

EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

Bir milia en plak olgusu

A milia en plaque case

Hülya Cenk¹, Gülbahar Saraç², Nurhan Şahin³

¹Sorgun Devlet Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Yozgat, Turkey

²İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Malatya, Turkey

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(4):1052-1053

Sayın Editör,

Milia en plak (MEP); eritematöz, ödemli, infiltrate bir zeminde çok sayıda grube milyumun ve komedonların da izlendiği plak tarzında nadir bir epidermal tümördür^{1,2}. Primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır. Nevus komedonikus, Favre-Racouchot sendromu, liken planus tumidus follikülaris, trikoadenom, folliküler mikozis fungoides gibi geniş bir ayırıcı tanıya sahiptir³.

Elli yedi yaşında bayan hasta, sol kulak arkasında ensede ve hafif olarak sağ kulak arkasında 1 yıldır bulunan, beyazımsı ve siyah noktacıklar içeren ele gelen kabarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; 4x3 cm ebadında, vertikal uzanımlı, eritemli zeminde, yer yer lineer değişken milimetrik boyutlarda, beyaz renkli papüller ve distalde yoğunlaşmış milimetrik komedonal açıklıkların izlendiği plak (Resim-1) sağ kulak arkasında ise, bir aydır 0,5x1 cm çapında, ensede 6 aydır 4x3 cm ebadında üzerinde milyumlar bulunan plaklar mevcuttu (Resim-2). Özgeçmişinde özellik bulunmayan hasta sorgulandığında; ilaç, travma, radyasyon, topikal krem, parfüm ve tahriş edici madde kullanımı gibi bir öykü alınmadı. Aile öyküsünde benzer bir hastalık yoktu. Laboratuvar değerlerinde rutin testlerin yanında ANA, C3, C4 gibi kollajen doku hastalıkları ile ilgili değerler normal aralıktaydı. Milia en plak ve nevus komedonikus ön tanıları ile biyopsi alındı ve biyopsi sonucunda; keratinize epidermis altında incelenmiş skuamoz epitel ile döşeli, içerisinde keratin lamelleri ve çevresinde iltihabi hücre infiltrasyonu bulunan kistler görüldü (Resim 3). Bu bulgular ile hastaya;

milia en plak tanısı koyuldu. Tedavi olarak, Er: YAG ile 1 ay aralıklarla iki seans ablasyon uygulandı ve hasta tedavi olmak istemediğinden tedavi kesildi.



Resim 1. Eritemli zeminde, üzerinde milimetrik boyutlarda, beyaz renkli papüller ve distalde milimetrik komedonal açıklıkların izlendiği 4x3 cm ebadında plak.

Tanı klinik olarak konulur ve histopatolojide vakamızda da olduğu gibi; keratinle dolu, etrafında mononükleer nfiltrat bulunan epidermal kistlerin görülmesi ile tanı kesinleşir⁴. Literatürde yer alan ayırıcı tanıları; nevus komedonikus, Favre-Racouchot sendromu, liken planus tumidus follikülaris (LPTF), trikoepitelyom, folliküler mikozis fungoides (MF), lokalize steatokistoma multiplaks şeklindedir³. Nevus komedonikus erken yaşlarda, lineer tarzda açık komedonlarla seyreder, Favre-Racouchot sendromunda ise geç başlangıç yaşı, solar elastoz gibi aktinik hasar bulguları ile birlikte kist ve komedonlar izlenmektedir. MEP için bu iki hastalıktan ayırım klinik olarak kolaydır fakat gene de

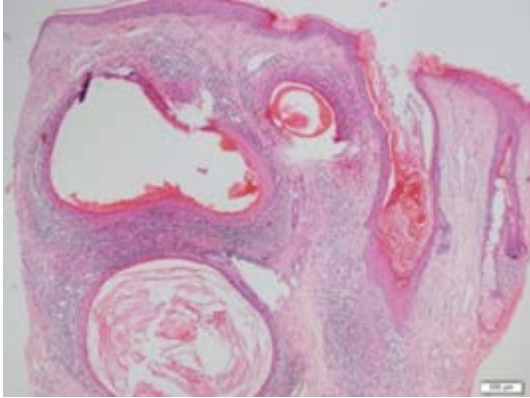
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Hülya Cenk, Sorgun Devlet Hastanesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Yozgat, Turkey. E-mail: hullya86@msn.com

Geliş tarihi/Received: 30.12.2017 Kabul tarihi/Accepted: 14.01.2018

biyopsi gerekebilir². LPTF, liken planusun nadir bir formu olup viyolese zeminde sarımsı beyaz kist ve komedonlarla karakterize olması ve retroauriküler alanı daha sık tutması nedeni ile MEP ile karışabilir. Histopatolojisinde liken pilanopilaris ile uyumlu bulguların olması ile MEP'den ayırt edilebilir⁵. Histopatolojik olarak neoplastik T hücrelerinin görülmemesi ile kist ve komedon içeren folliküler MF ayrılabilir².



Resim 2. Ensede 0,5x1 cm çapında, kulak arkasında 4x3 cm ebadında üzerinde milyumlar bulunan plaklar mevcuttur.



Resim 3. (H&EX40) Keratinize epidermis altında incelmış skuamöz epitel ile döşeli kistler.

Burada sunulan vakada, lezyon klinik olarak ayırıcı tanıları içinden; LPTF, kist ve komedon içeren folliküler MF ve Favre-Racouchot sendromu ile daha uyumlu görünümdeydi. Hastanın güneş maruziyeti öyküsü ve aktinik lezyonların eşlik etmemesi ve yaşının nispeten genç olması ile Favre-Racouchot sendromu düşünülmedi diğer iki ön tanı da histopatolojik olarak ekarte edildi.

Spontan regresyon bildirilmiş olmakla beraber, genelde değişmeden kalmakta olan MEP lezyonları için tedavi olarak sistemik tetrasiklinler, radyofrekans, lazer, kriyoterapi, elektrokoagülasyon, topikal retinoidler ve cerrahi denenmiştir. Bu tedaviler tam kür sağlamamış fakat kozmetik görünüm daha kabul edilebilir hale getirilmiştir^{2,3}.

Sonuç olarak; MEP, etiyojisi henüz tam olarak bilinmeyen, nadir görülen, geniş ayırıcı tanı spektrumuna sahip, tedavisinde literatürde tanımlanmış birkaç vaka dışında, tam iyileşme sağlamamış kozmetik bir problemdir. MEP vaka raporları giderek artmakla beraber, hâlâ nadir görülüyor olması ve ayırıcı tanısının geniş olması nedeni ile akılda bulunması açısından, buradaki vaka paylaşımına değer görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Sandhu K, Gupta S, Handa S. CO2 laser therapy for Milia en plaque. J Dermatolog Treat. 2003;14:253-5.
2. Martins LE, Werner B, Fonseca GP. Milia en plaque. An Bras Dermatol. 2010;85:895-8.
3. Pisauri AM, Alvarez-Gracia A, Ferrandiz-Foraster C, Bassas-Vila J. Milia en plaque on the posterior surface of both auricles following radiation therapy. Actas Dermosifiliogr. 2016;107:156-8.
4. Kautz O, Müller S, Braun-Falco M, Nashan D. Milia en plaque in a linear pattern. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23:1335-6.
5. Jimenez-Gallo D, Albarran-Planelles C, Linares-Barrios M, Martinez-Rodriguez A, Baez-Perea JM, Gonzalez-Fernandez JA. Facial follicular cysts: a case of lichen planus follicularis tumidus? J Cutan Pathol. 2013;40:818-22.