

OLGU YAZISI / CASE REPORT

SKALPTE ATİPİK FİBROKSANTOM OLGUSU

ATYPICAL FIBROXANTHOMA IN SCALP

Özben YALÇIN, Rabia YAKAR, Canan TANIK, Fatih Mert DOĞUKAN, Fevziye KABUKÇUOĞLU

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

ÖZ

Atipik fibroksantom nadir görülen, düşük dereceli bir neoplazm olup, sıklıkla güneşe maruz kalan yaşlı hastalarda görülmektedir. Fibroblastlardan kaynaklanan bu hastalığın tanısında klinik, histopatolojik ve immünokimyasal özelliklerinin incelenmesi ve böylece karsinom, melanom, malign fibröz histiyositom gibi malign bazı tanılardan ayrılması gerekmektedir. Olguların büyük çoğunluğu benign olup metastaza nadir olarak rastlanmaktadır. Çalışmamızda 75 yaşında bir erkek hastada 1,5 ay önce parietal alanda ortaya çıkan, başvuru sırasında palpasyonla sert üzeri hafif kanamalı ağrısız nodüler lezyon ile prezente olan atipik fibroksantom olgusu klinik ve patolojik bulgular eşliğinde sunulmuştur. Olgunun metastatik lezyonu, lenfovasküler veya derin invazyonu bulunmamaktadır. Tartışma bölümünde vaka ayırıcı tanı açısından diğer bir takım hastalıklarla histopatolojik ve immünokimyasal olarak karşılaştırılmıştır. Son olarak seçilen cerrahi tedavi yöntemin yeterliliği değerlendirilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Atipik fibroksantom, skalp, düşük dereceli neoplazi

ABSTRACT

Atypical fibroxanthoma is an uncommon neoplasm generally found in elderly patients on sun-exposed areas. Both clinical, histopathological and immunohistochemical features of this fibroblastic process should be assessed in order to be able to diagnose and differentiate it from a number of malignant entities such as carcinoma, melanoma and malignant fibrous histiocytoma. The majority of cases of atypical fibroxanthoma are benign, and metastasis is a rare phenomenon. In this report a 75 year old male patient complaining of a parietally located, painless, mildly hemorrhagic, hard nodular lesion for 1,5 month diagnosed as atypical fibroxanthoma is presented with its clinical and histopathological findings. There was no metastatic lesion, lymphovascular and deep invasion areas microscopically. In the discussion part, the diagnosis was compared with some other entities in histopathological and immunohistochemical manner with regard to differential diagnosis. Lastly the adequacy of the chosen surgical method for the case is discussed and commented.

KEYWORDS: Atypical fibroxanthoma, scalp, low grade neoplasia

Geliş Tarihi / Received: 10.02.2015

Kabul Tarihi / Accepted: 16.03.2016

Yazışma Adresi / Correspondence: Fatih Mert Doğukan, Asistan Hekim,
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İSTANBUL
fmdogukan@hotmail.com

GİRİŞ

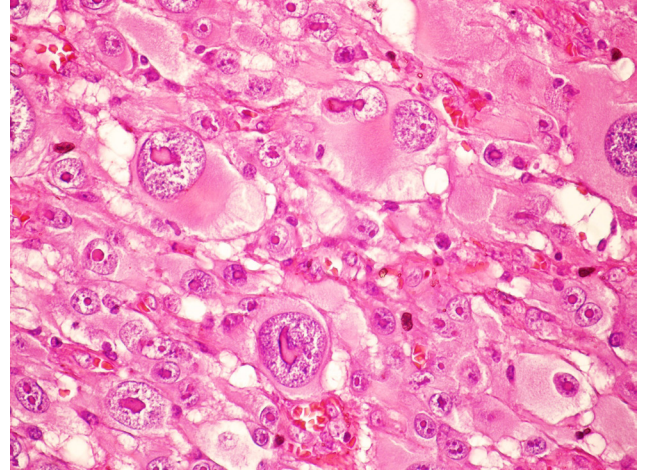
İlk defa Helwig tarafından 1963'de tanımlanan atipik fibroksantom, köken aldığı bizar ksantom hücrelerine rağmen benign reaktif bir süreç olarak tarif edilmiştir (1). Atipik fibroksantom genellikle yaşlı beyaz erkeklerde görülmekle birlikte genç hastalarda ikinci pik görülür. Olguların büyük çoğunluğu güneşe bağlı hasar ile ilişkilidir (2). Tipik olarak soliter, sıkı eritematöz nodül olarak prezente olmakla birlikte hızlı büyüyüp, ülserleşebilir (3). Bu çalışmada, pyojenik granulom, malign melanom ön tanıları ile eksizyonel biyopsi sonrası atipik fibroksantom tanısı alan olgunun literatür eşliğinde gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

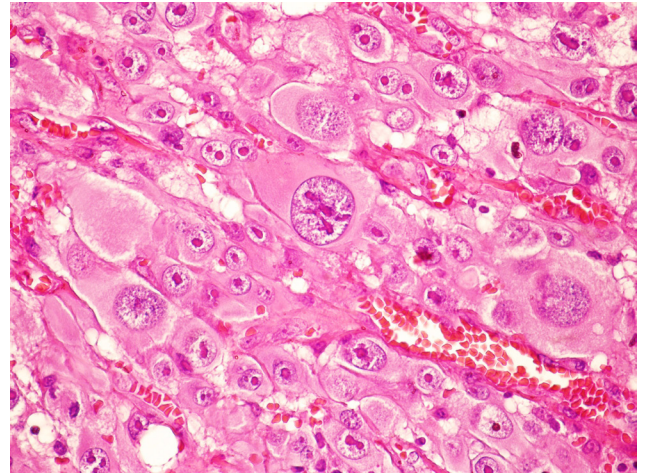
Bilinen dahili bir hastalığı olmayan 75 yaşında erkek hasta yaklaşık 1.5 aydır skalpte kitle şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede skalp parietal alanda 3x2 cm boyutlarında, yüzeyden kabarık, sınırları düzensiz, palpasyonla sert, ağrısız kitle tespit edildi. Anamnezinde kitlenin yaklaşık 1.5 aydır olduğu ve yakın zamanda travma sonrası kanama geliştiği öğrenildi. Klinik ön tanıya pyojenik granulom ve malign melanom alınarak eksizyonel biyopsi yapıldı. Makroskopide 3x1.4x1 cm boyutlarında eksizyonel biyopsi materyalinin ortasında cerrahi sınırlardan uzak, yüzeyde ülser izlenen, 1.5x 1.5x1 cm boyutunda, kahve- mor renkli nodüler lezyon görüldü. Mikroskopide yüzeyde ülser izlenen, polipoid gelişim gösteren, büyük, atipik, pleomorfik, yer yer bizar hücrelerden oluşan arada atipik mitozların eşlik ettiği infiltrasyon izlendi (**Şekil 1-2**). Uygulanan immunohistokimyasal çalışma sonucunda infiltrasyonu oluşturan hücreler CD68, vimentin ile pozitif boyanırken, bu hücrelerde CD34, HMB45, Melan-A, S100, ALK, CD30, sitokeratin ile boyanma görülmedi (**Şekil 3**). Olgu atipik fibroksantom ile uyumlu bulundu. Lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon görülmedi. Cerrahi sınırlarda tümör görülmedi. Hasta tedaviden 6 ay sonra halen tam yanıtta izlenmektedir.

TARTIŞMA

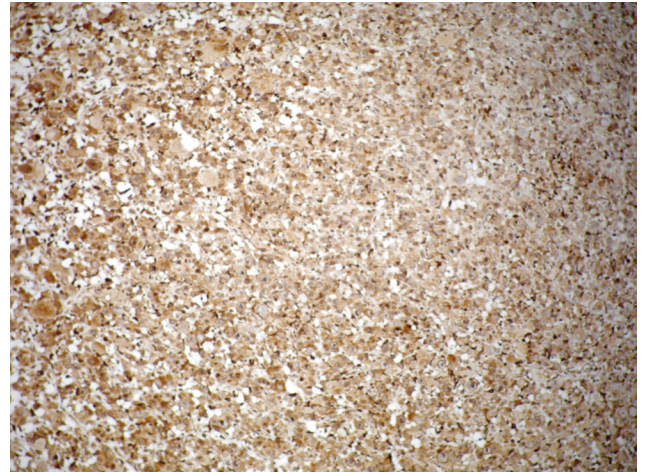
Atipik fibroksantom vakaları seyrek rekürrens gösterip, nadir metastaz yaparlar (4). Helwig



Şekil 1: Bizar nükleuslu atipik hücreler h&e 40x



Şekil 2: Bizar nükleuslu atipik hücreler h&e 40x



Şekil 3: Bizar nükleuslu atipik hücreler h&e 40x

ve May'in yaptığı metastaz yapan 8 olgulu çalışmada; nekroz, derin invazyon, vasküler invazyon, sık rekürrens oranının metastazda önemli olduğu vurgulanmıştır (5). 140 vakalı bir seri çalışmada da 9 olguda rekürrens bildirilmiştir (6). Klinik olarak skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, malign melanoma, malign

fibröz histiyositoma ve nörotekoma gibi tümörlere benzeyebilir (7). Vakamızda da klinik ön tanı olarak pyojenik granulom ve malign melanom düşünülmüştür. Histopatolojik olarak belirgin sellülarite, pleomorfizm ve mitozla karakterize iğsi ve polihedral şekilli, multinükleer dev hücre ve ksantomatöz histiyositlerle gelişigüzel dizilmiş hücrelerden oluşur. Kondroid diferansiyasyonun ve osteoklast benzeri multinükleer dev hücrelerin eşlik ettiği vakalar da bildirilmiştir (8-10). Atipik fibroksantom immünohistokimyasal boyanma özelliklerinin desteklediği bir sonuç olarak fibrohistiyositik orijinli bir tümör olarak kabul edilir. Tümör hücreleri vimentin, faktör XIIIa ve histiyositik markerlarla (lizozim, alfa-1 antitripsin gibi) pozitif boyanırlar (11). Vakamızda da tümör hücreleri histiyositik bir marker olan CD68 ve vimentin ile pozitif boyandı. Tümör hücrelerinde sitokeratin, S-100, HMB45 ve Melan-A ile boyanma gözlenmemesi sonucunda ayırıcı tanıya klinik ve histopatolojik olarak alınan epidermal ya da melanositik tümörlerden ayırt edildi.

Tedavi modelleri olarak eksizyon, Moh's cerrahisi, elektrocerrahi, radyoabrazyon, radikal lenf nodu disseksiyonu da içeren geniş eksizyon kullanılmıştır. Rekürrens ve metastazın gözlemlendiği olgularda bunlara ek olarak kemoterapi opsiyonlu olarak kullanılabilir. Tercih edilen kabul görmüş tedavi tipi ise lokal eksizyondur. Altı ayda bir drene lenf nodu palpasyonunu da içerecek klinik takip önerilmektedir (10). İki dekadandan fazla süre ile takip edilen başka bir çalışmada da total mikroskopik marjin kontrollü Mohs mikrografik cerrahinin (MMS) tedavide etkili olduğu saptanmıştır (12). Sunulan bu olguda da lokal eksizyonla tümör tam olarak çıkarılmış olup cerrahi sınırlarda tümör görülmemiştir. Altı aylık takibinde yeni tümör veya palpasyonla ele gelen lenf nodu saptanmamıştır.

Sonuç olarak skalpte kitle varlığı durumunda atipik fibroksantom da akla getirilmeli ve tümörün tam eksizyonu planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Helwig EB. Atypical fibroxanthoma. Proceedings of the 18th Annual Tumor Seminar of San Antonio Society of Pathologists, 1961. Tex State J Med 1963;59:664.

2. Weiss SW, Goldblum JR. Malignant fibrohistiocytic tumors. In: Strauss M, ed. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors, 6th edn. St Louis: Mosby, 2014:535-69.

3. Freedberg IM, Eise AZ, Wolff K, et al. Atypical fibroxanthoma. In: Freedberg I, ed. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 6th edn. New York: McGraw Hill Professional, 2003:998.

4. Heenan PJ. Tumors of the fibrous tissue involving the skin. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B eds. In: Lever's histopathology of the skin. Eight edition. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 847-88.

5. Helwig EB, May D. Atypical fibroxanthoma of the skin with metastasis. Cancer 1986; 57: 368.

6. Fretzin DF, Helwig EB, Atypical fibroxanthoma of the skin. Cancer 1973; 31; 1541.

7. Murali R, Palfreeman S. Clear cell atypical fibroxanthoma – report of a case with review of the literature. J Cutan Pathol 2006;33:343-8.

8. Wilson PR, Strutton GM, Steawart MR. Atypical fibroxanthoma: two unusual variants. J Cutan Pathol 1989; 16:93-8.

9. Zelger BG, Soyer HP, Zelger B. Giant cell atypical fibroxanthoma: Does it really exist? Am J Dermatopathol; 1999; 21: 108-9.

10. Khan ZM, Cockerell CJ. Atypical fibroxanthoma with osteoclast-like multinucleated giant cells. Am J Dermatopathol 1997; 19: 174-9.

11. Tomaszewski MM, Lupton GP. Atypical fibroxanthoma. An unusual variant with osteoclast-like giant cells. Am J Surg Pathol 1997; 21: 213-8.

12. Ang GC, Roenigk RK, Otley CC, Kim Phillips P, Weaver AL. More than 2 decades of treating atypical fibroxanthoma at mayo clinic: what have we learned from 91 patients? Dermatol Surg. 2009 May;35(5):765-72