

PROLİFERE TRİKOLEMMAL TÜMÖR

Dr. A. Settar ÖZTÜRK (*) • Dr. Gülnaz KERVANCIOĞLU (*) • Dr. Yersu F. KAPRAN (*)

ÖZET: Prolifere trikolemmal tümör (PTT), kıl folikül kılıfının en dış tabakasından gelişen, biyolojik davranış olarak selim, ancak malign değişim gösterebilen bir tümördür. 74 yaşında bir erkek hastada, saçlı deride yerleşimli vakanın nadir görülmesi nedeniyle bildirilmesi uygun bulundu. Histopatolojik ayırıcı tanı özellikleri tartışıldı. Bu tümörde yassı epitelin amorf keratine dönüşümü, epitel hücrelerinin glikojenden zengin olduğu ve tümör lobüllerinin kalın kollajen tabakası ile kuşatıldığı gözlemlendi.

SUMMARY: Proliferating tricholemmal tumor (PTT) is a tumor that develops from the outer sheath of the hair follicle. It behaves biologically benign but also can show malign alteration. As it is seen rarely we found it appropriate to report the lesion on the scalp of a 74 years old patient. The histopathological features of it's differantial diagnosis is discussed. It is observed that the squamous epithelium has changed to amorphous ceratin, the cells are rich in glycogen and the lobules of the tumor were surrounded by the thick collagen layer in this tumor.

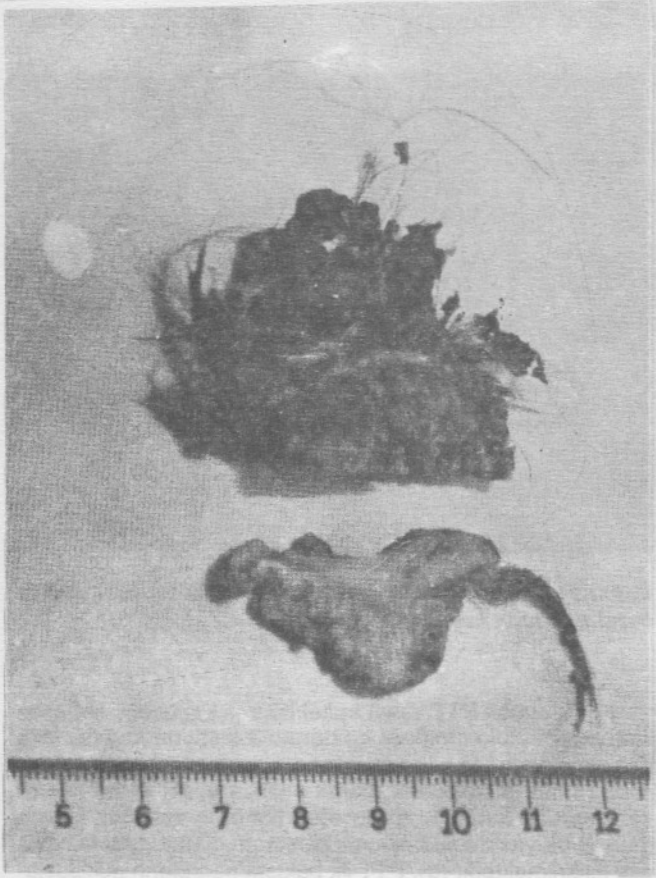
GİRİŞ

Prolifere trikolemmal tümör (PTT) günümüze kadar proli-

fere epidermoid kist, invaziv pilomaktrijsoma, trikoklamido-karsinom ve dev kıl matriks tümörü gibi isimlerle tanımlanmıştır (2,4). PTT adlandırılması ise ilk kez Hanau ve Corross-hans (3) tarafından kullanılmıştır.

Tümör klinik olarak en sık saçlı deride (% 90), daha az oranda ise sırt ve boyunda (% 10) görülür. Erkeklerle oranla kadınlarda 5 kez daha siktir. En sık 4-9 yaş dekadları arasında görülmekte olup, ortalama yaş 65 olarak bildirilmekte-

* İst. Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
Çapa/İstanbul



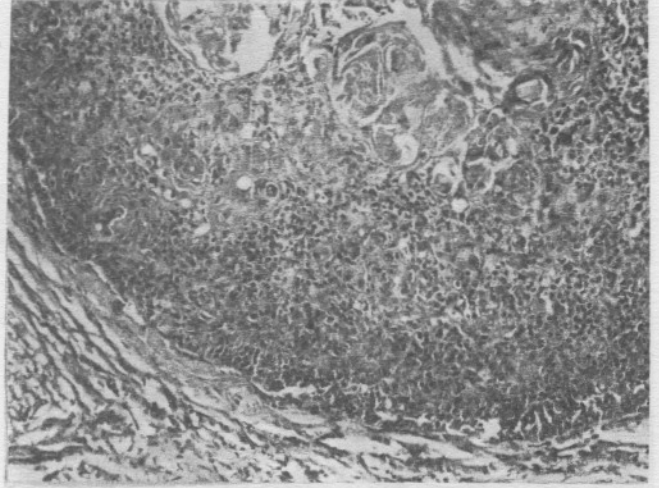
Resim 1: Saçlı deride lobüller yapıda, düzensiz tümörün dıştan ve kesit yüzeyinin görünümü (Prot No: 12471/1991).

dir. Tümörün 20 yıl kadar sürebilen uzun bir gelişme dönemi olabilmektedir (1,2).

Makroskopik olarak zeminden kabarık, lobüllü bazan yüzeyinde ülserasyon bulunan genellikle geniş tek nodül şeklindedir. Kesit yüzeyi genellikle solid olup, kistik alanlar



Resim 2: İyi sınırlı ortaları keratinize tümörün genel görünümü (H.E X 32).



Resim 3: Tümör lobüllerinin çevresinde belirginleşen hücre proliferasyonu (H.E X 125).

içerebileceği gibi, bal peteği görünümünde de olabilmektedir (1).

Mikroskopik incelemede çevre dokudan iyi sınırlı, birbirleri ile bağlantılı, ortalarında amorf keratin bulunan solid alanlar, çevrede palizad tarzında dizilim gösteren ve granüler tabakası seçilmeyen glikojenden zengin geniş sitoplazmalı poligonal şekilli epitel hücrelerinden oluşur. Bu solid alanlar PAS (+) boyanan kalın hyalinize bazal membran ile kuşatılmış yapı gösterir (2,4).

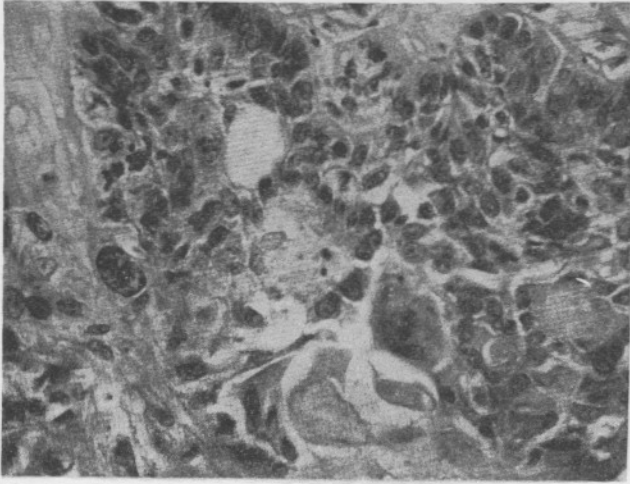
VAKA

74 yaşındaki erkek hastada, saçlı deride sol temporal bölgede yerleşimli deri lezyonu cerrahi girişimle çıkarıldıktan sonra anabilim dalımızda makroskopik ve mikroskopik olarak incelenmeye alındı.

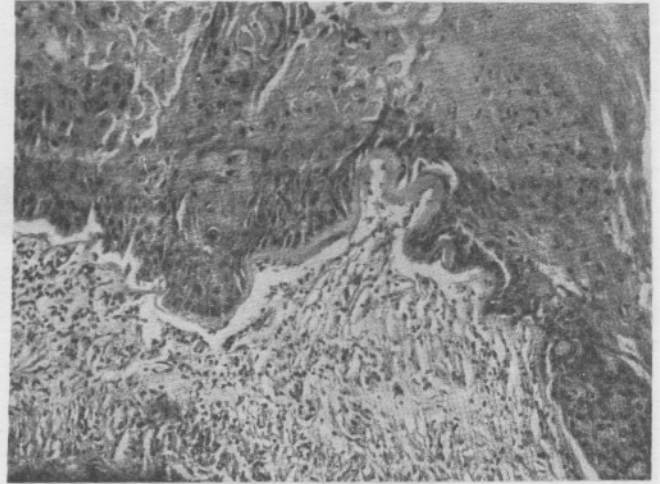
Klinik olarak hastada 10 yıldan beri saçlı deride birkaç adet kist sebace görünümünde lezyonların olduğu öğrenildi. Bunlardan sol temporal bölgede yerleşmiş olan lezyonun değişiklik göstererek düzensiz lobüllü şekil alması ve yüzeyinde ülserasyon oluşması nedeni ile cerrahi girişimle çıkarıldığı belirtildi. Bunun dışında herhangi bir lezyon tanımlanamamaktaydı.

Makroskopik olarak 5X3, 5X2 cm ölçülerinde bir yüzünde saçlı deri bulunan deri altı yağ dokusu ile birlikte çıkarılmış deri materyeliydi. Yüzeyde en sık cerrahi sınıra 0,1 cm uzaklıktan başlayan 4X2, 5X1 cm ölçülerinde zeminden kabarık dışa doğru gelişen yüzeyi düzensiz lobüllü ve ülser görünümünde tümöral yapı saptandı. Tümörün kesiti büyüğü yaklaşık 0,1 cm çapında kistler içeren solid yapıda olup gri beyaz renkteydi. Cerrahi sınır sağlam görünümdeydi (Resim 1).

Mikroskopik incelemede yüzeyde geniş alanda ülserasyon varlığı ve buradan başlayarak derine doğru sınırlı bir alanı tutan birbirleri ile bağlantılı solid kitleler ve lobüller tarzda invazyon gösteren tümöral yapı görüldü (Resim 2). Lobüllerin merkezinde bol miktarda amorf keratin, içersinde tek tük keratinositler ve yer yer konsantrik lameller tarzında keratin incileri vardı. Lobüllerin çevresinde proliferatif kalın çok katlı yassı epitel tabakası bulunmaktaydı (Resim 3). epitel tabakası kaba kromatin yapısına sahip, pleomorfik



Resim 4: Tumor hücrelerinde belirgin pleomorfizm içeren alan ve tek hücre keratinizasyonu (H.E X 310).



Resim 5: Tumor kitleleri periferde var olan kalın hiyalinize bazal membran yapısı (H.E X 125).

nüveli, geniş pembe sitoplazmalı bazıları atipik karakterde hücrelerden oluşmaktaydı (Resim 4). Arada tek hücre keratinizasyonu vardı. Solid alanlar çevre stromadan kalın PAS (+) boyanan hiyalinize bazal membranla ayrılmaktaydı (Resim 5). Tumor sınırlı bir alanda bulunup cerrahi sınırlar intakt görünümdeydi.

TARTIŞMA

Prolifere trikolemmal tumor (PTT) genellikle saçlı deride yerleşen, kıl folikül kökünde dış kılıftan gelişen, biyolojik olarak selim olmasına karşılık malign değişim gösterebilen ve belirgin klinikopatolojik tablo oluşturan nadir görülen bir tümördür (2). Son 10 yıl materyalimiz içinde bir tek vaka saptanabilmiştir.

PTT saçlı deride bir veya daha fazla sayıda basit trikolemmal kist ile ilişkili olarak bu kistten gelişebilmektedir. Bu değişim Brownsten (1) tarafından basit trikolemmal kistin travma ve inflamasyon gibi etkenlerle proliferasyona uğrayarak PTT'e dönüşmesi şeklinde açıklanmaktadır. Bizim vakamızda benzer özellikler klinik olarak saptanmıştır.

Karakteristik olarak lobulusların merkezinde epitel hücreleri amorf keratine dönüştüğü bu amorf keratinin basit trikolemmal kistte görülen amorf keratin ile aynı tipte olduğu bildirilmektedir (4,5). Bunun yanında bazı PTT'lerde epidermoid tipte bir keratinizasyon olan foliküler infundibulum tipinde keratinizasyon da görüldüğü bildirilmektedir (1). Tanımlanan bu özellikler vakamızda belirgin olarak saptandı.

PTT'de malign değişim olduğu zaman lezyon hızla büyümeye başlayıp hücreler atipik karakter almaktadır. PTT'de regional lenf gangliyonu metastazının nadir olduğu ve tümörde kanser tanısı koymada çekimser davranılması gerektiği bildirilmektedir (2). Vakamızda hücrel atipi mevcut olmasına karşın tümörün sınırlı bir alanda bulunması nedeniyle malignitesi konusunda çekimser davranılmıştır. Bu güne kadar sadece bir vakada ölümle sonlanan sinüs metastazı bildirilmiştir (3).

Klinik olarak PTT yassı epitel hücreli karsinom, sebasöz kist, pilar trikolemmal ve epidermoid kistlerle karıştırıldığı bildirilmektedir (1).

PTT'nin mikroskopik olarak sıklıkla yassı epitel hücreli karsinom ile karıştığı ve önceleri tümörün sebasöz kistten gelişen bir yassı epitel hücreli karsinom olarak değerlendirildiği bildirilmektedir (5). PTT ilk bakışta hücrelerin nükleuslarında değişik derecelerde anaplazik değişim ve tek hücre keratinizasyonu göstermesi ile yassı epitel hücreli karsinoma benzetilmektedir. Ancak PTT'de lobüler alanların kalın camı görünümde kollajen tabakası ile kuşatılmış olması da yassı epitel hücreli karsinomdan ayırtılmasını sağlamak için (3).

PTT'deki lobüler yapı ve sentripedal keratinizasyon oluşumu trikolemmal kist ile karışabilmekle birlikte, matriks hücrelerinin görülmesi ile ayırtılmaktadır (2).

Klinik, makroskopik ve yassı epitelin amorf keratine dönüşmesi, glikojenden zengin hücrelerin varlığı ile birlikte tümör lobüllerinin çevreleyen camı görünümde kalın kollajen tabakasının bulunuşu gibi mikroskopik özelliklerin tesbit edilmesi durumunda PTT tanısının konulması gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Brownstein M.H., Arluk D.J.: Proliferating trichilemmal cyst: A simulant of squamous carcinoma. Cancer 48: 1207-1214, 1981.
2. Headington J.T.: Pathology of the Skin. Ed. Farmer E.R., Hood A.F., sayfa 609-611. Prentice-Hall International, New Jersey, 1990.
3. Lever W.F., Lever G.S.: Histopathology of the Skin. Seventh Edition. Sayfa: 589-591. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
4. Reed R.J., Lamar L.M.: Invasive hair matrix tumors of the scalp. Arch Derm. 94: 310-316, 1966.
5. Rosai J., Ackerman's: Surgical Pathology. Seventh Edition Volume one. Sayfa 112-113. The C.V. Mosby Company, St Louis, Toronto Washington D.C., 1989.