

Erişkin Tip Kolloid Milyum

Adult Colloid Miliun: Case Report

Aslı ŞAHİN,^a
Güler VAHABOĞLU,^b
Hesna Müzeyyen ASTARCI,^c
H. Meral EKŞİOĞLU^b

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
İzzet Baysal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Bolu

^bDeri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Ankara

^cTıbbi Patoloji AD,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Bolu

Geliş Tarihi/Received: 24.04.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 04.11.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Aslı ŞAHİN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
İzzet Baysal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği, Bolu,
TÜRKİYE/TURKEY
asl_nda@hotmail.com

doi: 10.5336/dermato.2015-45858

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

ÖZET Kolloid milyum, nadir görülen dejeneratif bir hastalıktır. Erişkin, juvenil, nodüler kolloid dejenerasyon olmak üzere üç varyantı bulunmaktadır. Her üç varyant da etiyolojik olarak farklı nedenlerle gelişmekte olup, değişik klinik ve histopatolojik özelliklere sahiptir. Erişkin tip kolloid milyum dermal orijindir, etiyolojide en çok kronik güneş maruziyeti suçlanmaktadır. Tüm kolloid milyumlar içinde en sık izlenen varyanttır. Daha çok orta yaşlı ve açık tenli kişiler etkilenmektedir. Erkeklerde dört kat daha sık görülmektedir. Histopatolojik incelemede papiller dermisi genişleten, zaman zaman orta dermise kadar ilerleyen amorf eozinofilik materyal birikimi ve çevrede solar elastoz bulguları mevcuttur. Nodüler amorf materyal alanların arasında Periyodik asit Schiff ile belirgin olarak boyanan fibroblastlar mevcuttur. Ayırıcı tanıda akrall persistan püstüler müsinöz, nodüler amiloidoz, siringoma, senil sebace hiperplazi düşünülmelidir. Kolloid milyum bu hastalıklardan histopatolojik görünümüyle kolaylıkla ayrılabilir. Tedavide topikal retinoidler, dermaabrazyon, diatermi, kriyoterapi, Er-YAG lazer gibi tedaviler denense de güneş koruyucusu kullanımı en önemli önleyici seçenektir. Bu çalışmada, taksi şoförü olarak tek taraflı kronik güneş maruziyeti bulunan, sol kulak heliksi ve sol el dorsalinde çok sayıda, yarı şeffaf, kubbe şeklinde kabartılar şikâyetiyle poliklinikimize başvuran, klinik ve histopatolojik özellikleriyle kolloid milyum tanısı konan, güneş koruyucu ajan ve topikal tretinoin ile tedavi edilen 53 yaşındaki erkek olgu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Deri hastalıkları; patoloji

ABSTRACT Colloid miliun is a rare seen degenerative disease. Three different variant were described: adult, juvenile and nodular colloid degeneration. All of these variants have different etiologic factors and also different clinical and histopathological appearances. Adult colloid miliun has a dermal origin and chronic sun exposure is the most important etiologic factor. Adult type is the most common above all variants. Mostly it effects middle aged and fair-skinned people. Males are effected four times more than females. Histopathologically, amorph eosinophilic materials expanding the papillary dermis and extending into the middle dermis. Solar elastosis is also present. Periodic Acid Schiff stains highlight the colloid material. Acrall persistant pustular musinosis, nodular amyloidosis, syringoma, senile sebaceous hyperplasia must be thought as differential diagnoses. Histopathologically colloid miliun is easily differentiated from all these. Though topical retinoids, dermaabrasion, diathermy, cryotherapy, Er-YAG laser are attempted for treating the disease, sun protection is the most recommended protective measure. In this report, unilaterally chronic sun exposed 53 years old taxi driver male with semilucent dome-shaped papules on his left ear helix and left hand dorsum diagnosed clinically and histopathologically as colloid miliun and treated with sunprotection agent and topical tretinoin was presented. The case was evaluated in the light of current literature.

Key Words: Skin diseases; pathology

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2016;26(1):45-9

İlk kez 1886'yılında Wagner tarafından "Das Colloid-Miliun der Haut'e" olarak tanımlanan kolloid milyum, geçmişte kolloid psödomilyum, kolloid infiltrasyon, miliyar kolloidoma, nodüler kolloid dejenerasyon, hi-

yaloma, elastozis kolloidalis konglomerata olarak tanımlanmıştır.^{1,2} Erişkin, juvenil, nodüler kolloid dejenerasyon olmak üzere üç varyantı bulunmaktadır. Her üç varyant da etiyolojik olarak farklı nedenlerle gelişmekte olup, değişik klinik ve histopatolojik özelliklere sahiptir. Erişkin tip kolloid milyum dermal orijinli, etiyolojide en çok kronik güneş maruziyetinin suçlandığı dejeneratif bir hastalıktır. Tüm kolloid milyumlar içinde en sık izlenen varyanttır. Daha çok orta yaşlı ve açık tenli kişiler etkilenmektedir. Erkeklerde dört kat daha sık görülmektedir. Erişkin tip kolloid milyum, sıklıkla yüz, boyun arka ve yanları, el dorsalleri gibi güneş gören alanlarda, multipl şeffaf papüllerle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Tanıda deri biyopsisi kadar hasta öyküsü de önemlidir.³ Kolloid milyum tedavisinde çeşitli yöntemler denenmektedir. Dermaabrazyon, diatermi, kriyoterapi, Er-YAG lazer bunlardan bazılarıdır.

Bu çalışmada sunulan olgu ile kronik güneş maruziyetinin kolloid milyum etiopatolojisindeki önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Elli üç yaşında ki erkek, taksi şöförü olgu, sol el ve sol kulakta çok sayıda pembe-kırmızı, sarımsak renkli, parlak küçük kabartılar şikâyetiyle başvurdu. İki yıl önce sol el sırtında başlayan döküntüler, bir yıl önce sol kulak kepçesine yayılmıştı. Subjektif yakınması yoktu. Daha önce bu yakınmalar için herhangi bir hekime başvurmamıştı. Öz geçmişi ve soy geçmişi özellik yoktu. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Dermatolojik muayenede, yüz ve boyunda, deri klivajlarında artış mevcut idi. Sol kulak tiragusu ve heliksinde yerleşmiş, bazılarının üzerinde hemorajik krutlar bulunan, yarı şeffaf görünümlü veya pembe-kırmızı, sarımsak renkte, çapları 0,1-0,3 cm arasında değişen multipl papüller saptandı. Tiragus üzerindeki lezyonlarda peteşiler izlendi (Resim 1). Boyun V'sinde poikilodermik görünüm izlenmekte idi. Sol el dorsalinde çapları 0,1-0,3 cm arasında değişen, çok sayıda pembe-kırmızı renkli, yer yer birleşerek plaklar oluşturmuş, yer yer üzerinde peteşiler izlenen multipl papüller mevcut



RESİM 1: Sol kulak tiragusu ve heliksinde yerleşmiş, bazılarının üzerinde hemorajik krutlar bulunan, yarı şeffaf görünümlü veya pembe-kırmızı, sarımsak renkte, çapları 0,1-0,3 cm arasında değişen multipl papüller, tiragus üzerindeki lezyonlarda peteşiler izlenmektedir.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

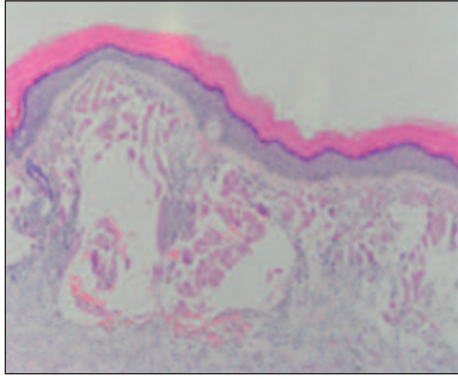


RESİM 2: Sol el dorsalinde çapları 0,1-0,3 cm arasında değişen, çok sayıda pembe-kırmızı renkli, yer yer birleşerek plaklar oluşturmuş, yer yer üzerinde peteşiler izlenen multipl papüller izlenmektedir.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

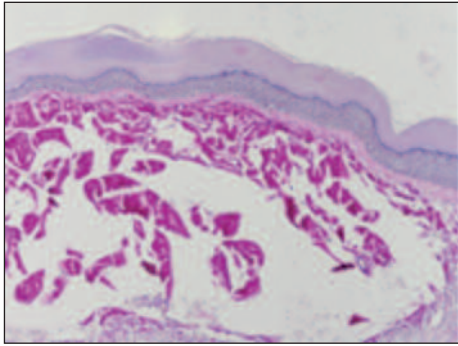
idi (Resim 2). Eldeki papüller, iğneyle delinip sıkkıldığında jelatinöz bir materyal geldiği gözlemlendi.

Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, rutin biyokimyasal testler, sedimentasyon, tiroid fonksiyon testleri normal bulundu. Histopatolojik incelemede kompakt hiperkeratoz ve retelerde düzleşme gösteren epidermis izlendi. Üst dermiste yer yer parçalanma gösteren amorf eozinofilik madde birikimi dikkati çekmekte idi (Resim 3). Arada belirgin elastik lif artışı mevcut idi. Biriken amorf eozinofilik madde periyodik asit schiff ile belirgin pozitif boyandı (Resim 4). Ami-



RESİM 3: Kompakt hiperkeratoz, retelerde düzleşme gösteren epidermis ve üst dermiste yer yer parçalanma gösteren amorf eozinofilik madde birikimi izlenmektedir (HE, x100).

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 4: Belirgin elastik lif artışı ve amorf eozinofilik madde birikiminin belirgin pozitif boyanması izlenmektedir (PAS, x200).

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

loid boyası (Kongo kırmızısı ve kristal viyole) ile boyanma izlenmedi.

Olguya klinik ve histopatolojik bulgular ışığında erişkin tip kolloid milyum tanısı konuldu. Tedavi olarak topikal tretinoin ve güneş koruyucu krem başlandı. İzleme altına alınan olgunun lezyonlarında, İki buçuk aylık tedavi sonrasında lezyonlarda önemli ölçüde gerileme izlendi.

TARTIŞMA

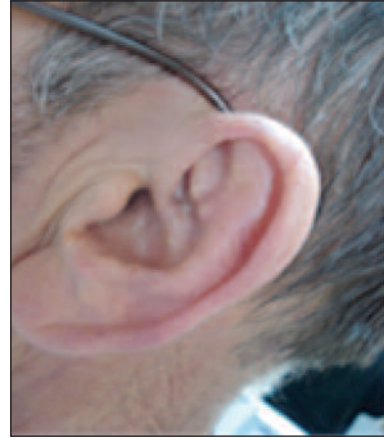
Kolloid milyumun erişkin, juvenil, nodüler kolloid dejenerasyon olmak üzere üç varyantı bulunmaktadır. Her üç varyant da etiyolojik olarak farklı nedenlerle gelişmekte, değişik klinik ve histopatolojik özellikler taşımaktadır. Erişkin tip dermal orijinli olup, etiyolojide en çok suçlanan kronik güneş maruziyetidir. Juvenil tip epidermal orijinlidir ve ke-

ratinositlerin dejenerasyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Genellikle puberte öncesi izlenmektedir. Ailesel olabilmektedir, otozomal resesif geçiş gösterdiği düşünülmektedir.⁴ Oskay ve ark., juvenil kolloid milyumlu bir hastada, amiloid benzeri eozinofilik materyalin konjonktival ve jinvival birikimini göstermişlerdir.⁵ Nodüler kolloid dejenerasyon, nodüler amiloidozun bir varyantı olarak da sınıflandırılmaktadır. Yüz, gövde veya saçlı deride, 5 cm çapa kadar ulaşabilen tek nodül şeklinde izlenmektedir.³

Erişkin tip kolloid milyum en sık izlenen varyanttır. Daha çok orta yaşlı ve açık tenli kişiler etkilenmektedir. Erkeklerde dört kat daha sık izlenmektedir. Lezyonlar sıklıkla güneş gören alanlarda simetriktir. En sık, yüzün 1/3 superioru; boyun posterior ve laterali; kulaklar; el sırtlarında yerleşmektedir. Bir hastada oral kavite yerleşimi bildirilmiştir.⁶ Lezyonlar multipl olup kubbe şekilli, 1-5 mm çapında, karakteristik olarak parlak, yarı saydam görünümlüdür. Klinik olarak veziküler lezyonlarla karışabilmektedir. Lezyonlar sıklıkla jelatinöz materyal içermektedir. Ultraviyole (UV) ile kronik temas, başlıca suçlanan etiyolojik faktördür. Petrol deriveleriyle temas sonrası kolloid milyum gelişen vakalar da bildirilmiş olup, petrol deriveleri foto duyarlaştırıcı görevi üstlenmiştir. Kolloid orijin, dejenere kollajen ve/veya elastik lifler ile serum proteinleri olduğu da ileri sürülmüştür. Ultrastrüktürel ve immünohistokimyasal çalışmalar ışığında kolloid orijinin, elastik liflerin aktinik dejenerasyonu sonucu geliştiği kabul görmektedir. Kolloidin aktinik hasar gören fibroblastlarca üretildiği olasılığı da dışlanamamıştır. Lezyonların taksii şoförlerinde tek taraflı bulunması; solaryuma girenlerde ve çiftçilerde gözlenmesi; UV'nin etiyolojik rolünü desteklemektedir. Literatürde iki hasta lezyonlar tek taraflı olarak bildirilmiş olup, ikisinde de mesleki olarak UV'ye tek taraflı maruziyet öyküsü mevcut idi.⁷ Güneş görmeyen alanlarda kolloid milyum geliştiğini gösteren bir hasta bildirilerek, kolloid milyum varyantlarını kesin çizgilerle birbirinden ayırmanın doğru olmadığı, bir hastanın hem juvenil tip, hem erişkin kolloid milyum özelliklerini taşıyabileceği de bildirilmiştir.³

Travmayla indüklenen peteşi ve purpurası mevcut olan ikisi jüüvenil, biri erişkin kolloid milyumlu üç hasta da bildirilmiş olup, kolloidin perivasküler birikerek damar duvar elastikiyetini azaltması peteşi ve purpuraya neden olmuştur.⁴ Kolloid milyum histopatolojisinde papiller dermise uzanan, zaman zaman orta dermise kadar ilerleyen amorf eozinofilik materyal birikimi ve çevrede solar elastoz bulguları mevcuttur. Dermis fissür ve kleftlerle ayrılmaktadır. Nodüler amorf materyal alanları arasında dağınık yerleşen fibroblastlar mevcuttur. PAS ile belirgin boyanma izlenmektedir. Lezyonlu alan ve normal epidermis grenz zon ile birbirinden ayrılmaktadır. Ayırıcı tanıda akral persistan papüler müsinoz, nodüler amiloidoz, siringoma, senil sebace hiperplazi düşünülmelidir. Nodüler amiloidozun sistemik amiloidoza progresyon riski bulunduğu için bu ayrımın yapılması önemlidir.⁸

Öyküsü ve dermatolojik muayenesinde yirmi yıldır taksi şöförlüğü yapan olgumuzun kronik olarak tek taraflı güneş maruziyetinin olması, lezyonların bu alanlarda tek taraflı izlenmesi, yer yer peteşilerin mevcudiyeti; biyopsinin histopatolojik incelenmesinde eozinofilik materyalin üst dermiste izlenmesi, PAS boyası ile belirgin boyanma, amiloid boyası (Kongo kırmızısı ve kristal viyole) ile negatif boyanma kolloid milyum tanısı koymamızı sağlamıştır. Histopatolojide üst dermiste müsini birikimi olmamasıyla akral persistan papüler müsinozden; eozinofilik materyalin derin dermis ve subkütan dokuda görülmemesi, amiloid boyasının negatif olması, PAS ile belirgin boyanmasıyla nodüler amiloidozdan; ter kanalı hücrelerinin kistik genişlemesinin olmamasıyla siringomadan; hipertrofik sebace glandların izlenmemesiyle de senil sebace hiperplaziden ayırt edilmiştir. Güneşten koruyucu krem ve topikal tretinoin tedavisi önerilerek olgu izlem altına alınmıştır. İki buçuk aylık



RESİM 5: Tedavi sonrası sol kulaktaki lezyonlarda önemli ölçüde gerileme izlenmektedir.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)



RESİM 6: Tedavi sonrası sol el dorsalindeki lezyonlarda önemli ölçüde gerileme izlenmektedir.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/dermatoloji-dergisi/1300-0330/>)

tedavi sonrası lezyonlarda önemli ölçüde gerileme olduğu gözlenmiştir (Resim 5, 6).

Literatür bilgileri eşliğinde sunulan bu olgumuzla kolloid milyumdan klinik olarak şüphe edildiğinde, ayırıcı tanıda hatırlamanın önemine; basit önlemler ve ekonomik kayba neden olmayacak tedavi seçenekleriyle başarıyla tedavi edilebileceğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Ammirati CT, Giancola JM, Hruza GJ. Adult-onset facial colloid milium successfully treated with the long-pulsed Er: Yag laser. *Dermatol Surg* 2002;28(3):215-9.
2. Innocenzi D, Barduagni F, Cernio R, Wolter M. UV-induced colloid milium. *Clin Exp Dermatol* 1993;18(4):374-50.
3. Lim C, Li M. Colloid milium arising on a non-sun-exposed area in an adult. *Australas J Dermatol* 2006;47(2):137-8.
4. Sevigny GM, Ford MJ. Stroke-induced purpura in lesions of colloid milium. *Cutis* 1995; 56(2):109-13.
5. Oskay T, Erdem C, Anadolu R, Peksan Y, Ozsoy N, Gül N. Juvenile colloid milium associated with conjunctival and gingival involvement. *J Am Acad Dermatol* 2003;49(6): 1185-8.
6. Ojha J, Bhattacharyya I, Islam NM, Wong F, Cohen DM. Colloid milium of the oral cavity: a rare presentation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;105(4):e34-8.
7. Lewis AT, Le EH, Quan LT, Krishnan B, Schulmeier J, Hsu S. Unilateral colloid milium of the arm. *J Am Acad Dermatol* 2002;46(2 Suppl):S5-7.
8. Lai KW, Lambert E, Coleman S, Scott G, Mercurio MG. Nodular amyloidosis: differentiation from colloid milium by electron microscopy. *Am J Dermatopathol* 2009;31(5):472-4.