

Olgu sunumu:

Prolifere trikolemmal tümör

Özge Çağlar, Ayman Asi, Ergin Turan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Prolifere trikolemmal tümör kıl folikülünün dış kök kılıfından gelişen, nadir görülen bir tümördür. Özellikle skalpte ve yaşlı bayanlarda gözlenir. Skuamöz hücreli kanser ile sık sık karıştığı için ayırıcı tanısı iyi yapılması gerekmektedir. **Olgu sunumu:** Olgumuzda gözün lateralinde iyileşmeyen yara ile başvuran hastaya yapılan medikal tedaviye rağmen fayda görmemesi üzerine kitle eksizyonu yapıldı ve patoloji sonucu pilar tümör olarak rapor edildi. **Sonuç:** Bu olguda bu tümörün tanı, kliniği ve histolojik özellikleri tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Prolifere Trikolemmal Tümör, skuamöz hücreli karsinom

Proliferating trichilemmal tumor

Objective: Proliferating trichilemmal tumor (PTT) is a rare but morphologically distinctive tumor that usually occurs in the scalp of elderly women. It may easily be confused with squamous cell carcinoma. For this reason these two tumors must properly be differentiated from each others. **Case report:** A 65-year-old man presented with left lateral of eye which was treated conservatively. The patient underwent excision of mass and it is reported that pylar tumor. **Conclusion:** Diagnostic, clinicoprognostic and histological features of this tumor are discussed.

Key words: Proliferating trichilemmal tumor, squamous cell carcinoma

Genel Tıp Derg 2012;22(1): 25-27

Kıl folikülünün dış kök kılıfından gelişen, biyolojik davranış olarak benign ancak malign değişim de gösterebilen bu tümörün, basit trikolemmal kistlerin proliferasyonu sonucu geliştiği düşünülür (1-2). İlk olarak Wilson-Jones tarafından 1966 yılında tariflenmiş ve prolifer epidermoid kist ismi konmuştur (3). Başka araştırmacılar tarafından değişik terimler kullanılmıştır: İnvasif pilometriksoma (4), trikhoklamiyodokarsinoma (5), büyük kıl matriks tümör (6), trikolemmal pilar tümör (7), prolifer trichilemmal kist (8). SCC ile hem makroskopik hem de mikroskopik olarak kolayca karışabilmektedir (1). Yüksek oranda skalpta görülmele birlikte sıklık sırasına göre burun, göğüs, abdomen, kalça, dirsek, pubis ve vulvar bölgede

büyük multilobüle nodül veya ekzofitik bir lezyon şeklinde ileri yaşta, daha ziyade yaşlı bayanlarda görülmektedir (8-11). Çok büyük boyutlara ulaşabilen ve zaman içinde ülser olan tümörler ürkütücü kliniğe sahip olabilirler, genellikle total rezeksiyon tedavi için yeterlidir (9-12). Histopatolojik incelemede düzgün, iyi sınırlı, çevre dokulardan kolayca ayrılabilen bu tümör çok sayıda sırt sırta vermiş skuamoid adalar görünümündedir. Tümör hücrelerinde belirgin atipi, pleomorfizm, dev hücre sayısı artmış ve atipik mitotik figür görüldüğünde malign pilar tümörden söz edilir.

Olgu sunumu

65 yaşında erkek hasta altı aydır temporal bölgede iyileşmeyen yara ile başvurduğu merkezde yollanan kültür sonucunda ARB(+) gelmesi üzerine dördü antibiyotik tedavisi başlanmış, fakat tedaviden cevap alınamaması üzerine kliniğimize sevk edilmiş. Diyabet mellitusu olan hasta endokrin bölümü ile konsulte edildi ve şekerleri regüle edildi. Agresif seyreden lezyon frontoparietal ve maksiller bölgeye hızla

Gönderim tarihi: 20.10.2011

Kabul tarihi: 15.03.2012

Yazışma adresi: Dr.Özge Çağlar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara

E-posta: ozgecaglarlarkbb@yahoo.com

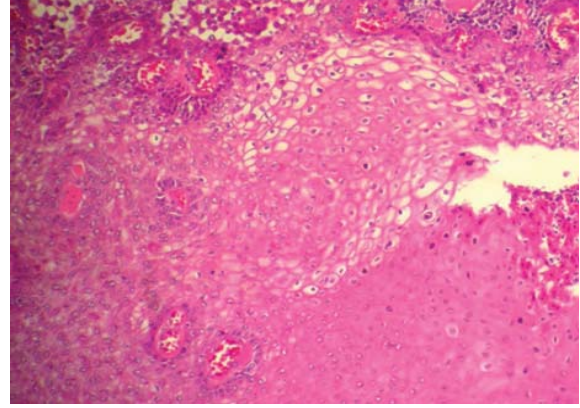
yayıldı çekilen MR da sol temporal ve frontal skalpten mastikatör alan superioruna periorbital premaksiller ve retroantral alana uzanım gösteren yaygın yumuşak doku kitlesi, orbita tavanında kemik destrüksiyon ve bu düzeyden ekstra aksiyel alana uzanım, sol bulbusda belirgin deplasman olarak rapor edildi. Multiple alınan biopsi sonuçları psödoepitelyamatöz hiperplazi, kronik inflamasyon olarak rapor edildi. Enfeksiyon bölümü ile konsulte edilen hastaya parenteral antibiyotik tedavisi başlandı fakat verilen medikal tedaviye cevap alınamadı. Cerrahi planlanan hastaya total kitle eksizyonu ameliyatı yapıldı. Operasyon esnasında frontal sinüsün ön-lateral kısmının ve maksiller sinüsün ön tarafının tamamen destrüktif orbitaya ve frontalde duraya infiltre, kitlenin yer yer enfektif olduğu görüldü (Şekil 1). Lezyonun mikroskopik incelemesinde deri altında keratinize çok katlı yer yer hiperplazi gösteren yassı epitelle döşeli ve içinde yoğun keratinizasyon içeren kistik lezyon izlendi ve pilar tümör olarak rapor edildi (Şekil 2). Sadece bir alanda stroma içinde perinöral invazyon yapan karsinom odağı izlendi. Hastaya ek olarak radyoterapi ve kemoterapi planlandı.



Şekil 1. Hastanın preop. görüntüsü

Tartışma ve sonuç

Prolifere trikolemmal tümör yassı epitel hücreli karsinoma histopatolojik açıdan çok benzediği için ayırıcı tanının iyi yapılması önemlidir (13-15). Büyük boyutlara ulaşabilir zamanla ülsera olabilirler (9-12). Bazı alanlarda kıl dış kök kılıfının hücrelerini anımsatan glikojenden zengin berrak sitoplazmalı



Şekil 2. Histopatolojik inceleme: Santral keratinizasyon gösteren tumor ve genişlemiş damarlar

hücreler gözlenir. Kistlerin ortasında trikolemmal keratinizasyon ile karakterizedir (9). Kalsifikasyon alanlarına sıkça rastlanır. Tümör hücrelerinde belirgin atipi, pleomorfizm, bol diskeratotik hücreler, atipik mitotik figürler görüldüğünde malign proliferen trikolemmal tümörden bahsedilir. Malign proliferen trikolemmal tümörde çevre dokularla sınırı düzensiz olup infiltratif büyüme paterni izlenir. Bazı araştırmacılar histolojik olarak malignite kriterleri görüle bile bu tümörlerin malign olup olmadıklarına ancak biyolojik davranışlarıyla karar verilebileceğini iddia ederler (2,16). Bu nedenle malign proliferen pilar tümör tartışmalı antitedir.

Proliferatif pilar tümörün lobüler yapılanması, trikolemmal keratinizasyon, düşük derecede mitotik aktivite ve kalsifikasyon odaklarının varlığı önemli bulgulardır, yassı hücreli tümör ile ayırımında önemlidir. Ayrıca komşuluğunda aktinik keratoz alanların bulunmayışı bir diğer yardımcı kriterdir (8,12,13,17). Total olarak temiz cerrahi sınırlarla (1 cm emniyet margini ile) lezyonu çıkarmak büyüme ve rekürrensi engellemek açısından iyidir (14-17). Malign düşünülen pilar tümörde radyoterapi ve kemoterapi ek tedavi olarak verilebilir (10,18-20).

Literatüre baktığımızda çeşitli olgu sunumları bulunduğunu, aslında bu tümörün çok da nadir olmadığını görmekteyiz. Genelde yaşlı insanlarda ve kafada sık görüldüğü söylene de literatürde farklı bölgelerde ve genç yaşlarda da tespit edilen sunumlar bulunmaktadır. Bir sunumda çok genç yaşta bayan hastanın mastoid bölgesinde tespit edilmiş ve eksize edilmiş, takiplerinde sıkıntı olmadığı belirtilmiştir

(21). Ayrıca vücudun değişik bölgelerinde de görülebilmektedir, mesela bir olgu sunumunda iskiorektal fossada (22), bir başka olguda da gluteal bölgede (23) tespit edilmiştir. İlginç bir olguda ise frontal ve ethmoid sinüsde tespit edilmiş, bunun orbitaya kadar yayıldığı belirtilmiştir (24).

Bu vakaların çoğunda cerrahi uygulanmış, hastalar uzun süreli takiplere alınmıştır. Biz olgumuzda tümörü total olarak eksize ettik, hastada oluşan defekt ise 2.seans ameliyatta rekonstruktö edilmiştir. Klinik olarak yassı hücreli kansere benzemesi ve hızlı ilerlemesi nedeni ile ülserle lezyonlarda pilar tümörün ayırıcı tanısının mutlaka yapılması gerektiği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Chan KO, Lim IJ, Baladas HG, Tan WTL: Multiple tumour presentation of trichilemmal carcinoma. Br J Plast Surg 1992;52:665-7.
2. Stephen J. Proliferating trichilemmal tumour with a malignant spindle cell component. J Cutan Pathol 2002;29:506-9.
3. Wilson Jones E. Proliferating epidermoid cysts. Arch Dermatol 1966;94:11-9.
4. Reed RJ, Lamar LM. Invasive hair matrix tumours of the scalp. Invasive pilomatrixoma. Arch Dermatol 1996;94:310-6.
5. Holmes EJ. Tumours of lower hair sheath. Common histogenesis of certain so-called sebaceous cysts, acanthomas and sebaceous carcinomas. Cancer 1968;21:234-48.
6. Dabska M. Giant hair matrix tumour. Cancer 1971;28:701-6.
7. Jaintz J, Wiedersberg H. Trichilemmal pilar tumours. Cancer 1980;45:1594-97.
8. Brownstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: A simulant of squamous cell carcinoma. Cancer 1981;48:1207-14.
9. Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts: Clinicopathological analysis of 96 cases. J Cutan Pathol 1995;22:394-406.
10. Ye J, Nappi O, Swanson PE. Proliferating pilar tumours. A clinicopathologic study of 76 cases with a proposal for definition of benign and malignant variants. Am J Clin Pathol 2004;122:566-74.
11. Yamaguchi J, Irimajiri T, Ohara K. Proliferating trichilemmal cyst arising in the arm of a young woman. Dermatol 1994;189:90-2.
12. Noto G. Benign proliferating trichilemmal tumour does it really exist? Histopathol 1999;35:386-90.
13. Fernandez MT, Casalots A, Puig L, Llatjos R, Ferarandiz C, Ariza A. Proliferating trichilemmal tumour: p53 immunoreactivity in association with p27 over-expression indicates a low-grade carcinoma prolife. Histopathol 2001;38:454-7.
14. Motegi S, Tamura A, Endo Y, Kato G, Takahashi A, Negishi I, Ishikawa O. Malignant proliferating trichilemmal tumour associated with HPV type 21 in epidermodysplasia verruciformis: British Association of Dermatologists. Br J Dermatol 2003;148:171-92.
15. Yulia Gray MD, Lance M, Tibbets MD. Pathologic quiz case. A nodule on the back. Pathologic diagnosis: proliferating trichilemmal tumor. Arch Pathol Lab Med 2000;124:1237-8.
16. Demirkesen C, Filizel F, İlvan Ş, Kaner G, Oruç N. Malignant proliferating tumour: Report of three cases. T Eur Acad Dermatology Venereol. Arch Pathol Lab Med 2000;124:177-80.
17. Batman PA, Evans HJR. Metastasising pilar tumour of scalp. J Clin Pathol 1986;9:57.
18. Leppard BJ, Sanderson KV. The natural history of trichilemmal cysts. Br J Dermatol 1976;94:379-90.
19. Kim HJ, Kim TS, Lee KH. Proliferating trichilemmal tumours: CT and MR imaging findings in two cases, one with malignant transformation. Am J Neuroradiol 2001;22:180-3.
20. Shet T, Rege J, Naik L. Cytodiagnosis of simple and proliferating trichilemmal cysts. Acta Cytologica 2001;45:582-8.
21. Rao S, Ramakrishnan R, Kamakshi D. Malignant proliferating trichilemmal tumour presenting early in life: an uncommon feature. J Cutan Aesthetic Surg 2011;4:51-5.
22. Makhlof Z, Verola O, Senejoux A, Duval A, Terris B. Proliferating trichilemmal tumour of the ischioanal fossa. Ann Pathol 2011;31:316-9.
23. Cavaleiro L, Viana F, Carneiro C. Proliferating trichilemmal tumor: Case report. An Bras Dermatol 2011;86:190-2.
24. Harris T, Meyer E, Lubbe DE, Smit W, Walker C. Malignant proliferating trichilemmal tumor involving the sinuses. Ear Nose Throat J 2011;90:5-8.