

Bacak Lokalizasyonlu Bir Malin Ekrin Poroma Olgusu

Can Ceylan*, Fezal Özdemir*, Alican Kazandı*
Gülşen Kandiloğlu**, Sezer Erboz *

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet

Malin ekrin poroma, ekrin ter bezinin intraepidermal ve dermal kanalı yönünde diferensiyasyon gösteren nadir bir neoplazidir. 70 yaşında sol bacağına malin ekrin poroma saptanan kadın hasta literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek tanımlanmıştır. Lezyon cerrahi eksizyon sonrasında rutin histopatoloji ve immunohistokimyasal boyama ile incelendi. Histopatolojik değerlendirmede tümör hücreleri epidermisten başlayan kordonlar ve adalar oluşturmak suretiyle dermise doğru uzanmaktaydı. Tümör hücreleri nükleer atipi, pleomorfizm ve anormal mitoz göstermekteydi. Ayrıca tümör hücreleri arasında duktal diferensiyasyon sahaları ve diskeratotik hücreler gözlemlendi. Immunohistokimyasal olarak ise duktal diferensiyasyon alanlarında karsinoembriyonik antijen pozitif boyanma özelliği gösterdi. İki yıllık takip sonucu metastaz veya rekürrens bulgusu saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: Malin ekrin poroma.

Ceylan C, Özdemir F, Kazandı A, Kandiloğlu G, Erboz S. Bacak lokalizasyonlu bir malin ekrin poroma olgusu. TÜRKDERM 2002; 36: 218-220.

Summary

Malignant eccrine poroma is an uncommon neoplasm which shows differentiation throughout intraepidermal and dermal duct of eccrine sweat gland. A case of malignant eccrine poroma on the left leg in a 70-year-old female is described with a review of the literature. Following the surgical excision, the lesion was evaluated by routine histopathology and immuno-histochemical staining. In the histopathological evaluation, the tumour cells arise from epidermis extended into the dermis forming chords and islands. The tumour cells showed nuclear atypia, pleomorphism and abnormal mitotic figures. In addition, dyskeratotic cells and ductal differentiation areas were seen among tumour cells. Immunohistochemically, carcinoembryonic antigen was positive in the areas of ductal differentiation. Two years of follow-up revealed no recurrence or metastasis of the tumour.

Key Words: Malignant eccrine poroma.

Ceylan C, Özdemir F, Kazandı A, Kandiloğlu G, Erboz S. A case of malignant eccrine poroma on the leg. TÜRKDERM 2002; 36: 218-220.

Malin ekrin poroma (MEP), ekrin ter bezinin intraepidermal duktal bölümü olan akrosiringiyum ile dermal ekrin kanal boyunca diferensiyasyon gösteren bir tümördür^{1,2}. İlk kez 1963 yılında Pinkus ve arkadaşları tarafından "epidermotropik ekrin karsinoma" olarak tanımlanmıştır³. Günümüzde ekrin porokarsinom ya da malin ekrin poroma olarak bilinen neoplazm oldukça nadir görülen bir ter bezi karsinomudur. Primer olarak gelişebilmekle birlikte lezyonların % 50'sinin önceden mevcut olan ekrin poromadan malin transformasyon sonucu geliştiği bildirilmektedir. En sık yerleşim bölgeleri sırasıyla bacak (% 30), ayak (% 20) ve yüz (% 12) şeklindedir. MEP olgularının % 20'si deriye ve bölgesel lenf bezlerine metastaz yaparken, literatürde tanımlanan iç organ metastazları oldukça sınırlı sayıdadır. Metastaz geliş-

tiğinde mortalite oranı % 70 olarak bildirilmektedir. Literatürde 120 civarında malin ekrin poroma olgusu bildirilmiştir^{4,5,6}.

Olgu

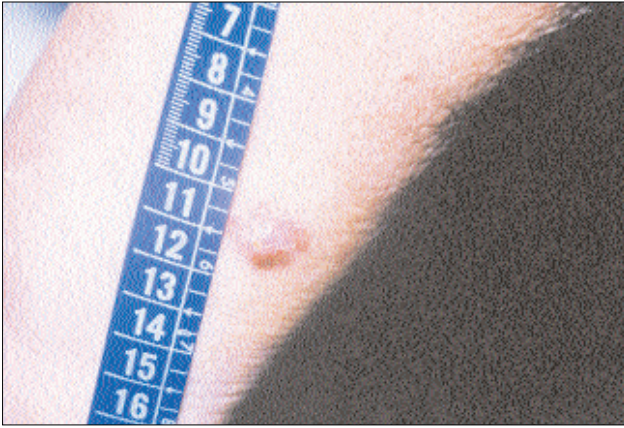
70 yaşındaki kadın hasta, 4 ay önce burun sırtında bazal hücreli karsinoma nedeniyle yüzeyel radyoterapi görmüştü. Son iki aydır sol bacağına ortaya çıkan ve giderek büyüme gösteren ağrılı sert kitle yakınması ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol kruris posterolateralde 15x10 mm boyutlarında sınırları belirgin, deriden kabank, yüzeyi eritemli ve yer yer krutlu, sert kıvamda nodüler lezyon saptandı (Şekil 1).

Lezyon plastik cerrahi bölümünde total olarak eksize edildi. Eksizyon materyali makroskopik

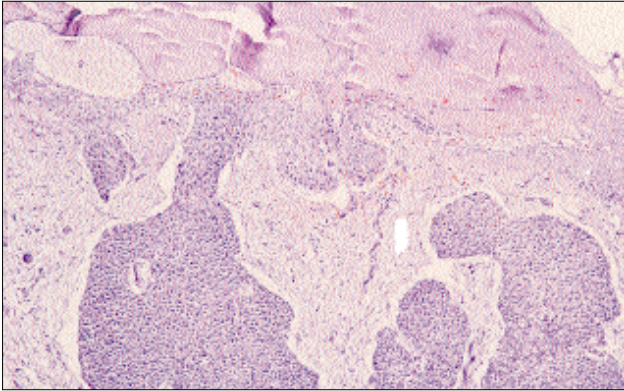
Alındığı Tarih: 18.12.2000 - **Kabul Tarihi:** 07.08.2001

Yazışma Adresi: Uz.Dr.Can Ceylan,, 1750 Sok. No: 46/4. Park Apt. 35530 Karşıyaka-İzmir

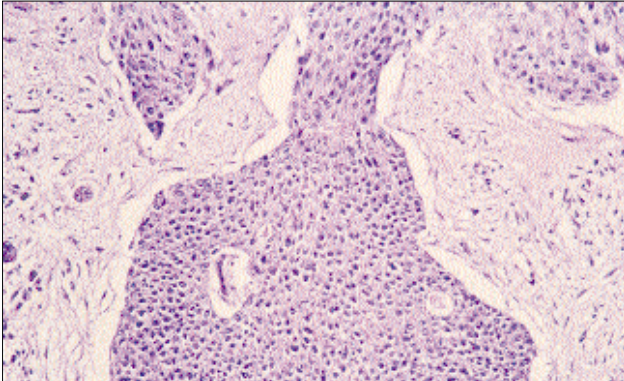
olarak deri, derialtı ve yağ dokusundan oluşan kütleli lezyon olarak değerlendirildi. Materyal incelendiğinde deri elipsi üzerinde 1,5 cm'lik bir alanı kaplayan 1 cm kısmı deri yüzeyinden 3 mm kadar kabarıklık gösteren deri ile aynı renkte bir lezyon izlendi. Tarif edilen lezyon lateral cerrahi sınıra ve inferior cerrahi sınıra 1,5 cm uzaklıktaydı. Kesi yapılarak incelendiğinde lezyon derinliğinin 0.5 cm olduğu görüldü.



Şekil 1: Sol kural bölgesindeki lezyonun klinik görünümü.



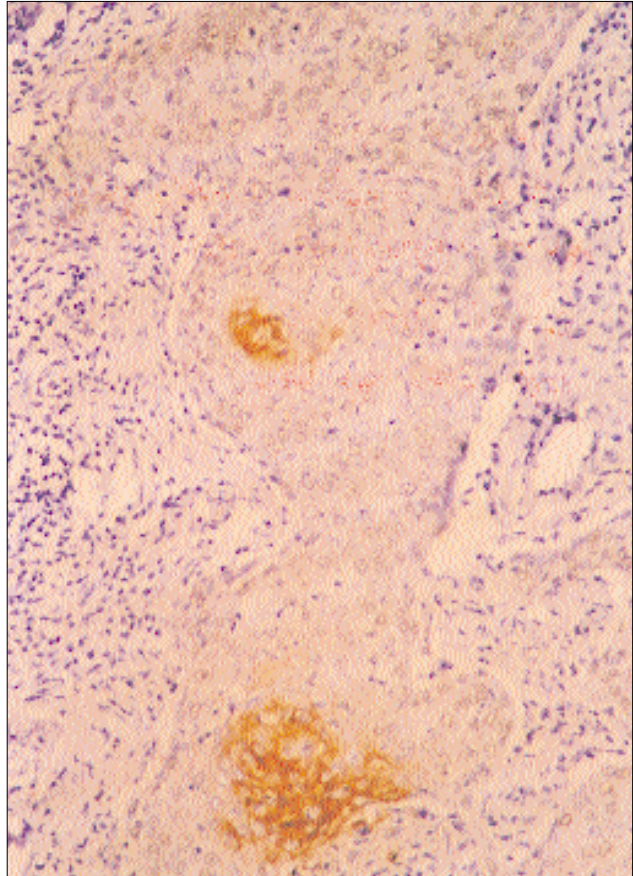
Şekil 2: Tümör adacıkları ile karakterize histopatolojik görünüm (HEx100).



Şekil 3: Tümör adacıkları içerisinde pleomorfik tümör hücreleri ve duktal diferensiasyon sahaları. (HEx200).

Eksizyon materyali cerrahi eksizyon sonrasında rutin histopatoloji ve immunhistokimyasal boyama ile incelendi. Histopatolojik değerlendirmede tümör hücreleri epidermisten başlayan kordonlar ve adalar oluşturmak suretiyle dermise doğru uzanmaktaydı (Şekil 2). Tümör hücreleri nükleer atipi, pleomorfizm ve az sayıda anormal mitoz göstermekteydi (Şekil 3). Ayrıca tümör hücreleri arasında duktal diferensiasyon sahaları ve diskeratotik hücreler de gözlemlendi. İmmunhistokimyasal incelemede karsinoembriyonik antijenin (CEA), duktal diferensiasyon alanlarında pozitif boyanma özelliği gösterdi (Şekil 4).

Kemik metastazı yönünden çekilen alt ekstremitte X-ray grafilerde metastatik tutulum saptanmadı. Visceral metastazlar yönünden kranyum, toraks ve batin bilgisayarlı tomografi (BT) ile incelendi. Kraniyal tomografide solda putamen lokalizasyonunda 5 mm çaplı hipodens lezyon kronik lakün ile uyumlu bulunurken, periventriküler beyaz cevherde lökoryazis ile uyumlu dansite azalımı dışında patolojik kontrast madde tutuluşu saptanmadı. Toraksın tomografik incelemesinde sağ akciğerde 3 adet, sol akci-



Şekil 4: Pozitif boyanma özelliği gösteren karsinoembriyonik antijen (immunhistokimyasal boyamamax400).

ğerde 1 adet, çapları 3-5 mm arasında değişen 4 adet parankimal nodül saptandı ve bunların takibi önerildi. 6 aylık aralıklarla toplam 4 kez yapılan tomografi takiplerinde boyut ve lokalizasyon değişikliği göstermeyen nodüller granülatöz sekel lezyonlar olarak değerlendirildi. Abdominal BT incelemesinde karaciğer sağ lob anterior segmentte görülen 17 mm ve 4 mm çaplı hipodens alanlar, ultrasonografik inceleme sonrası kistik lezyon olarak değerlendirildi. Serolojik olarak tümör belirleyiciler negatif bulunurken, diğer laboratuvar tetkiklerinde demir eksikliği anemisi dışında patolojik bulgu saptanmadı.

Tartışma

Malin ektrin poroma, ektrin ter bezinden köken alan bir tümör olmakla birlikte, ektrin bezlerin yoğun olarak yerleşim gösterdiği palmoplantar lokalizasyonu sıklıkla tercih etmesi ilginç bir özelliğidir. Klinik olarak MEP; skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, malin melanom ve piyojenik granüloma ile karışabilir⁷. İncelediğimiz olguda da biyopsi örneği skuamöz hücreli karsinom ve bazal hücreli karsinom ön tanıları ile alınmıştır. Puttick ve arkadaşları⁸, MEP'nin ayırımında en yararlı diyagnostik özelliğin pozitif boyanma gösteren CEA olduğunu bildirmişlerdir. Olgumuzda, CEA ile duktal diferansiasyon sahalarında pozitif boyanma özelliği göstermesinin yanı sıra, polarite kaybı ve pleomorfizm ile karakterize atipik poroid hücrelerden oluşan tümör adacıkları ve duktus formasyonları ile malin ektrin poroma tanısı almıştır. Bazı ektrin poroma olgularında lezyon başlangıcından önce lokal travmadan söz edilmekle birlikte, ektrin porokarsinom olgularında kesin bir etyolojik faktör tanımlanmamıştır. Bizim olgumuz da anamnezde herhangi bir travmadan bahsetmiyordu. Ayrıca lezyonun iki aylık kısa süreli geçmişi nedeniyle ektrin poroma lezyonundan malin transformasyon sonucu gelişen MEP olma olasılığı da düşük olarak değerlendirildi.

Ektrin porokarsinoma 19 ve 90 yaşları arasında herhangi bir yaşta ve cinsiyette görülebilir. Lezyon çapı 1-10 cm arasında değişebilir. Büyüme hızı yavaş olabildiği gibi hızlı da olabilmektedir. Vücudun herhangi bir bölgesinde gelişebilmekle birlikte olguların % 50'si alt ekstremitte yerleşimlidir⁷.

Prognoz yeterli cerrahi eksizyon sonrası oldukça iyidir. Olguların % 20'sinde bölgesel lenf bezi metastazı görülür. İç organ metastazı % 12 civarındadır. Metastaz geliştiğinde mortalite % 70 olarak bildirilmektedir⁴⁻⁵⁻⁷. Bottles ve arkadaşları⁹, 31 olguluk literatür taramasında 10 olguda deri ve lenf bezi metastazı ve 4 olguda da iç organ metastazı bildirirken bu olguların ortak özelliği uzun süreli anamneze sahip olmalarıydı. İncelemiş olduğumuz olguda, erken tanı ve cerrahi tedavi nedeniyle gerek bölgesel

lenf bezleri ve gerekse iç organ tutulumu açısından herhangi bir metastaz odağı saptanmamıştır.

MEP'da standart tedavi şekli yeterli cerrahi sınırla lezyonun total eksizyonudur. Ektrin poromalar için de tedavi yaklaşımı, malin transformasyon riski nedeniyle aynı şekilde olmalıdır¹⁰. Klinik olarak tutulum varsa bölgesel lenf bezi diseksiyonu da tedaviye eklenmelidir¹¹. Cerrahi sonrası lokal nüks riski açısından hastanın takibi gereklidir. Cerrahi tedavinin yetersiz olduğu veya metastaz saptanan olgularda kemoterapi kaçınılmazdır. Dummer ve arkadaşları¹², cerrahi eksizyon ve lenf bezi diseksiyonu sonrası rekürrens gösteren bir olguda intralezyonel interlökin 2 ile başarılı sonuç bildirmişlerdir. Barzi ve arkadaşları¹³, metastatik bir MEP olgusunda interferon alfa ile izotretinoini kombine etmişlerdir. Roach¹⁴, cerrahi, radyoterapi ve iki kemoterapi kürünün başarısız olduğu bir olguda izotretinoin ile 2 ay süren kısmi bir cevap elde etmiştir. Buna karşılık Friedland ve arkadaşları¹⁵, izotretinoinin başarısız olduğunu bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Damato MS, Patterson RH, Guccion JG, White JC, Krasnow SH: Porocarcinoma of the heel. A case report with unusual histologic features. *Cancer* 1996; 78: 751-757.
2. Maeda T, Mori H, Matsuo T, Nakagawa J, Yamauchi: Malignant eccrine poroma with multipl visceral metastases: report of a case with autopsy findings. *J Cutan Pathol* 1996; 23: 571-574.
3. Pinkus H, Mehregan AH, Monroe M: Epidermotropic eccrine carcinoma. A case combining features of eccrine poroma and Paget's dermatosis. *Arch Dermatol* 1963; 88: 597.
4. MacKie RM: *Skin Cancer*. Second edition, London, Toppan Com. 1996: 266.
5. Odom RB, James WD, Berger TG: *Diseases of the Skin*. Ninth edition. Philadelphia, WB Saunders Company 2000: 849-850.
6. Galadari E, Mehregan AH, Lee KC: Malignant transformation of eccrine tumors. *J Cutan Pathol* 1987; 14(1): 15-22.
7. Snow SN, Reizner GT: Eccrine porocarcinoma of the face. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 306-311.
8. Puttick L, Ince P, Comaish JS: Three cases of eccrine porocarcinoma. *Br J Dermatol* 1986; 115(1):111-6.
9. Bottles K, Sagebiel R, McNuth NS, Jensen B, Deveney K: Malign eccrine poroma: Case report and review of the literature. *Cancer* 1984; 53: 1579-1585.
10. Johnson RC, Rosenmeier GJ, Keeling JH: A painful step. *Arch Dermatol* 1992; 128: 1533-8.
11. Pernia LR, Guzman-Stein G, Miller HL: Surgical treatment of an aggressive metastasized eccrine poroma. *Ann Plast Surg* 1993;30(3): 257-9.
12. Dummer R, Becker JC, Boser B, Hartmann AA, Gunter G: Successful therapy of metastatic eccrine poroma using perilesional interferon alfa and interleukin 2. *Arch Dermatol* 1992; 128: 1127-8.
13. Barzi AS, Ruggeri S, Recchia F, Bertoldi I: Malignant metastatic eccrine poroma. Proposal for a new therapeutic protocol. *Dermatol Surg* 1997;23(4): 267-72.
14. Roach M: A malignant eccrine poroma responds to isotretinoin (13-cis retinoic acid). *Ann Int Med* 1983;99(4): 486-8.
15. Freidland M, Bajracharya A, Arlin A: Malignant eccrine poroma and isotretinoin (letter). *ann Int Med* 1984; 100: 614.