



Sert damakta psödoepitelyomatöz hiperplazi: Olgu sunumu

Pseudoepitheliomatous hyperplasia of the hard palate: case report

Ozan Erol, Erdinç Aydın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Psödoepitelyomatöz hiperplazi, mukökütanöz yüzeylerde reaktif epitelyal çoğalma gösteren benign bir lezyondur. Psödoepitelyomatöz hiperplazi, klinik ve patolojik olarak yassı hücreli karsinom ile karıştırılır. Bu nedenle, doğru tanı ile daha radikal tedavi seçeneklerinin önüne geçilebilir. Tanıda immünohistokimyasal boyalar da yardımcı olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, psödoepitelyomatöz hiperplazi ve yassı hücreli karsinomun ayırıcı tanısı ve tedavisi üzerinde durulmuştur.

Anahtar sözcükler: Karsinom; fokal epitelyal hiperplazi; sert damak; yassı hücre.

ABSTRACT

Pseudoepitheliomatous hyperplasia is a benign lesion which shows reactive epithelial proliferation on mucocutaneous surfaces. Pseudoepitheliomatous hyperplasia is confused with squamous cell carcinoma clinically and pathologically. Therefore, more radical treatment options may be avoided with correct diagnosis. Immunohistochemical stains may also be useful for diagnosis. This case report focuses on the differential diagnosis and treatment of pseudoepitheliomatous hyperplasia and squamous cell carcinoma.

Keywords: Carcinoma; focal epithelial hyperplasia; hard palate; squamous cell.

Psödoepitelyomatöz hiperplazi (PEH), mukozal ve kütanöz yüzey epitelinin reaktif epitelyal çoğalmasdır.^[1] Psödoepitelyomatöz hiperplazinin yassı hücreli karsinomdan ayırıcı tanısı zor olabilir. Psödoepitelyomatöz hiperplazi benign bir lezyon olup tedavisi konservatif iken; yassı hücreli karsinom malign bir tümördür ve tedavisi genellikle agresif cerrahi gerektirir. Bu nedenle radikal tedaviden kaçınmak için ayırıcı tanı çok önemlidir. Benign oluşumun malign oluşumdan ayrılmasının zor olduğu durumlarda immünohistokimyasal boyalar tanıda yardımcı olabilir.^[1,2]

Bu yazıda sert damağında malign görünümlü lezyon olan ancak patoloji sonucu PEH olarak raporlanan kadın olgu sunuldu.

OLGU SUNUMU

Elli yaşında kadın hasta, yaklaşık bir yıldır var olan damakta yara, dilde yanma ve özellikle yemek yerken şiddetli ağrı yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde sert damak orta hattın solunda yaklaşık 5x5 mm boyutlarında yüzeyden kabarıklık, endure, nodüler lezyon izlendi (Şekil 1). Manyetik rezonans incelemede: "Sert damak orta hattın solunda yerleşim gösteren yaklaşık 5x4 mm boyutlarında mukozada sınırlı nodüler lezyon" saptandı. Lezyon, etrafında yeterli emniyet sınırı bırakılarak tabandan periost da dahil edilerek cerrahi yöntemle çıkarıldı (Şekil 2). Sekonder iyileşmeye bırakıldı (Şekil 3). Alınan örnek patolojiye gönderildi ve patoloji sonucu 'Keratozis, PEH, mukozal bezlerde hiperplazi' olarak bildirildi.

Geliş tarihi: 16 Mart 2015 *Kabul tarihi:* 02 Nisan 2015

İletişim adresi: Dr. Ozan Erol, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Fevzi Çakmak Cad. 5. Sok. No: 48, 06490 Bahçelievler, Ankara, Türkiye.

Tel: 0535 - 526 05 29 e-posta: ozzy.erol@gmail.com

© 2016 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



Şekil 1. Sert damakta malign görünümlü lezyon.

TARTIŞMA

Psödoepitelyomatöz hiperplazi, mukozal ve kütanöz yüzey epitelinin reaktif epitel proliferasyonudur. Tipik yara iyileşmesi tepkilerinde, özellikle de rezeksiyon modellerinde gözlenirken, bu fenomen mukokütanöz enflamatuvar ve dejeneratif hastalıklar ile özellikle mantar maddelerinin neden olduğu enfeksiyonel süreçler de dahil olmak üzere çeşitli klinik durumlarda teşhis edilebilir.^[2] Psödoepitelyomatöz hiperplazi olgularının çoğunluğunu deri lezyonları oluşturmaktadır ancak daha nadir olarak oral kavitede de görülebilmektedir.^[3]

Psödoepitelyomatöz hiperplazi çok iyi bilinen bir fenomen olmasına rağmen, patogenezi çok az anlaşılabilmiştir. Bu durum, neden neoplastik olmayan bir epitelin



Şekil 3. Sekonder iyileşmeye bırakılan skar dokusu.



Şekil 2. Yeterli emniyet sınırı ile çıkarılan lezyon.

sınırlarından uzak kaldığını ve neden invaziv yapılar gösteren karsinomatoz dokuya benzediği sorusunu akla getiriyor.

Psödoepitelyomatöz hiperplazide, epitel ve fibroblastik aktiviteler arasındaki ilişkinin değiştiği; epitel ögelerinin aşırı proliferasyonu ve kronik granülomatöz mezoderm büyümesinin eş zamanlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.^[3,4] İyileşme sürecinde enflamasyon fazının uzun olmasının, PEH'nin temel nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Enflamatuvar sitokinlerde (interlökin (IL)-1, 10 ve 14) aynı zamanda PEH'nin gelişiminde rol oynayabileceği düşünülmektedir.^[5]

Psödoepitelyomatöz hiperplazinin histolojik incelenmesinde belirgin epidermal hiperplazi saptanmaktadır. Derin dermis veya submukoza ne kadar derinse, o kadar nötrofil ve histiyositlerden yoğun bir enflamatuvar infiltrat tespit edilmektedir (Şekil 4).^[1]



Şekil 4. Yüzeyde keratozis izlenen çok katlı yassı epitelde, retelerde uzama ve birleşme izlenmektedir. Eşlik eden hafif kronik enflamasyon mevcuttur. (H-E x 100).

Tablo 1

Histopatolojik farklılıklar

Özellikler	Psödoepitelyomatöz hiperplazi	Yassı hücreli karsinom
Keratinositlerin büyüklüğü	Adneksiyal epitel kökenli	Çoğunlukla epidermal kökenli
Stratum korneum	Orto- veya parakeratozis	Parakeratozis yaygın
Stratum granulosum	Artma	Azalma
Keratin inci oluşumu	Yaygın	Değişken
Sitolojik atipi	Minimal seviyede; genellikle bazal tabakaya yerleşmiş	Değişken; bazen bir aktinik keratoz odağı, ya da bitişik epidermis yerinde yassı hücreli karsinom
Mitotik aktivite/mitoz	Nadir; genellikle bazal tabakada, (atipik değil)	Değişken; epidermisin her seviyesinde atipik mitozlar
Keratinosit nekrozu	Yok	Değişken
Epitel içi enflamatuvar hücreler	Yaygın, çoğunluklar nötrofiller ve eozinofiller	Nadir
Vasküler ve perinöral invazyon	Yok	Değişken

Psödoepitelyomatöz hiperplazinin en önemli tanısal özellikleri; nükleer atipi ve anormal mitozların olmamasıdır. Diğer yandan, nükleer pleomorfizmin varlığı, atipi ve mitotik aktivite yassı hücreli karsinomda görülmektedir.^[1,6]

Sunulan olguda, aktif-kronik enflamasyon ve granülasyon dokusu, keratozis ve tükürük bezlerinin proliferasyonu tespit edildi.

Hem klinik hem histolojik olarak yassı hücreli karsinoma benzer görünümüne olduğu için, PEH, yassı hücreli karsinom olarak yanlış teşhis edilmiş olabilir.^[2,6] Özellikle de eğer biyopsi yüzeysel yapıldıysa ve alınan doku örneği yeterli değilse, karsinomun dışlanması çok zor olabilir. Yassı hücreli karsinomu PEH'den ayırt edebilmekte kriter olarak: esas lezyonun tanınması, adneksiyal epitel hücrelerin çoğalması, papiller dermis çoğalması sınırlanması, büyük nükleoli ile birlikte hafif sitolojik atipi, çok az ya da hiç bulunmayan mitotik figürler, küçük ya da hiç bulunmayan hücre nekrozları gibi kriterler kullanılabilir (Tablo 1).^[6,7]

Wolber ve ark.nın^[7] yaptıkları çalışmada; yassı hücreli karsinomda bulunan, ancak PEH'de olmayan tek özelliğin epitel hücre atipi olduğu ve yukarıdaki kriterlerin büyük bir çoğunluğunun güvenilir olmadığı iddia edilmiştir.

Ayrıca, yassı hücreli karsinom PEH ile karşılaştırıldığında E-cadherin azalırken, aksine p53 ve matriks metalloproteinaz-1'in önemli derecede arttığı saptanmıştır. Bu yüzden; iyi huylu bir süreci kötü olandan ayırmanın zor olduğu olgularda, immünohistokimyasal boyamalar tanıya yardımcı bir yöntem olarak kullanılabilir.^[1,6,8]

Bizim olgumuzda da ilk başta yassı hücreli karsinom olabilir mi diye düşünülen lezyonun patolojik inceleme sonucu PEH olarak saptanmıştır. Bu ayırımın iyi yapılması tedavinin yeterli olduğunu göstererek daha sonraki radikal girişimlerin önüne geçmiştir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Arslan H, Karahatay S, Günel A, Gerek M. Pseudoepitheliomatous Hyperplasia After Excision of a Pleomorphic Adenoma from the Hard Palate: Case Report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32:1461-4.
2. Meleti M, Mooi WJ, van der Waal I. Oral malignant melanoma associated with pseudoepitheliomatous hyperplasia. Report of a case. *J Cutan Pathol* 2006;33:331-3.
3. Takeda Y, Sasou S, Obata K. Pleomorphic adenoma of the minor salivary gland with pseudoepitheliomatous hyperplasia of the overlying oral mucosa: report of two cases. *Pathol Int* 1998;48:389-95.
4. Zarovnaya E, Black C. Distinguishing pseudoepitheliomatous hyperplasia from squamous cell carcinoma in mucosal biopsy specimens from the head and neck. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:1032-6.
5. Kaminagakura E, Bonan PR, Lopes MA, Almeida OP, Scully C. Cytokeratin expression in pseudoepitheliomatous

- hyperplasia of oral paracoccidioidomycosis. *Med Mycol* 2006;44:399-404.
6. Zarovnyaya E, Black C. Distinguishing pseudoepitheliomatous hyperplasia from squamous cell carcinoma in mucosal biopsy specimens from the head and neck. *Arch Pathol Lab Med* 2005;129:1032-6.
 7. Wolber RA, Talerman A, Wilkinson EJ, Clement PB. Vulvar granular cell tumors with pseudocarcinomatous hyperplasia: a comparative analysis with well-differentiated squamous carcinoma. *Int J Gynecol Pathol* 1991;10:59-66.
 8. El-Khoury J, Kibbi AG, Abbas O. Mucocutaneous pseudoepitheliomatous hyperplasia: a review. *Am J Dermatopathol* 2012;34:165-75.