

Alt Ekstremitede Epidermoid Karsinom Ve Piyojenik Granülomu Taklit Eden Amelanotik Malign Melanom

AMELANOTIC MALIGNANT MELANOMA IN THE LOWER EXTREMITY MIMICKING SQUAMOUS CELL CARCINOMA AND PYOGENIC GRANULOMA

Haluk VAYVADA, Fahri MOLA, Adnan MENDERES, Alpaslan TOPCU, Mustafa YILMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Amelanotik malign melanom; pigment eksikliği ile karakterize ve klinik olarak tanıda zorluk yaratan ve tedavide gecikmeye yol açabilen sınıflandırılmamış bir melanom alt grubudur. Bu çalışmada da alt ekstremitede klinik olarak epidermoid karsinom ve piyojenik granülomu taklit eden iki amelanotik malign melanom olgusu sunulmuştur. Yanıltıcı klinik görünüşleri nedeniyle bu lezyonların eksizyonunun gecikmesi veya benign lezyonlar gibi tedavi edilmesi tümör derinliğinin artmasına ve hayatı tehdit eden bir lezyon haline gelmesine neden olabilir.

Anahtar sözcükler: Amelanotik malign melanom, alt ekstremitede, epidermoid karsinom, piyojenik granülom

SUMMARY

Amelanotic malignant melanoma that is characterized with lack of melanin pigment in the tumor cells, is an unclassified sub-type of malignant melanoma. Because of the lack of pigmentation, there are difficulties in clinical diagnosis, which can lead delays in the treatment. Two cases of amelanotic malignant melanoma in the lower extremity are reported. These lesions were mimicking epidermoid carcinoma and pyogenic granuloma on the heel.

The misleading clinical appearance of this form of cutaneous melanoma can have serious implications for the patient if such a misdiagnosed malignant melanoma is treated as benign lesion. This delay in diagnosis can allow a thin melanoma to become a more invasive, life-threatening lesion.

Key words: Amelanotic malignant melanoma, lower extremity, epidermoid carcinoma, pyogenic granuloma

Haluk VAYVADA

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik

Cerrahi AD

35340 İnciraltı / İZMİR

Tel: (232) 4123506

Fax: (232) 2776757

e-posta: vayvada@ipras.net

Malign melanom (MM) nöral krestten köken alıp melanositlere diferansiye olan hücrelerden gelişen malign bir deri tümörüdür. İnsidansı tüm dünyada yılda yaklaşık %6 oranında artış gösteren malign melanom, beyaz ırkta sıklığı en hızlı artış gösteren malign tümör olma özelliği göstermektedir. Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda insidans oranları da farklılık göstermektedir. Artış hızının daha iyi anlaşılabilmesi için aynı popülasyonda yapılan bir çalışmada

1971'de toplumda yıllık 4,8 / 100000 sıklıkta rastlanırken 1991'de bu oran 15,5 / 100000'e yükselmiştir. Son yıllarda özellikle beyaz ırkta malign melanom insidansındaki bu hızlı artışa rağmen, 5 yıllık yaşam oranının da artışın olması, hastalığın özelliklerinin daha iyi anlaşılması, erken tanı ve daha rasyonel tedavi yaklaşımlarının sonucudur (1,2).

Etiolojik faktörler olarak derinin pigmentlezyonları ve UV radyasyon yanında travma da suçlanmaktadır

(3). Daha çok güneşe maruz kalan baş, boyun, kol gibi alanlarda sık görülmekle birlikte kadınlarda bacaklar, erkeklerde gövde gibi özel anatomik lokalizasyonlarda insidans artışı görülmektedir (3-5).

Malign melanomda kesin tedavi erken evrede uygulanan cerrahidir. Bu nedenle lezyonun erken sap-tanması etkin tedavi açısından önkoşuldur (6-9) .

Genel olarak boyut, şekil, elevasyon, renk, lokal kaşıntı, kanama ve ülserasyon gibi değişiklikler gösteren lezyonlara şüphe ile yaklaşılırken, pigmentasyon göstermeyen diğer deri lezyonları tanının gecikmesine yol açmaktadır (6-9). Amelanotik Malign Melanom klinik olarak zor tanınması ve tümör hücrelerinde melanin pigmentinin tipik olarak eksikliği ile karakterize, tanı ve tedavide gecikmelere yol açan sınıflandırılmamış bir alt tiptir (7-10). Tüm melanomların %1,8' ini oluşturmakla birlikte, klinik olarak immatür skar dokusu, piyojenik granülom, Bowen hastalığı, squamöz hücreli karsinom ve egzamatiform deri lezyonlarını taklit edebilmesi tanının gecikmesine yol açmaktadır (7-12). Biz de alt ekstremite yerleşimli, pigmentasyon göstermeyen klinik olarak epidermoid karsinomu yada piyojenik granülomu taklit eden ülsere amelanotik malign melanomlu iki olgumuzu ve tedavi yaklaşımlarını sunuyoruz.

OLGU SUNUMU 1

Altmışdört yaşında bayan hasta, yaklaşık 10 ay önce sağ topukta travma sonrası oluştuğunu belirttiği kapanmayan ağrılı yara nedeniyle kliniğimize başvurdu. Daha önce iki farklı merkezde pansumanlarla takip edilen ancak uygulanan tedavilerden fayda görmeyen hastanın yapılan lokal muayenesinde sağ topuk bölgesi orta hatta yerleşimli 3 x 2,5 cm boyutunda, verrüköz, ülsere, zemini granülasyon dokusu ile kaplı, çevresi eritemli ve ağrılı lezyon saptandı (Resim 1). Klinik görünümü ve hastanın hikayesi nedeniyle epidermoid karsinom şüphesi ile alınan insizyonel biopsi sonucu amelanotik malign melanom (Clark level V, Breslow 9 mm) olarak bildirildi. Ameliyat öncesi değerlendirmede bölgesel lenf nodu ve uzak metastaz görülmedi. Bu sonuç üzerine lezyon çevresinden 3 cm cerrahi sınır ile

periostu da içerecek şekilde eksizyon ve eş zamanlı hastaya inguinal disseksiyon operasyonu uygulandı. Oluşan defekt distal bazlı sural ada flebi ile onarıldı (Resim 2). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta 3. haftadan itibaren normal yürümeye kavuştu.



Resim 1. Sağ topukta ağrılı, kronik yarası bulunan 1 nolu hastanın preoperatif görünümü

OLGU SUNUMU 2

Elliiki yaşında erkek hasta, sol topuk bölgesinde iyileşmeyen yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastada 8 yıl önce travma nedeniyle sol topukta doku kaybı meydana gelen hastanın doku kaybı başka bir merkezde tam kat deri grefti ile onarılmış. Hastada 5 ay önce greftli alan çevresinde ağrılı, ülsere bir yara ortaya çıkmış. Yaklaşık 3 ay boyunca başka bir merkezde piyojenik granülom tanısı konularak

pansumanlarla izlenmiş. Kliniğimize ilk başvurusunda sağ topuk bölgesi orta hattında yerleşimli, yaklaşık 5 x 6 cm boyutlarında, çevresi hiperemik, ortasında nekrotik ve pürülan akıntılı, zeminde yer yer verrüköz yapıların izlendiği, palpasyonla ağrılı lezyon tespit edildi (Resim 3). Hastaya uygulanan insizyonel biyopsi sonucu amelanotik malign melanom (Clark level V, Breslow 9 mm) olarak geldi. Hastanın sistemik muayene ve tetkiklerinde metastaz saptanmadı. Ameliyat öncesi hazırlıkların ardından lezyon tabanda periost da dahil olacak şekilde 3 cm cerrahi sınır ile eksizyon ve inguinal disseksiyon operasyonu uygulandı. Oluşan defekt distal bazlı sural ada flebi ile onarıldı (Resim 4). Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmedi.



Resim 2. Distal bazlı superfisyal sural arter ada flebi ile rekonstrüksiyonu yapılmış 1 nolu hastanın postop 6. hafta görünümü

TARTIŞMA

Malign melanom insidansındaki hızlı artışa rağmen 5 yıllık yaşam süresindeki artış, erken tanı ve erken tedavinin önemini bir kez daha göstermiştir. Cerrahi, tedavide primer seçenektir ve erken tanı ve uygun cerrahi yaklaşım uzun sağkalım süresini sağlamaktadır (13,14). Tipik pigmentasyon ve karakter değişikliği gösteren lezyonlarda, tanıda sorun olmamakla birlikte, depigmente lezyonlar tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Amelanotik malign melanom tüm melanomlar içinde düşük görülme oranına rağmen, Bowen hastalığı, lökoderma, nevus depigmentosus, nörodermatitis, egzema, aktinik keratoz, skuamöz hücreli karsinom ve piyojenik granülom gibi farklı klinik görünümlere benzer şekilde karşımıza çıkması nedeniyle tanıda gecikmelere yol açmaktadır (8-12). Malign melanom'un pigmentasyon kaybı ile karakterize bu alt tipinde, lezyonun genişlemesi, damarlanma artışı ve hafif ülserasyon fazlarında tanı kolaylaşır (15,16). Amelanotik komponentin sebebi hala tam olarak bilinmemektedir. Melanositlerdeki pigment kaybının, melanozomların agenezisi veya anormal melanogenezise bağlı olduğu düşünülmektedir.



Resim 3. Sağ topuk orta hatta nekrotik ve pürülan sekresyonlu kitlesi bulunan 2 nolu hastanın preoperatif görünümü



Resim 4. Distal bazlı superfisyal sural arter ada flebi ile rekonstrüksiyonu yapılan 2 nolu hastanın postoperatif 4. hafta görünümü.

Huvos ve ark. melanin yapımı ile hücresel farklılaşma arasında ilişki olduğunu düşünmüşlerdir. Doku kültüründe melanositlerdeki hızlı proliferasyonun fonksiyon kaybına neden olduğu, bunun sonucunda melanositlerin farklılaşmasında ve melanin düzeyinde azalmaya neden olduğu gösterilmiştir (7).

Amelanotik malign melanomun nadir görülmesi ve zor tanı konması, derilerinde pigmentasyon göstermeyen lezyon taşıyan kişiler için bu hastalığı daha da önemli kılar. Bu lezyonlar klinik olarak şüphe uyandırmaz ve yalnızca histolojik olarak tanı konulabilir (16). Pizzichetta ve ark.'nın 151 hasta üzerinde yaptıkları retrospektif çalışmada bu lezyonların klinik

ve dermatoskopik değerlendirmelerinde %35 oranında yanlış negatiflik saptanması, lezyonların kesin tanısı için histopatolojik değerlendirmenin önemini ortaya koymaktadır (17).

Alt ekstremitelerde yerleşimli kronik ülserlerde malign deri tümörlerinin gelişimi daha önce bildirilmiştir. Bu lezyonlarda sıklıkla karşılaşılan tümör tipi squamöz hücreli karsinom olmakla birlikte (18,19) Gregson ve Allain 15 yıllık diabetik ayak ülseri zemininde gelişen amelanotik malign melanom olgusunu sunmuşlardır (20). Bu çalışmada sunulan olgularda da travma sonrası oluşan kronik yara zemininde gelişen ülserovejetatif lezyonlar uzun süre pansumanlarla takip edilmiş ancak alınan insizyonel biopsi sonucunda amelanotik malign melanom tanısı almıştır. Bu nedenle tüm kronik yaralarda erken dönemde alınacak biopsi örnekleri, kesin tanının konmasına ve uygun tedavi seçeneklerinin uygulanmasına olanak sağlayacaktır.

Amelanotik melanomlarda da diğer melanomlarda olduğu gibi lezyonun mümkün olduğunca erken evrede yakalanması tedavinin başarısı ve sağkalım süresinin uzatılması açısından en önemli faktördür. Bu nedenle klinik olarak klasik pigmentasyon gösteren melanom şüphesi uyandıran lezyonlar yanında, bu olgularda olduğu gibi klasik melanom görünümünden uzak olan lezyonlarda bile malign melanom olabileceği ihtimali gözönünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Katalinic A, Kunze U, Schafer T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non-melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumour stages and localization (epidemiology of skin cancer). *Br J Dermatol* 2003;149: 1200-1206.
2. Cosman B, Heddle SB and Crikelair G.F The increasing incidence of melanoma. *Plast Reconstr Surg* 1976; 57:50.
3. Shah JP and Goldsmith H. Incontinuity versus discontinuous lymph node dissection for malignant melanoma. *Cancer*, 1970; 26:610.
4. Blois MS, Sagebiel RW, Abarbanel RM, Caldwell TM, Tuttle MS. Malignant melanoma of the skin: The association of tumor depth and type, and patient sex, age and site with survival. *Cancer*, 1980; 52: 1330.
5. Petersen NC, Bodenham DC, Lloyd OC. Malignant melanomas of skin. *Br J Plas Surg* 1962; 15:49.
6. Winkelmann RK. The differential diagnosis of melanoma. In McCarthy, WH. *Melanoma and skin cancer. Proceedings of International Cancer Conference, Sydney, Australia, V.C.N. Blight, 1972.*
7. Huvos AG, Shah JP, Goldsmith HS. A clinicopathologic study of amelanotic melanoma. *Surg. Gynecol Obstet* 1972; 135:917-920.
8. Allan SJ, Dicker AJ, Tidman MJ, McLaren KM, Hunter JA. Amelanotic lentigo maligna and amelanotic lentigo maligna melanoma: a report of three cases mimicking intraepidermal squamous carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1998; 11: 78-81.
9. Elmets CA, Ceilley RI. Amelanotic melanoma presenting as pyogenic granuloma. *Cutis* 1980; 25: 164-168.
10. Kaufmann R, Nikelski K, Weber L, Sterry W Amelanotic lentigo maligna melanoma. *J Am Acad. Dermatol* 1995; 32:339-342.
11. Krishnan R, Lewis A, Orengo IF, Rosen T. Pigmented Bowens Disease (squamöz cell carcinoma in situ mimic of malignant melanoma) *Dermatol Surg* 2001; 27:673-674.
12. Borkovic SP, Schwartz RA. Amelanotic lentigo maligna melanoma manifesting as a dermatitis-like plaque. *Arch Dermatol* 1983; 119: 423-425.
13. Kenady DE, Brown BW, McBride CM. Excision of underlying fascia with a primary malignant melanoma: effect on recurrence and survival rates. *Surgery* 1982; 92: 615.
14. Olsen G. Removal of fascia: Cause of more frequent metastases of malignant melanoma of the skin to regional lymph nodes. *Cancer* 1964; 17:1159.
15. Bono A, Tomatis S, Bartoli C et al The ABCD system of melanoma detection: a spectrophotometric analysis of the asymmetry, border, colour, and dimension. *Cancer* 1999;85: 72-77.
16. Bartoli C, Bono A, Clemente C, Del Prato I, Zurrada S, Cascinelli N. Clinical diagnosis and therapy of cutane-

- ous melanoma in situ. *Cancer* 1996;77: 888-892.
17. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I et al Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. *Br J Dermatol* 2004; 150:1117-1124.
 18. Ester RJ, Lamps L, Schwartz HS. Marjolin ulcers: secondary carcinomas in chronic wounds. *J Southern Orthopaedic Assoc* 1999; 8:181-187.
 19. Imtiaz KE, Khaleeli AA. Squamous cell carcinoma developing in necrobiosis lipoidica. *Diabet Med* 2001; 18: 325-328.
 20. Gregson CL, Allain TJ. Amelanotic malignant melanoma disguised as a diabetic foot ulcer. *Diabet Med* 2004; 21:924-927.