

NADİR BİR NAEVUS PİGMANTOSUS VAKASI (*)

Dr. Mazhar Aksoy (**) - Dr. Tülay Alpaslan (***)

Naevusler embriyoner bir displazidirler. Doğumda mevcut olduğu gibi hayatın ilk aylarında da meydana çıkabilirler. Genellikle selim seyredeler ve çoğu sınırlıdır. Bazıları ise çok geniş bir yüzeye sahiptirler. Bazıları pigmenter ve kıllı olurlar. Bu tip naevusler genellikle doğumdan itibaren göze çarpar siyah uzun kıllarla örtülü ve kürklü gibi görünürler. Böyle geniş bir yüzeyi tutan bir vakayı nadiren görüldüğü ve estetik bakımdan önem taşıdığı için sunuyoruz.

Vakamız: 18.10.1975 günü 2000 gram ağırlığında 48 cm. boyunda doğan bir prematüre bebektir. Annenin birinci doğumu normal olmuş, halen 2 yaşında normal bir kız çocuğu var. 2. hamileliği abortusla sonuçlanmış. Bu 3. hamileliği başında bir kanama olmuş, doktor Gestanon ve Obron vermiş. Kanama kesilmiş son regl tarihini bilmiyen anne normal bir şekilde doğum yapmış.

Soy geçmişi: Ailede böyle bir kimse yok. Yalnız dedenin yüzünde 1 lira cesametinde bir naevus varmış.

Muayenede: Hasta az hareketli hafif hipotermik, genel durumu iyi değil el ve ayaklarda siyanoz mevcut. Turgor tonus tabii. Sırtta enseden sakruma uzanan ve önde koltuk altını geçerek meme çizgisine kadar gelen bir kürk yelek giymiş intibasını veren bir naevus mevcut. Ayrıca 0,5 - 4 cm. çapında değişik genişlikte dağınık naevuslar var. Sırttaki geniş birbirine paralel kostalar gibi görünen çizgilerle ve ince kıllarla kaplı. Solunum dolaşım ve sindirim sistemlerinde patolojik bulgu yok, testisler skrotuma inmiş. Arkaik reflexler, Moro, Emme, yakalama ve yutma reflexleri normal. Arama reflexleri ilk günler yoktu. Duyu organları normal. İskelet sisteminde fontanel 2x3 cm. açık. Baş çevresi 31 cm., göğüs 28 cm. karın 26 cm. boy 48 cm. ağırlık 2000 gm. Rektal ısı 34,5°C.

(*) 22 Ekim 1975 günü Şişli Çocuk Hastanesinde bilimsel toplantıda takdim edildi.

(**) Şişli Çocuk Hastanesi 2. Çocuk Servisi Şefi.

(***) Şişli Çocuk Hastanesi 2. Çocuk Servisi Asistanı.

Hasta Kuvöze alındı ilk günler 90 olan nabız sonra 120 ye yükseldi, solunum da 35-40 arasında devam etti. Isısı nabızı ve solunumu düzelen hasta beslenebilir hale geldiğinden ailesine verildi. Sonraki kontrollerde de genel durum iyi bulundu.

Diskusyon

Embriyoner bir displazi olarak bilinen naevusler, vakamızda olduğu gibi çok defa doğumdan itibaren görülürler. Bazan da daha sonraki dönemlerde ortaya çıkabilirler. Klinikçiler bunları iki gruba ayırmışlardır:

I. Vasküler naevusler (Haemangiom ve Lenfangiomlar)

II. Vasküler olmayan naevusler.

Her iki grup displaziler selim tabiatlıdırlar. Gougerot'a göre konjenital olanları da geç görülenleri de, genişlemeye olduğu kadar spontan bir küçülmeye de müsaittirler. Bu displazilerin çoğu hudutlu bazan da yaygın olabilirler. Ya bir bölgede veya embriyoner çıkış yerine göre aynı organ gurubunda çeşitli elemanlar halinde bulunurlar. Bunlara sistematize displaziler denir. Öte yandan bazı naevusler çeşitli disgenezilerle birlikte bulunabilirler. Vasküler olmayan naevüsler histolojik olarak iki gruba ayrılabilirler.

I. Naevusler: Hücre yığınlarından meydana gelenler (Unna); Histolojik kupların ekserisi pigmentlidir.

II. Naevoid displaziler. Bunlarda naevus hücreleri bulunmaz. Bunlara Hamartom denir. Yalnız bazı neavus hücreli tümörler maligne dejeneresansa meyillidirler.

İlk çocukluk döneminde vasküler olmayan naevusler:

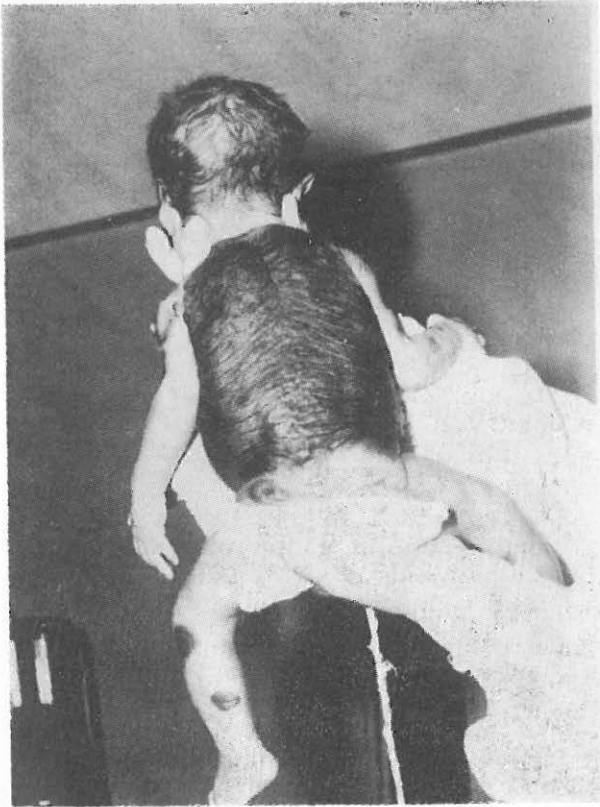
1. Verrükö,
2. Melanik,
3. Killi,
4. Kılsız.

1. *Verrükö Naevusler*

İlk aylarda meydana çıkarlar. Grimsi veya kırmızı çıkıntılar halindedirler. Bunların epidermleri az çok keratoziktirler. Yükseklikleri ve yüzeyleri çok yavaş artar. Bazıları küçük izole tümörler halinde vücudun her yerinde bulunabilirler. Bir kısmı ise boyun göğüs kol ve bacaklar üzerinde radiküler yahut vasküler belirsiz şerit halinde uzanırlar. Bunlara zona şeklinde naevus denir. Bazıları kaşınırlar ve Lichens Striatus ile ayrılması zor olur.

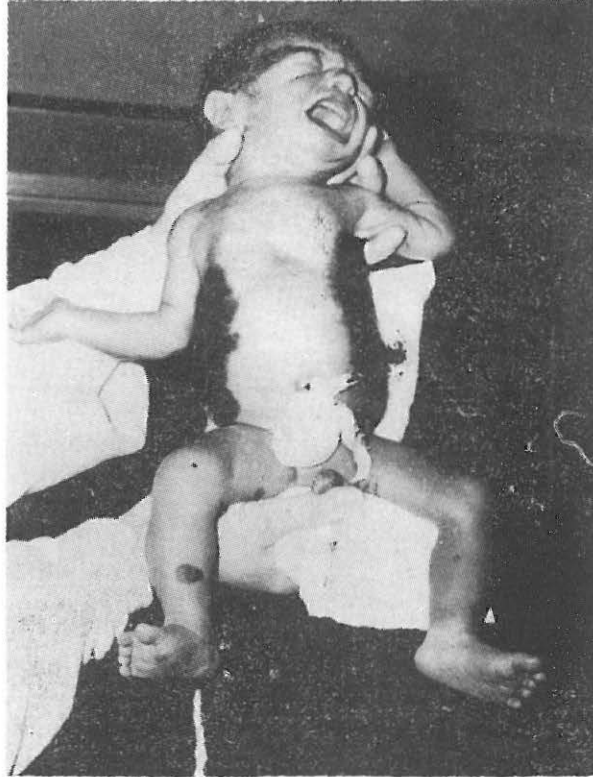
Tedavi olarak: Estetiği bozan görünümü azaltmak için bazılarında yüzeysel bir kaldırma kâfi gelebilir. Salisilatlı pomatlarla veya neige carbocnique ile ortadan kaldırılabilir. Tedavi cerrahi veya elektrocağulasyonla yapılırsa nükslerde kesinlikle önlenmiş olur.

2. *Pigmenter veya Melanik naevusler:* Bunların değişik histolojik yapıları vardır. Dermis-epidermik birleşme zonunda artan aktivite ve naevik hücre yığınlarının var olması naevüslerin karsinomatöz değişikliğe uygun olduğunu düşündürür. Bazıları melanik epidermik bir infiltrasyon gösterirler. Diğerleri ise dermiktirler. Yalnız şunu belirtmelidir ki, klinik olarak bu dermoepidermik birleşme yeri aktiviteleri ile bir naevusun geleceğini, yani maligne gelişmeye yatkın olduğunu tesbit etmek mümkün değildir. Siyah yahut kahverengi, bir kaç milimetrelilik bazıları yassı, bazıları papül halinde hafif infiltrate dermoepidermik birleşme zonunu daha fazla ilgilendiren Lentigo elementleri de görülür.



Resim 1

3. *Pigmenter ve Kılıklı Naevusler:* Bunlar vakamızda olduğu gibi doğumdan itibaren görülürler. Siyah uzun sık kıllıdırler. Bazıları ilk haftalarda yavaş yavaş belli olmaya başlarlar. İnce tüyleri ilk günler hemen hemen fark edilmezler yavaş yavaş gelişirler. Bazıları küçük bazıları ise çok geniştirler. Yüzün, göğsün, sırt ve kalçanın geniş bir kısmını kaplarlar. (Resim 1, Resim 2).



Resim 2

Naevuslerin ya tamamı veya bir kısmı düz yüzeyle veya verrüködürler. Duperrat'a göre iyi huyludurlar naevö - Karsinomatöz dejenerasansları çok nadirdir. Bu sebeple vakaların çoğunda puberteden evvel hiç korkmamalıdır. Naevus kitlesinin altındaki fronküller ve kistlerden de korkulmaz.

Melanik naevus'un küçük çocuklarda hiç bir acil durumu yoktur, çünkü pek ender durumlar dışında maligne dejeneresans görülmez. Estetiği çok bozan pigmenter ve piler naevüslerde müdahaleye mecbur kalınabilir. Küçüklerinde elektrokoagulasycn büyüklerinde girefli ya-

hut girefsiz cerrahi müdahale yapılabilir. Bazılarında yalnız elektrikli epilasyonla yetinilir.

4 — *Kılsız Naevusler*: Özellikle bunlarda maligne dejeneresans problemi öncelik kazanır. Dermo-Epidermik birleşme yerindeki aktivite şüpheli ise bu ihtimali kaldırmakta yarar olacaktır. Bu özellik tamamiyle histolojik olur epidermi ilgilendiren yüzeysel naevuslerin bazılarına ve palpabl bir kitle yapanlara uygun düşer.

İritasyon veya yaralanmaya yatkın olanlar kaldırılmalıdır, yüz, el ayası, ayak tabanı, ve genital organlar gibi.

Müdahale yaşı ebeveyninin psikolojik durumuna bağlı olarak oldukça geniştir. Klasik teknik en küçük çocukta elektrokoagulasyondur. Fakat bir çok cerrahlar basit olarak bistüri kullanırlar.

Spitz'in melanomu: 1948 de Spitz'in tarif ettiği naevik bir tümördür. Bazı defa hayatın ilk aylarında, çok defa daha sonraki dönemlerde birden bire ortaya çıkar. Bir kaç mm. lik bir kabarcıktır. Esmer yahut sarı renklidir. Vücudun her yerinde özellikle yüzde görülür.

Histoloji bir naevo-karsinom hücreyi andırır. Eskiden bunlar tümörlerle karışıklığa sebep olurlardı. Zira bunlar bir dereceye kadar benignedirler ve ancak nadiren dejenere olurlar, ve asla puberteden önce olmazlar. Tedavisi, Elektrokoagulasyon veya cerrahi çıkarmadır.

Özet

Yaygın bir piler naevus vakası dolayısıyla naevus tipleri gözden geçirildi. Vasküler olmıyan dispilaziler gurubuna giren naevuslerin kliniği, histolojisi, prognozu ve tedavisi tartışıldı.

Summary

A case of diffuse naevus pigmentosus is presented.

LİTERATÜR

- 1 — Debre' R., Leleng M. Naevi: *Pediatric* Vol. 2 P. 1130. 1963
- 2 — Doussset H, Naevi: *Vademecum encyclopedique* 2 ed. P. 869. 1954
- 3 — Gougerot H, Naevi: *La dermatologie en Clientele* 5 eme ed. P. 771. 1932
- 4 — Meyer J., Weill J, Guilleinej - Neavi E.M.C. vol. 6 P. 4110 A 10, 1964
- 5 — Yemni O. Naevi: *Dermatoloji* S. 249-251, 1953