

Klinik Çalışma

Pigmente Deri Lezyonlarında Dermoskopik ve Patolojik Tanıların Karşılaştırılması

Neşe Kurt Özkaya^{*}, Songül Sağlam Zor^{**}, Mürsel Çepni^{***}

Özet

Amaç: Deri lezyonlarını değerlendirirken klinik ön tanı doğruluk oranını artırma amaçlı dermoskop kullanılır. Bu çalışmada dermoskopik tanısı konulup cerrahi önerilen melanositik ve nonmelanositik lezyonların dermoskopik ve patolojik tanıların uyumluluğunun istatistik olarak anlamlı olup olmadığının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Dermatolojik muayeneleri aynı hekim tarafından 15 mm'lik 10x büyütme, 8 beyaz LED özellikleri olan (3GEN DermLite DL 100) el dermoskop cihazı kullanılarak yapılan 116'sı (%63.04) kadın, 68'i (%36.96) erkek toplam 184 hastadan alınan 300 adet eksizyon materyalinin tanıları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların en küçüğü 7, en büyüğü 80 (ort. 36.47) yaşında olup; 116'sı (%63.04) kadın, 68'i (%36.96) erkek toplam 184 hastadan alınan 300 adet eksizyon materyalinin tanıları karşılaştırılmıştır.

Lezyonların 220'si melanositik, 80'i nonmelanositik olarak değerlendirildi. Melanositik lezyonların 190'ının (%86.36) dermoskopik ve patolojik tanısı aynı olup, 30'unun (%13.64) farklıydı. Nonmelanositik lezyonların 30'unun (%37.5) dermoskopik tanısı ile patolojik tanısı aynı, 50'sinin (%62.5) tanısı ise farklıydı.

Sonuç: Melanositik lezyonlarda doğru tanı koyma oranı nonmelanositik lezyonlara göre istatistik olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.001). Çalışmamızda dermoskopi melanositik lezyonlarda daha yüksek oranda başarı sağlamıştır. Klinik tanının doğruluk oranının artması; hasta takibinde, cerrahi işlem öncesi planlamada ve doğru ön tanıyla da patoloğa yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Dermoskopik tanı, patolojik tanı, pigmente deri lezyonları

En büyük duyu organımız olan deri, yüzey genişliği itibariyle yaşam boyu kimyasallar, değişik derecelerde ısı, radyasyon, güneş ışını gibi çok çeşitli etkenlere maruz kalır. Bunların zararlı etkileri veya kalıtsal etkenler nedeniyle de çeşitli lezyonlar oluşur. Dermatolojik klinik muayenede tanıya yardımcı wood ışığı, dermoskop, diaskopi, büyüteç gibi araçlar kullanılır. Bu araçlardan biri olan dermoskop halen pigmente ve nonpigmente deri lezyonlarının teşhisi için yaygın olarak kullanılır (1). İyi organize edilmesi halinde eğitilmiş personel ve yeterli teknik donanım ile melanositik

ve nonmelanositik lezyonların tespitinde ve tedavisinde noninvaziv olarak geçerli ve güvenilir bir yöntemdir (2).

Dermoskopi deri yüzey mikroskopisi ya da epiluminesans mikroskopisi olarak adlandırılan noninvaziv görüntüleme teknikleri, ışık ve büyütme sistemleri kullanılarak pigmentli deri lezyonlarının in vivo incelemesini sağlar (2). El dermoskoplarında pigmente lezyonlar 10X büyütülerek incelenir, digital dermoskoplar ise 100X büyütme sağlar. Bu yöntemle lezyon yüzeyine mineral yağ uygulanır. Yağ, yüzeyin parlamasını önler ve kornifiye tabakayı translusen hale getirir. Böylelikle epidermis, dermoepidermal bileşke ve yüzeyel dermis daha görünür hale gelir (1). Tanı değeri açısından, makroskopik değerlendirme ile histopatolojik inceleme arasında yer almaktadır (3). En tecrübeli ellerdeki kullanımında bile histopatolojik incelemenin yerini alamayacağı, ancak klinik tanıyı güçlendirerek gereksiz cerrahi girişimi önleyebileceği gösterilmiştir (4).

Türkiye'de dermoskopi ise 1993'ten beri kullanılmaktadır (5).

Dermoskopik muayenede ilk olarak incelenen lezyonun, melanositik ya da nonmelanositik olduğuna karar verilir. Nonmelanositik olanlar,

^{*}Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Kliniği, Van

^{**}Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, Van

^{***}Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerafeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Kliniği, Amasya

Sorumlu Yazar: Dr. Neşe KURT ÖZKAYA

Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi polikliniği, Van

Tlf:0505 389 07 45

E-mail: nesekurtozkaya@mynet.com

Makalenin Geliş Tarihi: 02.10.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 01.12.2014

bazal hücreli karsinom, squamoz hücreli karsinom, hemanjiyom, seboeik keratoz, aktinik keratoz, dermatofibrom, vasküler lezyonlar v.b. olarak ayrılır. Geriye kalanlara ve melanositik olarak ayrılmış olanlara ikinci basamakta benign nevüs ve melanom ayrımı yapılır (6).

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan onay alınarak yapılmıştır. Hastaların dermatolojik muayeneleri aynı hekim tarafından yapılmış olup dermoskopik muayenede 15 mm'lik 10x büyütme, 8 beyaz LED özellikleri olan (3GEN DermLite DL 100) el dermatoskop cihazı kullanılmıştır.

Van Bölge Hastanesi Dermatoloji Polikliniğinde Aralık 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında dermoskopik muayene sonucu tanısı konulan ve cerrahi eksizyon önerilen hastaların; yaşı, cinsiyeti, lezyonun yeri, dermoskopik tanısı gibi özellikleri kaydedilerek plastik cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. Cerrahi yapılan hastaların lezyonlarının dermoskopik tanıları ile patolojik tanıları karşılaştırılmıştır (Resim 1). Ayrıca lezyonlar melanositik, nonmelanositik şeklinde ve lokalizasyonuna göre ayrılmıştır.

Melanositik ve nonmelanositik lezyonların dermoskopik ve patolojik tanılarının uyumluluğunun istatistik olarak anlamlı olup olmadığı belirlenmiştir.

Bulgular

Hastaların en küçüğü 7, en büyüğü 80 (ort.36.47) yaşında olup; 116'sı (%63.04) kadın, 68'i (%36.96) erkek toplam 184 hastadan alınan 300 adet eksizyon materyalinin tanıları karşılaştırılmıştır.

Lezyonların 220'si melanositik, 80'i nonmelanositik olarak değerlendirildi. Melanositik lezyonların 190'nın (%86.36)

dermoskopik tanısı ile patolojik tanısı aynı olup, 30'unun (%13.64) dermoskopik tanısı ile patolojik tanısı farklıydı. Nonmelanositik lezyonların 30'unun (%37.5) dermoskopik tanısı ile patolojik tanısı aynı, 50'sinin (%62.5) tanısı ise farklıydı (Grafik 1). Dolayısıyla melanositik lezyonlarda doğru tanı koyma oranı non-melanositik lezyonlara göre istatistik olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.001).

Lezyonların 258'i baş-boyun bölgesinde yer alırken, 28'i gövdede, 14'ü ekstremitelerde yer almaktaydı (Grafik 2).

Tartışma

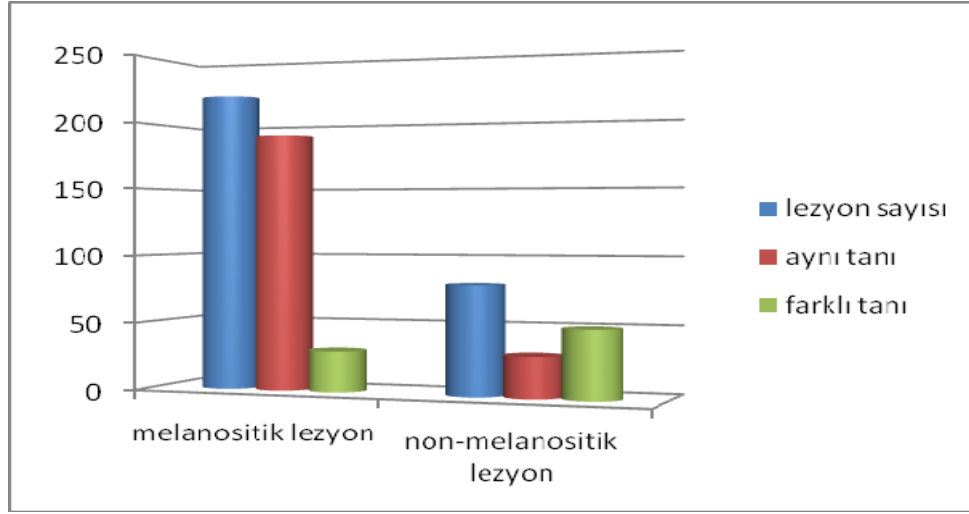
Noninvaziv bir yöntem olan dermoskopi, tanı değeri açısından, makroskopik değerlendirme ile histopatolojik inceleme arasında yer almaktadır (3). Melanositik pigmentte deri lezyonlarının birbirinden ayrımı, planlanacak tedavi yaklaşımı açısından önemlidir (2). Klinik muayene ve ihtiyaç duyulursa yardımcı araçlar kullanılarak konulan ön tanıya, varsa biyopsi sonucuna göre cerrahi yapılacak hastalarda eksizyon sınırının genişliği planlanır.

Klinik muayenenin doğruluk değerini arttırmak için yardımcı araçlar kullanılır. Bu araçlardan biri olan dermoskopi deri yüzey mikroskopisi ya da epiluminesans mikroskopisi olarak adlandırılır, ışık ve büyütme sistemleri kullanılarak pigmentli deri lezyonlarının in vivo incelenmesini sağlar. Günümüzde artık birçok hastanede el veya digital dermatoskop poliklinik şartlarında bulunmaktadır. Braun ve ark. (7) yaptığı çalışmada pigmentte deri lezyonlarında dermoskopik lezyonların dermoskopik özelliklerini vurgulamış ve hasta değerlendirmesinde dikkate alınmıştır.

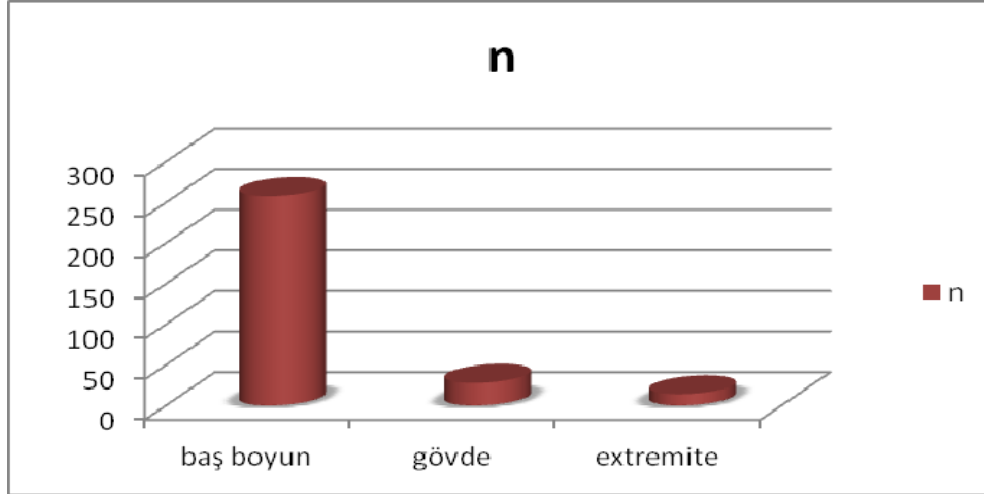
2009 yılında yayınlanan bir çalışmada pigmentte lezyonun melanositik nonmelanositik ayrımını yapmakta klinik muayenenin sensitivitesi %96.6



Resim 1.a). Klinik görünüm, b). Dermoskopik görünüm Patoloji sonucu, compound nevus.



Grafik 1. Lezyonların dağılımı.



Grafik 2. Lezyonların yerleşim bölgelerine göre dağılımı.

ve spesifitesi %61.5 çıkmıştır. Dermoskopik muayenenin sensitivitesi %97.7 ve spesifitesi %88.8 olduğu için daha üstün bulunmuştur (8). Ayrıca aynı çalışmada lezyonların klinik ön tanıları ile dermoskopik ön tanıları karşılaştırıldığında %77.7, klinik ön tanıları ile histopatolojik tanıları karşılaştırıldığında %67, dermoskopik ön tanıları ile histopatolojik tanıları karşılaştırıldığında ise %87 oranında birbiri ile uyumlu olduğu belirtilmiştir. 2002 yılında yayınlanan çalışmada yalnız deneyimli muayene eden için dermoskopinin melanomun teşhisinin doğruluğunu yardımsız göz ile inspeksiyonu yapılan muayeneye göre artırdığı yönündedir (9).

Dermoskopinin nevüs tipini belirlemede histopatolojiye göre üstünlüğünü değerlendiren bir çalışma; “Dermoskopinin %80’lik tanı doğruluğu başarılı bulunmakla birlikte, histopatolojik incelemedeki tanı doğruluğunun yerini alacak düzeyde değildir” (4) şeklinde

yorumlanırken, 2010 yılında yapılan bir çalışmada da %60 oranında dermoskopik tanı ile histopatolojik tanı uyumlu bulunmuş olup dermoskopi uygulamalarının iyi organize edilmesi halinde eğitilmiş personel ve yeterli teknik donanımla melanositik ve nonmelanositik lezyonların tespitinde ve tedavisinde noninvaziv olarak geçerli ve güvenilir bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (3).

Melanom insidansı günümüzde hızla artmakta, her on yılda bir ikiye katlanmaktadır (10). Melanomun doğal gelişimi, nodular tip haricinde bifaziktir. Epidermal yüzey boyunca ilerleyen horizontal ya da radyal gelişim fazı, yani in situ melanom, erken tanı için zaman kazandırır. Eğer melanom bu dönemde tanınmazsa, ilerleyerek vertikal gelişim fazına geçer ve metastatik potansiyel kazanır. Önemli olan bu potansiyeli kazanmadan, yani in situ dönemdeki tanı koyabilmektir (10). Melanom tanısını koymada

kliniğe yardımcı yöntemler arasında belki de en kolay ulaşılabılır olanlardan biri dermatoskoptur.

Nonmelanositik lezyonlardan bazal hücreli karsinom ve değişik tipleri üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur. 2001 yılında yayınlanan bazal hücreli karsinomun bilinen dermoskopik kriterlerine ek olarak "Consensus net meeting 2000" de tanımlanan yeni kriterler de dikkate alınarak yapılan bir çalışmada histopatolojik tanı ve dermoskopik tanı doğruluk oranının bazal hücreli karsinom için %91 olduğu ancak bu konuda yapılacak ileri çalışmalarla yeni kriterlerin eklenmesi sonucu bu oranları daha da artırmanın mümkün olabileceği vurgulanmıştır (11).

Şenel, yaptığı çalışmada nonmelanositik lezyonların dermoskopik özellikleri ve paternlerini belirttiği yazısında dermatologların bu özellikleri ve paternleri iyi bilmesi gerektiğini vurgulamıştır (1). Dermatologların tanısal doğruluğunu tespit etmek için 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada deri tümörlerinin teşhis ve tedavisinde dermatologların ilk sırada olması gerektiği vurgulanarak, her ne kadar farklı çalışmalar birebir karşılaştırılabilir olmasa da malign deri tümörlerini doğru teşhis etmekte dermatologların diğer uzmanlara göre daha üstün olduğu bunun sebebinin belki de daha geniş tanısal deneyimleri ve dermoskopiye daha liberal kullanmaları olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (12).

2012 yılında yayınlanan saçlı deri tümörlerinin dermografik özellikleri ve anatomik lokalizasyonuna göre dağılımını, pigmente melanositik ve nonmelanositik skalp tümörlerinin global ve lokal dermoskopik kriterlerinin prevalansını analiz etmek için yapılan çok merkezli çalışmada lezyonların %59.8'i melanositik, %40.2'si nonmelanositik olarak değerlendirilmiştir ve skalp tümörleri için en olası lokalizasyonlar parietal (%26), temporal (%21.4), frontal (%19.5) bölge iken sonra sırasıyla occipital, vertex, çok daha az oranla nuchal bölge takip etmiştir. Ayrıca melanositik skalp tümörlerinin klinik özellikleri ve hastaların dermografik özellikleri değerlendirildiğinde, nevisü olan hastalarla karşılaştırıldığında malign melanomanın daha çok erkek cinsiyette ve daha yaşlılarda olduğu ve malign melanoma hastalarının daha yüksek prevalansta androjenik alopesi, güneş yanığı izleri, değişiklik öyküsü olduğu tespit edilmesine rağmen ne dermoskopik paternlerin ne de melanoma kalınlığının androjenik alopesi yada anatomik lokalizasyonla hiçbir korelasyonu gösterilememiştir. Nonmelanositik skalp tümörlerinin klinik özellikleri ve hastaların dermografik özellikleri

değerlendirildiğinde; %62 oranında nonmelanoma deri kanseri olduğu, bu kanserlerin de risk profiline (>65 yaş, güneş yanığı öyküsü, androjenetik alopesi, deri kanseri öyküsü) skalp melanomlarına benzediği vurgulanmış ve dermoskopik paternleri özetlenmiştir (13). 2012 yılında yapılan diğer bir çalışmada ise dermoskopinin melanom teşhisinde önemli olduğu vurgulanarak, özellikle genç hastalarda benign lezyonların eksizyon oranını azalttığı vurgulanmıştır (14).

Dermoskopinin melanositik nonmelanositik lezyonların ayırımında veya her bir lezyonun ayırıcı tanısında, lokalizasyonda farklı kriterler değerlendirilerek birçok çalışma yapılmıştır ve sonuçlarda çoğunlukla dermoskopinin klinik tanı doğruluğunu artırdığı ancak histopatolojik tanının daha değerli olduğu vurgulanmıştır. Hatta Ahnlide ve ark. (12) yaptığı çalışmada çoğu vakada preoperatif biyopsinin çalışma dışı bırakılabileceği ve böylece ilave tıbbi bakım masraflarının azalacağı hastaya gereksiz işlemler de yapılmamış olacağı vurgulanmıştır.

Sonuç olarak; dermoskopinin pigmente lezyonlarda klinik tanının doğruluk oranını belirli düzeyde artırdığı bir gerçektir. Bizim çalışmamızda da dermoskopi melanositik lezyonlarda daha yüksek oranda başarı sağlamıştır. Klinik düzeyde dermatoskop kullanımının yaygınlaştırılması ile klinik tanının doğruluk oranının artacağı ve bu sayede hasta takibinde, cerrahi işlem öncesi planlamada ve doğru ön tanıyla patoloğa yardımcı olacağı kanaatindeyiz.

Comparison of Dermoscopic Versus Pathological Diagnoses in Pigmented Skin Lesions

Abstract

Background: Dermoscope is used to increase the precision ratio of clinical pre-diagnosis in terms of dermatological lesions. This study aims to compare statistical significance of dermoscopic versus pathological diagnoses in terms of melanocytic and non-melanocytic lesions in which surgical excision is recommended.

Methods: Dermatological examinations were performed by the same doctor with 15mm (10x focus), 8 white LED hand dermatoscope (3GEN DermLite DL 100). A total of 184 patients were enrolled; 116 of them were (63.04%) women, 68 of them were (36.96%) male. A total of 300 excision materials were compared in this study.

Findings: The youngest patient was 7 years old and the oldest patient was 80 years old (average age was 36,47 years). 220 of the lesions were melanocytic, and

80 of the lesions were non-melanocytic. 190 of the melanocytic (86.36%) lesions had the same pathological diagnoses. 30 of the melanocytic (%13.64) lesions had different pathological diagnoses. 30 of the non-melanocytic (%37.5) lesions have the same pathological diagnoses. 50 of the non-melanocytic (62.5%) lesions had different pathological diagnoses.

Results: Melanocytic lesions had statistically significant (p=0.001) higher ratio of same (precise) diagnosis than non-melanocytic lesions. Dermoscopy provided significantly higher rates of success in cases of melanocytic lesions. We believe that increasing of precision ratio of clinical pre-diagnosis is very helpful for pathologists in finding right diagnoses. In addition, follow up of patients, planning of surgical interventions would be greatly improved by right diagnoses.

Key words: *Dermoscopic diagnosis, pathological diagnoses, pigmented skin lesions*

Kaynaklar

- Şenel E. Dermoscopy of non-melanocytic skin tumors, Indian Journal of Dermatology, Venereology, And Leprology 2011; 77(1):16-22.
- Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. Dermatoloji, 3.Baskı, Cilt II, Dermoskopi, 1805-1806, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
- Ateş B, Altınay İK, Köşlü A. Dermoskopi polikliniği hastalarının retrospektif olarak değerlendirilmesi. Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni 2010; 44(1):17-21.
- Şahin MT, Türel A, Er M, İnanır I, Demir MA, Öztürkcan S. Nevus Nevosellularislerde Dermoskopik ve Histopatolojik Tanıların Karşılaştırılması, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 5(2):19-22.
- Şahin S. Dermoskopi: Nereye Doğru? Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2011; 45(4):167.
- Şahin MT, Soyal MC. Deri Tümörlerinde Dermoskopi, Türkiye Klinikleri Dermatoloji Özel 2013; 6(3):80-91.
- Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions, J Am Acad Dermatology 2005; 52(1):109-121.
- Kandi B, Demir B, Çiçek D, Özarcın R. İmportance of dermoscopy in the diagnosis and differential diagnosis of pigmented skin lesions, F.Ü.Sağ. Bil.Tıp Derg 2009; 23(2):95-101.
- Kittler H, Pehamberger H, Wolff K, Binder M. Diagnostic accuracy of dermoscopy, The Lancet Oncology 2002; 3(3):159-165.
- Özdemir F. Melanom Tanısı, Türkderm 41 2007; Özel Sayı 2:6-14.
- Ceylan C, Özdemir F, Kazandı A. Pigmente bazal hücreli karsinomda yeni tanımlanan dermoskopik kriterler ve tanısal değeri, Türkderm Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 2001; 35(4):300-306.
- Ahnlıde I, Bjellerup M. Accuracy of clinical skin tumour diagnosis in a dermatological setting, Acta DermVenereology 2013; 93:305-308.
- Stanganelli I, Argenziano G, Sera F, Blum A, Özdemir F, Karaarslan IK ve ark. Dermoscopy of scalp tumours: a Multi centre Study Conducted by the İnternational Dermoscopy Society, Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2012; 26:953-963.
- Argenziano G, Cerroni L, Zalaudek I, Staibano S, Hofmann-Wellenhof R, Arpaia N, et al. Accuracy in melanoma detection: A-Ten Year Multicenter Survey, J Am Academy Dermatology 2012; 67(1):54-59.