

Prolifere trikilemmal kist: Olgu Sunumu

Fusun BABA¹, Hacı ERASLAN¹, Muharrem BİTİREN¹, Abdullah ÖZGÖNÜL²

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji¹, Genel Cerrahi² AD., Şanlıurfa

ÖZET

Trikilemmal kistin neoplastik karşılığı olan proliferere trikilemmal kistler, en yaygın olarak saçlı deride tek lezyon şeklinde görülür. Daha az sıklıkla da sırt ve boyunda rastlanır. Ortalama görülme yaşı 65 yaş olup kadınlarda erkeklerden 5 kat daha sık görülür. Mikroskopik olarak çevre dokudan düzenli sınırlarla ayrılan, oval, yuvarlak, veziküler nükleuslu, yer yer belirgin nükleollü, sınırları seçilebilen eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşan solid adacıkların ortalarında bol miktarda amorf keratinöz materyal izlenir. Benign lezyonlardır, fakat nadiren malign değişim gösterebilirler. 62 yaşında bir bayanda aksillada yerleşmiş proliferere trikilemmal kist, seyrek görülen bir lezyon olması ve ilginç lokalizasyonu nedeniyle, literatür bilgileri eşliğinde klinik ve histopatolojik özellikleriyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Prolifere trikilemmal kist, aksilla lokalizasyon

Proliferating trichilemmal cyst: A case report

ABSTRACT

Proliferating trichilemmal cyst which is the neoplastic counterpart of trichilemmal cyst most commonly occurs on scalp as a solitary lesion. It can also occur on the neck and back with a lesser frequency. The mean age is 65 and it is seen 5 times more frequent in women than men. Microscopically there is abrupt amorphous keratinous material in the center of the solid cell islands which are well demarcated from the surrounding tissue. They are benign lesions but rarely can exhibit malignant transformation. We present here a case of proliferating trichilemmal cyst located in axilla with the clinical and histopathological features in the light of the literature.

Key Words: Proliferating trichilemmal cyst, axilla localisation

GİRİŞ

Prolifere trikilemmal tümör olarak da bilinen "prolifere trikilemmal kist" hemen daima soliterdir, nadiren birden fazla olabilir. Saçlı deride bir veya birkaç tane trikilemmal kist ile birlikte de bulunabilir (1,2). Lezyonların % 90' ı saçlı deride, geri kalanı sırt ve boyun bölgesinde görülür. Hastaların % 80' i kadın olup, çoğu ileri yaştadır (1).

Tümör makroskopik olarak deri altına yerleşen, yüzeye doğru kabarıklık oluşturan subkutanöz lobüle kitle olarak görülür. Yüzey ülseri olabilir ve bu nedenle klinikte malign deri tümörleri ile karışabilir (1-3).

Kesiti genellikle solid yapıda, hafif sarımsı-gri renkli olup, küçük kistik yapılar da içerebilir (1). Mikroskopik görünümü ise çevre dokudan belirgin şekilde ayrılan, ortasında bol miktarda amorf keratinöz materyal içeren ve birbirleriyle birleşebilen skuamöz epitel hücre adacıklar şeklindedir.

Karakteristik olarak lobülün merkezindeki epitel ani kompakt amorf keratinöz değişikliğe uğrar (1-4).

Seyrek görülmesi ve ilginç lokalizasyonu nedeniyle proliferere trikilemmal kist tanısı koyduğumuz olguyu literatür ışığında sunmayı uygun gördük.

OLGU

62 yaşında olan bayan hasta, 10 yıldan beri koltuk altında yavaş büyüyen sert, yüzeyden hafif kabarık nodüler kitle nedeniyle, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Lezyon aksillada lokalize, subkutan yerleşimli, 6x4 cm ölçülerinde, orta sertlikte, yüzeyden kabarıktı. Kitle sağlam deri ve derialtı dokusuyla beraber total eksize edilerek Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji laboratuvarına gönderildi. Hastanın öyküsünden 15 yıl önce de saçlı deride iki adet yüzeyden



Resim 1: Lezyon kesitinin makroskopik görünümü.

kabarık, subkutan nodüler yapının bulunduğu ve lokal anestezi altında eksize edildiği öğrenildi.

Makroskopik olarak üzerinde 7x4 cm ölçülerinde cilt elipsi bulunan 3 cm derinliğinde deri-derialtı dokusu izlendi. Yapılan kesitlerde subkutan yağlı dokuya kadar uzanmış, en büyüğü 2 cm en küçüğü 0.6 cm çapında 4 adet nodüler kistik yapılardan oluşan elastik kıvamlı tümöral oluşum izlendi (Resim 1).

Mikroskopik incelemede, üst dermisten başlayıp subkutan yağlı doku sınırına kadar uzanan, çevre dokudan belirgin sınırlarla ayrılmış tümöral yapı görüldü. Tümör hücreleri yuvarlak, oval, veziküler nükleuslu, yer yer belirgin nükleollü, sınırları seçilebilen eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşmaktaydı, neoplazik hücreler bir araya gelerek birbirleriyle bağlantılı solid hücre adaları yapmıştı (Resim 2). Solid hücre adacıklarının santral kısımlarında trikilemmal tip keratinizasyon izlendi (Resim 3). Histomorfolojik olarak hücresel atipi, nekroz ve mitoz görülmedi. Çevre dokulara infiltrasyon saptanmadı.

İmmünohistokimyasal çalışmada tümör hücrelerinin pansitokeratin (Dako, 1:50) ile (+) immünoreaktivite gösterdikleri tespit edildi (3). Bu bulgular ışığında olguya proliferatif trikilemmal kist tanısı konuldu.

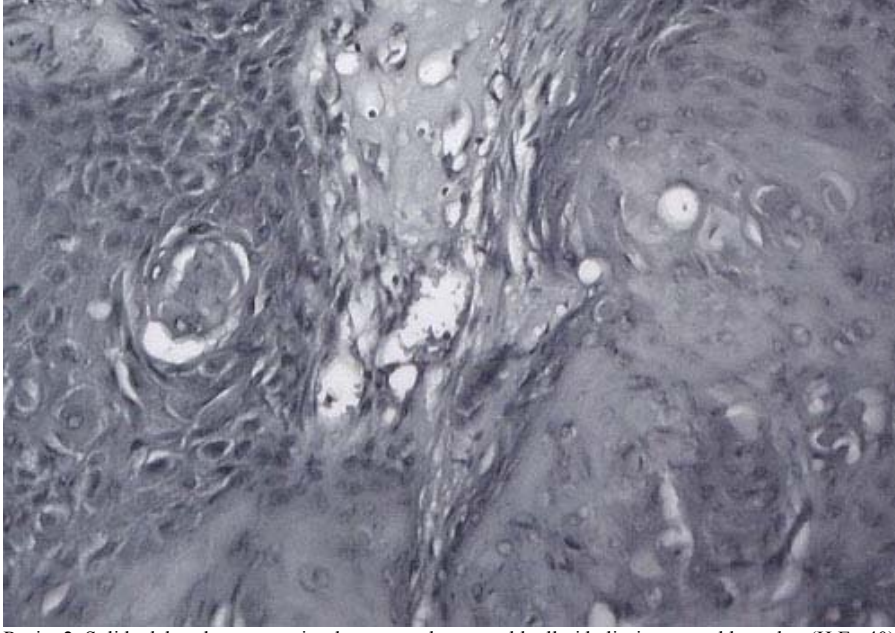
TARTIŞMA

Proliferatif trikilemmal kistler kıl folikülü epitelinin dış kılıf katmanından gelişen benign tümörlerdir. Düşük oranda malign transformasyon potansiyeline sahip olup, ender olarak uzak metastaz yapabilirler (1-4).

Tümör subkutanöz bir nodül şeklinde başlar ve hızla büyüyerek cilt yüzeyinden kabarık, yer yer ülsere bir görünüm alabilir. Saçlı deride bir veya birden fazla trikilemmal kist ile birlikte bulunabilir. Travma kistin büyümesini hızlandırabilir (1,4,5). Sunduğumuz olgumuzda da lezyon tek, lobüle yapıda, yüzeyden kabarık olup ülserasyon izlenmedi. Hastanın öyküsünde 15 yıl önce saçlı deriden iki adet kistik oluşum eksize edildiği, ancak patolojik inceleme yapılmadığı öğrenildi.

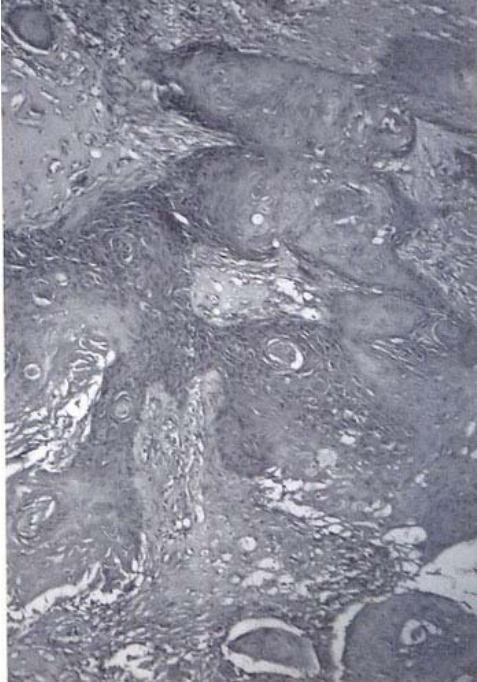
Mikroskopik olarak lezyonlar hücreden zengin stroma ile çevrili ve bazı alanlarda glikojenize olarak da izlenebilen skuamöz epitelin lobüler dermal proliferasyonu ile karakterizedir. Solid hücre adalarının içerisinde diskeratotik hücreler, hayalet hücreleri de görülebilir. Merkezlerinde ise zaman zaman kalsifikasyon gösteren trikilemmal tipte keratinizasyon bulunur. Adaların periferinde bulunan hücreler tipik olarak palizadik dizilim oluşturur. Tümörde bazen az sayıda mitoz rastlanabilir (2,6). Bizim olgumuzda da lezyonun merkezinde amorf keratin ve yer yer kalsifiye odaklar mevcuttu.

Genelde benign davranışlı olmalarına rağmen akciğer, karaciğer, mediasten gibi uzak organ metastazları yapabilen proliferatif trikilemmal kistler rapor edilmiştir (2,3,7). Bu tümörler malign trikilemmal kist veya trikilemmal karsinoma olarak



Resim 2: Solid adalar oluşturmuş sitoplazma sınırları ve nükleolleri belirgin tümöral hücreler. (H E x40).

adlandırılırlar. Benign ve malign ayırımı mitoz sayısı, nükleer atipi, nekroz ve stromal invazyon özelliklerine göre yapılır. Fakat sitolojik ve yapısal olarak atipi göstermeyen veya çok az atipi gösteren olgular da agresif davranış gösterebilmektedir. Bu nedenle proliferatif trikilemmal kistler, düşük gradeli karsinoma olarak düşünülmeli ve tüm vakalar klinik olarak izlemde tutulmalıdır (7-10).



Resim 3: Solid hücre adalarının merkezinde keratinizasyon odakları, (H E x100).

Ayırıcı tanıda bazal hücreli karsinom,

skuamöz hücreli karsinom ve malign proliferatif trikilemmal tümör göz önünde bulundurulmalıdır. Çevre dokularla arasında düzgün bir sınır olması, invazyon göstermemesi, lobüllerin ortasında trikilemmal tipte keratinizasyon bulunması epidermoid ve bazal hücreli karsinomdan ayırt edilmesini sağlar. Hüresel atipi, nekroz, mitoz, invazyon göstermemesi ile malign proliferatif trikilemmal kistten ayırt edilir (2,3). Bizim olgumuzda da lezyon çevre dokulardan düzgün bir sınırla ayrılmış olup hücrelerde mitoz, atipi, pleomorfizm ve nekroz izlenmemiştir.

Malign transformasyon göstermeyen olgularda tedavi lezyonun cerrahi eksizyonudur. Nadir de olsa malign transformasyon geliştiğinde cerrahi tedaviye kemoterapi ve radyoterapinin de eklendiği bildirilmektedir (2,3,7).

Sonuç olarak, proliferatif trikilemmal kistler kendilerine özgü histopatolojik özellikleri, bazen maligniteyi düşündürecek kadar ürkütücü makroskopik görünüşleri ve çeşitli malign tümörlerin ayırıcı tanısına girmeleri nedeniyle akılda tutulması gereken lezyonlardır.

KAYNAKLAR

1. Lever WF. Histopathology of the skin.

- Seventh edition. J.B. Lippincott Company, Philadelphia USA. 1990 p.759-761.
2. Noto G, Pravata G. Proliferating tricholemmal cyst should always be considered as a low grade carcinoma. *Dermatology* 1997 ;194:374-375.
 3. Wong T, Suster S. Tricholemmal carcinoma. *The American Journal of Dermatopathology* 1994;16:463-473.
 4. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. Volume one. Eighth edition. The T.M. Company, Missouri , USA 1996 . ch.4, p.136-138.
 5. Poiaras A, Garcia E. Proliferating trichilemmal cyst. *J Cutan Pathol* 1983;10:178.
 6. Hanau D, Grosshans E. Trichilemmal tumor undergoing specific keratinization. *J Cutan Pathol* 1979;6:463.
 7. Mehregan AH, Lee KC. Malignant proliferating trichilemmal tumors. *J Dermatol Surg Oncol* 1987;13:1339-1342.
 8. Ünlü Y, Özardalı İ. Prolifere trikilemmal kist. *Türk Patoloji Dergisi* 1998;14(2):78-80.
 9. Günay GK, Patıroğlu TE. Proliferating trichilemmal cysts. *Erciyes Tıp Dergisi* 1990;11:519.
 10. Lopez-Rios F, Rodriguez-Peralto JL. Proliferating trichilemmal cyst with fokal invasion. *Am J Dermatopathol* 2000;22(2):183-187

Yazışma Adresi:

Dr. Hacı Eraslan, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Yenişehir kampüsü, Patoloji AD, 63200 ŞANLIURFA
Tel: 0414-3128456
Fax: 0414-3139615