

Trikoepitelyoma (Olgu Sunumu)

TRICHOEPITHELIOMA (CASE REPORT)

Uz.Dr.Sema KARAOĞLU*, Yard.Doç.Dr.Alev EKEN*, Yard.Doç.Dr.Oigun KONTAŞ'

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi *Dermatoloji ve "Patoloji ABD, KAYSERİ

ÖZET

Trikoepitelyoma histolojik olarak aynı özellikleri gösteren iki ayrı klinik tip gösterir. Bunlar multipl ve soliter trikoepitelomalardır. Multipl trikoepitelyoma otozomal dominant kalıttır. Soliter trikoepitelyoma nonherediterdir. Burada sık görülmemesi nedeniyle multipl trikoepitelyoma tanısı koyduğumuz 65 yaşında bir hasta takdim edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Trikoepitelyoma

T Klin Dermatoloji 1993, 3:127-129

SUMMARY

Trichoepithelioma refers to two types of lesions with identical histology multipl and soliter trichoepithelioma. Multipl trichoepithelioma is a disorder inherited as an autosomal dominant solitary trichoepithelioma has no hereditary tendency. Here, a 65 years old patient diagnosed as multipl trichoepithelioma was presented because of it's rarity.

Key Words: Trichoepithelioma

Turk J Dermatol 1993, 3:127-129

Trikoepitelyoma 1892 yılında Brooke ve Fordyce tarafından "epithelioma adenoides kystique" adıyla tanımlanmıştır. Klinik olarak multipl ve soliter olmak üzere iki ayrı şekil vardır. Bunların histolojik özellikleri aynıdır. Multipl trikoepitelyoma otozomal dominant kalıtılan özellikle yüzde görülen multipl küçük papülo-nodüllerle karakterizedir. Soliter trikoepitelyoma genellikle erken erişkin yaşta ortaya çıkan, nonherediter genellikle yüzde yerleşen yuvarlak deri renginde nodüller şeklindedir (1-3).

OLGU

ŞA, 65 yaşında kadın hasta, ev kadını. Hastanın polikliniğe asıl başvuru nedeni 2-3 yıldır saçlı derisindeki kaşıntı idi. Hastanın öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayene dışında fizik muayene bulguları normaldi. Lenfadenopatli yoktu. Dermatolojik muayenesindekl yüz sol ala nasi alt kenarında yaklaşık 1.5 cm çaplı üzerinde telenjektaziler bulunan, sert kıvamlı nodüler lezyon, burun kenarlarında, göz kapak-

larında, kirpik diplerinde, kaşlar arasında ve ensede 3-5 mm çaplı üzerleri normal deri ile örtülü popülönodüler lezyonlar, saçlı derisinde pitriazik skuamlar vardı (Şekil 1a,b). Hastaya yüzündeki bu şişliklerin ne zamandan beri varolduğu sorulduğunda 30-35 yaşından beri olduğunu gittikçe arttığını, 10 yıldır değişmediğini ve hiçbir şikayeti olmadığını söyledi. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde (tam kan sayımı, idrar ve biyokimya) patoloji saptanmadı. Lezyonlardan yapılan biopsinin mikroskopik incelenmesinde yer yer akantotik keratinize yüzey epidermisi altında içi keratin ile dolu büyük kistik yapı ve çok sayıda bazaloid tipte hücrelerin proliferasyonu ile oluşan adenoid ya da solid hücre proliferasyonları görüldü. Yer yer küçük kalsifiye odaklar izlendi (EÜTF Patoloji ABD B:2622-92) (Şekil 2a,b).

Trikoepitelyoma klinik olarak soliter ve multipl tipleri olan kıl follikülü ile ilgili bir hamartomdur (1-3). Multipl trikoepitelyoma otozomal dominant kalıtım gösterir (1-5). Bizim vakamızın ailesinde başka hasta kişinin olmaması gen mutasyonunu düşündürmektedir. Daha çok kadınlarda görülen multipl trikoepitelyomada lezyonlar 1-2mm'den 5-6 mm büyüklüğüne kadar değişen pembe-sarımsak düz yüzeyli parlak, hafif saydam papül ve nodüllerdir (1,4). Lezyonların merkezi hafifçe çökük olabilir. Ayrı ayrı olan lezyonlar gruplar oluştururlar. Yüzdeki lezyonlar simetrik yerleşir (1). Bi-

Geliş Tarihi: 07.09.1993

Kabul Tarihi: 07.12.1993

Yazışma Adresi: Uz.Dr.Sema KARAOĞLU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD, . 38039, KAYSERİ



Şekil 1a. Olgumuzun klinik olarak önden görünümü



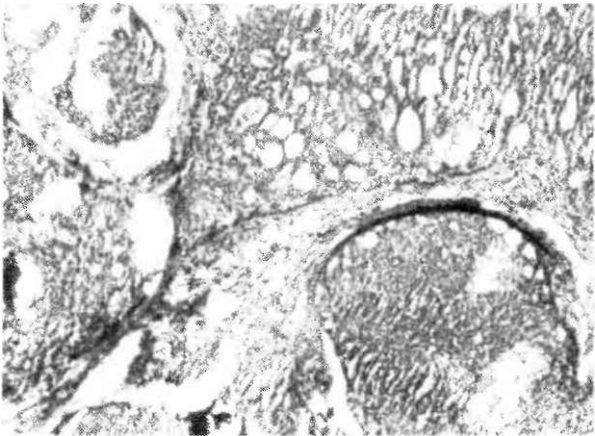
Şekil 1b. Olgumuzun klinik olarak arkadan görünümü

zim olgumuzda da lezyonlar simetrik yerleşmişti. Daha çok çocukluk çağında ortaya çıkan hastalık bizim vakamızda 30-35 yaş civarında ortaya çıkmıştır, literatürde bu yaşta başlayan olgular bildirilmiştir (1). Lezyonlar genellikle yüzde, nazolabial sulkusta görülmekle birlikte, saçlı deri, boyun ve gövdede de bulunabilir, bu durumda simetriye uymayabilir (1,2). Bizim vakamızın da yüz dışında ensede de lezyonları vardı. Gelişimlerini 50-70 yaşları arasında tamamlayan lezyonlar bizim vakamızda da 10 yıldır herhangi bir değişiklik göstermemişti.

Soliter trikoepitelyomalar multipl olanlara göre daha sık görülürler. Bunların genetik geçişi yoktur (2,3,4,6). Lezyonlar 2 cm'den küçük, deri renginde nodüller şeklindedir. En çok yüzde görülüp çocukluk veya erken erişkin dönemde ortaya çıkarlar (3,5).

Trikoepitelyomanın kıl aparatında bir sapmadan meydana geldiği düşünülür (1-3). Histolojik olarak en karakteristik özellik keratin kistleri olup keratinize merkezler etrafında bazal hücreli karsinomun hücrelerine benzeyen hücreler yer alır. Keratinizasyonun tam ol-

duğu ve ani bir geçiş gösterdiği izlenir. Merkezdeki keratin kisti ile bunu çevreleyen bazofilik hücreler arasında birkaç sıra geniş ve soluk stoplazmalı hücreler bulunur. Keratin kistlerinden sonraki ikinci temel özellik lezyonun adenoid bazal hücreli karsinomaya benzerliğidir. Yabancı cisim tipinde dev hücreler ile kalsifikasyon odaklarının görülmesi de mümkündür. Multipl trikoepitelyoma lezyonlarının histolojik olarak iyi sınırlı olmaları bir kuraldır (3). Lezyonların ülser olmaları veya bazal



Şekil 2a. Deri lezyonlarından alınan biopsi örneğinin histolojik görüntüleri (X 250, HE).



Şekil 2b. Deri lezyonlarından alınan biopsi örneğinin histolojik görüntüleri (X 250, HE).

hücreli karsinoma gelişmesi çok nadirdir, ancak trikoe-pitelyoma ile silendiroma lezyonlarının beraberliği çok bildirilmiştir. Bu konuda yapılan genetik çalışmalar bu geçişin tek bir otozomal gene bağlı olarak meydana geldiğini göstermiştir (1,3,5). Trikoepitelyoma ve bazal hücreli epitelyoma arasındaki yakın ilişki pluripotent hücrelerden ortak bir çıkışları olduğu şeklinde izah edilebilir. Böylece iki tümör hücreleri maturasyonlarındaki dereceyle birbirlerinden ayrılırlar. Aynı zamanda çeşitli maturasyon derecelerinde hücrelerin bulunması nedeniyle trikoepitelyomalarda bazal hücreli epitelyom sahaları olabilir, bunun tersi de doğrudur (3).

Ayırıcı tanıda multipl trikoepitelyonada; beyaz körnedoniar, miliumlar, siringoma, silendiroma, adenoma, sebaceum ve depo hastalıkları, soliter trikoepitelyomada; intradermal nevus ve granüloma anülare düşünülmelidir (1,3,5,6). Histolojik olarak bazal hücreli karsinom ile trikoepitelyomayı ayırmak mümkün olmayabilir, ancak klinik bulgular ve hastanın hikayesiyle tanıya gidilir (1,3). Bizim olgumuzda lezyonların klinik görünümü ve histopatolojik tetkik ile trikoepitelyoma tanısı doğrulanmıştır.

Multipl lezyonların tedavisinde, elektrodiseksiyon, likid nitrojenle kriyoterapi ve dermabrazyon denenebilir. Soiiiter lezyonlarda eksizyonel cerrahi tedavi uygulanmaktadır (1,6).

KAYNAKLAR

1. Arnold HL, Odom RB, James WD. Disease of the skin, Philadelphia; WB Saunders Company, 1990:801 -2.
2. Filho GB, Toppa NH, Miranda D. Giant solitary trichoepithelioma. Arch Dermatol 1984; 120:797-98.
3. Lever WF, Schaumberg-Lever G. Histopathology of *ho skin. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1990: 582-85.
4. Fitzpatrick TB, Eize AZ, Wolff K, et al. Dermatology in general medicine. New York: Mc Graw-Hill Book Company, 1987: 784-85.
5. Hacıbektaşoğlu A, Demiröz P, Çivi i ve ark. Trichoepithelioma. Lepra Mecmuası 1991; 22:42.
6. Memişoğlu HR, Doğru öz K. Trichoepithelioma. Deri ve Zührevi Hastalıklarda Yenilikler SİTıpozyumu 1985; 207.