

Eruptif vellüs kıl kisti tanısı alan bir olguda cerrahi tedavi yaklaşımı

Atilla Şenaylı (*), Engin Sezer (**), A.Hakan Erbil (***), Taner Sezer (****), R.Doğan Köseoğlu (*****), Nurper Filiz (*****), Zafer Kurumlu (***)

Özet

Eruptif vellüs kıl kisti çoğunlukla göğüs ve ekstremitelerde yerleşim gösteren, çok sayıda, düzgün, kubbe-şekilli papüllerle karakterize, ender rastlanan, iyi huylu bir deri hastalığıdır. Eruptif vellüs kıl kisti daha çok çocukluk çağı ve genç yetişkinlerin hastalığı olmakla birlikte, doğumdan ileri yaşlara kadar herhangi bir dönemde görülebilmektedir. Hastalığın klinik seyri selimdir ve günümüze dek malign dönüşüm bildirilmemiştir. Eruptif vellüs kıl kisti tedavisinde, topikal ve sistemik retinoidler, lazer tedavisi, dermabrazyon ve cerrahi yaklaşımı içeren değişik tedavi yöntemlerinden alınan sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Bu makalede, lezyonların insizyon ve drenajının uygulandığı cerrahi teknikle iyi kozmetik sonuç elde ettiğimiz eruptif vellüs kıl kisti tanısı alan 7 yaşındaki çocuk hastamızı sunarak, bu ender hastalıkla ilgili tedavi seçeneklerini literatür bilgileri ışığında tartışıyoruz.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı, eruptif vellüs kıl kisti, tedavi

Summary

Surgical treatment approach in a patient with eruptive vellus hair cyst

Eruptive vellus hair cyst is a rare, benign dermatosis characterized by numerous, smooth, dome-shaped papules primarily affecting the chest and extremities. Eruptive vellus hair cyst is primarily a disease of children and young adults although the affected age ranges from birth to elderly. The disease has a benign course and no malignant transformation has been reported to date. Various treatment modalities, including topical and systemic retinoids, laser therapy, dermabrasion and surgical approach have been used for eruptive vellus hair cyst with mixed results. In this article, we present a 7-year-old child with a diagnosis of eruptive vellus hair cyst, in whom we achieved good cosmetic results using a surgical technique with incision and drainage of the lesions, and discuss the treatment modalities of this rare entity under the light of the literature covering the disease.

Key words: Childhood, eruptive vellus hair cyst, treatment

Giriş

Eruptif vellüs kıl kisti (EVKK), Esterly ve ark. tarafından 1977 yılında rapor edildiğinden beri literatürde yer almaktadır (1). EVKK, sıklıkla çocukluk çağında ve erken yetişkinlik döneminde başlangıç gösteren, asemptomatik, 1-4 mm çaplarında, ayrı yerleşimli, sayıları 20-200 arasında değişen, komedon-benzeri papüller lezyonlarla klinik seyir gösterir (2,3). Tedavide çeşitli yöntemler kullanılmıştır, ancak bir kısım çalışmalar dışında tedavinin başarılı olduğu bildirilmemiştir. Cerrahi tedavinin ise başarısız olduğu bildirilmiştir (4).

EVKK teşhisi konulan olgumuza sedasyon altında insizyon ile drenaj uygulanmıştır. Literatürde belirtilemenin aksine, cerrahi uygulamanın tedavi açısından kabul edilebilir olması nedeni ile olgumuz, EVKK tedavisinde kullanılan yöntemler gözden geçirilerek sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yedi yaşındaki erkek hasta, göğüs kafesi cildinde yaklaşık bir yıldır mevcut olan ve zamanla sayıca artış gösteren kabartılar nedeni ile dermatoloji kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde göğüs kafesi cildinde yerleşim gösteren 2-3 mm çaplarında, cilt renginde veya mavimsi-gri renkte, kubbe şekilli papüller lezyonlar saptandı (Şekil 1). Cilt biyopsisinin histopatolojik incelemesinde dermiste, keratinöz debris ve vellüs kılklarını içeren yassı epitelle döşeli kistik

* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, Tokat

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Tokat

*** GATA Dermatoloji AD, Ankara

**** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri AD, Tokat

***** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, Tokat

Ayrı basım isteği: Dr. Atilla Şenaylı, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, 60100, Tokat

E-mail: ysenayli@e-kolay.net

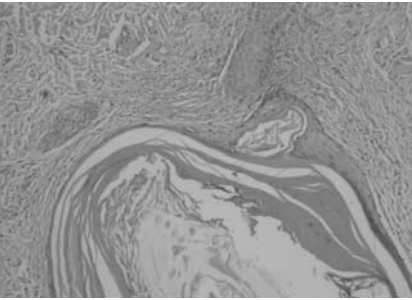
Makalenin geliş tarihi: 10.07.2006

Kabul tarihi: 17.10.2006



Şekil 1. Göğüs cildinde yerleşim gösteren papüler lezyonlar

yapılar ve komşuluğunda Langhans tipinde multinükleer dev hücreler gözlemlendi (Şekil 2). Olguya, ameliyathane şartlarında, oral yoldan 0.5 mg/kg midazolam verilmesinden 10 dakika sonra damar yolundan 0.1 mg/kg propofol verilerek sedasyon yapıldı. Kistlerin hemen yanından bistüri ile yaklaşık 2 mm uzunluğunda insizyon yapılarak diseksiyon forsepsisi yardımıyla drenaj uygulandı. Tedavi sonrası dördüncü haftadaki kontrol muayenesinde 15 kıl kistinın sadece 3'ünün iyileşmediği gözlemlendi (Şekil 3). Kalan kistlere ileri bir zamanda lokal anestezi ile drenaj planlandı.



Şekil 2. Dermiste vellüs kılları ve keratin içeren kist komşuluğunda inflamatuvar infiltrasyon (Hematoksilen-eozin boyası, X40)

Tartışma

EVKK, çoğunlukla çocukluk çağında ve erken yetişkinlik döneminde



Şekil 3. Olgunun tedavi sonrası görünümü

karşımıza çıkar. Literatürde ender olarak konjenital olarak veya ileri yaşta görüldüğü bildirilen olgulara da rastlanmaktadır (5,6). Cinsiyet veya ırk ayrımı bildirilmemektedir. EVKK tanısı alan hastaların bir kısmında otozomal dominant kalıtım paterni görülmekle birlikte, olgumuzun soy geçmiş sorgulamasında ailevi kalıtım bulgusuna rastlanmamaktadır (7).

Klinik incelemede, olgumuzda olduğu gibi göğüs duvarında yerleşim gösteren çok sayıda, küçük çaplı, düzgün yüzeysel papüler lezyonlar göze çarpar. Lezyonların rengi cilt renginden, kahverengimsi-kırmızı ve olgumuzda olduğu gibi mavimsi-gri renge kadar değişiklik gösterebilmektedir (2,3). Yerleşim alanları arasında göğüs ve ekstremitelerin ekstensör yüzleri yer almakla birlikte, yüz, boyun, aksilla ve kalçada da görülebilir (7). Literatürde jeneralize tutulum gösteren bir olgu da bildirilmiştir (8). EVKK, molluskum kontagiozumu andıran umbilike papüler lezyonlarla da klinik seyir gösterebilmekte ve bu tür lezyonların histopatolojik incelemesinde kistin, epidermisle bağlantılı olduğu bildirilmektedir (9).

Patolojik incelemede orta-dermiste yerleşim gösteren, keratinöz materyal ve değişen sayılarda vellüs kılları içeren yassı epitelle döşeli kistik yapılar gözlenmektedir (9). Olguların bir kısmında kist komşu-

luğunda inflamasyon gözlenmezken, hastamızda olduğu gibi multinükleer dev hücre veya mononükleer hücre infiltrasyonuna rastlanabilir (2,9).

Köse ve ark. anhidrotik ektodermal displazi ile birliktelik gösteren bir EVKK olgusu bildirmişlerdir (10). EVKK'ne eşlik ettiği bildirilen diğer hastalıklar arasında pakiyonişi konjenita, trikostasis spinuloza, kronik böbrek yetmezliği ve Lowe sendromu yer alır (11-14). Olgumuzun ayrıntılı dermatolojik ve sistemik muayenesinde EVKK'ne eşlik edebilecek patolojik bulguya rastlamadık.

Hastalık patogenezinde vellüs kıl foliküllerinin infundibular seviyede oluşan obstrüksiyonunun kist oluşumuna ve vellüs kıl gelişimi anomalisine neden olduğu düşünülmektedir. Diğer bir hipotezde ise EVKK'nin vellüs kıl matrisi farklılaşması ile seyreden foliküler hamartomatöz oluşum olduğu ileri sürülmektedir (7).

EVKK tanısı klinik bulgularla birlikte histopatolojik incelemede dermiste çok sayıda vellüs kılı içeren kistik yapıların gözlenmesi ile kesinleştirilebilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada ise geniş çaplı (18G) enjektör ucu ile kist aspirasyonu sonrası içeriğın doğal preparat muayenesinde vellüs kistlerinin saptanmasıyla tanıya ulaşılabileceği bildirilmektedir (15). Ayırıcı tanıda steatokistoma multipleks, molluskum kontagiozum, keratozis pilaris, sringoma, liken nitidus ve akneiform ilaç erüpsiyonu yer almaktadır. Steatokistoma multipleksin histopatolojik incelemesinde EVKK'den farklı olarak kist duvarı veya komşuluğunda sebace lobüller yer alır. Bununla birlikte literatürde kist içeriğindeki vellüs kıllarıyla birlikte, kist duvarıyla bağlantılı sebace bezlerin saptandığı hibrid özellik gösteren bir olguya da rastlanmaktadır (16). Kimi EVKK lezyonlarında umbilike papüllere rastlanabilmekte birlikte, kist içeriğinin direkt yayma örneğinin Giemsa boyamasında ink-

lüzyon cisimciklerinin gözlenmesi yoluyla molluskum contagiozum tanısına ulaşılabilmektedir (17).

EVKK'nin iyileşme sürecinin, yabancı cisim granülomu ve transepidermal eliminasyon ile olduğu belirtilmiştir (7). Spontan iyileşme oranının yaklaşık %25 olduğu bildirilmiştir (18). Hatta bir çalışmada, tedavi etmeye çalışmanın gereksiz olduğu, çünkü tedavinin başarısız olduğu ifade edilmiştir (15). Bununla beraber tedavi amacıyla çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. Bu uygulamalar medikal ve cerrahi işlemler olarak ikiye ayrılabilir.

Medikal tedaviler arasında topikal retinoik asid, %12 laktik asid, %10 üre ve oral izotretionin tedavisi yer alır. Bu ilaçların kullanıldığı bir kısım çalışmalarda başarı bildirilmiştir (19, 20). Topikal %0.1 adapalene kullanılan bir hastada iyileşme gözlenmemesine rağmen yeni lezyonların çıkmadığı rapor edilmiştir (7). Aras ve ark.nın çalışmasında ise EVKK tanısı alan 12 yaşındaki çocuk hastada, topikal %0.1 retinoik asid tedavisi ile klinik yanıt alınmadığı bildirilmektedir (2).

Cerrahi tedaviler arasında erbium: yttrium aluminium-garnet (Er:YAG) lazer, CO₂ lazer, dermabrazyon, insizyon ve drenaj tanımlanmıştır. Lazer ve dermabrazyon tedavilerinin başarılı olabildiği ifade edilmiştir (15, 18,21). Kageyama ve ark.nın çalışmasında EVKK tanısı alan iki hastada Er:YAG tedavisi sonrası hipertrofik skar oluşumuna neden olmadan, iyi kozmetik yanıtın elde edildiği bildirilmektedir (18). Lazer uygulaması pahalıdır, bu nedenle kullanımı sınırlıdır.

İnsizyon ve drenaj yöntemiyle cerrahi müdahalenin, son dönemlere kadar, belirgin bir tedavi edici özelliği olmadığı rapor edilmiştir (4). Kaya ve ark. ise, EVKK tedavisinde cerrahi girişimin başarılı sonuç verdiğini bildirmişlerdir (22). Bahsedilen çalış-

mada, iğne uçlu koterizasyon ile insizyon sonrası diseksiyon forsepsi ile drenaj uygulandığı bildirilmektedir. Çalışmamızda olduğu gibi tedavi sırasında oluşan ödem nedeniyle tüm kistlerin tek seansta drene edilemediği ve ek seanslarla lezyonların tamamının tedavi edildiği bildirilmektedir. Olgumuzda ise bu çalışmadan farklı olarak koterizasyon yerine bistüri ile cerrahi insizyon sonrası kist drenajı uygulanmıştır. Bu yöntem, kistlerin sayılarının çok olması nedeni ile anestezi altında yapılmıştır ve kısa bir sürede kistler insize edilip drene edilmiştir. Yüzeysel bir işlem olduğu için entübasyon uygulanmadan, sadece sedasyon ile tedavi uygulanmıştır. Tedavi sonrası dördüncü haftadaki kontrol muayenesinde, 15 kistin 12'sinin başarı ile drene edildiği, kozmetik sonuçların tatminkar olduğu ve sadece 3 lezyonun drene edilemediği gözlenmiştir.

Sonuç olarak, EVKK tedavisinde cerrahi drenaj dışındaki tedavilerde uzun süreli uygulama gerekmektedir ve sonuçları kesin değildir. Lazer uygulamaları başarılı olarak görülse de, bütün hastaların bu tedavi olanağına ulaşamaması ihtimali vardır. Cerrahi tedavinin ise, hem ciddi anestetik uygulama gerekmemesi, hem de yüksek düzeyde ve hızlı tedavi sonucuna varılabilmesi nedeni ile uygulanabileceği düşünülmektedir. Her ne kadar cerrahi tedavinin etkisiz olduğu rapor edilmişse de, olgumuz nedeni ile cerrahi tedavinin mümkün olabildiği gözlenmiştir. Kistlerden tedavi edilemeyenlerinin sayısının az olması durumunda, bir başka seansta, lokal anestezi ile cerrahi tedavi edilmesi mümkün görünmektedir.

Kaynaklar

1. Esterly NB, Fretzin DF, Pinkus H. Eruptive vellus hair cysts. Arch Dermatol 1977; 113: 500-503.
2. Aras N, Kurumlu Z, Can C, Köse O, Gür AR. Erüptif vellus kıl kisti. Türkderm 1994; 28: 35-38.
3. Hong SD, Frieden IJ. Diagnosing eruptive vellus hair cysts. Pediatr Dermatol 2001;

18: 258-259.

4. Watson A. Eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 1982; 21: 273-274.
5. Benoldi D, Allegra F. Congenital eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 1989; 28: 340-341.
6. Lee S, Kim JG, Kang JS. Eruptive vellus hair cysts. Arch Dermatol 1984; 120: 1191-1195.
7. Reep MD, Robson KJ. Eruptive vellus hair cysts presenting as multiple periorbital papules in a 13-year-old boy. Pediatr Dermatol 2002; 19: 26-27.
8. Kwon KS, Lee HT, Jang HS, Chung TA, Oh CK. A case of generalized eruptive vellus hair cysts. J Dermatol 1997; 24: 556-557.
9. Kirkham N. Tumors and cysts of the epidermis. In: Elder D (ed). Lever's Histopathology of the Skin. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997: 700.
10. Kose O, Tastan HB, Devenci S, Gur AR. Anhidrotic ectodermal dysplasia with eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 2001; 40: 401-402.
11. Lee HT, Chang SH, Yoon TY. Eruptive vellus hair cyst in a patient with pachonychia congenita. J Dermatol 1999; 26: 402-404.
12. Lazarov A, Amichai B, Cagnano M, Halevy S. Coexistence of trichostasis spinulosa and eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 1994; 33: 858-859.
13. Mieno H, Fujimoto N, Tajima S. Eruptive vellus hair cyst in patients with chronic renal failure. Dermatology 2004; 208: 67-69.
14. Nandedkar MA, Minus H, Nandedkar MA. Eruptive vellus hair cysts in a patient with Lowe syndrome. Pediatr Dermatol 2004; 21: 54-57.
15. Sardy M, Karpati S. Needle evacuation of eruptive vellus hair cysts. Br J Dermatol 1999; 141: 594-595.
16. Yamada A, Saga K, Jimbow K. Acquired multiple pilosebaceous cysts on the face having the histopathological features of steatocystoma multiplex and eruptive vellus hair cysts. Int J Dermatol 2005; 44: 861-863.
17. Hanson D, Diven DG. Molluscum contagiosum. Dermatol Online J 2003; 9: 2.
18. Kageyama N, Tope WD. Treatment of multiple eruptive hair cysts with erbium: YAG laser. Dermatol Surg 1999; 25: 819-822.
19. Fisher DA. Retinoic acid in the treatment of eruptive vellus hair cysts. J Am Acad Dermatol 1981; 5: 221-222.
20. Mayron R, Grimwood RE. Familial occurrence of eruptive vellus hair cysts. Pediatr Dermatol 1988; 5: 94-96.
21. Huerter CJ, Wheeland RG. Multiple eruptive vellus hair cysts treated with carbon dioxide laser vaporization. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 260-263.
22. Kaya TI, Tataroğlu C, Tursen U, İkizoğlu G. Eruptive vellus hair cysts: an effective extraction technique for treatment and diagnosis. J Eur Acad Dermatol Venerol 2006; 20: 24-28.