

Akral Melanositik Nevüslerin Dermoskopik Özellikleri

Dermoscopic Features of Acral Melanocytic Nevi

Filiz Canpolat, Hawa Kaya Akış, Bengü Nisa Akay*, Cengizhan Erdem*

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Akral melanositik nevüsler anatomik yerleşimlerinden dolayı diğer bölgelerdeki nevüslere göre değişik dermoskopik özellikler göstermektedir. Bu bölgelerde yerleşmiş melanositik nevüslerin, erken dönem akrall melanomdan ayırt edilmesi zor olabilir. Bu yüzden benin akrall melanositik nevüslerin dermoskopik paternlerinin bilinmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, akrall melanositik nevüslerin dermoskopik paternleri ve dağılım özelliklerini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, 131 hastaya ait 196 akkız akrall melanositik nevüs geriye yönelik olarak değerlendirildi. Hastaların yaş ve cinsiyet gibi demografik özellikleri ile nevüslerin lokalizasyonları ve patern özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 131 hastanın 77'si kadın (%58,7), 54'ü (%41,3) erkekti. Nevüslerin 92'si (%46,9) avuç içinde, 104'ü (%53,1) ayak tabanında bulunuyordu. Akrall nevüslerin lokalizasyonları sırasıyla iç arkus (%20), parmak (%18,4), hipotenar (%12,8), orta bölge (%12,8), tenar (%11,7), dış arkus (%10,2), metatars (%8,7) ve topuk (%5,6) idi. En sık görülen patern paralel oluk paterni idi (%40,8). Görülen diğer dermoskopik paternler sırasıyla homojen (%15,8), kafes benzeri (%11,7), fibriller (%9,7), globuler (%9,7), retiküler (%5,6), tipik olmayan (%3,6), malinite şüphesi olan (%2,0) ve geçiş paterni (%1) idi. Paralel oluk paterni, fibriller patern ve homojen patern sırasıyla en sık parmaklarda, dış arkusta ve iç arkusta görüldü (sırasıyla $p<0,01$, $p<0,01$, $p=0,02$). Malinite şüphesi olan dört lezyon (%2,0) eksize edildi ve dermal nevüs, displastik nevüs, kompozit nevüs ve malin melanom olarak tanı aldı.

Sonuç: En sık görülen üç patern sırasıyla paralel oluk, homojen ve kafes benzeri patern idi. Nevüsler en sık ayak iç arkusunda yerleşim gösteriyordu. Paralel oluk paterni en sık parmaklarda, fibriller patern ve homojen patern ise sırasıyla en sık dış arkusta ve iç arkusta görülmüştür. (Türkderm 2011; 45: 193-7)

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, akrall, nevüs, patern

Summary

Background and Design: Compared to nevi in other regions, acral melanocytic nevi have special dermoscopic features due to their anatomical localizations. It may be difficult to distinguish the melanocytic nevi in these regions from early acral melanoma. For this reason, it is important to know the dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi. Our aim was to evaluate the dermoscopic patterns and distribution features of acral melanocytic nevi.

Material and Method: One hundred ninety-six acquired acral melanocytic nevi of 131 patients were evaluated retrospectively in this study. The demographic features such as age and sex, localization and pattern of nevi were recorded.

Results: Of the 131 patients, 77 (58.7%) were female and 54 (41.3%) were male. Of all nevi, 92 (46.9%) were present on the palms, 104 (53.1%) were present on the soles. The localizations of acral nevi were as follows: inner arch (20%), finger (18.4%), hypotenar (12.8%), middle region (12.8%), thenar (11.7%), outer arch (10.2%), metatarsal region (8.7%) and heel (5.6%). The most common dermoscopic pattern was parallel furrow pattern (40.8%). The other patterns seen were homogeneous (15.8%), latticelike (11.7%), fibrillar (9.7%), globular (9.7%), reticular (5.6%), nontypical (3.6%), the pattern suggestive of malignancy (2.0%) and transition pattern (1%). Parallel furrow pattern, fibrillar and homogenous patterns were significantly more frequent on fingers, inner arch and outer arch, given in decreasing order ($p<0.01$, $p<0.01$, $p=0.02$, respectively). The four lesions suggestive of malignancy (2.0%) were excised and diagnosed as compound nevus, dermal nevus, dysplastic nevus and malignant melanoma.

Conclusion: The three most frequently observed patterns were parallel furrow, homogenous and latticelike patterns, in decreasing order. The nevi were most frequently located on the inner arch. Parallel furrow pattern was mostly located on the fingers, fibrillar pattern and homogenous pattern were mostly seen on the outer and inner arches, in decreasing order of frequency. (Türkderm 2011; 45: 193-7)

Key Words: Dermoscopy, acral, nevus, pattern

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Filiz Canpolat, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Ankara, Türkiye
GSM: +90 0 505 566 87 18 E-posta: filizcanpolat@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 19.04.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.06.2011

Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.



Giriş

Dermoskopi, pigmente deri lezyonlarının in vivo görüntülenmesini sağlayan invaziv olmayan bir yöntemdir. Yüz, tırnak, mukoza ve akrall bölge gibi özel lokalizasyonlarda yerleşmiş pigmente lezyonların tanımlayıcı dermoskopik özellikleri gövdede yerleşenlere göre farklılık göstermektedir.¹ Akrall bölgelerde (palmoplantar bölgede), birbirine paralel dizilim gösteren sırt ve olukların oluşturduğu deri yüzey çizgilenmeleri nedeniyle, bu anatomik bölgede yerleşmiş pigmente lezyonlar diğer deri alanlarından farklı olarak, karakteristik paralel patern gösterirler.^{2,3} Bu paternlerin bilinmesi akrall nevüsler ile akrall yerleşmiş melanomun ayırt edilebilmesi için önemlidir. Bu çalışmanın amacı, akrall melanositik nevüslerin dermoskopik paternleri ve dağılım özelliklerini incelemektir. Akrall bölgelerdeki nevüslerin dermoskopik özelliklerinin incelendiği, ülkemizde yapılmış ve yurtdışında yayınlanmış olan en geniş seriyi içeren çalışma Özdemir ve ark.nın çalışmasıdır.⁴ Bizim çalışmamız ise ülkemizde aynı konunun araştırıldığı 2. geniş sayıda olgu içeren çalışmadır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda Ocak 2000- Mart 2011 tarihleri arasında dijital dermoskopik görüntüleme sisteminde (Molemax; Derma Instruments LP, Vienna, Austria) kayıtlı avuç içi, ayak tabanı ve parmakların volar kısımlarına yerleşmiş, 131 hastaya ait 196 akkiz melanositik nevüsün 30 kat büyütülmüş dermoskopik görüntüleri geriye yönelik olarak değerlendirildi. Dorsal bölge ve subungual bölgede yerleşim gösterenler ile konjenital nevüsler çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve nevüslerin anatomik lokalizasyonları kaydedildi. Lezyon lokalizasyonları elde tenar, hipotenar, orta bölge ve parmaklar; ayakta ise yine orta bölge, parmaklar, iç arkus, dış arkus, metatars ve topuk olmak üzere bölgelere ayrılarak incelendi.

Çalışmamızda şüpheli özellikler gösteren lezyonlar ile 7 mm'den büyük lezyonlar büyüklüklerine bakılmadan eksize edildi. Tipik olmayan patern gösterenler ise 6 ay aralıklarla takibe alındı.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler SPSS 17,0 programı kullanılarak değerlendirildi. Sonuçlar yüzdeler olarak analiz edildi. Patern özellikleri ile lokalizasyon arasındaki ilişkiyi göstermek için Chi-square testi kullanıldı. İstatistiksel olarak 0.05'in altındaki p değerleri anlamlı olarak değerlendirildi.

Tablo 1. Akrall melanositik nevüslerin lokalizasyonlarına göre dağılımı

| | N (%) |
|-------------|-----------|
| El | 92 (47) |
| Ayak | 104 (53) |
| İç arkus | 39 (20) |
| Parmak: | |
| El | 22 (11,2) |
| Ayak | 14 (7,1) |
| Hipotenar | 25 (12,7) |
| Orta bölge: | |
| El | 16 (8,2) |
| Ayak | 9 (4,5) |
| Tenar | 23 (11,7) |
| Dış arkus | 20 (10,2) |
| Metatars | 17 (8,7) |
| Topuk | 11 (5,6) |

Nevüs Paternlerinin Değerlendirilmesi

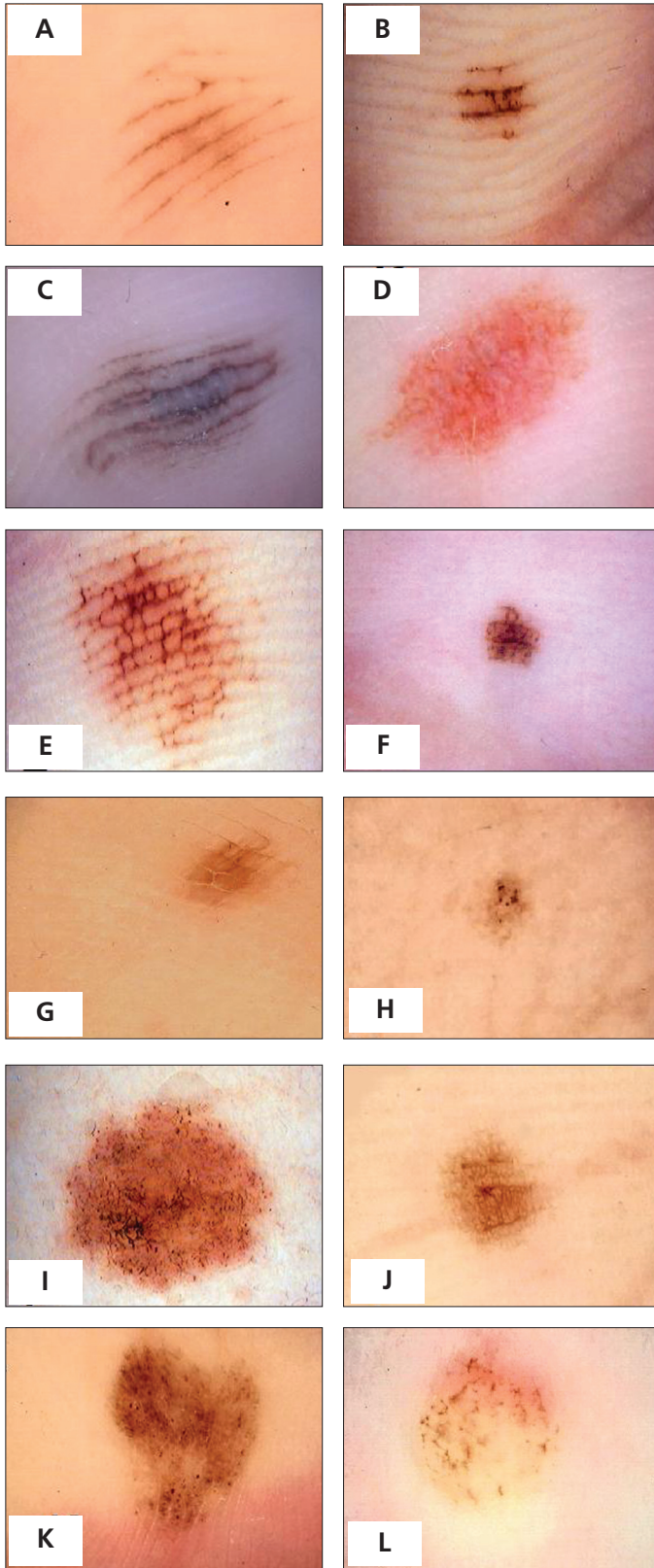
Nevüs paternleri paralel oluk, globuler, retiküler, fibriler, homojen, kafes, geçiş, tipik olmayan ve şüpheli olarak şu ana kadar tanımlanmış olan 8 paterne göre sınıflandırılmıştır.⁴ Buna göre 1) Paralel oluk paterni, deri çizgilerinin paralel sulkuslarına yerleşmiş pigmentasyonu gösterir. Globuler ve çift sıralı subtipleri olabilir. 2) Kafes benzeri patern, pigment çizgilerinin deri çizgilerine paralel ve onu dik kesmesiyle oluşan kafes benzeri yapıdır. 3) Fibriler patern, pigment çizgilerinin deri çizgilerini diagonal olarak çaprazlamasıyla oluşan yapıdır. 4) Globuler patern, kahverengi globüllerin düzenli olarak dağılım gösterdiği yapıdır. 5) Homojen patern, lezyonun diğer belirleyici bir özelliği olmadan, yapısız diffüz açık kahverengi veya mavi pigmentasyon göstermesidir. 6) Retiküler patern, kahverengi-siyah pigment ağı şeklinde görülür. 7) Tipik olmayan patern, diğer gruplar içinde sınıflanamayan ve melanomu düşündürcek multikomponent paterni olmayan tiptir. 8) Geçiş (transition) paterni, lezyonun bir bölgesindeki kahverengi-siyah pigment ağın diğer tarafında paralel oluk veya kafes benzeri patern ile devam etmesi halinde görülür. Parmakların volar ve dorsal kısımlarını kaplayacak şekilde lateral yüzlerine yerleşmiş olan nevüslerde görülür.

Akrall melanom şüphesi gösteren durumlar ise şunlardır: 1) Paralel sırt paterni, pigmentasyonun deri çizgilerindeki sırtlarda yerleşim göstermesidir. 2) Testere dişli patern, kenarlarda keskin sonlanma ve diş tarzında uzantılar bulunan yapıdır. 3) Kenarlarda keskin sonlanma olması. 4) İrregüler diffüz pigmentasyon. 5) Periferde irregüler nokta ve globüller. 6) Birden fazla renk. 7) Atipik uzantılar. 8) Mavi-beyaz tül. 9) Regresyon alanları. 10) Psödopodlar (1-3). Bu yapıların beraber görülebildiği multikomponent patern olarak tanımlanan patern de malinite ile ilişkilidir.^{5,6}

Bulgular

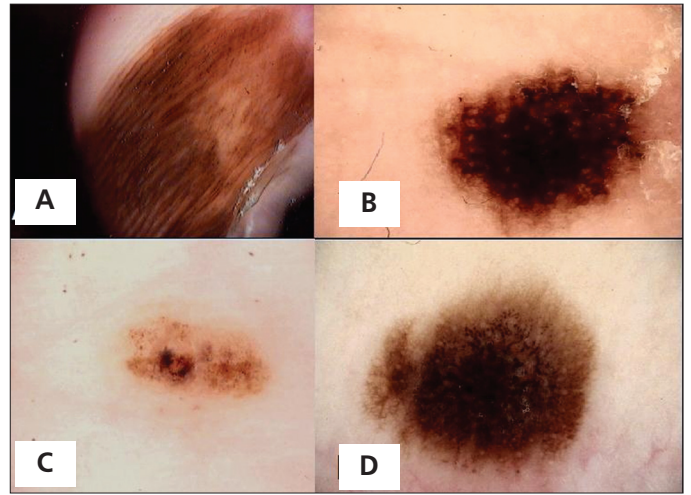
Çalışmaya alınan 131 hastanın 77'si kadın (%58,7), 54'ü (%41,3) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 31,4±12, yaş aralığı 3-65 yıl idi. Nevüslerin 92'si (%46,9) avuç içinde, 104'ü (%53,1) ayak tabanında bulunuyordu. Yerleşim yerleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Hastaların çoğunluğunda akrall bölgede bulunan nevüs sayısı 1 iken (92, %70,2), 23 hastada 2 nevüs (%17,5), 8 hastada 3 nevüs (%6,1), 5 hastada 4 nevüs (%3,8), 1 hastada 6 nevüs (%0,7), 2 hastada 10 nevüs (%1,5) vardı.

Çalışmamızda en sık paralel oluk paterni saptanmıştır (80, %40,8) (Resim 1A). Bunların 12'sine globüller, 6'sına noktalar eşlik ediyordu. 2'sinde homojen pigmentasyon, 4'ünde ince retiküler zemin, 6'sında uzantılar (streak) (Resim 1B) görüldü. On lezyonda paralel oluk paterni çift sıralı özellik gösteriyordu. Çift sıralı paralel oluk paterni olan lezyonlardan birinde santral mavi-gri renk değişikliği mevcuttu (Resim 1C). Homojen patern 31 lezyonda (%15,8) (Resim 1D), kafes benzeri patern 23 lezyonda (%11,7) (Resim 1E) saptandı. Kafes benzeri patern görülenlerin 5'ine globüller eşlik ediyordu (Resim 1F). Fibriler patern (Resim 1G) ve globüler patern (Resim 1H) 19'ar lezyonda (her ikisi %9,7) saptandı. Globüler patern gösterenlerin 6'sında, Özdemir ve ark. nın (4) 'globulostreak' benzeri patern olarak tanımladıkları uzantılar (streak) mevcuttu (Resim 1I). Retiküler patern 11 lezyonda (%5,6) görüldü (Resim 1J). 3'üne globüller eşlik ediyordu. 2 lezyonda (%1) geçiş paterni (Resim 1K), 7 lezyonda (%3,6) tipik olmayan patern (Resim 1L) görüldü. Malinite şüphesi gösteren 4 lezyon (%2,0) eksize edilerek histopatolojik olarak değerlendirildi. Bunlardan paralel sırt paterni gösteren birinci lezyon histopatolojik olarak malin melanom ile uyumlu bulunmuştu (Resim 2A). İkinci şüpheli lezyonda oluk ve sırtları dolduran siyah irregüler leke/pigmentasyon (blotch) ve pigment ağ yapısında kalınlaşma mevcuttu (Resim 2B),

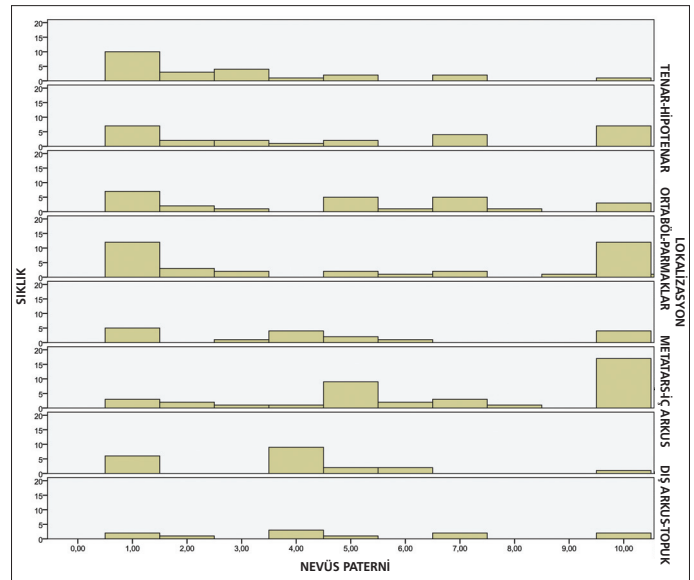


Resim 1. Akral nevüs paternleri. A. Tek sıralı paralel oluk paterni. B. Tek sıralı paralel oluk ve uzantılar. C. Çift sıralı paralel oluk ve santralde mavi-beyaz alan. D. Homojen patern. E. Kafes benzeri patern. F. Kafes benzeri patern ve globüller. G. Fibriler patern. H. Globüler patern. I. Globüller ve uzantılar ('Globulostreak' benzeri patern). J. Retiküler patern. K. Geçiş paterni. L. Tipik olmayan patern.

fakat histopatolojik olarak compound nevüs tanısı almıştı. Üçüncü şüpheli lezyonda siyah irregüler leke/pigmentasyon ve irregüler nokta ve globüller mevcuttu (Resim 2C). Histopatolojisi dermal nevüs olarak rapor edilmişti. Dördüncü şüpheli lezyonda santral hiperpigmentasyon, irregüler noktalar ve globüller ve pigment ağ yapısında kalınlaşma saptandı (Resim 2D). Histopatolojik olarak displastik nevüs tanısı konmuştu. Lokalizasyon ile patern arasındaki ilişkiye bakacak olursak, en çok parmaklarda olmak üzere çoğu lokalizasyonda paralel oluk paterni yüksek oranda görülmüştür ($p<0,01$). Fibriler patern en sık dış arkusta, homojen patern en sık iç arkusta görülmüştür (sırasıyla $p<0,01$, $p=0,02$) Kombine patern ise en sık iç arkusta tesbit edilmiştir ($p<0,01$). Globüler, retiküler, tipik olmayan ve kafes benzeri paternler ile lokalizasyon arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$) (Şekil 1).



Resim 2. Malinite şüphesi olan lezyonlar. A. Paralel sırt paterni. B. Oluk ve sırtları dolduran siyah irregüler leke (blotch) ve pigment ağ yapısında kalınlaşma. C. Siyah irregüler leke, irregüler nokta ve globüller. D. Santral hiperpigmentasyon, irregüler noktalar ve globüller, pigment ağ yapısında kalınlaşma.



Şekil 1. Akral nevüs paternlerinin görüldükleri bölgelere göre dağılımı (Nevüs paternleri 1: Paralel oluk, 2: Globüler, 3: Retiküler, 4: Fibriler, 5: Homojen, 6: Tipik olmayan, 7: Kafes benzeri, 8: Siyah leke, 9: Paralel sırt, 10: Kombine patern)

Tablo 2. Akral melanositik nevüs dermoskopik paternlerinin farklı çalışmalardaki dağılımlarının karşılaştırılması

| | Malvey J (2004) ⁷ (n=165) | Altamura D (2006) ⁴ (n=723) | Özdemir F (2007) ⁶ (n=188) | Altamura D (2007) ⁸ (n=230) | Bizim çalışmamız (n=196) |
|-----------------------|---|---|--|---|-----------------------------|
| Dermoskopik paternler | Sayı (%) | Sayı (%) | Sayı (%) | Sayı (%) | Sayı (%) |
| Paralel oluk | 111 (%52,9) | 304 (%42,1) | 110 (%58,5) | 112 (%48,7) | 80 (%40,8) |
| Fibriler | 13 (%6,2) | 78 (%10,8) | 23 (%12,2) | 25 (%10,8) | 19 (%9,7) |
| Kafes benzeri | 26 (%12,4) | 108 (%14,9) | 12 (%6,4) | 35 (%15,2) | 23 (%11,7) |
| Homojen | 15 (%7,1) | 67 (%9,3) | 12 (%6,4) | 11 (%4,8) | 31 (%15,8) |
| Retiküler | 5 (%2,4) | 15 (%2,1) | 8 (%4,3) | 6 (%2,6) | 11 (%5,6) |
| Globuler | 11 (5,2) | 39 (%5,4) | 4 (%2,1) | 8 (%3,5) | 19 (%9,7) |
| Tipik olmayan | – | 99 (%13,7) | 6 (%3,2) | 25 (%10,8) | 7 (%3,6) |
| Geçiş | – | 13 (%1,8) | – | 8 (%3,5) | 2 (%1) |
| Malinite şüphesi | – | 10 (%1,3) | 3 (%1,6) | – | 4 (%2,0) |

Tartışma

Bu çalışmada 131 hastada gözlenen 196 akral nevüs incelenerek dermoskopik olarak paralel oluk, globuler, retiküler, fibriler, homojen, kafes benzeri, tipik olmayan, kombine patern ve malinite şüphesi olanlar olmak üzere 9 tipte sınıflandırılmıştır. Akral benin melanositik lezyonların majör dermoskopik paternleri paralel oluk, kafes benzeri ve fibriler paternlerdir. Sonra Malvey ve Puig tarafından homojen, globuler ve retiküler patern tanımları eklenmiştir.⁷ Daha sonra Altamura ve ark. geçiş paternini, Özdemir ve ark. ise 'globulostreak' benzeri paterni tanımlamışlardır.⁴

Çalışmamızda en sık paralel oluk paterni (%40,8) görülmüş olup bunu sırasıyla homojen (%15,8), kafes benzeri (%11,7), fibriler ve globuler (her ikisi de %9,7), retiküler (%5,6), tipik olmayan (%3,6), şüpheli (%2,0) ve geçiş paterni (%1) izlenmiştir. Şüpheli görülen lezyonlardan 1'inde paralel sırt paterni tespit edilmiştir. Çalışmamızda en sık görülen kombine patern, paralel oluk ve globüllerin beraber görüldüğü paternlerdir.

Literatürde akral nevüslerin patern analizinin yapıldığı benzer çalışmalarda da en sık rastlanılan patern paralel oluk paternidir.^{4,5,7,8} Bu konuda yapılmış en geniş seri Altamura ve ark. nın yapmış oldukları 723 lezyonun incelendiği çalışmadır.⁵ Buna göre %42,1 paralel oluk, %14,9 kafes benzeri patern, %13,7 tipik olmayan patern, %10,8 fibriler, %9,3 homojen, %5,4 globüler ve %2,1 retiküler patern tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile genel olarak benzerlik göstermektedir. Ülkemizde yapılan Özdemir ve ark.nın çalışmasına göre en sık görülen üç patern ve yüzdeleri sırasıyla paralel oluk %58,5, fibriler %12,2, kafes benzeri ve homojen patern eşit şekilde %6,4 olarak tesbit edilmiştir.⁴ Bizim çalışmamızda en sık görülen üç patern ise paralel oluk, homojen ve kafes benzeri paternlerdir. Özdemir ve ark. kendi tanımladıkları 'globulostreak' benzeri paterni %5,3 oranında saptamışlar, bizim çalışmamızda ise bu patern %3 oranında görülmüştür. Retiküler, globüler, tipik olmayan ve malinite şüphesi görülen paternler Özdemir ve ark.nın çalışmasında sırasıyla %4,3, %2,1, %3,2 ve %1,6 iken bizim çalışmamızda %5,6, %9,7, %3,6 ve %2 oranında bulunmuştur. Homojen patern beyaz ırkta, Japonlara göre daha fazla görülmektedir.⁶ Bizim çalışmamızda homojen patern görülme oranı (%15,8) diğer yayınlara göre yüksek bulunmuştur. Tablo 2'de çalışmamızda saptanan paternler ile literatürde mevcut olan çalışmaların sonuçları karşılaştırılmıştır.^{4,5,7,8}

Olgularımızın çoğunluğunda akral bölgede yerleşmiş bir nevüs bulunurken, en fazla akral nevüse sahip (10 lezyon) 2 hasta mevcuttu. Rokuhara ve ark. akral olmayan bölgelerdeki nevüs sayısının bu bölgelerdeki melanom ile ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir. Ancak palmoplantar bölge ve tırnaktaki nevüs sayısı ile akral melanom riski arasında bir ilişki olmadığını göstermişlerdir.⁹ Bizim çalışmamızda da melanom teşhis edilen hastada bir adet nevüs bulunurken, fazla nevüsü olan hastaların lezyonları benin özellikte idi.

Lezyonların lokalizasyonlarına göre dağılımlarına bakıldığında en sık iç arkus (%20) ve parmaklarda (%18,4) yerleştiği görülmüştür. Paralel oluk paterni genel olarak çoğu lokalizasyonda yüksek olmakla beraber en sık parmaklarda görülmekteyken, fibriler patern en sık dış arkusta, homojen patern ise en sık iç arkusta görülmüştür. Miyazaki ve ark., bizim sonuçlarımıza benzer şekilde, fibriler paternin, basınca fazla maruz kalan ayak tabanının periferinde daha sık görüldüğünü; kafes benzeri paternin ise ayak arkusunda sık görüldüğünü belirtmişlerdir.¹⁰ Altamura ve ark., lezyonları el, ayak ve parmakların volar veya lateral yüzleri şeklinde anatomik bölgelere ayırarak değerlendirdikleri çalışmalarında fibriler, kafes benzeri, tipik olmayan ve homojen paternlerin anlamlı olarak en sık ayakta görüldüğünü belirtmişlerdir.⁵

Uluslararası dermoskopi birliğinin önerilerine göre tipik olmayan patern gösteren akral melanositik lezyonlar ya yakın takibe alınmalı ya da eksize edilmelidir.¹¹ Çalışmamızda 7 lezyonda tipik olmayan patern görülmüş ve dijital dermoskopi ile takibe alınmıştır. Bazı akral melanositik nevüslerin kısa süreli takiplerinde bile paternlerinde değişiklik olabileceği bilinmektedir.^{4,8} Altamura ve ark.'nın akral nevüslerin takibini inceledikleri çalışmalarında en sık paralel oluk paterninde değişim izlenmiştir. Ancak bütün değişimler benin karakterde olup histopatolojik olarak regresyon görülmemiştir.⁸ Takiplerinde belirgin dermoskopik değişiklik görülen lezyonlar ile Saida'nın yayınlamış olduğu kriterlere göre akral bölgelerde yerleşmiş 7 mm ve üzerindeki pigmente lezyonlar malinite şüphesi nedeniyle patern özelliğine bakılmaksızın eksize edilmelidir.^{5,11} Çalışmamızda 2 adet lezyonun 7 mm üzerinde olduğu tesbit edildi. Bunlardan birisi paralel sırt paterni gösteren ve melanom tanısı alan lezyondur. Diğer ise çift sıralı paralel oluk paterni ve santral mavi-gri renk değişikliği gösteren lezyondur. Bu da dermal nevüs olarak tanı almıştı. Buradaki mavi-gri rengin dermal melanofajlara bağlı olduğu düşünüldü.

Akral lentiginöz melanom, siyah ırkta en sık rastlanan melanom tipidir. Beyaz ırkta ise akral melanom tüm melanomların %4,5 ile %7'sini oluşturmaktadır. Japonya'da görülen melanom olgularının yarısında lezyonların akral bölgelerde görüldüğü tesbit edilmiştir.¹² Bu lokalizasyonların %30'una yakını da plantar bölge yerleşimlidir.^{12,13} Akral melanomda görülen major patern paralel sırt paternidir. Paralel sırt paterni in situ melanomların %94'ünde, malin melanomların ise %98'inde görülen özel bir paterndir.¹⁴ Bizim çalışmamızda tesbit edilen bir adet paralel sırt paterni el lokalizasyonlu idi. Melanoma özgü olmasına rağmen yakın zamanda gösterilen bazı benin akral lezyonlarda paralel sırt paterni görüldüğü unutulmamalıdır. Bu benin durumlar parafenilendiamin boyası ve 5-fluorourasil kullanımına bağlı pigmentasyon, Peutz-Jeghers ve Laugier-Hunziker sendromu ile ilişkili akral pigmente maküller, akral subkorneal hemoraji ve pigmente verrüdüdür.^{13,15}

Çalışmamızdaki lezyonlarda paralel sırt dışında malinite şüphesi gösteren diğer bulgular ise siyah irregüler leke, pigment ağ yapısında kalınlaşma, irregüler nokta ve globüllerin görülmesiydi. Leke/pigmentasyon (blotch), derindeki yapıların dermatoskop ile görülmesini engelleyen koyu kahve, siyah ve/veya gri renkte yapısız alanlardır. Benin lezyonlarda regüler bölgesel veya diffüz lekeler olurken, malin lezyonlarda irregüler bölgesel veya diffüz olabilir.¹⁶ Bizim çalışmamızda 2 lezyonda siyah irregüler leke görülmüş ve histopatolojik olarak compound nevüs ve dermal nevüs tanısı almıştır.

Çalışmamızda akral nevüslerde en sık tesbit edilen üç patern sırasıyla paralel oluk, homojen ve kafes benzeri paterndir. Paralel oluk paterni en sık parmaklarda, fibriler patern en sık dış arkusta ve homojen patern en sık iç arkusta görülmüştür. Olgularımızın birinde paralel sırt paterni tesbit edilmiş ve histopatolojik olarak malin melanom tanısı almıştır.

Akral melanositik lezyonların dermoskopik paternlerinin bilinmesi erken dönem melanom tanısı için önemlidir. Bu şekilde benin lezyonların gereksiz eksizyonları da önlenmiş olacaktır. Diğer yerlerdeki nevüslere göre geç fark edilmesinden dolayı tanıda gecikmeyi önlemek için rutin muayenelerde palmoplantar nevüs varlığı araştırılmalı ve dermoskopik değerlendirilmeleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Zalaudek I, Docimo G, Argenziano G: Using dermoscopic criteria and patient-related factors for the management of pigmented melanocytic nevi. Arch Dermatol 2009;145:816-26.
2. Akay BN: Dermoscopy of palmoplantar and nail lesions. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007;3:64-71.
3. Tanaka M: Dermoscopy. J Dermatol 2006;33:513-17.
4. Özdemir F, Kılınc Karaarslan I, Akalın T: Variations in the dermoscopic features of acquired acral melanocytic nevi. Arch Dermatol 2007;143:1378-84.
5. Altamura D, Altobelli E, Micantonio T, Piccolo D, Fargnoli MC, Peris K: Dermoscopic patterns of acral melanocytic nevi and melanomas in a white population in central Italy. Arch Dermatol 2006;142:1123-8.
6. Saida T: Malignant melanoma in situ on the sole of the foot: its clinical and histopathologic characteristics. Am J Dermatopathol 1989;11:124-30.
7. Malvehy J, Puig S: Dermoscopic patterns of benign volar melanocytic lesions in patients with atypical mole syndrome. Arch Dermatol 2004;140:538-44.
8. Altamura D, Zalaudek I, Sera F, Argenziano G, Fargnoli MC, Rossiello L, et al: Dermoscopic changes in acral melanocytic nevi during digital follow-up. Arch Dermatol 2007;143:1372-76.
9. Rokuhara S, Saida T, Oguchi M, Matsumoto K, Murase S, Oguchi S: Number of acquired melanocytic nevi in patients with melanoma and control subjects in Japan: Nevus count is a significant risk factor for nonacral melanoma but not for acral melanoma. J Am Acad Dermatol 2004;50:695-700.
10. Miyazaki A, Saida T, Koga H, Oguchi S, Suzuki T, Tsuchida T: Anatomical and histopathological correlates of the dermoscopic patterns seen in melanocytic nevi on the sole: a retrospective study. J Am Acad Dermatol 2005;53:230-6.
11. Bowling J, Argenziano G, Azenha A, Bandic J, Bergman R, Blum A, et al: Dermoscopy key points: Recommendations from the International Dermoscopy Society. Dermatology 2007;214:3-5.
12. Ishihara K, Saida T, Yamamoto A: Update statistical data for malignant melanoma in Japan. Int J Clin Oncol 2001;6:109-16.
13. Saida T, Oguchi S, Miyazaki A: Dermoscopy for acral pigmented skin lesions. Clin Dermatol 2002;20:279-85.
14. Saida T, Miyazaki A, Oguchi S, Ishihara Y, Yamazaki Y, Murase S, et al: Significance of dermoscopic patterns in detecting malignant melanoma on acral volar skin: results of a multicenter study in Japan. Arch Dermatol 2004;140:1233-8.
15. Tanioka M: Benign acral lesions showing parallel ridge pattern on dermoscopy. J Dermatol 2011;38:41-4.
16. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, Talamini R, Corona R, Sera F, et al: Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. J Am Acad Dermatol 2003;48:679-93.