

"Clear Cell" Akantoma* Clear Cell Acanthoma

Şükrü Özdamar¹, Aytaç Gököz¹, Başak Yalçın², Sedef Şahin², Gül Bükülmez²

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Ankara

* Bu çalışma 24-27 Haziran 2000 tarihleri arasında Antalya'da yapılan XV. Ulusal Patoloji Sempozyumu'nda poster bildirisi olarak sunulmuştur.

70 yaşında bir kadın hastanın sol bacağına alt 1/3 medioposterior bölgede ortasında kırmızı-mor renkte ekzofitik, üzeri ülserle nodül bulunan, bu yapı çevresinde kahverengi hafif eritemli 1.5 cm genişliğinde halka tarzında alan gözlenen lezyona, histopatolojik ve histokimyasal inceleme sonucu "Clear cell" akantoma tanısı verildi. Erişkin dönemde görülen, benign, yavaş gelişen ve nadir bir epidermal lezyon olması nedeniyle sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: "Clear" hücreli akantoma

A 70 years old female patient admitted to hospital whose have exophytic, superficially ulcerated and centrally red-purple colored nodule on the medioposterior area of 1/3 lower leg skin. A circular band surrounded by this nodule which was 1.5 centimeter width and has a brown colored and minimally erythematous. Histopathologic and histochemical findings suggested that this lesion was a clear cell acanthoma. This entity is presented because it is a rare slow-growing benign epidermal lesion of adulthood.

Key Words: Clear cell acanthoma

OLGU SUNUMU

70 yaşında kadın hasta sol bacağının alt arka kısmında şişlik şikayeti ile kurumumuz Dermatoloji Anabilim Dalı'na başvurmuştur. Yapılan fizik incelemede, sol bacak alt 1/3 medioposterior bölgesinde ortasında 1.5 cm çapında, kırmızı-mor renkte ekzofitik, üzeri masere nodül bulunan 3 cm çapında kahverengi, hafif eritematöz alan ile karakterli lezyon saptandı. Öyküsünden uzun süredir bulunduğu öğrenilen lezyon eksize edildi.

22 aydır takip edilen hastada rekürrens bulgusu izlenmemiştir.

PATOLOJİ

Eksizyon materyalinin makroskopik incelemesinde 3x1.5 cm çapında cilt altı dokusu olduğu saptanmıştır. Cilt üzerinde 1.2x1.2 cm çapında kahverengi,

düzensiz sınırlı ciltten deprese bir alan mevcut olduğu gözlenmiştir.

Mikroskopik incelemede; lezyon alanında hiperkeratoz, parakeratoz ve irregüler akantozis, yer yer papillamatozis gösteren epidermis izlenmiştir. Granüler tabaka hücreleri görülenmemiştir. Lezyon komşuluğundaki epidermisten farklı olarak özellikle stratum malpighi'de yer yer normal vasıfta boyanan hücre kümeleri yanısıra geniş alanlarda aralarında minimal derecede spongiozis dikkati çeken şeffaf keratinosit kümeleri izlenmiştir. Bu hücrelerin nükleuslarında kayda değer bir polimorfizm/displastik değişiklik saptanmamıştır. Bazal tabaka hücreleri normal karakterde gözlenmiştir. Rete'lerde uzama ve yer yer birleşme izlenmiştir. Keratinositler arasında nötrofil polimorfonükleer lökositler ve bunlara ait nükleus fragmanları; birkaç alanda parakeratoz zemininde mikroabse formasyonları görülmüştür.

Dermisde genişlemiş kapillerler ve çevrelerinde yer yer orta derecede yoğunlukta mikst tipte iltihabi hücre infiltrasyonu dikkati çekmiştir. Uygulanan Periodic acid-Schiff (PAS) ve PAS-diastase reaksiyonları sonucunda, bazal tabaka dışındaki hücrelerde, lezyona komşu epidermis keratinositlerine oranla daha yoğun olarak glikojen birikimine ikincil olarak yorumladığımız granüler PAS (+) materyal varlığı gözlemlendi (resim 1-2).

Klinik ve histopatolojik bulgular doğrultusunda olguya "clear cell" akantoma tanısı kondu.

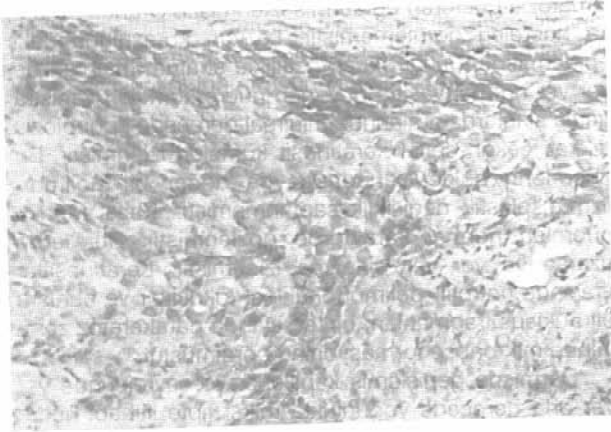
TARTIŞMA

Clear cell akantoma nadir görülen özgün klinik ve histopatolojik özellikleri olan bir benign epidermal lezyondur. İlk olarak 1962 yılında Degos ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır⁽¹⁻⁴⁾. Bugüne kadar İngilizce literatürde 200 ün üzerinde olgu tanımlanmış olup, Str. Malpighi keratinositlerinde normalde glikojenin degradasyonu için gerekli olan fosforilaz enzimi defekti/eksikliğine bağlı olduğu düşünülen, glikojen birikimi ve sonucu olarak H&E boyası ile ışık mikroskobu incelemesinde şeffaf keratinositler ile karakterlidir^(2,3,5).

Hastaların hekime başvurma yaşları değerlendirildiğinde, 50-70 yaşları arasında bir pik olduğu görülmektedir⁽¹⁻³⁾. Hastalarda kadın/erkek oranı eşittir

(1,2,5). İki ana klinik formu vardır; bunlar soliter form (en sık) ve multipl formdur. Multipl form lokalize ve dissemine olarak ikiye ayrılır. Dissemine form da sporadik, ailesel ve iktiyozis, kserozis, seboreik keratozis ve variköz venler ile birlikte olanlar olarak 3 gruba ayrılır (3,6). Olguların büyük çoğunluğunda tek lezyon varlığı saptanmaktadır (yaklaşık % 90). Dissemine form çoğunlukla sporadiktir (1-3).

Lezyonun varolma süresi değerlendirildiğinde ise 0-6 ay ile 40 yıl arasında değişim gösterdiği (ortalama 2-5 yıl) dikkati çekmektedir (1,2). Lezyon büyüklüğü genellikle 5-20 mm arasında değişmekte olup 70 mm çapa erişen dev formları da bildirilmiştir. Lokalizasyon itibarıyla çeşitli bölgelerde, yüzde, önkolda, abdomende, inguinal bölgede ve skrotumda saptanmasına karşın, en sık alt ekstremitede (% 75), bacakta (% 60) ve uylukta (% 15) izlenmektedir (1,3,5). Olgumuz, soliter olması, alt ekstremitede yerleşmiş olması itibarıyla en sık görülen gruba girmektedir.



Resim 1: HE, x115.

Klinik görünimleri karakteristik değildir; pembe kırmızimsı renkte, deriden kabarık genellikle küçük bir nodül/nodüller ile karakterlidir. Bazen lezyonda irritasyon bulguları da gözlenir, bazı olgularda da lezyon çevresinde bizim olgumuzda da izlendiği üzere eritematöz halkasal bir alan ve nokta şeklinde vasküler punktat'lar vardır (1-3). Atipik formları da -polipoid, kistik, dev nodüler ve geniş eritematöz lekeler tarzında, melanositik nevüsle kombine ve pigmente formu - bildirilmiştir (7-10).

Klinik yönden ayırıcı tanıda, pyojenik granülom, seboreik keratozis, hemanjiom, ekzematöz dermatit, psoriasis, guttate parapsoriasis, histiositom-fibrom, amelanotik melanom, bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinom göz önünde bulundurulması gerektiği bildirilmektedir (1-3,5).

Degos ve Civatte bir olguları nedeniyle malign transformasyon olasılığını, Grunwald ve arkadaşları da pleomorfizm, multinükleer hücreler ve atipik mitozlar içeren - atipik clear cell akantoma- olarak tanımladıkları iki olgu bildirmişlerse de, bu lezyonlarda 4-5 yıllık takip sonrası



Resim 2 : PAS, x725, imm. oil.

rekürrens bildirilmemiş ve otörler tarafından lezyonun benign karakteri teyid edilmiştir (1,12). Olgumuzda cerrahi eksizyon sonrası 22 ay içerisinde rekürrens görülmemesi de lezyonun benign olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Clear cell akantoma'da, psoriasis benzeri inflamasyonun veya akantozun baskın olduğu iki ayrı mikroskopik pattern ayırdedilmektedir (3). Olgumuzda mikroskopik incelemede, inflamasyon veya akantozun daha belirgin olmadığı görüldü. Biriken maddenin glikojen olduğunun verifiye edilmesinde, PAS-diyastase kullanılır ve ultrastrüktürel inceleme -lezyon keratinositlerinde bazal tabakaya yakın hücrelerden yukarı tabakalara doğru artan miktarda perinükleer glikojen birikimi izlenir - yapılabilir (1-4). Bazal tabakada melanositler vardır; melanozomlar melanositlerin dendritik uzantılarında gözlenir - melanositlerden keratinositlere melanin geçişinde bir blokajın varlığı söz konusu gibi görünmektedir (5,8).

Etiopatogenezi karanlık olan clear cell akantoma'nın genel olarak bir neoplazm olduğu kabul edilir (1-5). Travma, ilaç veya toksik madde etkileşimi ile ilişkisi kurulamamıştır. Mikrobiyolojik ve ultrastrüktürel çalışmalar viral etiolojii desteklememiştir. Bazı araştırmacılar bu lezyonun bir inflamatuvar psödodümör, seboreik keratozun bir metabolik varyantı veya ter bezi kökenli bir lezyon olduğunu ileri sürmüşlerdir (3,13). İmmünohistokimyasal incelemede, clear cell akantoma keratin ile pozitif reaksiyon verir (epitelyal kökenlidir); ter bezi kökenli değildir (CEA negatif reaksiyon verir); seboreik keratoz ile ilişkili değildir (involukrin pozitifdir) (14). İmmün reaksiyon profilini psoriasis vulgaris, liken planus ve diskoid lupus eritematozus gibi inflamatuvar dermatozların boyanma paterni ile benzer olarak, dolayısıyla bu lezyonların gerçek bir neoplazm olmayıp bir inflamatuvar dermatozun lokalize formu olarak nitelendiren araştırmacılar vardır (4). Glikojen içeriği yönünden kıl follikülünün dış kılıfı hücrelerine benzediği için köken itibarıyla bu yapı ile ilişkilendirenler (14); immünohistokimyasal lectin profiline bağlı olarak bir neoplazm olduğunu ileri sürenler de

bulunmaktadır⁽¹⁵⁾. Kanımızca da, lezyonun etiolojisinde glikojen içeriği niteliğinin gözönünde bulundurulması akla yakın gelmektedir. Olgumuz, erişkin dönemde görülen "clear" hücreli akantomun sık rastlanan tipik, soliter varyantıdır.

KAYNAKLAR

1. Degos R, Civatte J. Clear-cell acanthoma. Experience of 8 years. *Br J Dermatol* 1970;83:248-54.
2. Brownstein MH, Fernando S, Shapiro L. Clear cell acanthoma: clinicopathologic analysis of 37 new cases. *Am J Clin Pathol* 1973 Mar;59(3):306-11.
3. Innocenzi D, Barduagni F, Cerio R, Wolter M. Disseminated eruptive clear cell acanthoma—a case report with review of the literature. *Clin Exp Dermatol* 1994;19:249-53.
4. Ohnishi T, Watanabe S. Immunohistochemical characterization of keratin expression in clear cell acanthoma. *Br J Dermatol* 1995; 133:186-93.
5. Kirkham N. Tumors and Cysts of the Epidermis. In *Lever's Histopathology of the Skin* (Ed.in Chief) Elder D, 8th ed, Philadelphia, Lippincott-Raven Co, 1990, pp 685-746.
6. Trau H, Fisher BK, Schewach-Millet M. Multiple clear cell acanthomas. *Arch Dermatol* 1980;116:433-4.
7. Hamaguchi T, Penneys N. Cystic clear cell acanthoma. *J Cutan Pathol* 1995;22:188-90.
8. Langer K, Wuketich S, Konrad K. Pigmented clear cell acanthoma. *Am J Dermatopathol* 1994;16:134-9.
9. Yang SG, Moon SH, Lim JG, Kim SD, Hyun Cho K. Clear cell acanthoma presenting as polypoid papule combined with melanocytic nevus. *Am J Dermatopathol* 1999;21:63-5.
10. Burg G, Wursch T, Fah J, Elsner P. Eruptive hamartomatous clear-cell acanthomas. *Dermatology* 1994;189:437-9.
11. Roytman M, Frumkin A, Everett MA. Giant clear cell acanthoma. *J Am Acad Dermatol* 1987;17:513-4.
12. Grunwald MH, Rothen A, Halevy S. Atypical clear cell acanthoma. *Int J Dermatol* 1991;30:848-50.
13. Kwittken J. Clear cell acanthoma: a metabolic variant of seborrheic keratosis. *Mt Sinai J Med* 1980;47:49-51.
14. Hashimoto T, Inamoto N, Nakamura K. Two cases of clear cell acanthoma: an immunohistochemical study. *J Cutan Pathol* 1988;15:27-30.
15. Akiyama M, Hayakawa K, Watanabe Y, Nishikawa T. Lectin-binding sites in clear cell acanthoma. *J Cutan Pathol* 1990;17:197-201.