

# Diabetik Ayak Tanısıyla Ampute Edilen Parmakta Malign Melanoma

İrfan Bayram, Serdar Uğraş, Deniz Reçber

## Özet:

İleri vasküler hastalığın sonucu alt ekstremitelerde gelişen gangren, diabetli hastalarda genel popülasyona oranla yüz kat fazla rastlanır. Gangren ve bazı malignitelerde, deride renk değişikliği ve ülserasyon sıklıkla gözlenir. Bu yazıda “diabetik ayak” tanısıyla, sol ayak dördüncü parmağı ampute edilen, ancak histopatolojik inceleme sonucunda malign melanom tanısı konulan yetmiş yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Diabetik ayak, malign melanoma

Diabetes mellitus; insülin hormonunun yokluğu, yetersizliği veya etkisizliği sebebiyle kan şekerinin normalin üzerine yükselmesiyle tanınan bir hastalıktır (1). Tipi ne olursa olsun, uzun süreli diabetin morbiditesi; mikroanjiyopati, retinopati, nefropati ve nöropati gibi komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. Bu komplikasyonlar kronik olup uzun sürede ortaya çıkarlar. Diabetin vasküler sistem üzerine ağır etkileri vardır. Büyük, orta büyüklükteki arterlerde hızlı ve şiddetli ateroskleroz görülür. İleri vasküler hastalığın sonucu olarak gelişen alt ekstremitelerin gangreni, diabetiklerde genel popülasyondan yüz kez daha sıktır (2).

Malign melanom, göreceli olarak sık rastlanan ve yakın geçmişe kadar kesin olarak ölümle sonuçlanacağı kabul edilen bir tümör idi. Günümüzde ise, deri melanomunun erken belirtileri hakkında toplumsal bilinçlenmenin bir sonucu olarak, melanomların büyük çoğunluğunda cerrahi tedavi ile kür elde edilmesi mümkündür (3).

Bu yazı, ülserle Malign Melanomlu ayak parmağının diabetik ayak tanısıyla ampute edilmesi nedeniyle, ayırıcı tanıya dikkat çekmek için sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

Beş yıl önce diabetes mellitus tanısı konan ve oral antidiyabetik alan yetmiş yaşındaki erkek hastada iki yıl önce sol ayak dördüncü parmakta akıntılı bir yara oluşmuş. Birkaç kez değişik kliniklerde hastaya antimikotik veya antibiyotik tedavisi uygulanmış ve sorunun bir mantar enfeksiyonu olduğu söylenmiş. En son ortopedi kliniğine başvuran hastaya “diabetik ayak” tanısı konarak sol ayak 4. parmak ampute edilmiştir. 6x4x2,5 cm ölçülerinde, bir ucunda tırnak bulunan, kahverenginde ve yer yer ülserasyon izlenen deri ile çevrili, kesitinde içerdiği parmak kemiğini destrükte eden solid, siyah-kahverenginde, deriye kadar uzanan ve cerrahi sınırdan devam eden 4,5x3,5x2,5 cm ölçülerinde nodüler lezyon izlenen sol ayak 4. parmak amputasyon materyalinden (Resim 1,2) alınan örneklerden elde edilen ve hematoksilin-eozin ile boyanan kesitlerin mikroskopik incelemesinde; epidermisten başlayıp dermisi ve subkutan dokuyu tamamen dolduran, yer yer melanin pigmenti içeren tümör dokusu gözlemlendi. Tümör dokusunu; yer yer tek tek duran, yer yer değişik büyüklükte kümeler oluşturan, sitoplazma sınırları seçilemeyen, büyük düzensiz nükleuslu, belirgin eozinofilik nükleoluslu, yer yer melanin granülleri içeren melanositler oluşturuyordu (Resim 3). Yapılan immünohistokimyasal incelemede neoplastik hücrelerin S-100 ve HMB-45 ile boyanma gösterdikleri dikkati çekti (Resim 4). Ayrıca neoplastik hücrelerin perinöral invazyon yaptığı ve cerrahi sınırdan da devam ettiği gözlemlendi. Makroskopik, mikroskopik ve immünohistokimyasal değerlendirmelerin ışığında olguya “Nodüler malign melanom (Level V, Clark)” tanısı kondu.

Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji A.D.

**Yazışma Adresi:** İrfan BAYRAM

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

Maraş Caddesi Araştırma Hastanesi

65300 VAN

Histopatolojik tanı sonrası hastanın isteği üzerine herhangi bir araştırma yapılmaksızın, hasta onkoloji hastanesine sevk edildi.



Resim 1: Ampute edilmiş sol ayak 4. Parmak

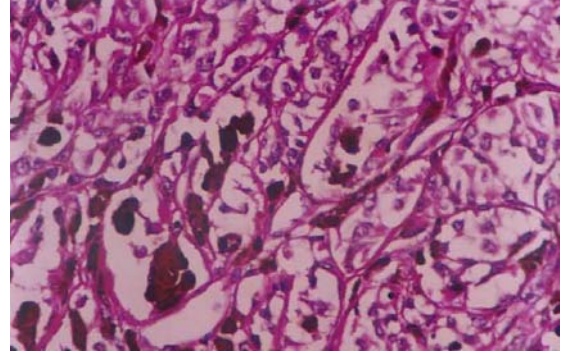
### Tartışma

Melanomların büyük çoğunluğu deri kaynaklı olmakla birlikte, oral ve anogenital mukoza, özofagus, meninksler ve gözden de köken alabilir. Malign melanomun gelişmesinde rol alan predispozan faktörler; güneş ışınları, displastik nevüs, herediter faktörler ve bazı karsinojen maddelerdir.

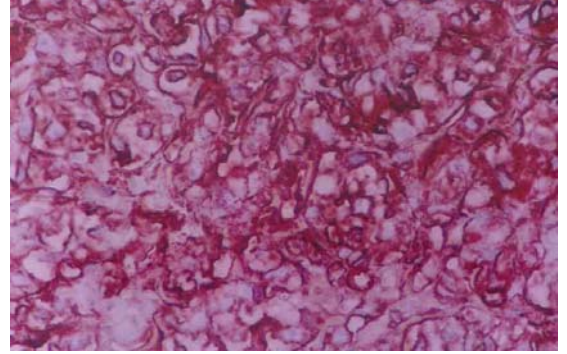
Melanom gelişimi açısından uyarıcı klinik bulgular (a) önceden mevcut bir nevüste büyüme olması; (b) önceden mevcut bir nevüste kaşıntı veya ağrı; (c) erişkin bir kişide yeni bir pigmentli lezyonun ortaya çıkması; (d) pigmentli bir lezyonda sınır düzensizliği; (e) pigmentli bir lezyonda renk düzensizliğidir. Ülserasyon ise özellikle Nodüler melanomlarda gözlenir (3). Malign Melanomlarda radyal ve vertikal büyüme fazları vardır. Oldukça uzun bir süreyi kapsayabilen Radial büyüme fazı ile tümör hücreleri epidermis veya yüzeysel dermis içinde gelişir.



Resim 2: Kesit yüzü solid, siyah kahverenkte olan, deride ülserasyon yapan, kemiği çepeçevre saran tümöral kitle



Resim 3: Değişik büyüklükte kümeler oluşturan, yer yer melanin pigmenti içeren eozinofilik sitoplazmalı tümör hücreleri (hematoksilen-eosin, orijinal büyütme, X 100)



Resim 4: Tümör hücrelerinde kuvvetli membranöz boyanma izlenmektedir (HMB45, X 100)

Bu faz sırasında melanom hücrelerinin metastaz oluşturma yeteneği yoktur. Vertikal (dikey) büyüme fazında tümör hücreleri, dermisin derinliklerine doğru büyüyerek ekspansif kitle oluştururlar. Bunun sonucu klinik olarak nodül gözlenir. Biyolojik olarak ise, metastaz oluşturma potansiyeli olan bir hücre klonunun ortaya çıktığı kabul edilir. Malign melanomlarda metastazlar, bölgesel lenf nodları, karaciğer, akciğerler, beyin ve hematojen yolla tümör hücrelerinin

yayılabilceği tüm lokalizasyonlarda görülebilir. Primer tümörün cerrahi eksizyonundan yıllar sonra ortaya çıkabilen metastazlar uzun bir latent dönemi gösterir (4). Bizim olgumuzda malign melanom tanısının operasyon sonrası konması ve hastanın sevkinin hemen yapılması nedeniyle metastaz hakkında bilgi edinilememiştir.

Malign melanomda prognostik göstergeler; lokalizasyon, cinsiyet, yaş, tümörün birden fazla lokalizasyonda bulunması, biyopsi uygulanması, evre, mikrosatellitler, melanomun parsiyel ve komplet regresyonu, rejyonel lenf nodu tutulumu, ülserasyon, primer tümörün histogenetik tipi, invazyon düzeyi (ki bunun en önemli prognostik gösterge olduğu kabul edilmektedir), tümörün kalınlığı, melanin varlığı, mitotik oran, lenfatik veya vasküler invazyon ve inflamasyondur (3,5). Tümör kalınlığının 0,8 mm'den fazla olması, artmış invazyon düzeyi (Clark), ülserasyon, nodüler malign melanom ve ileri yaş kötü prognostik göstergeler, tümörün ekstremitelerde lokalize olması, inflamasyonun varlığı ve kadın cinsiyet ise iyi prognostik göstergelerdendir (6).

Malign melanomun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken durumlar; pigmente bazal hücreli karsinom, pigmente seboreik keratoz, piyojenik granülom, Kaposi sarkomu, subungual travmatik hematoma, senil anjiom, junctional ve compound nevüsler, meme kanseri, Bowen hastalığı, Paget hastalığı (7) olup dikkat edilirse bunların içinde diabetes yer almamaktadır. Diabetik ayağın ayırıcı tanısında ise sellülit, Gut, infeksiyonlar ve artropatiler (8) hatırlanması gereken durumlar olmasına rağmen bunlar içinde de Malign Melanom veya diğer malign hastalıklar yer almamaktadır.

Bizim olgumuzda diabetes hikayesi olmasına ve ayağın makroskopik görünümüne (kahverengi ve ülser olması) bakılarak "diabetik ayak" ön tanısıyla, parmakta kitle olmasına rağmen, cerrahi sınırda da tümör bırakılarak amputasyon yapılmıştır. Ancak Malign Melanomlarda da deride renk değişimi ve ülserasyon olabileceği ve kitlenin varlığı dikkate alınmamıştır.

Bu nedenle özellikle bu lokalizasyonlarda yerleşen lezyonlarda, pigmente lezyon öyküsü, yaraların ilaçlarla iyileşme durumu, kitlenin varlığı araştırılmalı, tedavileri ve prognozları tamamen farklı olan her iki durum ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve tanı kısa sürede konularak tedavisi hemen uygulanmalıdır.

## Malignant Melanoma In A Toe Amputated With Diagnosis Of "Diabetic Foot"

**Abstract:**

*Gangrene of lower extremities due to progressive vascular disease is 100 times frequently seen in diabetes patients than general population. Darkening of skin and ulceration in gangrene is frequently observed as seen in malignancies. This study presents a seventy-year-old patient whose left fourth toe has been amputated with "diabetic foot" diagnosis, but the mentioned case has been diagnosed as malignant melanoma after histopathological examination.*

**Key words:** Diabetic foot, malignant melanoma

## Kaynaklar

1. Hatemi H., Urgancıoğlu İ.: Endokrin sistem hastalıkları, In: İç hastalıkları. Edited by Öbek A. Bursa, Atlas, 1989, pp:1-112
2. Aydanur K. Endokrin sistem. In: Temel Patoloji. Edited by Çevikbaş U. İstanbul, Nobel, 2000, pp: 637-666
3. Elder D., Elenitsas R.: Benign pigmented lesions and malignant melanoma, In: Lever's histopathology of the skin. Edited by Elder D. Philadelphia, Raven, 1997, pp: 625-684
4. Reed RJ, Clark WH Jr, Mihm MC: Premalignant melanocytic dysplasias, In: Pathology of malignant melanoma. Edited by Ackerman AB. New York, Masson, 1981, pp: 159-183
5. Zettersten E, Sagebiel RW, Miller JR 3<sup>rd</sup>, Tallapureddy S, Leong SP, Kashani-Sabet M: Prognostic factors in patients with thick cutaneous melanoma (> 4 mm). Cancer 15;94(4):1049-56, 2002.
6. Masback A, Olsson H, Westerdahl J, Ingvar C, Jonsson N: Prognostic factors in invasive cutaneous malignant melanoma: a population-based study and review. Melanoma Res 11(5):435-45, 2001.
7. Odom R.B., James W.D., Berger T.G.: Melanocytic nevi and neoplasms, In: Andrews' Disease of the skin. Edited by Odom R.B., USA, Saunders, 2000, pp:881-889.
8. Yazıcı M.: Diabetik ayak sorunları, In: Diabetik ayak. Edited by Gülman B. Samsun, Otak, 2000, pp: 108-121.