DOI: 10.4274/turkderm.46547

Lentigo malina ve komşuluğudaki pigmente lezyonlar

Lentigo maligna and contiguous pigmented lesion

Havva Erdem, Ümran Yıldırım, Cihangir Aliağaoğlu, Hakan Turan, Ali Kemal Uzunlar

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Özet

Lentigo malina, melanoma in-situnun alt tipidir. Genellikle 50-80 yaş arasında görülür ve deri kanserlerinin %10 ile 15' ini oluşturur. LM, atipik, pigmente, maküler lezyonların geleneksel tanımıdır.LM aşırı güneş hasarlanmasıyla oluşur. Genellikle yaşlı hastalarda ve yüz bölgelerinde görülür. Atipik, pigmente, maküler lezyonlarda histolojik tanı , solar lentigodan in-situ melanoma (lentigo maligna pattern) veya invazive melanomaya (lentigo maligna melanoma) kadar geniş aralığa sahiptir. İnsizyonel biyopsilerde solar lentigo, pigmente aktinik keratoz veya retiküle seboreik keratozun mevcudiyeti klinisyeni ve patoloğu yanıltabilir. Onlar lentigo malina bulunmadığını düşünebilirler. Bu yüzden bu vakalarda eksizyonel biyopsi gereklidir. Bizim bu vakayı sunmaktaki amacımız, klinikopatolojik korelasyonun önemini ve lentigo maligna komşuluğundaki lezyonların yanlış tanıya yol açabileceğine dikkat çekmektir. (Türkderm 2013; 47: 63-5)

Anahtar Kelimeler: Lentigo malina, pigmente aktinik keratoz, yanlış tanı, yaşlılık

Summary

Lentigo maligna (LM), a subtype of melanoma in-situ, is seen mostly in patients between 50 and 80 years old and accounts for ten to fifteen percent of skin cancer cases. LM is a traditional term for atypical pigmented macular lesions. LM occurs on severely sun damaged skin and it is usually on the face of elderly patients. Histological diagnosis of atypical pigmented macular lesions have extensive range from solar lentigo to in-situ melanoma (lentigo maligna pattern) or invasive invasive melanoma (lentigo maligna melanoma). The presence of solar lentigo, pigmented actinic keratosis, or reticulated seborrheic keratosis in incisional specimen could misguide the pathologist and clinician. they might think that lentigo maligna is not present. Therefore, excisional biopsy is needed in such cases. Our aim in presenting this case was to emphasize the importance of clinicopathologic correlation and to attract attention on the lesions adjacent to lentigo maligna which can lead to a misdiagnosis. (Turkderm 2013; 47: 63-5)

Key Words: Lentigo maligna, pigmented actinic keratosis, misdiagnosis, elderly

Giriş

Lentigo malina (LM), sıklıkla yaşlı kişilerin yüzünde beliren bir melanoma insitu (MIS) çeşididir[1]. LM, özellikle güneşe maruz kalan baş ve boyun bölgesinde yaygındır.

LM, kahverengi, siyah, pembe alanlar içeren heterojen pigmentasyona sahiptir. Sıklıkla iyi sınırlıdır. Tam çıkarılması güç olduğu için mikroskobik değerlendirmesi önemlidir[2]. LM'de, özellikle dermal epidermal birleşim alanında yerleşmiş atipik melanosit proliferasyonu ile karakterizedir[3]. Klinik olarak lentigo malinadan şüphelenilen lezyonların histolojik tanısı, solar lentigodan in-situ melanoma (lentigo malina pattern) veya invazive melanomaya (lentigo malina melanoma) kadar değişebilir[4-6]. LM, amelanotik de olabilir ve tipik olarak bu türler invaziv melanomaya dönüşene kadar uzun bir radiyal büyüme fazı geçirir. Kırk beş ve 65 yaşlarındaki LM hastalarında yaşam boyu melanoma gelişme riski sırasıyla %4,7 ve %2,2'dir[7].

Lentigo malina ve lentigo malin melanoma klinik ve dermoskopik olarak düşünülebilir fakat kesin tanıyı koymak için biyopsi ve histolojik değerlendirme gereklidir[8].

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Havva Erdem, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye
Gsm: +90 533 557 75 88 E-posta: drhavvaerdem@hotmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 25.01.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 10.05.2011

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

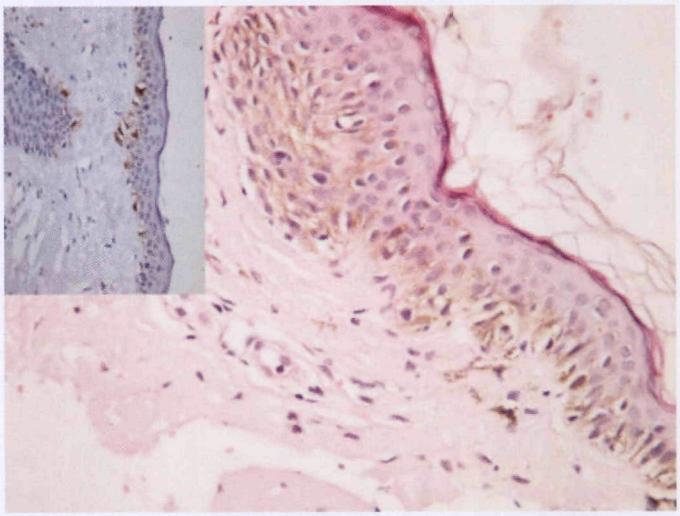
LM, solar lentigo, pigmente aktinik keratoz veya retiküle seboreik keratoz gibi pigmente lezyonlarla sık birlikte olduğu için bu lezyonlarda doğru örnekleme ve patolog–klinisyen işbirliğine dikkati çekmek istedik.

Olgu

60 yaşında, kadın hasta, dermatoloji polikliniğine sağ göz iç kısımda, üzerinde yıllardır var olan pigmente lezyon şikayeti ile başvurdu (Resim 1). Önce punch biyopsi alınarak patoloji laboratuvarına gönderildi. Yapılan histopatolojik incelemede bazal tabakada pigment artışına yol açan melanositlerde artış, ve dermiste solar dejenerasyon izlendi. Solar lentigo olarak raporlandı. Dermatopatolojik konsey kararı ile lezyona eksizyonel biyopsi kararı verildi. Eksizyonel biyopsi örneği, 4x2x0,8 cm ölçülerde, üzerinde iki farklı alanda birisi koyu kahverenkli, diğeri açık kahverengi pigmente alan izlendi. Makroskobik örneklemesi, birbirine paralel, seri bir şekilde 2-3 mm'lik vertikal kesitler atılarak yapıldı. Ayrıca, ilk kesite ve son kesite (biyopsi 1,5 cm'den büyük olduğu için), birbirine paralel kesitler atılarak tüm cerrahi sınır örneklendi.



Resim 1. Sol göz iç kısımda farklı pigmentasyona sahip lezyon



Resim 2. Atipik melanosit yuvaları (H&E X200),HMB45 ile pozitif boyanma (küçük resim)

Yapılan histopatolojik incelemede, cerrahi sınırlara yakın alanlarda pigmentasyon artışı içeren artmış sayıda melanositlerin yer aldığı bazal tabaka komşuluğunda atipik keratinositler ve pigmentasyon izlendi. Cerrahi sınıra 1cm mesafede, sitoplazmik çekilmeler gösteren ve pleomorfik, düzensiz, hiperkromatik, sıklıkla angüler nükleusa sahip, atipik melanosit proliferasyonu izlendi. Olgu, pigmente aktinik keratoz ve solar lentigo alanları içeren LM olarak raporlandı (Resim 2,3).

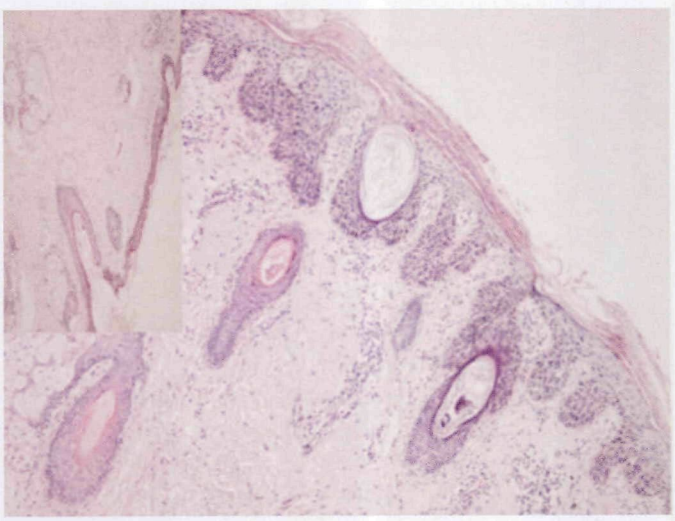
Tartışma

Lentigo malina, melanomun nisbeten az görülen bir varyantı olup tipik olarak ileri yaştaki kişilerde güneşten zarar görmüş deride gelişir[3,9]. Tüm melanomların yaklaşık %10'unu oluşturur[9]. Yaşla birlikte görülme sıklığı artar[8]. En sık 6-7. dekatlarda değişken pigmentasyonlu, yavaşça büyüyen, düzensiz, yassı nodül şeklindedir. Kahverengi veya siyahtır ve genellikle regresyon alanlarına karşılık gelen hipopigmente alanlar mevcuttur[3,9]. Bazen melanin pigmenti görülmez[9]. Bu durumda klinik görünüm solar keratoz veya Bowen hastalığı ya da lupus gibi inflamatuvar bir hastalığı andırabilir. İn-situ lezyon genellikle 10-15 yıl geçtikten sonra invaziv melanoma dönüşebilir[7]. Bu risk %4,7 'dir[8].

Lentigo malina, 'lentigo malin melanom in-situ' yerine kullanılabilmekle birlikte bazı yazarlar lentigo malinayı, in-situ melanomdan ayırmaktadır. Bu lezyonlar malin melanomun diğer in-situ lezyonları gibi komplet eksizyon sonrası metastaz yapmazlar. Ancak yetersiz çıkarımdan sonra kalabilir veya tekrarlayabilirler[8].

Yaşlı hastalarda atipik lentijinöz melanositik proliferasyonların benin-malin ayırımı çoğu kez zordur. Çoğu zaman beraberindeki hafif pigment inkontinansı içeren basit bir lentigo, yanlış tanıya yol açabilir. Lentijinöz nevüs ya da atipik (displastik) lentijinöz nevüs gibi atipik lentijinöz, melanositik proliferasyon içeren lezyonlar, melanoma in-situ sınırında, yamalar halinde gösterilmiştir. Atipili pigmente lentijinöz nevüs tanımlaması yaygın olarak malin melanoma in-situya dönüşebileceği Kossard ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır[10,11].

LM'ya eşlik edebilen lezyonlardan olan pigmente aktinik keratoz (PAK)'da, epidermiste hafif hiperplazi, atipik keratinositler mevcutken, LM'da bazal tabakada anormal melanositler, retelerde atrofi bulunur.



Resim 3. Epidermiste hiperplazi ve keratinositlerde atipi (H&E X 100),bazal tabakada pigmentasyon artışı(küçük resim).

Bununla birlikte, pigmente vakuolize hücreler olduğu zaman ayırım yapılamayabilir. Ayırımında, immunohistokimyasal olarak S-100 ve HMB-45 pozitifliği gereklidir[12-14].

LM'nın histopatolojik özellikleri oldukça heterojen olduğu için farklı alanlardan biyopsiler alınmalıdır. Alınan küçük biyopsiler, solar lentigo, displastik nevüs, bowen hastalığı ya da lupus gibi benin lezyonları tanımlayabilir. Lezyonun tamamını temsil etmeyebilir. Dahası, erken lezyonlarda, melanositik hiperplaziden (solar melanosis) ayırımı çok güç olabilir. Bu olguda olduğu gibi pigmente lezyonlar bir arada olabilir. Bu durumda küçük bir biyopsi yetersiz kalabilir.

Sonuç olarak, bu olguda küçük biyopsinin lezyonu temsil etmede yetersiz kaldığı görülmüştür. Ayrıca LM ya da melanoma şüphesi olan lezyonların eksizyonel biyopsi ile çıkarılması ve biyopsi materyalinin tümünün patolojik olarak örneklenmesi gereklidir. Ek olarak, kliniko-patolojik korelasyonun önemi bu olguda da kendini göstermiştir.

TEŞEKKÜR

Dr. Davut Baltacı ve Dr.Hilmi Demirin'e makaleye katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Kaynaklar

1. McKenna JK, Florell SR, Goldman GD, Bowen GM: Lentigo maligna/ lentigo maligna melanoma: current state of diagnosis and treatment. Dermatol Surg 2006;32:493-504.
2. Cohen LM: Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma. J Am Acad Dermatol 1995;33:923-36.
3. Philip H McKee, Eduardo Calonje, Scott R Granter: Melanoma, Pathology of the Skin with Clinical Correlations , China, Elsevier Limited, 2005;1309-56.
4. Tannous ZS, Lerner LH, Duncan LM, Mihm MC Jr, Flotte TJ: Progression to invasive melanoma from malignant melanoma in situ, lentigo maligna type. Hum Pathol 2000;31:705–8.
5. Heenan PJ, Spatz A, Cerio R, Bastian B: Lentigo Maligna. Eds. LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A: World Health Classification of Tumours – Pathology and Genetics Skin Tumours. Lyon, IARC Press, 2006;70–7.
6. Tadiparthi S, Panchani S, Iqbal A: Biopsy for malignant melanoma–are we following the guidelines? Ann R Coll Surg Engl 2008;90:322–5.
7. David EE, Elenitsas R, George F: Murphy, Xiaowei Xu-Benign Pigmented Lesions and Malignant Melanoma, Ed. David EE. Lever's Histopathology of the Skin Ninth Edition, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2005:715-804.
8. Weinstock MA, Sober AJ: The risk of progression of lentigo maligna to lentigo maligna melanoma. Br J Dermatol 1987;116:303-10.
9. Weedon D: Lentigenes, nevi and melanomas. Ed Weedon D. Skin Pathology. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2002;803–58.
10. Kossard S, Commens C, Symons M, Doyle J: Lentinginous dysplastic naevi in the elderly: a potential precursor for malignant melanoma. Australas J Dermatol 1991;32:27–37.
11. Kossard S: Atypical lentiginous junctional naevi of the elderly and melanoma. Australas J Dermatol 2002;43:93–101.
12. Weedon D: Skin Pathology. 2nd ed. London: Livingston, 2002;761-2.
13. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnston B Jr: Lever's Histopathology of the skin. 8th ed. Philadelphia, Lippincott, 1997;701-5.
14. James MP, Wells GC, Whimster IW: Spreading pigmented actinic keratoses. Br J Dermatol 1978;98:373-9.

Copyright of Archives of the Turkish Dermatology & Venerology / Turkderm is the property of Galenos Yayinevi Tic. LTD. STI and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.