

İNVAZİV PİLAR TÜMÖR (Bir olgu bildirisi ve literatürün gözden geçirilmesi)

Doç. Dr. İbrahim Öztek(*) • Doç. Dr. Lütfü Baş(**)
Yrd. Doç. Dr. Ergün Uçmaklı(*) • Dr. Hüseyin Baloğlu(*)

ÖZET: 60 yaşındaki bir bayan hastanın enseye yakın saçlı derisi altından cerrahi olarak geniş bir eksizeyonla çıkarılan tümör, İnvaziv Pilar Tümör olarak değerlendirildi. Cerrahi girişim sırasında tabanda görülen yapışıklıklardan alınan örnekler, malign olarak belirlendi. Normal kesitlerin mikroskopik incelenmesinde düzgün sınırlı lobüllerin yanı sıra, malign kriterlere sahip hücrelerin derinlere inen düzensiz invazyonları görüldü.

Anahtar kelimeler: Pilar Tümör

SUMMARY: Invasive Pilar Tumor (Case report and review of the literature): The 60-year-old Women who has the scalp tumor is operated with a largely excision. The excised tumor is estimated as a Invasive Pilar Tumor. The deep margin of excised tumor is reported as a malignancy, during the operation by F.S. The normal sections of the excised tumor is showed regularly lined lobules with deeply, irregular invasion of the malignant cells.

Key word: Pilar Tumor.

GİRİŞ

Pilar Tümör, malign potansiyele sahip, subkütan nodül halinde başlayan, kıl folikülü orijinli, çok nadir epitelyal bir tümördür (4,6,11,12). Yaşlı kadınlarda görülür. Bu güne kadar rapor edilen 70 kadar olgunun % 90'ı saçlı deri ve yakınında, geri kalan % 10 kadarı ise, sırt, karın, göğüs, simfiz üzeri, gluteal bölge, el bileği ve vulvada görülmüştür (1,3,4, 5,8,11,12,13).

Çok yavaş gelişen, ağrısız nodüller şişlik dışında, sekonder epidermal ülserasyon ve enfeksiyon gösterebilir (4,11). Regional lenf nodülü metastazı yapabilir (6,11).

Makroskopik olarak 25 cm. çapa varabilen (5), deriden kabarık, nodüler, kesit yüzü kirli beyaz, sert, solid, sınırlı lobülasyon gösteren, bazen kistik, kalsifiye ve nekrotik görünümde bir yapıya sahiptir (1,4,11,12).

Mikroskopik olarak, tümörün büyük bir bölümü iyi diferensiyel proliferatif skuamöz epitelten oluşmuş, epidermisle ilişkisiz, kapsülsüz (1), çevre bağ dokusu ile çok iyi demarkasyon hattı oluşturmuş (1,4) kıl folikülüne benzetilen sınırlı lobüllerden meydana gelmiştir (6,11). Lobüller arasında fibroz bantlar yer alır (1). Squamous epitelde granüler tabaka bulunmaz. İntersellüler köprüler yoktur. Horn Pearl formasyonu, girdaplı yapılar, belirgin hücre keratinizasyonu (1,4,11), glikojenden zengin PAS (+) clear hücreler, bazen nükleer anaplazi, mitoz ve yabancı cisim dev hücreleri görülür (1,11,13).

Lobüllerin veya foliküllerin merkezlerinde keratohyalen formasyonuna gitmeyen (6), bol amorf trichilemmal keratinizasyon ve kist mevcuttur (1,4,11,12,13). Keratin, pilar veya trichilemmal kist kavitelerindeki gibidir (11). Birkaç odak halinde, epidermal inklüzyon kistlerinde görülen laminar fibriller manzarada keratin olabilir (1). Çoğu zaman, tümör alanları içinde kalsifikasyona da rastlanır (4,11,14).

(*) GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Patoloji Anabilim Dalı.

(**) GATA Haydarpaşa Eğt. Hast. Plastik ve Rekonst. Cerr. Anabilim Dalı.



Resim 1: Oksipital bölgedeki tümörün cerrahi girişimden önceki görünümü.



Resim 2: Cerrahi girişimden sonraki görünüm.

OLGU

S.S., 60 yaşında, İstanbullu, bayan, Karantina numarası: 6993, Patoloji protokol numarası: 3277/89.

8 yıl önce başlayan, başının arka tarafında, enseye yakın şişliğin son dört aydır hızla büyümeye başladığını ifade eden hasta, bu nedenle ilk kez hastaneye başvurmuştur.

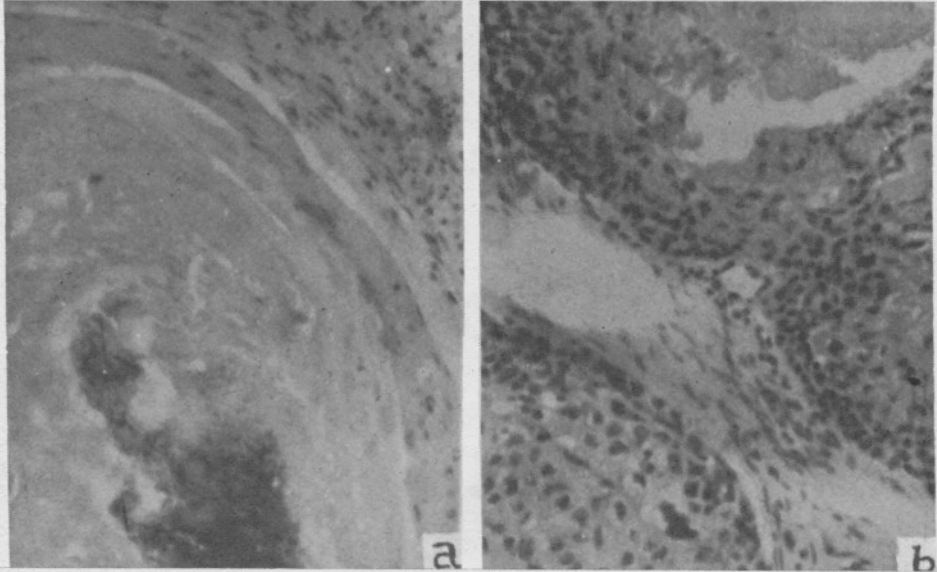
Lokal muayenede; oksipital bölge saçlı derisinde 8 cm. çapa varan yumuşak, fikse, subkütan, lobüle, ağrısız bir kitle mevcut olup, üzerinde 1 cm. çapta kurutlu ülserle bir alan bulunmaktadır (Resim 1).

Tüm laboratuvar bulguları normaldir. Kraniografide kayda değer bir bulgu mevcut değildir.

Ameliyat notu; genel anestezi altında, kitle üzerinde en geniş yeri 4 cm, uzun eksenine ise 10 cm. olmak üzere fuziform cilt kesisi yapıldı. Sağlam derm alanlarından sonra künt ve keskin disseksiyonla tümör eksize edildi. Tabanda, çevredeki rahatlığın olmayışı, tümörün düzensizleşmesi ve derinlere yapışıklıklar göstermesi nedeni ile buradan Frosen yapıldı. Malignite mevcut olması nedeni ile, sağlam doku gelene kadar ve periosta inen genişçe bir eksizyon uygulandı. Kanama kontrolünden sonra dren konarak, primer sütür ile kapatıldı. Özel baskı pansuman uygulanarak, ameliyata son verildi (Resim 2).

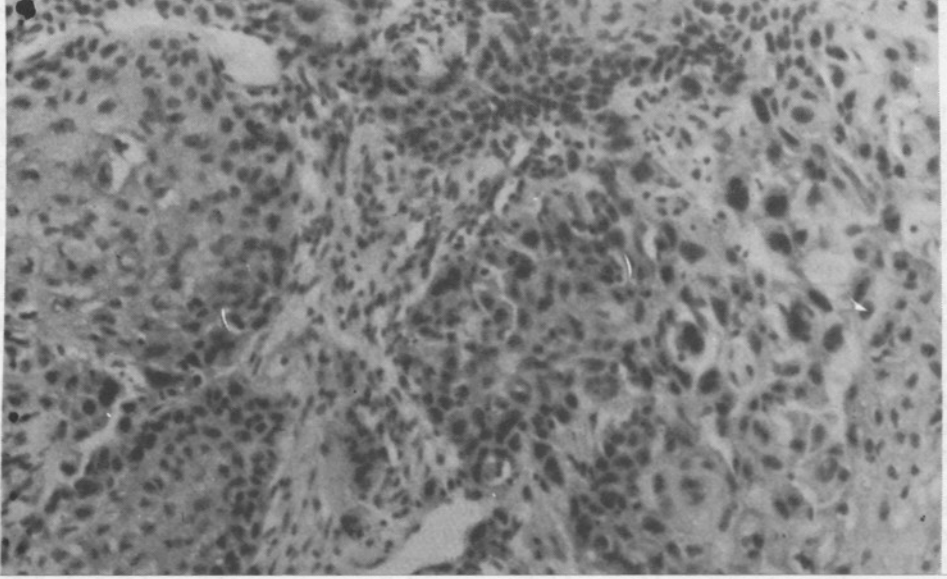
Makroskopi; 4 x 10 cm. yüzey gösteren kıllı deri elipsi altındaki 8 cm. çapa varan, çevre yağ dokuları ile birlikte çıkarılmış tümöral kitle lobüle, orta sertlikte, kesit yüzü sarımsak beyaz, yer yer kanamalı, kistik, nekrotik ve kalsifikasyonlar bulundurmaktaydı. Ayrıca daha derinlerden alınan küçük şekilsiz yumuşak dokuk parçaları mevcuttu.

Mikroskopi; Üzeri normal epidermis ile örtülü biyopside, genişçe, normal dermal alanlardan sonra derinde, kenar kısımları palizad oluşturmuş squamous epitelyumların düzgün sınırlı lobülasyonları bulunmaktadır. Bu adaların merkezi kısımları genellikle keratin kistleri, kalsifikasyon veya nekrotik materyal içermektedir (Resim 3). Bazen dejenere kıl kesitlerine de rastlanmaktadır. Aradaki bağ doku bölmelerinde hemosiderin pigmenti, yine kalsifikasyonlar ve bunlara karşı oluşmuş yabancı cisim dev hücreleri mevcuttur. Bazı

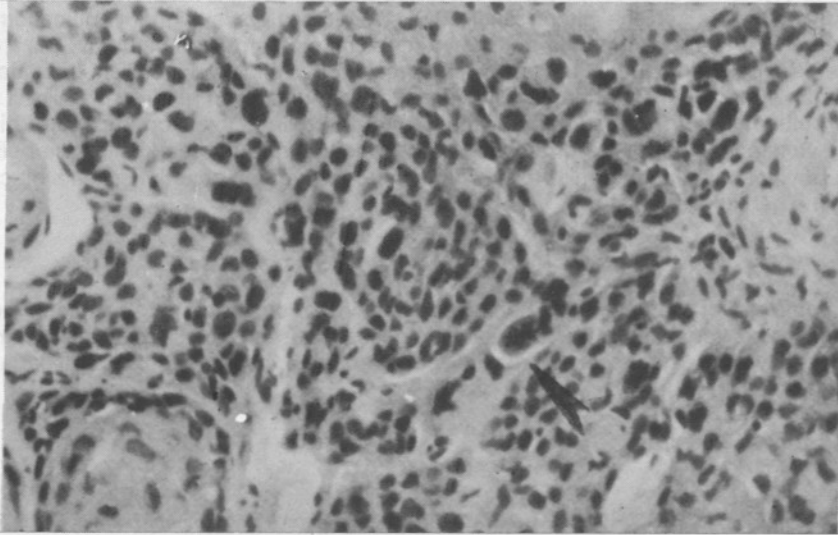


Resim 3: Kistik squamous epitel adaları içinde keratinize ve kalsifiye alanlar (a, H-E x 40), (b, H-E x 100).

kesitlerde lobüllerin kenar düzgünlüğünün kayb olduğu (Resim 4), buralarda hücre morfolojisinin değıştiği, genişçe asidofilik stoplazmalı, kromatinden zengin, anizokaryotik, bol mitoz gösteren, bazen çok iri, nukleolleri belirgin nukleuslara sahip squamous epitelyum-



Resim 4: Düzgün sınırlı epitelyal lobüller yanı sıra, resmin sağ yarısında invazyon oluşturmuş malign hücreler (H-E x 100).



Resim 5: Malignite kriterleri gösteren hücreler ve oklađ işaretli atipik bir mitoz (H-E x 200).

ların invazyonları izlenmektedir. Bu tip hücrelere yer yer lobülasyonların merkezlerine doğru da rastlanmakta, ayrıca globe corne yapıları ile küçük keratin kistler de bulunmaktadır (Resim 5).

Bu histopatolojik yapı ile tümöre, İnvaziv Pilar Tümör tanısı konmuştur.

TARTIŞMA

Pilar Tümör, 1966'da Jones tarafından "Proliferating Epidermoid cyst", Reet ve Lamar tarafından "Invasive Hair Matrix of the scalp, Invasive Pilomatrixoma", 1968'de Holmes tarafından "Trichochlamydocyst", 1969'da Pinkus tarafından "Proliferating Trichilemmal cyst", 1970'de Shelley ve Beerman tarafından "Hidatidiform Keratinous Cyst", 1971'de Dabska tarafından Giant Hair Matrix Tumor", 1974'de Lever tarafından "Pilar Tumor of the Scalp", 1979'da Morgan tarafından "Pilar Tumor", 1980'de Janitz ve Wiedersberg tarafından "Trichilemmal Pilar Tumor" isimleri ile tanımlanmıştır (4,13).

Önceleri Squamous epitelin benign tümörü olarak düşünülmüş (1,4,13), fakat nöksleri, regional lenf nodüllerine metastaz yapması ile düşük grade'li kanserler grubuna sokulmuştur (6,11,12). İyi demarke squamous epitel lobüllerinden meydana gelmesi, merkezlerinde asidofilik amorf keratin ve kalsifikasyon bulunması ile Squamous Cell Carcinomadan ayırılabilir (2,4,11). Kadınlarda görülmesi ise, hormonal etkenlere bağlanmıştır (3). Patterson, daha öncekilerin aksine, sağ el bileğinde lokalize, granüler tabakası olan ve olmayan farklı keratinizasyon alanları gördüğü epidermisle ilişkili 52 yaşındaki bir erkek hastada Pilar Tümör bildirmiştir (1,3).

Patogenez açısından Pilar Tümör, Pinkus'a göre trichilemmadan doğan trichilemmal kistlerin proliferatif bir varyantıdır (14). Bu durum histopatolojik ve histokimyasal olarak da ortaya konmuştur (7). Lever'e göre bir veya birkaç pilar kistten orijin alabilir (11). Tümörün oluşmasında, küçük travmalar sonucu parçalanmış trichilemmal kist sıvılarının çevreye yayılmasıyla gelişen kimyasal iritasyon ve inflamasyonun rol oynadığı ileri sürülmektedir (8,10).

Ayrı serilerde rapor edilmiş 42 hastadan beş tanesinde nöks (5,12), birinde de regional lenf nodülü metastazı bildirilmiştir (11). Tümör, cerrahi girişimde çevre dokulardan kolay ayrılır (1). Lokal invazyon, nöks ve metastaz göz önünde bulundurularak, tümör çevre dokularla birlikte genişçe çıkarılmalıdır (8,9). Gerekirse flep veya greft yapılmalıdır (4).

İki seneye yakın bir zamandır nöks veya metastaz göstermeyen olgumuz, daha önce bildirilenlere pek çok yönü ile benzerlik göstermektedir. Yalnız farklı olarak, bazı alanlarda düzgün sınırlı lobüller yerine, tüm malignite kriterlerini taşıyan hücrelerin belirgin invazyonu bulunmaktadır. Böylece tümör, malign potansiyelin aktivasyon kazandığı bir dönemde yakalanmış ve bu durum henüz operasyon sırasında Frosen kesitleri ile belirlenmiştir. Böylece uygulanan geniş rezeksiyonla tümörün tamamı çıkarılmış, ikinci bir cerrahi girişime gerek kalmamıştır.

SONUÇ

Squamous Cell Carcinomaya benzeyen, lokal invazyon, nöks ve regional lenf nodüllerine metastaz yapabilen Pilar Tümör, yavaş gelişen, düşük grade'li epitelyal bir karsinomadır. Tedavisinde, geniş cerrahi rezeksiyon yeterli olup, hastanın belirli aralıklarla kontrolü sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. AVINOACH, I., ZIRKIN, H.J., GLEZERMAN, M.: Proliferating Trichilemmal Tumor of the Vulva (Cases Report and Review of the Literature). Int. Jour. of Gyn. Pathol. 8: 163-168, 1989.
2. BROWNSTEIN, M.H., ARLUK, D.J.: Proliferating Trichilemmal Cysts, a Simulant of Squamous Cell Carcinoma, Cancer 48: 1207-1214, 1981.

3. BUCHLER, D.A., SUN, F., CHUPREVICH, T.: A Pilar Tumor of the Vulva. *Gynecol. Oncol.* 6: 479-486, 1978.
4. CHAIT, G.E., SHEMEN, L.J., ROBBINS, K.T., TYNDEL, F.J.: Pilar Tumor of the Scalp, *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 93 (1): 116-119, 1985.
5. DABSKA, M.: Giant Hair Matrix Tumor. *Cancer* 28: 701-706, 1971.
6. FITZPATRICK, T.B., EISEN, A.Z., WOLFF, K., FREEDBERG, I.M., AUSTEN, K.S.: *Dermatology in General Medicine*, Third Edition. New York, McGraw-Hill Book Co. p: 786, 1987.
7. HOLMES, E.J.: Tumors of Lower Hair Sheath. *Cancer* 21: 234-248, 1968.
8. JANITZ, J., WIEDERSBERG, H.: Trichilemmal Pilar Tumors. *Cancer* 45: 1594, 1980.
9. JONES, E.W.: Proliferating Epidermoid Cysts. *Arch. Dermatol.* 94: 11-19, 1966.
10. LEPPARD, B.J., SANDERSON, K.V.: The Natural History of Trichilemmal Cysts. *Br. Dermatol.* 94: 379-390, 1976.
11. LEVER, W.F., LEVER, G.S.: *Histopathology of the Skin*, Philadelphia, Toronto, J.B. Lippincott Comp. p: 532-534, 1983.
12. MORGAN, R.F., DELLON, A.L., HOOPEES, J.E.: Pilar Tumors. *Plast. Reconst. Surg.* 63: 520, 1979.
13. PATTERSON, J.W.: Infundiibular and Trichilemmal Keratinization of a Pilar Tumor. *Cutis* 36 (4): 330-332, 1985.
14. PINKUS, H.: "Sebaceous Cysts" are Trichilemmal Cysts. *Arch. Dermatol.* 99: 544-555, 1969.