

Nevüs Komedonikus: Dört Olgu Sunumu

Nevus Comedonicus: Four Case Report

Ersoy ACER,^a
Hilal KAYA ERDOĞAN,^a
Murat TAD^b

^aDeri ve Zührevi Hastalıkları AD,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Eskişehir

^bPatoloji AD,
Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kırşehir

Geliş Tarihi/Received: 24.10.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 14.04.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:
Ersoy ACER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıkları AD,
Eskişehir,
TÜRKİYE/TURKEY
ersoyacer@hotmail.com

Bu çalışma, 10. Ege Dermatoloji Günleri
(5-10 Mayıs 2015, Fethiye)'nde poster olarak
sunulmuştur.

ÖZET Nevüs komedonikus pilosebace ünitin nadir bir hamartomudur. En çok etkilenen alan yüz olup sırasıyla boyun, gövde ve kollarda izlenmekte ve lokalize, lineer çok sayıda grube komedonlar ile seyretmektedir. Bazen lezyonun inflamasyonu sonrası fistüller, sinüsler ve şiddetli skarlar gelişebilmektedir. Nevüs komedonikusa iskelet, göz, santral sinir sistemi ve deri anormallikleri eşlik ederse nevüs komedonikus sendromu olarak adlandırılmaktadır. Nevüs komedonikus ile karşılaşıldığında mutlaka nevüs komedonikus sendromu açısından sistemik sorgulama ve fizik muayene yapılmalıdır. Tanısı klinik ve histopatolojik bulgularla kolayca konulabilmekte, ancak etkin bir tedavisi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, nevüs komedonikus tanısı konulan dört olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Nevüs; hamartom

ABSTRACT Nevus comedonicus is a rare hamartoma of pilosebaceous unit. Lesions are found the most common in face and neck, body, upper arm, respectively, and localized, linear numerous groups of comedones. Sometimes, after lesion inflammation fistulas, sinuses and severe scars can often seen. Nevus comedonicus has been described in association with various skeleton, opthalmic, central nervous system, skin abnormalities and a term "nevus comedonicus syndrome" has been used for this. When nevus comedonicus is faced, systemic questioning and physical examination should be performed absolutely in terms of nevus comedonicus syndrome. Nevus comedonicus can be easily diagnosed with clinical and histopathological findings, but there is no effective treatment. Here, we reported four cases diagnosed with nevus comedonicus.

Keywords: Nevus; hamartoma

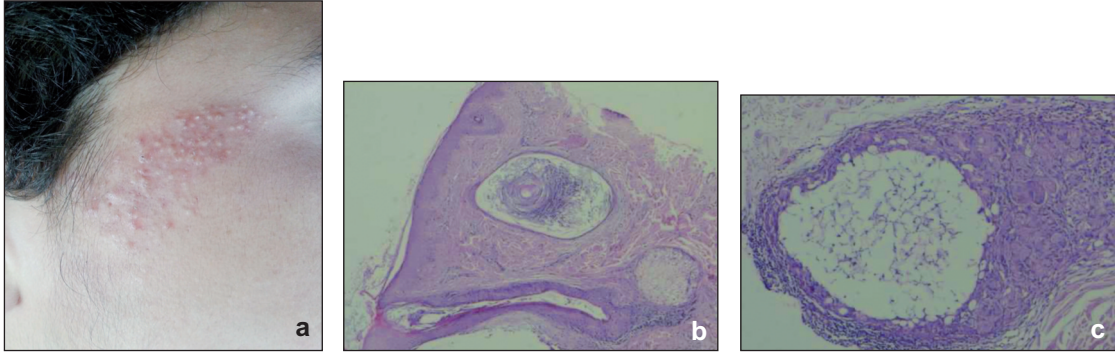
İlk kez 1895 yılında Kofmann tarafından tanımlanan nevüs komedonikus (NK) pilosebace ünitin nadir görülen bir hamartomudur.¹ Klinik olarak sıklıkla lineer yerleşimli açık komedonlara benzer şekilde keratin tıkaçlar ile dolu foliküler açıklıklar ile karakterizedir.²

Bu çalışmada, NK tanısı alan 4 olgu sunulmuş ve NK'nin literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır. Olgulardan fotoğraflarının kullanılması için izin alınmıştır.

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Birinci olgu, 14 yaşında bir erkek hasta idi. Yaklaşık 2 aydır yüzünde olduğunu söylediği minik kabarıklıklar şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde; yüzün sağ tarafında, sağ kulağın ön



RESİM 1: a) Yüzün sağ tarafında, sağ kulağın ön kısmında, eritemli zeminde yer yer ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu beyaz-sarı renkli papüller, b) (H&E x100) İçi keratin dolu kistik alanlar, kistik dilatasyon gösteren kıl folikülleri, perifoliküler inflamasyon, c) (H&E x200) Rüptüre kist ve yabancı cisim reaksiyonu.

kısımında eritemli zeminde yer yer ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu beyaz-sarı renkli papüller izlendi (Resim 1a). Lezyondan NK ön tanısıyla “punch” biyopsi alındı. Lezyonun histopatolojisinde içi keratin dolu kistik alanlar, kistik dilatasyon gösteren kıl folikülleri, perifoliküler inflamasyon, rüptüre kist ve yabancı cisim reaksiyonu saptandı (Resim 1b, c). Olguya klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde NK tanısı konuldu.

OLGU 2

İkinci olgu, 18 yaşında bir kadın hasta idi. Yaklaşık 8 yaşından beri sırtında olduğunu söylediği kahverengi leke şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Dermatolojik muayenesinde; gövde posteriorun sol lateralinden başlayıp, gövde anteriora doğru uzanan lineer yerleşimli yer yer etrafında kahverengi maküllerin olduğu çok sayıda açık komedonlar izlendi (Resim 2). Olgu kabul etmediği için biyopsi alınmadı. Mevcut klinik bulgular eşliğinde olguya NK tanısı konuldu.

OLGU 3

Üçüncü olgu, 16 yaşında bir kadın hasta idi. Yaklaşık 10 yıldır boynunda olduğunu söylediği kahverengi-siyah leke şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde; boynun sol tarafında lineer uzanan, yer yer ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu komedonlar izlendi (Resim 3a). Olgu kabul etmediği için biyopsi alınmadı. Mevcut klinik bulgular eşliğinde olguya NK tanısı konuldu.



RESİM 2: Gövde posteriorun sol lateralinden başlayıp, gövde anteriora doğru uzanan lineer yerleşimli yer yer etrafında kahverengi maküllerin olduğu çok sayıda açık komedonlar.

OLGU 4

Dördüncü, olgu 21 yaşında bir kadın hasta idi. Doğuştan beri ensede olan kahverengi leke şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yapılan dermatolojik muayenesinde; ensede hiperpigmente zemin üzerinde lineer uzanan, ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu açık komedonlar izlendi (Resim 4). Olgu kabul etmediği için biyopsi alınmadı. Mevcut klinik bulgular eşliğinde olguya NK tanısı konuldu.

Her dört olguda da lezyona kaşıntı, yanma gibi herhangi bir semptom eşlik etmiyordu, lezyon bölgesine bir travma, daha önce kendinde ve ailesinde benzer bir lezyon öyküsü bulunmamakta idi. Olguların öz geçmiş, soy geçmiş ve sistem sorgulamasında herhangi bir özellik yoktu. Her dört olguda da NK sendromu olasılığı açısından yapılan nöro-



RESİM 3: a) Boynun sol tarafında lineer uzanan yer yer ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu açık komedonlar, b) Sağ gözün konjonktivasında melanositik nevüs.

lojik, iskelet sistemi ve göz fizik muayene ve tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Yalnızca üçüncü olguda sağ gözün konjonktivasında olgunun doğuştan olduğunu söylediği melanositik nevüs saptandı ve göz hastalıkları bölümü tarafından izlem önerildi (Resim 3b). Her dört olguya da tedavi olarak günde bir kez topikal %0,050 tretinoin içeren krem başlandı. Birinci ve ikinci olgunun 1 ay sonraki kontrollerinde lezyonlarda hafif bir düzelme görüldü. Üçüncü ve dördüncü olguda ise tedaviye belirgin bir yanıt alınamadı.

TARTIŞMA

Pilosebaze üniten nadir görülen bir hamartomu olan NK, ilk kez 1895 yılında Kofmann tarafından tanımlanmıştır.¹ 1/45.000-1/100.000 sıklığında görülen NK, cinsiyet veya ırk ayrımı gözetmemektedir.³ Hastaların yaklaşık yarısında lezyonlar doğumdan kısa bir süre sonra görülmekte, büyük bir kısmında ise 10 yaşından önce ortaya çıkmaktadır.³ Bir, iki ve üçüncü olgumuzda lezyon sırasıyla 14, 8, 6 yaşında ortaya çıkmış, dördüncü olgumuzda ise doğuştan beri lezyonların olduğu ifade edilmiştir. NK'nin sporadik olarak geliştiği düşünülmektedir, fakat literatürde otozomal dominant kalıtım gösteren ailesel hastalar da bulunmaktadır.⁴ Post-traumatik olarak ortaya çıktığı da bildirilmiştir, özellikle geç başlangıçlı hastalarda travma öyküsü sorgulanmalıdır.⁵ Olgularımızın dördünde de herhangi bir travma öyküsü saptanmamıştır.



RESİM 4: Ensede hiperpigmente zemin üzerinde lineer uzanan, ortalarında keratin dolu tıkaçların olduğu açık komedonlar.

Klinik olarak komedonal lezyonlarla karakterizedir ve sıklıkla lokalize ve lineer yerleşim göstermektedir.² Sıklıkla unilaterale olup, bilateral hastalar da bildirilmiştir.⁶ Blaschko çizgilerini takip ettiği de belirtilmiştir.⁷ Komedonal lezyonlar genellikle asemptomatik olup sadece kozmetik problemlere yol açmaktadır. Bazen lezyonun inflamasyonu sonrası fistüller, sinüsler ve şiddetli skarlar gelişebilmektedir. En çok etkilenen alan yüz olup sırasıyla boyun, gövde ve kollarda izlenmektedir. Skalp, palmar yüzey ve glans peniste de daha nadir olarak izlenebilmektedir.⁷⁻⁹

NK'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır. Somatik mutasyon sonucu pilosebaze ünitenin

mezodermal bölümünde gelişim bozukluğu meydana gelmekte, bunun sonucunda terminal kıl ve sebace gland tam olarak gelişememekte, fakat pilosebase ünit keratin oluşturabilmektedir. Bu kornifiye materyal birikmekte ve komedon oluşmaktadır.¹⁰

NK'ye iskelet, göz, santral sinir sistemi anormalliklerinin eşlik ettiği bildirilmiştir, bu durum nevüs komedonikus sendromu (NKS) olarak adlandırılmaktadır. Nörokutanöz bir hastalık olan NKS epidermal nevüs sendromları grubuna aittir, ancak genetik temeli saptanamamıştır. NK'ye katarakt gibi göz hastalıkları, skolyoz, fused vertebra, spina bifida, zihinsel gelişimin gecikmesi, nöbetler, parezi, korpus kallozum disgenезisi, elektroensefalografik anormallikler gibi nörolojik problemler, beşinci parmağın yokluğu, polisindaktili, klinodaktili gibi iskelet anormallikleri, oligodonti, iktiyoz, lökoderma, liken striatus, linear morfea, Sturge Weber sendromu, hemanjiyom, inverse akne gibi dermatolojik problemler ve trikoepitelyoma, pilar kılıf tümörü, keratoakantoma, siringokistadenoma papilliferum, hidradenoma papilliferum gibi epitelyal tümörler eşlik edebilmekte, ayrıca çok nadiren bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom da görülebilmektedir.^{3,7} Üç olgumuzda iskelet, göz, santral sinir sistemi ve deri patolojisi saptanamamıştır; yalnızca üçüncü olguda doğuştan beri olan konjonktivada melanositik nevüs mevcudiyeti gözlenmiş, göz hastalıkları tarafından izlem önerilmiştir.

NK'nin tanısı genellikle klinik olarak konulmaktadır, histopatolojik bulgular tanının konulmasında yardımcı olmaktadır. Ana histopatolojik bulgusu, büyük gruplar hâlinde kıl shaftından yoksun, fakat keratin tabakaları ile dolu dilate foliküller açıklıkların bulunmasıdır. Ayrıca, sebace elementlerde azalma, kistler, kistik invajinasyon-

lar, dermal fibroz, akantoz, hiperkeratoz görülebilmekte fakat parakeratoz veya diskeratoz görülmektedir.³

Ayrırcı tanısında epidermal nevüs, sebace nevüs, Favre-Racouchot sendromu, steatokistoma multipleks, klor aknesi, akne konglobata, ailesel diskeratotik komedonlar, atrophoderma vermikulata ve keratoz pilaris atrofikans, bazal hücreli nevüs düşünülmelidir.^{9,10}

Tedavi kozmetik sebeplerle veya şiddetli vakalarda inflamasyonu azaltmak için uygulanmaktadır. Tedavide komedon ekstraksiyonu ile keratin tıkaçlar boşaltılabilmektedir. Ayrıca topikal olarak tretinoin, amonyum laktat losyonu, tazaroten kullanılabilir. Bunun dışında eksizyon, dermabrazyon, kriyoterapi, oral izotretinoin, sistemik antibiyotikler, dirençli vakalarda lazer tedavileri (ultrapulse CO₂, Erbium: YAG) denenebilmektedir.^{3,10}

Sonuç olarak, NK nadir görüldüğü için genellikle ayrırcı tanılarda akla gelmemektedir. Ancak, klinik ve histopatolojik bulgular ile kolayca tanısı konulabilmektedir. Dermatologların bu hastalığı tanınması yanlış teşhis ve yanlış tedavilerin önüne geçmek açısından önemlidir. Ayrıca, NK ile karşılaşıldığında mutlaka hastaların NKS açısından sistemik sorgulama ve fizik muayeneleri yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Makalenin Yazımı, Tartışılması, Kaynak Bulunması: Ersoy Acer, Hilal Kaya Erdoğan; **Fikir, Tasarım, Analiz, Yazım:** Ersoy Acer, Hilal Kaya Erdoğan; **Eleştirel İnceleme:** Ersoy Acer, Hilal Kaya Erdoğan, Murat Tad.

KAYNAKLAR

1. Thomas VD, Swanson NA, Lee KK. Benign epithelial tumors, hamartomas and hyperplasias. In: Wolff K, Fitzpatrick TB, Wolff K, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2008. p.1059-60.
2. Lefkowitz A, Schwartz RA, Lambert WC. Nevus comedonicus. *Dermatology* 1999; 199(3):204-7.
3. Tcherev G, Ananiev J, Semkova K, Dourmishv LA, Schönlebe J, Wollina U. Nevus comedonicus: an updated review. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2013;3(1):33-40.
4. Giam YC, Ong BH, Rajan VS. Naevus comedonicus in homozygous twins. *Dermatologica* 1981;162(4):249-53.
5. Grimalt R, Caputo R. Posttraumatic nevus comedonicus. *J Am Acad Dermatol* 1993;28(2 Pt 1):273-4.
6. Paige TN, Mendelson CG. Bilateral nevus comedonicus. *Arch Dermatol* 1967;96(2):172-5.
7. Bhagwat PV, Tophakhane RS, Rathod RM, Tonita NM, Naidu V. Nevus comedonicus along Blaschko's lines. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75(3):330.
8. Abdel-Aal H, Abdel-Aziz AM. Nevus comedonicus. Report of three cases localized on glans penis. *Acta Derm Venereol* 1975;55(1):78-80.
9. Utaş S, Yıldırım M, Öztürk F, Soyuer Ü. [Two cases of nevus comedonicus]. *Turk J Dermatology* 1991;1(1)45-7.
10. Yüksek J, Sezer E. [Cutaneous hamartomas]. *Turk J Dermatol* 2008;2:47-51.