

Pilomatriksoma: Olgu sunumu

The pilomatrixoma: A case report

Emre DİKMEER¹, Cem KARAALİ¹, Bülent ÇALIK¹, Sevil SAYHAN²

¹Tepecik Eđitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

²Tepecik Eđitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

ÖZ

Pilomatriksoma kıl folikül matriks hücrelerinden köken almaktadır. Tüm deri tümörleri arasında %0,1 oranında ve beyaz ırkta daha sık görülmektedir. En çok baş ve boyun bölgesinde görülmektedir. İyi sınırlı subkutanöz lezyon olarak bulgu verir. Genellikle ilk 20 yaş içinde tanı konulmaktadır. Kesin tanısı histopatoloji ile konulur. Histopatolojik olarak bazoloid hücreler, gölge hücreleri, keratin filamanları, kornifiye materyal ve dev hücrelerden oluşmaktadır. Pilomatriksomanın malign formları da bildirilmiştir. Önerilen tedavi cerrahi eksizyondur. Bu çalışmada şişlik ile başvuran, eksizyonel biyopsi uygulanan ve patolojisi pilomatriksoma bildirilen olguyu literatür eşliğinde sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Pilomatriksoma, cilt neoplazmı, cerrahi eksizyon

ABSTRACT

The pilomatrixoma is originating from hair follicle matrix. Its incidence is 0.1 among all skin tumors and it is mostly seen in Caucasians. It is mostly located on the head and neck region. It presents as well-circumscribed subcutaneous lesion. It has been diagnosed usually in the first two decades of life. The definitive diagnosis is made on histopathological examination. The tumor is histopathologically consists of basoloid cells, shadow cells, keratin filaments, cornified material, and giant cells. Malignant variants of pilomatrixoma have also been reported. Recommended treatment is surgical excision. In this study, we wanted to present a patient who presented with swelling, excisional biopsy applied and whose pathological result was reported to be pilomatrixoma in the light of the literature.

Key words: Pilomatrixoma, skin neoplasm, surgical excision

GİRİŞ

Pilomatriksoma bir diğer adıyla Malharbe'nin kalsifiye epitelyoması kıl foliküllerinden köken alan ender görülen iyi huylu bir deri tümürüdür. Tüm deri tümörleri arasında %0,1 oranında görülmektedir. İlk olarak Malharbe ve Chenantais tarafından 1880 yılında tanımlanmıştır⁽¹⁾. 1949 yılında Lever ve Griesemer tarafından kıl folikülü matriks hücrelerinden köken aldığı belirtilmiştir⁽²⁾. Daha çok baş-boyun bölgesinde ve preaurikular bölgede görülmektedir. Daha ender olarak üst ekstremitelerde, gövde ve alt ekstremitelerde görülmektedir. Kadınlarda ve 20 yaş altında daha sık rastlanır⁽³⁾. Genellikle tek lezyon olarak saptan-

makta olup, %2-10 oranında multipl lezyon olarak da görülebilir. Multipl olanlarda genellikle aile öyküsü de bulunmaktadır⁽⁴⁾. Tedavisi basit eksizyondur. Kesin tanı histopatolojik değerlendirme sonrası konulmaktadır. Eksizyon sonrası %2-6 oranında lokal nüks saptanmıştır⁽⁴⁾.

Bu olgu sunumunda, hekimlerin pilomatriksoma hakkında bilgilerini artırmak ve cilt neoplazmlarının arasında pilomatriksomanın ayırıcı tanıda düşünülmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Yirmi yaşında kadın hasta sol uyluk lateral kısmında

Alındığı tarih: 05.10.2015

Kabul tarihi: 23.11.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Emre Dikmeer, İzmir Tepecik Eđitim Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Servis Sekreterliđi, Yenisehir Konak / İzmir
e-mail: edikmeer@yahoo.com

son üç aydır varolan ve giderek büyüyen şişlik yakınmasıyla başvurdu. Muayenede sol uyluk lateral kesimde yaklaşık 2x2 cm boyutlarında sert, mobil ve siyah görünümlü ciltaltı lezyon saptandı. Yapılan genel sistemik muayenede vücutta başka bir alanda benzer lezyon saptanmadı.

Ultrasonografi incelemede 12 mm çaplı içinde hiperekojen yapılar içeren düzenli konturlu izoekoik lezyon saptandı ve çevre cilt, ciltaltı dokularında kalınlaşmalar izlendi. Görüntüleme bulguları ışığında iyi huylu bir lezyon olarak düşünüldü ve eksizyon planlandı.

Kitlenin eksizyonu sırasında siyah renkli, çevre dokulara yapışık olmayan ve sert bir lezyon olduğu izlendi. Patoloji laboratuvarında makroskobik incelemede üzerinde 2x1,5 cm cilt elipsi bulunan 0,8 cm kalınlıkta cilt altında 1,5 cm çapında sert taşlaşmış lezyon izlendi. Mikroskobik incelemede santralde hayalet hücreleri ile periferde bazofilik çekirdekli hücreler saptandı. İnvazyon bulgusu izlenmedi. Patolojik inceleme sonucu "pilomatriksoma" olarak yorumlandı.

TARTIŞMA

Pilomatriksomalar, ender görülen subkutanöz benign lezyonlardır. Kitlenin üzerini örten cilt kırmızı mavi bir renk gösterebilir ⁽²⁾. Koyu renkli olanlar ayırıcı tanıda malign melanoma ile karışabilir.

Pilomatriksoma, en sık baş ve boyun bölgesinde yerleşir. Kadınlarda 3/2 oranında daha sık gözlenmektedir. Daha sık 20 yaş altı grupta izlenir ⁽⁶⁾. Klinik olarak mobil, sert kitle olarak saptanır. Lezyonun ortalama boyutları 0,5-3 cm arasında izlenmektedir. Yedi cm'den büyük olanlar "Dev Pilomatriksoma" olarak adlandırılır. Yirmi cm'ye kadar çıkan olgular bildirilmiştir ⁽⁷⁾.

Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Myotonik distrofi geni ⁽⁸⁾, Gardner Sendromu, Turner Sendromu ⁽⁹⁾, sarkoidozla birlikteliği gösterilmiştir.

Enfekte sebace kist, kalsifiye lenfadenopati, kalsifiye hematom, parotis tümörleri, dermoid kist, metaplastik kemik formasyonu ile karışabilir ⁽¹⁰⁾. Ayırıcı

tanıda ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tomografi yapılabilir. Görüntüleme yöntemlerinde kalsifikasyonun varlığının saptanması pilomatriksoma lehine bir bulgu olarak değerlendirilmelidir.

İnce iğne aspirasyon biyopsisinde keratinöz materyal yanlılıkla karsinom tanısı almaya yol açabilir. Kesin tanı histopatolojiyle konulur. Santralde hayalet hücreleri ile periferde bazofilik çekirdekli hücreler karakteristiktir. Yabancı cisim dev hücreleri de görülebilir. Bazofilik, gölge hücreleri ve konnektif dokularda kalsiyum birikimi araştırılmalıdır. Hücresel pleomorfizm, mitotik aktivitede artış, lokal ve vasküler invazyon mevcut ise pilomatriks karsinoma tanısı konulmaktadır ⁽¹¹⁾.

Pilomatriksomanın malign potansiyeli olduğuna dair az sayıda çalışma vardır. İlk agresif pilomatriksoma olgusu 1927 yılında bildirilmiş olup, literatürde şu ana kadar 125 olgu bildirilmiştir. Daha sık olarak erkek cinsiyette görülmektedir. Ortalama görülme yaşı 52 olarak saptanmıştır. En sık baş bölgesinde yerleşir. Genellikle lokal agresif seyirli olmakla beraber bölgesel lenf nodları, akciğer, kemik ve beyin metastazı yapan olgular bildirilmiştir ⁽⁵⁾.

Tedavisi cerrahi eksizyondur. Eksizyon sonrası nüks ender olarak görülmektedir. Çevre dokulara yapışık görünümde kitlelerde malign formasyon akla getirilmelidir; 1-2 cm'lik salim zon bırakılarak cerrahi eksizyon yapılmalıdır ⁽¹²⁾.

Olgumuzda takip döneminde nüks ya da malign dönüşüm saptanmadı. Pilomatriksoma ender olarak görülse de diğer cilt neoplazmlarıyla karışabilmesi nedeniyle önemlidir. Olguların yineleme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Malign forma dönüşebilme olasılığı nedeniyle dikkatli olarak incelenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Brandner MD, Bunkis J. Pilomatrixoma presenting as a parotid mass. *Plast Reconstr Surg* 1986;78:518-521. <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-198610000-00016>
2. Colver GB, Buxton PK. Pilomatrixoma. An elusive diagnosis. *Int J Dermatol* 1988;27:177-178. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4362.1988.tb04925.x>
3. Demirdöver C, Sevindik M, Vayvada H ve ark. Nadir bir

- lokalizasyonda dev pilomatriksoma:olgu sunumu ve literatür derlemesi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi* 2011;19:36-38.
4. Kaddu S, Soyer HP, Hodl S, Kerl H. Morphological stages of pilomatricoma. *Am J Dermatopathol* 1996;18(4):333-338. <http://dx.doi.org/10.1097/00000372-199608000-00001>
 5. Jennifer L, Herrman MD, Adam Allan DO, Kara M. Trap BA. Pilomatrix carcinoma:13 new cases and review of the literature with emphasis on predictors of metastasis. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2014.02.042>
 6. Cigliano B, Baltogiannis N, De Marco M, et al. Pilomatricoma in childhoods: a retrospective study from Three European Pediatric Centres. *Eur J Pediatr* 2005;164:673-677. <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-005-1730-z>
 7. Yamauchi M, Yotsuyanagi T, Saito T, Ikeda K, Urushidate S, Higuma Y. Three cases of giant pilomatricoma-considerations for diagnosis and treatment of giant skin tumors with abundant inner calcification present on the upper body. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010;63:e519-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2009.12.006>
 8. Morragi AJ, Wick MR and Dehler LP. Pilomatric neoplasms in children and young adults. *Am J Dermatopathol* 1998;14:87-94.
 9. Dermatol J. Multiple pilomatricomas in a patient with Turner syndrome. *The Journal of Dermatology* 2014;41:563-564. <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.12509>
 10. Forbis R Jr, Helwig EB. Pilomatricoma (calcifying epithelioma). *Arch Dermatol* 1961;83:606-618. <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.1961.01580100070009>
 11. Van der Walt J, Rohlova B. Carcinomatous transformation in a pilomatricoma. *Am J Dermatopathol* 1984;6:63-69. <http://dx.doi.org/10.1097/00000372-198402000-00014>
 12. Turhan-Haktanır N, Demir Y, Sahin O, Bükülmez A, Tüzüner M. Pilomatricoma: A review of six pediatric cases with nine lesions. *Turk J Pediatr* 2009;51:44-48.