

Gözkapağına Komşu Dev Kutanöz Boynuz

Giant Cutaneous Horn Close to the Eyelid: Case Report

Özlen RODOP ÖZGÜR,^a
Cemalettin CABI,^a
Kayhan BAŞAK^b

^aGöz Hastalıkları Kliniği,
^bPatoloji Kliniği,
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 06.04.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 03.10.2012

*Bu olgu sunumu, 45. Ulusal Oftalmoloji
Kongresi (5-9 Ekim 2011, Kıbrıs)'nde poster
olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Özlen RODOP ÖZGÜR
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
ozlen74@yahoo.com

ÖZET Bu çalışmada, üst gözkapağına komşu dev kutanöz boynuz ile başvuran hastaya yaklaşım ve lezyonun histopatolojik tanısı tartışılmaktadır. Elli beş yaşındaki erkek hasta, sağ kapak yakınında ciltten dışa doğru büyüme gösteren oldukça büyük bir kitle ile kliniğimize başvurdu. Sağ kaş temporalinde üst gözkapağına komşu cilt yüzeyinden dışa doğru uzanan, zemini kızarıklık ve endüre olan kirli beyaz keratinize görünümde yaklaşık 3 cm boyunda kitle tespit edildi. Klinik olarak kutanöz boynuz tanısı konan hastaya 3 mm sağlam cilt dokusu ile birlikte eksizyonel biyopsi yapıldı. Defekt temporal yanak transpozisyon flebi ile kapatıldı. Makroskobik olarak 3,5x2,3x1,8 cm boyutlarında aşırı keratinize görünümdeki kitlenin histopatolojik tanısı fusiform verru olarak bildirilmiştir. Kutanöz boynuz, zamanında cerrahi müdahale yapılmadığında devasa boyutlara ulaşabilmektedir. Beraberinde malignite olma olasılığı da olduğundan, kitlenin cerrahi sınır bırakılarak eksize edilmesi uygun olur ve bu durumda defektin ancak greft veya fleplerle kapatılması mümkün olmaktadır. Bu nedenle kutanöz boynuzların erken dönemde cerrahi sınır bırakılarak eksize edilmesi ve histopatolojik inceleme yapılması en uygun tedavi yöntemi olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Boynuzlar; histopatoloji; biyopsi

ABSTRACT A patient with a giant cutaneous horn on the eyelid and the management and histopathological diagnosis is discussed. A 55 years old male presented with a large projective lesion above the surface of the skin close to the eyelid. A large keratinous projectile lesion which is approximately 3 cm in height and has hyperemia and induration in the base was detected in the temporal region of the right eyebrow. Cutaneous horn was the clinical diagnosis and excision biopsy with 3 mm tumor free margin was performed. The defect was reconstructed with temporal cheek transposition flap. Macroscopically the lesion was 3.5x2.3x1.8 cm sized and hyperkeratotic, and histopathological diagnosis was fusiform verru. Cutaneous horns may reach to giant lesions if surgery is not performed in time. As there is a malignancy risk lesions should be excised with appropriate margins and in these circumstances defects are only possible to be reconstructed with grafts or flaps. Therefore, excision with appropriate margins in the early period and histopathological examination would be the right treatment modality.

Key Words: Horns; histopathology; biopsy

Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 2013;22(1):50-4

Kutanöz boynuz, deri üzerinden minyatür bir boynuzu andıran koni şeklinde çıkıntı olarak tarif edilen klinik bir tanıdır. Boynuz sıkıştırmış keratinden oluşmaktadır ve tabanı düz, nodüler veya krater şeklinde olabilir. Tabanından değişik histopatolojik lezyonlar bildirildiğinden maligniteyi dışlamak için histolojik doğrulama yapılmalıdır. Boynuz şeklinde sonuçlanan hiperkeratozis hiperproliferatif bir lezyonun

yüzeyinden gelişmektedir. Çoğu kutanöz boynuzlar selim olup %23-37'si aktinik keratozdan türemiştir. Sıklıkla yassı hücreli karsinom olmak üzere %20'sinin zemininde malignite bildirilmiştir.¹⁻³ Çoğunlukla açık tenli insanlarda ve 50 yaşın üzerinde görülmektedir. Her ne kadar erkeklerde daha sık görülürse de cinsiyet tercihi bildirilmemiştir. Çoğunlukla baş, yüzün üst tarafı, kulak, üst ekstremitte, göğüs gibi güneşe fazla maruz kalan bölgelerde görülse de nadiren penis, alt dudak mukozası ve burun iç girişinde de bildirilmiş olgular vardır.¹⁻⁵ Kutanoz boynuzlar, bırakıldığında yıllar içinde yavaş büyüyen soliter lezyonlardır. Yavaş büyüme doğasından ve çoğunlukla erkenden müdahale edildiğinden dolayı nadiren 1 cm boyundan uzun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte 25 cm'den uzun kutanöz boynuzlar da bildirilmiştir.^{2,6,7}

Bu çalışmada, üst gözkapığına komşu dev kutanöz boynuz kliniği ile başvuran hastaya cerrahi yaklaşım ve lezyonun histopatolojik tanısı sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşındaki erkek hasta, sağ göz kaş temporalinde ciltten dışa doğru büyüme gösteren oldukça büyük bir kitle ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde, 20 yaşından beri var olan kitleyi büyüdükçe kesme, törpüleme ve son 10 yıldır sağ tarafa yata-mama mevcuttu. Hastanın oftalmolojik muayenesinde her iki gözde görme keskinlikleri tamdı. Biyomikroskopik muayenesinde her iki göz ön ve arka segmenti doğal bulunan hastanın sistemik bir hastalığı yoktu. Göz çevresinin inspeksiyon muayenesinde sağ kaş temporalinde üst gözkapığına komşu cilt yüzeyinden dışa doğru uzanan, zemini kızarıklık ve endüre olan kirli beyaz odunsu görünümde yaklaşık 3 cm boyunda kitle tespit edildi (Resim 1). Ancak kitlenin distal ucunun yaklaşık 1,5-2 cm'lik kısmının kesilmiş olduğu izleniyordu. Bu kısım da lezyon yüksekliğine ilave edilecek olsa lezyonun boyu yaklaşık 5 cm'yi bulmakta idi. Klinik olarak kutanöz boynuz tanısı konan hastaya bilgilendirilmiş olur alındıktan sonra sağlam cilt dokusu ile birlikte eksizyonel biyopsi planlandı.



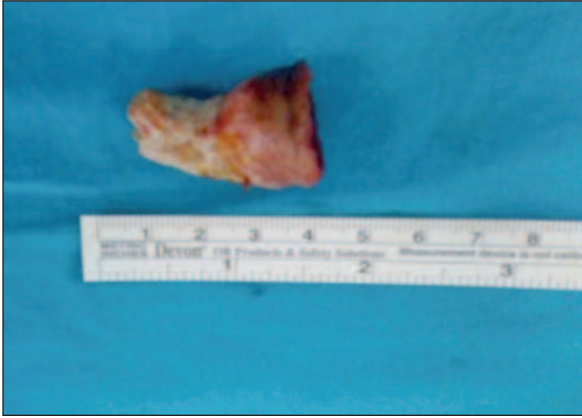
RESİM 1: Kutanoz boynuzu olan hastanın görünümü; kitlenin zeminindeki kızarıklık ve şişlik dikkat çekmektedir.

(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

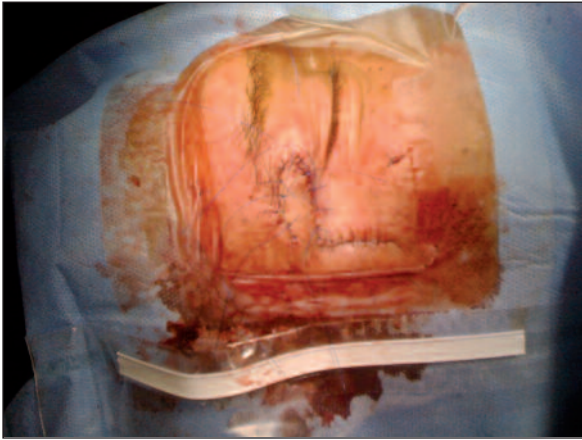
CERRAHİ TEKNİK

Kitle tabanından 3 mm sağlam cilt kalacak şekilde lezyon çevresi cerrahi kalemle çepeçevre işaretlendi. Lezyon altı ve çevresi bölgeye 0,025 mg epinefrinli 40 mg lidokain ve 5 mg/mL bupivakain hidroklorür ile infiltrasyon anestezisi uygulandıktan sonra 3 mm sağlam cilt dokusu ve kitle tabanı cilt altı dokusu ile birlikte eksize edildi. Kitle makroskopik olarak 3,5x2,3x1,8 cm boyutlarında aşırı keratinize ve odunsu görünümde idi (Resim 2). Oluşan defekt temporal yanak transpozisyon flebi çevrilerek 6/0 vikril ile kapatıldı (Resim 3).

Histopatolojik incelemesinde çok sayıda ince uzun papillomatöz yapılar ve ileri derecede kolonlar oluşturan parakeratoz izlenmiştir. Hücreler kaba keratohyalin granüller içermekteydi; bu alanlarda granüler tabaka izlenmemiştir. Malpighi tabakası yüzeysel kısımlarında ve granüler tabakada geniş vakuollü hücreler izlenmiştir. Bu hücreler berrak sitoplazma ile çevrili küçük piknotik nukleuslar içermekte idi. Ayrıca, deri yüzeyinde orta katta 1,6x1,2 cm boyutunda en yakın cerrahi sınıra 0,3 cm uzaklıkta ülsere görümlü alan izlenmiş ve histopatolojik tanı fusiform verru olarak bildirilmiştir (Resim 4).



RESİM 2: Eksize edilmiş kutanöz boynuzun görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 3: Oluşan defektin transpozisyon flebi çevrilerek sütüre edilmiş görünümü.
(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

Hastanın ameliyat sonrası bir yıl süreli izleminde nüks veya ameliyat yerine ait bir sorun gözlenmemiştir.

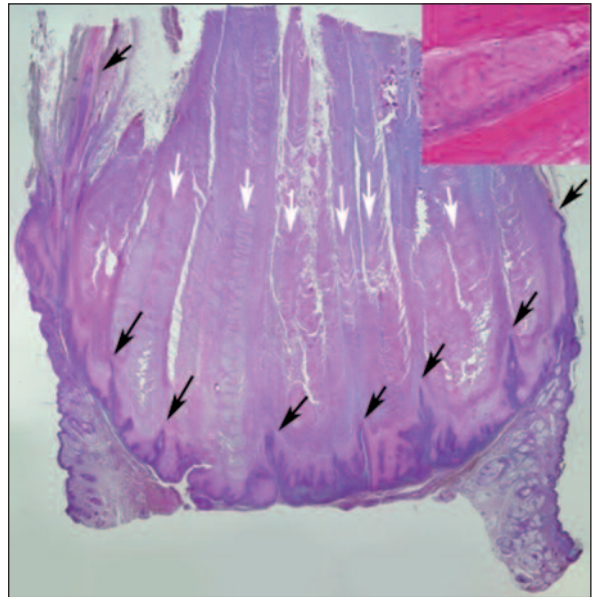
TARTIŞMA

Kutanöz boynuz minyatür bir boynuzu andıran deri yüzey üzerinde bir konik çıkıntı gibi görünen klinik bir tanıdır. Boynuz tabanı, düz, nodüler veya krater şeklinde olabilir. Boynuz sıkıştırılmış keratinden oluşmaktadır. Zemininde benign veya malign lezyon var olabileğinden, kutanöz boynuzun kendisi değil, ancak alttaki hastalık önem arz etmektedir. Lezyonun tabanının yumuşak olması ve lezyonun büyük olması malignite lehine bulgular-

dır. Bazı çalışmalarda, lezyonun uzun zamanda gelişmesi ve tabanının geniş olması premalignite veya malignite açısından daha yüksek riskli bulunmuştur. Ancak bazı araştırmacılar da taban genişliği ile malignite arasında ilişki bulmamışlardır.^{1,2,8,9} Mantese ve ark.nın çalışmasında, lezyon yüksekliği ile malignite arasında anlamlı ilişki bildirilmiştir.

Olgumuzda lezyon tabanı 2,3 cm olup, oldukça geniş tabanlı ve yüksekliği 3,5 cm olmasına rağmen histopatolojisi benign gelmiştir.

Kutanöz boynuzları genellikle güneşe maruz kalan deride ortaya çıkar, ancak güneş korumalı alanlarda bile ortaya çıkabilmektedir. Boynuz oluşumuna neden olan hiperkeratotik hiperproliferatif lezyon yüzey üzerinde gelişir. Çoğu zaman, bu iyi huylu bir verruka veya seboreik keratoz veya premalign bir aktinik keratoz olabilir. Tüm deri boynuzlarının yarısından fazlası iyi huyludur ve %23-37'si aktinik keratoz zemininde türemiştir. Sıklıkla yassı hücreli karsinom olmak üzere %7-25'inin zemininde malignite bildirilmiştir.^{1-4,10} İki yüz yirmi iki olguluk retrospektif bir çalışmada benign, premalign ve malign lezyonların oranı sırasıyla %41,44, %51,35 ve %7,21 olarak bulunmuştur.³ Yu ve



RESİM 4: Kutanöz hornun histopatolojik kesiti. Siyah oklar papiller projeksiyonlar, beyaz oklar parakeratoz kolonları.
Büyük resim; büyütme x40 H&E, tüm kesit. Küçük resim; büyütme x200H&E.
(Renkli hali için Bkz. <http://oftalmoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

ark.nın yayımladıkları 643 olguluk geniş bir çalışmada ise olguların %39'u premalign ve malign lezyonlardan kaynaklanmaktadır.¹¹

Kutanöz boynuz sıklıkla 50 yaşından sonra görülmekle birlikte, literatürde ileri yaşlarda malignite riskinin arttığı yönünde bir fikir birliği vardır.^{1-10,12}

Kutanöz boynuz ile ilişkili benign lezyonlar anjiyokeratoma, anjiyomların, benign likenoid keratoz, kutanöz leishmaniasis, dermatofibroma, diskoid lupus, infundibular kist, epidermal nevüs, epidermolitik akantomu, fibroma, granüler hücreli tümör, ters foliküler keratoz mikali ve keratotik psödoepitelyomatöz balanit, organoid nevus, prurigo nodularis, piyojenik granülom, sebace adenom, seboreik keratoz, trichilemmoma ve verruca vulgaris gibi tanıları içermektedir. Üzerinde kutanöz boynuz gelişebilen premalign veya malign potansiyeli olan lezyonlar adenoakantoma, aktinik keratoz, arsenik keratoz, bazal hücreli karsinom, Bowen hastalığı, Kaposi sarkomu, keratoakantom, malign melanom, Paget hastalığı, renal hücreli karsinom, sebace karsinom, skuamöz hücreli karsinom olarak bildirilmiştir.^{2,12,13} Benign lezyonlar olarak Mantese ve ark. sıklık sırasına göre viral siğil, keratik akantoma ve seboreik keratoz; Bart ve ark. seboreik keratoz, benign epitelyal hiperplazi ve anjiyoma; Yu ve ark. benign epitelyal hiperplazi, bazal hücreli papillom ve verruca vulgaris; Festa ve ark. siğil, benign epitelyal hiperplazi, seboreik keratoz bildirmişlerdir.^{3,8,11,14} Aktinik keratoz, birçok yayında kutanöz boynuz zemininde en çok görülen lezyon olarak bildirilmiştir. Aktinik keratoz, ultraviyole ışınına uzun süre maruz kalınması sonucunda atipik keratositlerin proliferasyonundan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle premalign kabul edilmektedir.^{3,14,15} Bununla birlikte Duncan ve Leffell, aktinik keratozu ilerleme aşamasındaki yassı hücreli karsinom olarak kabul etmişlerdir.¹⁵ Malign lezyon olarak tüm dermatoloji literatüründe yassı hücreli karsinom zemininde kutanöz boynuz en sık olarak bildirilmiştir.^{2,3,15,16} Olgumuzda histopatolojik tanı fuziform verru olarak literatüre benzer gelmiştir.

Her ne kadar bazı yayınlarda erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmişse de, son çalışmalarda

kadınlarda daha sık bildirilmiştir. Bununla birlikte benign lezyonların daha çok kadınlarda ve premalign ve malign lezyonların daha çok erkeklerde görüldüğünü bildiren çalışmaların yanında, kadınlarda premalign lezyonların daha çok olduğunu bildiren çalışma da vardır.^{3,11} Bizim olgumuz da erkek olmasına rağmen kutanöz boynuz zeminindeki lezyonu benign idi.

Kutanöz boynuzların %30'u yüz üst yarısı ve kafada görülürken, bunun dışında sıklıkla güneşe maruz kalan kulak, dudak, göğüs, boyun ve omuzda rastlanmaktadır.^{2,3,5,12,13} Olgumuzda da sağ kaş komşuluğunda lezyon mevcuttu.

Tedavi olarak, lezyonun eksizyonel biyopsisi ve histopatolojik incelemesi önerilmektedir. Malignite şüphesi olan lezyonlar belirli sağlam doku sınırı bırakılarak eksize edilmeli ve metastaz açısından araştırılmalıdır. Verruca vulgaris, aktinik keratozis ve molluskum kontagiozumda ilk basamakta kriyocerrahi alternatif tedavi olarak önerilmektedir. Ancak histopatoloji için yeterli örnek elde edilemediğinden tavsiye edilmemektedir.^{1,2,12,17} Olgumuzda da lezyonun büyüklüğü, hastanın yaşı ve cinsiyeti, lezyon tabanındaki endürasyon zeminde malignite olasılığını akla getirmekte idi. Bu nedenle lezyon tabanı 3 mm sağlam cilt dokusu ile birlikte eksize edildi ve oluşan geniş defekt transpozisyon flebi ile kapatılmak durumunda kaldı. Eksize edilen doku histopatolojik inceleme için gönderildi.

Sonuç olarak, kutanöz boynuz zamanında cerrahi müdahale yapılmadığında devasa boyutlara ulaşabilmektedir. Beraberinde malignite olma olasılığı da olduğundan, sağlam doku sınırı bırakılarak eksize edilmesi gerekmektedir ve bu durumda büyük lezyonlarda defektin primer olarak kapatılması mümkün olmamaktadır. Olgumuzun histopatolojisinde malignite bildirilmemekle birlikte, cerrahi sınır bırakılarak eksize edilen kitleden sonra oluşan defekt alt transpozisyon flebi ile başarıyla tedavi edilmiştir. Bununla birlikte, erken dönemde saptanan vakalarda cerrahi sınır bırakılmasına rağmen defekt küçük olacağından primer kapatma şansı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kumaresan M, Kumar P, Pai MV. Giant cutaneous horn. *Indian J Dermatol* 2008;53(4): 199-200.
2. Fernandes NF, Sinha S, Lambert WC, Schwartz RA. Cutaneous horn: a potentially malignant entity. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2009;18(4):189-93.
3. Mantese SAO, Diogo PM, Rocha A, Berbert ALCV, Ferreira AKM, Ferreira TC. Cutaneous horn: a retrospective histopathological study of 222 cases. *An Bras Dermatol* 2010;85(2): 157-63.
4. Copcu E, Sivrioglu N, Culhaci N. Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be? *World J Surg Oncol* 2004;2(2): 18-22.
5. Bondeson J. Everard Home, John Hunter and cutaneous horns: a historical review. *Am J Dermatopathol* 2001;23(4):362-9.
6. Kastanioudakis I, Skevas A, Assimakopoulos D, Daneilidis B. Cutaneous horn of the auricle. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;118(5): 735.
7. Michal M, Bisceglia M, Di Mattia A, Requena L, Fanburg-Smith JC, Mukensnabe P, et al. Gigantic cutaneous horns of the scalp: lesions with a gross similarity to the horns of animals: areport of four cases. *Am J Surg Pathol* 2002; 26(6):789-94.
8. Bart RS, Andrade R, Kopf AW. Cutaneous horns. A clinical and histopathological study. *Acta Derm Venereol* 1968;48(5):507-15.
9. Tari V, Ünlü G. A giant facial cutaneous horn: case report. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2011;17(3):291-3.
10. Solivan GA, Smith KJ, James WD. Cutaneous horn of the penis: Its association with squamous cell carcinoma and HPV-16 infections. *J Am Acad Dermatol* 1990;23(5 Pt 2):969-72.
11. Yeşilova Y, Yavuz E, Sula E. [Facial cutaneous horn and skin cancer: report of two cases] *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 2010;1(1):50-2.
12. Baykal C, Savci N, Kavak A, Kurul S. Palmo-plantar keratoderma and oral leucoplakia with cutaneous horn of the lips. *Br J Dermatol* 2002;146(4):680-3.
13. Yu RCH, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. *Br J Dermatol* 1991;124(5):449-52.
14. Festa CN, Falda S, Rivitti EA. Corno cutaneo: estudo retrospectivo de 514 casos. *An Bras Dermatol* 1995;70:21-5.
15. Markie RM. Epidermal skin tumours. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 2004. p.1477-81.
16. Duncan KO, Leffell DJ. Epithelial precancerous lesions. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: McGraw Hill; 2003. p.719-21.
17. Yeşilova Y, Soylu S, Bakır Ş, Yavuz C. [Giant cornu cutaneum.] *Türkderm* 2010;44(4):232-4.