

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Aurikulada vegetatif kitle: Seboreik Keratoz

Vegetative mass in auricula: Seborrheic Keratosis

İlker Erden¹, Savaş Öztürk¹, Cahit Polat², Haydar Uçak³, Gülçin Cihangiroğlu⁴

ÖZET

Seboreik keratoz çoğunlukla gövdede, daha az sıklıkla ekstremiteler, yüz ve kafa derisinde görülen, epiderminin hiperkeratotik bir lezyonudur. Elli yaşlarında erkek hastada uzun süredir var olan, yavaş büyüyen, sağ aurikulada yerleşimli, 2 cm çaplı, sert, kahverengi-siyah

renkli, kitle saptandı. Histopatolojik inceleme sonucunda seboreik keratoz tanısı kondu.

Anahtar kelimeler: Keratoz, seboreik, aurikula

GİRİŞ

Seboreik keratoz (SK) toplumda çok sık rastlanan etyolojisi bilinmeyen selim epitelyal bir oluşumdur. Genellikle 30 yaşından sonra ortaya çıkan, yaşla birlikte görülme sıklığı ve sayısı artan lezyonlarla karakterizedir. Seboreik keratoz lezyonlarının çoğunluğu asemptomatiktir, çoğunlukla kozmetik açıdan hastayı rahatsız eder [1-3].

Seboreik keratoz tedavisi tıbbi nedenlerden çok genellikle kozmetik nedenlerle yapılmaktadır. Malignite potansiyelinin bulunmaması ve çoğunlukla asemptomatik seyretmesi nedeniyle lezyonlar kendi haline bırakılabilir. Ancak eşlik eden kaşıntı, kanama ya da enflamasyon varsa tedavi öncelik kazanır. Seboreik keratoz tedavisinde kriyoterapi, küretaj, elektrokoter ya da bunların kombinasyonu kullanılmaktadır [4]. Bu yazıda aurikulada yerleşimli seboreik keratoz olgusunu sunmak istedik.

OLGU

50 yaşında, erkek hasta, uzun süredir var olan sağ aurikulada kaşıntılı kabırlıklık şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinden birkaç kez topikal steroid tedavisi aldığı ancak gerileme olmadığı öğrenildi.

ABSTRACT

Seborrheic keratosis is a common hyperkeratotic lesion of the epidermis, that usually occurs in the trunk and less frequently in the extremities, face, and the scalp. An 50-year-old man presented with a long-standing, slowly growing, firm, Brown-black mass, 2 cm in size, located at the skin of the right auricula. Histopathologic examination showed seborrheic keratosis. *J Clin Exp Invest* 2014; 5(2): 320-322

Key words: Keratosis, seborrheic, auricula

Yapılan muayenesinde sağ aurikula ön yüzünde yaklaşık 2 cm boyutunda ciltten kabarık, yüzeyi düzensiz, sınırları düzenli ve üzerinde renk farkı (kahverenginden siyaha değişen) olan filiform yapıda hiperkeratozik kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Dermatoloji konsültasyonu sonrası öneriler doğrultusunda lezyondan biyopsi örneği alındı. Patolojik incelemede fokal parakeratoz ve PNL infiltrasyonu gösteren spongiotik çok katlı yassı epitel görüntüsü ile seboreik keratoz uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 2). Hastaya kriyoterapi yapılarak takibe alındı.



Resim 1. Sağ aurikulada 2 cm çapında hiperkeratozik kitle

¹ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

² Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Elazığ, Türkiye

³ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

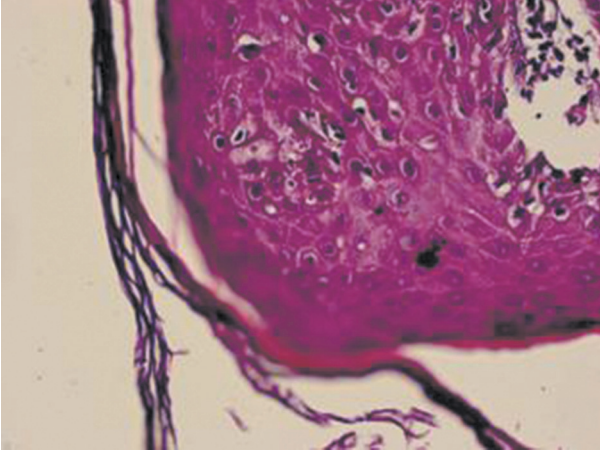
⁴ Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

Correspondence: Savaş Öztürk,

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye Email: drsozturk@gmail.com

Received: 25.11.2013, Accepted: 17.12.2013

Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014, All rights reserved



Resim 2. Fokal parakeratoz ve PNL infiltrasyonu gösteren spongiotik çok katlı yassı epitel

TARTIŞMA

Seboreik keratoz, değişik klinik görünümde olabilir. Başlangıçta soliter olan lezyonlar, ilerleyen yaşla birlikte sayısı artan multipl lezyonlar şeklinde ortaya çıkabilir. Müköz membranlar, el ve ayak tabanları dışında herhangi bir yerde ortaya çıkabilmekte birlikte yüz, boyun, üst ekstremiteler ve gövde özellikle de sırtın üst kısmı en çok etkilenen bölgelerdir [5]. Seboreik keratoz çoğunlukla açık kahverengi olmakla beraber değişik renkler gösterebilir. Kirli sarı, gri, kahverengi ve siyah renkli lezyonlara rastlanabilir [3]. Olgumuzda lezyon aurikulaya yerleşimli, kahverengi-siyah renkli idi.

Yüzey özellikleri lezyonun süresine ve yerleşim yerine göre değişmektedir. Yüzeyi düz, verrüköz ya da polipoid olabilir, bazen de üzerinde fissürler bulunabilir. Lezyonlar keskin sınırlı, genellikle yuvarlak veya oval şekilli, gelişim aşamasına göre makül, papül ya da plak şeklinde olabilir. Başlangıçta lezyonlar küçük, deri renginde veya kahverengi, keskin sınırlı papül iken zamanla daha koyu, deriden daha kabarık ve daha papillomatöz hale dönüşür. Sonunda koyu renkli ve yüzeyleri girintili çıkıntılı plaklar olarak görülürler. Üzerindeki kornifiye materyal yağlı hissi verir. Lezyonlar genellikle 0.5-1.5 cm çaplarındadır ancak 5-10 cm büyüklüğüne de ulaşabilirler. Yüzeylerindeki siyah nokta şeklindeki foliküler tıkaç ve keratin kistleri karakteristiktir. Yüzeyindeki foliküler keratotik tıkaçlar ve deriye adeta yapıştırılmış hissi veren görüntüsü seboreik keratozu diğer pigment lezyonlardan ayırmada önemli bir ipucudur. Seboreik keratoz lezyonlarının çoğunluğu asemptomatiktir. Lezyonlar travmayla ya da psödokistlerin yırtılmasıyla enflamasyon gösterebilir. Kiyafetlerin

sürtünmesi ve intertriginöz bölgelerdeki maserasyon irritasyon yapabilir. İrrite lezyonlar eritemli, ağrılı ya da kaşıntılı olabilir. Kendiliğinden iyileşme nadir olarak görülür. Genellikle belli bir büyüklüğe erişen lezyonlar değişmeden kalır. Gebelik, eşzamanlı enflamatuvar dermatozlar (özellikle eritroderma) ve maligniteler lezyonların artışına neden olabilir. Altta yatan olay tedavi edildiğinde ya da gerilediğinde lezyonlar da gerileyebilir. Aniden ortaya çıkan çok sayıda seboreik keratoz lezyonu ya da mevcut lezyonların büyüklük ve sayısının aniden artması, özellikle kaşıntıyla birlikte olduğunda altta yatan bir malignitenin deri bulgusu olabilir. Bu da 'Leser-Trelat belirtisi' olarak adlandırılmaktadır [6]. Leser-Trelat belirtisi saptanan hastalar gastrointestinal adenokanserler, genitoüriner ve lenfoproliferatif maligniteler açısından araştırılmalıdır [7]. Olgumuzdaki lezyon, yaklaşık 2 cm boyutunda ciltten kabarık, yüzeyi düzensiz, kenarları düzenli ve üzerinde renk farkı (kahverenginden siyaha değişen) mevcut idi.

Seboreik keratoz tanısı genellikle dermatologlar tarafından klinik olarak konulmaktadır. Ayırıcı tanı verruka vulgaris, kondiloma akuminatum, ektrin poroma, skuamöz hücreli karsinom, pigment bazal hücreli karsinom, solar lentigo, melanositik nevus ve melanom ile yapılmalıdır. Atipik lezyonlarda malign melanomdan ayırım şüphesiz zordur [5]. Melanom seboreik keratozu taklit edebildiğinden tanıya ait herhangi bir şüphe mevcut olduğunda mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır [8].

Sonuç olarak aurikula veya yüzde görülen lezyonlarda seboreik keratoz veya diğer lezyonlar yönünden gerekirse histopatolojik inceleme yapılmalı ve tedavi buna göre şekillendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Yeatman JM, Kilkenny M, Marks R. The prevalence of seborrheic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? *Br J Dermatol* 1997;137:411-414.
2. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common benign skin tumors. *Am Fam Physician* 2003;67:729-738.
3. Kwon OS, Hwang EJ, Bae JH, et al. Seborrheic keratosis in the Korean males: causative role of sunlight. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19:73-80.
4. Izikson L, Sober AJ, Mihm MC, Jr., Zembowicz A. Prevalence of melanoma clinically resembling seborrheic keratosis: analysis of 9204 cases. *Arch Dermatol* 2002;138:1562-1566.

5. Konishi E, Nakashima Y, Manabe T, et al. Irritated seborrheic keratosis of the external ear canal. *Pathol Int* 2003;53:622-626.
6. Vielhauer V, Herzinger T, Korting HC. The sign of Leser-Trelat: a paraneoplastic cutaneous syndrome that facilitates early diagnosis of occult cancer. *Eur J Med Res* 2000;5:512-516.
7. Ginarte M, Sanchez-Aguilar D, Toribio J. Sign of Leser-Trelat associated with adenocarcinoma of the rectum. *Eur J Dermatol* 2001;11:251-253.
8. Carrera C, Segura S, Palou J, et al. Seborrheic keratosis like melanoma with folliculotropism. *Arch Dermatol* 2007;143:373-376.