Aksiller Bölgede Prolifere Trikilemmal Tümör: Vaka Raporu

Proliferative Trichilemmal Tumor in the Axillary Site: Case Report

Evren Fidan[1], Bülent Yıldız[1], Feyyaz Özdemir[1], Yavuz Özoran[2]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Özet

Prolifere trikilemmal tümör kıl folikülünden kaynaklanan bir deri tümörüdür. Erkeklere göre kadınlarda daha sık saptanmakta olup 6. dekattan sonra görülme oranı artmaktadır. En sık lokalizasyon alanı saçlı deri olarak belirtilse de boyun, yüz, kulak, el ve vulvada da gözlenebilmektedir. Biz burada, sağ aksiller bölgede kitle tespit edilen ve biyopsi sonucu proliferatif trikilemmal tümör gelen 49 yaşında bir bayan hasta sunuyoruz. Hastaya, eksizyonel biyopsinin patolojisinde cerrahi sınır pozitifliği bulunması nedeniyle yeniden cerrahi uygulandı. Adjuvan tedavi uygulanmayan hasta şu anda remisyonda takip edilmektedir. *(Turk J Dermatol 2011; 5: 18-20)*

Anahtar kelimeler: Deri neoplazmı, kıl folikülü
Geliş Tarihi: 14.06.2010 **Kabul Tarihi:** 04.11.2010

Abstract

Proliferative trichilemmal tumor is a skin neoplasm derived from a hair follicle. It is more frequent in women and its prevalance increases after the 6th decade. Although the most frequent site is mentioned as hairy skin, it can also be detected on the neck, face, ear, hand and vulva. In this case, we discussed a 49 year old female patient presenting with a mass at right axillary region. The result of biopsy demonstrated that it was a proliferative trichilemmal tumor. The patient was re-operated due to the presence of surgical border positivity. The patient, who had no adjuvant treatment, is under follow-up and in remission. *(Turk J Dermatol 2011; 5: 18-20)*

Key words: Skin neoplasms, hair follicle
Received: 14.06.2010 **Accepted:** 04.11.2010

Giriş

Prolifere trikilemmal tümör (PTT), kıl folikülünün dış tabakasından kaynaklanan nadir görülen ve yavaş büyüyen bir deri neoplazmıdır (1). İlk defa Wilson ve Jones tarafından, 1966 yılında rapor edilmiştir (2). İlk rapor edilmesinden sonra bu neoplazm için literatürde proliferatif epidermoid kist, invaziv pilomatriksoma, proliferatif trikilemmal kist, hidatiform keratinöz kist gibi çeşitli isimler kullanılmıştır (3). Genellikle kadınlarda daha sık görülen bu neoplazm 30-80 yaşları arasında saptanmakla beraber en sık 60 yaşından sonra görülmektedir (4). Literatürde saçlı deri en sık yerleşim yeri olarak belirtilse de boyun, yüz, kulak, dudak, oral kavite, parmaklar, el, kalça, uyluk, vulva ve mons pubiste de görüldüğü rapor edilmiştir (1, 5-9). Biz burada aksiller bölgede kitle ile başvuran ve biyopsi sonucu PTT olarak gelen bir vakayı tartıştık. Literatürde aksiller bölgeden köken alan trikilemmal tümör ile ilgili bir veriye rastlamadık.

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Uz. Dr. Evren Fidan, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye
Tel: +90 462 377 50 23 e-posta: evrenfidan@yahoo.com

doi:10.5152/tdd.2011.03

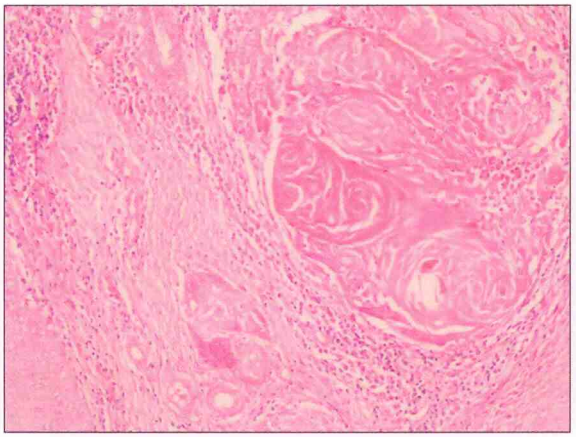
Olgu

Kırk dokuz yaşında, kronik böbrek yetmezliği tanısıyla takip edilen kadın hasta, sağ koltuk altında ağrı, şişlik ve akıntı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yaklaşık 1,5 yıldır bu şikayetleri mevcuttu. Birçok kez drenaj uygulanmasına ve antibiyoterapi almasına rağmen şişlik ve akıntısı geçmemişti. Hastanın fizik muayenesinde sağ koltuk altında pürülan akıntılı, 3x3 cm çapında, fikse ve orta sertlikte kitle tespit edildi.

Hastanın deri rengi ksantokromik görünümdeydi ve sol kolda arteriyovenöz fistülü vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri kronik böbrek yetmezliği ile uyumlu idi. Hastaya lokal anestezi altında kitle eksizyonu uygulandı. Patoloji sonucu PTT, küçük keratin glob oluşumu ve keratin, sellüler birikime karşı yabancı cisim dev hücre reaksiyonu olarak rapor edildi (Şekil 1-3). Cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle hastaya yeniden cerrahi uygulandı. Operasyon öncesi görüntüleme yöntemleri uygulanan hastada herhangi bir metastaz saptanmadı. Hasta halen remisyonda takip edilmektedir.



Şekil 1. Proliferatif trikilemmal tümör, HE × 20



Şekil 2. Küçük keratin glob oluşumu, HE × 40

Tartışma

PTT kıl folikülünden kaynaklanan nadir görülen bir deri neoplazmıdır (1). Tekrarlayan travma ya da kronik enflamasyon sonucu oluşabileceği gibi derideki nevüsden de kaynaklanabilir (10). Erkeklere oranla kadınlarda 2-5 kat daha sık görülen bu tümör, sıklıkla saçlı deride lokalize olmaktadır (4). Bu tümörlerin çapı 1-10 cm arası olabilir ancak literatürde 25 cm'lik vakalar da belirtilmiştir (11). Patolojik incelemelerde bu lezyonlar keratin içeren, iyi sınırlı multikistik yapıda oluşumlardır. Fibröz bir stromaya sahiptirler ve çeşitli enflamatuvar reaksiyonlar içerirler. Yassı hücreli karsinomdan ayırımı kaba keratinizasyon, düşük mitotik aktivite, hafif pleomorfizm ve stroma ile komşu bağ dokular arasındaki keskin sınır ile yapılır (12). Bizim hastamızda kitlenin çapı 3 cm olup tümör koltuk altında saptanmıştır. Fizik muayenesine aynı bölgede lenf nodu palpe edilememiştir. Görüntüleme tetkiklerinde de ek hastalık odağı saptanmamıştır. Ancak malin tipteki prolifere trikilemmal tümörler infiltratif özellik gösterdiği için lenf nodu tutulumu yapabileceği akla getirilmelidir.

Proliferatif trikilemmal tümörler eğer iyi sınırlı ve hücresel atipi yok ise genellikle benin olarak kabul edilirler. Malin proliferatif trikilemmal tümörün histolojik özellikleri; mitotik aktivite, atipik mitoz, nükleer polimorfizm, komşu yapılara invazyon ve metastaz varlığıdır (1). Çeşitli yazarlar malin transformasyon tanısını metastaz varlığında koyarken, bazıları da hızlı ve ekzofitik genişleme durumunda malin transformasyon olabileceğini öne sürmüşlerdir. Histoloji ile tümör davranışının birbirinden bağımsız olabileceği üzerinde durmuşlardır (1, 13, 14). Bir çalışmada saçlı deri dışı tutulum, kısa sürede hızlı büyüme, infiltratif büyüme, mitoz aktivitesi ile beraber belirgin hücresel atipi malin PTT lehine yorumlanmıştır. Bu vakada ise tümörün aksillada olması,



Şekil 3. Keratin ve sellüler birikime karşı yabancı cisim dev hücre reaksiyonu, HE × 40

hücrelerin hafif pleomorfik olması, nadir de olsa atipik mitoz varlığı bize malin transformasyona geçişi düşündürmektedir (15). Klinik olarak epidermoid kist, keratoakantoma, yassı hücreli ve bazal hücreli karsinom, ter bezi tümörleri ve anjiyosarkom gibi hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması gerekir (12).

Proliferatif trikilemmal tümörlerde tam cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır. Çünkü bu tümörler lokal rekürrens yapmaya eğilimli olmakla birlikte uzak metastaz da yapabilirler (1). Tam olmayan rezeksiyon yapılan olgularda tedavi olarak radyoterapi uygulanabileceği gibi, sisplatin-fluorourasil içeren kemoterapi rejimleri veya intratümoral etanol enjeksiyonu da uygulanabilmektedir (16-18). Tüm bu tedavi yöntemlerine rağmen bir cm'lik sağlam cerrahi sınır bırakarak geniş eksizyon yapılması ana tedavi yöntemidir (1). Bu vakada da kitleye cerrahi eksizyon uygulandı. Patoloji sonucunda cerrahi sınır pozitifliği olması sebebi ile hasta temiz cerrahi sınırlar sağlanacak şekilde yeniden opere edildi ve izleme alındı.

Sonuç olarak deriden kaynaklanan kitlesel oluşum ile başvuran bir hastada prolifere trikilemal tümör düşünülüyorsa kitle eksizyonu sağlam cerrahi sınır bırakacak şekilde uygulanmalıdır. Malin/benin ayrımı için histopatolojik özelliklere dikkat edilmeli, gerekirse immünohistokimyasal boyama ile yassı hücreli kanserden ayırıcı tanısı yapılmalı ve özellikle malin tipinin metastaz yapma özelliği dikkate alınarak hastanın taramalarının yapılması gereklidir. Hastaların yakın takipleri devam etmeli ve nüks açısından dikkatli olunmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Lee SJ, Choi KH, Han JH et al. Malignant proliferating trichilemmal tumor of the lower eyelid. Ophthal Plast Reconstr Surg 2005;21:349-52.
2. Jones EW. Proliferating epidermoid cyst. Arch Dermatol 1966; 94:11-9.
3. Elder D, Elenitsas Johnson J. Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1997;695-7;759–61.
4. Karaca S, Kulac M, Dilek FH et al. Giant proliferating trichilemmal tumor of the gluteal region. Dermatol Surg 2005;31:1734-6.
5. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts. Clinicopathological analysis of 96 cases. J Cutan Pathol 1995;22:394-406.
6. 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.
7. Yamaguchi J, Irimajiri T, Ohara K. Proliferating trichilemmal cyst arising in the arm of a young woman. Dermatology 1994;189:90-2.
8. Komuro Y, Takedai T, Tagawa K. Proliferating trichilemmal tumor on the dorsum of the hand. Ann Plast Surg 1995;34:657-9.
9. Perez LM, Bruce JW, Murrah VA. Trichilemmal cyst of the upper lip. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997;84:58-60.
10. Rahbari H, Mehregan AH. Development of proliferating trichilemmal cyst in organoid nevus. Presentation of two cases. J Am Acad Dermatol 1986;14:123-6.
11. Casas JG, Woscoff A. Giant pilar tumor of the scalp. Arch Dermatol 1980;116:1395
12. Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sangüeza OP. Dermatol Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. Dermatol Surg 2007;33:1102-8.
13. Mehregan AH, Lee KC. Malignant proliferating trichilemmal tumors--report of three cases. J Dermatol Surg Oncol 1987;13:1339-42.
14. Park BS, Yang SG, Cho KH. Malignant proliferating trichilemmal tumor showing distant metastases. Am J Dermatopathol 1997;19:536-9.
15. Folpe AL, Reisenauer AK, Mentzel T et al. Proliferating trichilemmal tumors: clinicopathologic evaluation is a guide to biologic behavior. J Cutan Pathol 2003;30:492-8.
16. Weiss J, Heine M, Grimmel M, Jung EG. Malignant proliferating trichilemmal cyst.J Am Acad Dermatol 1995;32: 870-3.
17. Takenaka H, Kishimoto S, Shibagaki R et al. Recurrent malignant proliferating trichilemmal tumour: local management with ethanol injection. Br J Dermatol 1998;139:726-9.
18. Amaral AL, Nascimento AG, Goellner JR. Proliferating pilar (trichilemmal) cyst. Report of two cases, one with carcinomatous transformation and one with distant metastases. Arch Pathol Lab Med 1984;108:808-10.