

OLGU

Parotis Lojunda Trikilemmal Kist: İki Olgu
Trichilemmal Cyst In Parotid Space: Two Cases

Murat Şahan¹, Serhan Derin¹, Neşat Çullu², Mehmet Deveer², Özgür İlhan Çelik³

¹Muğla Sıtkı Kocman Üniversitesi, Tıp Fakültesi K.B.B. AD, Muğla, Türkiye.

²Muğla Sıtkı Kocman Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyoloji. AD, Muğla, Türkiye.

³Muğla Sıtkı Kocman Üniversitesi, Tıp Fakültesi Patoloji AD, Muğla, Türkiye.

Özet

Trikilemmal (pilar) kistler kıl folikülünün nadir tümörlerdir. Toplumun %5-10'unda izlenen bu antitenin %90'ı saçlı deride görülür. İkinci sıklıkta baş boyun bölgesinde görülürler. Genellikle orta yaş üstü kadınlarda izlenir. Travma ya da kronik enflamasyon etyolojide suçlanmaktadır. Trikilemmal kistler proliferatif ve basit kist olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Proliferatif trikilemmal kistler lokal olarak agresif davranış gösterebilirler. Hatta nadir olarak malign transformasyon, bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz gösterebilirler. Bu yazıda daha nadir bir yerleşim alanı olan, parotis lojunda yerleşmiş iki trikilemmal kist olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Trikelemmal Kist, Pilar Kist, Parotis Kitlesi.

Giriş

Trikilemmal kistler kıl folikülünün dış kök kısmından kaynaklanan nadir tümörlerdir (1,2). Diğer bir adlandırılmayla pilar kist olarak da bilinir. Toplumun %5-10'unda izlenen bu antitenin %90'ı kıl folikülünün en sık bulunduğu yer olan saçlı deride görülür. Daha sonra ikinci sıklıkta baş boyun bölgesinde görülürler. Genellikle orta yaşlı kadın popülasyonda izlenir (1). Etiyolojide travma ya da kronik enflamasyon suçlanmaktadır. Trikilemmal kistlerin ailesel özellik gösterebildiği de bildirilmiştir (2,3).

Trikilemmal kistler proliferatif ve basit kist olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Basit trikilemmal kistler benign olarak düşünülmesine rağmen, proliferatif trikilemmal kistler lokal olarak agresif davranış gösterebilirler. Büyük boyutlu ülsere kitleler haline gelebilir. Hatta nadir olarak malign transformasyon, bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz da gösterebilirler (4). Bu yazıda daha nadir bir yerleşim bölgesi olan, parotis lojunda yerleşmiş iki trikilemmal kist olgusu sunulmuştur.

Bulgular

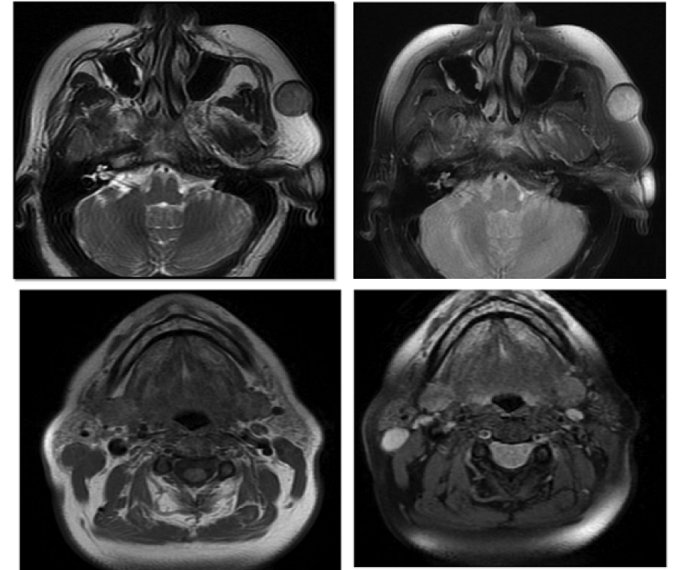
Olgularımızın biri 64, diğeri 67 yaşında kadın olup, polikliniğimize yaklaşık 5-6 yıldır mevcut olan parotis bölgesinde ağrısız, ancak giderek büyüyen kitle şikayeti ile başvurdular. Olguların muayenesinde, birinde parotis bezinin anteriorunda, diğesinde kuyruk için de yerleşmiş ağrısız,

Abstract

Trichilemmal (pilar) cysts are rare tumors from the hair follicle. This entity, which is affects between five to ten percent of the population is located on 90% the scalp. Second most commonly seen in the head and neck region. Usually observed in middle-aged female population. Trauma or chronic inflammation have been accused in the etiology. Trichilemmal cysts are two different forms, including proliferative and simple. Proliferative trichilemmal cysts can exhibit locally aggressive behavior. Even proliferative cysts can be shown rare malignant transformation, regional lymph node and distant metastasis. In this article, two trichilemmal cyst located in the parotid space which is more rare located region was presented.

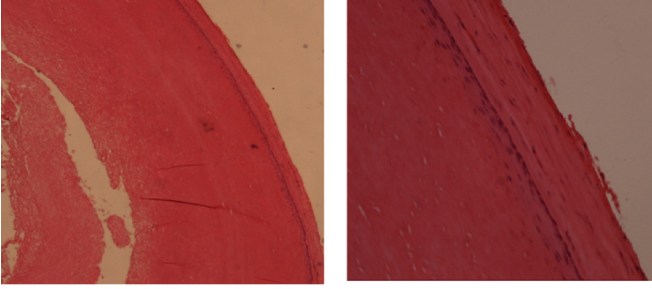
Keywords: Trichilemmal Cyst, Pilar Cyst, Parotid Mass.

yumuşak kıvamlı, mobil, 4x5 ve 3x2 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Olguların ince iğne aspirasyon biyopsileri being sitolojik bulgular ile uyumlu idi. Manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) parotis bezi yüzeysel lop içerisinde ve kuyrukta heterojen kontrastlanan, birinde septalı kistik, diğesinde solid lezyon olarak rapor edildi (Resim 1).



Resim 1. T1 ağırlıklı görüntüde homojen izointens, T2 ağırlıklı görüntüde homojen hiperintens görünen parotis kitleleri.

Olguların operasyonuna genel anestezi altında modifiye Blair insizyonu ile başlandı. Bir olguda masseter kas sınırında parotis bezinin içine doğru ekspanse olmuş ve yüzeysel loptan kolayca sıyrılan; ancak cilt dokusuna yapışık olarak izlenen, içerişi koyu seboroid serum ile dolu kist enblok eksize edildi. Kist eksizyonu sonucu oluşan ve kozmetik görüntüyü bozan boşluk yağ dokusu ile dolduruldu. Diğer olguda ise lezyon parotis kuyruğu içinde olduğundan yüzeysel parotidektomi ile eksize edildi. Her iki olgunun da patolojik incelemesinde; kist duvarının, kalın bir bazal membran üzerine yerleşmiş, granüler tabaka içermeyen çok katlı yassı epitelden oluştuğu, santralde ise glikojenden zengin, berrak sitoplazmaya sahip daha büyük hücrelerin bir araya gelerek oluşturdukları solid hücre adacıkları ve ortalarında trikilemmal tip keratinizasyonun izlendiği, basit trikilemmal kist olarak rapor edildi (Resim 2). Olguların postoperatif dönemde fasyal sinir fonksiyonları tamdı ve herhangi komplikasyon izlenmedi.



Resim 2. Hematoksilen-eozin (HE) x 40, Hematoksilen-eozin (HE) x 200. Granüler hücre tabakası bulunmayan çok katlı skuamöz epitel çevrili, keratin yapıda içeriği bulunan kistik lezyon.

Tartışma

Pilar kist olarak da bilinen trikilemmal kistler saç folikül hücrelerinin dış kök kısmından köken aldıkları düşünülen, sıklıkla intradermal veya subkutanöz yerleşimli kistlerdir (5). Populasyonun %5-10'unda izlenmektedir. %90'dan fazlası baş saçlı deride görülmekte ve saçlı derinin en sık görülen kutanöz kistidir (6).

Ancak literatür incelendiğinde boyun, gövde, kasık, mons pubis, vulva, gluteal bölge, üst ve alt ekstremiteler, dirsek, el sırtı, işaret parmağı, yüz, alın, burun, gözkapağı, dudak ve ağız içi hatta kafa tabanı tutulumları bildirilmiştir (7). Olgularımızda ise nisbeten kıl folikülünün daha az olduğu periparotid bölge cildinde trikilemmal kiste rastlanmıştır. Etiyolojide kesin olmamakla birlikte inflamasyon ve travma sorumlu tutulmaktadır (8). Ancak olgularımızın anamnezinde parotis lojunda her hangi inflamasyon ve travma öyküsü yoktu.

Fizik muayenede sıklıkla düzgün yüzeysel, mobil ve sitokeratin içeriğinden dolayı yumuşak kıvamlıdır (2,3). Olgumuzun birinde bu muayene özelliklerini mevcut iken, parotis kuyruğunda yerleşmiş olanın bulguları benign parotis solit kitlesi ile daha uyumlu idi. Trikilemmal kistlerin MRG'de T1 ağırlıklı görüntüde homojen izointens sinyal alınırken, T2 ağırlıklı görüntüde homojen hiperintens sinyal alınır.

Olgularımızın MRG'de benzer özellikli parotis yüzeysel lobuyla yakın komşuluğu olan, birinde masseter kası üzerine uzanım gösteren diğerinde kuyrukta yerleşmiş kitle lezyonu izlendi. Klinik olarak ayırıcı tanıda, parotis bölgesinde kistik kitle oluşturan papiller kistadenoma lenfamatözüm, kistik pleomorfik adenoma, benign lenfoepitelyal lezyonlar, lipoma, lenfanjiyoma düşünülmelidir. Cilt üzerinde ülserasyon, endurasyon, fasyal paralizi gelişen olgularda malign tümörlerden şüphelenilmelidir.

Histopatolojik olarak ayırıcı tanıda; trikilemmal kistlerin dokularla arasında düzgün bir sınır olması, invazyon göstermemesi, lobüllerin ortasında trikilemmal tipte keratinizasyon bulunması epidermoid ve bazal hücreli karsinomdan ayırt edilmesini sağlar. Hücresel atipi, nekroz, mitoz, invazyon göstermemesi ile malign proliferen trikilemmal kistten ayırt edilir (9). Bizim olgularımızda da, lezyon çevre dokulardan düzgün bir sınırla ayrılmış olup hücrelerde mitoz, atipi, pleomorfizm ve nekroz izlenmemiştir. Basit trikilemmal kist tedavisinde kist duvar bütünlüğü korunarak kistin çıkarılması yeteriyken, proliferen trikilemmal kistin tedavisinde ise rekürrensi önlemek için 1 cm'lik sağlam doku sınırı ile birlikte kistin çıkarılması önerilir. Malign proliferen trikilemmal kistin tedavisinde lokal eksizyona ilaveten lenf nodu disseksiyonu, radyoterapi veya kemoterapi gibi daha agresif tedaviler de önerilmektedir (7). Parotis lojundaki trikilemmal kistlerin kitle üzerinden yapılan cilt insizyonu yerine Blair insizyonu yapılarak eksize edilmesinin daha doğru bir yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz. Çünkü kitlenin yerleşim yeri sebebiyle fasyal sinirin periferik dallarına bu yolla hakim olunabilmektedir. Bir olgumuzda subdermal planda görülen, çevre dokuya inazyon göstermeyen kitle, çevre parotis dokusundan ve uzanım gösterdiği masseter kası üzerinden tam olarak eksize edildi. Diğer olguda ise kitle parotis kuyruğu içinde olduğundan ve operasyonda cilt teması tespit edilemediğinden yüzeysel parotidektomi ile eksize edilmiştir.

Sonuç

Parotis bölgesinde yerleşen trikilemmal kistlerin cerrahisinde, parotis bölgesinin diğer kistik lezyonları akılda tutulmalı, nüks ve malign dejenerasyon açısından kitlenin tam olarak çıkarılması hedeflenmeli ve cerrahide fasyal sinirin tüm dalları korunabilmelidir.

Kaynaklar

1. Lever WF. Histopathology of the skin. Seventh edition. J.B. Lippincott Company, Philadelphia USA. 1990: 759-761.
2. Anolik R, Firoz B, Walters RF. Proliferating trichilemmal cyst with focal calcification. J. Dermatology Online 2008;14:25.
3. Velez A.M.A, Brown V.M, Howard M.S. Inflamed trichilemmal (pilar) cyst: Not so simple? N Am J Med Sci. 2011;3(9):431-434.
4. Vadeweyer E, Renard N. Cutaneous Cyst: a plea for systematic analysis. Acta Chir Belg 2003;103:507-510.

5. Kirkham N. Lever's Histopathology of the Skin. 10th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009:801-803.
6. Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F. Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg. 2009;67:52-57.
7. Satyaprakash A.K, Sheehan D. J, Sangu O. P. Proliferating Trichilemmal Tumors: A Review of the Literature. Dermatol Surg 2007;33:1102–1108.
8. Mehregan AH, Lee KC. Malignant proliferating trichilemmal tumors report of three cases. J Dermatol Surg Oncol 1987;13:1339–1342.
9. Noto G, Pravata G. Proliferating tricholemmal cyst should always be considered as a low grade carcinoma. Dermatology 1997;194:374-375.