

Biz de bu bilgiler ve deneyimlerimiz doğrultusunda, Kastenbauer yönteminin kepçe kulak deformitesi onarımı için seçilecek cerrahi metodlar arasında, iyi bir alternatif olabileceğini vurgulamak isteriz.

*Dr. Meltem ÇİLİNGİR, Dr. Ertan SEÇKİN,
Dr. Hasan FİNDİK, Dr. Mahmut DİNÇLER
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

TRAVMATİK MALİGN BLUE NEVÜS: OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Sayın Editör,

Malign blue nevus (MBN), deride bulunan blue nevüslerden origin alan nadir melanositik bir tümördür^{1,2}. Ayırıcı tanı; malign melanomun deri metastazı, primer malign melanom, atipik sellüler blue nevüs ve sellüler blue nevus ile yapılır³. Hastaların çoğunda tümör agresif seyredip metastaz yapar. MBN'un tanısı klinik olarak zordur. Histopatolojik incelemede hiperkromatik, polimorfik nükleuslu globüler dendritik hücreler, tümör nekrozu ve atipik mitoz görülür⁴. Bu çalışmada etiyojisinde travma hikayesi olan geniş çaplı, nadir bir tümör olan MBN'lu vaka sunulup, literatür gözden geçirilmiştir.

77 yaşında erkek hasta epigastriyumunda 3 aydır bulunan pis kokulu, nekroz odakları içeren, koyu mavi pigmente, nodüler, ülserle, kanamalı, 4x4 cm boyutunda, ağrısız hızlı büyüyen kitle nedeniyle başvurdu (Resim 1). Çocukluk çağında epigastriyumda 1 cm çapında deriden kabarık mavi renkli nevus bulunduğu, bu nevusun 3-4 defa sıkılarak kanatıldığı öğrenildi. Toraks ve abdominal tomografi incelemesinde metastaza rastlanmayan hastanın kan değerleri ve diğer muayene bulguları normaldi. Bölgesel ve uzak lenf nodu metastazı yoktu. Epigastriyumdaki tümör geniş cerrahi sınırla çıkarılıp, oluşan defekt primer kapatıldı.

Histopatolojik incelemede tümör epidermisi içermiyordu. Sellüler atipi ile bipolar iğsi hücre bantlarında proliferasyon, inflamatuvar hücre infiltrasyonu, yer yer nekrotik alanlar, melonin pigmenti yanında yüksek oranda mitoz görüldü.

MBN 1953 yılında ilk olarak Allen ve Spitz tarafından tanımlanmıştır⁵. MBN sıklıkla erişkinlerde ve orta yaşın üzerinde görülmekle birlikte çocukluk çağında da nadiren görülebilir⁶. Sıklıkla skalpte görülmesine rağmen nadiren el⁷, toraks ve diğer vücut bölgelerinde de yerleşebilir². Blue nevüsler oral mukoza,

sklera, serviks uteri, meme, maksiller sinüs, orbita, konjunktiva, pulmoner hilus, spermatik kord, prostat, vagina, lenf nodları ve deride görülebilir⁸. Bu bölgelerdeki blue nevüsler malign değişim için risk taşıyıcıdır.

Literatürde MBN'ler izole vaka takdimleri ve küçük seriler şeklinde bildirilmiştir. En geniş seri 12 vaka ile Conelly ve Smith tarafından sunulmuştur². Bu vakalarda mitoz oranının düşük olduğu bildirilmektedir². Alo ve arkadaşları mitoz oranının değişken olabileceğini söylemektedir³. Ancak onların serisi yeterli değildir. Bizim vakamızda mitoz oranı yüksek idi.

MBN'un ayırıcı tanısı klinik olarak zordur. Histopatolojik olarak malign celluler blue nevusu sellüler blue nevusten ayırmada proliferatif hücre antijenleri için immunohistokimyasal boyama, nükleolar organize edici bölgelerle birlikte argyrophilic proteinlerin boyanması yardımcı olabilir⁹. Son çalışmalarda PCNA ve Ki - 67 (MIB -1) gibi immunohistokimyasal boyalarla sellüler blue nevus (CBN) ve atipik sellüler blue nevus (ACBN) boyanmış arada anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür¹⁰. Sadece ACBN, CBN'den daha fazla boya tutmuştur. Conelly ve Smith 1991 yılına kadar literatürde 21 vaka olduğunu bildirmektedir². 1991 yılından bu yana İngilizce literatürde bildirilen vaka sayısı 50'nin altındadır.

Bizim vakamızda da görüldüğü gibi kronik travma ve iritasyonun tüm malignitelere olduğu gibi blue nevüste de malign transformasyon için kolaylaştırıcı bir etken olduğu açıktır. MBN'ün klinik seyri nodüler malign melanom gibi agresif olup, metastaz ve nüks oranı yüksektir. Literatürde bildirilen vakalarda sıklıkla 1 yıl içinde nüks ve organ metastazları ile hastaların çoğu kaybedilmektedir. Bu sebeple MBN'li vakalara yaklaşım malign melanomun en kötü prognoza sahip nodüler tipi ile aynı olmalıdır.

Dr. Safvet ÖRS, Dr. Galip K. GÜNAY
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
38039 KAYSERİ

KAYNAKLAR

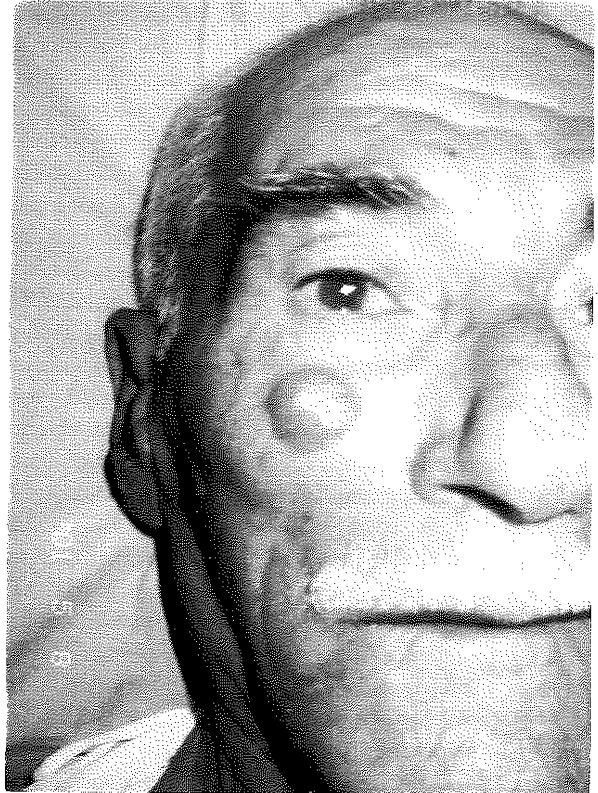
1. Rodrigucz HA, Acherman LV. Cellular blue nevus: clinocopathologic study of forty five cases. Cancer 1968; 21:393
2. Connelly J, Smith JL. Malignant blue nevus. Cancer 1991;67:2653
3. Aloï F, Pich A, Pippione M. Malignant cellular blue nevus: a clinocopathologic study of 6 cases. Dermatology 1996;192(1):36
4. Mehregan DA, Gibson LE, Mehregan AH. Malignant blue nevus: a report of eight cases. J Dermatol Sci 1992 Nov; 4(3):185
5. Allen AC, Spitz S. Malignant melanoma. Cancer 1953; 6:1
6. Scott GA, Trepeta R. Clear cell sarcoma of tendons and aponeuroses and malignant blue nevus arising in prepubescent children: report of two cases and review of the literature. Am J Dermatopathol 1993;15:139
7. Ozgur F, Akyurek M, Kayıkcıoğlu A, et al. Metastatic malignant blue nevus: case report. Ann Plast Surg 1997 oct; 39(4):411
8. Gonzalez-Compare R, Galera-Davidson H, Vazquez-Ramirez FJ, et al. Blue nevus: classical types and new related entities. A differential diagnostic review. Pathol Res Pract 1994 Jun ;190(6):627
9. Pich A, Chiuse L, Margaria E, Aloï F. Proliferative activity in the malignant cellular blue nevus. Hum Pathol 1993;24:1323
10. Tran TA, Carlson JA, Busaca PC, Mihm MC. Cellular blue nevus with atypia (atypical cellular blue nevus): a clinocopathologic study of nine cases. J Cutan Pathol 1998;25:252

KUTANÖZ LENFOMA

Sayın Editör,

Malign lenfomaların retikulo-endotelial sistem dışındaki organları tutması oldukça nadir bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri kanser kayıtlarında 8767 hastanın ancak %1,2'sinde primer veya sekonder deri tutulumu bildirilmiştir¹. Lezyonların klinik herhangi bir tipik görünümü veya özelliği yoktur, bu nedenle sıklıkla bazal hücreli karsinom veya enfekte sebace kist ile karıştırılırlar². Bu durum, tanıda gecikmelere neden olabilmektedir.

Polikliniğimize müracaat eden 73 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde, yüzünde, özellikle son 3 haftada hızlı büyüyen, kaşıntılı bir lezyon saptandı. Yaklaşık 2 aydır var olan lezyonda herhangi bir kanama veya ülserasyon yoktu. Fizik incelemede ve rutin tetkiklerde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Klinik olarak; 2,5x2 cm. boyutlarında ve deriden 0,5 cm. kabarıklık, pembe-kırmızı renkli, düzgün yüzeyli ülser olmayan nodüler yapıda olan bu lezyon, arteriovenöz malformasyon veya kistik bazal hücreli karsinom ön tanılarıyla lokal anestezi altında 5 mm. güvenlik sınırı ile eksize edildi (Şekil 1). Oluşan defekt, lateralden kaldırılan inferioz bazal transpozisyon flebi ile kapatıldı ve spesimen patolojiye yollandı. Spesimenin histolojik incelenmesi, Non-Hodgkin Lenfoma-Diffüz Santrositik Tip olarak rapor edildi. Hasta, evrelendirme ve daha ileri araştırma yapılması amacıyla onkoloji bölümüne sevk edildi. Takiplerinde herhangi bir sistemik yayılım olmadığı anlaşılan hasta, primer kutanöz lenfoma tanısı nedeniyle 6 kür CHOP protokolü (siklofosamid, hidroksidaunomisin, onkovin, prednizon) aldı.



Şekil 1: Sağ infraorbital bölge yerleşimli 2,5x2x0,5 cm. boyutlarında ve deriden kabarıklık, pembe-kırmızı renkli, düzgün yüzeyli, ülser olmayan nodüler yapıdaki lezyon