

# Dev Piyojenik Granülom Benzeri Amelanotik Melanomlu Olgu Sunumu

## A Case Report of Giant Pyogenic Granuloma Like Amelanotic Melanoma

Ömer KUTLU,<sup>a</sup>  
Tuba Betül KARADENİZ,<sup>a</sup>  
Pınar ÖZDEMİR,<sup>a</sup>  
Hatice ÜNVERDİ,<sup>b</sup>  
Muzaffer ŞAHİN,<sup>a</sup>  
Hatice Meral EKŞİOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,  
<sup>b</sup>Patoloji Kliniği,  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 29.09.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 11.02.2016

*Bu çalışma, 10. Ege Dermatoloji Günleri  
(5-10 Mayıs 2015, Antalya)'nde  
poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Ömer KUTLU  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıkları Kliniği,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
omerkutlu22@gmail.com

**ÖZET** Malign melanom, ayakta en sık görülen primer malign tümördür. Akral lentiginöz, yüzeysel yayılan ve nodüler tip olmak üzere üç formda görülür. Malign melanom, kutanöz malign tümörlerin toplamda %10 gibi az bir kısmını oluştursa da bu tümörler içerisinde %90'dan fazla ölüme neden olur. Kutanoz melanomların alt tipi olarak tanımlanan amelanotik melanom; klinik olarak pigmentasyon göstermez ve sıklıkla nodül şeklinde izlenir. Hastalık, tüm melanomların %2-8'ini oluşturmaktadır. Amelanotik melanom; piyojenik granülom, hemanjiyom veya cilt rengi dermal plak şeklinde başlayabilir. Bu nedenle, genellikle yanlış tanı alan amelanotik melanomun insidansı tam olarak bilinmemektedir. Burada, sağ ayak başparmağında, 2 cm çapında, üzerinde kanama odakları içeren kitle bulunan ve 1 yıl boyunca bakteriyel cilt enfeksiyonu tanısıyla çeşitli antibiyotik tedavilerini almış fakat iyileşmemiş doksan bir yaşındaki erkek hastada ortaya çıkan dev piyojenik granülom benzeri amelanotik melanom olgusu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Melanom, amelanotik; granülom, piyojenik

**ABSTRACT** Malignant melanoma is the most common primary malignant tumor of the foot. It occurs in three different forms including superficial spreading, nodular, and acral lentiginous. Malign melanoma represents only 10% of the total cutaneous malignant tumours but it is responsible for over 90% of the deaths caused by these tumours. Amelanotic melanoma is a subtype of cutaneous melanomas which does not show pigmentation and it is mostly seen in nodular formation clinically. The disease constitutes 2-8% of all the melanomas. Amelanotic melanoma may initially present as a pyogenic granuloma, hemangioma or skin colored dermal plaque. As it is often incorrectly diagnosed, the real incidence of amelanotic melanomas is unknown. Herein, a case of giant pyogenic granuloma like amelanotic melanoma, on right first toe of a 90-year-old male patient who had a 2 cm tumour containing bleeding areas and been treated with various antibiotics with a diagnosis of bacterial skin infection throughout a year, was presented.

**Key Words:** Melanoma, amelanotic; granuloma, pyogenic

**Türkiye Klinikleri J Med Sci 2016;36(1):61-4**

**M**align melanom, ayakta en sık görülen primer malign tümördür. Akral lentiginöz, yüzeysel yayılan ve nodüler tip olmak üzere üç formda görülür.<sup>1</sup> Malign melanom, kutanöz malign tümörlerin sadece %10'unu oluşturur ancak kutanöz tümörlere bağlı ölümlerin %90'ından fazlasından malign melanom sorumludur.<sup>2</sup> Kutanoz melanomların alt tipi olarak tanımlanan amelanotik melanom; klinik açıdan pigmentasyon göstermez ve sıklıkla nodül şeklinde izlenir.<sup>3</sup> Hastalık, tüm melanomların %2-8'ini oluşturmaktadır.<sup>4</sup> Amelanotik melanom; piyojenik

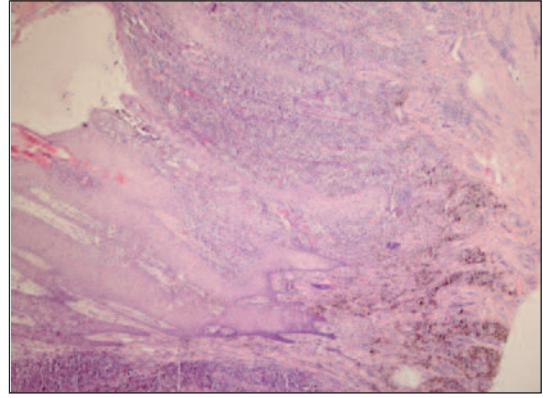
granülom, hemanjiyom veya cilt rengi dermal plak şeklinde başlayabilir.<sup>5,6</sup> Bu nedenle, genellikle yanlış tanı alan amelanotik melanomun insidansı tam olarak bilinmemektedir.<sup>7</sup> Burada, klinik görünümü piyojenik granüloma benzeyen amelanotik melanom olgusu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

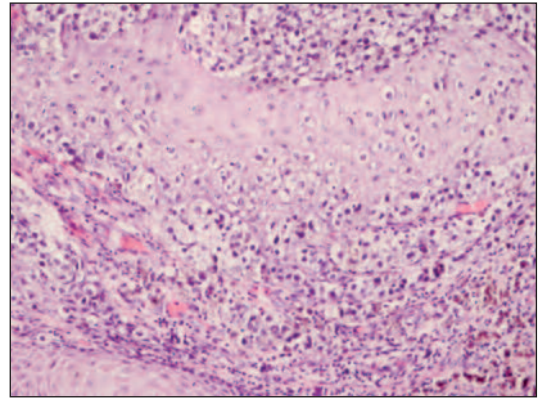
Doksan bir yaşında, erkek hasta polikliniğimize, 1 yıl önce başlayan, sağ ayak başparmağında, 2 cm çapında, üzerinde kanama odakları içeren kitle ile başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgulaması normaldi. Fizik muayenesinde, sağ uyluk bölgesinde ele gelen birkaç adet lenf nodu ile uyumlu kitle saptandı. Hastanın dermatolojik muayenesinde, sağ ayak başparmak distal-medialinde 2 cm çapında, üzerinde kanama odakları içeren eroziv, granülasyon dokusu ile uyumlu, ekzofitik büyüme gösteren eritemli nodül izlendi (Resim 1). Hastanın laboratuvar incelemelerinde rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikler normal bulundu. Sifiliz, HIV, hepatit serolojileri ve otoimmün panel negatifti. Hastanın sağ ayak başparmağındaki kitleden skuamöz hücreli karsinom, piyojenik granülom ve amelanotik melanom ön tanıları ile punch biyopsi alındı. Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde; adalar şeklinde infiltras-



**RESİM 1:** Sağ ayak başparmak distal-medialinde 2 cm çapında, üzerinde kanama odakları içeren eroziv, granülasyon dokusu ile uyumlu, ekzofitik büyüme gösteren eritemli nodül.

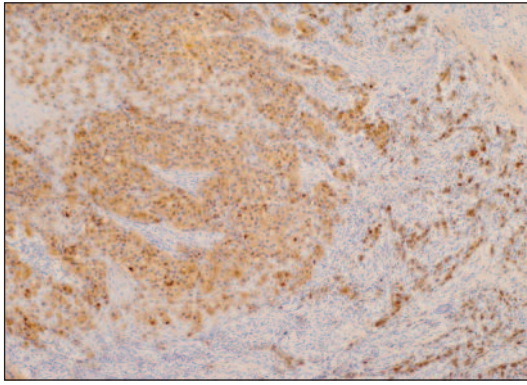


**RESİM 2:** Epidermiste pagetoid yayılım ve dermiste diffüz infiltrasyon gösteren atipik melanositik proliferasyon (HE,x40).



**RESİM 3:** Dermiste diffüz infiltrasyon gösteren atipik melanositik proliferasyon (HE, x100).

yon gösteren, sitoplazmik sınırları belirsiz, hiperkromatik nükleuslu atipik melanositik hücrelerin stromaya doğru invazyon yaptığı tümöral gelişim izlendi. Bu tümör hücrelerinde sık mitoz ve melanin pigmenti görüldü (Resim 2, 3). Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda ise tümör hücrelerinin Melan-A, S100, HMB45 ile pozitif boyanma gösterdiği izlendi. Ki 67 ile proliferatif indeks ise % 10 oranındaydı (Resim 4). Bu klinik ve histopatolojik bulgularla hastaya amelanotik melanom tanısı konuldu. Lezyonun tamamı eksize edildi. Evreleme için yapılan radyolojik incelemelerde, inguinal bölgede multipl lenfadenopatiler ve akciğerde parankimal tutulum saptandı. Bu bulgularla, evre 4b melanom tanısı konuldu. Hasta medikal tedavi için onkoloji bölümüne yönlendirildi.



**RESİM 4:** İmmünohistokimyasal HMB45 boyası ile atipik melanositlerde diffüz ve kuvvetli pozitif boyanma (HMB, 45x40).

## TARTIŞMA

Malign melanom sıklıkla deriyi (%90), daha az oranda ise mukozal yüzeyleri (%1) tutmaktadır. Malign melanomun altı tipi olan amelanotik melanom, genellikle yaşlı hastalarda, güneş gören yerlerde ve subungual alanda ortaya çıkmaktadır.<sup>8,9</sup> Amelanotik melanom, egzofitik papüller veya kırmızı plak benzeri ülsere lezyonlarla karakterizedir.<sup>10</sup> Beyazımsı-kırmızı globüller/alanlar, noktasal ve/veya düzensiz lineer damarlanma varlığı dermoskopik olarak amelanotik melanomun en sık görülen bulguları arasındadır.<sup>11,12</sup> Pigmentasyon olmamasına rağmen lezyondan alınan materyalin Fontana-Masson ile pozitif boyanması ve immünohistokimyasal olarak Melan-A saptanması, lezyonun melanosit kökenli olduğunu gösterir ve tanıyı kesinleştirmeye yardımcı olur.<sup>13,14</sup>

Bazı melanomlu olgularda hafif bir pigmentasyon oluşumu görülebilmektedir. Bu durumda hipomelanotik melanom tanımı kullanılmaktadır.<sup>15</sup> Amelanotik melanomda ise pigmentasyon görülmez. Amelanotik melanom, birçok cilt hastalığıyla karışabilmekte ve pigmentasyon da içermemesi sebebiyle genellikle geç tanı alabilmektedir.<sup>14</sup> Olgumuzun ayağındaki lezyonunun 1 yıldır var olması ve daha önce cilt enfeksiyonu tedavisi alması bunun bir kanıtıdır.

Hastanın lezyonları amelanotik melanomun ayırıcı tanısında yer alabilecek dev piyojenik granülom ve skuamöz hücreli karsinoma benzemektedir. Piyojenik granülom, genellikle kısa süre

içerisinde ortaya çıkan, küçük travma ile kanamanın görüldüğü, benign kapiller proliferasyon ile karakterize bir hastalıktır. Piyojenik granülom genellikle 2. dekatta görülür ve lezyon boyutu sıklıkla milimetrik ebatlarda olur.<sup>16-18</sup> Beyaz yakalıklı ile çevrili, kırmızımsı homojenize alanlar piyojenik granülomda en sık görülen dermoskopik bulgudur.<sup>19</sup> Bu olguda ülsere lezyonun 1 yıl boyunca devam etmesi, lezyon çapının 2 cm olması ve hastanın 65 yaş üstü olması piyojenik granülom tanısından uzaklaştırdı. Nodüler hücreli skuamöz hücreli karsinoma; daha çok ileri yaşta güneş gören yerlerde ortaya çıkan, zemininde sıklıkla aktinik keratozun yer aldığı, dermoskopik olarak firkete benzeri/düzensiz lineer damarlarla birlikte deskuame keratin içeren malignite olarak bilinir.<sup>20</sup> Bu olguda deskuame keratinin olmaması ve lezyon yerleşim yerinin güneş görmeyen alanda olması skuamöz hücreli karsinomdan uzaklaştırdı fakat bu bulgular amelanotik melanomdan klinik olarak ayırım için yeterli değildi. Amelanotik melanom, bu iki hastalık dışında seboreik keratoz, bazal hücreli karsinom, keratoakantom, Bowen hastalığı ve verrüka vulgarisle de sıklıkla karışabilmektedir. Amelanotik melanomun birçok cilt hastalığıyla karışması sebebiyle şüpheli durumlarda mutlaka kitlenin eksizyonu yapılmalıdır. Lezyonun histopatolojik incelemesinde olgumuzda olduğu gibi invazif, atipik melanositler görülür. Bu melanositlerin immünohistokimyasal incelemesinde Melan-A, S-100, HMB45 ile pozitif boyanma saptanır. Hastalığın tedavisi için lezyonun total olarak eksize edilip lenf nodu biyopsisi ve radyolojik görüntülemeler eşliğinde evreleme işlemi yapılmalıdır.<sup>21</sup> Tanı anında evre 4b olan olgumuzda olduğu gibi amelanotik melanom piyojenik granülom gibi bir klinik seyir gösterip tanının geç konulmasına sebep olabilir. Bu durum ise yaşam süresi için kötü prognostik faktördür.

Sonuç olarak; amelanotik melanom, klinik olarak pigmentasyon içermediği için tanısı zor konulan maligniteler arasında yer almaktadır. Uzun süreli iyileşmeyen yaralarda, amelanotik melanom da ayırıcı tanılarda yer almalı ve kesin tanı için biyopsi yapılmalıdır. Diğer malignitelerde olduğu gibi, amelanotik melanomda da erken tanı ve tedavi, prognozu belirlemede en önemli faktördür.

## KAYNAKLAR

1. Bristow IR, Bowling J. Dermoscopy as a technique for the early identification of foot melanoma. *J Foot Ankle Res* 2009;2:14.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90.
3. Moloney FJ, Menzies SW. Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma. *J Dermatol* 2011;38(1):10-5.
4. Koch SE, Lange JR. Amelanotic melanoma: the great masquerader. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(5 Pt 1):731-4.
5. Pizzichetta MA, Talamini R, Stanganelli I, Puddu P, Bono R, Argenziano G, et al. Amelanotic/hypomelanotic melanoma: clinical and dermoscopic features. *Br J Dermatol* 2004;150(6):1117-24.
6. Maier T, Sattler EC, Braun-Falco M, Korting HC, Ruzicka T, Berking C. Reflectance confocal microscopy in the diagnosis of partially and completely amelanotic melanoma: report on seven cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27(1):e42-52.
7. Cheung WL, Patel RR, Leonard A, Firoz B, Meehan SA. Amelanotic melanoma: a detailed morphologic analysis with clinicopathologic correlation of 75 cases. *J Cutan Pathol* 2012;39(1):33-9.
8. Banerjee S, Chatterjee M. Amelanotic melanoma with multiple secondaries. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2006;72(3):252.
9. Pandiar D, Basheer S, Shameena PM, Sudha S, Dhana LJ. Amelanotic melanoma masquerading as a granular cell lesion. *Case Rep Dent* 2013;2013:924573.
10. Rongioletti F, Smoller BR. Unusual histological variants of cutaneous malignant melanoma with some clinical and possible prognostic correlations. *J Cutan Pathol* 2005;32(9):589-603.
11. Cavicchini S, Tourlaki A, Bottini S. Dermoscopic vascular patterns in nodular "pure" amelanotic melanoma. *Arch Dermatol* 2007;143(4):556.
12. Menzies SW, Kreuzsch J, Byth K, Pizzichetta MA, Marghoob A, Braun R, et al. Dermoscopic evaluation of amelanotic and hypomelanotic melanoma. *Arch Dermatol* 2008;144(9):1120-7.
13. Jaimes N, Braun RP, Thomas L, Marghoob AA. Clinical and dermoscopic characteristics of amelanotic melanomas that are not of the nodular subtype. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012;26(5):591-6.
14. Oburu E, Gregori A. Relearning the lesson--amelanotic malignant melanoma: a case report. *J Med Case Rep* 2008;2:31.
15. Moloney FJ, Menzies SW. Key points in the dermoscopic diagnosis of hypomelanotic melanoma and nodular melanoma. *J Dermatol* 2011;38(1):10-5.
16. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferation. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1997;37(6):887-919.
17. Harris MN, Desai R, Chuang TY, Hood AF, Mirowski GW. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(6):1012-6.
18. Patrice SJ, Wiss K, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): a clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol* 1991;8(4):267-76.
19. Zaballos P, Llambrich A, Cuéllar F, Puig S, Malveyh J. Dermoscopic findings in pyogenic granuloma. *Br J Dermatol* 2006;154(6):1108-11.
20. Lin MJ, Pan Y, Jalilian C, Kelly JW. Dermoscopic characteristics of nodular squamous cell carcinoma and keratoacanthoma. *Dermatol Pract Concept* 2014;4(2):9-15.
21. LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A, eds. Melanocytic tumours. World Health Organization classification of tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Skin. 1<sup>st</sup> ed. Lyon: IARC Press; 2006. p.49-118.