

Topukta Minimal Deviasyon Melanomu

Minimal Deviation Melanoma on the Heel: Case Report

Erkan ORHAN,^a
Yağmur Reyhan EROL^b

^aPlastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD,
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Tekirdağ
^bPlastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği,
Eskişehir Devlet Hastanesi,
Eskişehir

Geliş Tarihi/Received: 25.05.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 09.11.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Erkan ORHAN
Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi AD, Tekirdağ,
TÜRKİYE/TURKEY
eorhan@yahoo.com

ÖZET Minimal deviasyon melanom (MDM), benign nevüsten daha fazla, klasik malign melanomdan daha az atipik melanositleri içeren melanositik tümördür. Histolojik olarak atipik melanositler dermisin retiküler tabakasına ulaşmışlardır (Clark level 4). Yetmiş yaşındaki erkek olgu, kliniğimize sol topuğunda 1 yıldır bulunan kitle nedeni ile başvurdu. Fizik muayenesinde olgunun sol topuk mediyalinde kahverengi, 2x2 cm boyutlarında, üzeri ülserle solid kitle olduğu tespit edildi. Kitle her yönde 1 cm'lik sağlam doku dâhil edilerek eksize edildi ve defekt sol inguinal bölgeden alınan tam kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı. Patolojik inceleme sonucu kitle MDM olarak tanımlandı. MDM, benign nevüsler ile agresif malign melanom arasında bir noktada bulunmaktadır. MDM'nin metastatik potansiyeli malign melanomdan daha azdır. Tedavi için malign melanoma göre daha az agresif eksizyonun yeterli olduğu görüşü hâkimdir.

Anahtar Kelimeler: Benler ve melanomlar; melanom; topuk

ABSTRACT Minimal deviation melanomas (MDM) are melanocytic tumours that were more atypical than ordinary nevi but less atypical than conventional melanomas. Histologically they are expansive growth of atypical melanocytes with expansion into the reticular layer of the dermis (Clark level IV). Seventy years old man, applied our clinic for a mass on his left heel. On examination, a 2x2 cm size, brown solid mass that has ulceration on surface was visible on inferior of left medial malleol. The mass was excised with a 1 cm margin and defect was reconstructed by skin grafts. After pathological examination that mass was explained as MDM. MDM's hold on a point between benign nevus and the typical, biologically aggressive malignant melanoma. The metastatic potential of MDM is lower than malign melanoma. Most of the initial reports recommended a "less aggressive" form of therapy for MDM because of their more favourable outcome.

Keywords: Nevi and melanomas; melanoma; heel

Minimal deviasyon melanom (MDM), ilk kez 1975 yılında Reed tarafından tanımlanmış nadir görülen nevomelanositik tümördür. Histolojik olarak retiküler dermise invazyon yapmış, benign nevüsten daha fazla, klasik malign melanomdan daha az atipik melanositleri içermektedir.^{1,2} Bu çalışmada, MDM tanısı almış bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşındaki erkek olgu, kliniğimize sol topuğunda 1 yıldır bulunan kitle nedeni ile başvurdu. Fizik muayenesinde olgunun sol topuk mediyalinde kahverengi, 2x2 cm boyutlarında, üzeri ülserle solid kitle olduğu tespit edildi (Resim 1). Olgunun inguinal lenf nodlarında patolojik lenfadenopati (LAP) saptanmadı.

Genel anestezi altında yapılan operasyon ile kitle her yönde 1 cm'lik sağlam doku dâhil edilerek eksize edildi ve defekt sol inguinal bölgeden alınan tam kalınlıktaki deri grefti ile onarıldı. Kitlenin mikroskopik incelemesinde, yamalar hâlinde retiküler dermise invaze olmuş atipik melanositler görüldü ve lezyon MDM olarak tanımlandı (Resim 2, 3).

Olgunun 18 aylık izleminde nüks ve patolojik LAP izlenmedi.

Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak hazırlanmış ve olgudan yazılı onam alınmıştır.

TARTIŞMA

MDM, benign nevüsler ile agresif malign melanom arasında bulunan nevoselüler tümördür. Klinik olarak çoğunlukla 0,5-1,0 cm boyutlarında, koyu kahverengi, mavi veya siyah renkteki nodül veya plak şeklinde kitle olarak izlenmekte ve karakteristik olarak gövdede lokalize olmaktadır. Sıklıkla hayatın 3 ve 4. dekadlarında görülmektedir, ortalama görülme yaşı 27 yıldır.^{3,4} Mevcut konjenital veya akkiz nevüslerden oluştuğu histolojik olarak gösterilmiştir.⁴

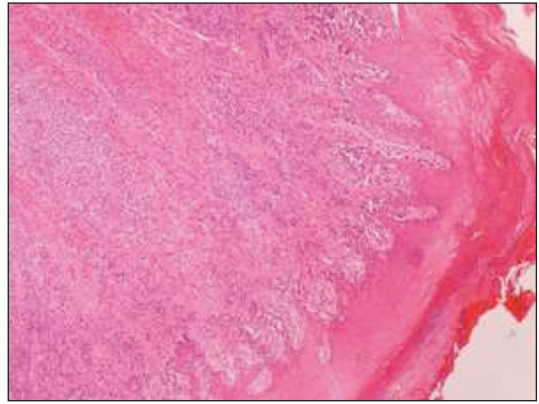
MDM'nin sitolojik özelliklerine göre; spitz, halo nevüs benzeri, pigmente "spindle" hücreli, desmoplastik, küçük hücreli ve dermal olarak adlandırılan alt tipleri vardır.²

Reed, 1,5 mm'den daha az kalın lezyonları "kararsız malign potansiyeli olan melanositik neoplazmlar" olarak sınıflandırmış ve eğer lezyonun invazyonu papiller dermisse sınırlı ise "borderline melanoma", retiküler dermise uzanıyorsa MDM olarak adlandırmıştır.² MDM'nin ortalama kalınlığı 3,40 mm iken, borderline melanomanın ortalama kalınlığı 1,24 mm'dir. MDM, Clark level 3-4 malign melanomu taklit etmektedir. Genellikle subkütan yağ dokusuna invaze olmaz.⁴

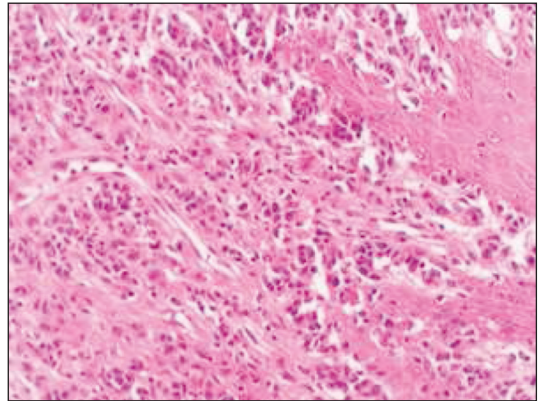
MDM ve "borderline melanoma", orta derecede atipik görünümlü nevüs benzeri tek tip hücrelerin uniform toplanması ile oluşmaktadır. Bu hücreler nevomelanositleri taklit edebilmektedir; fakat nevüs hücrelerine göre hücreler biraz daha büyüktür, hücrelerde irregüler kromatin dağılımı vardır ve çekirdek: sitoplazma oranları artmıştır. Nükleusları daha belirgin olarak görülmektedir.⁴



RESİM 1: Lezyonun preoperatif görünümü.



RESİM 2: Lezyonun histolojik görünümü (minimal atipik nevüs hücreleri retiküler dermiste izlenmekte) (HE, x40).



RESİM 3: Lezyonun histolojik görünümü (minimal atipik nevüs hücreleri retiküler dermiste izlenmekte) (HE, x100).

MDM oluşturan hücreler, sınırları ve agregasyonları irregüler olan ve ince bant şeklindeki kolajen matriks ile sıkıca sarılan hücre toplulukları oluşturmaktadır. MDM'de mitoz nadir olarak oluşmaktadır; x100 büyütmede en fazla 6 tane mitoz

saptanmakta, nekroz ise hiçbir zaman görülmemektedir. Nadiren desmoplazi ve inflamasyon görülmektedir. Perinöral invazyonun olduğu vakalara rastlanmıştır.⁴ İmmünohistokimyasal çalışmalarda, hücrelerin proliferasyonunun compound nevüsten daha fazla, fakat süperfasiyal uzanan melanomdan daha az olduğu gösterilmiştir.⁵

Histolojik olarak malign melanom ile karşılaştırıldığı zaman vertikal büyüme fazında daha az selüler atipi gösteren melanositlere sahiptirler. Malign melanomda daha fazla selüler pleomorfizm, artmış mitotik aktivite ve daha fazla nükleus sitoplazma oranı vardır. Malign melanomda invazyon tek tek hücreler şeklinde, MDM ise geniş fasiküller şeklindedir.³ Ayrıca, vertikal büyüme fazındaki malign melanomda transmembran metalloproteinazların ekspresyonu ayırt edici özelliktir.⁴

2003 yılında Chorny ve ark., MDM'de, yüzeysel yayılan melanoma göre daha az, benign nevüse göre ise daha fazla p53 ekspresyonu olduğunu göstermişlerdir. Bu durum, MDM'nin parsiyel olarak transforme olmuş, fakat klasik malign melanoma dönüşmemiş bir tümör olduğu şeklinde yorumlanmıştır.⁵

Klinik olarak malign melanom ile MDM hastalarının prognozları karşılaştırıldığında MDM vakalarının daha iyi prognoza sahip olduğu görülmüştür. Phillips ve ark.nın yaptığı çalışmada, izlem altındaki vertikal büyüme kalınlığı 1,6-10,4 mm arasında değişmekte olan MDM'li 18 hastanın 2 (%11,1)'sinde mortalite seyretmiş; aynı kalınlık aralığındaki klasik malign melanomlu 147 hastanın

ise 39 (%26,5)'unda mortalite ile sonuçlanmıştır.⁶ Barr ve ark. MDM'li 8 hastayı incelemiş ve 16 aylık izlemlerinde nüks ve mortalite saptamamışlardır.⁷

Klinik olarak MDM'nin ayırıcı tanısında, spitz nevüs, seboreik keratoz, hemanjiyom ve benign nevüsler vardır. MDM'nin klinik görünümü ile melanosit orijini ve malign karakteri anlaşılamaaktadır. Bu nedenle kesin tanı histolojik inceleme ile konulabilmektedir.⁶

1975 yılında tanımlandıklarından beri MDM tedavisi konusunda kesin bir görüş birliği yoktur. Lezyonun prognozu belirsizdir. Çoğu hastada lezyon sadece lokal olarak bulunsa da metastazın olduğu vakalar da vardır. Genel kabul, benzer derinlik ve seviyede invazyonu olan melanomlara göre daha iyi prognoza sahip olduğudur.⁴ Çoğunlukla daha az agresif tedaviler önerilmektedir ve lezyonun geniş eksizyonu sonrası, lenf nodu ve lokal tümör izleminin yeterli olduğu görüşü hâkimdir.⁸

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Erkan Orhan, Yağmur Reyhan Erol; **Tasarım:** Erkan Orhan; **Denetleme/Danışmanlık:** Erkan Orhan; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Erkan Orhan, Yağmur Reyhan Erol; **Analiz ve/veya Yorum:** Erkan Orhan; **Kaynak Taraması:** Erkan Orhan, Yağmur Reyhan Erol; **Makalenin Yazımı:** Erkan Orhan.

KAYNAKLAR

1. Reed RJ, Ichinose H, Clark WH Jr, Mihm MC Jr. Common and uncommon melanocytic nevi and borderline melanomas. *Semin Oncol* 1975;2(2):119-47.
2. Reed RJ. Minimal deviation melanoma: borderline and intermediate neoplasia. *Clin Lab Med* 2000;20(4):745-58.
3. Podnos YD, Jimenez JC, Zainabadi K, Jakowatz JG, Barr RJ. Minimal deviation melanoma. *Cancer Treat Rev* 2002;28(5):219-21.
4. Magro CM, Crowson AN, Mihm MC. Unusual variants of malignant melanoma. *Mod Pathol* 2006;19 (Suppl 2):41-70.
5. Chorny JA, Barr RJ, Kyshtoobayeva A, Jakowatz J, Reed RJ. Ki-67 and p53 expression in minimal deviation melanomas as compared with other nevocytic lesions. *Mod Pathol* 2003;16(6):525-9.
6. Phillips ME, Margolis RJ, Merot, Sober AJ, Reed RJ, Muhlbauer JE, et al. The spectrum of minimal deviation melanoma: a clinicopathologic study of 21 cases. *Hum Pathol* 1986;17(8):796-806.
7. Barr LH, Goldman LI, Solomon JA, Sanusi DI, Reed RJ. Minimal deviation melanomas. *Surg Gynecol Obstet* 1984;159(6):546-8.
8. Stas M, van den Oord JJ, Garmyn M, Degreef H, De Wever I, De Wolf-Peeters C. Minimal deviation and/or naevoid melanoma: is recognition worthwhile? A clinicopathological study of nine cases. *Melanoma Res* 2000;10(4):371-80.