

## An Acral lentiginous melanoma case with typical dermoscopy findings

### Tipik dermatoskopik bulguları olan Akral lentiginöz malign melanom vakası

Hamza Aktaş<sup>1</sup>, Ahmet Şiyar Ekinci<sup>2</sup>, Onur Eşbah<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Diyarbakır

<sup>2</sup>Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Diyarbakır

Dergiye geliş tarihi:14/02/2015 Dergiye kabul tarihi:30/04/2015 Doi: 10.5505/aot.2016.33043

#### ÖZET:

Akral lentiginöz malign melanom (ALMM) nadir görülen ve kötü prognozlu bir malign melanom alt tipidir. Sıklıkla ileri evrede tanı alır. Karakteristik dermatoskopik bulguları olan bir ALMM vakası sunmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** Akral lentiginöz melanom, dermatoskopi, kötü prognoz

#### ABSTRACT:

Acral lentiginous malignant melanoma (ALMM) a rare subtype of malignant melanoma with poor prognosis. It is often diagnosed at advanced stage. We present a ALMM case with characteristic dermoscopy findings.

**Keywords:** Acral lentiginous melanoma, dermoscopy, dermatoscopy, poor prognosis

#### Giriş-Amaç

Malign melanom (MM); melanositlerden köken alan, deri ve mukozanın agresif tümörlerindendir (1). MM'nin insidansı diğer kanser türlerine göre giderek daha fazla artmaktadır (2). Bununla birlikte mortalite oranı yaşlılarda daha fazladır. Bu nedenle erken tanı ve tedavisi mortalite açısından önemlidir (3).

MM'de dermatoskopik incelemede üç özellik benign malign ayırımında önemlidir. Bunlar; asimetri, atipik pigment ağı ve mavi-beyaz yapılarıdır. Bu kriterlerden 2 veya 3 tanesi pozitif olursa lezyonun çıkarılması ve histopatolojik inceleme yapılması önerilir. Bununla birlikte patern analizi, ABCDE kuralı, Menzies metodu, yedi özellik kontrol listesi gibi birçok değerlendirme algoritması da bulunmaktadır (1).

Anatomik lokalizasyona, tümörün büyüme ve histopatolojik tipine göre dört ana tip tanımlanmıştır. En sık yüzeysel yayılan tip görülürken daha sonra sırasıyla, nodüler, lentigo ve akral lentiginöz malign melanom (ALMM) görülür (1,2). ALM MM'nin 4 ana tipinden biridir. Oldukça nadir görülen bir tiptir ve çoğunlukla 60-70 yaşlarında görülür. Tüm MM'ler içerisinde ortalama %2-3 oranında görülür ve etnik gruplar arasında

görülme sıklığı birbirine benzerdir (2,3). Biz bu raporda 79 yaşında, lenf nodu tutulumu olan, geç tanı almış karakteristik dermatoskopik bulguları olan bir hasta sunmaktayız.

#### Olgu

Yetmiş dokuz yaşında erkek hastada, yaklaşık olarak yedi ay önce sol ayak plantar yüzde 1-2 mm boyutunda koyu renkli bir lezyon ortaya çıkmıştı. Lezyon total eksize edilmiş, ancak histopatolojik inceleme yapılmamıştı. Üç ay sonra aynı bölgede lezyon nüks etmişti. Bu şikayet ile polikliniğimize başvuran hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde, sol ayak plantar yüzde 12x10 cm boyutlarında, medial bölge ve arkus bölgesinde maküler zemin üzerinde yer yer ülserle mavi-siyah nodüller mevcuttu (Resim 1). Lezyonun dermatoskopik özellikleri incelendiğinde; atipik pigment ağı, mavi-beyaz alanlar, irregüler nokta ve globüller, atipik vasküler ve hemorajik alanlar olmak üzere MM'nin birçok dermatoskopik özelliği tespit edildi (Resim 2-4). Hastada displastik veya kongenital nevüs öyküsü yoktu, hastanın ifadesinde soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

Lezyon histopatolojik inceleme amacıyla total eksize edildi ve kalınlığı 1.5 cm, Clark evre V

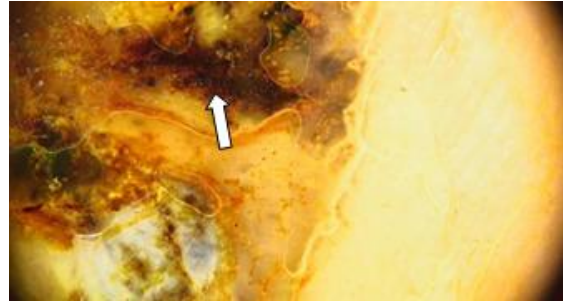


MM olarak raporlandı. İğsi hücrelerin olduğu, ancak lenfositik infiltrasyonun olmadığı tespit edildi. Satellit nodülün olmadığı saptandı. Mitotik hızı 6/10 büyük büyütme alanı olarak tespit edildi, lenfatik/vasküler boşluk invazyonu vardı. Tümör yan cerrahi sınırlarda negatif, ancak taban cerrahi sınırında mevcuttu. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri Melan A, ve S-100 ile negatif iken, ancak sadece HMB-45 ile pozitif saptandı. Sağ inguinal bölgeden en büyüğü 3.5 cm uzun eksene sahip 18 adet lenf nodu diseke edildi, yapılan histopatolojik incelemede 12 nodülde

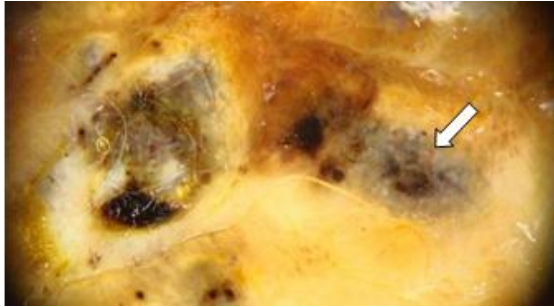
MM metastazı tespit edildi. Hemogram, biyokimyasal tetkikler, eritrosit sedimentasyon hızı ve c-reaktif protein normal saptandı. Görüntüleme tetkiklerinde metastaz saptanmadı. Amerikan Kanser Komitesi Birliğinin belirlemiş olduğu kriterlere göre tümörün TNM evresi IIIC (T2N3M0) olarak tespit edildi. Hastanın ileri yaşı ve yan etki profili göz önüne alınarak hastanın da kabul etmemesi nedeniyle adjuvan tedavi uygulanmadı. Hastanın 6 ay sonraki izleminde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hastanın takibi devam etmektedir.



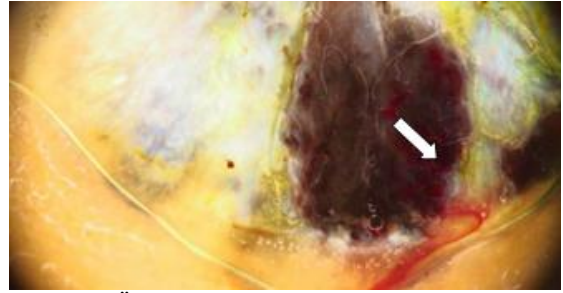
**Resim 1:** Maküler zeminde ülsere, nodüler lezyon.



**Resim 3:** Atipik dot ve globüller



**Resim 2:** Mavi-beyaz peçe görünümü.



**Resim 4:** Ülsere alan.

## Tartışma

ALMM ilk olarak 1976 yılında Reed tarafından tanımlanmıştır (3). Tipik olarak renk varyasyonları gösteren, düzensiz kenarlı, asimetrik, kahverengiden siyaha değişebilen renkte bir makül olarak kendini gösterir. Bu melanom tipi palmoplantar ve subungual bölgeye yerleşir. Radial veya 'lentiginöz' büyüme fazı vardır. Lezyon 3 cm'nin üzerine çıktığında nodüler formasyon oluşmaya başlar. Özellikle başparmakta olmak üzere subungual yerleşim yaygın görülür. Tırnakta kahverengi veya siyah bant görünümü, tırnak distrofisi ve Hutchinson bulgusu sık görülen klinik bulgularıdır. ALMM kutanöz melanomun nadir görülen bir tipidir. İleri evrede tanı aldığı için kötü bir prognoza sahiptir (1,3).

Pigmentli deri lezyonlarının tanısında, ayırıcı tanısında ve izlemlerinde oldukça önemli bir yöntem olan dermatoskopi, klinik tanı ile histopatolojik değerlendirme arasında önemli veriler sağlayan bir yöntem olarak önem kazanmıştır (4). İnvaziv olmayışı, pratik ve çabuk sonuç vermesi, hem hasta hem de doktor açısından zararsız olması son yıllarda kullanım alanlarının artmasını sağlamıştır (5).

Dermatoskopinin en önemli rolü özellikle erken dönemdeki malign melanomu benign pigmente lezyonlardan ayırt edebilmesidir. Klinik olarak melanom düşünülmeyen olgularda iyi bir dermatoskopik değerlendirme ile melanoma özgü değişikliklerin gösterilmesi ve erken tedavi olanağı doğmaktadır. Bu da melanom ile melanositik nevus ayırımını sağlamakta, melanomda tanı doğruluğunu %90'lara kadar



çıkarmakta ve 5 yıllık yaşam şansını arttırmaktadır (4).

ALMM'de tipik dermatoskopik görüntü paralel sırt paternidir. Bununla birlikte multi komponent patern, irregüler diffüz pigmentasyon, atipik pigment ağı akrall melanomda görülen diğer dermatoskopik bulgulardır(1). Histopatolojik incelemede; dermo-epidermal bileşkede melanosit proliferasyonu, atipik melanositler, irregüler epidermal hiperplazi ve invaziv evrede dermiste iğsi hücrelerin varlığı tanı koydurucudur (1).

MM şüphesi taşıyan bir lezyonda ideal tedavi 1-3 mm cerrahi sınırla lezyonun total eksizyonudur. Histolojik tanıyı takiben Breslow kalınlığına göre belirlenen uygun cerrahi sınırla yeniden eksizyon uygulanmalıdır. İn-situ lezyon için cerrahi sınır 0.5-1 cm iken, 1 mm'nin altındaki bir lezyon için 1 cm, 1-2 mm'lik bir lezyon için 1-2 cm, 2-4 mm'lik lezyon için 2 cm olmalıdır. Yapılan çalışmalarda 2 cm'nin üzerinde sağlam deriyi almanın lokal rekürrens oranını azaltmadığı bildirilmiştir (6,7).

Gerekirse yüzeysel fasyayı içine alacak şekilde bütün lenfatik kanallar cerrahi olarak çıkarılabilir. Derin fasyada tümör invazyonu yoksa çıkarılmasının yaşam süresi ya da nüks üzerine etkisi yoktur. Genellikle yara primer olarak kapatılır. Geniş doku kaybı varsa greft veya flep ile yara kapatılır (7,8,9).

Bölgesel lenf nodu tutulumu kötü prognoz işaretidir. Tedavi amacıyla yapılan lenf nodu diseksiyonu yüzeysel lenf nodlarını, klinik gereklilik halinde inguinal lenf nodlarını içermelidir(10). Sonuç olarak; ALMM, tanısı geç konulan ve prognozu kötü bir MM tipidir.

Erken tanı ve doğru yaklaşımlar tedavi şansını artırabilir.

## Çıkar çatışması: Yok

## Kaynaklar

1. Situm M, Buljan M, Kolic M, Vucic M. Melanoma-Clinical, Dermatoscopic, and Histopathological Morphological Characteristics. Acta Dermatovenerologica Croatica 2014;22(1):1-12
2. Rigel DS, Carucci JA. Malignant melanoma: prevention, early detection, and treatment in the 21st century. CA Cancer Journal for Clinicians. 2000; 50: 215–236
3. Reed R. Acral lentiginous melanoma. in New Concepts in Surgical Pathology of the Skin, W. Hartmann and R. Reed, Eds. JohnWiley & Sons, New York, NY, USA, 1976; 89–90
4. Güneş AT, Avcı O, Özkan Ş. Dermatoskopi. II: Dermatolojide Gelişmeler Sempozyumu. Sempozyum kitabı, Ankara 1993;192-200.
5. MacKie RM. An aid to the preoperative assessment of pigmented lesions of the skin. Br J Dermatol 1971;85(3):232-8
6. Hudson DA, Krige J EJ, Stubbings H. Plantar melanoma: results of treatment in three population groups. Surgery. 1998; 124: 877–882
7. National Comprehensive Cancer Network Practice Guidelines in Oncology. <http://www.nccn.org>
8. Balch CM, Soong SJ, Smith T. et al. Long-term results of a prospective surgical trial comparing 2 cm vs. 4 cm excision margins for 740 patients with 1–4mm melanomas. Annals of Surgical Oncology. 2001; 8(2): 101–108
9. Hansen S, Mathes S, Young D. Skin and subcutaneous tissue. in Schwartz's Principles of Surgery, Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, and Pollock RE, Eds., pp., McGraw-Hill, New York, NY, USA, 8th edition, 2005;1297–1315
10. Hughes TMD, A'Hern RP, Thomas JM. Prognosis and surgical management of patients with palpable inguinal lymph node metastases from melanoma. British Journal of Surgery. 2000; 87: 892–901.

