

Tanınız Nedir? What is Your Diagnosis?

Filiz Canpolat, Hatice Akpınar, Fatma Eskioğlu, Demet Yılmaz¹, Çiğdem Güler¹

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

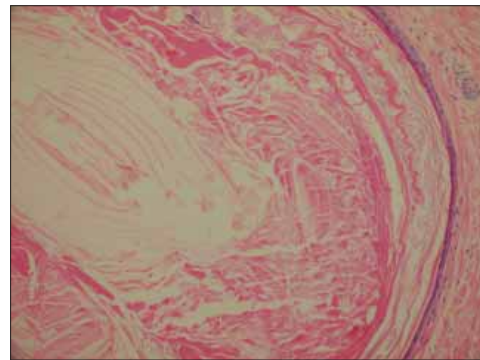
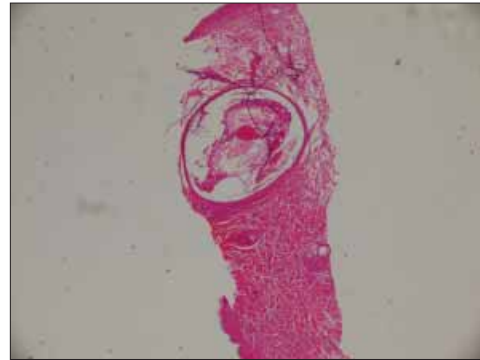
¹Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Olgu

10 yaşında kız hasta göğüs ön yüzünde siyah ve kırmızı sivilce şeklindeki oluşumlar şikâyeti ile başvurdu. Lezyona ait sübjektif bir yakınması olmayan ve bu şikâyeti bir yıldır var olan hastanın özgeçmişinde herhangi bir özellik ve aile hikayesinde benzer deri hastalığı olan yoktu. Sistemik muayenesi normaldi. Dermatolojik muayenesinde göğüs ön yüzünde çok sayıda, 2-3 mm çapında deri renginde ve kahverengi-siyah renkli papüller mevcuttu (Şekil 1). Hastanın laboratuvar incelemeleri normal sınırlardaydı. Hastanın mevcut papüllerinin birinden yapılan histopatolojik incelemede yer yer yassılaştırılmış çok katlı yassı epitelle çevrili kistik yapı içerisinde çok sayıda, küçük konsantrik dizilim gösteren vellüs kılları mevcuttu (Şekil 2,3).



Şekil 1. Göğüs ön yüzünde multipl, deri renginde ve kahverengi-siyah renkli 2-3 mm çaplı papüller



Şekil 2 ve 3. Dermiste lokalize granüler tabakası izlenen skuamöz epitelyum ile döşeli, lameller keratin ve vellüs kıl şaftları içeren kistik yapı (HEX40 ve HEX200)

Tanı

Hastaya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde erüptif vellüs kıl kisti (EVKK) tanısı kondu.

EVKK, vellüs kıl folikülünün hatalı yapımı veya gelişimi sonucu oluşan, sıklıkla çocukluk çağında ve erken yetişkinlik döneminde başlayan bir hastalıktır. Ani başlangıçlı, deri renginde, kırmızı-kahverengi veya kahverengi-siyah renkte küçük, yumuşak, asemptomatik, göbekli olabilen, sayıları 20-200 arasında değişen, komedon-benzeri papüllerle karakterizedir (1). Göğüs ve ekstremitelerde yerleşmekle birlikte yüze sınırlı disemine lezyonlar şeklinde de gözlenebilir (2,3). Olgumuzda lezyonlar göğüs ön yüzünde sınırlı olup deri renginde, 1-3 mm çapında yaklaşık 40 adet, bazıları umblike, komedonal papüller şeklinde idi.

Hastalığın patogenezinde vellüs kıl foliküllerinin infundibuler oklüzyona neden olduğu ve bunun sonucunda vellüs kıl gelişimi anomalisine ve folikülde kist oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Otozomal dominant geçiş gösterdiği gibi, sporadik vakaların da görüldüğü bilinmektedir (4). Hastalığın tanısı klinik ve histopatoloji ile konur. Bununla birlikte kistlerin insizyonu ile açığa çıkan sarı keratinöz materyalin %10 potasyum hidroksitte bekletilmesi ile hazırlanan nativ preparatta vellüs tipi kılların görülmesi ile de tanı konulabilir (1,4).

Lezyonların histopatolojisinde, orta dermiste yerleşen vellus kılları ve keratinöz materyal içeren, birkaç sıra skuamöz epitelyum ile çevrili küçük kistler mevcuttur ve kist duvarında follikül benzeri invajinasyonlar gözlenebilir (3).

EVKK'nın steatokistoma multipleks (SM) gibi diğer here-diter, deri eki hastalıklarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (3). EVKK ve SM, kliniği, başlangıç yaşı ve dağılımı benzer, histopatolojik görünümleri farklı iki hastalıktır (5,6). SM'de kistik yapıların çevresinde çok sayıda sebese bez görülürken, EVKK'de ise kist duvarında granüler hücrelerin bulunması karakteristik özellikleridir. Hurlimann ve ark. (5) tarafından her iki histopatolojik özelliği bir arada bulunduran hibrid kistler de olabileceğini bildirilmiştir. Tomkova ve ark.(6) ise EVKK'de keratin 10, SM'de ise keratin 10 ve 17 ekspresyonu olduğunu, buradan hareketle iki hastalığın ayrılabilceğini bildirmişlerdir.

EVKK'ye bazı hastalıkların eşlik ettiği bilinmektedir. Bu hastalıklar arasında nörolojik hastalıklar, pakioniş konjenita, kronik renal yetmezlik, Lowe sendromu, trikostazis spinulosa ve anhidrotik ektodermal displazi yer alır (7-10). Olgumuzda ise herhangi bir semptom ve sistemik hastalıkla birlikteliğe rastlanmadık.

Hastalığın ayırıcı tanısında, klinik olarak belirgin fark görül-meyen, akne vulgaris, milia, folikülit, SM, molluskum kontagi-

ozum, akne rozase, adenoma sebaceum, keratozis pilaris ve ilaca bağlı akneiform erüpsiyon da akla gelmelidir (10).

Hastalık iyi huylu ve genellikle asemptomatik olmasına rağmen hastalar kozmetik nedenler ile doktora başvururlar. Hastalığın tedavisinde topikal olarak, %12 laktik asit, retinoik asit ve %10 üre; sistemik olarak izotretinoin kullanılır. Ancak bu tedaviler genellikle çok az faydalı olmaktadır. Ayrıca cerrahi tedaviler arasında karbondioksit lazer, insizyon ve drenaj yer alır (2). Boztepe ve ark. (4), EVKK tedavisinde insizyon ve drenaj yönteminin efektif bir tedavi seçeneği olduğunu göstermişlerdir. Biz de hastamıza ilk önce topikal tretinoin tedavisi başladık. İki ay süre sonunda bu tedaviye cevap vermeyen hastaya iğne uçlu koterizasyon ile insizyon sonrası drenaj uyguladık. Sonuçta kistler skar bırakmadan başarılı şekilde tedavi edilmiştir.

Basit insizyon yolu ile başarılı tedavisi bulunan bir hastalık olması nedeniyle göğüs ön yüzündeki komedon benzeri papüllerin varlığında EVKK akla gelmeli, nativ preparat veya biopsi ile tanı desteklenmelidir. EVKK asemptomatik olması ve akne gibi hastalıklarla karışabilmesi nedeniyle hastalık için kliniklere başvurular az olmaktadır. Bu nedenle hastalığın literatürde bildirilenden daha sık olduğu görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Hong SD, Frieden I. Diagnosing eruptive vellus hair cysts. *Pediatr Dermatol* 2001;18:258-9.
2. Bahadır S, Çobanoğlu Ü, Alp K, Yazıcı HS, Turgutalp H. Eruptive vellus hair cyst (case report). *T Klin Dermatoloji* 2001;11:220-2.
3. Yao Eric, Wang C, Pujol RM, Ahmed I, Daniel Su WP. Pigmented terminal hair cyst: a clinicopathologic study of eight cases. *Turk J Dermatopathol* 1998;7:3-4.
4. Boztepe G, Erkin G, Akan T, Özkaya Ö. Erüptif vellüs kıl kisti: Efektif tedavi için bir öneri. *Türkderm* 2006; 40 (suppl B): B1-B3
5. Hurlimann AF, Panizzon RG, Burg G. Eruptive vellus hair cyst and steatocystoma multipleks: hybrid cyst. *Dermatology* 1996;192:64.
6. Tomkova H, Fujimoto W, Arata J. Expression of keratins (K 10 and K 17) in steatocystoma multipleks, eruptive vellus hair cyst, and epidermoid and trichilemmal cyst. *Am J Dermatopathol* 1997;19:250.
7. Morgan MB, Koufseff BG, Silver A. Eruptive vellus hair cyst and neurologic abnormalities two related condition. *Cutis* 1991;47:413-6.
8. Lee HT, Chang SH, Yoon TY. Eruptive vellus hair cyst in a patient with pachyonychia congenita. *J Dermatol* 1999; 26: 402-4.
9. Mieno H, Fujimoto N, Tajima S. Eruptive vellus hair cyst in patient with chronic renal failure. *Dermatology* 2004; 208: 68-9.
10. Seabury Stone M. Neoplasms of the skin. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. 2nd ed. St Lois: 2008. p.1681-91.