

## İzole Palmar Kollajenomalı Bir Olgu Sunumu

### A Case Report of Isolated Palmar Collagenoma

Sayın Editör,

Bağ dokusu nevüsleri, dermisin hücre dışı yapılarının sınırlı hamartomatöz malformasyonlarıdır. Kollajen lifler, elastik lifler ya da glikozaminoglikanlardan oluşabilir. Kollajenin birikimiyle oluşan hamartoma kollajenoma adı verilir (1). Kollajenomalar başlıca kalıtsal ve edinsel olarak ayrılabilen, edinsel grupta yer alan izole kollajenoma olguları oldukça nadir görülmektedir (2).

Yirmi dört yaşında erkek hasta, sol elinde yaklaşık sekiz yıldır bulunan kitleler nedeniyle polikliniğe başvurdu. Ağrısız olan bu kitlelerin ilk önce ikinci parmak arasından başladığı ve yavaş yavaş parmak ucuna doğru ilerlediği öğrenildi. Hastanın travma ya da başka bir hastalık öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede, sol el palmar bölgede ikinci parmak arasından başlayıp işaret parmağı ulnar tarafta parmak ucuna kadar uzanan yumuşak kıvamlı, düzgün sınırlı, tümoral plağa dönüşen, deri renginde, 3-5 mm arasında değişen büyüklüklerde papüller ve plak tespit edildi (Şekil 1, 2). Hastada bu lezyon dışında herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Aile öyküsü yoktu. Çekilen el grafisinde herhangi bir kemik patolojisi saptanmadı. Nodülden alınan insizyonel biyopsinin histopatolojik incelemesinde hiperkeratotik çok katlı yassı epitel altında artmış miktarda, rastgele dağılım gösteren, kaba- kalın kollajen demetler görüldü. Bu kollajen demetlerde dejenerasyon saptanmadı (Şekil 3). Histokimyasal çalışma ile yapılan elastik Van Gieson boyamada elastik liflerde artış ya da patoloji görülmedi. Olgu kollajenoma olarak yorumlandı.

Lezyonların sadece bir bölgede olması, aile öyküsünün olmaması, eşlik eden herhangi bir patolojinin bulunmaması nedeniyle hastaya izole palmar kollajenoma tanısı konuldu. Hasta cerrahi tedavi istemedi.

Derinin konnektif doku nevüsleri, ekstrasellüler matris elemanlarından olan kollajen, elastin ya da proteoglikanlardan oluşan hamartomatöz lezyonlardır. Kollajen tipi konnektif doku nevüsleri ya da kollajenomalar, dermiste kollajenin aşırı birikimiyle oluşan bir bağ dokusu nevusudur. Genel olarak kalıtsal ve edinsel olarak sınıflandırılır (1). Kalıtsal gruptakiler familial kutanöz kollajenoma, Proteus sendromunda görülen plantar serebriform kollajenoma, tuberosklerozdaki Shagreen yamaları ve Buschke-Ollendorff sendromunda osteopoikilozis ile birlikte olan dissemine lentiküler dermatofibrosis olarak karşımıza çıkarken edinsel olanlar kendi içinde erüptif ve izole olarak ikiye ayrılır (2).

Familiyal kutanöz kollajenoma; otozomal dominant geçiş gösteren genellikle gövde ve üst ekstremitelerde simetrik yerleşen, multipl endüre dermal nodüllerle karakterizedir. Lezyonlar sıklıkla adölesan dönemde oluşur ve birlikte idiyopatik progresif kardiyomyopati, konjestif kalp yetmezliği ve kardiyak ileti bozuklukları görülebilir. Proteus sendromu, kompleks konjenital hamartomatöz bir hastalıktır. Deri, iskelet sistemi, santiral sinir sistemi, yumuşak dokular, vasküler yapılar ve bazen visseral organlar etkilenebilir. En sık karşılaşılan bulguları vücutta yaygın bağ doku nevüsleri ve kemiklerde asimetrik büyümedir. Plantar bölgede yerleşik serebriform kollajenomalar Proteus sendromu için patognomonik bir bulgudur (3).

Tuberoskleroz, otozomal dominant kalıtım gösteren karakteristik olarak beyin, retina, deri, akciğer, böbrek ve kalp gibi organlarda hamartomlara yol açan bir hastalıktır. Shagreen yamaları, tuberoskleroz hastalığında görülen kollajen birikimiyle oluşan tümoral veya plak şeklindeki lezyonlardır. Buschke-Ollendorff sendromu,

**Yazışma Adresi / Corresponding Author:** Uz. Dr. Zeynep Türkşen, Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Kliniği Ankara, Türkiye Tel: +90 312 567 20 00 e-posta: zeynepnsen1975@hotmail.com

**Bu olgu sunumu XIX. Prof.Dr. A.Lütfü Tat sempozyumunda e-poster olarak sunulmuştur.**

doi:10.5152/tdd.2010.20



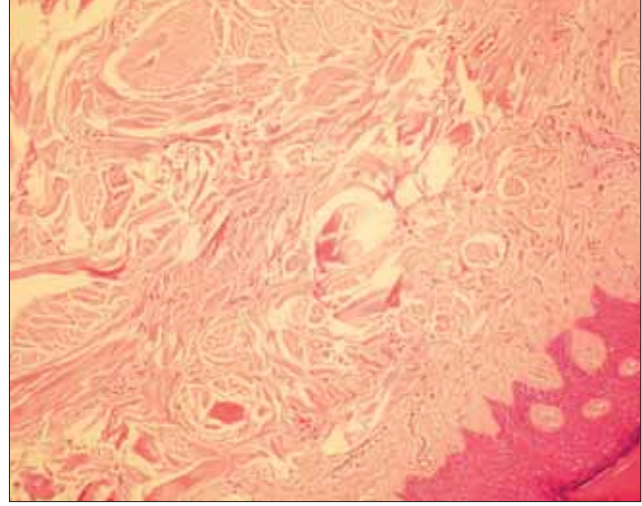
Şekil 1. Sol el palmar bölgede deri renginde papüller ve plak görünümünde



Şekil 2. Lezyonların yakından görünüşü

pleitropik otozomal dominant geçişli, inkomplet penetranslı bir herediter konnektif doku hastalığıdır. Osteopoikilozis ve dissemine lentiküler dermatofibrozisin birlikte bulunduğu bir sendromdur. Dermal lezyonlar kollajen, elastik lifler ve bazen de mukopolisakaritlerden oluşan konnektif doku nevüsleridir. Lezyonlar alt ekstremitte ve gövdenin alt kısımlarında lokalize asimetric yayılım gösteren multipl, sert, soluk renkli papül ve plaklar şeklindedir (4).

İzole kollajenoma, aile öyküsü olmadan tek lokalizasyonda ortaya çıkar ve yavaş bir progresyon izler. Sıklıkla baş, boyun, gövde ve üst ekstremitte yerleşir (5). Avuç içi ve ayak tabanında lokalize olanların üzerindeki deri hiperkeratotik bazen de serebriform bir görünüm alabilmektedir. Olgumuzda da aile öyküsü yoktu ve lezyonlar tek bir bölgede mevcuttu. Sekiz yıl içinde yavaş progresyon göstermişti. Avuç içinde lokalize olmakla beraber hiperkeratotik bir görünüm yoktu.



Şekil 3. Hiperkeratotik çok katlı yassı epitel altında artmış miktarda, kaba- kalın kollajen demetler görüldü

Erüptif kollajenomalar klinik olarak familyal kutanöz kollajenomaya benzer. Çok sayıda nodül gövde ve ekstremitelerde görülebilmekte ve bazen simetrik olabilmektedir. Ama aile öyküsü yoktur. Hastalar genellikle sağlıklıdır ve lezyonların oluşumu anidir (6).

Uitto ve arkadaşları (7), kollajenomanın hemen hemen sadece tip1 kollajenden oluştuğunu göstermişlerdir. Sorunun etkilenen bölgelerde kollajenaz üretiminde azalma nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Histopatolojik olarak dermiste kollajen lif miktarının arttığı, elastik lif boyaları ile elastik liflerin azalmış ya da normal seviyelerde olduğu görülmüştür. Fibroblast sayısında artış yoktur (4). Olgumuzda da histopatolojik incelemede kollajen liflerde artış vardı, Van Gieson ile yapılan boyamada elastin liflerde artış olmaması da literatürle uyumlu bulundu.

Kollajenoma, benin bir hastalıktır ama spontan gerileme söz konusu değildir. Medikal tedavinin yeri yoktur. Kosmetik sorun oluşturan izole lezyonlar cerrahi olarak çıkarılabilir. Multipl olanlarda cerrahi girişim uygun değildir. Ayrıca özellikle el ve ayaklarda yerleşik lezyonlarda eksize edilmeden önceki fonksiyonel durum ile eksizyon sonrası oluşabilecek fonksiyon bozuklukları karşılaştırılarak eksizyon kararı verilmelidir.

### Kaynaklar

1. Uitto J, Santa-Cruz DJ, Eisen AZ. Connective tissue nevi of the skin: clinical, genetic and histopathologic classification of hamartomas of the collagen, elastic, and proteoglycan type. J Am Acad Dermatol 1980;3:441-61.
2. Nico MMS, Valante NYS, Machado KA. Isolated Plantar Collagenoma. Acta Derm Venereol 2003;83:144.
3. Nelson AA, Ruben BS. Isolated plantar collagenoma not associated with proteus syndrome. J Am Acad Dermatol 2008;58:497-9.
4. Choi JC, Lee MW, Chang SE, et al. Isolated plantar collagenoma. Br J Dermatol 2002;146:164-5.

5. Romiti R, Romiti N. Papuloliner collagenoma. J Am Acad Dermatol 2004;50:797-8.
6. Mukhi SV, Kumar P, Yuvarajkumar D, Raghuveer CV. Eruptive collagenoma. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2002;68:98-9.
7. Uitto J, Bauer EA, Santa-Cruz DJ, et al. Decreased collagenase production by regional fibroblast cultured from skin of a patient with connective tissue nevi of the collagen type. J Invest Dermatol 1982;78:136-40.

**Zeynep Türkşen<sup>1</sup>, Ayşe Serap Karadağ<sup>2</sup>, Fadime Kılınc<sup>3</sup>, Servet Güreşçi<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>4</sup>Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye