



# Lentigo malina ve komşuluğudaki pigmente lezyonlar

## *Lentigo maligna and contiguous pigmented lesion*

Hava Erdem, Ümran Yıldırım, Cihangir Aliağaoğlu, Hakan Turan, Ali Kemal Uzunlar

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

### Özet

Lentigo malina, melanoma in-situnun alt tipidir. Genellikle 50-80 yaş arasında görülür ve deri kanserlerinin %10 ile 15' ini oluşturur. LM, atipik, pigmente, maküler lezyonların geleneksel tanımıdır. LM aşırı güneş hasarlanmasıyla oluşur. Genellikle yaşlı hastalarda ve yüz bölgelerinde görülür. Atipik, pigmente, maküler lezyonlarda histolojik tanı, solar lentigodan in-situ melanoma (lentigo maligna pattern) veya invazive melanomaya (lentigo maligna melanoma) kadar geniş aralığa sahiptir. İn-sizyonel biyopsilerde solar lentigo, pigmente aktinik keratoz veya retiküle seboroik keratozun mevcudiyeti klinisyeni ve patoloğu yanıltabilir. Onlar lentigo malina bulunmadığını düşünebilirler. Bu yüzden bu vakalarda eksizyonel biyopsi gereklidir. Bizim bu vakayı sunmaktaki amacımız, klinikopatolojik korelasyonun önemini ve lentigo maligna komşuluğudaki lezyonların yanlış tanıya yol açabileceğine dikkat çekmektir. (Türkderm 2013; 47: 63-5)

**Anahtar Kelimeler:** Lentigo malina, pigmente aktinik keratoz, yanlış tanı, yaşlılık

### Summary

Lentigo maligna (LM), a subtype of melanoma in-situ, is seen mostly in patients between 50 and 80 years old and accounts for ten to fifteen percent of skin cancer cases. LM is a traditional term for atypical pigmented macular lesions. LM occurs on severely sun damaged skin and it is usually on the face of elderly patients. Histological diagnosis of atypical pigmented macular lesions have extensive range from solar lentigo to in-situ melanoma (lentigo maligna pattern) or invasive melanoma (lentigo maligna melanoma). The presence of solar lentigo, pigmented actinic keratosis, or reticulated seborrheic keratosis in incisional specimen could misguide the pathologist and clinician. They might think that lentigo maligna is not present. Therefore, excisional biopsy is needed in such cases. Our aim in presenting this case was to emphasize the importance of clinicopathologic correlation and to attract attention on the lesions adjacent to lentigo maligna which can lead to a misdiagnosis. (Türkderm 2013; 47: 63-5)

**Key Words:** Lentigo maligna, pigmented actinic keratosis, misdiagnosis, elderly

### Giriş

Lentigo malina (LM), sıklıkla yaşlı kişilerin yüzünde beliren bir melanoma insitu (MIS) çeşididir<sup>1</sup>. LM, özellikle güneşe maruz kalan baş ve boyun bölgesinde yaygındır.

LM, kahverengi, siyah, pembe alanlar içeren heterojen pigmentasyona sahiptir. Sıklıkla iyi sınırlıdır. Tam çıkarılması güç olduğu için mikroskopik değerlendirilmesi önemlidir<sup>2</sup>. LM'de, özellikle dermal epidermal birleşim alanında yerleşmiş atipik melanosit proliferasyonu ile karakterizedir<sup>3</sup>. Klinik olarak lentigo malinadan şüphelenilen lezyonların histolojik tanısı,

solar lentigodan in-situ melanoma (lentigo malina pattern) veya invazive melanomaya (lentigo malina melanoma) kadar değişebilir<sup>4-6</sup>. LM, amelanotik de olabilir ve tipik olarak bu türler invaziv melanomaya dönüşene kadar uzun bir radyal büyüme fazı geçirir. Kırk beş ve 65 yaşlarındaki LM hastalarında yaşam boyu melanoma gelişme riski sırasıyla %4,7 ve %2,2'dir<sup>7</sup>.

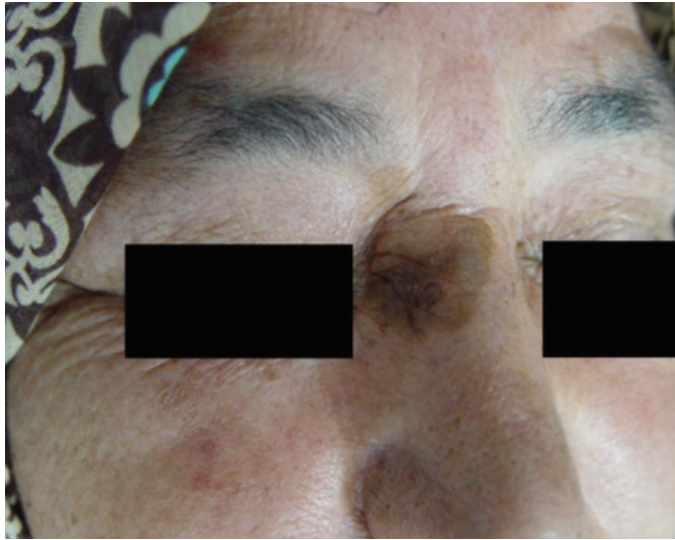
Lentigo malina ve lentigo malin melanoma klinik ve dermoskopik olarak düşünülebilir fakat kesin tanıyı koymak için biyopsi ve histolojik değerlendirme gereklidir<sup>8</sup>.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Hava Erdem, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye  
Gsm: +90 533 557 75 88 E-posta: drhawaerdem@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 25.01.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 10.05.2011

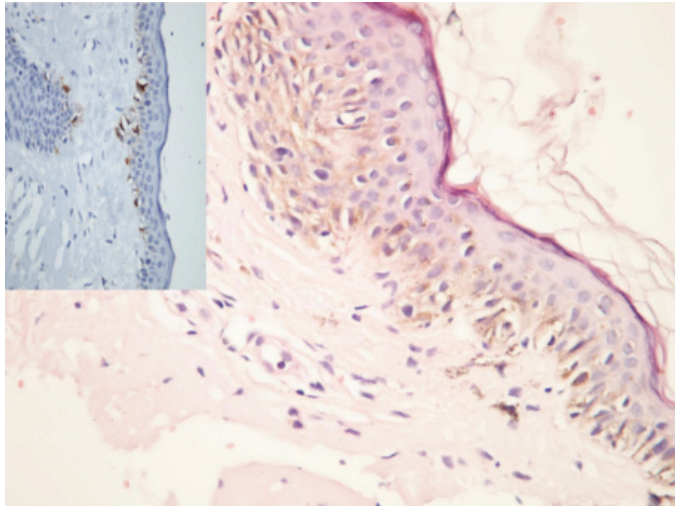
LM, solar lentigo, pigmente aktinik keratoz veya retiküle seboreik keratoz gibi pigmente lezyonlarla sık birlikte olduğu için bu lezyonlarda doğru örnekleme ve patolojik-klinisyen işbirliğine dikkati çekmek istedik.

## Olgu

60 yaşında, kadın hasta, dermatoloji polikliniğine sağ göz iç kısmında, üzerinde yıllardır var olan pigmente lezyon şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Önce punch biyopsi alınarak patoloji laboratuvarına gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede bazal tabakada pigment artışına yol açan melanositlerde artış, ve dermiste solar dejenerasyon izlendi. Solar lentigo olarak raporlandı. Dermatopatolojik konsey kararı ile lezyona eksizyonel biyopsi kararı verildi. Eksizyonel biyopsi örneği, 4x2x0,8 cm ölçülerde, üzerinde iki farklı alanda birisi koyu kahverengili, diğeri açık kahverengi pigmente alan izlendi. Makroskopik örnekleme, birbirine paralel, seri bir şekilde 2-3 mm'lik vertikal kesitler atılarak yapıldı. Ayrıca, ilk kesite ve son kesite (biyopsi 1,5 cm'den büyük olduğu için), birbirine paralel kesitler atılarak tüm cerrahi sınır örneklendi.



**Resim 1.** Sol göz iç kısmında farklı pigmentasyona sahip lezyon



**Resim 2.** Atipik melanosit yuvaları (H&E X200), HMB45 ile pozitif boyanma (küçük resim)

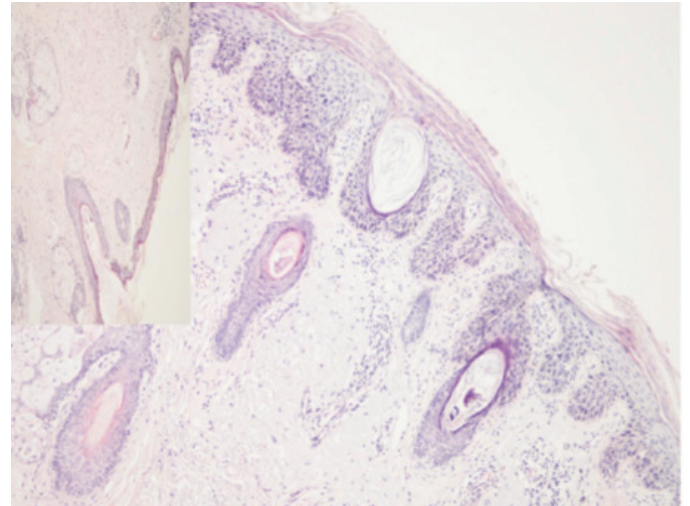
Yapılan histopatolojik incelemede, cerrahi sınırlara yakın alanlarda pigmentasyon artışı içeren artmış sayıda melanositlerin yer aldığı bazal tabaka komşuluğunda atipik keratinositler ve pigmentasyon izlendi. Cerrahi sınıra 1cm mesafede, sitoplazmik çekilmeler gösteren ve pleomorfik, düzensiz, hiperkromatik, sıklıkla angüler nükleusa sahip, atipik melanosit proliferasyonu izlendi. Olgu, pigmente aktinik keratoz ve solar lentigo alanları içeren LM olarak raporlandı (Resim 2,3).

## Tartışma

Lentigo malina, melanomun nisbeten az görülen bir varyantı olup tipik olarak ileri yaşta kişilerde güneşten zarar görmüş deride gelişir<sup>3,9</sup>. Tüm melanomların yaklaşık %10'unu oluşturur<sup>9</sup>. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar<sup>8</sup>. En sık 6-7. dekatlarda değişken pigmentasyonlu, yavaşça büyüyen, düzensiz, yassı nodül şeklindedir. Kahverengi veya siyahtır ve genellikle regresyon alanlarına karşılık gelen hipopigmente alanlar mevcuttur<sup>3,9</sup>. Bazen melanin pigmenti görülmez<sup>9</sup>. Bu durumda klinik görünüm solar keratoz veya Bowen hastalığı ya da lupus gibi inflamatuvar bir hastalığı andırabilir. İn-situ lezyon genellikle 10-15 yıl geçtikten sonra invaziv melanoma dönüşebilir<sup>7</sup>. Bu risk %4,7'dir<sup>8</sup>.

Lentigo malina, 'lentigo malin melanom in-situ' yerine kullanılabilmeyle birlikte bazı yazarlar lentigo malinayı, in-situ melanomdan ayırmaktadır. Bu lezyonlar malin melanomun diğer in-situ lezyonları gibi komplet eksizyon sonrası metastaz yapmazlar. Ancak yetersiz çıkarımdan sonra kalabilir veya tekrarlayabilirler<sup>8</sup>.

Yaşlı hastalarda atipik lentiginöz melanositik proliferasyonların benin-malin ayırımı çoğu kez zordur. Çoğu zaman beraberindeki hafif pigment inkontinansı içeren basit bir lentigo, yanlış tanıya yol açabilir. Lentiginöz nevüs ya da atipik (displastik) lentiginöz nevüs gibi atipik lentiginöz, melanositik proliferasyon içeren lezyonlar, melanoma in-situ sınırında, yamalar halinde gösterilmiştir. Atipik pigmente lentiginöz nevüs tanımlaması yaygın olarak malin melanoma in-situya dönüşebileceği Kossard ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır<sup>10,11</sup>. LM'ya eşlik edebilen lezyonlardan olan pigmente aktinik keratoz (PAK)'da, epidermiste hafif hiperplazi, atipik keratinositler mevcutken, LM'da bazal tabakada anormal melanositler, retelerde atrofi bulunur.



**Resim 3.** Epidermiste hiperplazi ve keratinositlerde atipi (H&E X 100), bazal tabakada pigmentasyon artışı (küçük resim).

Bununla birlikte, pigment vakuolize hücreler olduğu zaman ayırım yapılamayabilir. Ayırımında, immunohistokimyasal olarak S-100 ve HMB-45 pozitifliği gereklidir<sup>12-14</sup>.

LM'nin histopatolojik özellikleri oldukça heterojen olduğu için farklı alanlardan biyopsiler alınmalıdır. Alınan küçük biyopsiler, solar lentigo, displastik nevüs, bowen hastalığı ya da lupus gibi benin lezyonları tanımlayabilir. Lezyonun tamamını temsil etmeyebilir. Dahası, erken lezyonlarda, melanositik hiperplaziden (solar melanosis) ayırımı çok güç olabilir. Bu olguda olduğu gibi pigment lezyonlar bir arada olabilir. Bu durumda küçük bir biyopsi yetersiz kalabilir.

Sonuç olarak, bu olguda küçük biyopsinin lezyonu temsil etmede yetersiz kaldığı görülmüştür. Ayrıca LM ya da melanoma şüphesi olan lezyonların eksizyonel biyopsi ile çıkarılması ve biyopsi materyalinin tümünün patolojik olarak örneklenmesi gereklidir. Ek olarak, kliniko-patolojik korelasyonun önemi bu olguda da kendini göstermiştir.

### TEŞEKKÜR

Dr. Davut Baltacı ve Dr.Hilmi Demirin'e makaleye katkılarından dolayı teşekkür ederim.

### Kaynaklar

1. McKenna JK, Florell SR, Goldman GD, Bowen GM: Lentigo maligna/ lentigo maligna melanoma: current state of diagnosis and treatment. *Dermatol Surg* 2006;32:493-504.

2. Cohen LM: Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:923-36.
3. Philip H McKee, Eduardo Calonje, Scott R Granter: *Melanoma, Pathology of the Skin with Clinical Correlations*, China, Elsevier Limited, 2005;1309-56.
4. Tannous ZS, Lerner LH, Duncan LM, Mihm MC Jr, Flotte TJ: Progression to invasive melanoma from malignant melanoma in situ, lentigo maligna type. *Hum Pathol* 2000;31:705-8.
5. Heenan PJ, Spatz A, Cerio R, Bastian B: Lentigo Maligna. Eds. LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A: *World Health Classification of Tumours – Pathology and Genetics Skin Tumours*. Lyon, IARC Press, 2006;70-7.
6. Tadiparthi S, Panchani S, Iqbal A: Biopsy for malignant melanoma—are we following the guidelines? *Ann R Coll Surg Engl* 2008;90:322-5.
7. David EE, Elenitsas R, George F: Murphy, Xiaowei Xu-Benign Pigmented Lesions and Malignant Melanoma, Ed. David EE. *Lever's Histopathology of the Skin Ninth Edition*, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2005;715-804.
8. Weinstock MA, Sober AJ: The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. *Br J Dermatol* 1987;116:303-10.
9. Weedon D: Lentigenes, nevi and melanomas. Ed Weedon D. *Skin Pathology*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2002;803-58.
10. Kossard S, Commens C, Symons M, Doyle J: Lentiginous dysplastic naevi in the elderly: a potential precursor for malignant melanoma. *Australas J Dermatol* 1991;32:27-37.
11. Kossard S: Atypical lentiginous junctional naevi of the elderly and melanoma. *Australas J Dermatol* 2002;43:93-101.
12. Weedon D: *Skin Pathology*. 2nd ed. London: Livingstone, 2002;761-2.
13. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnston B Jr: *Lever's Histopathology of the skin*. 8th ed. Philadelphia, Lippincott, 1997;701-5.
14. James MP, Wells GC, Whimster IW: Spreading pigmented actinic keratoses. *Br J Dermatol* 1978;98:373-9.