

Kutanöz Hamartomlar

Cutaneous Hamartomas

Jale Yüksek, Engin Sezer*

Ardahan Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ardahan

*Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Özet

Hamartom, etkilenmiş alanda normal olarak görülen doku bileşenlerinin ve hücrelerin neoplastik olmayan proliferasyonu anlamına gelmektedir. Derlememizde kutanöz hamartomlar; ektrin, apokrin, foliküler ve sebace differansiyasyon ile seyredenler olmak üzere dört grup altında sınıflandırılmıştır. Ektrin deri hamartomları; ektrin nevus, ektrin anjiyomatöz hamartom, porokeratotik ektrin ostiyal ve dermal kanal nevusu, apokrin deri hamartomları; apokrin nevus ve çoklu meme başı, foliküler deri hamartomları; bazaloid foliküler hamartom, kıl folikül nevusu, lineer unilateral bazal hücreli nevus, nörofoliküler hamartom, nevus komedonikus ve nevus sebaceus; sebace deri hamartomları; folikülo-sebace kistik hamartom, Fordyce lekeleri ve nevus sebaceus-dan oluşmaktadır. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 47-51*)

Anahtar kelimeler: Hamartom, differansiyasyon, nevus, deri ekleri

Summary

Hamartoma is the non-neoplastic proliferation of normal tissue components and cells in the region involved. Cutaneous hamartomas have been classified into four groups in our review, based on eccrine, apocrine, follicular and sebaceous differentiation. Eccrine cutaneous hamartomas involve the eccrine nevus, eccrine angiomatous hamartoma, porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus. Apocrine cutaneous hamartomas involve the apocrine nevus and supernumerary nipples. Follicular cutaneous hamartomas involve the basaloid follicular hamartoma, hair follicle nevus, linear unilateral basal cell nevus, neurofollicular hamartoma, nevus comedonicus, and nevus sebaceous. Sebaceous cutaneous hamartomas involve the folliculo-sebaceous cystic hamartoma, Fordyce spots and nevus sebaceous. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 47-51*)

Key words: Hamartoma, differentiation, nevus, skin appendages

Giriş

Hamartom, etkilenmiş alanda normal olarak görülen doku bileşenlerinin ve hücrelerin neoplastik olmayan çoğalmasıdır (1). Hamartomlar, ektrin, apokrin, foliküler ve sebace differansiyasyon ile seyredenler olmak üzere dört grupta incelenmektedir (2).

Ektrin Differansiyasyon ile Seyreden Hamartomlar

Ektrin hamartomlar arasında ektrin nevus, ektrin anjiyomatöz hamartom ve porokeratotik ektrin ostiyal ve dermal kanal nevusu yer almaktadır (2,3).

1. Ektrin Nevus

Genellikle lokal hiperhidrozun eşlik ettiği soliter lezyon şeklinde görülmektedir. Bazen lineer papüller ve çok sayıda plaklar veya nodüllerle seyredabilmektedir. Lezyonlar sıklıkla ekstremitelerde Blaschko çizgileri boyunca izlenmektedir. Histopatolojisinde, ektrin bezlerin sayısında ve/veya boyutunda artış tespit edilmektedir. Bazen tabloya müsin artışı da eşlik edebilmektedir (2,4).

2. Ektrin Anjiyomatöz Hamartom

Ektrin anjiyomatöz hamartom (EAH), genellikle doğumda veya çocukluk döneminde görülmektedir fakat bazen erişkinde veya yaşlılık döneminde de izlenebilmektedir (5,6).

Klinik olarak, ekstremitelerde distalde (sıklıkla avuç içi ve ayak tabanında) tek bir nodül/plak görülmektedir. Fakat olguların üçte birinde çok sayıda veya simetrik lezyonlar tespit edilebilmektedir (7,8). Lezyonlar kırmızı, morumsu, mavi, kahverengi, pembe ve deri renginde olabilmektedir. Ayrıca ekstremitelerde gövde, boyun, yüz, sakral bölge, inguinal bölge, parmaklarda, tırnakta tespit edilebilmektedir (6,7). Lezyonlar genellikle asemptomatiktir fakat % 42 oranında ağrı, % 32 oranında hiperhidroz ve daha az sıklıkla hipertrikoz eşlik edebilmektedir (5,8).

Histopatolojide, normal veya dilate ektrin bezlerde hiperplazi, retiküler dermisteki genişlemiş, ince duvarlı kapillerlerin ektrin yapılarla yakın ilişkisi izlenmektedir. Bazen de yağ dokusu, apokrin bez, pilar yapılar, lenfatik yapılar, hiperplastik sinir demetlerinin infiltrasyonu ve interselüler müsin birikimi tespit edilebilmektedir (9,10). Epidermiste genellikle belirgin değişiklik izlenmez bazen düzensiz akantoz, papillomatöz ve/veya hiperkeratoz görülebilmektedir (6).

EAH etyopatogenezinde, mezenkim ile differansiyasyon gösteren epitelium arasındaki anormal biyokimyasal etkileşimin epiteliumun proliferasyonuna neden olduğu üzerinde durulmaktadır (11).

EAH ayrıca tanısında, nevus flammeus, blue rubber bleb nevus, düz kas hamartomu, telenjektazi makularis erüptiva perstans, glomus tümörü yer almaktadır (1,3).

EAH, iyi seyirli olması nedeniyle agresif tedavi gerektirmemektedir. İlaçlara dirençli ağrı, şiddetli hiperhidroz durumunda ve kozmetik nedenlerle cerrahi eksizyon uygulanmakta ve küratif olmaktadır (5,6).

3. Porokeratotik Ekin Ostiyal ve Dermal Kanal Nevusu

Porokeratotik ektrin ostiyal ve dermal kanal nevousu (PEODKN) genetik mozaizm ile ilişkili keratinizasyon bozukluğudur (12).

Kliniğinde, genellikle avuç içi ve ayak tabanı lokalizasyonunda Blaschko çizgileri ile uyumlu lineer dağılımlı unilateral, asemptomatik çok sayıda küçük keratotik papüller veya keratotik tıkaçla dolu komedon benzeri çukurluklar izlenmektedir. Lezyonlar bazen ayak, el dorsumunda ve gövde lokalizasyonunda saptanabilmekte, verrüköz veya filiform özellik gösterebilmektedir (13,14).

PEODKN genellikle doğumda veya erken çocukluk döneminde görülmektedir. Nadiren de olsa geç başlangıç da gösterebilmektedir (12-14).

Histopatolojisinde, ektrin kanal üzerinde uzanan porokeratotik sütun patognomoniktir. Granüler tabaka kalınlığında azalma, dermiste perivasküler lenfositik infiltrasyon saptanabilmektedir (12,15).

PEODKN patogenezini net olarak bilinmemektedir. Epidermal hücrelerin anormal klonlarının kornoid lamella benzeri porokeratotik sütunlarını oluşturduğu üzerinde durulmaktadır (14,16).

Ayrırcı tanıda, lineer epidermal nevus, lineer psoriasis, punktat liken planus, punktat palmaplantar keratoderma yer almaktadır (12,13).

Tedavide soliter lezyon için cerrahi eksizyon diğer lezyonlar için topikal ve sistemik retinoid, karbondioksit laser tedavisi yer almaktadır (12,13).

Apokrin Differansiyasyon ile Seyreden Hamartomlar

Apokrin nevus ve çoklu meme başı apokrin hamartomlar arasında yer almaktadır (2).

1. Apokrin Nevus

Apokrin nevus, dermisteki normal görünümlü apokrin bezlerin proliferasyonu sonucu gelişen nadir bir hamartomdur (2). İki varyantı bulunmaktadır. En sık görülen varyantı, önceden mevcut olan nevus sebaceus'tan gelişen varyanttır. Nadir görülen varyantı ise saf apokrin nevustur. Apokrin nevus lezyonları, aksillada, saçlı deride daha az olarak da gövdede yumuşak, lobüle unilateral veya bilateral dermal kitle, daha nadir olarak sert nodül şeklinde izlenmektedir (2,17).

Histopatolojisinde, dermis ve/veya subkutan dokuda çok sayıda ayrı tübüler yapılar izlenmektedir. Tübüller, tipik apokrin bez epiteliumu ile döşelidir ve homojen veya vakuole pembe apokrin sekresyon materyali içermektedir (2).

Bazen apokrin nevus, siringokistadenoma papilliferum veya trikoblastoma ile ilişkili olabilmektedir (2,18).

2. Çoklu Meme Başı (Politelya)

Bu durum embriyonel süt çizgisi boyunca görülen soliter veya çok sayıda rudimenter meme başı ile karakterizedir. Çoklu meme başı politelya olarak da bilinmektedir. Genellikle genç bireylerde izlenmektedir. Çoğu olgu sporadiktir, erken embriyogenezde görülen somatik mutasyon sonucu gerçekleştiği düşünülmektedir. Bazı olgularda genetik geçiş görülmektedir (2,19,20).

Kliniğinde sıklıkla soliter, asemptomatik, yumuşak, kahverengi papül, daha az sıklıkla areola, kıl yaması, areola içeren veya içermeyen subkutan kitle izlenmektedir. Lezyonlar genellikle aksilladan pubik bölgeye uzanan gövde lokalizasyonunda saptanır. Fakat nadir de olsa ayak, genital bölge gibi atipik lokalizasyonda tespit edilebilir (2,21).

Politelyanın, peptik ülser, kardiyovasküler hastalık, vertebral malformasyonlar, üriner sistem maliniteleri ve akut lösemi gibi hematolojik maliniteler ile ilişkili olabileceği görüşleri mevcuttur (2,19,22).

Politelyanın histopatolojisinde, normal meme başı komponentleri (sebase lobüller ve kanallar) görülmektedir. Ayrıca rudimenter vellus folikülü, dilate venüller, düz kas fasikülleri de izlenebilmektedir. Tedavi cerrahi eksizyondur (2).

Foliküler Differansiyasyon ile Seyreden Hamartomlar

Bu grupta; bazaloid foliküler hamartom, kıl folikül nevusu, lineer unilateral bazal hücreli nevus, nörofoliküler hamartom, nevus komedonikus, nevus sebaceus yer almaktadır (2).

1. Bazaloid Foliküler Hamartom

Bazaloid foliküler hamartom (BFH), iyi prognozlu foliküler hamartomdur. Herediter veya edinsel olarak görülebilmektedir. Herediter olgularda generalize veya unilateral lezyonlar saptanmaktadır. Generalize forma sıklıkla myasthenia gravis gibi sistemik bulgular eşlik etmektedir. Edinsel BFH, lokalize veya soliter formda görülmektedir (23).

BFH beş farklı klinik tipte görülebilmektedir: 1) myasthenia gravis ve diffüz alopesi ile seyreden edinsel generalize tip 2) herhangi bir sistemik bozukluğun eşlik etmediği generalize tip 3) kistik fibroz ve diffüz alopesi ile ilişkili konjenital generalize tip 4) lokalize lineer ve unilateral tip 5) soliter plak veya nodüler tip (23-25).

Herediter generalize BFH'de 1 ila 2 mm'lik düz papüller, infiltrat plaklar veya nodüller sıklıkla yüzün santral kısmında bulunurlar, saçlı deri, boyun ve omuzlara uzanabilirler. Generalize BFH'nin otozomal dominant geçiş gösterdiği düşünülmektedir (23,26). Generalize form ile ilişkili saptanan durumlar arasında myasthenia gravis, alopesi, Gorlin sendromu,

sistemik lupus eritematozus, tiroid bozuklukları, hipohidro, kistik fibroz, akrokordon, seboreik keratoz, kondrosarkom yer almaktadır (23,25,27).

Genellikle genaralize tipe bir sistemik bozukluk eşlik etmektedir fakat internal bozukluk tespit edilmemiş generalize BFH nadir de olsa bildirilmiştir. Bu tipte, deri renginde miliya ve komedon benzeri lezyonlar, hiperpigmente papüller, yüz, saçlı deri, kulak, boyun, gövde ve ön kolda tespit edilmektedir (23).

Lokale lineer ve unilaterale tipte, hipopigmente, atrofik, yama tarzında lezyonlar izlenmektedir. Lineer dağılımlı lezyonlar Blaschko çizgilerini takip edebilmektedir (24).

Soliter formda, asemptomatik, yumuşak, kıl içermeyen, düzensiz, kalkık plaklar ve düz yüzeyle, hiperpigmente papüller veya nodüller izlenmektedir. Lezyonlar sıklıkla burun bölgesindedir fakat herhangi bir bölgede de saptanabilmektedir (23).

BFH histopatolojisinde, bazaloid ve yassı hücrelerin oluşturduğu kalın kordlar ve ince dallanan demetler, folikülden gevşek fibriler veya müsinöz bağ doku stromasına uzanım gösterirler (23,25).

Generalize BFH tedavisinde, topikal retinoid, topikal 5-fluorourasil, kardondioksit lazer denenmiş fakat nüks ile karşılaşmıştır (26).

2. Kıl Folikül Nevusu

Kıl folikül nevousu veya konjenital vellus hamartomu nadir görülür. Çoğunlukla konjenitaldir fakat edinsel olgular da bildirilmiştir. Kıl folikül nevousunun, trikofolikülomanın bir varyantı mı yoksa farklı bir antite mi olduğu halen net olarak aydınlatılamamıştır (2,28).

Kliniğinde küçük, deri renginde papül ve nodüller sıklıkla yüz ve boyun bölgesinde izlenmektedir. Lezyonlar genellikle soliterdir. Nadir de olsa Blaschko çizgilerini takip eden çok sayıda papüller, nodüller veya segmental hiperpigmente yamalar saptanabilmektedir (2,28,29).

Histopatolojisinde, üst dermiste çok sayıda, küçük, iyi differansiye vellus folikülleri saptanır. Bu foliküller, perifoliküller konnektif doku kılıfı ile çevrelenmiştir. Foliküllere sebese bezler bazen de ektrin bezler eşlik edebilmektedir (2,28).

Ayrıncı tanıda, aksesuar tragus, nevus sebaceus, epidermal nevus, fibroma, trikofoliküloma yer almaktadır (28).

3. Lineer Unilateral Bazal Hücreli Nevus

Lineer unilaterale bazal hücreli nevus (LUBHN), doğumda veya infantil dönemde görülmektedir. Lezyonlar, lineer dağılım gösteren translüsen papüller, nodüller ve maküllerdir. Bazen zosteriform dağılım da görülebilmektedir. Lezyonlarda sıklıkla komedon tıkaçlar izlenmektedir ve bu nedenle nevus komedonikusa klinik olarak benzemektedir. Histolojisinde dermo-epidermal bileşkede bazaloid proliferasyon izlenmektedir. Klinik olarak agresif seyir göstermektedir (2,30,31).

4. Nörofoliküler Hamartom

Nörofoliküler hamartom, iğsi hücrelerin ve hiperplastik pilosebase ünitenin proliferasyonu ile karakterize nadir görülen bir hamartomdur. Lezyonlar, özellikle burun çevresinde olmak üzere yüzde saptanan soliter, küçük, soluk papül şeklinde görülmektedir. Hamartom çocuklarda ve erişkinlerde izlenmektedir. Histopatolojisinde, dermisteki hiperplastik pilosebase foliküller, iğsi hücrelerin oluşturduğu stroma ile çevrelenmiştir. İmmünohistokimyasal incelemede iğsi hücrelerin S-100 boyanma gösterdiği saptanmaktadır (2,32).

5. Nevus Komedonikus

Nevus komedonikus (NK), pilosebase ünitenin mezodermal komponentinin nadir görülen gelişimsel anomalisidir. NK'nin yaklaşık %50'si doğumda, geri kalan %50'si 10 yaşından önce saptanmaktadır. NK'nin sporadik geliştiği düşünülmektedir (33,34). Fakat Giam ve arkadaşları (35), otozomal dominant kalıtım gösteren üç ailesel olgu bildirmişlerdir.

NK sıklıkla yüz, boyun, kol, gövde ve karında izlenmektedir (33,34). Daha az sıklıkla avuç içi, ayak tabanı, saçlı deri, genital bölgede de görülebilmektedir (36). Lezyonlar pigmente keratinöz materyal ile dolu dilate folikül orifisi içeren papüllerden oluşmaktadır. Genellikle unilaterale veya lineer dağılım izlenir. Fakat bilaterale, segmental, zosteriform dağılım da bildirilmiştir (34,37).

NK'li olgular semptom şiddetine göre klinik olarak iki grupta incelenmektedir. Birinci grupta olgular asemptomatik komedon benzeri lezyonlar içermektedir ve lezyonlar sadece kozmetik problem oluşturmaktadır. İkinci grupta ise büyük kistler, skarlar, fistüller ve apseler skara ve süpürasyona neden olmaktadır (33,34).

Bazen NK'ye iskelet bozuklukları, santral sinir sistemi ve göz anomalileri, deri bulguları eşlik edebilmektedir; bu durum "nevus komedonikus sendromu" olarak adlandırılmaktadır (33,38).

NK'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılammıştır. Embriyogenezin erken dönemindeki somatik mutasyon sonucu pilosebase ünitenin mezodermal komponentinde gelişim bozukluğu meydana geldiği ve bunun sonucunda terminal kılın ve sebese bezin tam olarak gelişmediği, fakat ünitenin keratin oluşturabilmesi nedeniyle komedon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir (33,34).

NK'nin histopatolojisinde, kümelenmiş geniş, dilate foliküller ortokeratotik tıkaçla doludur. Komedonda küçük sebese bezler ve dağılım kıl şaftı izlenebilmektedir. Geç dönemdeki komedonda sebese bez izlenmez. Ter bezlerinin dağılımı ve lokalizasyonu normaldir (2,34,36).

NK ayrıncı tanısında, epidermal nevus, ailesel diskeratotik komedonlar, sebese nevus, Favre - Racouchot sendromu, steatokistoma multipleks, klor aknesi ve akne konglobata yer almaktadır (33,34).

Tedavisinde eksizyon, dermabrazyon, kriyoterapi, komedon ekstraksiyonu, topikal tedaviler (retinoik asit, üre, amonyum laktat losyonu), oral izotretinoin, sistemik antibiyotikler kullanılmaktadır (34).

6. Nevus Sebaceus

Nevus sebaceus (NS), epidermal, foliküler, sebese ve apokrin bez anomalisi ile seyreden sık izlenen bir hamartomdur. Genellikle doğumda veya erken çocukluk döneminde görülmektedir (39,40).

Kliniğinde saçlı deri ve yüzde sarı renkli, lineer dağılım gösteren alopesik tek bir plak izlenmektedir. Plak infant dönemde verrüköz özellik gösterirken, çocukluk döneminde iyi sınırlanmış düz plak şeklinde görülmektedir. NS, puberte döneminde muhtemelen androjen hormonların etkisi ile büyüme göstererek kahverengi, kabarık verrüköz veya nodüler lezyon şeklinde izlenir (39,40).

Nadiren bazı olgularda yaygın kutanöz lezyonlar ile birlikte santral sinir sistemi, göz ve iskelet sistemi değişiklikleri izlenebilmektedir; bu durum "lineer nevus sebaceus sendromu" olarak adlandırılmaktadır (40).

İnfantlardaki NS histopatolojisinde, kıl içermeyen primordiyal kıl folikülleri ve çok sayıda hipoplastik sebese bezler saptanır. Pubertedeki lezyon patolojisinde ise, derin dermiste çok sayıda matür sebese ve apokrin bezler izlenir (2,40).

NS üzerinde geç çocukluk ve erişkin dönemde sekonder tümör gelişme riski vardır. Cribier ve arkadaşları (41), NS üzerinde gelişen tümörlerin %90'ının selim olduğunu bildirmişlerdir. En sık izlenen selim tümörler siringokistadenoma papilliferum ve trikoblastomadır (39,42). NS üzerinde %1'den daha az oranda malin tümör geliştiği bildirilmektedir. En sık izlenen malin tümörler arasında bazal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinom yer alır (39-41).

Erişkin dönemdeki NS'nin malin değişiklikler geliştirebilme riski nedeniyle yakın takip edilmesi ve papulonodüler değişiklik, hiperpigmentasyon, erozyon veya ülserasyon göstermesi durumunda eksize edilmesi önerilmektedir (39-41).

Sebese Differansiyasyon ile Seyreden Hamartomlar

Bu grupta folikülo-sebese kistik hamartom, Fordyce lekeleri ve nevus sebaceus yer almaktadır (2).

1. Folikülo-Sebese Kistik Hamartom

Folikülo-sebese kistik hamartom (FSKH) terimi, çok sayıda sebese lobülün bağlı olduğu folikülo kistik bir yapıyı ve lamellar fibroplazi, adipoz, vasküler dokuda artış gibi stromal mezenkimal değişiklikleri tanımlamaktadır (2,43).

FSKH çoğunlukla 40-85 yaş arasındaki erişkinleri etkilemektedir. Nadiren konjenital olgular da bildirilmiştir. Kadınlarda daha sık izlenmektedir (43). Lezyonlar genellikle baş ve boyundadır. En sık burun çevresi etkilenir. Nadiren genital bölgede lezyon izlenebilir. FSKH kliniği çok özellikli değildir. Boyutları 0.5-2cm olan asemptomatik, soliter papül veya nodüler lezyon izlenmektedir (43,44).

Histopatolojisinde, infundibular kistik yapıya sebese kanallarla sebese lobüller bağlanmıştır. Foliküler yapının yoğun elastik ve fibröz doku ile çevrelenmesi tipiktir. Sıklıkla stromada adipozite, sinirler ve kan damarları bulunmaktadır (2,45).

Tedavi seçenekleri arasında cerrahi eksizeyon, karbondioksit ve er: YAG laser yer almaktadır (43,44).

2. Fordyce Lekeleri

Fordyce lekeleri dudakların vermillion sınırı yakınında ve bukkal mukozada histopatolojik olarak normal görünümülü sebese bezlerin izlenmesi durumudur. Sıklıkla erişkin dönemde ve erkeklerde saptanmaktadır. Lekeler, ince, beyaz veya sarı renkli, fokal gruplaşma gösteren papüller şeklinde izlenir. Lezyonlar nadiren genital bölgede saptanabilir (2,46).

Kaynaklar

- Chien AJ, Asgari M, Argenyi ZB. Eccrine angiomas with elements of an arterio-venous malformation: a newly recognized variant. *J Cutan Pathol* 2006;33:433-6.
- Kaddu S, Kerl H. Appendage tumors of the skin. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Kfz SI editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill, 2003. p.792-805.
- Foshee JB, Grau RH, Adelson DM, et al. Eccrine angiomas hamartoma in an infant. *Pediatr Dermatol* 2006; 23: 365-368.
- Espana A, Marquina M, Idoate MA. Extensive mucinous eccrine naevus following the lines of Blaschko: a new type of eccrine naevus. *Br J Dermatol* 2006;154:998-1023.
- Jeong E, Park HJ, Oh ST, et al. Late-onset eccrine angiomas hamartoma on the forehead. *Int J Dermatol* 2006; 45:598-9.
- Sezer E, Köseoğlu RD, Filiz N. Eccrine angiomas hamartoma of the fingers with nail destruction. *Br J Dermatol* 2006; 154:998-1023.
- Lee H-W, Han S-S, Lee M-W, et al. Multiple mucinous and lipomatous variant of eccrine angiomas hamartoma associated with spindle cell hemangioma: a novel collision tumor? *J Cutan Pathol* 2006;33:323-6.
- Morrell DS, Ghali FE, Stahi BJ, et al. Eccrine angiomas hamartoma: a report of symmetric and painful lesions of the wrists. *Pediatr Dermatol* 2001;18:117-9.
- Martinelli PT, Tschen JA. Eccrine angiomas hamartoma: a case report and review of the literature. *Cutis* 2003;71:449-55.
- Tsunemi Y, Shimazu K, Saeki H, et al. Eccrine angiomas hamartoma with massive mucin deposition. *Eur J Dermatol* 2005;15:291-2.
- Zeller DJ, Goldman RL. Eccrine-pilar angiomas hamartoma: report of a unique case. *Dermatologica* 1971;143:100-4.
- Biroli A, Erkek E, Bozdoğan Ö, et al. A case of porokeratotic eccrine ostial and dermal duct naevus of late onset. *JEADV* 2004;18:619-21.
- Warren RB, Verbov JL, Kokai GK, et al. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus. *Pediatr Dermatol* 2006;23: 465-66.
- Cambiaghi S, Gianotti R, Caputo R. Widespread porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus along Blaschko lines. *Pediatr Dermatol* 2007; 24: 162-7.
- Sassmannshausen J, Bogomilsky J, Chaffins M. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct naevus. A case report and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2000;43: 364-7.
- Valks R, Abajo P, Fraga J, et al. Porokeratotic eccrine ostial and dermal duct nevus of late onset: more frequent than previously suggested? *Dermatology* 1996;193:138-40.
- Ando K, Hashikawa Y, Nakashima M, et al. Pure apocrine nevus. A study of light-microscopic and immunohistochemical features of a rare tumor. *Am J Dermatopathol* 1991;13: 71-6.
- Misago N, Narisawa Y. Syringocystadenoma papilliferum with extensive apocrine nevus. *J Dermatol* 2006;33:303-5.
- Aslan D, Gürsel T, Kaya Z. Supernumerary nipples in children with hematologic disorders. *Pediatr Hematol Oncol* 2004; 21:461-3.
- Urbani CE. Paradominant inheritance, supernumerary nipples and Becker's nevus: once again! *Eur J Dermatol* 2001;11: 597.
- Conde DM, Kashimoto E, Torresan RZ, et al. Pseudomamma on the foot: an unusual presentation of supernumerary breast tissue. *Dermatol Online J* 2006;30:7.
- Grotto I, Browner-Elhanan K, Mimouni D, et al. Occurrence of supernumerary nipples in children with kidney and urinary tract malformations. *Pediatr Dermatol* 2001; 18:291-4.
- El-Darouti MA, Marzouk SA, Abdel-Halim MRE, et al. Basaloid follicular hamartoma. *Int J Dermatol* 2005; 44: 361-65.
- Lee M-W, Choi J-H, Moon K-C, et al. Linear basaloid follicular hamartoma on the Blaschko's line of the face. *Clin Exp Dermatol* 2005; 30:30-4.
- Ricks M, Elston DM, Sartori CR. Multiple basaloid follicular hamartomas associated with acrochordons, seborrheic keratoses and chondrosarcoma. *Br J Dermatol* 2002;146: 1068-70.
- Girardi M, Federman GL, McNiff JM. Familial multiple basaloid follicular hamartomas: a report of two affected sisters. *Pediatr Dermatol* 1999;16:281-4.
- Katayama I, Hirayama M, Eishi K. Basaloid follicular hamartoma with eruptive milia and hypohidrosis: is there a pathogenic relationship. *Eur J Dermatol* 2003; 13:505-8.
- Fogelman JP, Orlov SJ. Segmental hair follicle nevus. *Dermatol Online J* 2001;7:20.
- Germain M, Smith KJ. Hair follicle nevus in a distribution following Blaschko's lines. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:125-7.
- Brailey LL, Davis T, Kolker SE, et al. Congenital linear unilateral basal cell nevus: a case report with patched gene molecular studies. *J Cutan Pathol* 2007;34: 65-70.
- Jih MH. Linear unilateral basal-cell nevus syndrome with comedones. *Dermatol Online J* 2002;8:12.
- Xie DL, Nielsen TA, Pellegrini AE, et al. Neurofollicular hamartoma with strong diffuse S-100 positivity: a case report. *Am J Dermatopathol* 1999;21:253-5.
- Guldbakke KK, Khachemoune A, Deng A, et al. Naevus comedonicus: a spectrum of body involvement. *Clin Exp Dermatol* 2007;32:488-92.

34. Kirtak N, İnaloz HS, Karakök M, et al. Extensive inflammatory nevus comedonicus involving half of the body. Int J Dermatol 2004;43:434-6.
35. Giam YC, Ong BH, Rajan VS. Naevus comedonicus in homozygous twins. Dermatologica 1981;162:249-53.
36. Ghaninezhad H, Ehsani AH, Manssori P et al. Naevus comedonicus of the scalp. JEADV 2006;20:184-5.
37. Sharma RP, Singh SP. Extensive unilateral nevus comedonicus with bilateral involvement of face. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2001;67:195-6.
38. Alpsoy E, Durusoy Ç, Özbilim G et al. Nevus comedonicus syndrome: a case associated with multiple basal cell carcinomas and a rudimentary toe. Int J Dermatol 2005;44:499-501.
39. Baykal C, Büyükbabani N, Yazganoğlu KD et al. Tumors associated with nevus sebaceus. J Dtsch Dermatol Ges 2006;4:28-31.
40. Munoz-Perez MA, Garcia- Hernandez MJ, Rios JJ, et al. Sebaceous naevi: a clinicopathologic study. JEADV 2002;16:319-24.
41. Cribier B, Scrivener Y, Grosshans E. Tumors arising in nevus sebaceus: a study of 596 cases. J Am Acad Dermatol 2000;42:263-8.
42. Gürel MS, Bitiren M, Özardali İ. Nevus sebaceus ile siringokistadenoma papilliferum birlikteliği. Türkiye Klinikleri Dermatoloji Dergisi 2001;11:117-20.
43. El-Darouty MA, Marzouk SA, Abdel-Halim MRE, et al. Folliculo-sebaceous cystic hamartoma. Int J Dermatol 2001;40:454-7.
44. Zimmermann T, Hartschuh W, Raulin C. Facial folliculo-sebaceous cystic hamartoma. Treatment with carbon dioxide and ER: YAG lasers. Hautarzt 2004;55:289-291.
45. Kimura T, Miyazawa H, Aoyagi T, et al. Folliculo-sebaceous cystic hamartoma, a distinctive malformation of the skin. Am J Dermatopathol 1991;13: 213-20.
46. dos Santos PJ, Bessa CF, de Aquiar MC, et al. Cross-sectional study of oral mucosal conditions among a central Amazonian Indian community. J Oral Pathol Med 2004;33: 7-12.

Kongre Takvimi

ULUSLARARASI KONGRELER

7th ICATMM (International Conference of Adjuvant Therapy on Malignant Melanoma) and 4th EADO (European Association of Dermato-Oncology) Joint Meeting
19- 21 Haziran 2008
Marseille, Fransa
www.icatmm-eado2008.com

13th Annual Meeting of the European Hair Research Society
03-05 Temmuz 2008
Genoa, İtalya
www.aristea.com/ehrs2008/

Summer Academy Meeting 2008 (Dermatology)
30 Temmuz – 03 Ağustos 2008
Chicago, IL, ABD
www.aad.org

Laser Congress Korea 2008
16-19 Ekim 2008
Seul, Kore

67th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
06-10 Mart 2009
San Francisco, CA, ABD

12th World Congress on Cancer of the Skin 2009
03- 06 Mayıs 2009
Tel Aviv, İsrail

Summer Academy Meeting 2009 (Dermatology)
29 Temmuz-02 ağustos 2009
Boston, MA, ABD

10. Int. Congress of Dermatology
20-24 Mayıs 2009
Prag, Çek Cumhuriyeti

18th EADV Congress Berlin, Almanya
7-11 Ekim 2009
www.eadv.org

68th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
26 Şubat-02 Mart 2010
Miami, FL, ABD

69th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
04-08 Şubat 2011
New Orleans, LA, ABD

70th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology
16-20 Mart 2012
San Diego, CA, ABD

ULUSAL KONGRELER

22. Ulusal Dermatoloji Kongresi
14-18 Ekim 2008
Dedeman Otel
Konya
www.dermatoloji2008.org