

Pediyatrik Pilomatiksoma; Olgu Sunumu

Pediatric Pilomatixoma; A Case Report

¹Bahar Ece Aydođar, ²Hülya Kaçar, ³Merve İşeri Nepesov,
²Deniz Arık, ⁴Meltem Dinleyici, ³Ömer Kılıç

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Ana Bilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,
Eskişehir, Türkiye

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Özet: Pilomatiksoma genellikle hayatın ilk on yılı içinde ortaya çıkan benign bir tümör olarak tanımlanır. Pilomatiksomalarda genellikle soliter bir tümör olarak bulunur. Tanısı temel olarak klinikdir, ancak kesin tanısı histopatoloji ile konulur. Önerilen tedavi cerrahi eksizyondur. Sırt bölgesinde cilt altında şişlik şikayeti ile getirilen dört yaşında erkek hastada, ultrasonografi ile kitlenin kalsifiye olduğu saptandı. Kitlenin eksizyonel biyopsi patolojisi pilomatiksoma ile uyumlu bulundu.

Anahtar Kelimeler: pilomatiksoma, selim tümörler, çocuk

Abstract: Pilomatixoma is generally defined as a benign tumor that occurs during the first decade of life. Pilomatixomas are usually found as a solitary tumor. The diagnosis is mainly clinical, but the definitive diagnosis is made by histopathology. The recommended treatment is surgical excision. A four-year-old male patient was brought with swelling under the skin on his back. The mass was detected by ultrasonography calcified. Excisional biopsy pathology was consistent with pilomatixoma.

Keywords: pilomatixoma, benign neoplasms, pediatric

ORCID ID of the authors: B.E.A. 0000-0002-6516-8547, H.K.0000-0001-5353-0564, M.İ.N. 0000-0003-4584-1818,
M.D. 0000-0002-8353-6796, Ö.K. 0000-0003-0168-4080

Received 19.09.2019

Accepted 30.09.2019

Online published 30.09.2019

Correspondence: Ömer KILIÇ, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Ana Bilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, 26480, Eskişehir. omerkilic7@yahoo.com

Cite this article as:

Aydogar BE, Kacar H, Iseri Nepesov M, Arık D, Dinleyici M, Kılıç O. Pediatric Pilomatixoma; A Case Report,
Osmangazi Journal of Medicine, 2020;42(1):110-113

Doi: 10.20515/otd.622296

1. Giriş

Pilomatriksoma ilk kez 1880 yılında Malherbe ve Chenantais tarafından sebace bez kökenli olduğu düşünülen bir "kalsifiye epitelyoma" olarak isimlendirilmiştir. Forbis ve Helwig, bu lezyonu kıl folikülünün korteksinden köken alan hücre topluluğu olarak tanımladıktan sonra 1961'de pilomatriksoma terimini önermişlerdir. Lezyon genellikle tek, yavaş büyüyen, iyi sınırlanmış, sert, mobil, yüzeysel bir nodül şeklindedir. Çocuklarda eksizye edilen ikinci en yaygın yüzeysel tümör olan pilomatriksomanın, kıl folikülünün matriks hücrelerinden kaynaklandığı bilinmektedir (1). Pilomatriksoma genellikle çocukluk yaş grubunda görülür (2). En sık baş ve boyun bölgesinde olmakla birlikte tüm vücutta görülebilir (2,3). Çoğunlukla preoperatif tanısı mümkün değildir. Bu olgu sunumu ile çocukluk yaş grubunda lenf nodu lokalizasyonuna uymayan cilt altı kitle lezyonların ayırıcı tanısında, selim bir tümör olan pilomatriksomanın akılda tutulması amaçlanmıştır.

2. Olgu sunumu

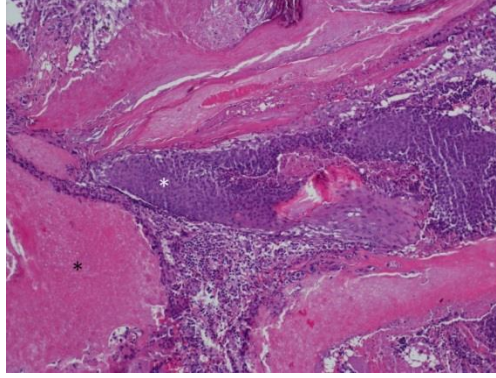
Dört yaşında erkek hasta birkaç aydan beri fark edilen, sırt bölgesinde ele gelen kitle şikayetiyle getirildi. Muayenede sağ skapula bölgesinde, üzerinde hiperemi olmayan 1 cm çapında mobil ve sert bir kitle lezyonu palpe edildi (Resim 1). Ultrasonografide uzun aksı 9.8 mm, kısa aksı 5.3 mm olan kalsifiye kitle lezyon saptandı (Resim 2). Eksizyonel biyopsisi yapılan kitlenin histopatolojik incelemesinde; lezyon alt dermis ve subkutan yağ doku yerleşimli olup bazofilik hücreler ve eozinofilik gölge hücreleri içeren epitelyal adalardan oluşmaktaydı. Hayalet hücre olarak da bilinen eozinofilik hücreler çekirdeklerini kaybetmiş ve daha çok lezyonun santralinde izlenmekteydi. Bazofilik hücrelerin çekirdekleri belirgindi ve daha çok lezyonun periferinde bu hücrelerin oluşturduğu adalar gözlemlendi. Ayrıca lezyonda kalsifikasyon alanları da bulunmaktaydı (Resim 3 ve 4). Bu histopatolojik bulgular ile lezyona pilomatriksoma tanısı konuldu. Hastanın iki yıllık izleminde herhangi bir sorun gözlenmedi.



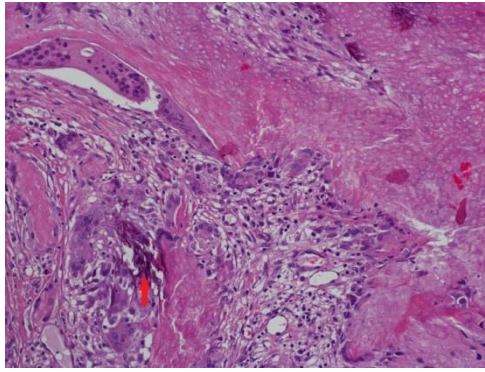
Resim 1. Hastanın sağ skapula bölgesinde, üzerinde hiperemi olmayan 1 cm çapında mobil ve sert kitle lezyon.



Resim 2. Ultrasonografi ile uzun aksı 9.8 mm, kısa aksı 5.3 mm ölçülen kalsifiye kitle lezyon.



Resim 3. Tümör dokusundaki eozinofilik gölge hücreler (siyah yıldız) ve bazofilik hücreler (beyaz yıldız)
(Hematoksilen eozin boyama, x100).



Resim 4. Tümör dokusundaki hücre adaları arasında distrofik kalsifikasyon odağı (kırmızı ok)
(Hematoksilen eozin boyama, x200).

3. Tartışma

Pilomatriksoma tipik olarak pediatrik hastalarda, genellikle hayatın ilk on yılı içinde ortaya çıkar. Kitle rezeksiyonu yapıldığında ortalama ya da ortanca yaş 4.5-8.9 yıl bulunmuştur (1-4). Ancak sıklığı azalmakla birlikte ileri yaşlarda da görülebilmektedir (5,6). Olgumuz da hastalığın sık görüldüğü bir yaş grubunda idi.

Çocuklarda ve erişkinlerde yapılan çalışmalarda hastalığın %55-64 oranında kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (2,3,6). Bu çalışmalardan birisinde 20 yaş öncesinde kadınların oranı %70'in üzerinde bulunmuştur (6). Bunun yanı sıra hastalığın erkeklerde biraz daha fazla olduğunu gösteren yayınlar da mevcuttur (5).

Pilomatriksoma cilt altında iyi sınırlı, hareketli, sert bir kitle olarak ele gelir. Üzerindeki cilt normal görünümde, kırmızı-mavi renk tonlarında görülebilmekle birlikte

nadiren ülserasyon eşlik edebilmektedir (1,2). Lezyonlar genellikle tek görülür ancak %2.3-5 oranında multipl lezyonlar da bildirilmiştir (2,3,5,6). Kitleler çoğunlukla baş-boyun bölgesi ve üst ekstremitede, daha az oranda gövde ve alt ekstremitede görülmektedir (1-3,5). Pilomatriksoma ile Gardner sendromu, ailesel adenomatöz polipozis, miyotonik müsküler distrofi ve Turner sendromu arasında ilişki olduğundan bahsedilmiştir. (2-4,7,8). Pilomatriksoma tanısı alan 137 çocuk hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, Turner sendromu olan hasta oranının toplumdaki sıklıktan fazla olduğunu belirtilmiştir (7). Ancak yapılan bir derlemede pilomatriksoma ile sendromlar arasında kesin bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir (1). Kitle boyutunun belirtildiği çalışmalarda ortalama 10-17 mm çapında olduğu ve 5-6 cm çapa kadar ulaşabildiği görülmüştür (1,2,5,7). Olgumuzda pilomatriksomanın nadir yerleşim bölgelerinden biri olan sırt bölgesinde bir adet

yaklaşık 1 cm çapında kitle tesbit edildi ve ağrı ya da kitle üzerindeki ciltte belirgin renk değişikliği yoktu. Fizik muayenesinde dismorfik bulgular, aile öyküsünde genetik bir hastalık öyküsü yoktu.

Pilomatriksoma çocuklarda lenf nodu ve dermoid kistlerden sonra en sık eksize edilen üçüncü yüzeysel kitledir (9). Buna rağmen doğru klinik ön tanı oranı %21-38 oranındadır (3,6,7,10). Klinik ön tanının yetersiz olması nedeniyle literatürde bildirilen olgularda ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemlerinin kullanıldığı görülmektedir. Pilomatriksoma tanılı 596 çocuk hastanın değerlendirildiği bir çalışmada sadece 74 olguya (%12.4) görüntüleme yapılmış olduğu, radyasyon içermemesi ve sedasyon gerektirmemesi nedeniyle en sık ultrasonografi kullanıldığı bildirilmiştir (4). Görüntüleme oranının az olması, sadece klinik atipik olgulara görüntüleme istenmiş olmasıyla açıklanmıştır. Ultrasonografi yapılan 58 olguda pilomatriksoma ön tanısının yaklaşık %21 oranında bulunduğu saptanmıştır. Ultrasonografik olarak iyi sınırlı, hipoekoik kenar ve ekojenik kalsifiye odaklara sahip heterojen hiperekoik lezyon olarak görülür. Ayrıca kitlenin tamamen kalsifiye olmasına bağlı posterior akustik gölgelenme olan homojen hiperekoik kitle

olarak görülebilir (2,4,9). Ayırıcı tanıda epidermoid ve dermoid kistler, kalsifiye lenf nodu, kalsifiye hematoma, hemanjiom yer alır (3). Olgumuzda klinik ve radyolojik olarak spesifik bir ön tanı düşünülmemiştir.

Histopatolojik olarak pilomatriksoma dermis ve subkutan doku arasında yer alan iyi sınırlı, iyi huylu kitlelerdir. Tümörün periferinde yuvarlak çekirdekli, küçük çekirdekçikli ve ince kromatinli bazaloid hücreler yer alır. Tümörün merkezinde ise çekirdeklerini kaybetmiş, boyanmayan eozinofilik keratinize (gölge/hayalet) hücreler bulunur. Genellikle keratinize hücrelerde mineralizasyon ve bu alanda granülatöz inflamasyon görülür (3). Cerrahi eksizyon bu tümörün başlıca tedavisidir. Yetersiz cerrahi eksizyon tümör rekürsine neden olabileceği için cerrahi sınırlar temiz olmalıdır (2). Olgumuzda histopatolojik incelemede cerrahi sınırları temiz olan, pilomatriksoma için karakteristik olan bazaloid hücreler ve eozinofilik hücre adaları izlendi.

4. Sonuç

Pilomatriksoma çocuklarda en sık eksize edilen ikinci sıklıkta yüzeysel kitle lezyonu olmasına rağmen doğru klinik ön tanı oranı düşüktür. Yüzeysel kitle lezyon varlığında klinik ve radyolojik incelemede akıldan tutulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Schwarz Y, Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Review of pediatric head and neck of pilomatricoma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2016; 85: 148-153.
2. Hassan SF, Stephens E, Fallon SC, Schady D, Hicks MJ, Lopez ME, et al. Characterizing pilomatricomas in children: a single institution experience. *J Pediatr Surg* 2013; 48: 1551-56.
3. Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, Smith EM, Meara JG. Pilomatricoma: a review of 346 cases. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112: 1784-89.
4. Bulman JC, Ulualp SO, Rajaram V, Koral K. Pilomatricoma of childhood: A common pathologic diagnosis yet a rare radiologic one. *AJR Am J Roentgenol* 2016;206:182-8.
5. Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C. Pilomatricoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16:552-5.
6. Julian CG, Bowers PW. A clinical review of 209 pilomatricomas. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:191-5.
7. Kwon D, Grekov K, Krishnan M, Dyleski R. Characteristics of pilomatricoma in children: A review of 137 patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78:1337-41.
8. Li YR, Lin KJ, Hsu TY. Auricle pilomatricoma. *J Pediatr* 2011; 158: 511-511.e1
9. Bansal AG, Rosenberg HK. Sonography of pediatric superficial lumps and bumps: illustrative examples from head to toe. *Pediatr Radiol* 2017;47:1171-83.
10. O'Connor N, Patel M, Umar T, Macpherson DW, Ethunandan M. Head and neck pilomatricoma: an analysis of 201 cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2011;49:354-8.