

Bilateral Aurikular Milia en Plak

Bilateral Auricular Milia en Plaque

Savaş Öztürk, Perihan Öztürk*, Müge Sezen**, Cahit Polat***

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği ve ***Kulak Burun Boğaz Kliniği, Elazığ, Türkiye

*Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

**Elazığ Harput Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

Özet

Milia en plak (MEP) eritemli zemin üzerinde multipl milia benzeri kistlerle karakterize ve histolojik olarak multipl keratin kistleri özelliği gösteren son derece nadir bir milia formudur. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Genellikle orta yaş kadınlarda ve özellikle baş-boyun bölgesinde görülür. Tanımlanan vakaların çoğu daha çok retroauriküler bölge, göz kapakları ve burun bölgesine lokalizedir. Literatürde aurikula içinde tanımlanan olgu bulunmamaktadır. Bu yazıda 71 yaşında kadın hastada aurikula içinde dış kulak kanalında klinik ve histopatolojik olarak tanımlanan bilateral milia en plak olgusu güncel literatür bilgileriyle sunulmuştur. (Türkderm 2011; 45: 216-8)

Anahtar Kelimeler: Milia en plak, aurikula

Summary

Milia en plaque (MEP) is an extremely rare form of milia that is characterized by a number of milia-like cysts on an erythematous base and histologically exhibits features of keratin cysts. The etiology is not exactly known. MEP is generally seen among middle-aged women and especially on the head and neck region. Many of the diagnosed cases are localized in the retroauricular region, eyelids and the nose region. To date, no case of MEP in the auricula has been reported in the literature. In this article, we present the case of a 71-year-old female patient clinically and histologically diagnosed with bilateral auricular milia en plaque (in the external ear canal) in the light of current literature. (Türkderm 2011; 45: 216-8)

Key Words: Milia en plaque, auricula

Giriş

Milia en plak (MEP) daha çok orta-ileri yaş kadınlarda, baş-boyun bölgesinde eritemli zemin üzerinde gelişen keratin kistleri ile karakterize çok nadir inflamatuvar bir milia varyantıdır.^{1,2} En fazla yerleşim yerleri retroauriküler alanlar, burun kanatları, supraklaviküler alanlar, göz kapakları, periorbital bölge ve alındır.^{2,4} Etiyolojisi tam bilinmemekle birlikte bazen lokal irritasyon sonucu, kozmetik etkili kremlere ya da topikal steroid

kullanımlarına bağlı gelişebileceği bildirilmiştir. Histopatolojik olarak küçük keratin dolu kistler ve etrafında yoğun lenfositik infiltrat bulunur^{1,2}. Kozmetik açıdan sorun olabilen bu durumda tedavide kimyasal eksfolyanlar, retinoik asit uygulaması, kriyoterapi, koterizasyon ve manuel ekstirpasyon denenebilir¹.

Olgu

Her iki kulak kepçesinde sarı kabarıklıklar olması yakınması ile dermatoloji polikliniğine başvuran 71 yaşındaki bayan

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Savaş Öztürk, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Elazığ, Türkiye
Tel.: +90 424 238 10 00 E-posta: drsozturk@windowslive.com **Geliş Tarihi/Received:** 28.08.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 06.12.2010

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

hasta değerlendirildi. Öyküsünde daha önce kulak burun boğaz polikliniğinde ksantalezma ön tanısı ile takip edildiği, lezyonların yaklaşık bir yıldır olduğu, öncesinde travma, topikal steroid kullanımı olmadığı, ailesinde benzer yakınmaları olan kimse bulunmadığı ve kendisinde ve ailesinde romatolojik hastalık olmadığı öğrenildi. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkiklerde ve lipit profilinde herhangi anomali saptanmayan hastanın yapılan muayenesinde her iki kulak kepçesinde antiheliksten dış kulak kanalına kadar olan alanda hafif eritemli zeminde çok sayıda 1-3 mm çapta sarı renkte ve gergin duvarlı küçük kistik yapılar saptandı (Resim 1-2). Kulak zarı muayenesi normal olan hastanın lezyonlarından alınan eksizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde granüler tabakası belirgin çok katlı yassı epitelle döşeli küçük kistik yapılar ve bu kistlerin içinde lameller tarzda birikim gösteren keratin mevcuttu (Resim 3-4). Klinik ve histopatolojik bulgularıyla MEP tanısı konulan ve subjektif yakınmaları olmayan hastaya klinik takip önerildi.



Resim 1. Olgunun klinik görünümü

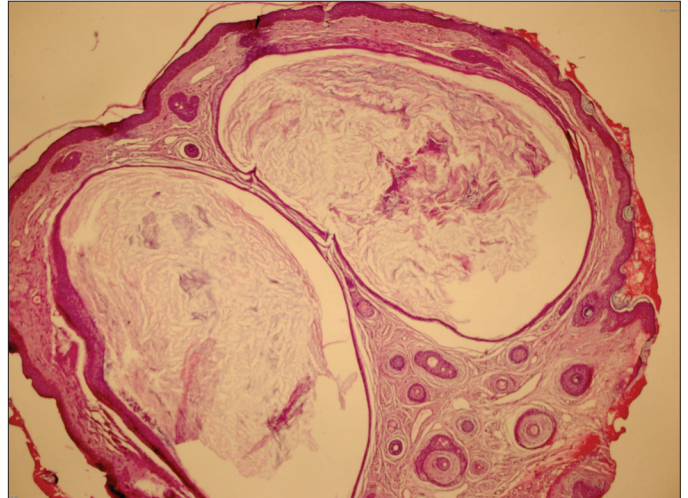


Resim 2. Olgunun yakın plandan klinik görünümü

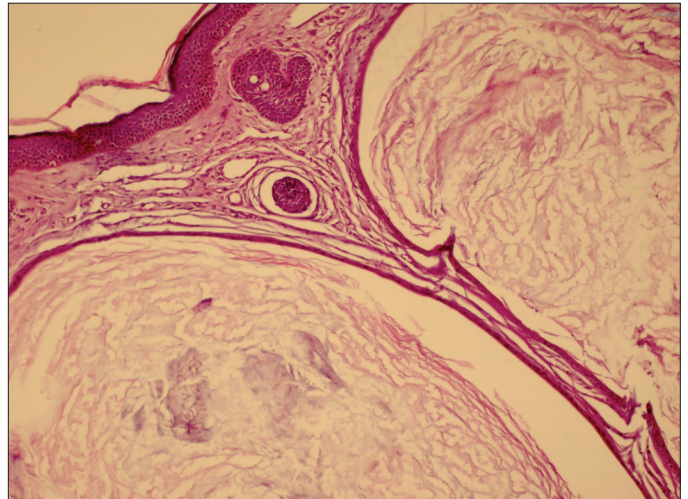
Tartışma

MEP hafif eritemli zemin üzerine yerleşen küçük keratin kistleri ile karakterize çok nadir görülen bir milia şeklindedir. En sık orta-ileri yaşta ve ağırlıklı olarak kadınlarda görülür^{1,4}. Literatürde az sayıda çocukluk çağında görülen olgu bildirileri mevcuttur⁴. En sık yerleşim yeri retroaurikuler alan olmakla birlikte periaurikuler, periorbital, supraklavikuler ve submandibuler bölgeler ile burun, göz kapakları ve alında da ortaya çıkabilir^{5,7}. Genelde etyolojik faktör saptanamaz. Bununla birlikte lokal travmaların, topikal steroid ve kozmetik ürün kullanımlarının, iyonizan radyasyon uygulamalarının, gözlük camlarının neden olabileceği rapor edilmiştir^{1,3}. Lupus eritematosus, liken planus, pseudoksantom elastikum gibi hastalıkların MEP veya MEP benzeri lezyonlara yol açabileceği belirtilmiştir^{1,8,9}. Miliada histopatolojik incelemede içi keratin dolu kistler ve çevrede lenfositik infiltrat görülmektedir¹.

Literatür incelendiğinde en fazla retroaurikuler yerleşimli olgular bildirilmiştir, bunun yanında supraklavikuler, göz kapağı, alın, periorbital yerleşimli olguların olduğu görülmüştür. Yine literatür tarandığında MEP'in aurikuler alanda veya dış kulak kanalında tariflenmediği görülmektedir. Tanımlanan vakaların çoğu 4-6. dekatta olmakla birlikte lite-



Resim 3. Keratin kistleri (HEX40 büyütme)



Resim 4. Keratin kistleri içinde lameller tarzda biriken keratin (HEX200 büyütme)

ratürde dört pediyatrik olgu tariflenmiştir.⁴ Bildirilen beş olgu lupus eritematosusla, bir olgu psödoksantoma elastikumla ilişkili bulunmuştur. Tariflenen diğer olgularda herhangi bir internal hastalıkla ilişki saptanamamıştır. MEP'in tedavisinde etretinat, elektrokoterizasyon, dermabrazyon, CO2 laser, kriyoterapi, lokal fotodinamik tedavilerin kullanıldığı ve başarılı olduğunu belirten yayınlar bulunmaktadır.^{3,10} Hastamızın ileri yaşta olması ve lezyonların herhangi bir yakınmaya sebep olmaması nedeniyle tedavisi planlanmamıştır.

Kaynaklar

1. Hallaji Z, Akhyani M, Jamshidi S, Modabbernia A, Kamyab K: Bilateral retro-auricular milia en plaque: A case report and review of the literature. *Dermatol Online J* 2010;16:12.
2. Ergin S, Başak P, Sari A: Milia en plaque. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:47-9.
3. Stefanidou MP, Panayotides JG, Tosca AD: Milia en plaque: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg* 2002;28:291-5.
4. Sinagra J, Donati P, Amantea A: Milia en plaque: three new pediatric cases. *Cota C. Pediatr Dermatol* 2009;26:717-20.
5. Kautz O, Muller S, Braun-Falco M, Nashan D: Milia en plaque in a linear pattern. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009;23:1335-6.
6. Fujita H, Iguchi M, Kenmochi Y, Fukunaga Y, Asahina A: Milia en plaque on the forehead. *J Dermatol* 2008;35:39-41.
7. Wollina U: Bilateral milia en plaque of the eyelids: long eyelashes and unibrow-case report and review of literature. *Dermatol Surg* 2010;36:406-8.
8. Belhadjali H, Youssef M, Yahia S, Njim L, Zakhama A, Zili J: Milia en plaque and discoid lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol* 2009;34:356-7.
9. Rose RF, Merchant W, Goulden V: Retroauricular milia en plaque: a rare presentation of lupus erythematosus. *Clin Exp Dermatol* 2008;33:715-7.
10. Ishiura N, Komine M, Kadono T, Kikuchi K, Tamaki K: A case of milia en plaque successfully treated with oral etretinate. *Br J Dermatol* 2007;157:1287-9.