

Nadir Görülen Bir Trikojenik Tümör Olgusu: Trikoblastik Karsinom

Rare Case of Trichogenic Tumor: Trichoblastic Carcinoma

Cem Leblebici¹, Ezgi Özkur², Mehmet Salih Gürel², Ayşe Esra Koku Aksu², Sevil Savaş², Ümmühan Kiremitçi²

Öz / Abstract

Kıl folikülünün adneksiyal tümörleri, kıl folikülü yapılarına diferansiasyon gösteren neoplazmlardır. Trikoblastik karsinom (TK), düşük ve yüksek dereceli tipleri tanımlanan nadir görülen malign adneksiyal bir tümördür. 59 yaşında erkek hasta, saçlı deri sağ temporal bölgede 25 yıldır devam eden asemptomatik papül şikayetiyle başvurdu. Papülden alınan punch biyopsi materyali ve devamında yapılan eksizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde düşük dereceli trikoblastik karsinom tanısı kondu. Literatürde az sayıda vaka bildirimi olduğu için, bu tümörün davranışı henüz bilinmemektedir ve bu nedenle bazal hücreli karsinomdan (BHK) ayırımı önemlidir. Bu olguyu literatürde az sayıda bildirildiği ve histolojik olarak BHK'lar ile karıştırılabileceğini vurgulamak için sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Trikoblastik karsinom, trikojenik tümör, bazal hücreli karsinom

Adnexal tumors of the hair follicle demonstrate differentiation toward hair follicle structures. Trichoblastic carcinoma is a rare malignant adnexal tumor that is characterized by two distinct forms, low- and high-grade forms, which have been reported in the literature. A 59-year-old man visited our clinic with a 25-year history of an asymptomatic papule in the region of the right temporal fossa. The diagnosis of a low-grade trichoblastic carcinoma was made on the basis of histopathological examination. The history and overall behavior of this tumor remains unknown because of the low incidence rate; therefore, it is important to differentiate it from basal cell carcinoma. We report this case because of its rarity in the literature.

Keywords: Trichoblastic carcinoma, trichogenic tumor, basal cell carcinoma

Giriş

Trikojenik tümörler, kıl foliküllerinin embriyojenik prekürsörlerinden köken alırlar ve çoğunlukla benign karakterde görülürler. Trikoblastik karsinom (TK) ise nadir görülen malign bir trikojenik tümördür (1). Günümüzde literatürde az sayıda vaka bildirimi olduğu için hala doğası aydınlatılamamıştır. Burada düşük dereceli bir TK olgusu sunulmakta ve ayırıcı tanıları ile karşılaştırılmaktadır.

Olgu Sunumu

59 yaşında erkek hasta, saçlı deri, sağ temporal bölgede kabarıklık şikayetiyle başvurdu (Resim 1). 25 yıl önce başlayan lezyon zaman içinde yavaş yavaş büyümüştü. Hastanın tıbbi özgeçmişinde 5 yıl önce tanı konmuş ülseratif kolit hastalığı mevcuttu ve mesalazin 500 mg 2x1 kullanılmaktaydı. Dermatolojik muayenesinde 2 cm çapında, sınırları belirsiz, infiltrate, soluk pembe plak ve bu plağın medial kenarında 1 cm çapında, deriden 5 mm eleve, pembe renkli ve ortasında düzensiz şekilli siyah pigmentasyonun izlendiği sert papül izlendi (Resim 1). Fizik muayenesinde palpabl lenfadenopati saptanmadı. Papül üzerinden 5 mm punch biyopsi alındı. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde periferik palizadik dizilim oluşturan bazaloid hücre adalarından oluşmuş tümör saptandı. Histopatolojik bulguları BHK düşündürmekle birlikte lezyonun klinik özelliklerinin birebir örtüşmemesi nedeniyle lezyonun tamamı plastik ve rekonstrüktif cerrahi tarafından eksize edildi. Histopatolojik incelemede epidermis ile ilişkisi saptanmayan, dermiste yerleşmiş, infiltratif büyüme paterni gösteren, etraflarında palizadik dizilim oluşturan bazaloid hücre adalarından oluşmuş tümör saptandı. Yer yer supramatriksiyel hücreleri andıran veziküler nükleuslu belirgin nükleollu dar sitoplazmalı hücrelerin izlendiği adalarda mitotik figürlerde belirgin artış ve bazı hücre adalarının ortasında nekroz mevcuttu. Yüzeysel subkutan yağ dokusuna minimal invazyon saptandı. Bazı alanlarda kıl folikülü bulbusu anımsatan hücre toplulukları seçilmekteydi. Bazaloid hücre adalarının çevresinde yoğunlaşan immatür papiller mezenkimi anımsatan sellüler stroma dikkati çekmekteydi. Retraksiyon artefaktı saptanmadı. Fokal duktal diferansiasyon alanları görüldü. Bu alanlar immunhistokimyasal olarak CEA (karsino embriyojenik antijen) ile luminal border şeklinde boyandı. Hücre adalarının etrafındaki stroma CD 10 ile boyanırken bazaloid hücre adaları boyanmadı. Ayrıca androjen reseptörü negatif saptandı. Bu bulgular ışığında fokal duktal diferansiasyon alanları içeren düşük dereceli TK tanısı kondu (Resim 2, 3). Tümör, fizik muayene ile palpe edilen alanın ötesinde devam etmekteydi ve yan cerrahi sınırlara bitişik olması nedeniyle re-eksizyon yapıldı. Re-eksizyon yapı-

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Address for Correspondence

Yazışma Adresi:

Ezgi Özkur

E-mail: ezgiurdal@hotmail.com

Received/Geliş Tarihi:
19.04.2015

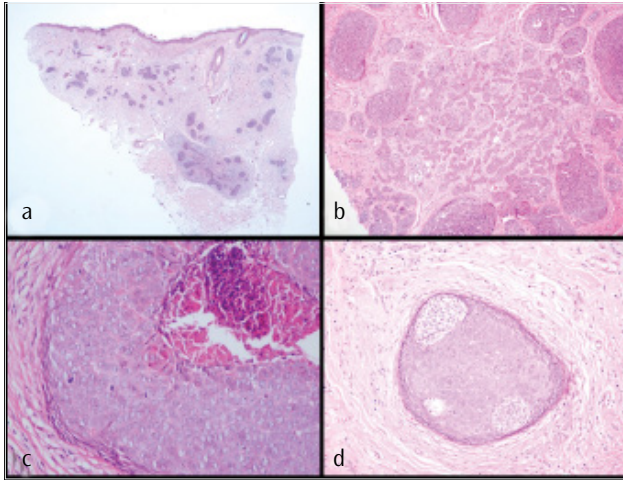
Accepted/Kabul Tarihi:
06.10.2015

© Copyright 2016 by Available online at
www.istanbulmedicaljournal.org

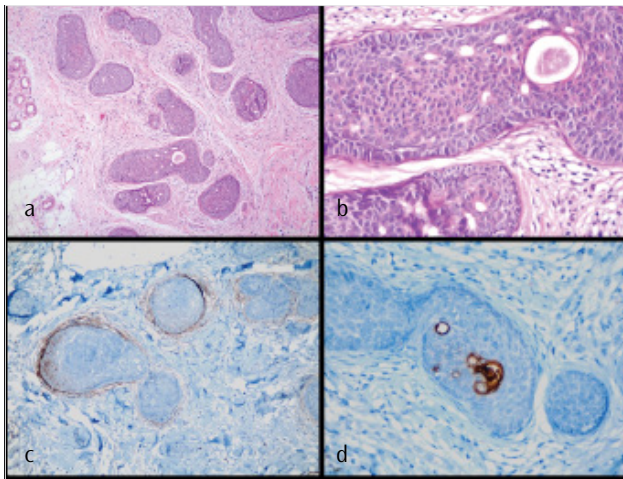
© Telif Hakkı 2016 Makale metnine
www.istanbultipdergisi.org web sayfasından
ulaşılabilir.



Resim 1. a, b. Saçlı deri sağ temporal bölgede plak ve kenarında üzerinde düzensiz pigmentasyon izlenen papül



Resim 2. a, d. (a) İnfiltratif büyüme paterni gösteren bazaloid hücre adalarından oluşan tümör (HEx20); (b) Trikoblastom için karakteristik yaprak benzeri büyüme paterni (HEx100); (c) Tümör hücre adasının ortasında küçük nekroz alanı ve mitotik figürlerde artış (HEx400); (d) Kıl folikülü bulbusunu anımsatan hücre topları (HEx400)



Resim 3. a, d. (a) Primitif papiller mezenkimi andıran bazaloid hücre adalarının çevresinde yoğunlaşan stroma (HEx100); (b) Duktal diferansiyasyon alanları (HEx200); (c) CD 10 ile pozitif boyanan stroma (İmmünohistokimyasal boyama x200); (d) CEA boyası ile gösterilen duktal diferansiyasyon (İmmünohistokimyasal boyama x400)

lan materyalin histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırlar temizdi, lezyon en yakın cerrahi sınıra 2,5 mm uzaklıkta saptandı. Hasta takibe alındı. Hasta onamı alınmıştır.

Tartışma

İlk olarak 1962 yılında Headington ve French kıl matriksinin neoplazmini tanımlamış daha sonra Ackerman ve ark. (2) ise tüm tipleri trikoblastomun alt tipleri olarak toplamıştı (3).

Trikoblastom, BHK morfolojik ve histopatolojik özellikleriyle benzeyebildiğinden, deri tümörlerinin histopatolojik ayırıcı tanısında önemlidir (4). TK, trikoblastomdan farklı olarak BHK'yi andıran daha infiltratif büyüme paterninin izlendiği, dış kök kılıfından gelişen malign epitelyal adneksiyal bir tümördür (5, 6).

Trikoblastik karsinomu, BHK'dan ayıran temel histopatolojik özellikler, epidermal orijinli olmaması, papiller mezenkimal yapıların ön planda olması ve retraksiyon artefaktının görülmesidir (7). Özellikle punch ya da insizyonel biyopsi materyallerinde ayırıcı tanıyı yapacak histolojik özelliklerin hepsi değerlendirilemediği için BHK'lar ile karıştırılabilir.

Trikoblastik karsinom genellikle yüz yerleşimli, ileri yaşta ortaya çıkan, yavaş ilerleyen, asimetric, soliter lezyonlar olarak tanımlanmıştır (8). Olgumuzdaki lezyonun özellikleri literatürle uyumluydu.

Trikoblastik karsinom, düşük ve yüksek dereceli olmak üzere iki farklı formu tanımlanmıştır (1). Düşük dereceli TK, olgumuzda olduğu gibi, trikoblastom morfolojisini göstermekle birlikte daha infiltratif paternde bir tümöral üreyiş gösterirken yüksek dereceli TK'da ise trikoblastom veya trikoepitelyomdan gelişmiş undiferansiye karsinom morfolojisi izlenir (9). Düşük dereceli TK'da lokal rekürrensler bildirilmiş, uzak metastaz bildirilmemiştir. Yüksek dereceli TK'da ise metastaz olabilir (10).

Düşük dereceli TK tedavisi total eksizyondur (8). Hastamıza total eksizyon materyalinde cerrahi sınırlarda tümör hücrelerinin görülmesi nedeniyle re-eksizyon planlandı.

Sonuç

Trikoblastik karsinomlar özellikle lezyonun tamamının değerlendirilemediği punch ya da insizyonel biyopsilerde BHK'lar ile kolayca karıştırılabilirler. Bu nedenle ayırıcı tanılarda akılda bulundurmak gerekir. Bu olguyu literatürde az sayıda bildirildiği ve histolojik olarak BHK'lar ile karıştırılabileceğini vurgulamak için sunmayı uygun bulduk.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - C.L.; Tasarım - E.Ö.; Denetleme - M.S.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - E.Ö.; Analiz ve/veya Yorum - Ü.K.; Literatür Taraması - E.Ö.; Yazıyı Yazan - E.Ö.; Eleştirel İnceleme - S.S., A.E.K.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını belirtmiştir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - C.L.; Design - E.Ö.; Supervision - M.S.G.; Data Collection and/or Processing - E.Ö.; Analysis and/or Interpretation - Ü.K.; Literature Review - E.Ö.; Writing - E.Ö.; Critical Review - S.S., A.E.K.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. Rofagha R, Usmani AS, Vadmal M, Hessel AB, Pellegrini AE. Trichoblastic carcinoma: a report of two cases of a deeply infiltrative trichoblastic neoplasm. *Dermatol Surg* 2001; 27: 663-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Ackerman AB dVP, Chongchitnant N. Trichoblastoma. In: Ackerman AB, editor. *Neoplasms with follicular differentiation*. Philadelphia: Lea & Febiger 1993: p. 359-422.
3. Headington JT. Tumors of the hair follicle. A review. *Am J Pathol* 1976; 85: 479-514.
4. Izikson L, Bhan A, Zembowicz A. Androgen receptor expression helps to differentiate basal cell carcinoma from benign trichoblastic tumors. *Am J Dermatopathol* 2005; 27: 91-5. [\[CrossRef\]](#)
5. Janitz J, Wiedersberg H. Trichilemmal pilar tumors. *Cancer* 1980; 45: 1594-7. [\[CrossRef\]](#)
6. Triaridis S, Papadopoulos S, Tsitlakidis D, Printza A, Grosshans E, Cribier B. Trichoblastic carcinoma of the pinna. A rare case. *Hippokratia* 2007; 11: 89-91.
7. Eduardo Calonje TB, Alexander Lazar, Phillip H Mckee. *Malignant trichoblastoma*. *McKee's Pathology of the Skin - 4th ed.* 2012: 1480-2.
8. Lee KH, Kim JE, Cho BK, Kim YC, Park CJ. Malignant transformation of multiple familial trichoepithelioma: case report and literature review. *Acta Derm Venereol* 2008; 88: 43-6. [\[CrossRef\]](#)
9. Regauer S, Beham-Schmid C, Okcu M, Hartner E, Mannweiler S. Trichoblastic carcinoma ("malignant trichoblastoma") with lymphatic and hematogenous metastases. *Mod Pathol* 2000; 13: 673-8. [\[CrossRef\]](#)
10. Schulz T, Proske S, Hartschuh W, Kurzen H, Paul E, Wunsch PH. High-grade trichoblastic carcinoma arising in trichoblastoma: a rare adnexal neoplasm often showing metastatic spread. *Am J Dermatopathol* 2005; 27: 9-16. [\[CrossRef\]](#)