

¹ Deniz TİHAN

Cildin İyi Huylu Nadir Görülen Tümöral Lezyonu: Pilomatriksoma: Olgu Sunumu

² Didem AYDOĞDU

An Uncommon, Benign, Cutaneous Tumor: Pilomatrixoma: A Case Report

³ Havva ERDEM

¹ Batman Gercüş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Birimi, BATMAN

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

³ Batman Bölge Hastanesi, Patoloji Birimi, BATMAN

ÖZET

Pilomatriksoma, cildin kıl matriksinden köken alan iyi huylu ve nadir görülen tümöral lezyonudur. "Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması" olarak da bilinir. Sıklıkla baş-boyun bölgesinde cilt altında mobil, düzgün sınırlı ağrısız kitle şeklinde ortaya çıkar. Bununla beraber vücudun kıl folikülü içeren her hangi bir cilt bölgesinden kaynaklanabilir. Çoğunlukla, ameliyat öncesi net bir tanı konulması mümkün olmaz. Nitekim bu yazıda, sol kolda lipomatöz bir kitle ile polikliniğe başvuran 12 yaşındaki bir çocuğa uygulanan eksizyonel biyopsi sonrası histopatolojik incelemelerde pilomatriksoma tanısı alan olgu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: pilomatriksoma, Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması, selim cilt tümörleri, shadow hücreler, bazaloid hücreler

ABSTRACT

Pilomatrixoma, is an uncommon, benign, cutaneous tumor originating from the hair matrix. It is also known as "Calcifying Epithelioma of Malherbe". Usually this lesions are circumscribed, mobile and painless, presenting as a mass in the head and neck region. However, it may occur from any part of the skin which includes hair follicules. A precise preoperative diagnosis is usually not possible. Likewise, the emphasis of this report is to present one of these cases; a lesion in the left arm skin of a 12-year-old male whose preoperative diagnose was a lipoma.

Key words: pilomatrixoma, calcifying epithelioma of Malherbe, benign cutaneous lesions, shadow cells, basaloid cells

GİRİŞ

Pilomatriksoma, genellikle asemptomatik seyreden, sert ya da yarı sert, hareketli ve düzgün sınırlı cilt ya da cilt altı konumlu tümöral lezyon olarak görülür (1-3). Tipik olarak baş boyun bölgesinde lokalize olur, ancak vücudun kıl folikülü içeren herhangi bir bölgesinde de ortaya çıkabilir (2, 4). Çoğunlukla 3 cm'den küçük olan bu tümörler, nadiren çok sayıda ve büyük boyutlarda olabilirler (5). Selim tümörler olmakla birlikte, literatürde pilomatriks karsinoma olguları bildirilmiştir (6-8).

Bu lezyonlara klinik olarak tanı koymak zordur. Fizik muayenede ayırıcı tanıya dermoid ve sebace kistler, lipomlar, kondromlar, metastatik kalsifikasyonlar, lenfadenopatiler ve yabancı cisim reaksiyonları girer (3, 9). Kesin tanı histopatolojik incelemenin sonunda konulur. Bu nadir ve farklı oluşumun klinisyenler tarafından tanınması ve ameliyat öncesi ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması önemlidir.

OLGU

On iki yaşında erkek çocuk, 3 yıldır sol kolunda ele gelen şişkinlik ifadesiyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sol üst kol lateralinde, cilt altında yaklaşık 2x1.5 cm ebatlarında mobil, düzgün sınırlı, sert kitle lezyon saptandı. Anamnezinde ve fizik muayenesinde başka özellik saptanmadı. Hastanın biyokimyasal parametreleri normal referans değerler içerisindeydi. Kitleye eksizyonel biyopsi yapılmasına karar verildi ve hasta, sol kolda lipom ön tanısıyla servise yatırıldı. Ameliyathane koşullarında,

Submitted/Başvuru tarihi:
13. 09. 2010
Accepted/Kabul tarihi:
01.12.2010
Registration/Kayıt no:
10 09 152

Corresponding Address /Yazışma Adresi:

Dr. Deniz TİHAN
Batman Gercüş Devlet
Hastanesi, Genel Cerrahi
Birimi, BATMAN
e-posta: dtihan@yahoo.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

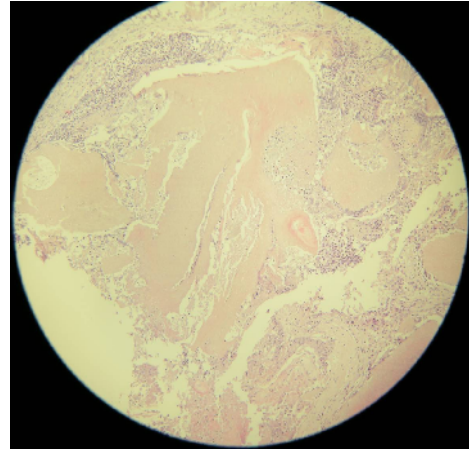
sedasyon ve lokal anestezi altında kitle eksize edildi. Eksizyon materyali, makroskopik incelemede krem renginde, düzgün yüzeyli, kesit yüzeyi kalsifiye görünümlü 1.8x1.2x1 cm ebatlarında tümöral lezyon olarak değerlendirildi. Piyes, histopatolojik değerlendirme için patoloji laboratuvarına gönderildi. Mikroskopik incelemede, kesitlerde kalsifikasyon ve ossifikasyon alanları, multinükleer dev hücreler, bazaloid hücreler, “shadow” hücreleri ve bir alanda çok katlı yassı epitel izlendi (Resim1-3). Bu bulgular ışığında eksizyonel biyopsi materyalinin pilomatriksoma ile uyumlu olduğu düşünüldü. Hastaya başka girişimde bulunulmadı. İşlem sonrası 10. gününde cilt dikişleri alındı. Düzenli olarak poliklinik takibine alınan hasta, halen genel cerrahi polikliniğinde sorunsuz takip edilmektedir.

TARTIŞMA

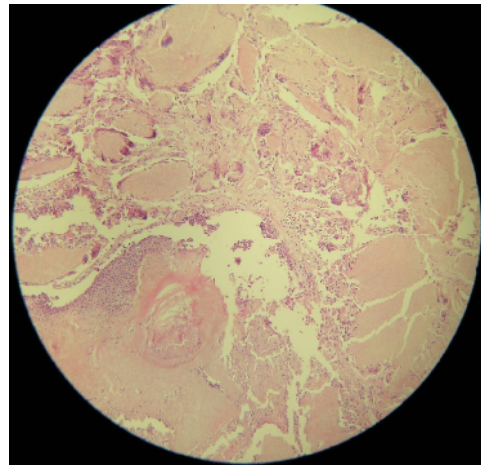
Pilomatriksoma, ilk olarak Malherbe ve Chenantois tarafından sebace bez kaynaklı bir tümöral lezyon olarak 1880 yılında tarif edilmiştir (10). Bu nedenle lezyon, “Malherbe’nin kalsifiye epitelyoması” adıyla da anılmaktadır. Dubreuilh and Cazenave, 1922 yılında bazaloid ve “shadow” hücrelerden oluşan lezyonun kendine has histopatolojisini tanımlamışlardır. Turhan ve Krainer ise 1942 yılında, tümörün kıl matriksinden köken aldığını ortaya koymuş, 1961’de ise Forbis ve Helwig lezyonu bugün de kullanılan “pilomatriksoma” adıyla tanımlamışlardır (9). Pilomatriksomanın insidensi yaklaşık olarak 1/2000’dir (11).

Klinik olarak bu lezyonlar kendilerini tek, hareketli, yavaş büyüyen, düzgün sınırlı ve ağrısız ciltaltı küçük tümöral kitleler olarak gösterirler. Olguların yarısından fazlası baş-boyun bölgesi konumundadır. Lezyonların %37’si ekstremitelerde, %10’u da gövdede yerleşirler (2). Çoğu hasta 2 yaşın altındadır, olguların %60’ı ise 10 yaşın altındadır (12). Lezyonlar genellikle 3 cm’den küçüktürler (1, 2, 14). Ancak çapı 15 cm’e ulaşan dev pilomatriksoma olguları da rapor edilmiştir. Her ne kadar bu lezyonların çoğu sporadik ise de, ailevi pilomatriksoma olguları bildirilmiştir ve bunların bir çoğunun da sarkoidoz, Gardner, Rubinstein-Taybi veya Turner sendromuyla birlikteliği dikkat çekmektedir (2, 11, 15).

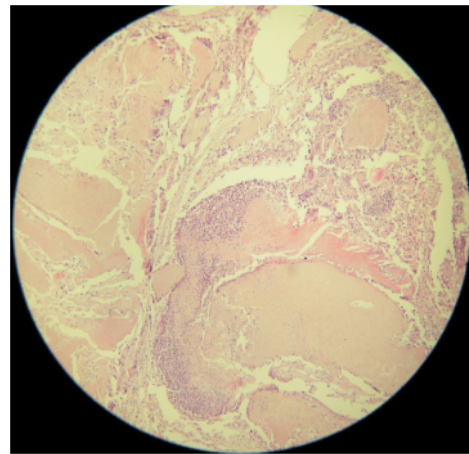
Bugün bu lezyonların, pluripotent primitif epidermal germ hücrelerinin kıl matriksi hücrelerine başkalaşmaları sonucu ortaya çıktıkları düşünülmektedir (16). Kıl folikülleri, dermisin içine kadar uzanan epidermal yapılarıdır. Bu nedendir ki, pilomatriksomalar dermiste ya da subkutanöz doku içerisinde yerleşik lezyonlar olarak karşımıza



Resim 1: Kalsifikasyon ve ossifikasyon alanları ve “shadow” hücreler (Hemotoksilen-Eozin x100)



Resim 2: Bazaloid hücreler yanısıra multinükleer dev hücreler ve kalsifikasyon alanları (Hemotoksilen-Eozin x200)



Resim 3: Periferik bazaloid hücreler ve “shadow” hücreler (Hemotoksilen-Eozin x200)

çıklarlar. Mikroskopik inceleme tipiktir: merkezde keratin bir çekirdek çevresinde bulunan periferik yerleşimli bazofilik (bazaloid) hücreler. Bu bazofilik hücrelerin keratinizasyonu sonucu “shadow” ya da “ghost” olarak isimlendirilen ve pilomatriksoma için patognomonik olan hücreler meydana gelir. Bu belirgin sınırları olan nukleuslarının kaybetmiş hücrelerin sitoplazmalarında koyu renkli keratin depozitleri göze çarpar. Çevrede inflammatuar hücreler ve kalsifikasyon alanları görülür (12, 17). Uygun tedavi, lezyonun cerrahi eksizyonudur. İyi sınırlı olduğundan, lezyon çoğunlukla kolayca eksize edilir. Eğer lezyon tam olarak çıkartılmışsa rekürrens görülmez. Eğer eksizyon sırasında çevre dokularla yaygın yapışıklıklar olduğu görülürse ya da eksizyon sonrası nüks gelişirse malign pilomatriksoma ya da pilomatriks karsinoma düşünülmelidir (9, 12). Kliniğe, olgudakine benzer şikayetlerle başvuran hastalar iyi bir anamnez ile değerlendirilmeli; fizik muayenede cilt altında düzgün sınırlı, sert ve hareketli kitle saptandığında, bu az rastlanır antite de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurularak tetkik ve tedavi planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:191-5.
2. Yencha MW. Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57(2):123-8.
3. Silva TA, Moraes Júnior EF, Consolaro A, Lara VS. Pilomatricoma of the auricular region: case report. *Braz Dent J.* 2003;14(3):223-6.
4. Yoshimura Y, Obara S, Mikami T, Matsuda MS. Calcifying epithelioma (pilomatrixoma) of head and neck: analysis of 37 cases. *Brit J Oral Maxillofac Surg.* 1997;35:429-32.
5. Yuca K, Kutluhan A, Cankaya H, Akman E. Giant pilomatrixoma arising in the preauricular region: a case report. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2004;12(5-6):147-9.
6. Waxtein L, Vega E, Alvarez L, Cortes-Franco R, Hojyo T, Dominguez-Soto L. Malignant pilomatricoma: a case report. *Int J Dermatol.* 1998;37(7):538-40.
7. Aherne NJ, Fitzpatrick DA, Gibbons D, Armstrong JG. Pilomatrix carcinoma presenting as an extra axial mass: clinicopathological features. *Diagn Pathol.* 2008;3:47.
8. Autelitano L, Biglioli F, Migliori G, Colletti G. Pilomatrix carcinoma with visceral metastases: case report and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62(12):e574-7.
9. Kaveri H, Punnya A. Pilomatricoma: a dermal analog of calcifying odontogenic cyst. *Indian J Dent Res.* 2008;19(3):261-3.
10. Malherbe A, Chenantois J. Noe sur l'epitheliome calcifie des glands sebaces. *Prog Med.* 1880;8:826-8.
11. Kethley JL, Gamble JW, Grafton WD. Pilomatrixoma (Calcifying Epithelioma of Malherbe). *J Oral Surg.* 1978;36:618-20.
12. Singh B, Tolete-Velcek F, Alexis R. Pathological case of the month. Pilomatrixoma. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149(5):551-2.
13. Brandner MD, Bunkes J. Pilomatrixoma presenting as a parotid mass. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78:518-21.
14. Krausen AS, Ansel DG, Mays BR. Pilomatrixoma masquerading as a parotid mass. *Laryngoscope.* 1974;84:528-38.
15. Bengtzen AR, Grossniklaus HE, Bernardino CR. Multiple pilomatrixoma in Turner syndrome. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2009;25(3):229-30.
16. Forbes R Jr, Helwig EB. Pilomatrixoma (calcifying epithelioma). *Arch Dermatol.* 1961;83:606-18.
17. Solanki P, Ramzy I, Durr N, Henkes D. Pilomatrixoma: cytologic features with differential diagnostic considerations. *Arch Pathol Lab Med.* 1987;111:294-7.