

## OTA NEVUS VE TEDAVİSİ: Olgu Sunumu

Murat EMİROĞLU, Sarper YILMAZ\*, Ali Rıza ERÇÖÇEN, Zeki CAN

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı ve \*Sağlık Bakanlığı, Ankara Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı, Ankara

## ÖZET

Ota nevus özellikle Uzakdoğu'da çok sık rastlanan bir deri lezyonu olmasına karşın, ülkemizde nadir olarak görülmektedir. Ülkemizde bu konuda sınırlı sayıda olgu bildirimini söz konusu olup, bu çalışmalara çoğunlukla dermatoloji literatüründe rastlanmaktadır.

Bu yazıda derin yerleşimli bir Ota nevus olgusu ile, uygulanan tedavi yöntemi sunulmuş ve güncel tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ota nevus, nevus

## SUMMARY

**Nevus of Ota and its treatment: A case report**

Ota Nevus is a very common skin lesion in Far East, but is rarely seen in our country. A limited number of cases were reported in our country and those were generally encountered in the dermatology literature.

In this paper, a case of deep-seated Nevus Ota and the treatment method have been reported, and current treatment modalities has been discussed.

**Key Words:** Ota nevus, nevus

## GİRİŞ

Ota Nevüs (nevus fuscocaerulea ophthalmomaxillaris) yüzün üst ve orta kısımlarındaki derideki mavi-kahverengi renk değişikliği ile karakterli bir dermal melazondur. İlk olarak 1939 yılında Ota ve Tanino tarafından tanımlanmıştır<sup>1</sup>. Yerleşim yeri özellikle N. trigeminus'un oftalmik ve maksiller dallarının dağılım alanlarıdır. Eğer lezyon üst ekstremiteler ve gövdede yerleşim gösteriyorsa Ito Nevüs adını alır<sup>2</sup>. Ota Nevüs en sık Japonlarda görülmektedir, ancak başta siyah ırk olmak üzere diğer ırklarda da nadiren görülebilmektedir<sup>3,4</sup>. Japonya'da görülme sıklığı 1:500 olup, olguların %80'i kadınlardır<sup>5</sup>. Olguların %60'unda Nevus Ota doğumda mevcut iken, diğerlerinde puberte çağına kadar lezyon ortaya çıkabilir<sup>6</sup>. Daha ileri yaşlarda da ortaya çıkabileceği bildirilmiştir<sup>7,8</sup>. Olguların %65'inde sklerada lezyon bulunmakta ve başta sert damak olmak üzere intraoral bölge de lezyona dahil olabilmektedir<sup>9</sup>. Ülkemizde her ne kadar görülme sıklığına ait veri bulunmasa da, özellikle dermatoloji literatüründe sınırlı sayıda olgu bildirimini mevcuttur<sup>10,11,12</sup>. Bu konuda en geniş vaka serisi 12 olgu ile Oğuz ve arkadaşları'na aittir<sup>12</sup>.

Nevus Ota'nın etiyojisi henüz açıklık kazanmamıştır<sup>13</sup>. patogenezi açısından Nevus Ota'da dermal melanositlerin kaynağı büyük olasılıkla bu bölgenin sinir dokusudur. Travmayı izleyerek de ortaya çıkabilmektedir<sup>12</sup>. Histolojik olarak lezyonun karakteristik özelliği dermal bölgede kollagen lifler arasında dağılmış olarak bulunan aktif, dendritik melanositlerin varlığıdır<sup>2</sup>. Melanositler dermisin çeşitli

katlarında bulunabilir. Kahverengi rengin ön planda olduğu olgularda melanositler genellikle yüzeysel yerleşimli iken, mavimsi rengin ön planda olduğu olgularda melanositler derin yerleşimlidir<sup>14,15</sup>. Ancak %20 olgu bu kurala uymamaktadır. Kesin tanının konulması, ayırıcı tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde histopatolojik değerlendirme gereklidir. Ota Nevus melanositlerin yoğunlukları ve yerleştikleri dermal bölge göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır<sup>13</sup> (Tablo 1).

**Tablo 1:** Ota nevus'da histopatolojik sınıflandırma

Yüzeysel tip	Dermal melanositler yüzeysel dermiste yerleşmiştir
Derin tip	Dermal melanositler derin dermiste yerleşmiştir
Diffüz tip	Dermal melanositler tüm dermiste yerleşmiştir
Yüzeysel dominant tip	Dermal melanositler yüzeysel dermiste daha yoğun olmak üzere tüm dermiste yerleşmiştir
Derin dominant tip	Dermal melanositler derin dermiste daha yoğun olmak üzere tüm dermiste yerleşmiştir

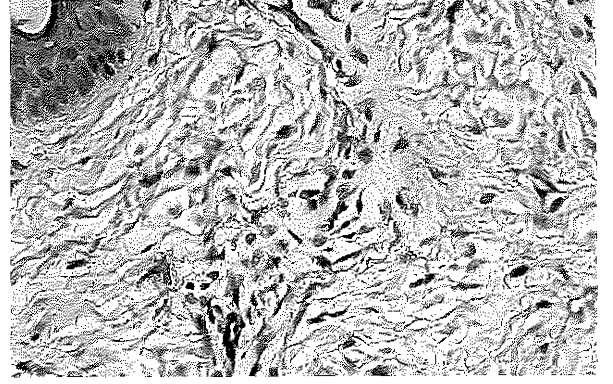
Ota Nevus'te malign değişiklikler gözlenebilir ve malign transformasyon oranı %4,6'dır. Ota Nevus olgularında koroid, iris, siliyer cisim, frontal korteks ve deride malign melanom gelişimi bildirilmiştir<sup>12,16</sup>. İlginç olarak, malign melanom saptanan bir olgunun elektron mikroskopik değerlendirmesinde, melanom hücrelerinin ultrastrüktürel olarak Ota Nevus hücrelerinin birçok özelliğini taşıdığı gösterilmiştir<sup>17</sup>.



Şekil 1: Tipik yerleşimli bir Ota Nevus olgusu



Şekil 3: Postoperatif 6. ayda hastanın görünümü.



Şekil 2: Orta ve derin dermiste kollagen lifler arasında dağılmış dendritik melanositler (Hematoksilen-Eozin, x100).

Bu nedenle malign tümör gelişimi açısından Ota Nevus olguları nörologlar, oftalmologlar, dermatologlar ve plastik cerrahlar tarafından dikkatli muayene edilmeli ve takip edilmelidir.

#### OLGU SUNUMU

Yirmiüç yaşındaki kadın hasta yüzünün sağ yarısında alt göz kapağı, malar bölge ve yanakta yerleşim gösteren mavi-kahverengi renkli bir pigmente lezyon ile kliniğimize başvurdu (Şekil 1). Hastanın öyküsünden lezyonun bir yıl önce alt göz kapağı ve malar bölgede lekeler tarzında başladığı ve hızlı seyrederek üç ay içinde yanak bölgesine de yayıldığı öğrenildi. daha önce bu yakınmasından dolayı hekime başvurduğu öğrenilen hastanın çeşitli pomat ve kremler kullandığı, ancak fayda görmediği saptandı. Fizik muayenede sağ alt göz kapağı, malar bölge ve yanakta lokalize, büyüklükleri 1 ile 3 mm arasında değişen mavi-kahverengi renkte, basmakla solmayan maküler lezyonlar dışında herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Yapılan oftalmolojik ve nörolojik muayenesinde eşlik eden patoloji saptanmadı. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Hastaya bu cilt bulguları ile Ota Nevus tanısı konuldu. Tanının doğrulanması ve tedavinin doğrulanması amacıyla lezyondan insizyonel biyopsi alındı ve histopatolojik inceleme yapıldı. Hematoksilen-eozin ile boyanan kesitlerin ışık mikroskopik incelemesinde; orta ve derin dermiste kollagen lifler arasında dağılmış dendritik melanositler saptandı, deri ekleri çevresinde ise seyrek lenfositler dikkati çekti (Şekil 2).

Lezyonun dermisin derinliklerine kadar ulaştığı da göz önüne alınarak hastaya “chemical peeling” ve dermabrazyon yapılmasına karar verildi. Operasyonda öncelikle %50 konsantrasyonunda triklorasetik asit (TCA) ile “peeling” i takiben malar bölge ve yanağa dermabrazyon uygulandı. Alt göz kapağına sadece %30 konsantrasyonda triklorasetik asit ile “peeling” uygulandı. Hastaya preoperatif dönemde herpes simplex proflaksisi (Zovirax 400 mg, tid) yapıldı.

Postoperatif 15. günden itibaren hiperpigmentasyon profilaksisi amacıyla %4hydroquinone içeren krem (Expigment %4 Krem, Orva İlaç san. ve Tic. A.Ş., İstanbul) üçhafta süreyle uygulandı.

İlk operasyondan sonraki dönemde, hastayı memnun edecek düzeyde bir düzelme sağlandıysa da melanositlerin derin yerleşimi nedeniyle lezyon tamamen ortadan kaldırılamadı. Hydroquinone içeren krem ile yapılan iki haftalık hazırlık sonrasında ilk ameliyatı takip eden 6. ayda tekrar triklorasetik asit ile "chemical peeling" ve dermabrazyon uygulandı. Alt göz kapağına ise sadece peeling yapıldı. Operasyon sonrasında topikal hydroquinone tedavisine üç hafta süre ile devam edildi. postoperatif 6. ayda ise kozmetik açıdan kaydedeğer bir ilerleme kaydedildi (Şekil 3).

### TARTIŞMA

Ota Nevus tedavisinde günümüzde halen farklı tedavi yaklaşımları sözkonusudur. Ancak hangi yöntemin diğerine üstün olduğu halen tartışmalıdır. Renk değişikliğinin minimal olduğu olgularda sadece kozmetikler kullanılarak lezyonun gizlenmesi yoluna gidilebilir. Diğer olgularda laser <sup>2,16,18</sup>, kriyoterapi <sup>19</sup>, dermabrazyon <sup>20</sup> uygulamaları önerilmiştir. Ancak derin yerleşimli lezyonlarda dermal melanositlerin tamamen eradikasyonu mümkün olamamaktadır. tedavide hastanın yaşı oldukça önemli olup, çocukluk yaşlarında uygulanan tedaviden elde edilecek sonucun daha iyi olduğu bildirilmektedir <sup>19</sup>. Bunun nedeni olarak da ergenlikte dermal melanositlerin restimulasyona uğrayarak yoğunlaştığı ve daha derinlere göç ettiği düşünülmektedir.

Kuru buz uygulaması yoluyla kriyoterapiyi takiben argon laser tedavisinin başarılı sonuçlar verdiği bildirilmiştir <sup>16,21</sup>. bu yöntemde 6-10 seans kriyoterapiyi takiben pigmente spesifik olan argon laser'in uygulanması önerilmektedir. Bir başka teknik de bir kaç seans dermabrazyonu takiben karbondioksit buz yöntemi ile kriyoterapi'dir <sup>20</sup>. Hata 58 hasta üzerinde uyguladığı bu yöntem ile %92 oranında bir başarı bildirmiştir. Aynı çalışmacı, dermal melanositlerin yüzeysel olduğu olgularda daha başarılı sonuçlar alındığını bildirmesine karşın dermal melanositlerin dermal bölgedeki derinlikleri ve klinik sonuç arasında kesin bir korelasyon olmadığını vurgulamıştır. Melanositlerin derin yerleşimli olduğu bazı lezyonlarda mükemmel sonuçlar alınırken, yüzeysel yerleşimli olduğu bazı olgularda ise tatminkar olmayan sonuçlar alındığını belirtmiştir. Genellikle lezyonun tek bir yerinden biopsi alındığı için dermal melanositlerin derinliği hakkında elde edilecek bilgi de sadece o bölge için geçerlidir. Dermal melanositlerin derinlikleri aynı lezyon içinde de farklılık arzedebilir. bu nedenle biopsi sonuçlarının lezyonun tümündeki dermal

melanositlerin derinliği hakkında kesin bilgi veremeyeceğini de göz önünde tutmak gerekir. Hosaka 1995 yılında yayınladığı bir çalışmada 165 Ota nevus olgusunda sıvı azot kriyoterapisi ile başarılı sonuçlar bildirmiştir <sup>19</sup>. Kriyoterapinin temel amacı epidermis'deki melanin sentezini baskılamak ve dermisteki melanositleri selektif olarak ortadan kaldırmaktır. Yamazaki ve Tezuka <sup>22</sup> kriyoterapinin biyolojik mekanizmasını araştırmışlar ve meydana gelen soğuk travması sonucunda dermal melanositlerin hücre zarının parçalandığını ve ortaya çıkan pigmentlerin fagositoz yoluyla ortamdan uzaklaştırıldığını ortaya koymuşlardır. Hosaka sıvı azot kriyoterapisinin karbondioksit buz yöntemine kıyasla daha avantajlı olduğunu ileri sürmüştür. Sıvı azot kriyoterapisinde karbondioksit buz yöntemine kıyasla çok daha düşük sıcaklık düzeyine daha kısa sürede ulaşılmaktadır (-180 °C'e karşı -60 °C) ve sıvı azot kriyoterapisinde soğumanın çok daha hızlı olması nedeniyle çevre dokuda hasar ve skar gelişimi daha minimal düzeydedir.

Lazer teknolojisindeki gelişmeler sonucunda pigmentli lezyonların tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Selektif fototermolizis yöntemi ile pigment içeren yapılarda spesifik bir etki elde edilebilmektedir. Özellikle çok kısa bir zaman periyodunda kısa aralıklarla enerji verebilen (Q-switched) lazer sistemleri sayesinde çevre dokularda önemli hasar oluşturmadan yüzeysel ya da derin pigmentli lezyonların selektif olarak ortadan kaldırılması mümkün olabilmektedir <sup>23</sup>. Ota nevus olgularında Q-switched ruby laser <sup>24</sup>, Q-switched YAG laser <sup>25</sup> ve Q-switched alexandrite laser <sup>23</sup> ile oldukça başarılı sonuçlar bildirilmiştir.

Bununla beraber lazer tedavisi de sorunsuz ve komplikasyonsuz değildir. Q-switched lazer sistemleri ile yapılan tedavilerde dahi %5-10 oranında geçici hipopigmentasyon, daha az oranlarda kalıcı hipopigmentasyon ve ciddi skar gelişimi bildirilmiştir <sup>23</sup>.

Alt göz kapağı Ota nevus olgularının tedavisinde en sorunlu bölge olarak karşımıza çıkmaktadır. yapılan çalışmalarda da bu bölgenin ince ve narin yapısı nedeniyle kriyoterapi ve dermabrazyondan zarar görebileceği, alt göz kapağında dermisin kas tabakasının içine doğru girmesi nedeniyle lazer tedavisinin de pigment eradikasyonunda yetersiz kalabileceği bildirilmiştir <sup>19,20,23,24</sup>. Bu nedenle uygun olgularda eksizyon ve greft uygulaması önerilmiştir <sup>20</sup>.

Ota nevus tedavisinde günümüzde uygulanan yöntemlerin hemen hepsi çok seanslı olup, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Melanositlerin derin yerleşimli olduğu olgumuzda, eldeki imkanlar dahilinde, triklorasetik asit ile "chemical peeling" ve dermabrazyon seçeneğini tercih ettik ve iki seans

şeklinde uyguladık. Bu yöntemle lezyonun eski durumu ile kıyaslandığında hastayı bir ölçüde memnun eden ve lezyonun örtülmesi için daha az kozmetik malzemesine gereksinim duyulan tatminkar bir sonuç elde edilmiştir.

Her ne kadar Ota nevus olgularında kozmetik kaygılar ön planda ise de, bu hastaların malign tümör gelişimi açısından takibi büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle hasta hem ilk muayene sırasında hem de takip periyodu süresince dikkatle değerlendirilmelidir.

*Dr. Sarper YILMAZ*  
*Tanyeli Sokak No: 10/6*  
*06590 İçcebeci - ANKARA*

#### KAYNAKLAR

- Ota M, Tanino H: Relationship between ocular pigmentation and the nevus fuscocaeruleus ophthalmomaxillaris commonly seen in Japan. *Tokyoijishinski* 3133:1243,1939.
- Nordlund JJ: Pigmentary changes in the skin, In *Clinics In Plastic Surgery* Eds: McGrath MH, Turner ML: 20(1):62-63,1993.
- Kopf AW, Weidman AI: Nevus of Ota. *Arch Dermatol* 85:195-208,1962.
- Levan N: In discussion of cases of nevus of Ota. *Arch Dermatol* 75:464, 1957.
- Hidano A, Kajema H, Ikeda S: Natural history of nevus of Ota. *Arch Dermatol* 95:187-95,1967.
- Yosida K: nevus fuscocaeruleus ophthalmomaxillaris Ota. *Tohoku J Exp Med* 55 (suppl 1): 34-38,1952.
- Withmore SE, Wilson BB, Cooper PH: Late onset nevus of Ota. *Cutis* 48:213-216,1991.
- Lynn A, Bronzena SJ, Espinoza CG, Fenske NA: Nevus of Ota of Late Onset. *Cutis* 51:194-6,1993.
- Page DG, Svirsky JA, Kaugars GE: Nevus of Ota associated with palatal involvement *Oral Surg Oral Med Oral pathol* 59:282-284,1985.
- Nemlioğlu F, Köşlü A: Ota Naevus. *deri Hastalıkları ve Frengi Araştırmaları Dergisi*,11:1421,1975.
- Başaran E, Gürgey E, Soyuer Ü: Bir Nevus Ota Vakası. *Lepra Mecbuası*, 10(4):209,1979.
- Oğuz O, Oğuz V, Aydemir EH, Pazarlı H, Buracı G, Kaner G, Mımdıkoğlu AN, Kotagyan A: Ota nevus olgularının değerlendirilmesi. *Deri Hastalıkları ve Frengi Araştırmaları Dergisi* 26:175,1992.
- Hirayama T, Suzuki T: A New Classification of Ota's nevus Based on Histopathological Features. *dermatologica* 183:169-72,1991.
- Lever WF, Lever GS: *Histopathology of the skin*. ed. 6. Philadelphia, Lippincott, 1983.
- Ikeda S, Mizutani H: Dry ice therapy. *rhinso Dermatol Tokyo* 16:807-20,1974.
- Cosman Bard, Apfelberg DB, Druker D: An Effective Cosmetic Treatment of Ota's Nevus. *Ann Plast Surg* 22(1):36-42,1989
- Karadayı N, Çek D, Arıncı O, Bozkur ER, Seçkin İ, Ergül Z, Şatiroğlu G: Albino Hastada Gelişmi, Ultrastrüktürel Olarak Ota Nevus Hücrelerinin Özelliklerini Taşıyan Derinin Primer Pigmentli Malign Melanomu. *Türk Onkoloji Dergisi* 5(3-4):1069,1990
- Geronemus RG: Q Switched Ruby Laser Treatment of Nevus of Ota. *Arch Dermatol* 128:1618,1992
- Hosaka Y, Onizuka T, Ichinose M ve ark: Treatment of Nevus Ota by Liquid Nitrogen Cryotherapy *Plast Recons Surg* 95:703,1995.
- Hata Y, Matsuka K, Ito O et al: Treatment of Nevus Ota: Combined Skin Abrasion and Carbon Dioxide Snow Method *Plast Recons Surg* 97:544,1996.
- Ohshiro T: Laser Treatment for Nevus: In *Medical Laser Research*. Tokyo, Nippon Laser Association, 1980, sayfa 128-37.
- Yamazaki H, Tezuka T: The mechanism of the action of the dry ice press therapy for the pigmented lesions of nevus Ota. 1. Electron Microscopic Investigation. *Nishinohon J Dermatol* 47:33,1985
- Kilmer SL, Alster TS: Laser Treatment of Tattoos and Pigmented Lesions In *Cosmetic Laser Surgery* ed: Alster and Apfelberg, 1996, s:111.
- Achauer BM: Lasers in Plastic Surgery: Current Practice *Plast Reconstr Surg* 99(5):1442,1997.
- Apfelberg DB: Argon and Q switched YAG laser treatment of nevus Ota. *Ann Plast Surg* 35:150,1995.