

PAPER DETAILS

TITLE: Saęli Deri Yerlesimli Subkutan Nodüler Lezyonun Retrospektif Analizi

AUTHORS: Can YALDIZ,Mahizer YALDIZ,Davut CEYLAN

PAGES: 190-194

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/117097>

Saçlı Deri Yerleşimli Subkutan Nodüler Lezyonun Retrospektif Analizi

Retrospective Examine of Subcutaneous Nodular Lesions Occured on Scalp

Can Yıldız¹, Mahizer Yıldız², Davut Ceylan¹

¹ Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Sakarya, Türkiye

² Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

Özet

Giriş: Derinin selim tümörleri klinik pratikte sık gözlenen patolojilerdendir. Saçlı deri, derinin selim tümörlerinin yerleşimi açısından sık görülen bölgelerden birisidir. Derinin histolojik yapısını oluşturan farklı hücrelerden çok sayıda selim tümör oluşabilmektedir. Trikillemal kist, epidermal kist ve lipom, saçlı deride subkutan nodüle neden olan tümoral lezyonlardır. Bu çalışmada, 52 hastada, saçlı deri yerleşimli ve total eksize edilen 62 subkutan nodül retrospektif olarak incelenmiştir.

Materyal-metod: Bu retrospektif çalışmada, 2009-2011 yılları arasında, Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ve/veya Beyin Cerrahisi polikliniğine saçlı deride kitle şikayetiyle başvuran 52 hastada, beyin cerrahisi tarafından total olarak eksize edilen toplam 62 lezyon incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 27'si kadın (% 51,9), 25'i erkek (% 48,1) idi. Yaş ortalaması 47,5 (21-82 yaş) olarak belirlendi. Lezyonların 34'ü (% 54,8) trikillemal kist, 16'sı (% 25,8) lipom, 8'i (% 12,4) epidermal kist, 2'si (% 3,2) pilomatriksoma ve 2'si (% 3,2) fibrolipom olarak saptandı.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda trikillemal kistlerin saçlı deride yerleşen subkutan nodüller arasında en sık gözlemlenen patoloji olduğu saptandı. Lipom ve epidermal kistler de diğer sık görülen subkutan nodüller olarak tespit edildi.

Abstract

Introduction: Benign tumors of the skin are one of the most common pathologies that can be seen in clinical practice. Scalp is one of the most common localization for the subcutaneous skin lesions. Many benign tumors can be occurred from different cells that forms the histological structure of the skin. The trichilemmal cyst, epidermoid cyst and lipoma are tumoral lesions that causes subcutaneous nodules in the scalp. This retrospective study examines, among 52 patients, 62 subcutaneous nodular lesions that excised totally from scalp.

Material-method: In this retrospective study, 62 subcutaneous nodular lesions that excised totally from scalp, among 52 patients who were admitted to Dermatology and/or Neurosurgery Clinics of Sakarya University Training and Research Hospital between 2009 and 2011, are examined.

Findings: 27 (51,9 %) of the patients were female, and 25 (48,1 %) were male. The mean age was found as 47,5 (ages 21-82). 34 (54,8 %) lesions were revealed as trichilemmal cysts, 16 (25,8 %) of them were revealed as lipomas and 8 (12,4 %) of them were found as epidermoid cysts, the rest of the pathologies were 2 (3,2 %) pilomatrixomas, and 2 (3,2 %) fibrolipomas. Result: Our study signified that trichilemmal cysts are the most common subcutaneous nodules that occurs on scalp. Additionally, lipomas and epidermoid cysts were the other common subcutaneous scalp lesions that can be seen in clinical practice.

Anahtar Kelimeler: Saçlı deri, subkutan nodül, trikillemal kist

Keywords: Scalp, subcutaneous nodule, trichilemmal cyst

Başvuru Tarihi: 10.01.2013 **Kabul Tarihi:** 17.04.2013

Application: 10.01.2013 **Accepted:** 17.04.2013

Giriş

Saçlı deri, beyni koruyan kalvaryal kemiğin üstünü örter^{1,2}. Saçlı derinin ve kafatasının selim lezyonları, malign lezyonlarından daha fazladır ancak kesin insidansları bilinmemektedir³. Trikilemmal kist, epidermal kist ve lipom saçlı deride subkutan nodüle neden olan tümöral lezyonlardır. Lokal şişlik, lokal ağrı ve baş ağrısı bu bölge lezyonlarının en sık görülen semptomlarıdır. Bu lokal şişlikler; yumuşak, orta sertlikte veya sert kıvamda olabilir¹. Ayırıcı tanı için eksizyon materyalinde histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Semptomatik olgularda ve estetik sorunlara neden olan lezyonlarda cerrahi tedavi yapılır⁴.

Bu çalışmada 52 hastada saçlı deri yerleşimli total eksize edilen 62 subkutan nodül retrospektif olarak incelendi.

Materyal-Metod:

2009-2011 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ve/veya Beyin Cerrahisi polikliniğine saçlı deride kitle şikayetiyle başvuran ve beyin cerrahisi tarafından total olarak eksize edilen 52 hastada toplam 62 lezyon retrospektif olarak incelendi. Bu hastalara ait yaş, cinsiyet, preoperatif semptomlar, lezyonların lokalizasyonları, sayıları ve patolojik tanıları geriye yönelik olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmamıza 27'si kadın (% 51,9) ve 25'i erkek (% 48,1) toplam 52 hasta dahil edildi. Bunların hepsi erişkindi ve hiç çocuk hasta yoktu. Toplam 52 hastadan saçlı deri yerleşimli 62 lezyon eksize edildi. Hastalarımızın yaş aralığı 21-82 yaş ve yaş ortalaması 47,5 olarak belirlendi. Lezyonların 34'ü (% 54,8) Trikilemmal kist, 16'sı (% 25,8) Lipom, 8'i (% 12,4) Epidermal kist, 2'si (% 3,2) Fibrolipom ve 2'si (% 3,2) Pilomatriksoma idi. Lezyonların 25'i frontal bölge, 20'si pariyetal bölge, 16'sı oksipital ve 1'i temporal bölge yerleşimliydi. 3 hastada multiple trikilemmal kist mevcuttu.

Trikilemmal kistlerin, 14'ü frontal, 14'ü pariyetal ve 6'sı oksipital yerleşimliydi. Hastaların 14'ü kadın ve 10'u er-

kek idi. Kadın/erkek oranı; 1.4/1 idi.

Lipomların, 9'u oksipital, 5'i frontal ve 2'si pariyetal yerleşimliydi. Hastaların 6'sı kadın ve 10'u erkekti. Kadın/erkek oranı; 0.6/1 idi.

Epidermal kistlerin 4'ü frontal, 2'si pariyetal 1'er tanesi oksipital ve temporal yerleşimliydi. Hastaların 5'i kadın ve 3'ü erkekti. Kadın/erkek oranı; 1.6/1 idi.

Pilomatriksomanın 2'side pariyetal yerleşimliydi. Hastaların 2'side kadındı.

Fibrolipomun 2'side frontal yerleşimliydi ve hastaların 2'side kadındı.

Tüm hastalarda saçlı deride şişlik dışında semptom yoktu.

Tüm olgulara cerrahi aşamada total rezeksiyon uygulandı. Rezeksiyon yapılan tüm materyallerden histolojik tanı amaçlı örnekler alındı. Saçlı deri primer sütüre edildi. Tüm lezyonların 18 aylık takibinde nükse rastlanmadı.

Cerrahi tedavi uyguladığımız saçlı deri lezyonlu hastalarımızın patolojik tanı, görülme sıklığı, yerleşim yerleri Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 1: Olguların histolojik tanı, yaş ve cinsiyet dağılımı

Patolojik Tanı	Yaş (ortalama)		Cinsiyet		Toplam Sayı
	KADIN - ERKEK		KADIN - ERKEK		
Lipom	44,5	58,5	6	10	16 (%25,8)
Trikilemmal Kist	46,5	38,6	14	10	34 (%54,8)
Epidermal Kist	64	41,3	5	3	8 (%12,9)
Fibrolipom	41	-	2	-	2 (%3,2)
Pilomatriksoma	-	42	-	2	2 (%3,2)

Tablo 2: Lezyonların saçlı deride yerleşim yerleri

	Frontal	Pariyetal	Oksipital	Temporal
Lipom	5	2	9	
Trikilemmal Kist	14	14	6	
Epidermal Kist	4	2	1	1
Fibrolipom	-	2	-	-
Pilomatriksoma	2	-	-	-
Toplam	25(%41,6)	20 (32,2)	16 (25,8)	1 (%0,1)

Tartışma:

Saçlı derinin histolojik yapısını oluşturan farklı hücrelerden çok sayıda tümör oluşabilmektedir. Konjenital veya edinsel olan bu tümörlerin büyük bölümü hastanın yaşamı boyunca sadece kozmetik sorun oluşturur, çok az bir kısmı malign dejenerasyon gösterir. Bu tümörler köken aldıkları dokulara göre sınıflandırılır. Trikilemmal kist, epidermoid kist ve lipom saçlı deride subkutan nodule neden olan tümöral lezyonlardır. Bu lezyonların tamamı radyolojik olarak gösterilebilmektedir. Kalvaryal kemik ile ilişki için Bilgisayarlı Tomografi, X Ray; yumuşak dokudaki durumu için Magnetik Rezonans ve Ultrasonografi seçilebilecek uygun yöntemlerdir. Radyolojik tetkikler ön tanıda yardımcı olsa da kesin tanı biyopsi ya da total cerrahi çıkarım ile konur^{4,5,6,7}.

Trikilemmal kist, kıl follikülünün istmus bölümünden köken aldığı düşünülen, sıklıkla saçlı deride yerleşen kistlerdir. Deride epidermoid kistten sonra en sık görülen kist formudur. Genellikle orta yaşta ve multipl lezyon şeklinde görülür. Punktum bulunmaması dışında, klinik özellikleri epidermoid kiste benzer. Histopatolojik açıdan ise, kist duvarında granüler tabakanın olmaması ve bazal tabakada kıl follikülünün dış kök kılıfına benzer şekilde palizatlanma görülmesi önem taşır. Trikilemmal kistin tedavisi cerrahi eksizyondur⁸⁻¹⁵. Browstein ve arkadaşları, 50 olgudan oluşan proliferatif trikilemmal kist serisinde, % 90 saçlı deri yerleşimi ve % 84 kadın predominansı olduğunu rapor etmişler¹⁶. Sau ve arkadaşları en sık lokalizasyon olarak saçlı deride gözlendiğini ve kadın/erkek oranını; 2,5/ 1 olarak bildirmişlerdir¹⁷. En sık lokalizasyon alanı olarak saçlı deri olsa da; yüz, kulak, üst ekstremiteler, gövde, anogenital bölge, kalça ve uylukta görülen olgularda rapor edilmiştir¹⁸. Nadir olmakla birlikte, tümörün lokal rekürrensi ve metastazı bildirilmiştir^{13-15,18-21}. Bizim çalışmamızda trikilemmal kist, sadece saçlı deri yerleşimli lezyonlar arasında görülme sıklığı % 54,8 oranı ile en sık görülen lezyon olarak saptandı. Diğer çalışmalara uygun olarak kadınlarda daha sık saptandı ve kadın/erkek oranı; 1,4/1 idi. 18 aylık takipte hiç bir hastada nüks saptanmadı.

Lipomlar oldukça sık rastlanan selim yağ dokusu tümö-

rüdür. Genellikle genç erişkinlik döneminde ortaya çıkar. En sık gövde, ense ve ön kolda yerleşir. Genellikle birkaç cm çapında olmakla birlikte, bazen daha geniş lezyonlar da olabilir. Yüzeyi sağlam deri ile kaplı, yuvarlak, bazen lobüllü, lastik kıvamında, mobil kitleler şeklindedir. Çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte dev lezyonlarda sinir basısına bağlı ağrı oluşabilir. Histopatolojik olarak matür yağ dokusu hücrelerinden oluşur⁸⁻¹². Skalpteki lipomlar % 5-14,5 sıklıkta görülürler^{22,23}. Erol ve arkadaşları 37 olgudan oluşan skalp ve kalvaryal yerleşimli neoplastik lezyonlar serisinde lipomları % 16,21 oranı ile en sık görülen selim lezyon olarak bildirmişlerdir⁶. Çalışmamızda ise lipomlar % 25,8 oranıyla 2. sıklıkla gözlenen saçlı deri lezyonu olarak saptandı. Kadın/erkek oranı, 0,6/1 ve yaş ortalaması 51,5 olarak belirlendi.

Epidermal kist başlıca dermis ve subkutiste yerleşen, merkezde keratin ve bunu çevreleyen epidermin tüm tabakalarını içeren epitelyal duvar ile karakterize, kist formudur. Deride görülen kistlerin % 80-90'ını oluşturur. Genç ve orta yaşlarda daha sıktır. En sık yüz ve gövde- de yerleşmekle birlikte, herhangi bir bölgede de olabilir. Deriden kabarık, düzgün yüzeyli, sert, mobil, 0,5-5 cm çapında, yuvarlak lezyonlar ile karakterizedir. Merkezinde noktamsı açıklık (punktum) bulunması ve sıkıldığında kötü kokulu, peynirimsi bir materyel boşaltılması epidermoid kistin klinik özellikleri arasında yer alır. Genellikle asemptomatiktir. En çok karıştığı lezyon olan lipom, epidermal kiste göre yumuşak kıvamlıdır. Bunun dışında epidermal kist zemininde, nadiren skuamöz hücreli karsinom gelişebilir. Bu kist formunda tedavi cerrahi eksizyondur 8-12. Çalışmamızda epidermal kistler % 12,9 oranıyla 3. sıklıkla gözlenen saçlı deri lezyonu olarak saptandı. Kadınlarda daha sık ve yaş ortalaması 52,7 yıldır.

Pilomatriksoma tüm deri tümörleri arasında % 0,1 oranında görülen selim bir deri eki tümörüdür. % 50 oranında baş- boyun bölgesinde ve genellikle preaurikuler bölge, malar bölge ve saçlı deride görülmektedir. Genellikle ilk 20 yaş içinde tanı konmaktadır. Altıncı dekatta görülme sıklığında ikinci bir artış olduğu bildirilmiştir²⁴. Genellikle tek lezyon olmakla birlikte % 2-10 oranında birden fazla lezyonlar görülebilmektedir. Tedavi cerrahidir. Bununla birlikte eksizyon sonrası % 2-6 oranında nüks

bildirilmiştir²⁵. Çalışmamızda pilomatiksoma saçlı deri kitleleri arasında görülme sıklığı % 3,2 olarak saptandı. 2 olguda kadındı ve yaş ortalaması 41' idi.

Fibrolipom, lipomatöz tümörlerin heterotropik lipomlar grubunda yer alır. Histopatolojik bir tanımdır. Üstüdağ ve arkadaşlarının 843 olgudan oluşan lipomatöz tümör serisinde fibrolipomun görülme sıklığı % 6,1 olarak saptanmıştır. En sık yerleşim yeri olarak baş-boyun (% 29) ve alt ekstremita (% 29) bildirilmiştir²⁶. Çalışmamızda fibrolipomun saçlı deri kitleleri arasında görülme sıklığı % 3,2 olarak saptandı. 2 olguda erkekti ve yaş ortalaması 42 olarak belirlendi.

Kaynaklar

- Grossman RG, Loftus CM. Principles of Neurosurgery. Second Edition. Philadelphia: Lippincott- Raven Publishers 1999;445-449.
- Riebel T, David S, Thomale UW. Calvarial dermoids and epidermoids in infants and children: sonographic spectrum and follow up. Childs Nerv Syst 2008;24:1327-1332.
- Wackym PA, Feverman T, Strasnick B, Calceterra TC. Reconstruction of massive defects of the scalp, cranium and dura after resection of scalp neoplasms. Head Neck 1990;12:247-253.
- Wecht DA, Sawaya R. Lesions of the calvaria Surgical experience with 42 Patients. Annals of Surgical Oncology 1997;4:28-36.
- Demirdöver C, Sevindik M, Voyvoda H, Yılmaz M. Nadir bir lokalizasyonda dev pilomatiksoma: Olgu sunumu ve literatür derlemesi. Turk Plast Surg 2011;19:36-8.
- Erol F, Arıcı L, Kaplan M, Akgün B. 37 Olguda skalp ve kalvaryum'un neoplastik lezyonları: Literatür gözden geçirilmesi. Türk Nörosirürji Dergisi 2009;19:25-31.
- Gibson SE, Prayson RA. Primary skull lesions in the pediatric population: a 25 year experience. Arch Pathol Lab Med 2007;131:761-766.
- Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histopatoloji of the Skin. 7 st ed. Philadelphia : Lippincott 1990:595-597.
- Noversen DN, Trask DM, Watson FH, Burket JM. Painful tumors of the skin : "LEND AN EGG". J Am Acad Dermatol 1993;28:298-300.
- Baykal C, Özkaya-Bayazit E, Büyükbabani N. Erüptif anjiyomatöz lezyonlarda etyopatogenez ve ayırıcı tanı. Türk J Dermatopathol 1996;3:147-155.
- Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. Dermatology in general medicine. Benign epithelial tumors. 5 st ed. New York: McGraw- Hill 1999:873-890.
12. Baykal C. Dermatoloji Atlası. 1. Baskı. İstanbul, Karakter Color 2000; 380-424.
- Mathis ED, Honningford JB, Rodriguez HE, Wind KP, Connolly MM, Podbielski FJ. Malignant proliferating trichilemmal tumor. Am J Clin Oncol 2001; 24:351-3.
- Jones EW. Proliferating epidermoid cyst. Arch Dermatol 1966;94:11-9
- Lopez-Rios F, Rodriguez-Peralto J, Aguilar A, Hernandez L, Gallego M. Proliferating trichilemmal cyst with fokal invasion: report of a case and a review of the literature. Am J Dermatopathol 2000;22:183-7.
- Browstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: stimulant of squamous cell carcinoma. Cancer 1981;48:1207-14.
- Sau P, Graham JH, Helwig EB. Proliferating epithelial cysts: clinicopathological analysis of 96 cases. J Cutan Pathol 1995;22:394-406.
- Tierney E, Ochoa MT, Rudkin G, Soriano TT. Mohs' micrographic surgery of a proliferating trichilemmal tumor in a young black man. Dermatol Surg 2005;31:359-63.
- Weiss J, Heine M, Grimmel M, Jung EG. Malignant proliferating trichilemmal cyst. J Am Acad Dermatol 1995;32:870-3.
- Sethi S, Singh UR. Proliferating trichilemmal cyst: report of two cases, one benign and the other malignant. J Dermatol 2002;29:214-20.

21. Amaral AL, Nascimeneto AG, Goellner JR. Proliferating pilar (trichilemmal) cyst. Report of two cases, one with carcinomatous transformation and one with distant metastases. Arch Pathol Lab Med 1984;108:808-10.
22. Truhan AP, Garden JM, Caro WA, Roenigk HH. Facial and scalp lipomas: Case reports and study of prevalence. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:981-4.
23. Yoon SH, Park SH. A study of 77 cases of surgically excised scalp and skull masses in pediatric patients. Child's Nervous System 2008;24:459-465.
24. Morragi AJ, Wick MR, Dehler LP. Pilomatrical neoplasms in children and young adults. Am J. Dermatopathol 1998;14:87,94.
25. Kaddu S, Soyer HP, Hodl S, Kerl H. Morphological stages of pilomatricoma. Am J Dermatopathol 1996;18:333-8.
26. Üstündağ N, Dervişoğlu S. Recently described lipomatous tumors and our 11 year-experience on lipomatous tumors. Cerrahpaşa J Med 2003;34:119-126.