

AREOLANIN SEBOREİK KERATOSİS'İ VE 287 HASTANIN GERİYE DÖNÜK İNCELEMESİ

Ragıp ÖZDEMİR, Turgut ORTAK, C. Nazmi BARAN, Nezih SUNGUR, M. Gürhan ULUSOY, Hıdır KILINÇ, Ömer ŞENSÖZ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği

ÖZET

48 yaşında sol meme areola bölgesindeki seboreik keratosis 'li bir hastayı sunuyoruz. Geçmişteki deneyimlerimize dayanarak bu durumdaki hastanın estetik beklentilerini dikkate alarak insizyonel biyopsi ve histopatolojik değerlendirme sonrasında areolar bölgeye dermabrazyon uyguladık. Hastanın 1 yıllık takiplerinde herhangi bir komplikasyon olmadı. 1989-1999 yılları arasında 1854 seboreik keratosis 'li hastanın kliniğimize başvurduğunu saptadık. 1567 hastaya herhangi bir tedavi vermeden sadece önerilerde bulunulmuş, 287 hastada iyi huylu deri lezyonlarından kabul edilen seboreik keratosisin kötü huylu değişimi için açısından araştırılmış. 204 vakada lezyonun eksizyonu, 83 hastada küretaj ve dermabrazyon uygulanmış. Cerrahi öncesi alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde, 3 vakada yassı hücreli karsinoma (%1.04), 1 hastada malign melanoma (%0.34) tespit edilmiş. Hastaların takipleri süresince tekrarlama olmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Seboreik keratosis, areola

SUMMARY

Seboreic Keratosis of the Areola: Retrospective Analysis of 287 Patients

A 48-year old woman with seboreic keratosis of the left areola is presented. Depending on our past experiences and taking the patient's aesthetic expectations into consideration, dermabrasion was performed after incisional biopsy and histopathologic evaluation. During 1-year follow-up of the patient no complication was encountered. Between 1989 and 1999, 1854 patients with seboreic keratosis were attended to our polyclinics and 1567 of them were not given any treatment but only suggestions, 287 of them was carried out to determine the malignant degeneration incidence, although seboreic keratoses are classified under benign cutaneous neoplasms. In 204 cases excision of the lesion and in 83 cases curettage and dermabrasion was performed. Histopathologic examination of the specimens revealed squamous cell carcinoma in 3 cases (%1.04) and malignant melanoma in one case (%0.34), arising from the pre-existing seboreic keratosis. There was no recurrence during the follow-up of the patients.

Key Words: Seboreic keratosis, areola

GİRİŞ

Seboreik keratosis genelde orta ve yaşlı kafkas ırkını etkileyen bayan erkek oranı 1:1 olan ve sık görülen iyi huylu lezyonlardan biridir. Tek veya çoklu lezyonlar; sıklıkla baş, boyun ve gövde de yerleşir. Keskin sınırlı, kahverengi - siyah renkli, hiperkeratotik yüzeyi olan hafifçe kabarık verruköz plaklardan oluşur. Bir kaç milimetrelilik boyutları nadiren santimetreye ulaşır. Otosomal geçiş rapor edilmiştir.¹⁻⁵

Seboreik keratosis'in patogenezi keratinosit gelişiminde bölgesel bir duraklamadır. Hiperkeratosis, papillomatosis ve akantosis sık görülen histolojik bulgulardır. Melanosit ve epidermal hücre hiperplazisi, dermal papiller melanofajlarda pigment üretiminde artış ile birlikte melanin sentezinde artışı öne süren çalışmalar mevcuttur.⁴ Bu lezyonların pigmente olmasını epidermisteki melanositlerden melanin sızıntısına

bağlıdır.^{1,2} Histolojik olarak tanı psödohornkistlerin varlığı ile desteklenir. İyi huylu olmasına rağmen seboreik keratosis kötü huylu değişim gösterebileceği kaynaklarda rapor edilmiştir.^{2,6,7,8}

Sol areolayla sınırlı seboreik keratosis olan 48 yaşında bir hasta sunulmaktadır. Bilgilerimiz dahilinde bu unilateral areolar seboreik keratosis ilk vaka ve areolar seboreik keratosis olarak rapor edilen ikinci vakadır. Ayrıca 1989 - 1999 tarihleri arasında kliniğimize seboreik keratosis tanısı ile başvuran 287 hastanın geriye dönük incelemesini yaptık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Son 10 haftadır sol areolada renk değişikliği ve şekil bozukluğu şikayeti olan 48 yaşında bayan hasta; lezyon oluşumundan 2 hafta önce travma hikayesi tariflemekteydi. Aile hikayesi olmayan hastanın fizik

muayenesinde sol meme areolasında meme başını içine almayan, verrüköz yüzeyle, hafif sebaceöz, kahverengisiyah arasında değişen renkli papüler lezyon mevcuttu. (Şekil 1A, B) Hızlı büyüme hikayesi nedeni ile insizyonel biopsi uygulandı.

Biopsinin histopatolojik değerlendirmesi seboreik keratosis klinik tanısını desteklemekteydi. Takiben hastaya iki taraflı meme ultrasonografisi, toraks ve abdominal bilgisayarlı tomografi yaptırıldı ve herhangi bir iç organ kitlesi saptanmadı.

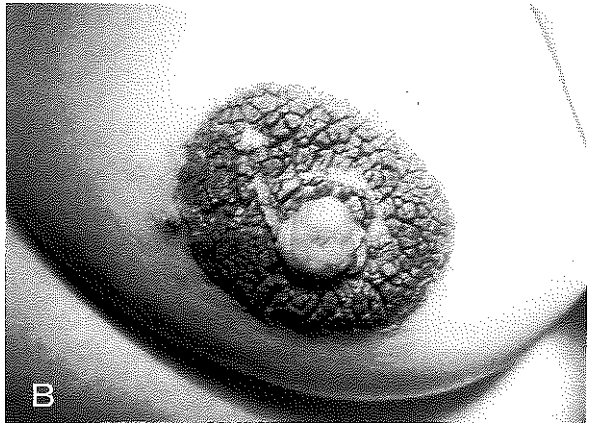
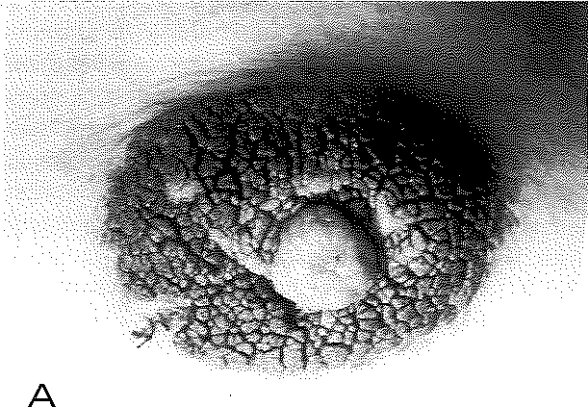
İntravenöz sedasyon ile lokal anestezi altında, sol areolar bölgeye elmas uçlu el turu ile (12000-15000rpm) dermabrazyon uygulandı (Şekil 2). Nitrofurazone pomad, rifamisin sodyum ve lidokaine HCl ile ıslatılmış tül gaz ile areola kapatıldı. (Şekil 3). Sonraki gün, üst katman açıldı ancak tül gaz yerinde bırakılarak kurutuldu. Bir hafta sonra tül gaz serum fizyolojik ile ıslatıldı ve tamamen epitelize olan areoladan ayrıldı. Areola diğer areola ile karşılaştırılınca daha pembe-kırmızı olarak gözlemlendi ancak yüzey yapısı aynıydı (Şekil 4A, B). Oniki

aylık takibinde tekrarlama görülmedi (Şekil 5).

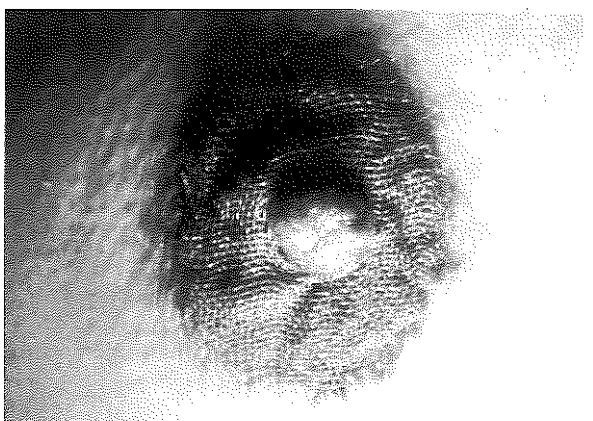
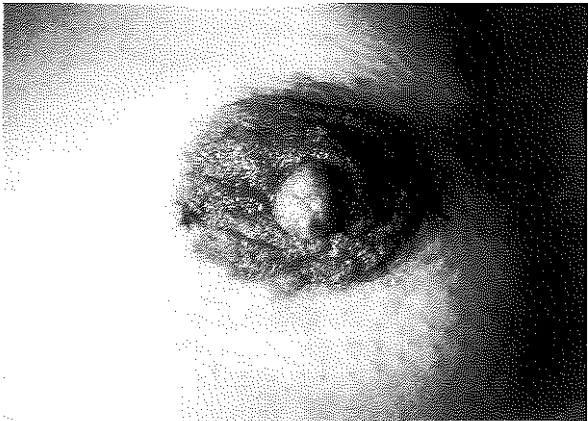
SONUÇLAR

Postoperatif 7. gün areola bölgesi tamamen epitelize olduğu gözlemlendi. Diğer areolaya göre biraz daha pembe-kırmızı görünen areolanın yüzeyi diğeri ile aynıydı. Üç ay içinde renk farklılığı açıldı ve oniki aylık takibinde tekrarlama görülmedi.

1989 ila 1999 tarihleri arasında kliniğimize başvuran seboreik keratosis hastalarından 287'sinin geriye dönük incelemesini yaptık. Bu dönemde 1854 seboreik keratosis polikliniğimize başvurmuş ve bunlardan 1567'sine herhangi bir tedavi uygulanmamış, sadece önerilerde bulunulmuş. 287 hastanın 156'sı erkek ve 131'i bayan ve yaş ortalaması 58 (12-83) idi. Patolojik değerlendirme sonucu bunlardan 3'ünde yassı hücreli karsinoma (%1.04) ve birin de malign melanoma (%0.34) görülmüş. 204'üne eksizyonel biopsi, 83'üne küretaj ve dermabrazyon yapılmış. 1 ay ile 2 yıllık takiplerinde (ortalama 17 hafta) tekrarlama gözlenmemiş.

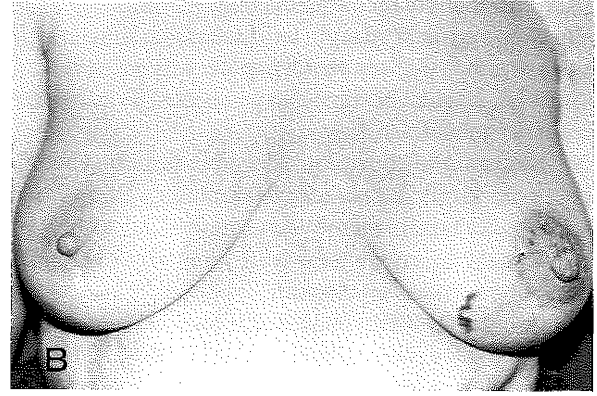
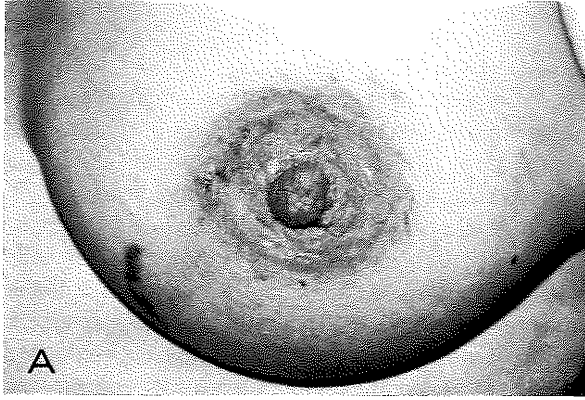


Şekil 1A, B: Preoperatif görünüm.

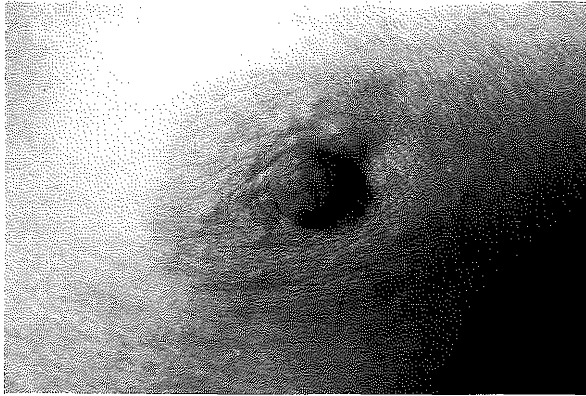


Şekil 2 : Abrasyon uygulanmış areolanın intraoperatif görünümü

Şekil 3 : Postoperatif 1. gün, mesh ile kaplı areola



Şekil 4A,B: Postoperatif 7. gün



Şekil 5: Postoperatif 12. ay

TARTIŞMA

Seboreik keratosis ayırıcı tanısında Bowen hastalığı, pigmente bazal hücreli karsinom, melanoma pigmente nevüs ve senil lentigo düşünülebilir.^{1,2,3,4,22}

Daha önceki çalışmalarda insitu yassı hücreli karsinomun seboreik keratosis ile birlikte görülme ihtimali belirtilmiştir. İonize radyasyon, travma vb. malign melanoma, bazal hücreli karsinoma ve adenokarsinoma oluşumu ile sonuçlanabilecek kötü huylu dönüşümünden sorumlu ajanlardır. Seboreik keratosis cerrahi patoloji laboratuvarlarında malign melanoma olarak en sık yanlış değerlendirilen lezyondur. Bu lezyonların tabanlarının geniş olması nedeni ile eksizyon lezyon ile sınırlı tutulmakta bu da teşhisi belirsizleştirmektedir. Seboreik keratosis yüzeyel histolojik çalışması, son zamanlarda travmaya uğrayan yassı hücreli karsinoma ile karıştırılabilir. Tecrübeli bir patolog hiç şüphesiz seboreik keratosis yassı hücreli karsinomadan ayırabilir.^{2,10,11,12} Human papilloma virus izole edildiği için seboreik keratosis, seboreik siğil olarak da adlandırılır. Human papilloma virüs yassı hücreli karsinoma ile ilişkilidir ve seboreik keratosis yassı hücreli karsinoma gelişimini açıklar.⁶

Leser Trelat belirtisi veya eruptif seboreik keratosis iç organ kitlelerinin göstergesi olarak düşünülmektedir.^{2,3,4} Buna karşın, iç organ kitleleri ile seboreik keratosis arasında istatistiksel belirsizliği savunan çalışmalar da mevcuttur.⁷ Eads ve arkadaşları klinik olarak seboreik keratosis tanısı almış vakaların kötü huylu dönüşüm olasılığı %6.4 olarak rapor etmiştir.¹³ Byrant bu yüzdeyi %2.03 olarak belirtmiş ve klinik olarak seboreik keratosis tanısı almış vakalarında %44.1'inin histolojik olarak seboreik keratosis olduğunu öne sürmüştür.¹⁴

1989 - 1999 tarihleri arasında başvuran 1854 seboreik keratosis hastasının 287'sinin geriye dönük incelemesini gerçekleştirdik. 1567'sine herhangi bir tedavi uygulanmamış, sadece önerilerde bulunulmuş. Altta yatan seboreik keratosis vakasından gelişen 3 (%1.04) yassı hücreli karsinoma ve 1(%0.34) malign melanoma vakası olduğunu gözlemledik. 204 hastada eksizyonel biopsi, 83 hastada ise küretaj ve dermabrazyon uygulanmış. Küretaj ve dermabrazyon öncesi insizyonel biopsi uygulanmış. Hastaların postoperatif dönemdeki takiplerinde tekrarlama görülmemiş (1 ay - 2 yıl).

Seboreik keratosis sıklıkla baş, boyun veya gövdede yerleşim gösterir. Küçük lezyonlar takip edilirken, hastanın kozmetik açıdan mutsuzluğu ve beklentileri doğrultusunda, küretaj, krioterapi, dermabrazyon ve eksizyon uygulanabilir. Büyük lezyonlara daha iyi bir kozmetik sonuç için, küretaj, krioterapi ve dermabrazyon uygulanmalıdır. Boyut ve renkte yakın zamanda değişiklik, kaşıntı, ülserasyon ve duyu farklılıkları insizyonel biopsiyi anımsatmalıdır.^{2,3,4,8,15,16} Yakın zamanlardaki değişikliklerde eksizyon düşünülmelidir.^{2,3,4,16} Histolojik inceleme konusunda tartışmalar mevcuttur; bazı yazarlar bütün lezyonların incelenmesini öne sürerken, diğerleri sadece atipik ve baş boyun bölgesinde yerleşim gösterenlerin incelenmesini savunmaktadır.^{2,3,4,8,14,16}

Areolanın seboreik keratosis bizim

araştırmalarımıza göre sadece bir vaka rapor edilmiş. Bilateral tutulumlu areolar bölgenin seboreik keratosis daha önceden rapor edilmiş ancak tedavi protokolünden bahsedilmemiştir.¹⁸

Seboreik keratosis tedavisinde yüzeysel dermabrazyon uygulanmış ve değişik yazarlar tarafından, birkaç ay içinde iyileşen ancak erken postoperatif dönemde mevcut olan hiperpigmentasyon rapor edilmiştir.^{19,20,21} Bu yazıda sunulan hastada hiperpigmentasyon postoperatif 3.ay da normale dönmüştür.

Bu vakada kötü huylu değişimi ekarte etmek için yapılan insizyonel biopsiyi takiben, hastanın estetik beklentileri de göz önüne alınarak dermabrazyon uygulandı. 12 aylık takibinde, hasta memnuniyeti sağlanırken, tekrarlama gözlemedik. Bunun yanında klinik açıdan şüpheli lezyonlarda, kötü huylu değişim göz ardı edilmemeli ve yeterli cerrahi sınırlar ile eksizyon ve histopatolojik değerlendirmesi yapılmalıdır.

Bilgilerimiz ışığında, seboreik keratosis hastaların çoğunun herhangi bir tedavi uygulanmadan takip edilmesini önermekteyiz. Baş boyun bölgesinde yerleşim gösteren, veya değişim öyküsü olan küçük lezyonlar eksize edilmeli, klinik tecrübeye dayanarak, lezyonlara insizyonel biopsi ile yapılacak histopatolojik teşhis sonrası, daha iyi kosmetik sonuçlar için küretaj, krioterapi ve dermabrazyon uygulanabilir. Nadir olmasına karşın kötü huylu vakaların tedavisi eksizyon olmalı ve olağan dışı yerleşim gösteren seboreik keratosis iç organ kitleleri akıld tutulmalıdır.

Dr.Ragıp ÖZDEMİR
Ali dede sokak, No: 6/28,
Aşağı Ayrancı, 06550,
ANKARA

KAYNAKLAR

- Anderson PJ, Zuk JA, Rao GS, et al . Squamous Cell Carcinoma Arising within Seborrhic Keratosis. *Plast Reconstr Surg* 1998 Aug;102(2):453-5 discussion 456-8.
- Di Benedetto G, Pierangeli M, Bertani A. A peculiar case of multiple gigantic seborrheic keratoses. *Plast Reconstr Surg* 1997 Apr;99(5):1466-7.
- Marschall SF, Ronan SG, Massa MC. Pigmented Bowen's disease arising from pigmented seborrheic keratoses. *J Am Acad Dermatol* 1990 Sep;23(3 Pt 1):440-4.
- Chiarello SE. Full-face cryo- (Liquid nitrogen) peel. *J Dermatol Surg Oncol* 1992 Apr;18(4):329-32.
- Bryant J. Conservative clinical diagnoses in seborrheic keratosis. *Arch Dermatol* 1998 Jun;134(6):752-3.
- Helm TN, Helm F, Marsico R, et al. Seborrhic keratoses with occult underlying basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1993 Nov;29(5 Pt 1):791-3.
- Rongioletti F, Corbella L, Rebora A. Multiple familial seborrheic keratoses. *Dermatologica* 1988;176(1):43-5.
- Lindelof B, Sigurgeirsson B, Melander S. Seborrhic keratoses and cancer. *J Am Acad Dermatol* 1992 Jun;26(6):947-50.
- Meffert JJ, Deering KC. A naturally occurring ring seborrheic keratosis. *Dermatology* 1996;192(4):383-4.
- Clemmensen OJ, Sjolín KE. Malignancy in seborrheic keratoses. *Acta Derm Venereol* 1986;66(2):158-61.
- Sowden JM, Lewis-Jones MS, Williams RB. The management of seborrheic keratoses by general practitioners, surgeons and dermatologists. *Br J Dermatol* 1998 Aug;139(2):348-9.
- Eberlin JL. Curetting for seborrheic keratoses. *Plast Reconstr Surg* 1998 Feb;101(2):546.
- Lemperle G. Scratching off senil warts. *Plast Reconstr Surg* 1998 Feb;101(2):546-7.
- Miller WT. Multiple giant seborrheic keratoses. *Plast Reconstr Surg* 1998 Feb;101(2):546.
- Parsa FD. Treatment of giant seborrheic keratoses. *Plast Reconstr Surg* 1998 Feb;101(2):546; discussion 547
- Trattner A, David M, Sandbank M. Seborrhic keratoses of the areola. *Cutis* 1994 Feb;53(2):95-6.
- Sloan J.B. and Jaworsky,C. Clinical misdiagnosis of squamous cell carcinoma in situ as seborrheic keratosis. *J Dermatol Surg Oncol* 1993;19:413.
- Eads TJ, Hood AF, Chuang T, Faust HB, Farmer ER. The diagnostic yield of histologic examination of seborrheic keratoses. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1417-1420.
- Jones-Caballero,M, Penas, P.F., Buezo , G.F., Fraga, J., and Arageus ,M. Malignant melanoma appearing in a seborrheic keratosis. *Br J Dermatol* 1995;133:1016.
- Field, L.M. Clinical misdiagnosis of melanoma as well as squamous cell carcinoma masquerading as seborrheic keratosis. *J Dermatol Surg Oncol* 1994: 20;222.
- Maize, J.C., and Snider , R.L. Non melanoma skin cancers in association with seborrheic keratoses: Clinicopathologic correlations. *Dermatol Surg* 1995: 21;960.