak literatürde 25 cm'lik olgularda bildirilmiştir (1,13). Olgumuzda sol parietal bölge saçlı deride 1,5 cm çapında yüzeyden kabarık subkutan nodül mevcut olup ülserasyon izlenmedi.



Şekil 3. Trikilemmal keratinizasyon alanında kalsifikasyon odağı izlenmekte (H&E, x200)



Şekil 4. Lezyon içerisinde yabancı cisim dev hücre reaksiyonu ve kolesterol kleftleri görülmekte (H&E, x200)

Mikroskopik incelemede dermiste iyi sınırlı, hücreden zengin stroma ile çevrili ve bazı alanlarda dış kök kılıfının hücrelerini anımsatan glikojenden zengin berrak sitoplazmalı olarak izlenebilen proliferatif skuamöz epitel lobülleri ve keskin sınırlı multikistik yapılar içerir (2,11,12). Solit hücre adalarının içerisinde diskeratotik hücreler ve hayalet hücreleri de görülebilir. Merkezlerinde ise zaman zaman kalsifikasyon gösteren trikilemmal tipte keratinizasyon bulunur (2,11). Bunun yanı sıra bazı olgularda epidermoid türde keratinizasyon olan folliküler infundibulum tipinde keratinizasyon görülebileceği de bildirilmektedir (4,14). Skuamöz adaların periferindeki hücreler tipik olarak palizadik dizilim gösterir (2). Olgumuzda da yer yer kalsifikasyon gösteren trikilemmal keratinizasyon içeren skuamöz epitel adacıkları mevcuttu.

Prolifere trikilemmal kist biyolojik davranış olarak benign olmasına rağmen malign değişim gösterebilen tümörlerdir (4,11). Literatürde akciğer, karaciğer, mediasten gibi uzak organ metastazları yapabilen proliferatif trikilemmal kistler rapor edilmiştir (2,15). Tümör hücrelerinde belirgin atipi, pleomorfizm, bol diskeratotik hücreler, dev hücreler, artmış ve bazıları atipik mitotik figürler, komşu yapılara invazyon ve metastaz varlığında malign proliferatif trikilemmal tümörden bahsedilir (1,2). Çeşitli yazarlar malign transformasyon tanısını metastaz varlığında koyarken, bazıları da hızlı ve ekzoftik genişleme durumunda malign transformasyon olabileceğini öne sürmüşlerdir (1). Bir çalışmada saçlı deri dışı tutulum, kısa sürede hızlı büyüme, infiltratif büyüme, mitoz aktivitesi ile beraber belirgin hücresel atipi malign proliferatif trikilemmal tümör lehine yorumlanmıştır (16). Ye ve ark.'nın (17) yaptıkları pilar tümörleri içeren geniş bir olgu serisinde PTK'ları dermatopatolojik özelliklerini göz önünde bulundurarak malignite potansiyeline göre 3 gruba ayırmışlardır. Grup 1'de minimal nükleer atipili; trikilemmal keratinizasyon, mononükleer iltihabi infiltrasyon ve stromada distrofik kalsifikasyon içeren benign olgular yer alıyordu. Bu grupta çevre stromada tümör hücresi infiltrasyonu yoktu. Grup 2'de hafif-orta derecede mononükleer inflamatuvar hücre infiltrasyonu içeren ödemli stroma ve orta derecede sitolojik atipili lokal agresif olgular, grup 3'de ise selüler anaplazik malign olgular bulunuyordu (7). Olgumuzu histopatolojik özelliklerini göz önünde bulundurduğumuzda grup 1 içerisinde yer aldığını söyleyebiliriz.

Ayırıcı tanıda bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, malign proliferatif trikilemmal tümör, epidermoid kist, keratoakantom, ter bezi tümörleri, nodüler melanom ve anjiyosarkom göz önünde bulundurulmalıdır (1,9,17). Çevre dokularla arasında düzgün bir sınır olması, invazyon göstermemesi, lobüllerin ortasında trikilemmal tipte keratinizasyon bulunması epidermoid ve bazal hücreli karsinomdan ayırt edilmesini sağlar. Ağır displastik değişiklikler, nekroz, mitoz ve çevre dokulara invazyon göstermemesi ile malign proliferatif trikilemmal tümörden ayırt edilir (2,4,15). Olgumuzda lezyon çevre dokudan düzgün sınırlarla ayrılmış olup hücrelerde atipi, mitoz ve nekroz izlenmemiştir.

Malign dönüşüm göstermeyen olgularda tedavi cerrahi eksizyondur (2). Bu tümörler lokal rekürrens yapmaya eğilimli olmakla birlikte uzak metastaz da yapabileceklerinden tam

cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır (1). Saçlı deri dışı yerleşimli, hızlı büyüyen, infiltratif sınırlara sahip, 5 cm çaptan daha büyük, sitolojik atipi ve mitotik aktivite içeren lezyonlarda metastaz riski daha yüksektir (18). Tam olmayan rezeksiyon yapılan olgularda tedavi olarak radyoterapi uygulanabileceği gibi sisplatin-fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri ve intratümöral etanol enjeksiyonu da uygulanabilmektedir. Tüm bu tedavi yöntemlerine rağmen 1 cm'lik sağlam cerrahi sınır bırakarak geniş eksizyon yapılması ana tedavi yöntemidir (1,18). Bunun yanı sıra deri kanserleri tedavisinde yeni bir yöntem olarak tanımlanan Mohs mikrografik cerrahi tekniğinde yaklaşık 2 mm'lik güvenlik sınırı ile tümör rezeke edilir. Bu tekniğin amacı geniş rezeksiyonun önlenmesi ve böylece daha iyi estetik ve fonksiyonel sonuçlar elde etmektir (19). Olgumuzda lezyon, temiz cerrahi sınırlar bırakacak şekilde eksize edildi.

Sonuç olarak PTK'lar kıl follikülü dış kök kılıfından gelişen ve nadir görülen benign deri neoplazmidir. Bu neoplazmlar bir çok malign tümörün ayırıcı tanısı içerisine girmeleri nedeniyle akıldan tutulması gereken lezyonlardır.

Kaynaklar

1. Fidan E, Yıldız B, Özdemir F, Özoran Y. Aksiller bölgede proliferatif trikilemmal tümör: vaka raporu. Turk J Dermatol 2011;5:18-20.
2. Baba F, Eraslan H, Bitiren M, Özgönül A. Prolifere trikilemmal kist: olgu sunumu. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;1:37-40.
3. Jones EW. Proliferating epidermoid cyst. Arch Dermatol 1966; 94: 11-9.
4. Ünlü Y, Özardalı İ, Bitiren M. Prolifere trikilemmal kist (olgu sunumu). Türk Patoloji Dergisi 1998;14-2:78-80.
5. Kang SJ, Wojno TH, Grossniklaus HE. Proliferating trichilemmal cyst of the eyelid. Am J Ophthalmol 2007;143:1065-7.
6. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. Clinicopathological analysis of 96 cases. J Cutan Pathol 1995;22:394-406.
7. Ye J, Nappi O, Swanson PE, Patterson JW, et al. Proliferating pilar tumors: a clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. Am J Clin Pathol 2004;122:566-74.
8. Brownstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: a simulant of squamous carcinoma. Cancer 1981;48:1207-14.
9. Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sangüeza OP. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. Dermatol Surg 2007;33:1102-8.
10. Karaca S, Kulac M, Dilek FH, Polat C, et al. Giant proliferating trichilemmal tumor of the gluteal region. Dermatol Surg 2005;31:1734-6.
11. Kılınc H, Aslan S, Bilen BT, Karadağ N. Malign proliferatif trikilemmal tümör: olgu sunumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14:279-81.
12. Şahin Ö, Gürsan N, Albayrak A, Erdoğan F, ve ark. Prolifere trikilemmal (pilar) tümör. Tıp Araştırmaları Dergisi 2006;4:52-4.
13. Chang SJ, Sims J, Murtagh FR, Mc Caffrey JC, et al. Proliferating trichilemmal cysts of the scalp on CT. Am J Neuroradiol 2006;27:712-4.
14. Öztürk AS, Kervancıoğlu G, Kapran YF. Prolifere trikilemmal tümör. Türk Patoloji Dergisi 1992;8:58-60.
15. Noto G, Pravata G. Proliferating trichilemmal cyst should always be considered as a low grade carcinoma. Dermatology 1997;194:374-5.
16. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T, Rütten A, et al. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. J Cutan Pathol 2003;30:492-8.
17. Bury Y. Proliferating trichilemmal tumour. Diagnostic Histopathology 2009;15:273-8.
18. Cavaleiro LH, Viana Fde O, Carneiro CM, Miranda MF. Proliferating trichilemmal tumor-case report. An Bras Dermatol 2011;86:190-2.
19. Keleş B, Öztürk K, Toy H, Yöndemli F. Preaurikuler bölge yerleşimli dermatofibrosarkoma protuberans olgusu. KBB Forum 2006;5:174-7.