

Bir Olgu Nedeniyle Pilomatrikoma

Melis Palamar (*), Ayşé Yağcı (**), Taner Akalın (***)

ÖZET

"Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması" olarak da bilinen pilomatrikoma, kıl folikülü matriksinden köken alan benign karakterli, oldukça sert, derin yerleşimli nodüler bir lezyondur. En sık yerleşim yeri baş, boyun ve üst ekstremitelerdir. Lezyonlar tipik olarak 0.5-5.0 cm çapındadır ve sıklıkla çocukluk çağında ortaya çıkar. Histopatolojik incelemede çekirdeklerini kaybetmiş, eozinofilik gölge hücrelerin varlığı pilomatrikomanın özgün bulgusudur.

Bu makalede sağ kaş altında saptanan pilomatrikoma olgusunu sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Dermatofibrom, epidermal kist, pilomatrikoma, pyojenik granülom

SUMMARY

Pilomatricoma which is also known as "Malherbe's calcifying epithelioma" arises from the external radicular shaft of the hair root as a firm solitary lesion. This subepidermal tumor is usually located on the face, neck or upper extremities. It generally measures 0.5 cm to 5.0 cm in diameter and is typically found in young children. In histopathologic examination the presence of anucleated, eosinophilic shadow cells is pathognomic.

In this article we represent a 21 year old female with a pilomatricoma on her right eyebrow.

Key Words: Dermatofibroma, epidermoid cyst, pilomatricoma, pyogenic granuloma

GİRİŞ

Pilomatrikoma kıl matriks hücrelerinin farklılaşması sonucu gelişen benign bir tümördür. Sıklıkla ilk iki dekada ortaya çıkar, fakat erişkinlerde ve yaşlılarda da görülebilmektedir (1-4). Pilomatrikoma genellikle üzerinde normal deri bulunan tek, sert, derin yerleşimli bir nodül ya da daha nadir olarak üzerinde renk değişimi gösteren yüzeysel bir nodül şeklinde izlenir (5-8). Lezyonun tipik gelişimi tek nodül şeklinde olmakla birlikte

multipl ve ailesel lezyonlar da bildirilmiştir (9-11). Lezyonun klasik, büllöz, dev, perforan, multinodüler gibi farklı histopatolojik alt tipleri bulunmaktadır (12-14). Nadiren pilomatriks karsinom şeklinde adlandırılan malign formu görülebilmektedir (15-17). Tümör histolojik olarak iyi sınırlı ve kapsüllüdür. Belirgin nukleoluslu bazaloid hücreler ve tümör merkezindeki keratinizasyon nedeniyle çekirdeksiz gölge hücreler içerir (2).

(*) Uzm. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

(**) Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

(***) Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bornova, İzmir

Bu makalede sağ kaş altında yerleşim gösteren bir pilomatrikoma olgusu ele alınmıştır.

VAKA TAKDİMİ

Ege Üniversitesi Göz Kliniği Oküloplasti Birimi'ne 2 aydır sağ kaş altında hızla büyüyen ağrısız kitle şikayetiyle başvuran 21 yaşındaki kadın olgu muayene edildi. Tüm göz bulguları, göz hareketleri normal bulundu. Palpasyonla muayenede kaş altında yerleşim gösteren deriye fikse, hareketsiz, fibroid bir kitle saptandı. Genel anestezi altında, lezyon hizasından cilt kıvrımlarına paralel insizyon yapılarak kitle kapsülüyle birlikte çıkartıldı. Eksizyon materyali histopatolojik olarak incelendi.

Kitle boyutları 1 cm x 0.5 cm x 0.3 cm idi. Yapılan histopatolojik incelemede bazaloid hücreler ve gölge hücreleri ile klasik pilomatrikoma tanısı konuldu. Olguda peroperatif ya da postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

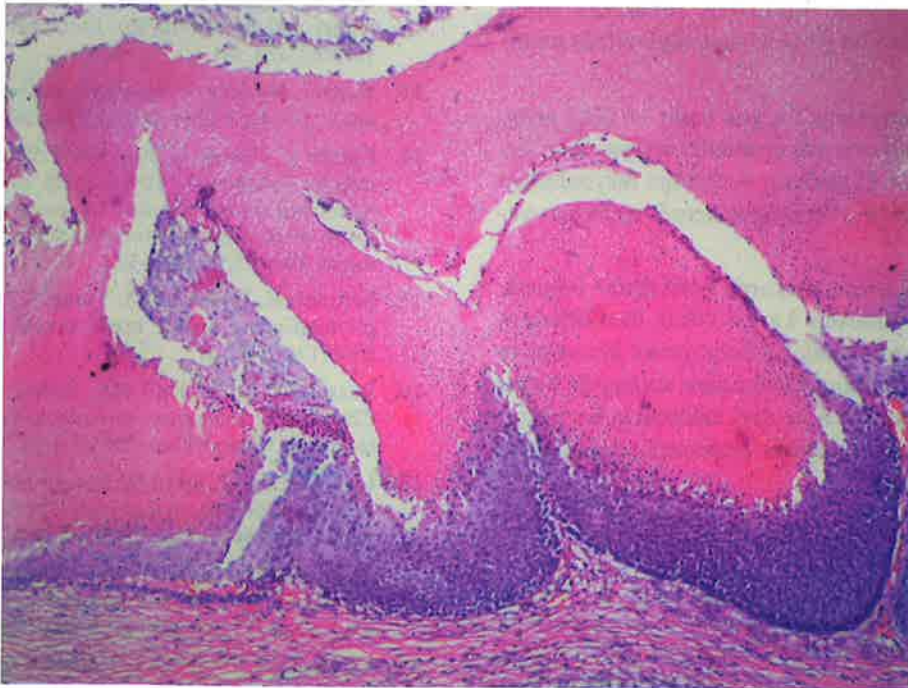
Pilomatrikoma "Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması" olarak da adlandırılan benign bir tümördür. Kıl folikülünden köken alır ve kalsifiye olma eğiliminde hamartamöz bir lezyon olarak kabul edilir (1-3).

Pilomatrikoma olgularının büyük çoğunluğunda 2. dekada görülmektedir. Taaffe ve arkadaşları pilomatrikoma olgularının erişkin dönemde ikinci bir pik yaptığını bildirmişlerdir (3,4). Bizim olgumuz da literatürde daha sık bildirildiği şekilde 21 yaşındaydı. Benign lezyonların kadın ve erkekte eşit sıklıkta görüldüğü ya da hafifçe kadın üstünlüğü gösterdiği bildirilmiştir (3,4,7).

Pilomatrikomanın en sık yerleştiği bölge baş-boyun bölgesi ve üst ekstremitelerdir. Lan'ın baş-boyun bölgesi pilomatrikomalarını içeren 179 olguluk serisinde lezyon yerleşiminin dağılımı boyun (%30.2), yanaklar (%16.8), saçlı deri (%16.2), periorbital bölge (%14.0) olarak saptanmıştır (4). Bizim olgumuzda lezyonun lokalizasyonu literatürde bildirilen lokalizasyonlar ile uyumlu olarak periorbital bölgede, sağ kaş altında idi.

Çeşitli yayınlarda, pilomatrikoma nodülünün genelde tek olduğu ve boyutlarının 0.5-5 cm.'yi aşmadığı bildirilmiştir (3,4). %3.5 sıklığında bildirilen multipl lezyonların myotonik distrofi, Gardner sendromu, sarkoidoz ile ilişkili olabileceği rapor edilmiştir (9-12). Sunulan olgumuzda tek nodüler lezyonun boyutları 1 cm x 0.5 cm x 0.3 cm olarak saptandı. Ailesel özellik (9) gösteren olgular olmasına rağmen bizim olgumuzda aile öyküsü mevcut değildi. Pilomatrikomanın klinik olarak ön tanısı oldukça güçtür. Histopatolojik inceleme için en

Resim. Bazaloid hücreler ve gölge hücreleri ile klasik pilomatrikoma. HEx100



sık belirtilen ön tanılar dermatofibrom, epidermal kist, pyojenik granülomdur. Kapak kenarında saptanan olgularda ise şalazyon, epidermoid kist, keratoakantoma, sebace bez karsinomu ön tanıları yapılmıştır (7). Yapılan bir çalışmada gönderilen materyallerden sadece %1.1'inde pilomatricoma ön tanısı olduğu saptanmıştır (18). Pilomatricoma tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi ve radyolojik görüntüleme teknikleri yardımcı olabilmektedir. Fakat ince iğne aspirasyon biyopsisinin çok da güvenilir olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (19). Bu nedenle tanı mutlaka insizyonel ya da eksizyonel biyopsi ile konmalıdır. Olgumuzda 2 aydan bu yana mevcut olan lezyonun kaş altında lokalize olması bize klinik olarak öncelikle pyojenik granülom olabileceğini düşündürdü.

Histopatolojik olarak pilomatricomanın klasik, perforan, büllöz, dev, ekzofitik ve multinodüler tipleri mevcuttur (13-15). En sık görülen klasik tipte bazaloid hücreler yanı sıra gölge hücreler ve keratine karşı gelişmiş yabancı cisim granülasyon dokusu sıklıkla izlenen bulgulardır. Bazı olgularda bazaloid hücrelerin tamamen ortadan kalktığı ve regresiv değişiklikler yanı sıra gölge hücre kümeleri ile tanısı konabilmektedir (2,5). Olgumuzda histopatolojik incelemede bazaloid hücreler yanı sıra gölge hücreleri ve erken regresiv değişiklikler ile klasik pilomatricoma görüntüsü görüldü (Resim).

Pilomatricomada %75-80 oranında kalsifikasyon, %15-20 arasında fibroblastların osteoblastlara metap-lazisi sonucu bağ dokusu içinde gölge hücrelerinin komşuluğunda bildirilen ossifikasyon mevcut değildi (1,2,6).

Pilomatricomalarda bildirilen rekürrens oranı %2.6'dır (7) 12 aydan bu yana izlenen olgumuzda rekürrens saptanmadı.

Pilomatricoma karsinoma ise çok nadir ve kötü prognozlu bir tümör olup orta yaş grubunda ortaya çıkar. Erkeklerde daha sık (4:1) rastlanır ve benign lezyonlardan daha büyük boyuttadır. Akciğer ve kemik metastazı yapabilir (7).

Sonuç olarak, pilomatricoma periorbital bölgede nispeten nadir görülmesine karşın klinik özelliklerinin iyi bilinmemesi, patognomik bir bulgusunun olmayışı ve çeşitli histolojik formlarının bulunması nedeniyle başka tümörlerle karışabilir. Deri ve deri eklerinden kaynaklanan tümörlerin ayırıcı tanısında pilomatricoma mutlaka göz önüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Kaddu S, Soyer HP, Cerroni L, Salmhofer W, Hodl S: Clinical and histopathologic spectrum of pilomatricomas in adults. *Int J Dermatol* 1994;33:705-708.
- Elder D, Elenitsas R, Ragsdale BD: Pilomatricoma. *Lever's Histopathology of the Skin*. Ed. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson Jr B. 8th edition. Philadelphia, Lippincott-Raven. 1997;757-759.
- Taaffe A, Wyatt EH, Bury HP: Pilomatricoma (Malherbe). A clinical and histopathologic survey of 78 cases. *Int J Dermatol* 1988;27:477-480.
- Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ: Pilomatricoma of the head and neck: a retrospective review of 179 cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003;129(12):1327-30.
- Wang J, Cobb CJ, Martin SE, Venegas R, Wu N, Greaves TS: Pilomatricoma: clinicopathologic study of 51 cases with emphasis on cytologic features. *Diagn Cytopathol* 2002;27:67-172.
- Hashimoto K, Lever WF: Pilomatricoma, or calcifying epithelioma of Malherbe. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. 5th edition. New York, McGraw-Hill, 1999:904-906.
- Mencia-Gutierrez E, Gutierrez-Diaz E, Garcia-Suarez E: Eyelid pilomatricomas in young adults; A report of 8 cases. *Cutis* 2002;69(1):23-27.
- Yaprak N, Sarı H, Akkaya O, Özkan Y: Pilomatricoma. *Göztepe Tıp Dergisi* 2005;20(4):244-245.
- Hubbard VG, Whittaker SJ: Multiple familial pilomatricomas: an unusual case. *J Cutan Pathol*. 2004;31(3):281-3.
- Avcı G, Akan M, Aköz T: Simultaneous multiple pilomatricomas. *Pediatr Dermatol*. 2006;23(2):157-162.
- Doran F, Gümürdülü D, Uğuz A, Tuncer R: Multipl pilomatricoma (Olgu sunumu). *Çukurova Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2000;25(1):36-38.
- Geh JL, Wilson GR: Unusual multiple pilomatricoma: case report and review of the literature. *Br J Plast Surg*. 1999;52:320-321.
- Yiqun J, Jianfang S: Pilomatricoma with a bullous appearance. *J Cutan Pathol*. 2004;31(8):558-60.
- Kambe Y, Nakano H, Kaneko T, Aizu T, Ikenaga S, Harada K, Nakajima N, Moritsugu R, Hanada K: Giant pilomatricoma associated with hypercalcaemia and elevated levels of parathyroid hormone-related protein. *Br J Dermatol*. 2006;155(1):208-10.
- Niitsuma K, Kuwahara M, Yurugi S, Iioka H: Perforating pilomatricoma on the upper eyelid. *J Craniofac Surg*. 2006;17(2):372-3.
- Bassarova A, Nesland JM, Sedloev TI, Danielsen H, Christova S: Pilomatricoma with lymph node metastases. *J Cutan Pathol*. 2004;31(4):330-5.
- Liegl B, Leibl S, Okcu M, Beham-Schmid C, Regauer S: Malignant transformation within benign adnexal skin tumours. *Histopathology*. 2004;45(2):162-70.
- Punia RP, Palta A, Kanwar AJ, Thami GP, Nada R, Mohan H: Pilomatricoma-a retrospective analysis of 18 cases. *Indian J Pathol Microbiol* 2001;44:321-324.
- Lemos MM, Kindblom LG, Meis-Kindblom JM, Ryd W, Willen H: Fine-needle aspiration features of pilomatricoma. *Cancer*. 2001 25;93(4):252-6.