

# Postauriküler Bölgenin Dev Trikilemmal Kisti: Olgu Sunumu

## Giant Trichilemmal Cyst of the Postauricular Region: A Case Report

\*Dr. Sevim ASLAN FELEK, \*Dr. Hatice ÇELİK, \*Dr. Ahmet İSLAM\*, \*\*Dr. Müzeyyen ASTARCI

\*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği,  
\*\*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Ankara

### ÖZET

Trikilemmal kistler (pilar kistler), kıl follikülünün dış kök kılıfından (trichilemma) kaynaklanan kistlerdir. En sık orta yaştaki kadınlarda ve %90'ı skalpte görülür. Bu kistler sıklıkla otozomal dominant kalıtım paterni gösteren soliter, düzgün yüzeyle, mobil kistlerdir. Proliferatif tipi olan proliferatif trikilemmal kist genellikle trikilemmal kistin, travma ve/veya inflamasyonu sonucu gelişir. Trikilemmal kistler benign olarak düşünülmesine rağmen proliferatif trikilemmal kistler lokal agresif davranış gösterebilir. Bu olgu nadir görülen postauriküler yerleşimi ve 35 yıllık süreçte ulaştığı dev boyutları nedeniyle sunuldu. Ayrıca, benzer klinik ve histopatolojik özelliklere sahip epidermoid kist, trikilemmal kist ve malignleşme potansiyeli olan proliferatif trikilemmal kistin ayırıcı tanısı yapılmıştır.

### Anahtar Sözcükler

*Kutanöz kistler, trikilemmal kist, proliferatif trikilemmal kist*

### ABSTRACT

Trichilemmal cyst or pilar cyst arises from the outer root sheath (trichilemma) of the hair follicle. Ninety percent of trichilemmal cysts occur on the scalp in middle-aged women. They are solitary, smooth, mobile cysts, showing autosomal dominant inheritance pattern. Proliferating trichilemmal cyst usually arises from a preexisting trichilemmal cyst subsequent to trauma or inflammation. Trichilemmal cysts are benign tumors while proliferating trichilemmal cyst may exhibit local aggressive behavior. We discussed our patient for her huge tumor growing slowly in thirty five years and for its uncommon localization at postauricular area. In addition, we discussed differential diagnosis of epidermoid cyst, trichilemmal cyst and proliferating trichilemmal cyst which has malignant potential.

### Keywords

*Cutaneous cysts, trichilemmal cyst, proliferating trichilemmal cyst*

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: **04.07.2008**

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: **25.11.2008**

≈

Yazışma adresi

**Dr. Sevim ASLAN FELEK**

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. KBB Kliniği, ANKARA

E-mail: saslanfelek@yahoo.com

## GİRİŞ

**T**rikilemmal kistler (TK) ya da pilar kistler, kıl folliküllerinin dış kök kılıfından (trichilemma) kaynaklanan kistlerdir. TK'ler, epitelial kistlerin (kutanöz kistlerin) %20'sini oluşturmaktadır. En sık orta yaştaki kadınlarda ve %90'ı skalpte görülmektedir. TK'ler otozomal dominant kalıtım paterni gösteren soliter, düzgün yüzeyle, mobil kitlelerdir. Proliferatif tipi olan Proliferatif Trikilemmal Kist (PTK) ise genellikle trikilemmal kistin, travma ve/veya inflamasyonu sonucu gelişir. Basit trikilemmal kistler benign olarak düşünülmelerine rağmen, PTK lokal olarak agresif davranış gösterebilir.<sup>1-3</sup>

Bu olgu nadir görülen postauriküler yerleşimi, 35 yıllık süreçte ulaştığı dev boyutları nedeniyle sunuldu. Baş ve boyun kistlerinin büyük çoğunluğu kutanöz kistlerdir. Bu kistlerden TK ve PTK'ler benzer klinik ve histopatolojik özelliklerine karşın morbid ve hatta mortal sonuçlanabilecek farklı prognoza sahip olabilirler. Bu yazıda, vaka sunumuyla birlikte ayırıcı tanının önemi vurgulanmaya çalışıldı.

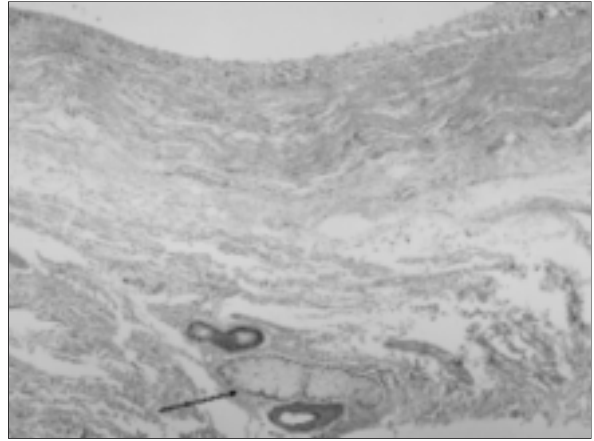
## OLGU SUNUMU

Kırsalda yaşayan 44 yaşındaki kadın hasta, ilk olarak çocukluğunda fark ettiği sol kulak arkasındaki şişliğin 35 yıl süresince giderek büyüdüğünü, akıntısının ve ağrısının olmadığını belirtti. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde annesinin de başındaki saçlı deride yerleşik bir kitle nedeniyle ameliyat geçirdiği ve bu kitlenin patolojik inceleme sonucunun iyi huylu tümör olarak bildirildiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde sağ postauriküler sulkustan sağ temporo-okspital bölge ve enseye doğru uzanım gösteren, yüzeyinin bir kısmı saçlı deri ile kaplı, mobil, palpasyonla sert kıvamlı, ağrısız, çevre dokudan düzgün sınırla ayrılmış, yaklaşık 10x6 cm boyutlarında kitle görüldü. Kitle üzerinde enfeksiyon bulgusu ve giriş deliği izlenmedi (Resim1).

Diğer kulak burun boğaz muayenesi normaldi. Ameliyathane şartlarında lokal anestezi altında, kapsül-lü çevre dokulardan kolaylıkla ayrılabilen kitle bir bütün olarak çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu; kist duvarının, kalın bir bazal membran üzerine yerleşmiş, granüler tabaka içermeyen çok yassı epitelden oluştuğu, santralde ise glikojenden zengin, berrak sitoplazmaya sahip daha büyük hücrelerin bir araya gelerek oluşturdukları solid hücre adacıkları ve ortalarında triki-



**Resim 1.** Postauriküler bölgedeki trikilemmal kistin klinik görüntüsü.



**Resim 2.** Histopatolojik görünüm: Solid hücre adalarının merkezinde keratinizasyon odakları görülmektedir (okla işaretli) (HE X40).

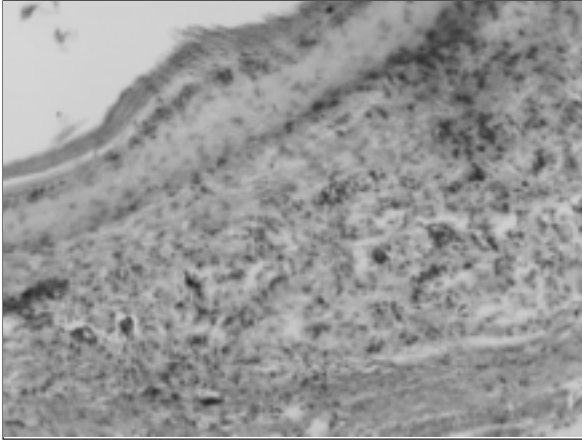
lemmal tip keratinizasyonun izlendiği trikilemmal kist olarak rapor edildi. Tümör hücrelerinde belirgin nükleer atipinin, pleomorfizm görülmediği bildirilmiştir (Resim 2, Resim 3).

Hastanın postoperatif 16 aylık takibinde nüks izlenmemiştir.

## TARTIŞMA

Kutanöz kistler derinin en sık rastlanılan tümörleridir. Baş ve boyunda çok katlı yassı epitelle kaplı kistlerden sık görülenleri; epidermoid kistler ve trikilemmal kistlerdir.

Epidermal inklüzyon kistleri olarak da adlandırılan epidermoid kistler, yüzde, posterior boyunda, gövdede, ekstremitelerde, genital bölgede sıklıkla görülmekle be-



**Resim 3.** Hüresel atipi ve mitoz göstermeyen, yuvarlak-oval şekilli, eozinofilik şeffaf stoplazmalı tümör hücreleri görülmektedir (HE X100).

raber vucudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilen kistlerdir. Genelde soliter, mobil, katı kıvrımlı olup, yavaş büyüme özelliği gösterirler. Epidermoid kist duvarı oldukça ince olduğundan rüptüre olmaya yatkındır. Kist apeksinde yüzeysel bir giriş deliği bulunur ve beyaz renkli kokulu akıntı öyküsü bu hastalarda sıklıdır. Malign transformasyonları nadir olmakla birlikte rapor edilmiştir. Bu kistlerin kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konmaktadır. Kıl follikülünün infundibulumundan orjin olan bu kistler, keratinizasyon gösteren kist epitelial tabakasındaki granüler hücre katının varlığı ile TK'den ayrılır.<sup>1,3</sup>

Epidermoid kistlere kıyasla daha az sıklıkta izlenen TK'lerin büyük çoğunluğu baş ve boyun bölgesinde, özellikle %90'ını skalpde (genellikle oksipital bölgede) ortaya çıkmaktadır. Daha az sayıda sırt, boyun bölgesinde ve çok nadir de olsa kafa tabanında görülebilmektedir. Düzgün yüzeysel, yuvarlak, bazen üzerinde alopesik alan içeren intradermal şişlikler olarak izlenmektedir. Bu lezyonlar en sık 60 yaş üzeri kadınlarda, genellikle tek, daha az sıklıkta multipl olarak ortaya çıkmaktadır.<sup>2-4</sup>

TK zemininden geliştiği düşünülen PTK'ler daha az yaygınlıkta görülmektedir. PTK'lerde yaş ve cinsiyet dağılımı TK ile aynıdır. Fakat 18 yaş gibi genç yaşlarda da görüldükleri rapor edilmiştir. PTK'ler, TK'ler gibi en sık skalpde (oksipital ve parietal bölgede), ekzotik nodüller veya multilobüler kitlelerdir. Daha az sıklıkta boyun, alın, burun sırtı, göz kapağı, yüz, gövde, alt ve üst ekstremitelerde, el dorsumunda, parmakta, intraoral, gluteal bölgede görülebilir. Lezyon üzerinde alopesi veya yer yer ülserasyon alanları izlenebilir. TK ve PTK'ler 0.2-10 cm arasında değişen boyutlarda rapor edilmiştir.<sup>5-7</sup>

Bu olguda kistin postauriküler bölgede yerleşik olması, 35 yılda yavaşça büyüyüp dev boyutlara ulaşması (10x6 cm) literatürde TK'ler için belirtilen genel özelliklerin dışında idi.

TK ve PTK'ler kıl follikülünün dış kök kılıfının istmus bölgesinden meydana gelen tümörlerdir. TK'lerin, PTK'lerin öncü lezyonları oldukları varsayılır. Tri-kilemmal keratinizasyonun varlığı, nükleuslu epitel hücrelerin anükleuslu hücrelere ani değişimleri, granüler tabaka içermeyen keratinize hücrelerin görülmesi, kist kavitesinde subkutis içine kadar uzanan yoğun keratin ile dolu olması TK ve PTK'lerin ortak histolojik özellikleridir. Aynı tümör içinde hem TK hem de PTK için tipik histopatolojik alanlar görülebilir.

PTK'ler, TK göre daha fazla oranda atipi içerir. Orta ve yüksek oranda atipi gösteren PTK'lerde çevre dokusu invazyonu izlenir. Şiddetli sellüler atipi ve çevre konnektif dokunun invazyonunun beraber görüldüğü vakalarda gerçek malign PTK'lerden bahsedilir. PTK'lerin gerçek malign transformasyonu nadirdir. Yüksek mitotik aktivite, atipik mitotik figürler, nükleer pleomorfizm, infiltratif marjin, nekrozis ve metastatik lezyonun oluşu malign PTK lehinedir.<sup>2,3,7</sup> PTK'lerin infiltratif formları yine skuamöz hücreli karsinomadan mikroskopik olarak ayırt edilemeyen pleomorfizm ve belirgin atipi gösterebilir. Böylece PTK'ler invaziv skuamöz hücreli karsinomla da karışabilmektedir.<sup>7,8</sup>

Olgumuzun histolojisi incelemede, granüler hücre tabakası olmayan, belirgin keratinizasyon gösteren kist epitelial tabakası ve hücre adalarının merkezinde trikilemmal keratinizasyonun görülmesi, hüresel atipi, mitozun olmaması TK lehine olan histopatolojik bulgularıdır.

Cerrahi olarak, kist duvarının bütünlüğünün bozulmadan kitlenin çıkarılması TK tedavisi için yeterlidir.<sup>7</sup> PTK ise, histolojik olarak düşük grade malign tümör olarak kabul edildiğinden rekürrensi önlemek için 1 cm lik emniyet marjı bırakarak tümörün çıkarılması önerilmektedir. Bu tümörlerin seyrinde ilginç olan özellik, çok az veya hiç sitolojik ve yapısal atipi içermeyen PTK'in ağırsif, belirgin atipi gösteren bir PTK'in ise klinik olarak benign seyir izleyebileceğidir. Malign PTK'in tedavisinde lokal eksizyona ilaveten daha agresif terapötik tedbirler (nodal disseksiyon, radyoterapi veya kemoterapi) de önerilmektedir.<sup>7-9</sup>

Olgumuz proliferatif ve malign tipin özelliklerini taşımadığından total eksizyonu yeterli tedaviyi sağlamıştır.

---

**SONUÇ**

---

TK ve PTK, benzer klinik görünümleri ve histolojik özellikleri nedeniyle birbiriyile karışabildiği gibi

PTK'in infiltratif formları skuamöz hücreli karsinomla da karışabilir. Morbid hatta mortal sonuçlanabilecek tablolardan kaçınmak için, bu tümörler hakkında yeterli bilgiye sahip olmak ve patolojla iyi bir koordinasyon içinde olmak önemlidir.

---

**KAYNAKLAR**

---

1. Vadeweyer E, Renard N. Cutaneous Cyts:a plea for systematic analysis. *Acta Chir Belg* 2003;103:507-10.
2. İkizoglu G, Kaya TI, Tursen U, Baz K. The use of the freer dissector for the removal of trichilemmal cysts. *Int J Dermatol* 2003;42:405-7.
3. Mackie RM. Epidermal skin tumors. In:Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Textbook of Dermatology*. 6th ed.Oxford:Blackwell Science; 1998.p.1651-93.
4. El-Bahy K, Ihsak E. Trichilemmal cyst involving the skull base. *Acta Neurochir(Wien)* 2004;146:1361-4.
5. Golden BA, Zide MF. Cutaneous cysts of the head and neck. *J Oral Maxillofac Surgery* 2005;63:1613-9.
6. Karaca S, Kulaç M, Dilek FH, Polat C, Yılmaz S. Giant proliferating trichilemmal tumor of the gluteal region. *Dermatol Surg* 2005;31:1734-6.
7. Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sanguenza OP. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literature. *Dermatol Surg* 2007;33:1102-8.
8. Mathis ED, Honningford JB, Rodriguez HE, Wind KP, Connolly MM, Podbielski FJ. Malignant proliferating trichilemmal tumor. *Am J Clin Oncol* 2001;24:351-3.
9. Kılınç H, Aslan S, Bilen BT, Karadağ N. Malign proliferatif trichilemmal tümör: Olgu sunumu. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;14:279-81.