

Edinsel Dijital Fibrokeratom (6 Olgu Bildirisi)

AQUIRED DIGITAL FIBROKERATOMA (SIX CASES REPORT)

Osman KÖSE*, Mükerrerem SAFALI**, H. Bülent TAŞTAN***, Ali Rıza GÜR****

* Yrd.Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dermatoloji AD,

** Yrd.Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji AD,

*** Doç.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dermatoloji AD,

**** Prof.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dermatoloji AD, ANKARA

Özet

Edinsel dijital fibrokeratom sıklıkla el ve ayak parmağında ortaya çıkan fibröz dokunun benign tümörüdür. Genellikle tek, yuvarlak biçimli, yüzeysel düz, deri renginde papüldür. Bu makalede, farklı klinik görünümü olan altı edinsel dijital fibrokeratomalı olgu sunulmuş ve ayırıcı tanıları irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Edinsel dijital fibrokeratoma

T Klin Dermatoloji 2001, 11:164-167

Summary

Acquired digital fibrokeratoma is a benign tumor of fibrous tissue that commonly appears on finger. It most commonly presents as solitary, smooth, dome-shaped, skin-coloured papule. In this article, six cases of acquired digital fibrokeratoma with different clinical presentations are presented and differential diagnosis is reviewed.

Key Words: Acquired digital fibrokeratoma

T Klin J Dermatol 2001, 11:164-167

Edinsel dijital fibrokeratom (EDF) klinik ve histolojik olarak tipik görünümüne sahip, daha çok parmaklarda yerleşen ve nadiren travmayı takiben ortaya çıkan, fibröz dokunun benign tümoral bir oluşumdur (1-3). Dermatolojide sık görülen bazı hastalıklarla kolayca karışabilmesi, ilk görüldüğünde bazı malin hastalıklara benzetilmesi nedeniyle ayırıcı tanıların iyi bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bu makalede altı adet EDF'li olgu sunulmuş ve ayırıcı tanıları gözden geçirilerek konu hakkında ayrıntılı bilgiler verilmeye çalışılmıştır.

Olgular

Klinik olarak altı olguya ait birer lezyon değerlendirildi. Olguların tamamı erkekti ve yaş ortalaması 21,3±1,2 olarak bulundu. Olgulara ait klinik bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Sunulan olguların yalnızca birinde travma anamnezi saptan-

abildi. Diğer olgularımızda travma öyküsü yoktu. Lezyonların ortaya çıkış süresi 2 ay ile 6 yıl arasında değişiyordu ve bir olgu dışında lezyonlar el parmaklarında yer alıyordu. Dördüncü olgudaki lezyon lokalizasyon yönünden diğerlerinden farklıydı (Şekil 1). Altıncı olgunun sağ ayak 5. parmak lateralinde yerleşen yuvarlak nodül tüm lezyonlar içinde en büyük (3x3 cm) olan lezyondu (Şekil 2). Olgulardaki lezyonların tamamı asemptomatikti, ancak bazı olgular ellerini kullanırken zorluklarla karşılaştıklarını ifade ediyorlardı. Tüm lezyonlar primer eksizyon ile tamamen çıkarılarak tedavi edildi. Lezyonların histopatolojik incelemelerinde kompakt bir hiperkeratoz ve akantoz gösteren epidermisle örtülü bir yapı ve rete uzantılarında yer yer dallanmalar izlenmekte idi. Bu epidermisin çevirdiği dermal merkez ise lezyonun vertikal aksına paralel seyreden kalın kollajen bantlardan, fibro-blastlardan ve damardan zengin bir yapıdan oluşmaktaydı. Dermisdeki elastik lif miktarı değişiklik göstermekle birlikte oldukça uniform bir morfoloji gösteriyordu. Klinik olarak fuziform görümlü bir lezyonda ise elastik liflerde belirgin bir azalma dikkat çekiyordu. Alınan punch biopsi ile elde edilen histopatolojik görüntü örneği Şekil 3'de gösterilmiştir (HE X 40).

Geliş Tarihi: 18.07.2000

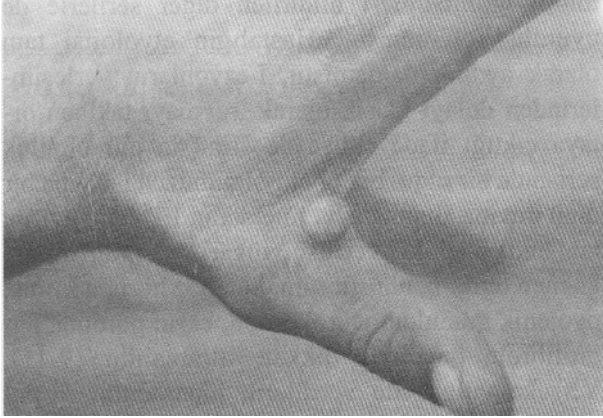
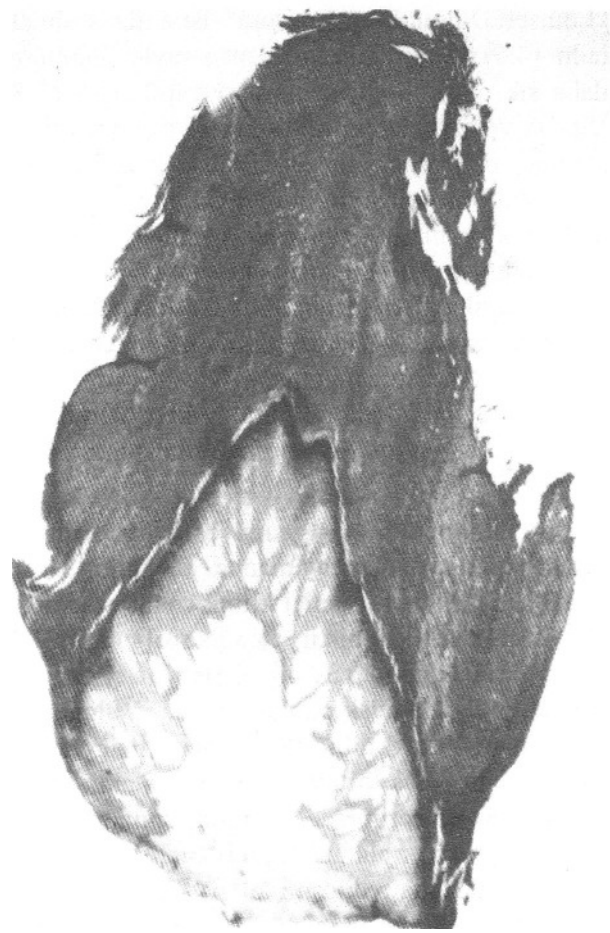
Yazışma Adresi: Dr.Osman KÖSE

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Dermatoloji AD, 06018 Etlik, ANKARA

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri

Sıra	Yaş/ Cins	Lokalizasyon	Lezyonun Tanımı
1	21, E	Sol el 2. parmak distal falanks	2x1 cm ebatlı fuziform yapı
2	20, E	Sağ el 4. parmak distal falanks tırnak kökünde, orta hatta yerleşimli	1x2 cm ebatlı nodül
3	21, E	Sağ el 4. parmak dorsal yüz mediali	0.5x1 cm ebatlı fuziform yapı
4	24, E	Sol el 4.-5. parmak arası dorsal yüz	2x2 cm ebatlı nodül
5	20, E	Sol el 4. parmak palmar yüz mediali	1x 0.5 cm ebatlı nodül
6	22, E	Sağ ayak 5. parmak lateralinde tırnak kökünde	3x3 cm ebatlı tümoral yapı

**Şekil 1.** Tabanındaki dar bant ile oldukça büyük, yuvarlak dijital fibrokeratom.**Şekil 2.** Beşinci parmaktaki tümoral kitle görünümündeki dijital fibrokeratom.**Şekil 3.** Hiperkeratoz ve akantoz gösteren epidermisle örtülü kollajenden zengin dermal bir kora sahip edinsel digital fibrokeratom (HE x 40).

Tartışma

Edinsel digital fibrokeratom (EDF) sıklıkla el ve daha seyrek olarak ayak parmaklarında görülen klinik olarak tek, yuvarlak veya fuziform görümlü deri rengindeki papüller karakterize, histopatolojik olarak ise akantoz gösteren hiperkeratotik bir

epidermis ile örtülü, kalın kollajen bantlardan oluşan, fibröz dokunun benign bir tümörüdür. Genellikle 40 yaş civarında ve erkeklerde daha sık görülür (1-3). Lezyonlar genellikle tek, ufak, sert,

sıklıkla sferik biçimli dar tabanlı deri renginde papüler oluşumlardır. Bazılarının etrafındaki halo biçimli dar taban EDF için patognomonik olarak değerlendirilebilir. Olguların bazılarında travma anamnezi bulunmaktadır. Bu klinik tablo ilk tanımlandığı andan itibaren değişik otörler tarafından farklı klinik antiteler olarak değerlendirilmiştir. Önceleri lezyonların akrall yerleşiminden esinlenerek "Akrall dijital fibrokeratom" tanımı kullanılmışsa da akrall bölgeler dışında yerleşiminin de olması nedeniyle bugün Bart'ın 1968'de tanımladığı "Edinsel Dijital Fibrokeratom" ismi ile anılmaktadır (4,5). Nadir görülmesi nedeniyle literatürde daha sık olarak olgu sunumları yapılmıştır (6-8). Vinson ve Altman'ın bildirdikleri iki ayrı olguda papüler füziform yapı etrafındaki yakalık tarzı hiperkeratotik oluşum vurgulanmış ve özellikle malign lezyonlarla ayırımının yapılması gerektiği vurgulanmıştır (6,7). Çalışmamızda yalnızca Tablo I'de gösterilen 5 nolu olguda yaka tarzında hiperkeratotik bir yapı gözlenmiştir. Diğer olgularımızda ise bu durum saptanmamıştır. Klasik bilgi olarak sunulan ve patognomonik olduğu belirtilen bu belirtiyeye her olguda rastlanmadığını vurgulamak yerinde olacaktır.

Bu konudaki en geniş çalışma Kint ve arkadaşları tarafından yayınlanan 50 olguluk seridir (3). Bu çalışmada lezyonlar klinik ve histopatolojik olarak değerlendirilmiştir. Sunulan olguların 29'u erkek, 21'i bayan olup 39 olguda lezyon el parmaklarında, 6 olguda ayak parmaklarında, 5 olguda ise diz, dirsek, bilek gibi diğer vücut bölgelerinde bildirilmiştir. Yaş ortalamaları 40 olarak belirtilmiştir. Bizim serimizde ise olgularımızın tamamı erkek olup yaş ortalaması 20 civarında ve lezyonların biri dışında yerleşim el parmaklarında idi. Kint olguları klinik ve histopatolojik olarak 3 tipe ayırmıştır. Tip I'de klinik olarak yuvarlak, kubbe şekilli histolojik olarak ise düzensiz kalın kollajen bantlar arasında tek tek fibroblastlar ve ince liflerden oluşan lezyonlar tanımlanmaktadır. Tip II'de klinik olarak hiperkeratotik füziform görünümlü lezyonlarda histolojik olarak artmış fibroblast aktivasyonu ve elastik fibrillerde azalma saptanırken Tip III 'de ise klinikte düz veya yuvarlak biçimli, histopatolojik olarak ince, hücresel ve ödematöz yapısı daha zengin olan, düzensiz, ince ve az miktarda kollajen bantlar ve elastik fibril yokluğu ile karakterize lezyonlar saptanmıştır. Her üç klinik varyantta da epidermis

akantozis ve hiperkeratozis belirgin bulunmuştur (3). Kint'in bu sınıflamasına göre olgularımız içindeki 4 olgu Tip I , 2 olgu Tip II klinik ve histopatolojik özelliklerini göstermektedir. Klinik ve histopatolojik olarak Tip III sınıflamasına giren olgumuz yoktu. Klinik olarak olgularımızın dört tanesi Tip I, iki tanesi Tip 2 klinik özelliklerini taşımaktadır. Olgularımızın histopatolojik görünümü bildirilen diğer serilerle de uyumlu bulunmuştur. Hastalığın etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Lezyonların yerleşimlerinden dolayı klasik olarak travmayı takiben ortaya çıktığı ifade edilse de Kint' in elli olguluk serisinde bir olgu, bizim altı olgumuzda ise yine bir olgu travma anamnezi vermektedir. EDF'nin ayırıcı tanısında özellikle verrüka vulgaris, ekstra parmak, koenen tümörü, nörofibrom, kutanöz horn, nöroma, pyojenik granulom, akrokordon, ektrin poroma, angiofibrom öncelikle dikkate alınmalıdır (9-11). Verrüka vulgarisde verrülerin hiperkeratotik papüler bir yapı göstermeleri ve birden fazla buluna-bilmeleri ile ayırımı yapılabilir. Ekstra parmakların doğuştan beri varolmaları ve histopatolojik olarak sinir liflerinin de bulunması onların EDF'den kolayca ayrılmasına yardımcı olur (9). Kint tarafından bildirilen başka bir çalışmada koenen tümörleri ile EDF'nin ayırıcı tanıda karıştırılabileceği vurgulanmış ancak koenen tümörünün tırnak yatağında sabit olarak bulunması ve tüberosklerozun diğer klinik bulguları ile beraber olmasının klinikte yardımcı olabileceği belirtilmiştir (10). Tisa ve ark.larının bildirdiği bir olguda soliter periungual angiofibromun EDF ile klinik olarak karışabileceği belirtilmiştir (11). Bunlar dışında nörofibrom, nörinom ve akrokordon da EDF ile karışabilir. Ancak bunların daha yumuşak yapılarının palpasyonla hissedilmesi ayırıcı tanılarında yardımcı olmaktadır. Klinik olarak EDF'nin füziform görünümlü tipinin kutanöz hornndan ayırımının yapılması zor olabilir, burada ayırım daha çok histopatolojik olarak yapılır. Lezyonların basit cerrahi ekzisyonu etkili tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak önemli oranlarda nüks görülmektedir (3,6). Hastalara uyguladığımız cerrahi tedaviler sonucunda yapılan 6 aylık takip döneminde nüks belirle-nememiş ancak daha sonra hastalar kontrole gelmemişler ve daha uzun takip yapılamamıştır. Uygulanan bir diğer tedavi laser ablasyonudur an-

çak bu tedavi yönteminin uygulandığı geniş serilerle yapılan çalışmalar henüz bildirilmemiştir. Bizim olgularımızın hepsinde cerrahi eksizyon uygulanmış ve bir yıllık süre içinde nüks gözlenmemiştir. Sonuç olarak bu olguların klinikte nadir görülmesine karşın ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken dermatolojik hastalıkların oldukça fazla olması, edinsel dijital fibrokeratomun dikkatle değerlendirilmesini gerektirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Odom RB, James WD, Berger TG (eds) Acral fibrokeratoma. In: Andrew' s Diseases of the skin. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders , 2000:771
2. Baran R, Tosti A, Disorders of epidermal appendages and related conditions. In: Feedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, et al, eds. Dermatology in General Medicine. 5 th ed. New York : Mc Graw Hill, 1999:764.
3. Kint A, Baran R, Kayser H. Acquired (Digital) fibrokeratoma. J Am Acad Dermatol 1985; 12: 816-21.
4. Hare PJ, Smith PAJ. Acquired (digital) fibrokeratoma. Br J Dermatol. 1969; 81: 667-70.
5. Bart RS, Andrade R, Kopf AW, ve ark. Acquired digital fibrokeratoma. Arch Dermatol 1968; 97: 120-8.
6. Altman DA, Griner JM, Faria DT. Acquired digital fibrokeratoma. Cutis 1994; 54: 93-4.
7. Vinson RP, Angeloni VL. Acquired digital fibrokeratoma. Am Fam Physician 1995; 52(5) : 1365-7.
8. Köse O, Baloğlu H, Baykal B. Edinsel Digital fibrokeratoma XIII. Lütü TAT Sempozyumu Kitabı 1998: 223-4.
9. Berger RS, Spielvogel RL., Dermal papule on a distal digit. Acquired digital fibrokeratoma. Arch Dermatol 1988; 124(10): 1559-60.
10. Kint A., Baran R, Histopathologic study of koenen tumors. Are they different from acquired digital fibrokeratoma ? J Am Acad Dermatol 1988; 18(2 Pt1) :369-72.
11. Tisa LM, Iurcotta A, Solitary periungual angiofibroma : An unusual case report. J Am Podiatr Med Assoc 1993; 83(12): 679-80.