

# İnsizyonel Biyopsiden Eksizyonel Biyopsiye; Melanoakantom

## From Incisional Biopsy To Excisional Biopsy; Melanoacanthoma

Havva Erdem<sup>1</sup>, Sevda Önder<sup>2</sup>, Betül Duygu Şener<sup>1</sup>,  
Nurten Turhan Haktanır<sup>3</sup>, Hacer Yaşar Teke<sup>4</sup>, Mürüvvet Akçay Çelik<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.

<sup>2</sup> Ordu Üniversitesi Tıp fakültesi Dermatoloji A.D.

<sup>3</sup> Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik cerrahi A.D

<sup>4</sup> Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D

### Giriş

Melanoakantom (seboreik keratoz varyantı, senil siğil) (MA), epidermin keratinositlerinin proliferasyonuna bağlı olarak gelişen, sıklıkla orta yaş veya yaşlı bireylerde görülen ve kalıtsal bir yatkınlığa sahip olan benign bir deri tümörüdür [1].

Yüz ve gövde yaygın görüldüğü yerlerdir, ancak sırt, karın, kafa derisi ve üst ekstremitelerde de görülebilir. Nadiren bulunduğu yerler; konjonktiva, meme başı ve areola ve vulvadır. Meme başı ve areola üzerinde meydana gelen çok az sayıda MA bildirilmiştir [1-3].

MA iyi huylu, derin pigmentli, keratinositlerin ve melanositlerin çoğalmasıyla oluşan lezyondur. Farklı bir antiteden ziyade seboreik keratozun çok nadir, altı varyantından birisidir [4,5].

Diğer histopatolojik varyantlar: akantotik, hiperkeratotik, adenoid, irritatif, klonal'dir. Histopatolojik olarak, tüm alt tiplerin ortak üç bulgusu hiperkeratoz, akantoz ve papillomatozdur [1-5].

MA terimi 1960 yılında Mishima ve Pinkus tarafından kullanılmıştır, daha önce Bloch tarafından 1927'de, nevoid epitelyoma tip 1, melanoepitelyoma tip 2 veya seboreik keratozun sıradan pigmentli varyantından farklı olarak tanımlanmıştır [6,7].

Kutanöz varyant esas olarak açık tenli yetişkinlerde görülürken, oral MA'un siyahlar ve daha genç hastalarda görülme eğilimindedir. Pigmentli papüller, plaklar, kutanöz boynuzlar veya nodüller şeklinde ortaya çıkar [8].

Histolojik olarak epidermal nevüsler hiperkeratoz, akantoz ve papillomatosis ile karakterizedir [20-22].

Akrokeratozis *verruiformis* gibi bazı lezyonlar, seboreik keratoza benzeyen horn psödokistleri veya yaygın siğillerin özelliklerini taklit eden akantoz ve hiperkeratozun kendine özgü, sivri paternini gösterebilir [20-24].

Pigmente aktinik keratozlar, alt epidermis ve dermal melanofajlarda artmış melanin içerirler. Klinik olarak atrofik lezyonlar, baskın olarak bazal tabakayı içeren bir atipi ile ince bir epidermisi göstermektedir [20-22].

Bazen çok büyük çaplarda lezyonların izlendiğine dair yayınlar mevcuttur. Shankar ve arkadaşları 10 cm çapında lezyon bildirmişlerdir [12].

Nadiren ülserasyon yanı sıra multifokal lezyonlar izlenebilir [23].

MM'da klinik olarak seboreik keratoza benzeyen tipler; verrüköz-hiperkeratotik melanoma, folliküler melanom ve diskoheziv (akantolitik benzeri) melanomdur [24].

Kuehnl-Petzoldt ve arkadaşları, belirgin verrüköz hiperplazi ve hiperkeratozu gösteren, bir dizi verrüköz-hiperkeratotik melanom varyantını tarif etmişlerdir. Bugüne kadar, klinik ve histopatolojik sunumu ile ilgili nadir vakalar bildirilmiştir [24].

Sonuç olarak pigmente cilt lezyonları, iyi huyludan kötü huyluya kadar giden geniş spektrumdur. Değerlendirme esnasında tüm taklitçiler ekarte edilmelidir. MA, histopatolojik ve klinik olarak MM ile rahatlıkla karışabilir. Bu sebeple çok dikkatli incelenmeli ve değerlendirilmelidir.

Tüm varyantları uygun şekilde tanımlamanın önemini vurgulayarak, lezyonlar dikkatle rapor etmelidir.

## Kaynaklar

1. Mckee PH, Calonje E, Granter SR. Pathology of skin with clinical co relation. 3rd ed. Philadelphia USA:Elsevier Mosby; 2005:1158-6.
2. Tseng SH, Chen YT, Huang FC, Jin YT. Seborrhic keratosis of conjunctiva simulating a malignant melanoma: An immunocytochemical study with impression cytology. Ophthalmology 1999;106:1516-20.
3. De Giorgi V, Massi D, Salvini C, Mannone F, Carli P. Pigmented seborrhic keratoses of the vulva clinically mimicking a malignant melanoma: a clinical, dermoscopic-pathologic case study. Clin Exp Dermatol 2005;30:17-19.
4. Thomas VD, Swanson NA, Lee KK. Benign epithelial tumors, hamartomas, and hyperplasias. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: Mc-Graw Hill; 2008. pp. 1054-67.
5. Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Jr, Murphy GF, Xu X. Lever's histopathology of the skin. 10th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 2009. pp. 795-798.
6. Mishima Y, Pinkus H. Benign mixed tumor of melanocytes and malpighian cells. Melanoacanthoma: Its relationship to Bloch's benign non-nevoid melanoepithelioma. Arch Dermatol. 1960; 81: 539-50.
7. MacKie RM, Quin AG. Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. 7th ed. Oxford: Blackwell; 2004. pp. 361-50.
8. Tapia JL, Quezada D, Gaitan L, Hernandez JC, Paez C, Aguirre A. Gingival melanoacanthoma: Case

- report and discussion of its clinical relevance . *Quintessence International*. 2011; (3) 42:1-7.
9. Heng MC, Soo-Hook, Levine S, Petresek D. Linear seborrheic keratoses associated with underlying malignancy. *J Am Acad Dermatol*. 1988;18 (6):1316-21.
  10. Schlappner OL, Rowden G, Philips TM, Rahim Z. Melanoacanthoma. Ultrastructural and immunological studies. *J Cutan Pathol*. 1978;5:127-41.
  11. Fornatora ML, Reich RF, Haber S, Solomon F, Freedman PD. Oral melanoacanthoma: A report of 10 cases, review of the literature, and immunohistochemical analysis for HMB-45 reactivity. *Am J Dermatopathol*. 2003; 25:12-5.
  12. Shankar V, Nandi J, Ghosh K, Ghosh S. Giant melanoacanthoma mimicking malignant melanoma. *Indian J Dermatol*. 2011;56:79-81.
  13. Shenoy MM, Teerthanath S, Bhagavan KR. Genital and perianal melanoacanthomas. *Int J Dermatol*. 2007;52:109-10.
  14. Neville BW, Damn DD, Allen CM, Bouquet JE. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2009. Oral and Maxillofacial Pathology; pp. 374-375.
  15. Schwartz RA, Lambert WC, Kihiczak GG. Cutaneous melanoacanthoma. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1061812>.
  16. Choudhary SV, Bhake A, Singh A, Gupta S. Pigmented cerebriform growth over forehead. *Indian J Pathol Microbiol* 2010;53:375-6.
  17. Nakamura H, Hirota S, Adachi S, Ozaki K, Asada H, Kitamura Y. Clonal nature of seborrheic keratosis demonstrated by using the polymorphism of the human androgen receptor locus as a marker. *J Invest Dermatol*. 2001;116:506-10
  18. Gondak RO, da Silva-Jorge R, Jorge J, Lopes MA, Vargas PA. Oral pigmented lesions: Clinicopathologic features and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17:e919-24.
  19. Rajabi P, Adibi N, Nematollah P, Heidarpour M, Eftekhari M, Siadat HA. Bowenoid transformation in seborrheic keratosis: A retrospective analysis of 429 patients. *J Res Med Sci*. 2012:217-21
  20. Hafner C, Hartmann A, Vogt T. FGFR3 mutations in epidermal nevi and seborrheic keratosis lesions from urothelium and skin. *J Invest Dermatol* 2007;127:1572-73.
  21. Sugarman JL. Epidermal nevus syndromes. *Semin Cutan Med Surg* 2007; 26:221.
  22. Akay BN, Kocyigit P, Heper AO, Erdem C. Dermatoscopy of flat pigmented facial lesions: diagnostic challenge between pigmented actinic keratosis and lentigo maligna. *Br J Dermatol* 2010; 163:1212.
  23. Jain S, Barman KD, Garg VK, Sharma S, Dewan S, Mahajan N. Multifocal cutaneous melanoacanthoma with ulceration: a case report with review of literature. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77(6):699-702.
  24. Kuehnl-Petzoldt C, Berger H, Wiebelt H. Verrucous-keratotic variations of malignant melanoma: a clinicopathological study. *Am. J. Dermatopathol*. 1982; 4: 403-10.