

Bölüm 3

2018 DSÖ, DERİ EKİ TÜMÖRLERİNE NELER GETİRDİ? HİSTOPATOLOJİK BAKIŞ VE TANISAL YAKLAŞIM

Deniz BAYÇELEBİ¹

GİRİŞ

Deri eki neoplazileri, embriyolojik kökenleri, histopatolojik paternleri, histokimyasal, immünohistokimyasal ve ultrastrüktürel bulguları ile birlikte değerlendirilerek, günümüze kadar çeşitli sınıflandırmalar altında tanımlanmışlardır. Kıl follikülleri, sebace bezler ve ekrin-apokrin ter bezlerinden köken alan bu neoplaziler, histomorfolojik olarak genellikle kolay tanımlanabilen özellikler taşısa da, bazen birden fazla yöne farklılık göstererek patoloğlar arasında kafa karıştırıcı olabilmekte ve tanısal güçlükler yaratabilmektedir.

Genetik yatkınlık, ultraviyole maruziyeti, immunsupresyon bilinen tetikleyici faktörlerdir.^{1,2} Trikoblastoma, trikilemmoma, siringokistadenoma papilliferum ve sebaceomaların bir kısmı nevus sebaceus ile birliktelik göstermektedir.³ Genellikle baş boyun bölgesinde görülürler. Soliter lezyon, çoklu papül, nodül ve plak olarak karşımıza çıkabilirler. Benign neoplaziler her yaşta görülebilirken, malignite sıklığı yaşla birlikte ve genellikle erkeklerde artmaktadır. Büyük kısmı benign davranışlı olan bu neoplazilerde lokal eksizyon çoğu zaman yeterlidir. Sitolojik atipi, artmış mitotik aktivite, infiltratif sınırlar ve asimetrik görünüm patoloğu malignite düşünmeye sevk eden bulgulardır. Malign formlar genellikle de novo oluşurken, mevcut bir benign neoplaziden malign dönüşüm de mümkündür. Porokarsinoma, hidrokarsinoma, malign mikst tümör, siringokistadenokarsinoma papilliferum, trikilemmal karsinom benign karşılıklarından gelişebilir.^{1,2}

İmmünohistokimya, öncelikle metastatik bir karsinomun dışlanması için yardımcıdır. Hematoksilin&eoazin kesitlerde görmekte zorlandığımız duktal yapıların varlığını belirlemede EMA, CEA, GCDFP-15 kullanılabilir.

¹ Uzm. Dr., Bayburt Devlet Hastanesi, Tıbbi Patoloji Birimi, drdnz@yahoo.com.tr
ORCID iD: 0000-0002-1660-3629

olduğuna karar verdiğimiz bir olguda mikroskopik incelemede ilk hedef, patern analizi yaparak tümörün kökenini belirlemek olmalıdır. İkinci hedef ise temel malignite kriterlerinin kullanımı ile biyolojik davranışın belirlenmesidir. Malign deri eki neoplazileri, birçok farklı kökenli karsinomu barındıran özellikler içerebilir. Bu ayırım için detaylı histopatolojik inceleme, etkin immünohistokimya kullanımı ve gerektiği durumlarda moleküler analizler yapılması önemlidir. Özellikle göz çevresi yerleşimli, yüksek dereceli epitelyal bir tümörün minör sebace bez farklanması gösteren bir sebace karsinom olabileceği akılda tutulmalıdır. Anogenital bölgeden gelen ve epitelyal yada bifazik farklanma gösteren bir tümör ile karşılaşıldığında bunun malign yada benign örnekleri ile “bölgeye spesifik” bir deri eki neoplazisi olduğu akla getirilmelidir. Glandüler farklılık gösteren bir tümörle karşılaşıldığında metastaz olasılığı akılda tutulmalı ve klinik öykü, klinik-radyolojik bulgular değerlendirmemizin bir parçası olmalıdır. Malign deri eki tümörünün tiplendirilmesinde, tümör içerisinde bunun benign karşılığının saptanması güçlü bir delil olacaktır. Biyolojik davranışını net biçimde öngöremediğimiz olgularda klinisyenimize, kozmetik ya da fonksiyonel problemler yaratmayacak ise, güvenli cerrahi sınırlar ile yapılacak bir re-eksizyonun, olası lokal nüks ve bölgesel metastaz riskini indirgemekte etkili seçim olabileceği belirtilmelidir.

KAYNAKLAR

1. LeBoit PE. (2006) Appendageal Skin Tumours. In: LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A. (Ed.), World Health Organization Classification of Skin Tumors (123-163). Lyon, France: IARC press
2. Massi D, Cree IA, Elder DE, Kazakov DV, Scolyer RA. (2018). Appendageal Tumours. In: Elder DE, Massi D, Scolyer RA, Willemze R. (Ed.), World Health Organization Classification of Skin Tumors(154-222). Argonay, France: IARC press.
3. Fulton EH, Kaley JR, Gardner JM. Skin Adnexal Tumors in Plain Language: A Practical Approach for the General Surgical Pathologist. Arch Pathol Lab Med. 143(7) 832-851. doi: 10.5858/arpa.2018-0189-RA. Epub 2019 Jan 14. PubMed PMID: 30638401.
4. Danialan R, Mutyambizi K, Aung P, Prieto VG, Ivan D. Challenges in the diagnosis of cutaneous adnexal tumours. *J Clin Pathol*. 2015;68(12):992–1002.
5. Frouin E., Vignon-Pennamen M.D., Balme B., Cavelier-Balloy B., Zimmermann U., Ortonne N. et al. Anatomoclinical study of 30 cases of sclerosing sweat duct carcinomas (microcystic adnexal carcinoma, syringomatous carcinoma and squamoid eccrine ductal carcinoma). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015; 29: 1978-1994. <https://doi.org/10.1111/jdv.13127>
6. Van der Horst MP, Marusic Z, Hornick JL, Luzar B, Brenn T. Morphologically low-grade spiradenocarcinoma: a clinicopathologic study of 19 cases with emphasis on outcome and MYB expression. *Mod Pathol*. 2015;28(7):944-953.
7. Kyrpychova L, Kacerovska D, Vanecek T, et al. Cutaneous hidradenoma: a study of 21 neoplasms revealing neither correlation between the cellular composition and CRTC1-MAML2 fusions nor presence of CRTC3-MAML2 fusions. *Ann Diagn Pathol*. 2016;23:8-13. doi:10.1016/j.anndiagpath.2016.04.006

8. Kamalpour L, Brindise RT, Nodzenski M, Bach DQ, Veledar E, Alam M. Primary cutaneous mucinous carcinoma: a systematic review and meta-analysis of outcomes after surgery. *JAMA Dermatol.* 2014;150(4):380-384. doi:10.1001/jamadermatol.2013.6006
9. Bell D, Aung P, Prieto VG, Ivan D. Next-generation sequencing reveals rare genomic alterations in aggressive digital papillary adenocarcinoma. *Ann Diagn Pathol.* 2015;19(6):381-384. doi:10.1016/j.anndiagpath.2015.08.002
10. Evangelista MT, North JP, MYB, CD117 and SOX-10 expression in cutaneous adnexal tumors. *J Cutan Pathol.* 2017;44(5):444-450. doi:10.1111/cup.12904
11. Parekh V, Guerrero CE, Knapp CF, Elmetts CA, McKay KM. A Histological Snapshot of Hypothetical Multistep Progression From Nevus Sebaceus to Invasive Syringocystadenocarcinoma Papilliferum. *Am J Dermatopathol.* 2016;38(1):56-62. doi:10.1097/DAD.0000000000000370
12. Battistella M, Carlson JA, Osio A, Langbein L, Cribier B. Skin tumors with matrical differentiation: lessons from hair keratins, beta-catenin and PHLDA-1 expression. *J Cutan Pathol.* 2014;41(5):427-436. doi:10.1111/cup.12313
13. Ardakani NM, Palmer DL, Wood BA. Malignant Melanocytic Matricoma: A Report of 2 Cases and Review of the Literature. *Am J Dermatopathol.* 2016;38(1):33-38. doi:10.1097/DAD.0000000000000329
14. John AM, Schwartz RA. Muir-Torre syndrome (MTS): An update and approach to diagnosis and management. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(3):558-566. doi:10.1016/j.jaad.2015.09.074
15. Michal M, Michal M, Miesbauerova M, Hercogova J, Skopalikova B, Kazakov DV. Penile Analogue of Stratified Mucin-Producing Intraepithelial Lesion of the Cervix: The First Described Case. A Diagnostic Pitfall. *Am J Dermatopathol.* 2016;38(5):e64-e67. doi:10.1097/DAD.0000000000000462