

Pilomatriksoma: Karpal Tünel Sendromunun Nadir Bir Nedeni: Olgu Sunumu

Pilomatrixoma: A Rare Cause of Carpal Tunnel Syndrome: Case Report

Cengiz Işık¹, Ömer Naci Ergin¹, Mustafa Erkan İnanmaz², Emre Bal³

¹ Nusaybin Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Mardin

² Düzce Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, Düzce

³ Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

Özet

Pilomatriksoma kıl foliküllerinin pluripotent prekürsör matriks hücrelerinden gelişen benign, kalsifiye adneksal bir tümördür. Genellikle baş boyun bölgesi ve üst ekstremitelerde derin subkutan yerleşimli veya yüzeysel bir nodül şeklinde ortaya çıkar. Sıklıkla hayatın ilk iki dekadında ve kadınlarda erkeklere oranla biraz daha sık görülür. Tümoral kitleler karpal tünel sendromuna neden olan lokal sebeplerden bir grubu oluşturur. Sunduğumuz bu olguda; karpal tünel yerleşimli ve median sinir sıkışma bulgularına yol açan kitle total olarak çıkarılmış ve patoloji sonucunda pilomatriksoma olarak tanımlanmıştır. Literatürde karpal tünel yerleşimli ve karpal tünel sendromuna sebep olan pilomatriksoma olgusuna rastlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Karpal tünel sendromu, pilomatriksoma, malherbe tümörü

Başvuru Tarihi: 13.01.2011 **Kabul Tarihi:** 18.03.2011

Abstract

Pilomatrixoma is a benign calcified adnexal tumor originating from pluripotent precursor matrix cells of hair follicles. It generally arises as a deep subcutaneous or a superficial nodule localized in the head and neck region or upper extremities. It is frequently seen in the first two decades of life and slightly more common in females than in males. Tumoral masses comprise a group of local causes that give rise to carpal tunnel syndrome. In this case we report; the mass lesion localized in the carpal tunnel producing median nerve compression signs was totally excised and delineated as pilomatrixoma after pathologic examination. No case of pilomatrixoma localized in the carpal tunnel and causing carpal tunnel syndrome was met in the literature.

Keywords: Carpal tunnel syndrome, Pilomatrixoma, Malherbe tumor.

Application: 13.01.2011 **Accepted:** 18.03.2011

Giriş

Pilomatriksoma kıl foliküllerinin pluripotent prekürsör matriks hücrelerinden gelişen benign, kalsifiye adneksal bir tümördür.¹ Genelde baş-boyun ve üst ekstremitelerde derin, subkutan yerleşimli veya yüzeysel nodül şeklinde görülmektedir. Sıklıkla hayatın ilk iki dekadında ortaya çıkmaktadır ve kadınlarda erkeklere oranla biraz daha sık rastlanır.² Klinik olarak çeşitli benign ve malign cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Tümör çıkarıldıktan sonra rekürrensi nadir olarak görülür. Biz bu olguda karpal tünel yerleşimli olup median sinir sıkışma bulgularına yol açan pilomatriksoma tespit ettik. Yapmış olduğumuz literatür taramasında benzer olguya rastlamadık.

Olgu

Altmış dört yaşında bayan hasta sağ el ^{2, 3, 4.} parmaklarında uyuşma, kavrama güçlüğü ve gece ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ve aile hikayesinde önemli bir patoloji yoktu. Yapılan fizik muayenesinde sağ elde karpal tünel sendromu düşündürcek bulgular mevcuttu. Hastanın el bileğinde volarde palpasyon ile sertlik ve şişlik olması nedeni ile 2 yönlü direkt grafi çekildi (*Resim 1*). Hastanın sağ el bileği volarde skafoid seviyesinde 10x10 mm boyutlarında kalsifiye kitle tespit edildi. Magnetik rezonans görüntülemesinde sağ el bileği volarde skafoid anteriorunda derin yerleşimli 10x10 mm boyutlarında yer yer kistik alanların olduğu kalsifiye kitle mevcuttu (*Resim 2*). Hastaya şi-

Resim 1: El bileği lateral x-ray grafide kitle radyo opak olarak el bileği volar kısımda görülmektedir.



Resim 2: El bileği magnetik rezonans görüntülemeye yer yer kistik yapıların gözlendiği kalsifiye kitle skafoid anteriorunda görülmektedir.



kayetlerinin nedeninin tespit edilen kitlenin median sinire bası yaparak meydana geldiği anlatıldı. Kitlenin tamamının çıkarılması ve patolojik incelemesinin yapılması gerektiği anlatıldı. Hasta onamı alındı. Rejyonel anestezi altında longitudinal cilt insizyonu yapıldı. Katlar geçildi ve transvers karpal ligaman açıldı. Median sinir ve karpal tünelin tabanından çıkıp median sinir radial tarafına taşmış olan kitleye ulaşıldı (*Resim 3*). Median sinir ulnar tarafa ekarte edilerek kitle total olarak çıkarıldı. Çıkarılan piyesin patolojik incelenme sonucu pilomatriksoma ile uyumluydu.

Resim 3: Karpal tünel içerisinde median sinire bası yapan pilomatriksoma görülmektedir



Tartışma

Pilomatriksoma pilöz foliküler differansiyasyonla seyreden benign bir tümördür. 1880 yılında Malherbe ve Chenantais tarafından ilk olarak tanımlanmıştır.³ 1961 yılında Forbis ve Helwig tarafından 'pilomatriksoma' olarak yeniden adlandırılmıştır.⁶ Özellikle kadınlarda baş-boyun bölgesinde transparan epidermis altında palpabl nodül olarak ortaya çıkar. İkinci ve altıncı dekatta pik yaparak bimodal dağılım gösterir.⁴ Histolojik olarak bazofilik ve eozinofilik hayal hücrelerin oluşturduğu epitelyal adalar ve kalsifikasyonlarla karakterizedir.⁵ Kural olarak non-herediterdir. Ancak myotonik distrofi ve Gardner sendromuna eşlik eden vakalar bildirilmiştir.^{6,7} Tedavisinde cerrahi eksizyon yeterli bir seçenektir.

Karpal tünel lateralde skafoid kemiğin tüberkülü ve trapeziumun köşesi, medialde hamatumun kancası ile psiform kemik tarafından oluşturulan, tavanı transvers karpal ligaman tarafından örtülen bir kanaldır. Distal bilek çizgisinden başlayarak tenar eminensden çizilen çizginin ortalarına dek uzanan yaklaşık 4 cm'lik uzunlukta bir kanaldır.⁸

Karpal tünel sendromu elin tenar kısmında parestezi, ağrı, musküler atrofi, güçsüzlük, median sinir sahasında his kusuru ile karakterize klinik bir tablodur. Median sinirin karpal tünel içerisinde sıkışması sonucunda oluşur. Bu semptom kompleksi ayrıca elin acroparesteticası, tenar palsy, tardy median palsy, median nöritis, median tenar

nöritis gibi isimlerle adlandırılmaktadır.⁸

Karpal tünel sendromuna yol açan sebepler kabaca iki grupta toplanabilir. Birinci grup lokal nedenler: fleksör retinakulumun kalınlaşması, kolles kırığı, karpal kemik kırıkları, romatoid artrit, osteoartrit, paget hastalığı, neoplazmlar, tenosinovitler, osteofitler, tendon travması sonucu skar oluşumu. İkinci grupta ise sistemik sebepler yer alır, bunlar: diabetes mellitus, gut, amyloidozis, myxödem, akromegali, multiple myeloma, tuberkuloz, gebelik, mukopolisakkaridozdur. Nadir sebepler olarak ise kızamık aşısı sonucu, persistan median arter trombozu, yılan sokması doğum kontrol hapı kullanma sonucu, olduğu bildirilmiştir.⁸

Literatürde yayınlanmış vakalar değerlendirildiğinde pilomatriksoma için; baş, boyun, gövde, üst ve alt ekstremitte, göz kapağı gibi farklı yerleşim yerleri tanımlanmıştır. Bu konudaki en geniş vaka serisi Pirouzmanesh ve arkadaşlarının yaptığı 346 vakalık derleme çalışmasında yayınlanmıştır. Bu çalışmada vakaların % 51'i baş, % 18'i boyun, % 14'ü gövde, % 15'i üst ekstremitte ve % 2'si alt ekstremitte olarak bildirilmiştir. Genel rekürrens oranı % 2-6 iken bu çalışmada % 1,5 olarak belirtilmiştir.^{9,10}

Sonuç olarak karpal tünel pilomatriksoma için atipik bir yerleşim göstermektedir. Karpal tünel sendromu şikayet ve bulguları ile müracaat eden hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Brandner MD, Bunkis J. Pilomatrixoma presenting as a parotid mass. *Plast Reconstr Surg* 1986;78:518-21.
2. Colver, G.B., Buxton, P.K. Pilomatrixoma. *International Journal of Dermatology* 1988;27:177-178.
3. Malherbe A, Chenantais J. Note sur l'epitheliome calcifie des glandes sebacees. *Prog Med* 1880;8:26-28.
4. Sassmannshausen J, Chaffins M. Pilomatrix carcinoma. a report of a case arising from a previously excised pilomatrixoma and a review of the literature. *J Ama Cad Dermatol* 2001;44:358-61.
5. Fernandez-Flores A, Gonzales-Montero JM. Anetodermic variant of pilomatrixoma. *Int J Dermatol* 2005;44:876-877.
6. Chiaramonti A, Gilgor R. Pilomatrixomas associated with myotonic dystrophy. *Arch Dermatol* 1978;114:1363-1365.
7. Rutten A, Wenzel P, Goos M. Gardner.s syndrome with pilomatrixoma-like follicular cysts. *German Haboubi N, Hautarzt* 1990;41:326-328.
8. Açıköz B, Sümer M. Karpla Tünel Sendromu. *Turk Nöroşirurji Dergisi* 2000;10:79-84.
9. Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, Smith EM, Meara JG. Pilomatrixoma: A Review of 346 Cases. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:1784-1789.
10. Yaprak N, Sarı H, Akkaya O, et al. Pilomatrixoma. *Göztepe Tıp Dergisi* 2005;20:244-245.