



Yüzde yerleşen erüptif vellüs kıl kisti: Bir olgu ve literatürün gözden geçirilmesi

Eruptive vellus hair cysts on the face: a case report and literature review

Fadime Kılınç, Ahmet Metin, Ayşe Akbaş, Olcay Kandemir*, Sevgi Kılıç

S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği ve *Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Özet

Eruptif vellus kıl kisti genelde göğüs ve ekstremitelerde ortaya çıkan, çok sayıda, asemptomatik, komedon benzeri papüllerle karakterize, ender rastlanan bir deri hastalığıdır. Çocuk ve genç erişkinlerde daha sık görülmektedir. Etiyolojisi tam bilinmeyen rahatsızlık sporadik şekilde gelişebileceği gibi otozomal dominant yolla kalıtsal geçiş de gösterebilmektedir. Burada; yüzün alın ve yanak bölgelerinde yoğun yerleşim gösteren, çok sayıda, grimsi sarı- renginde papülleri bulunan, erüptif vellus kıl kisti tanısı koyduğumuz 28 yaşında bir kadın, lezyonların yüz yerleşimi ve farklı görünümü nedeniyle sunularak ayırıcı tanısı, tedavi alternatifleri literatür verileri eşliğinde tartışıldı. (Türkderm 2013; 47: 59-62)

Anahtar Kelimeler: Eruptif vellus kıl kisti, yüz

Summary

Eruptive vellus hair cyst (EVHC) is a rare skin disease and is characterized by asymptomatic comedone-like papules on the anterior chest and limbs. EVHC is more common among children and young adults. Its etiology is not fully known, and it may occur sporadically or be inherited as an autosomal dominant gene. In this paper, we present a 28-year-old female patient with EVHC who presented with a large number of dense, grayish-yellow colored papules on frontal and cheek regions of the face. Due to the location of the lesions on the face and their dissimilar appearances, differential diagnosis and treatment alternatives are evaluated in the light of the literature. (Turkderm 2013; 47: 59-62)

Key Words: Eruptive vellus hair cyst, face

Giriş

Erüptif vellus kıl kisti (EVKK); daha çok göğüs ve ekstremitelerde yerleşen, görünümü dışında asemptomatik seyreden, deri renginde veya mavi grimsi izlenen, yumuşak, komedon benzeri, çok sayıda papüllerle karakterize bir deri hastalığıdır^{1,2}. İlk kez 1903 yılında Hoffman³ tarafından bildirilmiş, 1977'de Esterly ve arkadaşlarınca EVKK adı verilmiştir⁴. Sporadik olarak ortaya çıkabildiği gibi otozomal dominant geçiş de gösterebilir. Hastaların çoğu tarafından kozmetik sorun olarak algılanan ve başka herhangi bir subjektif yakınma yapmayan lezyonlarda nadiren kaşıntı veya ağrı hissedilir⁵. Burada subjektif yakınmaları da olan, yüzde

yerleşmiş bir EVKK olgusu sunularak literatür bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu

Beş yıl önce, ilk alında başlayıp daha sonra yanaklara doğru yayılan küçük kabarıklıklar nedeniyle, 28 yaşındaki bir kadın hasta polikliniğimize başvurdu. Lezyonlarında kaşıntı şikayeti iletmeyen hastanın, daha çok kozmetik görünümünü bozmasından ve bunlarda ara sıra hissettiği hafif ağrıdan dolayı yakınması mevcuttu. Değişik sağlık birimlerinde sebasöz hiperplazi, Darier hastalığı, siringoma ve akne gibi tanılar alan hastada, uzun süre topikal tretinoin

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Fadime Kılınç, S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye Tel.: +90 312 291 25 25 - 4120 E-posta: fykilinc@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 30.12.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 29.04.2011

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*



ve adapalen jel kullanılmış ancak sonuç alınamamıştı. Özgeçmişinde özellik bulunmayan hasta, 34 yaşındaki ablasının yüzünde de benzer küçük kabarıklıkların 20 yaşından beri bulunduğunu belirtti, ama başka şehirde olması nedeniyle muayeneye getiremedi.

Olgunun deri muayenesinde alın, şakak bölgesi ve yanaklarda yoğunlaşan 2-3 mm çaplarında kimi grimsi, sarı-kahve, kimi deri renginde izlenen çok sayıda papül lezyonları mevcuttu (Resim 1,2). Punch yöntemle alınan biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde; keratinize epidermis altında, içinde kıl shaftları ve keratinöz materyal bulunan, genişlemiş kistik yapı izlendi (Resim 3) ve klinik tanı doğrulandı. Hastaya 1mg/kg/gün isotretinoin başlandı. Ancak 3 ay sonra hiç gerileme gözlenmediğinden, tedavi kendi isteği üzerine sonlandırılarak lazer tedavisi için yönlendirildi.

Tartışma

EVKK; sporadik ya da otozomal dominant geçişli, nadir görülen benin bir kistik oluşumdur. Sporadik vakalar ileri yaşlarda da görülebilmese rağmen daha çok genç erişkinlerde, herediter olanlar ise doğumda ya da erken çocukluk döneminde ortaya çıkar⁶. Olgumuz ablası ile birlikte daha geç ortaya çıkan bir familyal olgudur. Yüzde rastlanan EVKK olgularından 4 tanesinde aile öyküsü mevcuttu. Bunlarda lezyonlar 2, 4, 10 yaşlarında, birinde de puberte zamanı ortaya çıkmış. Bizim olgumuzda 23, ablasında 20 yaşlarında lezyonlar görülmeye başlamış. Başlangıç yaşı itibarıyla, olgumuz diğerlerinden farklıdır.

Tipik olarak göğüs ve ekstremitelerin fleksör ve ekstansör yüzlerinde yerleşir. Ancak yüz, boyun, aksilla, kasık, kalçalar, sırt ve karında da yerleşebilir⁷. Göz kapaklarında bile yerleştiği bildirilmiştir⁸. Lezyonların klinik görünümü de çok değişkendir. Lezyonlar genelde makül ya da papüllerden oluşur⁷. Bunlar nadiren göbekli yada hiperkeratotik olabilir⁵. Sayıları 20-200, büyüklükleri 1-5 mm arasında değişir. Deri renginde olabilecekleri gibi beyaz, mavi, kırmızı, sarı renkte ya da hiperpigmente izlenebilirler⁷. Bunlar çoğunlukla asemptomatiktir ama kaşıntı ve ağrı olabilir^{5,7}. Hastamızın lezyonları da grimsi, sarı-kahverengi ve deri renginde papüllerden oluşuyordu, üzerine basmakla oluşan ağrıdan şikâyetçiydi.

İrk ve cinsiyet ayrımı gözetmeyen hastalık olguların çoğunda sınırlı kalır ve benin seyir gösterir⁵. Bununla birlikte EVKK'nin anhidrotik

ve hidrotik ektodermal displaziler^{9,10}, pakionişi konjenita¹¹, Lowe sendromu¹² gibi hastalıklarla ve kronik renal yetmezlikle birliktelikleri görülmüştür¹³. Lezyonları yüzde sınırlı kalıp yayılmayan olgumuzda muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucu eşlik eden başka bir hastalık yada patolojik duruma rastlanmadı.

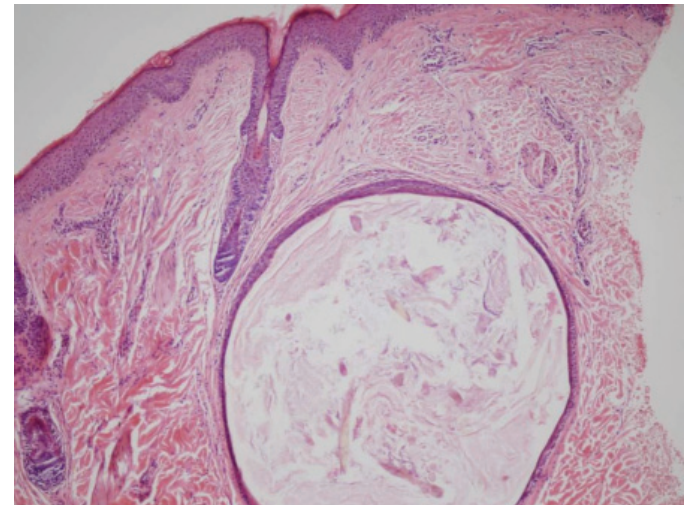
EVKK'nin patogenezi hala bilinmemektedir. Vellüs kıl folliküllerinin kısmi bir gelişim anomalisinin infundibuler obstrüksiyona yol açtığı, bunun da kist oluşumu yaptığı düşünülmektedir¹⁴. Steatokistoma multipleks (SM) ve EVKK' nin pilosebace kanal kökenli aynı hastalığın farklı varyantları olabileceği belirtilmektedir¹⁵. EVKK kıl follikülünün istmus ve infundibulumundan, SM sebace kanaldan kaynaklanır¹⁶. Bunlar başlangıç yaşı, lezyonların klinik görünümü, lokalizasyonu ve kalıtım şekli yönünden birbirine benzeyen ancak farklı histopatolojik özellikler taşıyan iki ayrı hastalıktır⁴. Son zamanlarda yapılan keratin ekspresyon çalışmaları sonucu farklı antiteler olduğu ortaya konmuştur.



Resim 2. Alın, şakak ve malar bölgedeki lezyonların daha yakından görünüşü.



Resim 1. Alın ve malar bölgedeki grimsi, sarı-kahverengi papuler lezyonlar



Resim 3. Histopatolojik olarak içinde kıl shaftları ve keratinöz materyal bulunan kistik yapının görünümü

Tomkova ve arkadaşları EVKK 'nin keratin 17, SM 'in keratin 10 ve 17' yi ekprese ettiğini göstermişlerdir. Keratin 10 ekspresyonu EVKK' nin ayırımında önemli bir göstergedir¹⁷.

Hastalığın ayırıcı tanısında steatokistoma multipleks, trikolemmal kist, dermoid kist, komedonal akne, keratozis pilaris, perforan dermatozlar, molluskum kontagiyozum, follikulit, siringoma, miliya, trikostasis spinulosa akla gelmelidir^{1,5,18}.

Tanı genelde klinik muayene ve histopatolojik inceleme ile konulur. Lezyonlardan 18G enjektör ucu ya da bistüri yardımıyla elde edilen kist içeriğinin %10 KOH'le muamele edildikten sonra ışık mikroskobu incelenmesi sonucu vellüs kıllarının görülmesi pratik bir tanı yöntemi olarak bildirilmiştir^{1,4}. Histopatolojik incelemede olgumuzdaki gibi üst ve orta dermiste çok sayıda oblik ya da transvers vellüs kılları ve keratinöz materyal içeren kistik yapılar dikkat çeker. Kist duvarı

skuamöz epitelle kaplı olup genellikle sebese bez içermez. Kistler parçalanıp doku içine açılırsa granülatöz reaksiyon yapabilir^{5,14}. EVKK hastalarının yaklaşık %25'inde lezyonlar transepidermal eliminasyon ya da yabancı cisim granülomu geliştiğinde spontan şekilde geriler^{7,19}. Bu nedenle çoğu olguda tedaviye gerek yoktur. Kozmetik sorun oluşturduğunda tedaviye ihtiyaç duyulur. İlk kez 1982 yılında Kumakiri ve arkadaşları²⁰, bildirdikleri 2 olgunun EVKK'nın yüze sınırlı farklı bir varyantı olduğunu tanımlamışlardır. Bildiğimiz kadarıyla, günümüze kadar geçen sürede rapor edilen, yüz yerleşimi olan olgu sayısı olgumuzla birlikte 21'i bulmuştur (Tablo 1). Bunların 11'i erkek, 10'u kadındı. Hastaların genel yaş ortalaması 32,42 (4-74) iken, aile öyküsü olan 4 hastanın yaş ortalaması ise 15,25 (4-23) idi. Beş (%25) hastada; boyun, göğüs, omuz, kol gibi yüz dışı deri bölgelerinde de lezyonlar mevcuttu. Hastaların yarısında (%50) lezyonlar alın ve yanak

Tablo 1. Literatürde bildirilen fasiyal erüptif vellüs kıl kisti olguları

Yazar	Cins / Yaş	Lezyonun		Aile Öyküsü	Eşlik Eden Durum	kaynak
		Yerleşimi	Rengi			
Kumakiri, 1982	M/29y F/29y	Alın Alın,boyun	Gri Gri	- -	- -	20
Lee, 1984	F/74y M/53y	Alın, göğüs, Yüz	Sarı-Kırmızı	- -	- -	26
Sina, 1984	F/15y	Periorbital	-	-	-	8
Mayron, 1988	M/15y	Yüz, kulaklar	Deri rengi	+	-	23
Aloi, 1990	M/30y	Alın, yanaklar, heliks	Deri rengi- pembe	-	-	25
Jansen, 1996	M/23y	Yüz, boyun, göğüs	-	+	-	22
Patrizi, 1998	M/4y	Alın, yanaklar ve periorbital bölge	Deri rengi	+	Milia + Steatokistoma multiplex	24
Köse, 2001	E/21y	Alın	Siyah-kahverengi	-	Anhidrotik ektodermal displazi	9
Reep, 2002	M/13y	Periorbital bölge	Deri rengi	-	Atopik dermatit	7
Park, 2003	M/23y	Yanaklar	Deri rengi, gri mavi	-	-	14,21
Kim, 2004	F/48y	Alın	Deri rengi, gri mavi	-	-	14,21
Mieno,2004	M/58y	Yüz, boyun	Pigmente	-	Diyabet+kronik böbrek yet.	13
Yamada, 2005	F/59y	Yüz (yanak periorbital)	Sarımsı	-	Steatokistoma multiplex	16
Coras, 2005	F/30y	Alın, yanak	Beyaz, sarı	-	-	6
Lew, 2006	M/32y	Sağ yanak ve periorbital bölge	Deri rengi, gri mavi	-	-	14
Chan, 2007	F/19y	Alın, yanaklar, periorbital omuz, kol	Gri mavi	+	-	2
Aksoy, 2008	F/24y	Alın	Gri mavi	-	-	21
Yanık, 2009	F/38y	Yanaklar, kulaklar	Deri rengi	-	-	19

bölgelerinde yerleşmişti. Lezyonların kulak kepçesinde yerleştiği 2 (%10), göz çevresinde yerleştiği 6 (%30) olgu vardı. Bizim olgumuzda lezyonlar alın, yanaklar ve şakakta yerleşmişti. Beş (%25) hastada eşlik eden başka bir hastalık (milia, steatokistoma multipleks, atopik dermatit, anhidrotik ektodermal displazi, diyabet ve kronik böbrek yetmezliği) izlendi. Hastaların 13'ünde (%65) lezyonların rengi deri renginden farklıydı, sadece birinde subjektif yakınma olarak kaşıntı mevcuttu^{2,6-8,13,14,16,19-26}. Lezyonlardaki ağrı ve hassasiyete bizim olgumuz dışında rastlanılmadı.

EVKK'nın yüz yerleşimi diğer bölge yerleşimleri ile karşılaştırıldığında bazı farklılıklar içerir. Yüzde yerleşen lezyonlar mavi-gri veya kahve renkli görünümündedir. Yaş ve cins bakımından diğer yerleşim bölgelerine göre farklılık yoktur. Hem kozmetik sorun oluşturur hem de transepidermal atılma gerçekleşmediğinden kendiliğinden gerilemez. Bu nedenle mutlak tedavi edilmeleri gerekir¹⁴. Bizim olgumuzda lezyonlar alın ve şakaklarda yerleşmişti, kozmetik sorun yanı sıra ağrı da oluşturuyordu. Tedavide topikal tretinoin, tazaroten, %12 laktik asit, %10 üre, oral isotretinoin (1 mg/kg 20 hf) kullanılabilir. Er-YAG laser, CO₂ lazer, dermabrazyon, koterizasyon, insizyon ve küretaj cerrahi tedavi yaklaşımlarıdır^{2,6,7,18}. Daha önce topikal tretinoin, adapalen kullanan hastamız 1 mg/kg/gün isotretinoin 3 ay kullandı. Kendi isteği ile lezyonlarda düzelme olmayınca stoplandı, CO₂ laser tedavisi önerildi. Burada; ağrı yakınması da olan, yüze sınırlı, geç başlangıçlı bir herediter EVKK olgusu sunularak, literatürde bildirilen diğer olgularla birlikte gözden geçirilmiştir.

Kaynaklar

1. Kaya TI, Tataroglu C, Tursen U, Ikioglu G: Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:264-8.
2. Chan KH, Tang WY, Lam WY, Lo KK: Eruptive vellus hair cysts presenting as bluish-grey facial discoloration masquerading as naevus of Ota. *Br J Dermatol* 2007;157:188-9.
3. Hoffman E: Über retention von talgdrüsensekret mit erhaltung des zelligen charakters innerhalb der hornsicht. *Arch Dermatol Syphil* 1903;64:185-98.
4. Boztepe G, Erkin G, Akan T, Özkaya Ö: Erüptif vellüs kıl kisti: Efektif tedavi için bir öneri. *Türkderm* 2006;40(Suppl B):1-3.
5. Karen JK, Heller M, Wee SA, Mikkilineni R: Eruptive vellus hair cysts. *Dermatol Online J* 2007;13:14.
6. Coras B, Hohenleutner U, Landthaler M, Hohenleutner S: Early recurrence of eruptive vellus hair cysts after Er:YAG laser therapy: case report and review of the literature. *Dermatol Surg* 2005;31:1741-4.
7. Reep MD, Robson KJ: Eruptive vellus hair cysts presenting as multiple periorbital papules in a 13-year-old boy. *Pediatr Dermatol* 2002;19:26-7.
8. Sina B, Burnett JW: Eruptive vellus hair cysts. *Cutis* 1984;33:503-4.
9. Köse O, Taştan HB, Deveci S, Gür AR: Anhidrotic ectodermal dysplasia with eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol* 2001;40:401-2.
10. Romiti R, Festa Neto C: Eruptive vellus hair cysts in a patient with ectodermal dysplasia. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:261-2.
11. Moon SE, Lee YS, Youn JI: Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multiplex in a patient with pachonychia congenita. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:275-6.
12. Nandedkar MA, Minus H, Nandedkar MA: Eruptive vellus hair cysts in a patient with Lowe syndrome. *Pediatr Dermatol* 2004;21:54-7.
13. Mieno H, Fujimoto N, Tajima S: Eruptive vellus hair cyst in patients with chronic renal failure. *Dermatology* 2004;208:67-9.
14. Lew BL, Lee MH, Haw CR: Unilateral eruptive vellus hair cysts occurring on the face. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:1314-6.
15. Kiene P, Hauschild A, Christophers E: Eruptive vellus hair cysts and steatocystoma multiplex. variants of one entity? *Br J Dermatol* 1996;134:365-7.
16. Yamada A, Saga K, Jimbow K: Acquired multiple pilosebaceous cysts on the face having the histopathological features of steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. *Int J Dermatol* 2005;44:861-3.
17. Tomková H, Fujimoto W, Arata J: Expression of keratins (K10 and K17) in steatocystoma multiplex, eruptive vellus hair cysts, and epidermoid and trichilemmal cysts. *Am J Dermatopathol* 1997;19:250-3.
18. Karadag AS, Cakir E, Pelitli A: Eruptive vellus hair cysts: an alternative diagnosing method. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75:537-8.
19. Yanik ME, Aliagaoglu C, Güvenç SC, Yıldırım U, Albayrak H: Eruptive vellus hair cysts occurring on the ears. *J Dermatol* 2009;36:360-1.
20. Kumakiri M, Takashima I, Iju M, Nogawa M, Miura Y: Eruptive vellus hair cysts—a facial variant. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:461-7.
21. Aksoy B, Balci M, Üstün H: Yüzde yerleşmiş akneiform erüptif vellüs kıl kistleri. *Tur J dermatol* 2008;2:129-30.
22. Jansen T, Wolff H, Schirren H, Plewig G: Eruptive vellus hair cysts. *Hautarzt* 1996;47:378-81.
23. Mayron R, Grimwood RE: Familial occurrence of eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol* 1988;5:94-6.
24. Patrizi A, Neri I, Guerrini V, Costa AM, Passarini B: Persistent milia, steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts: variable expression of multiple pilosebaceous cysts within an affected family. *Dermatology* 1998;196:392-6.
25. Aloï F, Tomasini C: Eruptive vellus hair cysts: a facial variant. *G Ital Dermatol Venereol* 1990;125:515-8.
26. Lee S, Kim JG, Kang JS: Eruptive vellus hair cysts—a facial variant. *Arch Dermatol* 1984;120:1191-5.