

Atipik Yerleşimli Proliferatif Trikilemmal Kist

Alaattin Özen*, Sare Kabukcuoğlu**, Evrim Metcalfe*, Melek Akçay*, Durmuş Etiz*

*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Eskişehir

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

ÖZ

Proliferatif trikilemmal kist (PTK) saç foliküllerinden kaynaklanan ender bir cilt lezyonu olup, genellikle ileri yaşlı kadınlarda ve özellikle saçlı deride soliter nodül olarak görülür. Sıklıkla lezyonlar benign olmakla birlikte, literatürde farklı lokalizasyonda yerleşimli, malign PTK olgusu, lokal nüks ya da metastaz gelişen olgular da rapor edilmiştir. Bu makalemizde cerrahi sonrası derin cerrahi sınır pozitifliği nedeni ile adjuvan radyoterapi ile tedavi edilmiş ve radyoterapi sonrası 10 yıllık takip süresince nüks tespit edilmiş paraspinal yerleşimli proliferatif trikilemmal kist olgusu seyrek görülen bir lezyon olması ve ilginç lokalizasyonu nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde klinik ve histopatolojik özellikleriyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: adjuvan radyoterapi, paraspinal yerleşim, proliferatif trikilemmal kist

ABSTRACT

Atypical Localized Proliferating Trichilemmal Tumor

Proliferating trichilemmal cyst (PTC) is a rare skin lesion originates from hair follicles and it is usually seen in older women as a solitary nodule on the scalp. Although the lesions are often benign, patients with disease in different localizations and with local relapse or distant metastasis have been reported in the literature. In this case report, we reported a patient, who was diagnosed with PTC, without any local relapse and distant metastasis in 10 years follow-up duration after adjuvant radiotherapy because of positive surgical margin in postoperative settling.

Keywords: adjuvant radiotherapy, paraspinal localization, proliferating trichilemmal cyst

GİRİŞ

Proliferatif trikilemmal kist (PTK) kıl folikülünün dış tabakasından kaynaklanan ve ender görülen bir cilt neoplazmidir. Genellikle 7. ve 8. dekadteki kadınlarda olmak üzere özellikle saçlı deride görülür. Tümör histolojik açıdan multipl merkezi trikilemmal epitelizasyonu, keratin kist oluşum alanları ile birliktelik gösteren dış saç tabakası epitelinin proliferasyonu ile karakterizedir⁽¹⁾. Mikroskobik olarak keratin ile birlikte proliferatif yassı epitel lobülleri içeren iyi sınırlı multikistik yapılardan oluşur. Tümör hücreleri bazı alanlarda multinodüler atipi gösterir, dikkat edilmediği takdirde yassı hücreli karsinoma ile karışabilir⁽¹⁾. Öncelikli tedavisi yeterli sağlam cerrahi sınırlar ile lokal eksizyondur. Bu makalemizde, atipik yerleşimli oldukça ender görülen PTK olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU

Kırk dört yaşında kadın olgu Ocak 2005'te uzun süre-

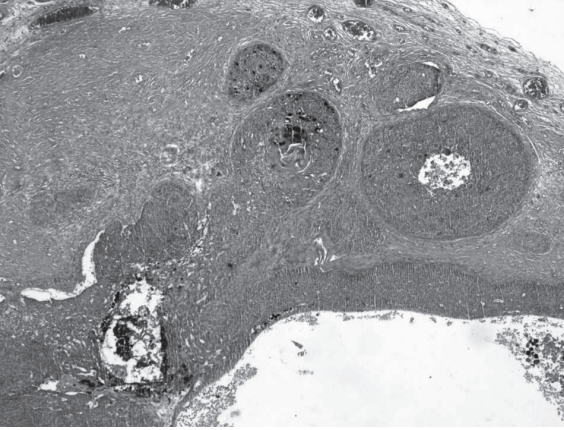
dir var olan ancak son birkaç aydır renginde koyulaşma olan sırt yerleşimli kitle yakınmasıyla dış merkeze başvurmuş. Yapılan fizik muayenede sırt bölgesinde yaklaşık 3 cm boyutunda mobil, sınırları düzenli nodüler lezyon saptanan hastanın burada çekilen akciğer tomografisinde T11-T12 vertebra seviyesinde paraspinal alanda subkutan yağlı dokuda yerleşimli, spinal kanal ile devamlılık ve ilişki göstermeyen 30x32x30 mm çaplı düzenli sınırlı yer kaplayan kistik oluşum saptanmış. Sonrasında lokal eksizyon uygulanan olgu cerrahi sınır pozitifliği nedeni ile adjuvan radyoterapi tedavisi için kliniğimize başvurdu. Olguya ait eksizyon materyalinin blokları Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı ile konsülte edildi. S100, HMB-45 ve melaninden kurtarma immünohistokimyasal boyamaları sonrasında yapılan patolojik inceleme sonucunda tümörün etrafını çevreleyen stromadan iyi sınırlar ile ayrılmakta olduğu ve skuamöz epitel ile döşeli farklı boyutlarda lobüllerden oluştuğu görüldü. Bu kistik yapıların duvarında granüler hücre tabaka formasyonunun olma-

Alındığı Tarih: 17.06.2015

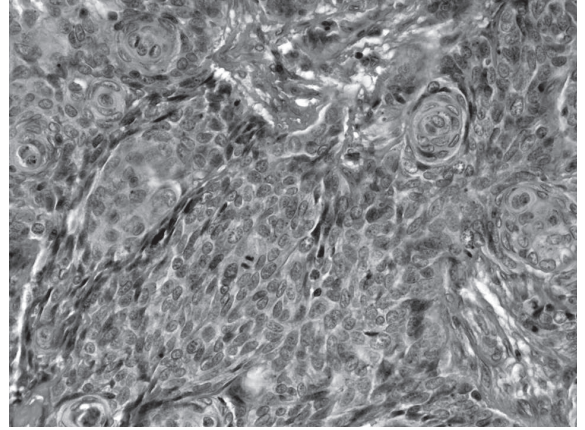
Kabul Tarihi: 29.01.2017

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Alaattin Özen, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, 26430 Eskişehir

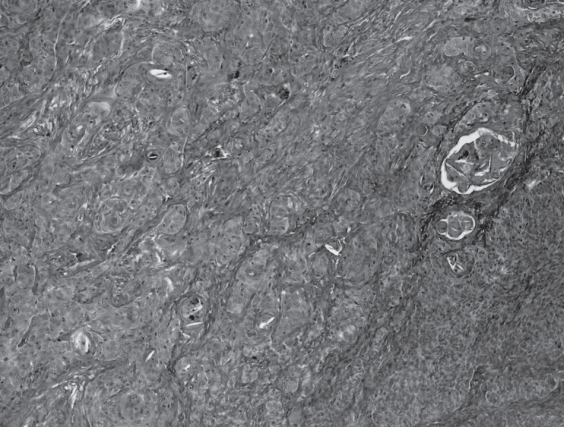
e-posta: dralovettin@gmail.com



Şekil 1. Histopatolojik inceleme: Etrafını çevreleyen stromadan iyi sınırlar ile ayrılan skuamöz epitel ile döşeli farklı boyutlarda lobüllerden oluşan tümör ile birlikte kistik yapıların duvarında granüler hücre tabaka formasyonunun olmadığı trikilemmal diferansiyasyon ve kistik yapıların içinde melanofajlar (Hematoksilen-eozin x 80).



Şekil 3. Histopatolojik inceleme: Minimal sitolojik atipi ile birlikte mitoz (Hematoksilen-eozin x 400).



Şekil 2. Histopatolojik inceleme: Düzensiz şekilli yassı epitelten oluşan tümör ve bazı proliferatif kistik alanlarda epidermoid keratinizasyon (Hematoksilen-eozin x 200).

dığı trikilemmal diferansiyasyon tespit edildi. Ayrıca kistik yapıların içinde melanofajlarda görüldü (Şekil 1). Tümör düzensiz şekilli yassı epitelten oluşmakta ve bazı proliferatif kistik alanlarda epidermoid keratinizasyon mevcuttu (Şekil 2). Ayrıca tümör hücrelerinde minimal sitolojik atipi ile birlikte az da olsa mitoz mevcuttu (Şekil 3). HMB-45 ve S100 negatif ve melaninden kurtarma boyaması ile melanofajların nüvesinde atipi izlenmedi. Tümör derin cerrahi sınırda devam etmekteydi.

Bu patolojik bulgular eşliğinde olguya derin cerrahi sınır pozitifliği nedeni ile reoperasyon önerildi. Ancak olgu operasyonu kabul etmedi. Bu nedenle olgunun operasyon lojuna 09/03/2005-13/04/2005

tarihleri arasında pron pozisyonda Co 60 cihazı kullanılarak postoperatif 50 Gy/25 fr eksternal radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası ilk 2 yıl 3 ayda bir sonrasında 5 yıla kadar 6 ayda bir ve 5. yıldan sonra yıllık olarak 10 yıldır tarafımızca takip edilen olgunun yapılan tetkiklerinde herhangi bir lokal ya da uzak nüks saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Proliferatif trikilemmal tümör ilk olarak 1966'da Wilson Jones tarafından bildirilmiş olup, günümüze kadar "invaziv pilomatriksoma", "trikoklamidokarsinoma", "trikilemmal pilar tümör" ve "proliferatif trikilemmal kist/tümör" gibi pek çok isimle adlandırılmıştır^(2,3). Genellikle ileri yaşlı kadınlarda ve saçlı deride görülmekle birlikte ender görülen bir neoplazma olup, ekzofitik nodüller veya multilobüler nodüllerle karakterizedir. En sık saçlı deride gözlenmesine rağmen, yüz, kulak, üst ekstremiteler, gövde, anogenital bölge, kalça ve uylukta görülen olgularda rapor edilmiştir^(4,5). Mikroskopik olarak skuamöz epitelin proliferatif lobülleri ve keratin içeren keskin sınırlı multikistik yapıları içerir. Pek çok alanda tümör hücreleri multinodüler atipi gösterdiği için skuamöz hücreli karsinom ile karışabilmektedir⁽¹⁾. Tümörün davranışı ile nükleer pleomorfizm, mitotik indeks, atipik mitoz şekilleri ve tümör invazyonu arasında direk korelasyon gösterilememiştir⁽⁶⁾.

Proliferatif trikilemmal tümörün tedavisi genellikle uygun cerrahi sınırlar sağlanarak yapılan lokal eksizyondur. Günümüzde sağlam cerrahi sınırın ne olması

gerektiği konusunda bir fikir birliği yoktur. Kemoterapi, radyoterapi ve lokal etil alkol uygulanması gibi az sayıda rapor edilmiş olgular da vardır.^(4,7-9) Anaplazi varlığı, yüksek mitoz oranı ve derin invazyon varlığı agresif karakteristikle ilişkili bulunmuş ve bu grupta nüks oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Özellikle nüks riskinin yüksek olduğu bu olgularda cerrahiye adjuvan olarak radyoterapi ve/veya kemoterapinin eklenmesi önerilmektedir⁽¹⁰⁾. Ender olmakla birlikte, lokal nüks ve uzak organ metastazı gelişen olgular da bildirilmiştir^(1,3,4,11-15).

Bu olguda, cerrahi ile kitlenin lokal eksizyonu yapılmış, ancak yerleşim yeri nedeni ile derin lokalizasyonda temiz cerrahi sınır elde edilememiştir. Lokal nüks olasılığı göz önünde bulundurularak adjuvan radyoterapi uygulanmış ve sonrasında 10 yıllık takip süresi içinde lokal ya da uzak organ nüksü tespit edilmemiştir. Bu nedenle bu olgu sunumu yerleşim yeri itibari ile operasyon sonrası salim cerrahi sınırların elde edilmediği ve reeksizyonu kabul etmeyen ya da reoperasyon açısından medikal kontraendikasyonların bulunduğu olgularda adjuvan radyoterapinin kullanılabilmesine dair iyi bir örnektir.

KAYNAKLAR

1. Mathis ED, Honningford JB, Rodriguez HE, et al. Malignant proliferating trichilemmal tumor. *Am J Clin Oncol (CCT)* 2001;24(4):351-3. <https://doi.org/10.1097/0000421-200108000-00006>
2. Jones EW. Proliferating epidermoid cyst. *Arch Dermatol* 1966;94:11-19. <https://doi.org/10.1001/archderm.1966.01600250017002>
3. Lopez-Rios F, Rodriguez-Peralto J, Aguilar A, Hernández L, Gallego M. Proliferating trichilemmal cyst with fokal invasion: report of a case and a review of the literature. *Am J Dermatopathol* 2000;22:183-7. <https://doi.org/10.1097/00000372-200004000-00018>
4. Tierney E, Ochoa MT, Rudkin G, Soriano TT. Mohs' micrographic surgery of a proliferating trichilemmal tumor in a young black man. *Dermatol Surg* 2005;31(3):359-63. <https://doi.org/10.1097/00042728-200503000-00021>
5. Leyendecker P, de Cambourg G, Mahé A, Imperiale A, Blondet C. 18F-FDG PET/CT findings in a patient with a proliferating trichilemmal cyst. *Clin Nucl Med* 2015;40(7):598-9. <https://doi.org/10.1097/RLU.0000000000000742>
6. Herrero J, Monteagudo C, Ruiz A, Llombart-Bosch A. Malignant proliferating trichilemmal tumors: an histopathological and immunohistochemical study of three cases with DNA ploidy and monometric evaluation. *Histopathology* 1998;33:542-6. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2559.1998.00549.x>
7. Takenaka H, Kishimoto S, Shibagaki R, et al. Recurrent malignant proliferating trichilemmal tumour: local management with ethanol injection. *Br J Dermatol* 1998;139(4):726-9.
8. Saida T, Oohara K, Hori Y, Tsuchiya S. Development of a malignant proliferating trichilemmal cyst in a patient with multiple trichilemmal cysts. *Dermatologica* 1983;166:203-8. <https://doi.org/10.1159/000249868>
9. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts: clinicopathological analysis of 96 cases. *J Cutan Pathol* 1995;22:394-406. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0560.1995.tb00754.x>
10. Hayashi I, Harada T, Muraoka M, Ishii M. Malignant proliferating trichilemmal tumour and CAV (cisplatin, adriamycin, vindesine) treatment. *Br J Dermatol* 2004;150(1):156-7. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2004.05670.x>
11. Weiss J, Heine M, Grimm M, Jung EG. Malignant proliferating trichilemmal cyst. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:870-3. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(95\)91550-8](https://doi.org/10.1016/0190-9622(95)91550-8)
12. Sethi S, Singh UR. Proliferating trichilemmal cyst: report of two cases, one benign and the other malignant. *J Dermatol* 2002;29:214-20. <https://doi.org/10.1111/j.1346-8138.2002.tb00252.x>
13. Amaral AL, Nascimeneto AG, Goellner JR. Proliferating pilar (trichilemmal) cyst. Report of two cases, one with carcinomatous transformation and one with distant metastases. *Arch Pathol Lab Med* 1984;108:808-10.
14. Dubhashi SP, Jadhav SK, Parasmis A, Patil CS. Recurrent malignant proliferating trichilemmal tumor with lymph node metastasis in a young woman. *J Postgrad Med* 2014;60(4):400-2. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.143973>
15. Moraloğlu Ö, Güngör T, Ozyer S, et al. Recurrent proliferating trichilemmal tumor of the vulva: a case report. *J Low Genit Tract Dis* 2013;17(1):71-4. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31824c199a>