

VENÖZ YETMEZLİK VE MALİGN EKİRİN POROMA BİRLİKTELİĞİ

Cihangir ALİAĞAOĞLU¹, Sami KARAPOLAT², Mustafa ATASOY³

ÖZET

Ekrin poroma nadir görülen ve ekirin ter bezlerinden kaynaklanan bir deri tümörüdür. Bu tip tümörler oldukça yavaş büyürler ve diğer deri kanserleriyle karışabilirler. Malign ekirin poroma ve venöz yetmezlik beraberliği literatürde şimdiye kadar bildirilmemiştir. Olgumuzda, sol bacak orta-arka kısmında variköz zeminde yerleşmiş ekirin poroma kitlesi mevcuttu. Tanı histopatolojik değerlendirme ile konuldu. Lenf nodu ya da uzak organ metastazı saptanmadı.

Bizler bu makalede 72 yaşındaki bir bayan olguda, sol bacakta venöz yetmezlikle beraber görülen bir ekirin poroma kitlesinin başarılı cerrahi tedavisini sunmaya çalıştık. Bu birlikteliğin tesadüfi olması veya venöz yetmezlik zemininde ekirin poroma gelişmiş olması olasılığı aydınlatılamamıştır. Ancak bu makale ile bu çok nadir birliktelik tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Malign ekirin poroma, venöz yetmezlik, cerrahi

An association of malignant eccrine poroma and venous insufficiency of lower extremity

SUMMARY

Eccrine poroma is a malignant tumour of eccrine sweat glands. It is a very rare, slow growing tumour and clinically resembles other skin cancers. We report a malignant eccrine poroma located on varicose surface of the posterior left leg of a 72 year-old woman. It was diagnosed by histopathological findings. Lymph nodes or distant metastases were not found. Malignant eccrine poroma with venous insufficiency has not been reported in the literature. Although we do not know how venous insufficiency effected the the development of eccrine poroma in our case we discuss this very rare association of eccrine poroma and venous insufficiency.

Key words: Malignant eccrine poroma, venous insufficiency, surgery

Malign ekirin poroma (MEP), ekirin ter bezlerinin kanallarının intraepidermal kısmından kaynaklanan bir tümördür. Oldukça nadir rastlanır. İlk olarak Pinkus ve Mehregan tarafından 1963'te tarif edilmiştir. Literatürde şimdiye kadar bildirilen olgu sayısı 140 civarındadır. MEP genellikle yaşlı popülasyonda görülmektedir. Ortalama görülme yaşı 67'dir. %50 oranında alt ekstremitede görülür. Ancak baş, gövde ve üst ekstremitede de rastlanılabilir.

MEP ter bezlerinin olduğu bölgelerde sık görülmesine rağmen, yüksek miktarda ekirin ter bezi bulunan el ayası ve ayak tabanı gibi bölgelerde çok nadiren görülmektedir. Tümörün karakteristik özellikleri; soliter, yavaş büyüyen, genellikle semptom vermeyen ortalama 110 cm. boyutunda, eritematöz papül, plak ya da nodül tarzında lezyonların olmasıdır. Polypoid, verrüköz ya da yüzeyi ülser görünümde olabilir. Bazı olgularda uzun süredir mevcut olan poroma kitlesinin malign özellik kazandığı bilinmektedir.^{1,2}

Gelişmiş ülkelerde ortalama %1020 oranında alt ekstremitelerde yüzeyel ya da derin venöz yetmezlik ve variköz venlere rastlanmaktadır. Kronik venöz yetmezlik, yüzeyel veya derin venöz sistemlerdeki kapakçıklardaki fonksiyon kaybı sonucu oluşabilmektedir. Primer variköz venler genellikle normal derin venöz sistemle birliktedir. Ancak sekonder variköz venler, sıklıkla kronik derin venöz

yetmezliğin bir komplikasyonudur. Tanı fizik muayene ve Doppler ultrasonografi ile kolayca konulmaktadır.³

MEP'in variköz bir yüzeyde gelişimi literatürde şimdiye kadar tariflenmemiştir.

OLGU

72 yaşındaki bayan olgu sol bacağının orta-arka bölümündeki polypoid kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kitlenin bir yıl önce ortaya çıktığı ve devamlı olarak büyüdüğü öğrenildi. Olgunun sol bacağında 1213 yıldır ödem mevcuttu ve kronik venöz yetmezlik tanısı ile tedavi almaktaydı. Kitlenin ortaya çıkmasından sonra ödemin miktarında artış olmadığını belirten olguda travma, radyasyon tedavisi ya da immüsupresif tedavi öyküsü yoktu.

Fizik incelemede sol bacak ödemli idi ve sağ bacakla kıyaslandığında anlamlı çevre farkı mevcuttu. Bacığın orta-arka bölümünde pembe renkte, ciltten kabarık 5x4x3 cm. boyutlarında polypoid bir kitle tespit edildi. Lezyonun üzerinde minimal kanama odakları bulundu. Mavi-mor renkteki venöz pakeler lezyonun etrafında yaygın olarak gözlemlendi (Resim 1). Bölgesel lenf nodlarında patoloji tespit edilmedi.

Olgunun bütün hematolojik ve biyokimyasal testleri normal sınırlardaydı. Doppler ultrasonografide, Valsalva manevrası ile popliteal

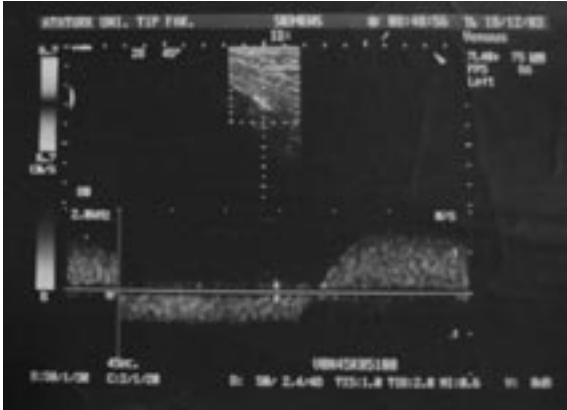
¹Numune Hastanesi, Deri Hastalıkları Kliniği, ERZURUM

²Numune Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, ERZURUM

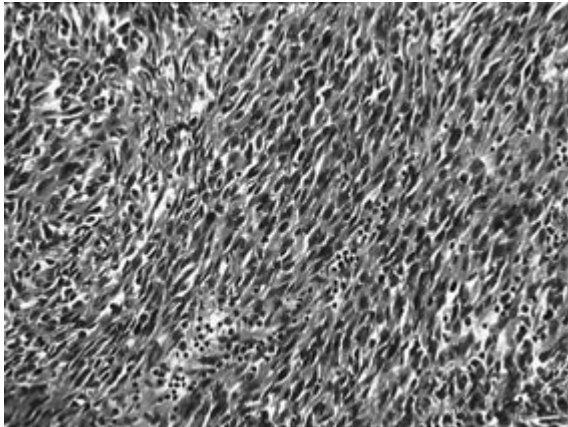
³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, ERZURUM



Resim 1. Sol bacadaki polypoid kitle ve venöz yetmezliğin sebep olduğu ödem ve venöz pakeler.



Resim 2. Doppler ultrasonografide popliteal vendeki reflü görünümü.



Resim 3. Resmin üst kısmına doğru yayılan pleomorfik atipik hücreleri içeren intradermal tümör komponenti (Hematoxylin Eosin x 100).

vende reflü tespit edildi (Resim 2). Batın ve inguinal lenf nodlarının ultrasonografisi ile kontrastlı lenfanjiyografide patoloji yoktu. Kemik sintigrafisi, toraks-batın tomografileri ve beyin magnetik rezonans görüntülemeleri de normaldi.

Bunun üzerine olgudan tanısal amaçlı insizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik değerlendirmede; düzensiz boyut ve şekillerde olan ve intraepidermal alanlarda yoğunlaşan ve dermisi invaze eden basaloid hücreler gözlemlendi. Yüksek büyütmede iki tip hücre gözlemlendi: Küçük, koyu ve yuvarlak poroma hücreleri ve büyük, soluk ve pleomorfik kutiküler hücreler. Epidermisten dermisen derinliklerine doğru uzanan hiperkromatik nükleuslu poligonal hücreler de dikkati çekmekteydi. Ek olarak nükleer atipi ve mitotik figürler tespit edildi (Resim 3). Bütün bu histopatolojik bulgular MEP ile uyumlu idi.

Tümör dokusu, spinal anestezi altında çevresinde 2 cm.lik sağlam cilt dokusunu ve derin fasyayı da içeren oval bir insizyonla çıkarıldı. Oluşan defekt primer olarak kapatılmayınca Z- plasti uygulandı. Operasyon esnasında kanama olmadı. Toplam operasyon süresi 40 dakika idi. Postoperatif dönemde problem yaşanmadı ve hasta 4. gün taburcu edildi. Olgu bir yıllık takip sonunda semptomsuzdu.

TARTIŞMA

MEP akrosiringiumdan köken alan ter bezlerinin nadir görülen bir malign tümördür. Sıklıkla alt ekstremitelerde görülür. Diğer sık görüldüğü bölgeler ise baş, üst ekstremiteler, gövde ve batındır.^{2,4} Alt ekstremiteler ve baş bölgesi ter bezlerinden fakir olmalarına rağmen sık etkilenirler.⁵ Bizim olgumuzda tümör sol alt ekstremitede yerleşmişti.

Bu tip tümörler herhangi bir yaşta görülebilirler. Ancak yaşlı popülasyonda daha sık rastlanırlar. MEP primer tümör olarak gelişebilir veya benign ekkrin poromanın malign dönüşümü sonucu oluşabilir.^{2,4} Olgumuz yaşlıdır ve tümör de primerdir.

MEP karnabahar benzeri infiltrasyon gösteren bir nodül veya sıklıkla ülser olup kanayabilen polypoid bir kitle şeklinde ortaya çıkabilir. Multinodularite, ülserasyon ve hızlı büyüme hem lokal nüks hem de metastaz için risk teşkil etmektedir.^{2,4,6} Bizim olgumuzda tümör polypoid vasıfta idi.

Ekkrin poromanın oluşumunda radyasyon ve travmanın etkileri eskiden beri bilinmektedir. Ek olarak immünespresif ajanların ekkrin poromanın malign dönüşümünde rol oynadığı düşünülmektedir.^{7,8}

MEP'in nüks ihtimali %20'dir. Vakaların %6-7'sinde bölgesel lenf nodu metastazı vardır ve bu durumda mortalite oranı %67'dir. Uzak organ metastazı nadirdir.²

Klinik olarak ekkrin poroma; bazal hücreli karsinoma, amelanotik melanoma, fibroma, squamoz karsinoma, seboreik keratozis ve kronik ülserlerle karışabilir.^{1,6}

Ektrin poromanın histopatolojik değerlendirmesinde nükleer atipinin olması ve lezyonun uç kısımlarındaki infiltrasyonlar malignite lehinedir.⁹ Bununla birlikte Abenzoza ve Ackerman kutiküler hücrelerde nadiren de olsa nükleer polimorfizme rastlanabileceğini ve sadece histopatolojik değerlendirme ile ektrin poromada malignite tanısının konulamayacağını belirtmişlerdir.¹⁰ Bizim olgumuzda yapılan histopatolojik değerlendirmede tümör basaloid hücrelerden oluşmaktaydı ve mitotik figürler ve nükleer atipi gözükmekteydi.

Son zamanlarda lenfödem ve MEP birlikteliği rapor edilmiştir. Bu durumun sebebi olarak tekrarlayan sellülit atakları gösterilmiştir. Yazarlar artmış lenfödem nedeniyle lenfatik metastazdan şüphelenmişlerdir.¹¹

Prognoz değişkendir. Klasik tedavi yöntemi tümör negatif kenarların olduğu geniş eksizyondur. Geniş eksizyonlar, hem lokal nüksü hemde uzak organ metastazını engellemektedir. Metastatik MEP'te kesin bir tedavi metodu yoktur. Dactinomycin, doxorubicin, 5-fluorouracil, cisplatinum ve cytarabine kemoterapide kullanılan ajanlardır. 13-cis retinoic asit kısmi bir remisyon sağlayabilir. Interferon alfa ve CO₂ lazer tedavide faydalı bulunmuştur. Isotretionin ve interferon alfanın kombinasyonu tercih edilmektedir.⁴

Venöz ülserlerde zaman içerisinde malignite gelişimi iyi bilinmektedir.¹² MEP ve venöz yetmezlik birlikteliği literatürde şimdiye kadar tarif edilmemiştir. Bizim olgumuzda MEP'in bulunduğu bölgede travma veya ülsere bir lezyon öyküsü yoktu. Bizler MEP gelişiminde venöz yetmezliğin etkisi hakkında henüz bilgi sahibi değiliz. Ancak bu nadir birlikteliğin üzerinde durulması ve bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Grimme H, Petres A, Bergen E, Wiemers S, Schopf E, Vanscheidt W. Metastasizing porocarcinoma of the head with lethal outcome. *Dermatology* 1999;198:298300.
2. Goel R, Contos MJ, Wallace ML. Widespread metastatic eccrine porocarcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:2524.
3. Nicolaides A, Belcaro C, Chan P. Chronic deep venous insufficiency. In: Haimovici H, Ascer E, Hollier LH, Strandness DE, Towne JB, editors. *Haimovici's Vascular Surgery*, 4th ed. Blackwell Science, Massachusetts, 1996:124250.
4. Sahin MT, Turel A, Gunduz K, Kandiloglu AR, Ozturkcan S. Malignant eccrine poroma in an unusual location. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16:6313.
5. Perna C, Cuevas J, Jimenez-Heffernan JA, Hardisson D, Contreras F. Eccrine porocarcinoma (malignant eccrine poroma). *Am J Surg Pathol* 2002;26:2724.
6. Wong MW, Tse GM. Eccrine poroma: a differential diagnosis in chronic foot lesions. *Foot Ankle Int* 2003;24:78992.
7. Nemoto I, Akiyama N, Aoyagi S, Nomura T, Shimizu

- H. Eccrine porocarcinoma and eccrine poroma arising in a scar. *Br J Dermatol* 2004;150:12323.
8. Guimera Martin-Neda F, Garcia Bustinduy M, Noda Cabrera A, Sanchez gnant woman. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:1246.
9. Watanabe T, Murakami T, Okochi H, Kikuchi K, Furue M. Eccrine poroma associated with Bowen's disease. *Int J Dermatol* 2004;43:4723.
10. Abenzoza P, Ackerman AB. Neoplasms with Eccrine Differentiation. Lea&Febiger, Philadelphia, 1990:11385
11. Ameen M, Kwan J, Mortimer PS. Metastatic eccrine porocarcinoma presenting with lymphoedema. *Br J Dermatol* 2004;150:6079.
12. Coffman JD, Eberhardt RT. Cutaneous changes in peripheral vascular disease. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. *Dermatology in General Medicine*, 6th ed. Mc Graw Hill Inc, New York, 2003:163450.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Sami KARAPOLAT
Numune Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği,
ERZURUM

Tel : 442 3166333

E-posta : samikarapolat@yahoo.com

Geliş Tarihi : 12.03.2006

Kabul Tarihi : 04.07.2006