

Keratoakantoma Sentrifugum Marginatum*

Süleyman PIŞKIN¹, Z. Özlem ŞEN TUĞLU²,
Latife CANDAN³, Serhan KAPDAĞLI¹

ÖZET

Keratoakantoma, kıl folliküllerinden köken aldığı kabul edilen benign bir deri tümörüdür. Keratoakantoma sentrifugum marginatum ise, perifere doğru ilerleyen büyümeye ve merkezde iyileşme ile karakterli, keratoakantomanın nadir görülen bir klinik varyantıdır. Bu yazida, nadir görülmesi nedeniyle 68 yaşında bir kadın hastada bir keratoakantoma sentrifugum marginatum olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Keratoakantoma, keratoakantoma sentrifugum marginatum.

SUMMARY

KERATOACANTHOMA CENTRIFUGUM MARGINATUM

Keratoacanthoma is a benign cutaneous tumor that is believed to arise from the hair follicles. Keratoacanthoma centrifugum marginatum is a rare clinical variant of keratoacanthoma characterized by peripheral progressive growth and central healing. In this article, because of its rare occurrence, a 68 year old female case of keratoacanthoma centrifugum marginatum is presented.

Keywords: Keratoacanthoma, keratoacanthoma centrifugum marginatum.

Keratoakantoma (KA) sık görülen, kıl folliküllerinden köken aldığı kabul edilen benign bir deri tümörüdür (1-6). İlk defa 1889'da Hutchinson tarafından "krateriform ülser" olarak tanımlanan hastalığın, molluskum sebaseum, atipik kist sebase, molluskum psödokarsinomatozum, kendiliğinden iyileşen primer skuamöz karsinoma, verrükoma, tümøre benzeyen keratoz, idiyopatik kütanöz psödoepitelyomatöz hiperplazi gibi sinonimleri vardır. Günümüzde kullanılan "keratoakantoma" terimi Freudenthal tarafından önerilmiş ve genel kabul görmüştür (2).

BÜLGÜLAR

N.G., 68 yaşında, kadın. Hastalık poliklinigimize sol el sırtındaki kabarıklık nedeniyle başvurdu. Sol

el sırtında bir yıl önce küçük bir kabartı ortaya çıkmış, hızla büyümüş. Dermatolojik muayenede, sol el sırtını hemen tamamen kaplayan, kenarları deriden oldukça kabarık, ortası deprese ve sıktrışılabilir, üzerinde yer yer hemorajik krutlar bulunan, 8x10 cm boyutlarında, sert, ağrısız bir tümör saptandı (Resim I).

Histopatolojik incelemede kenarları deri düzeyinden kabarık, ortası atrofik ve düz, zemininde fibrozis gelişmiş, derin dermize kadar ilerleyen, ancak yüzeye doğru papiller projeksiyonlar yapan, hiperplastik epitel ve geniş folliküler tikaçlar izlendi (Resim II). Epitel altında, ortasında keratinizasyon bulunan, sitoplazması camsı görünümde matür skuamöz epitel adalarından oluşan proliferasyon

* Antalya, 1-5 Ekim 1996, XVI. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

¹ Trakya Ü. Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

² S.B. Devlet Hastanesi Dermatoloji Kliniği, EDİRNE

³ Trakya Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, EDİRNE



Resim 1: Olgunun klinik görünümü.



Resim 2: Lezyonun yüzeyinde epitel hiperplazisi ve keratin çanakları. (HE,x100).

görüldü (Resim III). Olgunun histopatolojisinin, makroskopik özellikler de göz önüne alınarak, KA sentrifugum marginatum ile uyumlu olduğuna karar verildi.

TARTIŞMA

KA, kıl follikülü epitelinden köken aldığı kabul edilen, çoğu defa kendiliğinden iyi olmasına rağmen,



Resim 3: Dermisde içi keratinöz materyalle dolu skuamöz epitel adaları, iltihabi hücre infiltrasyonu ve sağ alt köşede lezyonu sınırlayan bağ ve yağ dokusu. (HE,x125).

hızlı büyümesi ve histolojik görünümü bir karsinomu düşündüren benign bir tümördür (2).

KA'nın bir çok klinik tipi tanımlanmıştır:

1. Basit soliter KA: Lezyon, ortasında kalın bir keratin tıkaç bulunan kubbe şeklinde bir papüldür. Başlangıcı sert, eritemli bir papül şeklinde olur, hızla büyür ve 2-8 haftada 1-2 cm büyüklüğe erişir (1). 2-3 hafta kadar böyle kaldıktan sonra, kendiliğinden yavaş yavaş gerilemeye başlar ve yerinde hafif buruşuk bir sıkatır bırakarak iyileşir (4).

2. Ferguson-Smith tipi KA: Klinik görünümü soliter tipe benzeyen ve generalize dağılım gösteren çok sayıda papül vardır (1).

3. Gryzbowski tipi erüptif KA: Foliküler orijinli, 1-3 mm büyülüğünde, generalize dağılımlı yüzlerce papül vardır. Papüller Ferguson-Smith tipindeki papüllerden daha küçük ve daha çoktur (1).

4. Witten ve Zak tipi KA: Ferguson-Smith tipi ve Gryzbowski tipi lezyonlar biraradadır (2).

5. Dev masif KA: Büyüklüğü 5 cm'yi geçebilen ve lokal destrüksiyona yol açan bir lezyon vardır. Genellikle spontan olarak iyileşir (1).

6. KA sentrifugum marginatum: Perifere doğru ilerleyen büyümeye ve merkezde iyileşme ile karakterlidir (2,3).

7. İmmünosüpresyonla birlikte görülen KA: İmmünosüprese kişilerde, örneğin böbrek

transplantasyonlu hastalarda gelişmiş, multipl lezyonlar vardır (1).

KA sentrifugum marginatum, nadir görülen bir KA tipidir (7,8). Lezyonun çevresi deriden kabarıktır, tümör çevreye doğru büyürken, orta kısmı iyileşir (1,2,8). Özellikle el sırtına yerlesir ve çapı 20 cm'yi aşabilir. Bazen çevrede yeni nodüller çıkabilir, bu durum multinodüler KA olarak bilinir (1,9,10).

KA'nın histopatolojisi karakteristik olarak üç faz gösterir. Erken fazda büyük, soluk skuamöz hücrelerin oluşturduğu iyi sınırlı bir solid proliferasyon vardır. Bu proliferasyonun santral kısmında içi keratinle dolu bir krater oluşur. Stabil fazda likenoid karakterde şiddetli bir inflamatuvar infiltrasyon vardır. Regresyon fazında krater keratinle dolar. Belirgin granüler tabakası olmayan çok matır bir epitel mevcuttur. Lezyonun çanak şeklindeki görünümü düzleşmeye ve daha yüzeyel olmaya başlar. Keratin tıkaç kaybolabilir. Dermisde tümör lobüllerinin yerini fibrozis alır ve inflamatuvar komponent kaybolmaya başlar (11).

Olgumuzun folliküler tıkaçları, yüzey epitelî altında granüler tabakası belirgin skuamöz epitel adaları ve yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu ile stabil evre özellikleri taşımakta olduğu görüldü.

KA'nın histopatolojik ayırcı tanısında skuamöz hücreli karsinom önemli yer tutar. KA'da da sitolojik atipi görülebildiği için bu ayrimı yaparken histolojik

özelliklerden çok lezyonun genel morfolojik özellikleri göz önünde bulundurulur (12). Sitolojik atipi göstermeyen olgumuz, lezyonun genel özellikleri ile skuamöz hücreli karsinomdan kolaylıkla ayırdedilmiştir.

KA'ların ayırcı tanısına giren hastalıklar, skuamöz hücreli karsinom (1-3), prurigo nodularis (2,3), seboreik keratoz, epidermoid kist, psödoepitelyomatöz hiperplazi, iododerma, bromoderma, hipertrofik liken planus (3), verruca vulgaris, molluskum contagiosum, korn kutane (2-4), soler keratoz, trikofolliküloma, folliküler keratoz, bazal hücreli karsinom ve granulomalar (4)'dır.

Erüptif KA'lar pitiriyazis rubra pilaris, skleromiksödema, liken amiloidozus ve Kyrie hastalığından ayırdedilmelidir (3).

KA, klasik olarak kendiliğinden iyileşen bir tümördür (1-6). KA sentrifugum marginatumun kendiliğinden iyileşme eğilimi yoktur (8). Tedavisinde ilk seçenek cerrahi eksizyondur (1,8), Mohs cerrahisi uygulanabilir (13). Etretinat ile başarılı tedaviler bildirilmiştir (7). Hastamızın lezyonu Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı'nda eksize edildi ve graft uygulandı.

Olguyu, nadir görülmeye nedeniyle sunmayı uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Koh HK, Bhawan J: Tumors of the skin. In: Moschella SL, Hurley HJ. (Eds) Dermatology. 3rd edit. Philadelphia: WB Saunders Co., 1992: 1721-1808.
2. Ghadially R, Ghadially FN: Keratoacanthoma. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Freedberg IM, Austen KF. (Eds) Dermatology in General Medicine. 4th edit. New York: McGraw-Hill Inc., 1993: 848-855.
3. Arnold HL, Odom RB, James WD: Diseases of the Skin. 8th edit. Philadelphia: WB Saunders Co., 1990: 745-807.
4. Kopf AW: Keratoacanthoma. In: Demis DJ. (Ed) Clinical Dermatology. 14th edit.. Philadelphia: Harper and Row, 1987: Vol.4, Unit: 21-9:1-8.
5. Nemlioglu F: Derinin selim tümörleri. In: Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O. (Eds) Dermatoloji. 2nd edit. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1994: 631-642.
6. MacKie RM: Tumours of the skin. In: Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. (Eds) Textbook of Dermatology. 4th edit. Oxford: Blackwell Scientific Pub., 1986: 2375-2478.
7. Chaffai M, Houman MH, Haouet S, Ben Osman A: Keratoacanthome centrifuge margine. Ann. Dermatol. Venereol. 1994; 121:731-733.
8. Hackel H, Burg G, Lechner W, Stolz W, Ring J, Braun-Falco O: Keratoacanthoma centrifugum marginatum. Hautarzt 1989; 40:763-766.
9. Eliezri YD, Libow L: Multinodular keratoacanthoma. J. Am. Acad. Dermatol. 1988; 19:826-830.
10. Asvesti C, Antoniou CH, Rigopoulos D, Avgerinou G, Kapranos N: Three multinodular keratoacanthomas occurring simultaneously in a male patient. Nouv. Dermatol. 1996; 15:286-288.
11. Santa Cruz DJ, Hurt MA: Neoplasms of skin. In: Sternberg SS. (Ed) Diagnostic Surgical Pathology. 2nd edit. New York: Raven Press Ltd., 1994: 57-121.
12. Lever WF, Schamburg-Lever G: Histopathology of the Skin. 7th edit. Philadelphia: JB Lippincott Co., 1990: 523-577.
13. Benest L, Kaplan RP, Salit R, Moy R: Keratoacanthoma centrifugum marginatum of the Mohs micrographic surgery. J. Am. Acad. Dermatol. 1994; 31:501-502.