

## Malherbe Tümörü: Gövdede Bir Pilomatriksoma Olgusu

Süleyman BÜYÜKAŞIK<sup>1</sup>, Devrim Ulaş URUT<sup>2</sup>, Ergun ESKİOĞLU<sup>1</sup>,  
Burak KANKAYA<sup>1</sup>, Selin KAPAN<sup>1</sup>, Halil ALIŞ<sup>1</sup>

### Öz

Pilomatriksoma veya Malherbe tümörü kıl folikülünün matriksinden köken alan, benign, kalsifiye, adneksal bir tümördür. Klinik olarak çeşitli benign ve malign cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Tümör çıkarıldıktan sonra nüks nadirdir. Bu çalışmada meme kanseri hikayesi olan bir hastada mastektomi lojuna yakın alanda görülen ve tipik özellikleri göstermediği için meme kanserinin lokal nüksü ön tanısı ile çıkartılan pilomatriksoma olgusu anlatılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Malherbe tümörü, pilomatriksoma

### Malherbe Tumor: A Case of Trunkal Pilomatrixoma

### Abstract

Pilomatrixoma or Malherbe tumor is a benign, calcified, adnexal tumor originating from the hair follicle matrix cells. Clinically, it is misdiagnosed as other benign and malignant skin conditions. Recurrence is rare after complete surgical excision. In this article, a pilomatrixoma case located atypically nearby the mastectomy region mimicking a regional breast cancer metastasis is presented.

**Keywords:** Malherbe tumor, Pilomatrixoma

<sup>1</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

<sup>2</sup>Radyodiagnostik Anabilim Dalı, VM Medical Park Florya Hastanesi, İstanbul.

Yazışma Adresi: Dr. Süleyman BÜYÜKAŞIK, İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, VM Medical Park Florya Hastanesi, Beşyol Mah. İnönü Cad. No: 38, 34295 Küçükçekmece/İstanbul.

Tel: +90530 303 88 63, e-posta: suleyman.buyukasik@iauh.com.tr

Geliş Tarihi: 07 Temmuz 2018; Kabul Tarihi: 11 Eylül 2018

## Giriş

Pilomatriksoma, deri veya derialtı dokulardan gelişen, genellikle sert, yavaş büyüyen, tek, ağrısız, normal cilt ile örtülü, subkutanöz veya dermal nodül şeklinde asemptomatik benign bir tümördür (1). İlk kez (Malherbe ve Chenantais, 1880) tarafından sebase bezlerden oluşan kalsifiye bir tümör olarak tanımlanmıştır (2). (Lever ve Griesemer, 1949), tümörün histolojik tanımını yaparak, köken aldığı hücrenin kıl folikülü matriksi olduğunu göstermişlerdir (3). (Forbis ve Helwig, 1961), pilomatriksoma tanımını öne sürmüşlerdir (4). Tümör kistik veya solid olabilir, genellikle hareketlidir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Çoğunlukla ilk iki dekada, üst ekstremitelerde, baş boyun bölgesinde ve özellikle preauriküler bölgede yerleşim göstermektedir. Bu çalışmada, yerleşimi atipik olan, hikayesinde komşuluğunda meme kanseri operasyonu olduğu için metastaz ayırıcı tanısına giren bir Malherbe tümörü sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

Elli dokuz yaşındaki kadın hasta, sol infraklaviküler bölgede yaklaşık 8 aydır mevcut sert kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinde, 1999'da sağ, 2004'de sol meme kanseri nedeniyle bilateral mastektomi + sağ aksiller diseksiyon + sol sentinel lenf nodu biyopsisi mevcuttu. Sağ memede kas flebi ile rekonstrüksiyon yapılmış olan hastanın, lezyonun bulunduğu sol memesinde önceki ameliyatı sonrası protez ile rekonstrüksiyon yapılmış, ancak postoperatif erken dönemde enfekte olması üzerine, protezin çıkarılmış olduğu ifade edildi. Fizik muayenede bu alanda yaklaşık 10 cm uzunluğunda arka duvara yapışık bir insizyon skarı görüldü. Bu insizyon skarının yaklaşık 5 cm kaudalinde midklaviküler hatta, cilde yapışık 2 cm çapında sert, mobil kitle saptandı. Mastektomi lojunda ya da aksillada başka kitle veya lenfadenopati palpe edilmedi. Dış merkezde onkolojik takipleri yapılmakta olan hastanın bir ay önce yapılan kontrol görüntülemelerinde nüks ya da metastaz lehine bulgu saptanmamış olduğu izlendi. Yapılan yeni ultrasonografi sonucunda sol infraklaviküler bölgede ciltaltı yağlı dokuda lokalize heterojen iç yapıda RDUS incelemede hafif vasküler kodlanma gösteren 12x7.5 mm nodüler lezyon tarif edildi (Resim 1).



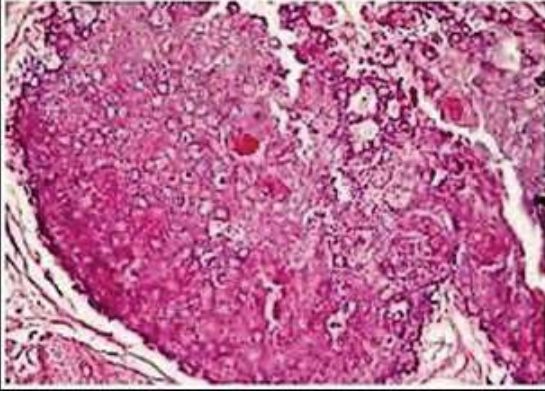
Resim 1: Lezyonun US görüntüsü

Meme kanseri hikayesi ve mastektomi lojuna yakınlığı nedeniyle histopatolojik verifikasyon amacıyla kitleye üzerindeki yapışık cilt dokusu ile birlikte geniş eksizyon yapıldı (Resim 2).



Resim 2: Mastektomi insizyonu ile yeni insizyon arası mesafe

Histopatolojik inceleme sonucunda lezyonun 1.5x1x1 cm ölçülerinde, frajil yapıda, sertçe kıvamlı nodüler pilomatriksoma şeklinde gelmesi üzerine (Resim 3), hastaya rutin onkolojik takibinin devamı önerildi.



**Resim 3:** Lezyonun histopatolojik görüntüsü

### Tartışma ve Sonuç

Genellikle genç yaş grubunda, kadınlarda, üst ekstremitelerde ve baş-boyun bölgesinde görülen pilomatriksoma ayırıcı tanısında sebace kist, kondroma, dev hücreli fibrohistiositik tümör, yabancı cisim reaksiyonları, atipik fibroksantom, ossifiye hematoma, metastatik kalsifikasyon, dermoid kist, metaplastik kemik formasyonu, osteoma kutis, parotis tümörleri gibi geniş yelpazede tümöral oluşumlar göz önünde bulundurulmalıdır (1,2). Çoğunlukla benign olmasına rağmen “pilomatriks karsinom” veya “Malherbe kalsifiye epitelial karsinomu” denilen malign varyantı, ilk defa (Lopansri ve Mihm, 1980) tarafından bildirilmiştir (5). Malign formu nükslerle seyreden lokal agresif tümördür, özellikle akciğere olmak üzere uzak metastaz eğilimi vardır. Benign forma nazaran daha ileri yaşlarda ve erkeklerde daha sık görülür (6).

Benign pilomatriksomaların büyük bölümü 4 cm çapın altındadır ve literatürdeki geniş serilerde yerleşim yeri en sık baş-boyun bölgesi olarak bildirilmiştir (1). Daha sonra azalan sıklıkta üst ekstremiteler, gövde ve alt ekstremitelerde görülür. Genellikle klinik olarak epidermoid kistlere benzerler, insidansının 1/500-924 dermatohistolojik spesimen şeklinde görüldüğü bildirilmiştir.

Benign pilomatriksomada tedavi total eksizyondur, sonrasında genellikle nüks gözlenmez. Üzerini örten cilde yapışık ise rezidü tümör kalmasını önlemek için üzerindeki cilt dokusu ile birlikte çıkartılmalıdır (1). Tekrarlayan olgularda nadiren malign transformasyon gelişebilir. Bizim olgumuzda özellikle metastaz ekartasyonu amaçlı

üzerindeki cildi de içeren geniş eksizyon yapılmıştı. Hastanın yaşı, tümörün yerleşimi ve daha önceki mastektomi lojuna yakınlığı nedeniyle, öncelik ciltte lokal nüks şeklinde düşünülmüştü.

Benign pilomatriksomaların Gardner sendromu, Rubinstein-Taybi sendromu, Sotos sendromu, miyotonik distrofi ve Turner sendromu gibi genetik durumlarla ilişkili olabileceğine yönelik birçok yayın bulunmaktadır. Bu ilişkinin beta-catenin geninde tekrarlayan mutasyonlar sonucu olduğu öne sürülmüştür (6,7).

Sonuçta, pilomatriksoma, nadir görülmemesi, klinik özelliklerinin iyi bilinmemesi, patognomonik bir bulgusunun olmayışı ve çeşitli atipik formlarının bulunması nedeniyle diğer cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Bu olguların tekrarlama ve hatta metastaz riski taşıyan malign varyantı akılda bulundurulurken total eksizyonunun yapılması önemlidir.

### KAYNAKLAR

1. Kulaççı Y, Sever C, Uygur F, et al. Pilomatriksoma: Malherbe tümörü. Turk J Plast Surg 2009; 17: 19-23.
2. Brandner MD, Bunkis J. Pilomatrixoma presenting as a parotid mass. Plast Reconstr Surg 1986; 78: 518-521.
3. Lever WF, Griesemer RD. Calcifying epithelioma of Malherbe, report of 15 cases, with comments on its differentiation from calcified epidermal cyst and on its histogenesis. Arch Derm Syphilol 1949; 59: 506-518.
4. Forbis R Jr, Helwig EB. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). Arch Dermatol 1961; 83: 606-618.
5. Lopansri S, Mihm MC Jr. Pilomatrix carcinoma or calcifying epitheliocarcinoma of Malherbe: a case report and review of literature. Cancer 1980; 45: 2368-2373.
6. Jones C, Tsoon M, Ho W, et al. Pilomatrix carcinoma: 12-year experience and review of the literature. J Cutan Pathol 2018; 45: 33-38.
7. Hassanein AM, Glanz SM. Beta-catenin expression in benign and malignant pilomatrix neoplasms. Br J Dermatol 2004; 150: 511-516.