

Tanınız nedir 2?

What is your diagnosis 2?

Fatma Pelin Cengiz, Nazan Emirođlu, Bengü Çevirgen Cemil*, Nesrin Gürçay**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
*Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji, **Patoloji Kliniđi, Ankara, Türkiye

Altmış dokuz yaşında erkek hasta polikliniğimize sağ ayak bileğinde 2 aydır kapanmayan yara nedeniyle başvurdu. Daha önce başvurduğu dış merkezde kendisine sürme tedavilerin verildiğini, bu tedaviye rağmen yarasının küçülmeyip, büyüdüğünü ifade etti. Hastanın özgeçmişinde 3 yıldır eklem yerlerinde ara ara şiddetlenen kızarıklığı ve ağrısı oluyormuş. Bu şikayetleri için daha önce doktora başvurmamış. Dermatolojik muayenesinde sağ ayak bileği lateral malleolün üzerinde yaklaşık 3 cm çaplı, sarı-beyaz akıntılı, üzeri ülserle mobilize olan nodülü mevcuttu (Resim 1a, 1b). Ülser sınırından alınan biyopsi örneğinin histopatolojik bulguları (Resim 2a, 2b) görölmektedir.

Tanınız nedir?



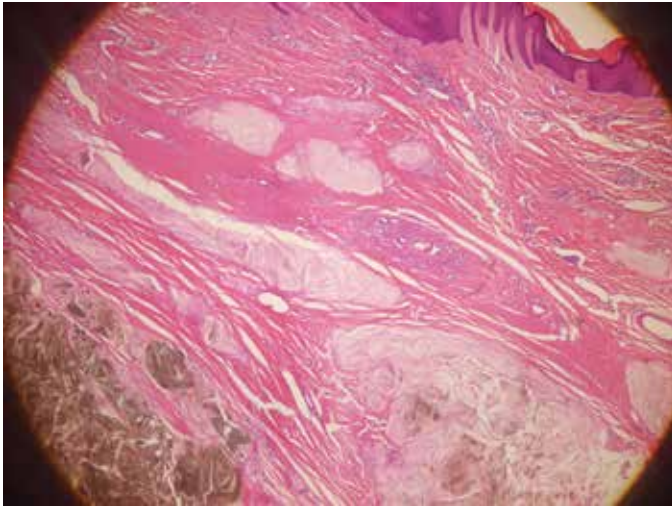
Resim 1a.



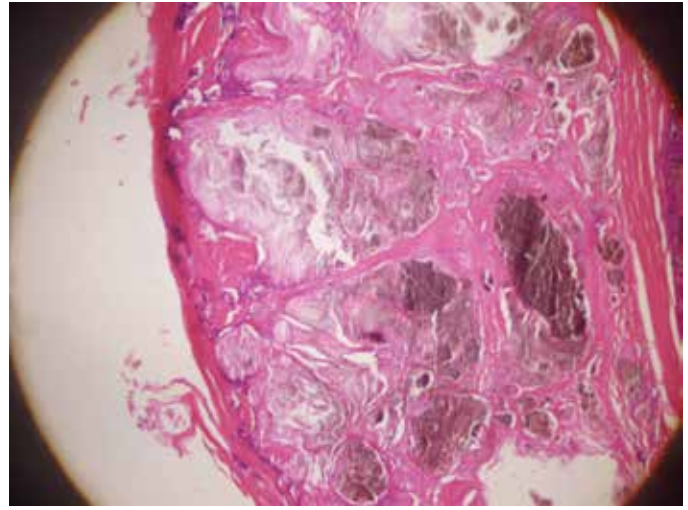
Resim 1b.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Fatma Pelin Cengiz, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniđi, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 236 71 14 E-posta: fpelinozgen@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 13.02.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 19.02.2013

24. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.



Resim 2a.



Resim 2b.

Tanınız nedir 1?

Bir önceki sayıda yer alan olgunun tanısı

Tanı: Glomus tümörü (Glomanjioma)

Glomus tümörü retiküler dermisteki glomus cisimciğinden köken alan nadir görülen, küçük, ağrılı, selim bir deri tümörüdür. Retiküler dermiste bulunan glomus cisimcikleri ısı değişikliklerini algılayan, arteriolar akımı düzenleyen nöromyoarteriyel bir oluşumdur. Glomus tümörünün kesin insidansı bilinmemekle birlikte primer yumuşak doku tümörlerinin yaklaşık olarak %2'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu tümörlerin %75'inden fazlası ele, el lezyonlarının %80'i subungual bölgeye lokalizedir. Bununla birlikte trakea, penis, testis, akciğer, vajına, serviks, dil, dudak, kulak, bacak, sert damak lokalizasyonları bildirilmiştir^{1,2}. Ayrıca az sayıda olguda sırt lokalizasyonu bildirilmiştir^{3,4}. Olgumuz sırt yerleşimi nedeniyle nadir bir olgu olma özelliği de taşımaktadır.

Glomus tümörünün karakteristik klinik triadı lokalize hassasiyet, ağrı ve ısı hassasiyetidir¹. Ağrı en yaygın semptomdur. Glomus tümörü tanısı özellikle ektradijital bölge yerleşimli olduğu zaman zordur^{1,2}. Glomus tümörü diğer ağrılı deri tümörleri ile ayırıcı tanıya girmektedir. Glomus tümörleri solid glomus tümörleri, glomanjioma, glomanjiomyoma olarak sınıflandırılabilir. Histopatolojik olarak solid glomus tümörleri iyi sınırlı ve kapsüllü, bazen subkutan dokuya kadar da ilerleyebilen dermal tümörlerdir. Güçlükle fark edilen küçük damarları çevreleyen glomus hücrelerinin solid agregatlarından oluşur. Glomus hücreler koyu boyanan oval nükleuslu, eozinofilik stoplazmalı, düzgün, yuvarlak hücrelerdir. Glomanjioma solid glomus tümörleri ile kıyaslandığı zaman daha belirgin damar yapılarına ve daha az yoğunlukta glomus hücrelerine sahiptir. Glomanjiomalar belirsiz sınırlı ve kapsülsüzdürler, az sayıda (solid glomus tümörlerine göre kıyasla) glomus hücresinin çevrelediği düzensiz, ektatik vasküler kanallardan oluşur⁵. Olgumuzda düzensiz, ektatik, vasküler komponent mevcuttu ve bu vasküler yapıları birkaç sıra glomus hücresi çevreliyordu. Bu görünümüyle alt grup olarak glomanjioma olarak değerlendirildi. Tümör hücreleri endotelial markırlarla (CD34) negatif boyanırken, smooth muscle aktin ve vimentin ile pozitif boyanma gösterdi.

Glomus tümörleri için en küratif tedavi olgumuzda da uygulandığı gibi cerrahi eksizyondur. Bizim olgumuzun 6 aylık takiplerinde şu ana dek herhangi bir nüks izlenmedi.

Yazarlık Katkıları

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır, Konsept: Hakan Turan, Esmâ Uslu, Havva Erdem, Feyza Başar, Dizayn: Hakan Turan, Esmâ Uslu, Havva Erdem, Feyza Başar, Veri Toplama veya İşleme: Hakan Turan, Esmâ Uslu, Havva Erdem, Feyza Başar, Analiz veya Yorumlama: Hakan Turan, Esmâ Uslu, Havva Erdem, Feyza Başar, Literatür Arama: Hakan Turan Yazan: Hakan Turan, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir. Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Schiefer TK, Parker WL, Anakwenze OA, Amadio PC, Inwards CY, Spinner RJ: Extradigital glomus tumors: a 20-year experience. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1337-44.
2. Bhaskaranand K, Navadgi BC: Glomus tumour of the hand. *J Hand Surg Br* 2002;27:229-231.
3. Lee JJ, Yoo YM, Lim H, Park MC: Glomus tumor of the back: a rare location. *J Craniofac Surg* 2009;20:2153-5.
4. Ogboli MI, Ilchyshyn A, Walker RS, Snead D: Glomus tumor as a cause of chronic low back pain: case report. *Spina* 2003;28:146-7.
5. Gombos Z, Zhang PJ: Glomus tumor. *Arch Pathol Lab Med* 2008;132:1448-52.

Tanınız nedir 2?

Bir önceki sayıda yer alan olgunun tanısı

Tanı: Tendon kılıfının dev hücreli tümörü

Tendon kılıfının dev hücreli tümörü (TK-DHT) ekstremitelerde yerleşen, yavaş büyüyen iyi huylu bir tümördür¹⁻⁵. Kadınlarda daha sık izlenmekte ve genellikle 20-50 yaşlarında ortaya çıkmaktadır. En sık elde yerleşen tümör, tüm el tümörlerinde ganglion kistinden sonra gelişen en sık ikinci tümördür³⁻⁵. Tümörün ayakta, özellikle ayak parmağına yerleşimi nadirdir.

TK-DHT tendon kılıfının sinovyal hücrelerinin proliferasyonu sonucu gelişir. Lezyonun patogenezi tam bilinmemekle birlikte, travma, metabolik, alerjik, klonal kromozomal anormallikler ve anoploidi suçlanan faktörlerdir. Geniş kabul gören hipotez enflamatuvar süreçle ilişkili reaktif ve rejeneratif hiperplazi gelişimidir^{2,3,5}. Bizim olgumuzda hasta travma hatırlamıyordu ve eşlik eden etiyolojik faktör bulunmuyordu.

Klinik olarak TK-DHT sabit, lobüle, yavaş büyüyen, iyi sınırlı, sert, başlangıçta ağrısız bazen eklem hareket kısıtlılığına neden olabilen kitleler olarak karşımıza çıkar. Yavaş büyüdüğü ve semptomsuz olduğu için yıllarca tanı alamayabilir¹. Çok nadiren erode olabilir veya komşu kemiğe infiltrasyon gösterebilir². Nadiren nörolojik problemlere neden olabilir³. Bizim olgumuzda kemik invazyonu yoktu, lezyon ağrısızdı. Direkt grafi, magnetik rezonans görüntüleme tanıda ve kemik invazyonunu gösterme açısından yararlı olsa da tümörün kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konur. Histopatolojide abondan eozinofilik stoplazmalı histiositler, fuziform şekilli nükleusları olan fibroblastlar, kollajen hiperplazisi, multinükleer dev hücreler ve köpük hücreleri izlenir⁴.

Tam eksizyon TK-DHT'de temel tedavi prensibidir¹⁻⁵. Eksizyon sonrası %45'e kadar nüks gelişimi bildirilmektedir. Bu nedenle eksizyon sonrası radyoterapi uygulanmasını önerenler de bulunmaktadır. Rekürrens oranını tümörün hücresel yoğunluğunun mitotik aktivitesinin, inkomplet eksizyon yapılmasının ve tümörün multifokal yerleşim gösterdiği düşünülen diffüz formunun etkilediği düşünülmektedir^{2,4,5}.

TK-DHT ayakta nadir görülmesi nedeni ile tanıda göz ardı edilebilmekte yanlış ya da gereksiz tedaviler alabilmektedir¹. Tüm olguların sadece %3'ü ayakta yerleşmektedir ve ayakta yerleştiğinde daha çok ayak bileği, ekstansör tendon kılıfları ve tarsal eklemler daha sık tutulmaktadır. Ayak parmağında yerleşimi ise daha da nadir görülmektedir¹.

Olgumuzu dermatolojide az rastlanan bir tümör olması, nadir bir lokalizasyon göstemesi nedeni ile sunuyor ve ayakta lokalize tümörlerde akıldaki bulundurulması gerektiğini hatırlatmak istiyoruz.

Kaynaklar

1. Kalaycı A, Özkan C, Sevinç TT, Yanat AN: Ayak parmağında tendon kılıfının dev hücreli tümörü: üç olgu sunumu. *Joint Dis Rel Surg* 2008;19:33-7.
2. Sun C, Sheng W, Yu H, Han J: Giant cell tumor of the tendon sheath: a rare case in the left knee of a 15-year-old boy. *Oncol Lett* 2012;3:718-20.
3. Zhang Y, Huang J, Ma X, Wang X, Zhang C, Chen L: Giant cell tumor of the tendon sheath in the foot and ankle: case series and review of the literature. *J Foot Ankle Surg* 2013;52:24-7.
4. Ueno T, Ansai S, Omi T, Kawana S: A child with giant cell tumor of tendon sheath. *Dermatol Online J* 2011;17:9.
5. Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE: Giant cell tumour of tendon sheath of the digits. A systematic review. *Hand* 2011;6:244-9.