

# Kranyumu Erode Eden Ter Bezi Karsinomu: Olgu Sunumu

## CRANIUM ERODING SWEAT GLAND CARCINOMA: A CASE REPORT

Mehmet ARSLAN\*, Ahmet Nafiz KARADENİZ\*, Ethem Nedim ORAL\*, Görkem AKSU\*

\*Dr., İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İSTANBUL

### Özet

Ter bezi karsinomları nadir rastlanan tümörlerdir. Ekrin ter bezinden kaynaklananları ise daha da nadirdir. Literatürde kranyumu erode eden yalnız bir vaka bildirilmiştir. Ter bezi karsinomu tedavileri hakkında da fazla bir şey bilinmemektedir.

Olgumuz 47 yaşında bir bayan hastadır. 1989 yılından beri 6 kez opere edilen ve her defasında nüks eden hasta yeni bir nüks ile kliniğimize başvurmuştur. Son patolojik değerlendirme "silendiroma (malign özellikli)" şeklindedir.

Muayenesinde sol parietal bölge saçlı deride 10x6 cm boyutunda ele gelen kitle tesbit edilen hastanın kraniyal bilgisayarlı tomografisinde, parietal kemikte yaklaşık 5x11 cm, tabula eksterna, diploik mesafe ve tabulada destrüksiyon oluşturan, durayı invaze eden, periost reaksiyonu oluşturan kitle tariflenmiştir.

İlgili cerrahi birimle de konsülte edilen hasta için cerrahi tedavi ve sonrasında, rekürrens eğilimi ve malign dönüşüm dikkate alınarak, radyoterapi planlanmıştır. Olgu, literatürde rastladığımız, kranyumu erode eden, duraya invaze bir ter bezi tümörüdür.

**Anhtar Kelimeler:** Ter bezi karsinomu, Silendiroma, Tedavi  
T Klin Dermatoloji 2002, 12:209-212

### Summary

Sweat gland carcinomas are rare tumors. Ecrine sweat gland carcinomas are also very rare. In literature only one case eroding cranium was reported. Treatment of these carcinomas are not well known.

Our patient was 47 years old, female. She has been operated six times since 1989 because of the tumor relapses. The last pathologic identification was malign cylindroma. This was her seventh relapse.

With inspection; there was a lesion of 10x6 cm at the left parietal region. Computerized tomography revealed a lesion that measured 5x11 cm. The lesion destroyed tabula externa, diploic distance and tabula and invaded dura causing periost reaction.

Surgery and postop radioterapy treatment was planned because of malign transformation and risk of recurrence. Only one case with cranium erosion was reported in the literature and our case also shows intracranial extension.

**Key Words:** Sweat gland carcinoma, Cylindroma, Treatment  
T Klin J Dermatol 2002, 12:209-212

Nadir olan ter bezi karsinomu ve tedavi modaliteleri hakkında bilinenler oldukça sınırlıdır. Ortalama yaş 56.7 yıl ve erkek kadın dağılımı eşittir. Tümör dağılımı: alt ekstremitte %32.9, üst ekstremitte %27.6, gövde %11.9, baş %26.3, boyun %1.3'dür. Metastaz yerleri: lenf nodları %30.2, visera %22'dir. Habis ter bezi neoplazmaları, lokal ve bölgesel lenf nodu rekürrensi eğilimlidirler. Onun için lenf nod diseksiyonu ve radyoterapinin rolü olmalıdır (1).

Apokrin bezi karsinomu ter bezi neoplazmalarının nadir bir formudur ve ayrı bir

sitolojik görünümü vardır. Aksilla bölgesi bu tümörlerin en sık olduğu yer olmasına rağmen, anogenital bölge, göz kapağı, kulak, göğüs, bilek, dudak, ayak, ayak parmağı ve el parmağı apokrin bez karsinomları da rapor edilmiştir. Klasik olarak bu yavaş büyüyen lezyonlar ağrısız, renksiz veya kırmızı, solid veya kistik nodüller şeklinde prezente olur. Teşhis anında, apokrin karsinom olarak raporlanan hastaların yarısından fazlası lenf nodu metastazı yapmış durumdadır. Bu lezyonlar için geniş lokal eksizyon standart tedavidir. Terapötik lenf nod diseksiyonu konfirme lenf nod metastazı

olanlarda endikedir ve geniş, oldukça agresiv ve dar cerrahi marjlı tümörlerde rol alabilir. Apokrin bez karsinomu kemoterapiye zayıf cevap veriyor olmasına rağmen, ileri lokal ve bölgesel hastalıklarda adjuvan radyoterapi kullanılabilir (2).

Habis ekrin ter bezi tümörü oldukça nadir bir tümördür (3-6). Habis ekrin ter bezi tümörü genellikle daha önce olan selim az matür ekrin ter bezi tümöründen neşet eder (7). Bu tümörlerin klinik özellikleri spesifik değildir. Kesin tanı hemen her zaman histolojiye dayanır. Bu tümörler genel olarak baş, boyun ve ekstremitelerine lokalizedir. Yavaş gelişen nodül veya infiltrate plak olarak prezente olur. Bu tümörler nadir olup dünya literatüründe yalnız 200 vaka rapor edilmiştir (8). Literatürde ekrin spiradenomadan gelişen sadece 25 malignansi raporlanmıştır. Raporlanan vakalar, yüksek mortalite oranları ile sonuçlanan >%50 metastaz oranı göstermişlerdir. Beekley ve ark.'nın tebliğ ettiği olgu, raporlanan ilk, skalpin tek odaklı habis ekrin spiradenomudur ve lokal kontrol için multipl rezeksiyon gerektirmiştir (3). Literatürde altı skalp ekrin tümörü raporlanmıştır. Ritter ve ark.'nın rapor ettiği bir olgu ise yumuşak doku tutulumu ve kranyumu erode ederek intrakraniyal uzanımı olan literatürdeki tek skalp ekrin porokarsinomudur (4).

Dermal ekrin silendiroma, veya turban tümörü, nadir bir ter bezi selim tümürüdür. Histolojik olarak selim davranışına rağmen hastalık seyri hastalar için oldukça sıkıntılıdır (6). Bir kısmı zamanla habis forma dönüşüm gösterir.

### Olgu

Olgumuz 47 yaşında bir bayan hastadır. İlk defa 1989 yılında baş saçlı deride ağrısız ve renksiz soliter bir lezyon belirmesi ve uzun süre geçmemesi üzerine bir sağlık merkezine başvurmuştur. Sağlık merkezinde muayenesinde saçlı deride renksiz ve palpasyonla ağrılı olmayan 1x2 cm boyutlarında solid lezyon tesbit edilmiştir. Lezyon eksize edilmiş ve patolojik değerlendirme istenmemiştir. Yaklaşık iki yıl sonra lezyon nüks etmiş ve bu defa tekrar eksize edilmiş ve patolojik değerlendirme istenmiştir. Materyel patolojisi ter bezi adenomu olarak raporlanmıştır. Hasta için

ilave tedaviye gerek görülmemiştir. Yaklaşık iki yıl sonra tekrar nüks eden lezyon üçüncü defa eksize edilmiş ve patolojisi ter bezi tümörü olarak raporlanmıştır. Yaklaşık iki yıl sonra üçüncü defa nüks eden, önceki görünümünden farklı olarak hafif kızarıklık arzeden lezyon için tekrar eksizyon uygulanmış ve silendirom tanısı konmuştur. Yaklaşık bir yıl sonra lezyon, önceki nükslerden farklı olarak multipl odakta nüks etmiştir. En büyüklerinin boyutu 3x4 cm olarak bulunmuş ve lezyonlardan büyük olanının kırmızı renkte ve hafif ağrılı olduğu, diğer lezyonlarınsa ağrısız ve renksiz soliter lezyonlar olduğu görülmüştür. Lezyonlar beşinci defa eksize edilerek patolojik değerlendirme için gönderilmiştir. Turban tümörü tanısı konan hasta için ilave tedaviye gerek görülmemiştir. Çok geçmeden çok odaklı olarak tekrar nüks eden lezyonların boyutlarının 5x6 cm'ye ulaştığı görülmüştür (Şekil 1). Her defasında sayı ve boyutları artan fizik özellikleri değişen lezyonlar için altıncı defa cerrahi operasyon uygulanmış ve postoperatif patolojik değerlendirmede lezyonlar, geniş çekirdekli ve bol sitoplazmalı epitel hücrelerinden oluşan silendirom olarak tariflenmiş ve lezyonların malign özellik (atipik mitoz varlığı ve mitoz sayısı fazlalığı) gösterdiği raporlanmıştır (Şekil 2).

Tekrar nüks ile kliniğimize sevk edilen hastanın başvuru muayenesinde, sol parietal bölge saçlı deride 10x6 cm boyutunda ele gelen kitle tesbit edilmiştir. Kraniyal direkt grafisi ve peşinden bilgisayarlı tomografisi çekilmiş ve parietal kemikte yaklaşık 5x11 cm, tabula eksterna, diploik mesafe ve tabulada destrüksiyon oluşturan, durayı invaze eden, periost reaksiyonu oluşturan kitle lezyon tariflenmiştir (Şekil 3). İlgili cerrahi birimle de konsülte edilen hasta için cerrahi tedavi ve sonrasında, rekürrens eğilimi ve malign dönüşüm dikkate alınarak, radyoterapi planlanmıştır.

### Tartışma

Nadir olan ter bezi karsinomu ve tedavi modaliteleri hakkında bilinenler oldukça sınırlıdır. Biz, bu tümörlerin doğal seyri ve en iyi tedavi şeklini belirlemek için ter bezi karsinomu

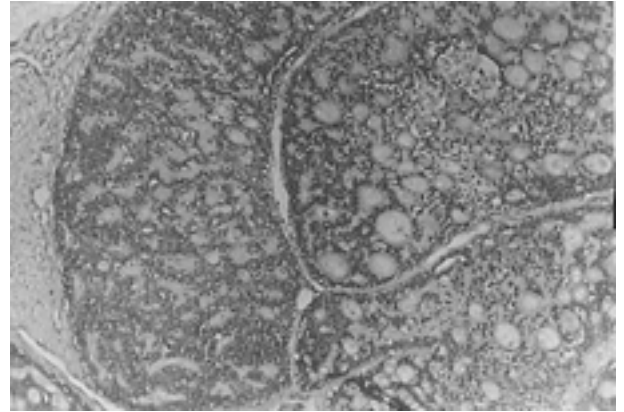


Şekil 1. Olgunun genel görünümü.

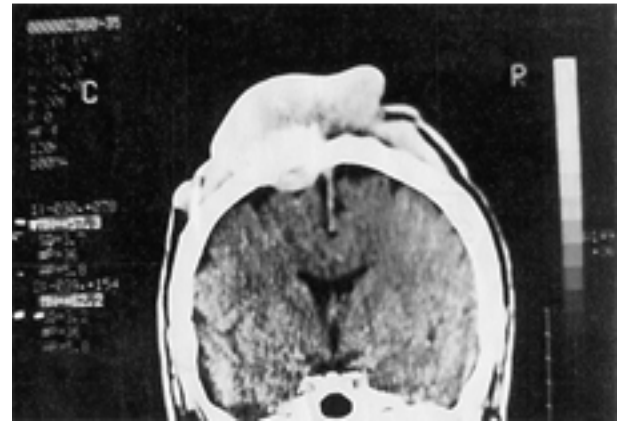
konusunda literatürü taradık. Ortalama yaş 56.7 yıl ve erkek kadın dağılımı eşittir. Tümör dağılımı: alt ekstremitte %32.9, üst ekstremitte %27.6, gövde %11.9, baş %26.3, boyun %1.3'dür. Metastaz yerleri: lenf nodları %30.2, visera %22'dir. Olgumuz 47 yaşında bayan hasta olup, lezyon baş saçlı deri lokalizasyonlu idi. Başvuruda metastaz yoktu. Habis ter bezi neoplazmaları, lokal ve bölgesel lenf nodu rekürrensi eğilimlidirler. Onun için lenf nod diseksiyonu ve radyoterapinin rolü olmalıdır (1-5).

Dermal ekrin silendiroma veya turban tümörü, nadir ter bezi selim tümörüdür (9,10). Kadınlarda erkeklerden dört kat daha fazla rastlanır. Silendiromaların yaklaşık %10'u kalıtsaldır. Papül, nodül ve tümörler genellikle skalpte olur. Yüzde ve

gövdenin üst kısmında da bulunabilir. Eğer silendiroma nodülleri tüm skalpi sararsa turbana benzer görüntü oluştururlar. Histolojik olarak selim davranışına rağmen hastalık seyri hastalar için oldukça sıkıntılıdır (6). Bir kısmı zamanla nadiren de olsa habis forma dönüşüm gösterir (11-13). Silendirokarsinomların çoğu silendiromlardan gelişir. Histolojik olarak silendiroma benzer ancak atipik mitoz ve mitoz sayısının fazlalığı ile ayırtdedir. Silendirokarsinom agresiv olup, lenf nodu, kemik ve viseral organlara metastaz yapar (7). Olgumuzda da histolojik olarak selim patoloji tariflenmesine rağmen yedi defa nüks ettiği ve her defasında sayı ve boyutlarının arttığını görmekteyiz. Dolayısıyla selim bir patoloji olmasına rağmen hasta için oldukça sıkıntılı



Şekil 2. Olgunun patolojik görünümü.



Şekil 3. Olgunun radyolojik görünümü.

olmuştur. Bunların bir kısmı zamanla patolojik olarak da habis özellik kazanır. Nitekim hastamızın son patoloji raporunda malign özellikli silendiroma olduğu belirtilmektedir.

Beekley ve ark.'nın tebliğ ettiği olgu, raporlanan ilk, skalpin tek odaklı habis ektrin spiradenomudur ve lokal kontrol için multipl rezeksiyon gerektirmiştir (6). Literatürde altı skalp ektrin tümörü raporlanmıştır (4). Ritter ve ark.'nın rapor ettiği bir olgu ise yumuşak doku tutulumu ve kranyumu erode ederek intrakraniyal uzanımı olan literatürdeki tek skalp ektrin porokarsinomudur (4). Dolayısı ile olgumuz, yumuşak doku tutulumu ve kranyumu erode etmesine ilaveten durayı invaze eden ve raporlanan ilk skalp ter bezi habis (silendirom kaynaklı) tümürüdür. Başlangıçta selim olarak raporlanan lezyonun multipl rezeksiyonlarla lokal kontrolü sağlanamamış ve sonunda malign dönüşüm göstermiştir.

Bu lezyonlar için geniş lokal eksizyon standart tedavidir. Terapötik lenf nodu diseksiyonu konfirme lenf nod metastazı olanlarda endikedir ve geniş, oldukça agresiv ve dar cerrahi marjlı tümörlerde rol alabilir. Apokrin bez karsinomu kemoterapiye zayıf cevap veriyor olmasına rağmen, ileri lokal ve bölgesel hastalıklarda adjuvan radyoterapi kullanılabilir (2). Olgumuz için, ilgili cerrahi birimle de konsulte edilerek geniş lokal eksizyon ve postoperatif radyoterapi planlanmıştır. Bu tür olgular için uygun yaklaşım, selim patolojiye rağmen, agresiv seyir dikkate alınarak, geniş lokal eksizyondur. Önceki girişimlerde cerrahinin yeterince geniş tutulmaması nükslere sebep olmuş olabilir. Olgumuzda dura invazyonunun olması, ileri lokal ve bölgesel hastalıklar için uygun olan geniş lokal eksizyon ve radyoterapinin yeterliliği konusunda kuşku uyandırmaktadır. Kemoterapiye zayıf cevap veriyor olması, bu hastalarda kranyospinal ışınlama konusunda yeterli tecrübe olmaması durumu güçleştirmektedir.

Sonuç olarak; olgumuz, literatürde rastlamadığımız, skalpi erode eden, duraya invaze ter bezi habis tümörü olması sebebiyle ilginçtir. Habis ter bezi tümörleri daha çok, selim

lezyonların zamanla habis özellik kazanmasıyla oluşurlar. Başlangıçtan itibaren geniş lokal eksizyon standart tedavidir. Selim sitolojilerde bile lokal kontrol sağlanması multipl rezeksiyon gerektirebilir. Mükerrer nüks ve lokal ileri habis lezyona dönüşüm nadir değildir. Bu durumlarda geniş lokal eksizyon ve radyoterapi uygun tedavidir.

#### KAYNAKLAR

1. Asley I, Smith-Reed M, Chernys A. Sweat gland carcinoma. *Dermatol Surg* 1997; 23:129-33.
2. Chamberlain RS, Huber K, White JC, Travaglino-Parda R. Apocrin gland carcinoma of the axilla. *Am J Clin Oncol* 1999; 22:131-5.
3. Beekly AC, Brown TA, Porter C. Malignant eccrine spiradenoma. *Am Surg* 1999; 65:236-40.
4. Ritter AM, Graham RS, Amaker B, Broaddus WC, Young HF. Intracranial extension of an eccrine poro carcinoma. *J Neurosurg* 1999; 90:138-40.
5. Tay JS, Tapen EM, Solari PG. Malignant eccrine spiradenoma. *Am J Clin Oncol* 1997; 20:552-7.
6. Irwin LR, Bainbridge LC, Reid CA, Piggot TA, Brown HG. Dermal eccrine cylindroma (turban tumour). *Br J Plast Surg* 1990; 43:702-5.
7. Shafer WF, Hine MK, Levy BM, eds. A textbook of oral pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1983: 20.
8. Bijan Safai, Douglas E Brash. Tumors of eccrine glands. In: Cancer. Vincent T. DeVita. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 40.
9. Cotton DNK, Braye SC. Dermal cylindromas originate from the eccrine sweat gland. *Br J Dermatol* 1984; 111:53.
10. Goette DK, McConnell MA, Fowler VR. Cylindroma and eccrine spiradenoma coexistent in the same lesion. *Arch Dermatol* 1982; 118:273.
11. Urbanski SJ, From L, Abramovicz A, et al. Metamorphosis of dermal cylindroma. *J Am Acad Dermatol* 1985; 12:188.
12. Lyons JB, Rouillard LM. Malignant degeneration of turban tumour of scalp. *Trans St John's Hosp Dermatol Soc* 1961; 46:74.
13. Bondeson L. Malignant dermal eccrine cylindroma. *Acta Derm Venereol (Stockh.)* 1979; 59:92.

**Geliş Tarihi:** 22.11.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Mehmet ARSLAN  
İstanbul Üniversitesi  
Onkoloji Enstitüsü  
34390, Çapa, İSTANBUL