



Ekstremitte melanomlarının klinik ve dermoskopik özellikleri

The clinical and dermoscopic features of extremity melanomas

Fatma Pelin Cengiz, Nazan Emiroğlu, Rainer Hofmann-Wellenhop*

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

*Graz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Graz, Avusturya

Özet

Amaç: Dermoskopi, çıplak gözle görülemeyen yapıların ayırt edilebilmesine yardım eden, invaziv olmayan bir araçtır. Ekstremitelerdeki malign melanomların dermoskopik ve klinik özellikleri literatürde iyi bir şekilde tanımlanmamıştır. Bu yüzden, biz bu çalışmada ekstremitelerdeki melanomların dermoskopik ve klinik özelliklerini tanımlamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Ekstremitelerinde melanomu olan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Dermoskopik ve klinik görüntüleri, histopatolojik ve klinik bilgileri incelendi. Breslow kalınlığı ve dermoskopik özellikler arasındaki ilişkiler değerlendirildi.

Bulgular: Kadınlarda en sık yerleşim yeri alt ekstremiteler olmakla birlikte, erkeklerde en sık yerleşim yeri üst ekstremiteydi. Melanomun ekstremitelerde gözlenen en sık alt tipi yüzeysel yayımlı malign melanomdu. Ekstremitesinde melanomu olan erkeklerde ortalama yaş 56,21±15,20 iken, ekstremitesinde melanomu olan kadınlarda ortalama yaş 53,09±13,96 idi. Ekstremitte melanomlarındaki en sık dermoskopik özellik düzensiz noktalar (85%). Breslow kalınlığı ile çap arasında, lezyonda 3 veya daha fazla rengin bulunmasıyla, mavi-beyaz peçe yapısıyla ve lineer beyaz çizgilerle arasında pozitif korelasyonlar saptandı ($p<0,005$, $r=+0,462$), ($p<0,001$, $r=+0,550$), ($p<0,001$, $r=+0,606$), ($p<0,001$, $r=+0,662$).

Sonuç: Literatürde araştırabildiğimiz kadarıyla, çalışmamız ekstremitte melanomlarının dermoskopik ve klinik özelliklerini araştıran ilk çalışmadır. Alt ekstremitte melanomlarının erkek hastalara göre kadın hastalarda daha sık görüldüğünü, alt ekstremitte melanomu olan hastaların üst ekstremitte melanomu olan hastalara göre daha genç olduğunu, Breslow kalınlığı ile dermoskopik özellikler arasında ilişki olduğunu söyleyebiliriz. (Türkderm 2015; 49: 13-7)

Anahtar Kelimeler: Dermoskopi, ekstremitte, melanom

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Summary

Background and Design: Dermoscopy is a noninvasive tool that helps differentiate structures that cannot be seen by naked eye. Dermoscopic and clinical features of malignant melanomas of the extremities are not well described in the literature. Therefore, in this study, we aimed to determine the dermoscopic and clinical characteristics of melanoma of the extremities.

Materials and Methods: 40 patients with melanoma of the extremities were included in this study. Their dermoscopic and clinical images, histopathological and clinical data were assessed. The relationships between Breslow thickness and dermoscopic characteristics were evaluated.

Results: The most frequent localization in women was the lower extremities, whereas it was the upper extremities in men. The most common subtype of melanoma was superficial spreading melanoma of the extremities. The mean age of the males and females was 56.21±15.20 and 53.09±13.96, respectively. The most common dermoscopic feature of extremity melanoma was irregular dots (85%). Breslow thickness positively correlated with diameter of the lesion, presence of 3 or more colors in lesion, blue-white veil feature and linear white streaks ($p<0.005$, $r=+0.462$; $p<0.001$, $r=+0.550$; $p<0.001$, $r=+0.606$; $p<0.001$, $r=+0.662$, respectively).

Conclusion: To our knowledge, this is the first study investigating the dermoscopic and clinical features in patients with extremity melanomas. We suggest that melanomas of the lower extremities are more common in women than in men and patients with lower extremity melanomas

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Fatma Pelin Cengiz, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel.: +90 312 236 71 14 E-posta: fpelinozgen@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 16.12.2013 **Kabul Tarihi/Accepted:** 08.04.2014

are younger than patients with upper extremity melanomas, and there are associations between Breslow thickness and some dermoscopic characteristics. (Türkderm 2015; 49: 13-7)

Key Words: Dermoscopy, extremity, melanoma

Conflicts of Interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Giriş

Kutanöz melanom, deri kanserlerinin %5'ini oluşturmakla birlikte, deri kanseri dolayısıyla olan ölümlerin %65'inden sorumludur. İnsidansı yıllık %5 oranında artmaktadır. Erken teşhis, ölüm hızını düşürmek ve sağkalımı arttırmak için çok önemlidir.

Dermoskopi (epiluminesan mikroskopi, dermatoskopi) melanomun erken döneminde tanınmasını sağlayan, in vivo bir yöntemdir^{1,2}. Dermatoskopiyle muayene, çıplak gözle muayeneye göre teşhisin doğruluğunu, hekimin bu konudaki tecrübesine ve lezyonun tipine bağlı olarak %5-30 arasında artırır^{3,4}. Dermoskopinin tarihçesi 1663 yılına uzanırken⁵, Goldman bu tekniği pigmente deri lezyonlarının değerlendirilmesinde kullanan ilk dermatologdur⁶. 1980'lere gelindiğinde, dermatoskopiyle melanomun erken tanısında kullanılan "ABCD" kuralı geliştirildi⁷. Bu kurallar lezyondaki asimetriyi, kenar düzensizliğini, renk çeşitliliğini ve çapın 5 mm'den fazla olmasını tanımlıyordu. Daha sonra bu kurallara lezyondaki değişimi tanımlayan beşinci kriter eklendi. Melanomun erken tanısında, 3 nokta ve 7 nokta skorlamaları geliştirildi^{8,9}.

Lezyondaki yapılar tanımlanarak, bu yapıların melanomdaki önemi anlaşılmasına çalışıldı. Günümüzde birinci aşamada dermatoskopiyle lezyonun melanositik-nonmelanositik ayrımı yapıldıktan sonra, lezyondaki yapılar araştırılarak doğru tanı konmaya çalışılır.

Melanomun morfolojik tipleri yüzeysel yayılan melanom, nodüler melanom, lentigo malign melanom, akrallentiginöz melanom ve mukozal melanomdur. Literatürde, ekstremité yerleşimli melanomlarla ilgili fazla veri bulunmamaktadır. Bu yüzden, bu seride ekstremité yerleşimli melanomların klinik ve dermoskopik özelliklerini saptayarak, hekimlere ekstremitéde yerleşen pigmente lezyonlarda şüphelenmeleri gereken ipuçlarını bulmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Klinik ve histopatolojik olarak tanısı konmuş, ekstremité yerleşimli melanomu olan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurul Alt Kurulu'nun 01/13 sayılı onayı alınarak, ekstremité yerleşimli melanomu olan hastaların klinik ve dermoskopik resimlerinin retrospektif olarak incelenmesiyle yapıldı. Hastaların klinik ve dermoskopik resimlerinin çalışmada kullanılabilmesi için hastalardan imzalı onam formu alındı. Bu gözlemsel ve tanımlayıcı olan çalışma 3 dermatolog tarafından yürütüldü.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri, hastanın yaşının 18'den büyük olması, dermatoloji bölümüne melanom şüphesi nedeniyle konsulte edilmiş olması, klinik ve histopatolojik olarak doğrulanmış ekstremité üzerinde en az bir melanomunun olmasıydı. Akrall ve unguall melanomlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya katılanların cinsiyeti, yaşı, Fitzpatrick deri tipi kaydedildi. Melanomun yerleşim yeri, çapı, histolojik olarak alt tipi, dermoskopik paternlerinin analizi yapıldı. Dermoskopik görüntüler, Canon PowerShot A630 fotoğraf makinesi ile eşleştirilmiş DermLite Foto dermatoskopiyle çekildi.

Asimetri, kenarlar, renk, çap (ABCD kuralları), yapısız alanlar, atipik damarlanma artışı, mavi-beyaz peçe, ağ yapısı, globüller, düzensiz leke, düzensiz noktalar, ışınal çizgilenme, psödopod yapıları değerlendirildi. Melanomlar, lentigo malign melanom, yüzeysel yayımlı melanom, nodüler melanom, dezmoplastik melanom olarak sınıflandırıldı.

İstatistiksel değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 paket programı kullanıldı. Verilerin analizi tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi, Fisher's Exact testi ile yapıldı. Parametreler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Klinik bulgular

Ekstremitésinde melanomu olan 40 hasta (19 erkek, 21 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı erkekler için 56,21±15,20, kadınlar için 53,09±13,96 idi. On iki hastanın (%30) Fitzpatrick deri tipi 2, 22 hastanın (%55) Fitzpatrick deri tipi 3, 4 hastanın (%10) Fitzpatrick deri tipi 4, 2 hastanın (%5) Fitzpatrick deri tipi 5 olarak bulundu. Melanomun gözlenen en sık alt tipi yüzeysel yayımlı melanom (16 hasta, %40), bunu takip eden nodüler melanom (13 hasta, %32,5), melanoma in situ (6 hasta, %15) ve lentigo malign melanomdu (5 hasta, %12,5). Melanomların 19'u (%47,5) üst ekstremitéye yerleşmişken, 21'i alt ekstremitéye yerleşmiştir (%52,5). Kadınlarda %66,7 oranında melanomlar alt ekstremité yerleşimli, erkeklerde %63,2 oranında üst ekstremité yerleşimlidir. Ekstremité melanomlarının yerleşim yeri cinsiyete göre istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (p<0,05).

Lentigo malign melanomların, 3'ü (%60'i) üst ekstremité yerleşimli, 2'si (%40'i) alt ekstremité yerleşimliydi. Nodüler melanomların %30,8'i üst ekstremité yerleşimli, %69,2'si alt ekstremité yerleşimliydi. Yüzeysel yayımlı melanomların %62,5'i üst ekstremité yerleşimli, %37,5'i alt ekstremité yerleşimliydi.

Bu çalışmada 40 melanom incelendi. Lezyonların ortalama çapı 10,80±7,47 mm idi. Bütün lezyonlar cerrahi olarak çıkarıldı ve histopatolojik olarak incelendi. Toplamda 6 hasta melanoma in situ ydu. Otuz iki hastada Breslow kalınlığı 0,5 mm ve altıyken (%80), 8 hastada 0,5 mm üstüydü (%20).

Dermoskopik bulgular

Asimetri, lentigo malign melanomların %100'ünde, nodüler melanomların %46,2'sinde, yüzeysel yayımlı melanomların %56,3'ünde, melanoma in situ ların %33,3'ünde bulunmakla birlikte, gruplar arasında asimetri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,130).

Kenar düzensizliği 20 hastada (%50) mevcuttu. Lentigo malign melanomların %60'ında, nodüler melanomların %30,8'inde, yüzeysel yayımlı melanomların %68,8'inde, melanoma in situ ların %33,3'ünde mevcuttu. Melanom tipleri arasında kenar düzensizliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (p=0,169).

Yirmi altı lezyon iki renkli (%65), 8 lezyon (%20) üç renkli, 6 lezyon dört renkliydi (%15). Lentigo malign melanomların %60'ı, nodüler

melanomların %38,5'i, yüzeysel yayımlı melanomların %87,5'i, melanoma in situ'ların %66,7'si iki renkliydi. Lezyon içinde dört rengi bulunan sadece nodüler melanomdu (%30,8). Renk çeşitliliği açısından nodüler melanom, diğer melanom tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı bulundu ($p=0,044$).

Lentigo malign melanomların %70'inde atipik pigment ağı, %30'unda psödo-ağ yapısı olduğu görüldü. Nodüler melanomların %21,5'inde atipik pigment ağı, %23,4'ünde psödo-ağ yapısı olduğu görüldü. Yüzeysel yayımlı melanomların %46,3'ünde atipik pigment ağı, %25'inde psödo-ağ yapısı olduğu görüldü. Melanoma in situ'ların %60'ında atipik pigment ağı, %33,3'ünde psödo-ağ yapısı mevcuttu. Melanom tipleri arasında ağ yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,005$).

Yapısız alanlar 23 hastada (%57,5) mevcuttu. Yapısız alanlar lentigo malign melanomların %100'ünde, nodüler melanomların %61,5'inde, yüzeysel yayımlı melanomların %50'sinde, melanoma in situ'ların %33,3'ünde mevcuttu. Melanom tipleri arasında, yapısız alanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,134$).

Düzensiz damarlanma artışı 21 hastada (%52,5) görüldü. Lentigo malign melanomların %100'ünde, nodüler melanomların %61,5'inde, yüzeysel yayımlı melanomların %37,5'inde, melanoma in situ'ların %33,3'ünde görüldü. Gruplar arasında düzensiz damarlanma artışı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,064$).

Düzensiz nokta yapıları 34 hastada (%85) gözlemlendi. Lentigo malign melanomların %100'ünde, nodüler melanomların %69,2'sinde, yüzeysel yayımlı melanomların %87,5'inde, melanoma in situ'ların %100'ünde gözlemlendi. Melanom tipleri arasında düzensiz nokta yapıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,207$).

İşınsal uzantılar 25 hastada (%62,5) görüldü. Lentigo malign melanomların %60'ında, nodüler melanomların %53,8'inde, yüzeysel yayımlı melanomların %68,8'inde, melanoma in situ'ların %66,7'sinde görüldü. Melanom tipleri arasında ışınsal uzantılar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p=0,864$).

Kristal/krizalit benzeri yapılar 13 hastada (%32,5) görüldü. Lentigo malign melanomların %40'ında, nodüler melanomların %84,6'sında görüldü. Nodüler melanomlar kristal/krizalit benzeri yapılar bulundurmaları açısından diğer tiplerden anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0,001$).

Mavi-beyazımsı tül yapısı 6 hastada (%15), düzensiz globüller 8 hastada (%20), polimorf damarlar 7 hastada (%17,5), psödopod yapısı 9 hastada (%22,5), leke 10 hastada (%25), negatif pigment ağı 8 hastada (%20) mevcuttu (Tablo 1) (Resim 1, 2, 3).

Korelasyon analizlerinde ekstremitelerde bulunan melanomlarda Breslow kalınlığıyla, lezyonun çapı arasında ($p<0,005$, $r=+0,462$), lezyondaki renklerin sayısı ile ($p<0,001$, $r=+0,550$), mavi-beyazımsı tül yapısıyla ($p<0,001$, $r=+0,606$) ve lezyondaki kristal/krizalit benzeri yapıların varlığıyla ($p<0,001$, $r=+0,662$) ilişki olduğu görülmüştür.

Dermoskopik açıdan 3 melanomda spesifik bir özellik görülmedi (%7,5). Bu melanomların histopatolojik olarak yüzeysel yayımlı melanom olduğu saptandı.

Tartışma

Kutanöz melanomun prognozu çok değişkendir. Tümörün evresi; Breslow kalınlığı, ülserasyon, mitotik hız ve lenf nodu tutulumu ile belirlenir. Hastalığın prognozunu ise bir çok faktör etkilemektedir.

Bunlardan bazıları Breslow kalınlığı, rejyonel lenf nodu tutulumu, yaş ve cinsiyettir. Erkek cinsiyet ve ileri yaş kötü prognozun habercisidir¹⁰⁻¹². Melanomun yerleşim yeri de prognozu etkiler. Ekstremitelerde yerleşen melanomun prognozunun ve yaşam süresinin, baş boyunda veya gövdede yerleşen melanomlara göre daha iyi olduğu gösterilmiştir¹³.

Genetik farklılıklarda kutane melanomların yerleşimini etkileyebilmektedir. Güneş hasarı görmüş deride gövdede gelişen melanomlarda, yine güneş hasarı görmüş deride ekstremitelerde gelişen melanomlara göre BRAF mutasyonu görülme olasılığı iki kat daha fazladır^{14,15}.

Literatürde yapılan bir çalışmada, alt ekstremitelerdeki melanomların üst ekstremitelerdeki melanomlarına göre prognozlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak, alt ekstremitelerdeki melanomların genç yaşta ve kadın hastalarda daha sık olması düşünülmüştür¹⁶.

Çalışmamızda kadınlarda melanom %66,7 oranında alt ekstremitelere yerleşmişken, erkeklerde %63,2 oranında üst ekstremitelere yerleşmiştir. Egger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir¹⁶. Kadınlarda melanomun alt ekstremitelere yerleşmesinin sebebi kadınların giyim konusundaki farklılıkları, kadınlarda alt ekstremitelerin güneşe maruziyetinin daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Üst ekstremitelerdeki melanomlar daha erken dönemde fark edilmektedir, Hemo ve ark. yaptıkları çalışmada uyluk arkasında olan melanomların görünür yerlerdeki melanomlara göre Breslow kalınlığının daha fazla olduğunu belirtmiştir¹⁷. Bu çalışmada, üst ekstremitelerdeki melanomları arasında Breslow kalınlığı açısından fark görülmemiştir. Bu sonucumuz Egger ve ark.'nın yaptığı çalışmanın sonucuyla uyumludur. Egger ve ark. da üst ekstremitelerdeki melanomlarında Breslow kalınlığı açısından bir fark olmadığını belirtmiştir¹⁶.

Tablo 1. Ekstremitelerdeki melanomların dermoskopik ve klinik özellikleri

Dermoskopik ve klinik özellikler	Üst ekstremiteler	Alt ekstremiteler
Ortalama Yaş	57,68±14,20	51,76±14,43
Çap		-
<5 mm	-	6 (%28,6)
5-10 mm	12 (%63,2)	7 (%33,3)
>10 mm	7 (%36,8)	8 (%38,1)
Asimetri	12 (%63,2)	10 (%47,6)
Kenar düzensizliği	12 (%63,2)	8 (%38,1)
Renk sayısı		
2	11 (%57,9)	15 (%71,4)
3	8 (%42,1)	-
4	-	6 (%28,6)
Düzensiz noktalar	19 (%100)	15 (%71,4)
İşınsal uzantılar	12 (%63,2)	13 (%61,9)
Atipik pigment ağı	10 (%52,6)	15 (%71,4)
Kristal/krizalit benzeri yapılar	4 (%21,1)	9 (%42,9)
Negatif pigment ağı	2 (%10,5)	6 (%28,6)
Mavi-beyazımsı tül	4 (%21,1)	2 (%9,5)
Leke	5 (%26,3)	5 (%23,8)
Yapısız alanlar	11 (%57,9)	12 (%57,1)

Egger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alt ekstremitesinde melanomu olan hastaların, üst ekstremitesinde melanomu olan hastalara göre daha genç olduğu görülmüştür (48 ve 51)¹⁶. Bizim çalışmamızda aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, alt ekstremitelerde melanomu olan hastalar üst ekstremitelerde melanomu olan hastalara göre daha gençtir (51 ve 57).

Literatürde ekstremitelerde melanomlarının dermoskopik özelliklerini tanımlayan bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız ekstremitelerde melanomlarının dermoskopik ve klinik özelliklerini tanımlayan ilk çalışmadır. Dermoskopik özelliklerin frekansı alt ve üst ekstremitelerde arasında farklılık göstermemektedir.

Ekstremitelerde melanomlarında en sık gözlenen dermoskopik özellik düzensiz noktalar (%85). Düzensiz noktalar, sıklıkla lezyon periferine



Resim 1. Elli yaşında, kadın hasta, sol kol yerleşimli melanom. Dermoskopik Özellikleri: Lezyonda asimetri, leke yapısı, ışınal uzantılar ve düzensiz noktalar (yüzeysel yayılan malign melanom, Breslow kalınlığı 0,75 mm)



Resim 2. Otuz dokuz yaşında, kadın hasta, sol alt ekstremitelerde yerleşimli melanom. Dermoskopik Özellikleri: Lezyonda asimetri, atipik pigment ağı, kristalkrizalit benzeri yapılar (nodüler malign melanom, Breslow kalınlığı 0,77 mm)



Resim 3. Kırk üç yaşında, kadın hasta, sol alt ekstremitelerde yerleşimli melanom. Dermoskopik Özellikleri: Lezyonda asimetri, yapısız alanlar, negatif pigment ağı, düzensiz noktalar (yüzeysel yayılan malign melanom, Breslow kalınlığı 0,28 mm)

yerleşen, değişken büyüklükteki, gri, kahverengi veya siyah renkli noktalar. Pigmente melanositlerin veya melanofajların epidermis, dermoepidermal bileşke veya dermiste kümelenmesiyle ortaya çıkarlar². Düzensiz noktalar en sık lentigo malign melanomlarda ve melanoma in situ'da bulunmakla birlikte, melanom tipleri arasında bir fark görülmemiştir. Düzensiz noktalar, gövdede yer alan Breslow kalınlığı 0.75 mm altı olan ince melanomlarda ve 0,75 mm üstü olan kalın melanomlarda %50-75 oranında görülmektedir ve ekstremitelerde yerleşimli melanomla gövdede bulunan melanom arasında düzensiz noktalar açısından istatistiksel olarak fark görülmemiştir¹⁸.

Atipik pigment ağı yapısı ekstremitelerde melanomlarının %62'sinde mevcuttu. Atipik pigment ağı yapısı, aynı yapıda olmayan, düzensiz büyüklükleri olan yuvarlaklara sahip, yer yer kalınlaşmış ve rengi koyulaşmış ağı yapısıdır. Atipik pigment ağı yapısının olduğu lezyonlarda melanom ihtimalinin 9 kat arttığı gösterilmiştir¹⁹. Bizim çalışmamızda atipik pigment ağı yapısı Breslow kalınlığı ince olan lentigo malign melanomlarda (%70) ve melanoma in situ'da (%60) daha yüksek oranda gözlenirken, nodüler melanomlarda (%21) ve yüzeysel yayımlı melanomlarda (%46) daha düşük oranda gözlenmiştir.

Ekstremitelerde melanomları, %35 oranında 3 veya daha fazla renkliydi. Gövde melanomlarında ise %85 oranında 3 veya daha fazla rengin melanomda bulunduğu bildirilmiştir⁵. Ekstremitelerde bulunan nodüler melanomların içinde daha çok sayıda rengin olduğu çalışmamızda gösterilmiştir. Ekstremitelerde melanomlarında az sayıda rengin olması, ekstremitelerde yüzeysel yayımlı melanomun ve lentigo malign melanomun daha yüksek oranda bulunmasıyla açıklanabilir.

Işınal uzantılar, lezyonun periferinde yer alan, lineer, rengi açık kahverengiden siyaha kadar değişebilen yapılarıdır. Histopatolojik olarak, deri yüzeyine paralel olarak uzanan, dermoepidermal bileşkedeki melanosit yuvalarına denk gelirler. Radyal büyümenin belirticidir. İnce melanomlarda ve kalın melanomlarda %50-70 oranında bulunur². Bu çalışmada ışınal uzantılar, %62 oranında görüldü. Bulduğumuz bu oran literatürdeki sonuçlara benzemektedir, bu yüzden ekstremitelerde melanomlarında ve gövdedeki melanomlarda ışınal uzantıların benzer oranda bulunduğunu söyleyebiliriz.

Yapısız alanlar, daha çok düz lezyonlarda bulunmakla birlikte, beyaz skar benzeri alanlardır. Histolojik olarak, fibrozis, pigmentasyon kaybı ve epidermal incellemeyle karakterizedir²⁰. İnce melanomlarda %30-50 oranında bulunurken, kalın melanomlarda %30'dan az bulunmaktadır¹⁸. Bu çalışmada, %57 oranında bulunmuştur. Çalışmamızdaki melanomların %80'inin Breslow kalınlığı 0,5 mm'den az olduğu için bu oranın yüksek olduğu düşünülmüştür.

Kristal/krizalit benzeri yapılar, lezyonda bulunan parlak beyaz renkli düz çizgilerdir. Polarize özelliği olan dermatoskopiyle daha belirgin olarak görülürler. Kollajen yapımının artmasından kaynaklanır²¹. Bu yapıların, dermise doğru invazyonu sağlamak için melanom stromasında kollajen yapımının artmasından kaynaklandığı önerilmiştir²². Bu çalışmada kristal/krizalit benzeri yapılar %32 oranında görülmekle birlikte, nodüler melanomların %84'ünde görülmüştür. Nodüler melanomlar, diğer melanom tiplerine göre bu yapıyı bulundurması açısından anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu da kristal/krizalit benzeri yapıların, Breslow kalınlığının daha fazla olduğu tümörlerde bulunduğu hipotezini desteklemektedir. Negatif pigment ağı tanımlaması, retiküler bir ağa benzer şekilde lezyonda beyaz yapıların olmasıdır. Yapılan bir çalışmada %27 oranında melanomlarda bulunduğu görülmüştür. Kristal/krizalit benzeri yapılarda olduğu gibi, aşırı kollajen yapımından kaynaklandığı

düşünülmür²³. Pizzichetta ve ark., yaptıkları çalışmada negatif pigment ağının melanoma in situya göre invaziv melanomda daha sık olarak bulunduğunu belirtmiştir (%36 ve %28)²⁴. Bu çalışmada negatif pigment ağı, melanomların %20'sinde mevcuttu. Çalışmamızda yer alan melanomların %80'inin Breslow kalınlığı 0,5 mm'den daha az olduğu için bulduğumuz oran daha düşüktür.

Mavi-beyazımsı tül yapısı, düzensiz ve yapısız olarak bulunan beyaz-mavi pigmentasyondur. Genellikle lezyonun yükselmiş kısmında göze çarpar ve üst dermiste yoğun olarak bulunan pigmente melanositlerden kaynaklanır². İnce melanomların %30'undan azında bulunurken, kalın melanomlarda bulunma oranı %70'in üstüne çıkmaktadır. Bizim çalışmamızdaki melanomların çoğu ince melanom olduğu için lezyonlarda %15 oranında gözlenmiştir.

Bu yapıların dışında Breslow kalınlığıyla, lezyonların çapı, lezyondaki renk sayısının fazlalığı, mavi-beyazımsı tül yapısı ve kristal/krizalit benzeri yapılar arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu yapıların Breslow kalınlığıyla ilişkisi daha önce literatürde belirtilmiştir, bizim sonuçlarımız da var olan bilgiyi desteklemektedir.

Sonuç

Ekstremitelerde melanomlarıyla ilgili yaptığımız bu çalışmada;

- Alt ekstremitelerde melanomlarının daha çok kadın hastalarda, üst ekstremitelerde melanomlarının daha çok erkek hastalarda görüldüğünü,
- En yaygın histolojik alt tipin yüzeysel yayımlı melanom olduğunu,
- Alt ekstremitelerde melanomu olan hastaların üst ekstremitelerde melanomu olan hastalara göre daha genç olduğunu,
- En sık görülen dermoskopik özelliğin düzensiz noktalar olduğunu,
- Breslow kalınlığıyla lezyonların çapı, lezyondaki renk sayısının fazlalığı, mavi-beyazımsı tül yapısı ve kristal/krizalit benzeri yapılar arasında ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızdaki verilerin doğruluğunu onaylayan daha çok olgu sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

*Bu çalışmada kullanılan dermoskopi terimleri Türk Dermatoloji Derneği Dermoskopi Çalışma Grubu'nun tanımladığı dermoskopi terminolojisine uygun olarak kullanılmıştır.

Kaynaklar

1. Pehamberger H, Binder M, Steiner A, Wolff K: In vivo epiluminescence microscopy: improvement of early diagnosis of melanoma. *J Invest Dermatol* 1993;100:356S-62S.
2. Soyer HP, Argenziano G, Chimenti S, Ruocco V: Dermoscopy of pigmented skin lesions. *Eur J Dermatol* 2001;11:270-6.
3. Binder M, Poespoeck-Schwarz M, Steiner A, et al: Epiluminescence microscopy of small pigmented skin lesions: short-term formal training improves the diagnostic performance of dermatologists. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:197-202.

4. Westerhoff K, McCarthy WH, Menzies SW: Increase in the sensitivity for melanoma diagnosis by primary care physicians using skin surface microscopy. *Br J Dermatol* 2000;143:1016-20.
5. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Burgdorf WHC, Coggnetta AB: Color atlas of dermatoscopy. 2nd ed. Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag; 2002.
6. Goldman L: Some investigative studies of pigmented nevi with cutaneous microscopy. *J Invest Dermatol* 1951;16:407-26.
7. Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW: Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985;35:130-51.
8. Soyer HP, Argenziano G, Zalaudek I, et al: Three-point checklist of dermoscopy. A new screening method for early detection of melanoma. *Dermatology* 2004;208:27-31.
9. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P, et al: Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol* 1998;134:1563-70.
10. Lasithiotakis K, Leiter U, Meier F, et al: Age and gender are significant independent predictors of survival in primary cutaneous melanoma. *Cancer* 2008;112:1795-804.
11. Chao C, Martin RC II, Ross MI, et al: Correlation between prognostic factors and increasing age in melanoma. *Ann Surg Oncol* 2004;11:259-64.
12. Scoggins CR, Ross MI, Reintgen DS, et al: Gender-related differences in outcome for melanoma patients. *Ann Surg* 2006;243:693-8, discussion 698-700.
13. Callender GG, Egger ME, Burton AL, et al: Prognostic implications of anatomic location of primary cutaneous melanoma of 1 mm or thicker. *Am J Surg* 2011;202:659-65.
14. Maldonado JL, Fridlyand J, Patel H, et al: Determinants of BRAF mutations in primary melanomas. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95:1878-90.
15. Curtin JA, Fridlyand J, Kageshita T, et al: Distinct sets of genetic alterations in melanoma. *N Engl J Med* 2005;353:2135-47.
16. Egger ME, Tabler BL, Dunki-Jacobs EM, et al: Clinicopathologic and survival differences between upper and lower extremity melanomas. *Am Surg* 2012;78:779-87.
17. Hemo Y, Gutman M, Klausner JM: Anatomic site of primary melanoma is associated with depth of invasion. *Arch Surg* 1999;134:148-50.
18. Neila J, Soyer HP: Key points in dermoscopy for diagnosis of melanomas, including difficult to diagnose melanomas, on the trunk and extremities. *J Dermatol* 2011;38:3-9.
19. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S, et al: Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the Internet. *J Am Acad Dermatol* 2003;48:679-93.
20. Yadav S, Vossaert KA, Kopf AW, Silverman M, Grin-Jorgensen C: Histopathologic correlates of structures seen on dermoscopy (epiluminescence microscopy). *Am J Dermatopathol* 1993;15:297-305.
21. Pan Y, Gareau DS, Scope A, et al: Polarized and nonpolarized dermoscopy: the explanation for the observed differences. *Arch Dermatol* 2008;144:828-9.
22. van Kempen LC, Rijntjes J, Mamor-Cornelissen I, et al: Type I collagen expression contributes to angiogenesis and the development of deeply invasive cutaneous melanoma. *Int J Cancer* 2008;122:1019-29.
23. Botella-Estrada R, Requena C, Traves V, Nagore E, Guillen C: Chrysalis and negative pigment network in Spitz nevi. *Am J Dermatopathol* 2012;34:188-91.
24. Pizzichetta MA, Talamini R, Marghoob AA, et al: Negative Pigment Network: an additional dermoscopic feature for the diagnosis of melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2013;68:552-9.