

PROLİFERE TRİKİLEMMAL KİST (OLGU SUNUMU)

Dr. Yaşar ÜNLÜ*, Dr. İlyas ÖZARDALI** Dr. Muharrem BİTİREN**

ÖZET: Prolifere trikilemmal kist, trikilemmal kistin neoplastik karşılığı olup, trikilemmal kist (pilar kist) gibi, esas olarak kafa derisinde ve kadınlarda boyun köküne yakın kısımlarda görülür. Biyolojik davranış olarak selim olan bu lezyonlar malign değişim gösterebilirler. «ok büyük çaplara erişip, yanlışlıkla epidermoid karsinom tanısı alabilirler. Nadir görülmesi nedeniyle proliferate trikilemmal kist tanısı konulan iki vaka sunulmakta ve literatür bilgileri ışığında tartışılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Prolifere trikilemmal kist, pilar tümör, saçlı deri.

SUMMARY: PROLIFERATING TRICHILEMMAL CYST (CASE REPORT): Proliferating trichilemmal cyst represents the neoplastic counterpart of the trichilemmal cyst (pilar cyst). It exhibits the same predilection for women and is usually encountered in the scalp and the base of the neck. It's biological behavior is benign, but can sometimes show malignant degeneration. It can reach huge dimensions and some of the lesions can be misinterpreted as epidermoid carcinoma. Two cases of this rarely seen entity are presented and literature are reviewed.

KEY WORDS: Proliferating trichilemmal cyst, pilar tumor, scalp.

GİRİŞ

Prolifere trikilemmal tümör, pilar tümör, invaziv pilomatiksoma, dev kıl matriksi tümörü gibi değişik isimler de verilen proliferate trikilemmal kist (PTK), en sık saçlı deride (%90), daha az olarak da sırt ve boyun bölgesinde görülür (1,2). Erkeklerle oranla kadınlarda yaklaşık 5 kat daha fazla görülen bu tümöre en sık 4.-9. dekadlar arasında, ortalama 65 yaş civarında rastlanır. Tümörün gelişmesi bazen 20 yıla kadar uzayabilmektedir (3).

Esas olarak kafa derisinde görülen tümör, makroskopik olarak deri yüzeyinden kabarık, lobüler yapıda, genellikle yüzeysel ülsere görünümüne soliter nodül şeklindedir. Kesiti hafif sarımsı gri renkli ve genellikle solid yapıda iken, küçük kistik alanlar da içerebilmektedir. Mikroskopik incelemesinde çevre dokular ile iyi sınırı olan, birbirleri ile ilişkili, ortalarında amorf keratin içeren skuamöz epitel adacıkları görülür (1,4).

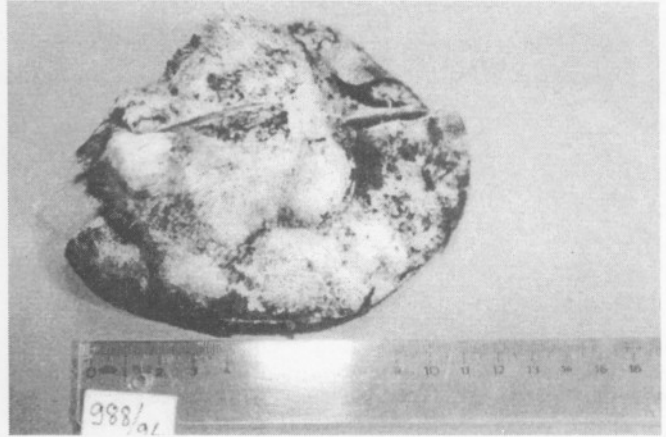
Nadir görülmesi nedeniyle, PTK teşhisi koyduğumuz iki olguyu, literatür bilgileri eşliğinde sunmayı uygun gördük.

OLGU 1:

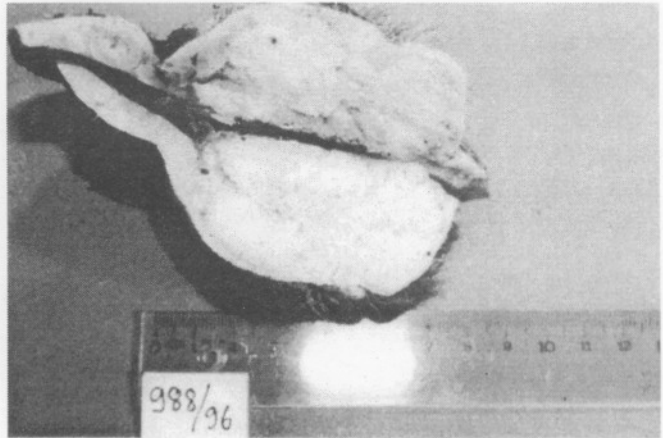
54 yaşında bayan hasta. Saçlı deride, oksipital bölgede yaklaşık 7 yıldır mevcut olan kitle ile, yine kafa derisinin farklı bölgelerinde yerleşmiş, daha küçük çaplı birkaç adet subkutan nodüler lezyon şikayeti olan hastada, lezyonlar bir miktar sağlam deri ve deri altı dokusu ile birlikte total olarak çıkartıldı.

Oksipital bölgedeki kitle makroskopik olarak 10x9x2 cm ölçülerinde, deri ve deri altı doku parçası şeklindeydi. En yakın cerrahi sınıra 0.7 cm mesafeden başlayan, deri yüzeyinden kabarık, 7x6 cm ölçülerinde, kesitlerinde sınırları belirgin, düzenli, sarımsı gri renkli, elastik kıvamlı, solid, nodüler yapıda tümöral oluşum mevcuttu (Resim 1-2). Diğer lezyonların kesitlerinde, içlerinden jöle kıvamında sarı renkli materyal boşalan, en büyüğü 2.5 cm, en küçüğü 1.5 cm çaplarında dört adet subkutan kistik nodül görüldü.

Mikroskopik incelemede, büyük kitlede epiderminin hafif hiperkeratoz dışında normal olduğu, üst dermiste subepidermal bölgeden başlayarak subkutan yağlı doku sınırına kadar ilerleyen, nodüler tarzda gelişmiş tümöral yapı saptandı. Tümör, ortalarında amorf keratin materyali bulunan skuamöz



Resim 1: İlk vakada oksipital bölgede yerleşmiş tümör dokusunun görünümü.

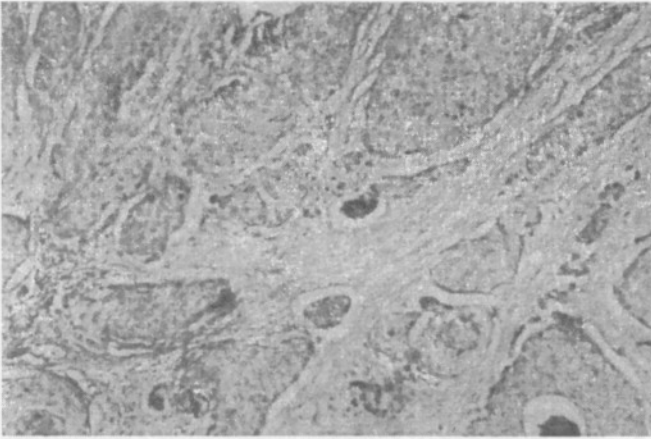


Resim 2: Aynı vakada tümör dokusunun kesit yüzeyinin görünümü.

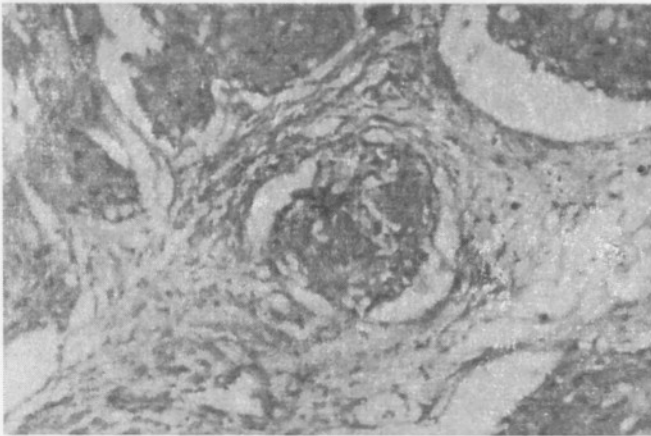
tipte hücre adacıklarından oluşmaktaydı. Hücrelerde pleomorfizm belirgin olmayıp, atipi, mitoz gibi özellikler izlenmedi. Tümöral hücre gruplarının çevresinde PAS (+) boyanan kalın, hyalinize bazal membran tabakası mevcuttu. Tümör, çevre dokulardan belirgin bir sınır ile ayrılmaktaydı. Bu böl-

* SSK Eyüp Hastanesi Patoloji Servisi, İSTANBUL

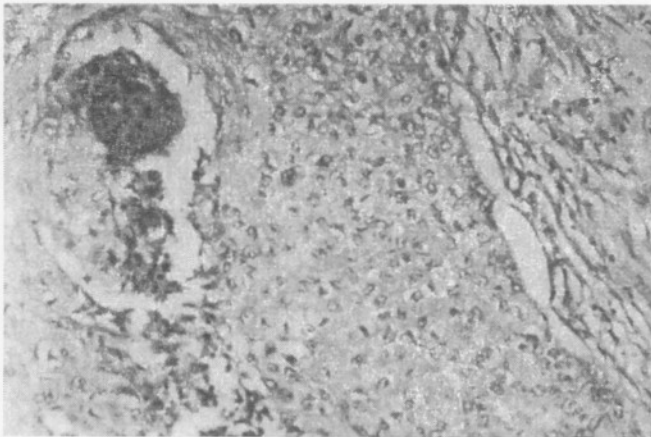
** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bölümü, ŞANLIURFA



Resim 3: İyi sınırlı, ortalarında amorf keratin bulunan tümöral hücre grupları (H-E x80).



Resim 4: İkinci vakada ortalarında amorf keratin bulunan iyi sınırlı tümöral hücre grupları (H-E x80).



Resim 5: Aynı vakada, tümöral hücrelerde pleomorfizm varlığı ve hücre gruplarının merkezinde amorf keratinin yanı sıra nekrobiyotik keratinositler (H-E x160).

gede artmış bağ dokusu ve kronik iltihabi hücre infiltrasyonu mevcuttu (Resim 3). Bu bulgular ışığında vakaya PTK teşhisi konuldu.

Diğer biyopsi materyallerine ait örneklerin incelenmesinde içleri aynı özelliklerde amorf keratin ile dolu basit trikilemmal kistler saptandı.

OLGU 2:

55 yaşında erkek hasta. Saçlı deride oksipital bölgede yerleşmiş, yaklaşık 10 yıldan beri yavaş büyüyen kitle şikayeti mevcuttu. Bu kitle ile, yine kafa derisinin farklı bölgelerinde yerleşmiş bir kaç adet küçük kistik nodül tarzındaki lezyon, çevrelerinde bir miktar sağlam deri ile birlikte total olarak eksize edildi.

Oksipital bölgede yer alan kitle makroskopik olarak 7x4x2 cm ölçülerinde deri ve deri altı doku parçası şeklindeydi. En yakın cerrahi sınıra 0.5 cm uzaklıkta, deri yüzeyinden kabarık, 3 cm çapında, kısmen ülsera görünümlü tümöral oluşum mevcuttu. Tümör dokusu sarı gri renkli olup, kesitinde en büyüğü 0.3 cm çapında, bir kaç adet, küçük kistik alan dışında, tamamına yakını solid yapıdaydı. Tümöral yapı, çevre dokulardan belirgin bir sınır ile ayrılmaktaydı. Beraberinde gönderilen doku parçaları ise, en büyüğü 1.5 cm, en küçüğü 1 cm çaplı, içlerinden sarı renkli materyal boşalan, bir kaç adet kistik yapıdan oluşmakta idi.

Mikroskopik incelemede, oksipital bölgede yerleşen kitlede yüzeyde geniş ülserasyon alanları ile ülsera bölgenin hemen altından başlayıp subkutan yağlı dokuya kadar ilerlemiş, çevre sağlam dokulardan düzenli sınırlarla ayrılan tümöral yapı görüldü. Tümöral yapı, birbirleri ile bağlantılı solid kitleler halinde, lobüler tarzda yayılım gösteren, ortalarında bol miktarda amorf keratinin bulunan skuamöz hücre adacıklarından oluşmakta idi. Tümörü oluşturan hücreler, bir kısmında nükleolus belirginliği ve kaba kromatin yapısı olan, pleomorfik çekirdekli, geniş pembe sitoplazmalı spinal hücrelerdi. Bazı hücrelerde belirgin atipik görünüm mevcuttu. Hücre gruplarının ortasındaki amorf keratin materyalinin içerisinde az sayıda, nekrobiyotik keratinositlerin varlığı dikkati çekmekteydi (Resim 4-5). Hücreler arasında yer yer tek hücre keratinizasyonları mevcuttu. Solid hücre grupları PAS(+) boyanan, kalınca, hyalinize bazal membranlar ile çevre stromal dokulardan ayrılmaktaydı. «evre dokular ile olan sınır düzenli görünümde olup, bu bölgelerde bağ dokusu artışı yanında, lenfosit ve plazmositlerden zengin mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu mevcuttu. Bu bulgular ile olguya PTK teşhisi konuldu.

Kafa derisinin diğer bölgelerinden alınan kitlelerin incelenmesinde, ilk olguda olduğu gibi içleri amorf keratin ile dolu bir kaç adet basit trikilemmal kist saptandı.

TARTIŞMA

Prolifere trikilemmal kist, kıl folikülü kökünün, dış kılıf katmanından gelişen büyük oranda (%90) saçlı deride yerleşen, %80'den fazlası kadınlarda ve ileri yaşlarda görülen, biyolojik davranış olarak benign olmasına karşın, malign değişim gösterebilen tümörlerdir (1,3,5).

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 gibi nedenlerle proliferasyona uğrayarak PTK'e dönüşmesi olarak açıklanmaktadır (3,4). Bizim olgularımızdan ikincisinde böyle bir travma ya da inflamasyonla ilişki anamnezi yokken, ilk olgumuzda, 4-5 ay kadar önce kitleden insizyonel biyopsi yapıldığı ve bundan sonra kitlenin nızla büyüdüğü hasta tarafından ifade edilmektedir.

Subkutan bir nodül olarak başlayıp, zamanla deriden kabarık büyükçe lobüle ve ülsera görünümlü bir kitle halini alabilen PTK, bu görünümüyle skuamöz hücreli karsinom ile karıştırılabilmektedir. Çoğu zaman kafa derisine yayılmış, bir veya bir kaç adet trikilemmal kist ile birlikte bulunduğundan,

bu durum, PTK'in basit trikilemmal kistin proliferasyonu ile geliştiği varsayımını kuvvetlendirmektedir (1,4). Bizim her iki olgumuzda da, PTK yanısıra, birkaç adet trikilemmal kist mevcuttu.

Skuamöz hücrelerin oluşturduğu, farklı büyüklüklerde lobulus yapılarından meydana gelen PTK'te, lobulusların merkezinde görülen amorf keratin maddesinin basit trikilemmal kistlerde görülen amorf keratin ile aynı özelliklerde olduğu bildirilmektedir. Bunun yanında, bazı olgularda epidermoid türde keratinizasyon olan, foliküler infundibulum tipinde keratinizasyonun görülebileceği de bildirilmektedir (1,2,3). Bizim her iki olgumuzda da, amorf keratin maddesi mevcuttu.

Tümör hücrelerinde belirgin pleomorfizm ve tek hücre keratinizasyonları görülebildiğinden, skuamöz hücreli karsinom ile karışabileceği gibi, nadiren PTK'ten epidermoid karsinom veya malign proliferen trikilemmal kist (MPTK) gelişebileceği de bildirilmektedir (1,4,6). Ancak, çevre dokular ile arasında düzgün bir sınır olması ve lobulusların ortasındaki ani keratinizasyonların yardımı ile epidermoid karsinomdan, ağır displastik değişiklikler ve çevre dokulara invazyonun olmaması gibi özellikler yardımıyla da MPTK'ten ayırt edilebilmektedir

(1). Bu özellikler bizim olgularımızda da mevcuttu.

Klinik ve makroskopik olarak skuamöz hücreli karsinom ile karışabileceği durumlarda lezyonun tipik yerleşim yeri yanında lobulusların ortasında amorf keratinin varlığı, lobulusları çevreleyen parlak görünümlü kalın kollagen tabakasının varlığı ve tümörün çevre ile iyi sınırlı olması gibi bulguların yardımı ile, PTK teşhisi konulabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Lever WF. Histopathology of the Skin. Seventh edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, U.S.A., 1990, ch. 27, p. 589-591.
2. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. Volume one, Seventh edition, The C. V. Mosby Company, Washington, U.S.A., 1989, ch. 4, p. 112-113.
3. Öztürk AS, Kervancıoğlu G, Kapran YF. Prolifere Trikilemmal Tümör. Türk Patoloji Dergisi 1992; 8(1): 58-60.
4. Browstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: A simulant of squamous carcinoma. Cancer 1981; 48: 1207-1214.
5. Mc Kee PH. Pathology of the Skin With Clinical Correlations. Second edition. Mosby-Wolfe, St. Louis, U.S.A., 1996, ch. 15, p. 6-7.
6. Amaral ALMP, Nascimento AG, Goeliner JR. Proliferating Pilar (Trichilemmal) Cyst: Report of Two cases, One With Carcinomatous Transformation and One With Distant Metastases. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 808-810.