

Klinik olarak nodüler bazal hücreli karsinomla karışan büyük soliter trikoepitelyoma*

Berna Aksoy¹, Hasan Mete Aksoy¹, Bahar Öç¹, Ekrem Civaş²

¹Özel TDV 29 Mayıs Ankara Hastanesi, Ankara

²Özel Civaş Kliniği, Ankara

Amaç: Trikoepitelyoma folliküler diferansiyasyon gösteren ve ender görülen bir deri tümürüdür. Soliter trikoepitelyomaların bazal hücreli karsinomadan ayırımının zorluğu iyi bilinmektedir. Bu hasta hastanın tedavisi söz konusu olduğunda önem arz etmektedir. **Olgu sunumu:** Yetmiş beş yaşında bayan hasta burun sağ kanadı lateralinde yerleşmiş, 2x1,7x1 cm boyutlarında, santral olarak ülserasyon ve kurut içeren nodüler lezyon nedeniyle başvurdu. Klinik olarak nodüler BCC tanısı düşünüldü. Lezyon genel anestezi altında 4 mm cerrahi sınırla eksize edildi. Oluşan defekt superior yerleşimli nazolabial fleple tamir edildi. Cerrahi materyalin histopatolojik tanısı trikoepitelyoma olarak rapor edildi. **Sonuç:** Trikoepitelyomaları nodüler BCC'den klinik olarak ayırt etmek bazen mümkün olmayabilir. Baş-boyun bölgesinde yerleşen nodüler BCC'lerin ayırıcı tanısında trikoepitelyoma da düşünülmelidir. Cerrahi tedavi öncesi yapılacak insizyonel biyopsi ile daha radikal cerrahi tedaviler önenebilir.

Anahtar kelimeler: Trikoepitelyoma, Soliter trikoepitelyoma, bazal hücreli karsinoma

A large solitary trichoepithelioma clinically confused with nodular basal cell carcinoma

Objective: Trichoepithelioma is an uncommon benign skin tumor that shows follicular differentiation. The diagnostic dilemma in differentiating solitary trichoepitheliomas from basal cell carcinoma (BCC) is well documented. This margin of error becomes important when its impact on patient management is taken into account. **Case report:** A 75-year-old female patient applied with a nodular lesion located on the lateral aspect of the right ala of her nose, measuring 2x1.7x1 cm, with central ulceration and crusts. A clinical diagnosis of nodular basal cell carcinoma was considered. The lesion was excised with a surgical margin of 4 mm under general anesthesia. The resulting defect was closed with a superiorly based nasolabial flap. The histopathologic diagnosis of the excised specimen was reported to be trichoepithelioma. **Conclusion:** Sometimes it is not possible to clinically discriminate trichoepitheliomas from nodular BCCs. Solitary trichoepithelioma should be taken into account in the differential diagnosis of nodular BCCs located in the head and neck region. Radical surgical excisions may be prevented with incisional biopsy before surgical therapy.

Key words: Trichoepithelioma, Solitary trichoepithelioma, basal cell carcinoma

Genel Tıp Derg 2009;19(1): 41-44

Trikoepitelyoma undiferansiye follikülo-sebasöz-apokrin ünitenin germinatif hücrelerinden gelişen,

folliküler farklılaşma gösteren, ender, iyi huylu bir hamartomatöz deri tümürüdür (1-4). Lezyonlar genellikle soliter ve sporadik, deri renginde papül veya nodül şeklinde olup, baş-boyun bölgesinde yerleşirler. Sıklıkla 2-8 mm çapta olan trikoepitelyomalar yavaş büyürler (1-3). Ender olan otozomal dominant formda genelde çocuk veya erken erişkin dönemde görülen lezyonlar multipl olarak nazolabial katlantı, burun, alın ve üst dudağa yerleşirler (1,5).

*Bu çalışma 22-25 Mayıs 2008 tarihleri arasında düzenlenen 5th EADV Spring Symposium'da poster olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Dr.Berna Aksoy, Özel TDV 29 Mayıs Ankara Hastanesi, Ankara.

e-posta: bmaksoy@mynet.com

Bu olgu sunumunda büyük soliter trikoepitelyoması olan, klinik olarak nodüler BCC'den ayırt edilemeyen ve bu şekilde tedavi edilen burunda yerleşmiş nodüler bir trikoepitelyoma olgusu sunulmaktadır.

Olgu sunumu

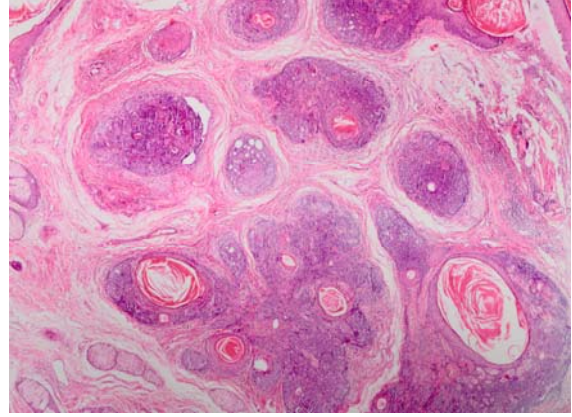
Yetmiş beş yaşında bayan hasta yaklaşık iki yıldır var olan burun sağ kanadı lateralinde yerleşmiş kitle nedeniyle başvurdu. Bu kitle zaman içinde yavaş bir şekilde büyümüştü ancak hiçbir subjektif şikayete neden olmuyordu. Fizik muayenede, burun sağ kanadı lateral kısmında yerleşmiş, merkezi ülserasyon ve kurut gösteren, 2x1,7x1 cm boyutlarında, büyük nodüler lezyon saptandı (Şekil 1). Nodül deri renginde ve telanjiektaziler içermekteydi. Hastanın soygeçmişinde benzer lezyonu olan herhangi bir yakını yoktu. Klinik olarak nodüler BCC düşünüldü. Bu nedenle hasta genel anestezi altında ameliyat edilerek lezyon 4 mm cerrahi sınırla eksize edildi. Oluşan defekt superior bazlı nazolabial fleple tamir edildi (Şekil 2). Histopatolojik incelemede tümörün bazaloid epitelyal hücre adalarından oluştuğu görüldü. Tümör ayrıca abortif kıl follikül yapıları ile karakterize olan folliküler diferansiyasyon özellikleri de göstermekteydi. Tümör içinde keratinöz kistik alanlar da mevcuttu (Şekil 3). Bu özellikler ile hastaya histopatolojik olarak trikoepitelyoma tanısı konuldu. Takip eden 2 yıllık izlem süresince herhangi bir nüks saptanmadı.



Şekil 1. Klinik olarak nodüler BCC'yi düşündürülen nodüloülseratif deri renginde telanjiektatik nodüler lezyon.



Şekil 2. Superior bazlı nazolabial fleple tamir sonrası hastanın intraoperatif görünümü.



Şekil 3. Tümörün histopatolojik incelemesinde fibröz stroma-stroma klefleri gösteren stroma içinde bazaloid hücre adaları, abortif kıl follikül yapıları ve keratinöz kistik yapılar görülmektedir (H&E, X10)

Tartışma

Dev (> 2 cm) trikoepitelyomalar sıklıkla ileri yaşta görülürler ve perineal-perianal bölgeye yerleşirler (3,4). Olgumuzun büyük soliter trikoepitelyoma lezyonu 2 cm büyük çapa sahipti ve dev trikoepitelyomalardan farklı olarak yüzde yerleşmişti. Gençöğlan ve ark multiple trikoepitelyoması olan, gövdede ve saçlı deride 2 cm ve daha büyük nodülleri olan 23 yaşında bir hasta tanımlamışlardır (5). Ancak olgumuzun yaşı çok daha büyüktü ve soliter yüzde yerleşmiş trikoepitelyoma lezyonu bulunmaktaydı. Hastanın ailesinde benzer lezyon bulunmaması soliter trikoepitelyoma olduğunu göstermekteydi.

Soliter trikoepitelyomaların ayırıcı tanısında intradermal nevüs, BCC ve granuloma annulare

düşünülmelidir (3). Biz de olgumuzda klinik olarak BCC düşünmüş ve buna göre tedavi uygulamıştık. Trikoepitelyoma ve BCC'nin özellikle de keratotik BCC'nin histopatolojik ve klinik ayrımı bazen zor olabilir (1,2,4,6,7). Histopatolojik olarak papiller mezenkimal cisimciklerin (folliküler diferansiyasyon belirtisi) varlığı, tümöral hücre adaları ve stroma arasında kleftlerin bulunmaması, kornifiye kistler, granülomlar, mikroid değil de fibröz stroma varlığı ve az miktarda inflamatuvar ve nekrotik hücrelerin varlığı trikoepitelyoma lehine bulgulardır (1). Olgumuzun histopatolojik özellikleri bu bulgularla uyumluluk göstermekteydi. Stromal-tümöral ada kleftleri, çok sayıda mitotik ve apoptotik hücre ve ülserasyon varlığı da BCC lehine bulgulardır (1). Olgumuzun histopatolojik incelemesinde stroma-tümöral ada kleftleri değilde stroma-stroma kleftleri bulunmaktaydı, yoğun mitotik ve apoptotik hücrelere rastlanmamıştı. Kıl yapılarına doğru yüksek derecede diferansiyasyon gösteren lezyonların soliter trikoepitelyoma olarak adlandırılması önerilmiştir (6). Olgumuzda ülsere, nodüler, üzerinde telanjiektaziler bulunan nodüler kitle varlığı klinik olarak nodüler BCC ile uyumluydu ancak histopatolojik olarak folliküler diferansiyasyonun belirgin olması tanının trikoepitelyoma olduğunu gösteren önemli bir bulguydu.

Trikoepitelyoma benign ve rekürrens göstermeyen bir trikojenik deri tümörüdür (1,2,7). Tedavi açısından, trikoepitelyomada konservatif yöntemler olan eksizyon, traşlayarak çıkartarak biyopsi ve küretaj, elektrokoterizasyon veya kriyoterapiden herhangi birisi yeterli olmaktadır (1,3,7).

BCC malign bir neoplazmdir, lokal olarak invazif ve yıkıcıdır ancak çok ender olarak metastaz yapabilir (7,8). Nodüler BCC düşük riskli bir BCC alttipidir. İdeal olarak BCC tedavisi klinik tanıya dayanır ancak eğer şüphe mevcutsa veya özel tedavi şekilleri uygulanması planlanıyorsa histopatolojik tanı gereklidir. BCC tedavisinde amaç en iyi kozmetik sonuçla tümörde kür elde etmektir. Bu amaçla klinik tiplere göre değişmekle birlikte, cerrahi eksizyon, mohs cerrahisi, fotodinamik tedavi, topikal imikimod, küretaj ve elektrokoterizasyon, radyasyon tedavisi ve kriyoterapi tedavide kullanılabilir. Primer BCC tedavisinde 3-5 mm cerrahi sınırla eksizyon oldukça etkili ve altın standart yöntemdir (8). Olgumuzda da klinik olarak nodüler BCC

düşünüldüğü için 4 mm sınırla cerrahi eksizyon tedavisi uygulanmıştır.

Trikoepitelyoma ve BCC lezyonlarının aynı hastada ve hatta aynı lezyon içinde bir arada bulunabilmesi nedeniyle trikoepitelyomaların BCC'ye dedifferansiye olabileceği ve hatta iki lezyonun aynı klinik antitenin farklı benign ve malign kutupları olabileceği de öne sürülmüştür (2,4,7,9,10). Martinez ve ark yayınladıkları olguda trikoepitelyomanın BCC'ye malign transformasyon gösterebileceğini histopatolojik olarak göstermişlerdir (4). Bu nedenle, büyük soliter trikoepitelyomaların cerrahi eksizyonla tedavisinin daha mantıklı olduğunu savunan yazarlar da mevcuttur (2-5).

Sonuç

Klinik olarak soliter trikoepitelyomaların nodüler BCC'den ayırt edilmesi bazen mümkün olmayabilir. Baş-boyun bölgesindeki nodüler BCC'lerin ayırıcı tanısında soliter trikoepitelyoma da düşünülmelidir. Olgumuzda, hiç şüphe duyulmadan klinik olarak konulan nodüler BCC tanısı, hastanın tedavisini etkilemiş ve trikoepitelyoma için gerekli olmayan radikal bir cerrahi tedavinin yapılmasına yol açmıştır. Bu nedenle, özellikle baş-boyun bölgesinde yerleşmiş, nodüler BCC düşünülen vakalara kati cerrahi tedavi öncesi insizyonel veya punch biyopsi yapılması radikal cerrahi eksizyonları önleyebilir.

Teşekkür

Histopatolojik incelemeleri yapan Doç Dr. Hüseyin Üstün'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Bettencourt MS, Prieto VG, Shea CR. Trichoepithelioma: A 19-year clinicopathologic re-evaluation. J Cutan Pathol 1999;26:398-404.
2. Guana AL, Goldberg LH, Kolbusz RV, Orengo IF, Alford E. Aggressive trichoepithelioma versus keratotic basal cell carcinoma. Int J Dermatol 1993;32:728-30.
3. Serdaroğlu S, Bahçetepe N. Olgu sunumu: Multipl trikoepitelyoma. Dermatose 2006;5:131-3.
4. Martinez CAR, Priolli DG, Piovesan H, Waisberg J. Nonsolitary giant perianal trichoepithelioma with malignant transformation into basal cell carcinoma: report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 2004;47:773-7.
5. Gençoğlu G, Karaarslan IK, Dereli T, Öztürk G. Seboreik bölgelere lokalize multipl trikoepitelyoma. Türk Dermatoloji Dergisi 2008;2:28-30.

6. Şahin MT, Demir MA, Kaya Y, Can M, İnanır I, Öztürkcan S. Inguinal keratotic basal cell carcinoma mimicking giant solitary trichoepithelioma. J Dermatol 2003;30:395-9.
7. Lum CA, Binder SW. Proliferative characterization of basal-cell carcinoma and trichoepithelioma in small biopsy specimens. J Cutan Pathol 2004;31:550-4.
8. Sterry W. Guidelines: The management of basal cell carcinoma. Eur J Dermatol 2006;16:467-75.
9. Johnson SC, Bennett RG. Occurrence of basal cell carcinoma among multiple trichoepitheliomas. J Am Acad Dermatol 1993;28:322-6.
10. Wallace ML, Smoller BR. Trichoepithelioma with an adjacent basal cell carcinoma, transformation or collision? J Am Acad Dermatol 1997;37:343-5.