

Olgu Sunumu

DİSTAL FALANKSTA EPİDERMOİD KİST; OLGU SUNUMU

Ayşe Nur İHVAN¹, M. Hakan KARABULUT¹, Gözde KIR¹, Ulaş ÖZTÜRK²

Özet

İntraosseöz epidermoid kistler nadir görülen benign lezyonlardır. Ayırıcı tanı; anevrizmal kemik kisti, unikameral (basit) kemik kisti ve enkondrom vb. içerir. Olgu 84 yaşında erkek hasta olup, sol el 1. parmakta 20 yıldır yavaş büyüyen ağrısız kitle tariflemektedir. Olguya lokal eksizyon uygulanmış olup, "intraosseöz epidermoid kist" tanısı almıştır.

Anahtar Kelimeler: Epidermoid kist, intraosseöz

Intraosseous Epidermal Cyst in Phalanx: Case Report

Abstract

Intraosseous epidermal cyst within phalanks is an unusual benign condition. Differential diagnosis includes aneurysmal bone cyst, unicameral (simple) bone cyst, enchondroma etc. The case is an 84 year old man has a painless nodule in the left hand for 20 years. He was made local excision and diagnosed "intraosseous epidermoid cyst"

Key Words: Epidermoid cyst, intraosseous

Giriş

İntraosseöz epidermoid kistler, nadir görülen benign lezyonlar olup, radyolojik olarak radyolüsent kistik kemik lezyonu şeklinde

görülürler^{1,2}. En sık kranial kemiklerde ve parmak kemiklerinde bildirilmiştir. Klinik olarak anevrizmal kemik kisti, unikameral (basit) kemik kisti ve enkondrom ayırıcı tanıda ilk planda göz önünde bulundurulmalıdır¹. Vücuttaki diğer epidermoid kistlerden farklı olmayıp, morfolojik olarak keratinize skuamöz epitelden oluşan bir kist duvarı ve bunun içinde çoğunlukla laminer keratin debriden meydana gelir².

Olgu

84 yaşında erkek hastanın sol el 1. parmakta yaklaşık 20 yıldır yavaş büyüyen, ağrısız, yumuşak kıvamlı kitesi mevcut idi. Bu kitlenin MR incelemesinde 1.parmak distal falanksta kemik korteksi ileri derecede incelten, 33x33x20 mm boyutlarında, hafif yoğun içerikli heterojen sinyal intensitesinde kistik kemik lezyonu görülmüş olup, radyolojik olarak lezyonun anevrizmal kemik kisti, unikameral kemik kisti olabileceği bildirildi (resim 1). İnsizyonel biyopsi sonucu intraosseöz epidermoid kist ile uyumlu olarak bildirilen olguya, parmak pulpasını ileri derecede deforme etmesi nedeni ile sol el birinci parmak distal falanks

amputasyonu uygulandı. Amputasyon materyalinin makroskopik incelemesinde parmak pulpasında distal falanksta kemik korteksi içinde yerleşmiş, 2,5x1,5x1,5 cm

1. Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

2. Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği

ölçülerinde düzgün sınırlı, iç yüzü yer yer hiperemik, yer yer pürüklü ve sebasöz materyal içeren kistik lezyon görüldü (resim 2,3). Mikroskopik olarak ise; keratinize ve granüler tabakası belirgin stratifiye skuamöz epitel ile döşeli kist duvarı ve kist lümeninde keratinöz debris saptandı. Çevre dokuda kronik nonspesifik iltihap, yabancı cisim reaksiyonu, fibrozis bulguları izlendi (resim 4).

Tartışma

Intraosseöz epidermoid kistler; epidermal hücrelerin kemik doku içinde proliferasyonu sonucu ortaya çıkarlar¹. Gelişim mekanizmaları içinde değişik teoriler olmakla birlikte, ilk ve en çok kabul gören teori bu lezyonların travma sonucu geliştiği yönündedir^{1,5,8}. İkinci teori; embriyonel gelişim sırasında epitelyal hücrelerin kemik doku içinde kalması ve üçüncü teori ise, yumuşak doku içindeki epidermal kistin, alttaki kemik yapıyı erode ederek invagine olmasıdır¹. Kranial kemiklerde bulunan kistlerin konjenital olarak ortaya çıktığı düşünülürken, distal falankstaki gibi ekstremitelerde görülenlerin daha çok travmaya sekonder ortaya çıktığına inanılmaktadır^{6,2}. Genellikle subkutan yumuşak dokunun lezyonu olan epidermoid kistler, kemikte çok daha seyrek görülür. Intraosseöz olarak en çok kranial kemiklerde ve bizim olgumuzda olduğu gibi parmak kemiklerinde bildirilmişlerdir^{2,5}. Daha az olarak maksilla, mandibula, temporomandibular eklem, vertebra, tibia ve femurda görülür. Olgular genellikle 25-50 yaşlar arasında bildirilmiş olup, bizim olgumuz 84 yaşında ve bugüne kadar bildirilmiş en yaşlı hastalardan biridir². Kist oluşumu çoğunlukla haftalar içinde olabileceği gibi, bizim olgumuzdakine benzer şekilde 20 veya daha fazla yıllık klinik hikaye bulunabilir. Makroskopik olarak 2 cm çapa kadar büyüeyebilen, sarı-beyaz sebasöz peynirimsi materyal içeren kistik lezyonlar olarak görülürler¹. Histolojik ve makroskopik görüntüsü subkutan dokudaki eşdeğerleri ile aynı olan bu lezyonlarda, granüler tabakası belirgin, keratinize stratifiye skuamöz epitelle döşeli kist duvarı, keratinize lameller materyal izlenir^{6,4,2}. Kist duvarı ve çevresinde

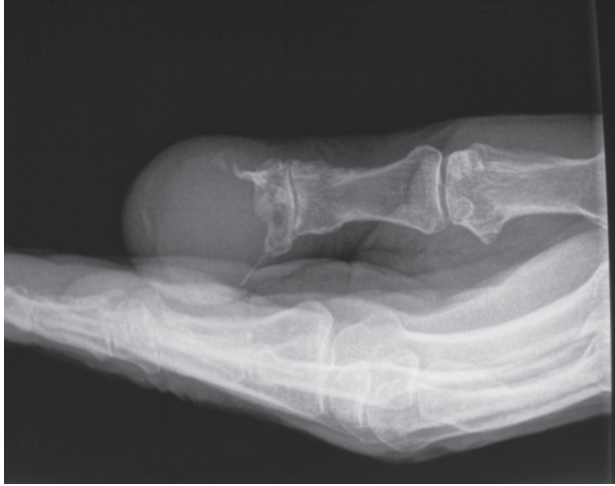
epidermal ekler görülmemekle birlikte, rüptüre olursa yabancı cisim reaksiyonu, nonspesifik inflamasyon gelişir. Diğer seyrek rastlanan bulgular ise kolesterol granülomları, geniş kemik destrüksiyonları ve yeni kemik oluşumlarıdır^{6,5}.

Ayırıcı tanı radyolojik, klinik ve patolojik olarak yapılmalıdır; Radyolojik olarak; iyi sınırlı, uniloküler osteolitik, çevresi sklerotik lezyon şeklinde olup, radyolojik ve klinik ayırıcı tanı; basit kemik kisti, anevrizmal kemik kisti, kronik osteomyelit ve enkondrom ile yapılmalıdır¹. Basit kemik kisti, genellikle proksimal femur ve humerusta yer alan ağrısız kistik lezyon olup, saman rengi görünümde kist sıvısı bulunur⁷. Mikroskopik olarak kist duvarında kronik nonspesifik inflamasyon bulguları, yabancı cisim reaksiyonu içerebilir. Anevrizmal kemik kisti ise; uzun kemiklerin metafizini daha çok tutar ve histolojik olarak hemorajik materyal ile dolu alanlar göze çarpar³. Kist duvarında hemosiderin yüklü makrofajlar, dev hücreler, ve kemik trabekülleri görülür. Kronik osteomyelit, çoğunlukla çocuklarda ve alt ekstremitelerde görülen bir lezyondur⁷. Kemik medullasını infiltre etmiş inflamatuvar hücreler ve abse formasyonu en sık görülen mikroskopik bulgusudur. Enkondrom çoğunlukla parmakların proksimal falanksında saptanan kemik medullası yerleşimli bir lezyondur. Morfolojik olarak mavi-gri hiposellüler kartilajinöz bir matriks görünümündedir. Radyolojik olarak noktasal kalsifikasyon olması tipik bir bulgudur^{9,5}.

Intraosseöz epidermal kistlerin tedavisinde basit küretaj veya lokal rezeksiyon ve kemik grefti ile rekonstrüksiyonu çoğunlukla yeterlidir. Komplet rezeksiyon sonrası rekürrens görülmez. Bu olgularda herhangi malign potansiyel bildirilmemekle birlikte, bizim olgumuzda da olduğu gibi uzun süreli, ileri derecede deformasyona yol açmış, özellikle distal falanks yerleşimli lezyonlarda amputasyon da tedavi seçenekleri arasındadır.

Sonuç olarak, düzgün sınırlı kistik kemik lezyonlarının ayırıcı tanısında; oldukça nadir de olsa intraosseöz epidermoid kist olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır⁹.

Resim 1 Olguya ait sol el 1. Parmak piyesinin MR görüntüsü



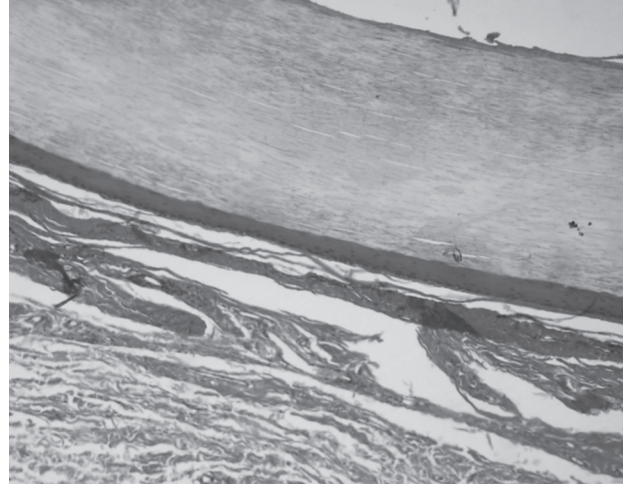
Resim 2 Olguya ait sol el 1. Parmak piyesinin makroskopik görünümü



Resim 3 Olguya ait sol el 1. Parmak piyesinin makroskopik görünümü



Resim 4 İntrosseöz epidermoid kist, H&E X 100



Kaynaklar

- 1-Patel K, Bhuiya T, Chen S, Kenan S, Kahn I. Epidermal Inclusion Cyst of Phalanks : a case report and review of the literature, Skeletal Radial, 2006 35 : 861-863
- 2-Wang B.Y, Eisler I, Springfield D, Klein M.J. Intraosseous Epidermoid Inclusion Cyst in a Great Toe : a case report and review of the literature, Arch Pathology Lab. Med. 2003, vol 127, 298-300
- 3-Greenspan A, Jundt G, Remogen W. Differential Diagnosis in Orthopaedic Oncology, Philadelphia,USA, 2nd ed.Lipp. Williams&Wilkins, 2007, 408-423
- 4-Hamad A.T, Kumar A, Kumar C.A, Intraosseous Epidermoid Cyst of the Finger Phalanx : a Case report ; Journal of orthopaedic surgery 2006; 14(3); 340:2
- 5-Bobra S,T, Matzinger K, Mccluskey L,U; Epidermoid cyst of the Terminal Phalanks of The Thumb, Canad Med. Ass.j., 1964, Vol. 90, 1464-6
- 6-Mirra J.M., Picci P, Gold R.H, Bone tumors, Clinical Radiologic and Pathologic Correlations, Los Angeles California, Chapter 19, Mirra J.M., 1263-1264
- 7-Wold L,E, Unni K.K, Sim F.H. Atlas of Orthopaedic pathology. Mayo Foundation for Me and research. Saunders, 2008, 3rd ed., 464
- 8-Canale S,T, Campbells operative orthopaedics vol 4, 2003, 10,edition, 3798-3800
- 9- Maccoomb R,K, Penner D,W, Epidermoid (epithelial) cyst of the terminal phalanks of a finger : Case report and Review of the literature, Canad Med. Ass.j., 1962, Vol. 87, 770-771