

# Dermoskopi Atlası

Editör

**Fezal Özdemir**

Editör Yardımcıları

**Ercan Arca**

**Işıl Karaarslan**

**Mustafa Turhan Şahin**



DÜNYA  
TIP KİTABEVİ



# DERMOSKOPI ATLASI

Editör

**Fezal Özdemir**

Editör Yardımcıları

**Ercan Arca**

**Işıl Kılınç Karaarslan**

**Mustafa Turhan Şahin**



DÜNYA  
TIP KİTABEVİ

# Dünya Tıp Kitabevi

## Copyright © 2017

Bu kitabın basım, yayım ve satış hakları Dünya Tıp Kitabevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanlığı bandrolü ile satılmaktadır.

### ISBN

978-605-9615-15-0

### Yayın Adı

Dermoskopi Atlası

### Yazar

Prof. Dr. Fezal Özdemir

### Genel Yayın Yönetmeni

Mustafa Sezer

### Sayfa Tasarımı-Mizanpaj

Dünya Tıp Kitabevi

### Proje Koordinatörü

Elif Sezer

### Baskı ve Cilt

Kalkan Matbaacılık

0312 341 92 34

Sertifika No: 16029

### Genel Dağıtım

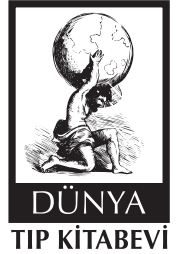
#### DÜNYA TIP KİTABEVİ

Fidanlık Mahallesi Halk Sokak

No: 24/1 Sıhhiye-Çankaya/Ankara

Tel: 0312 231 31 33

Sertifika No: 22265



**Not:** Medikal bilgiler sürekli değişmektedir. Yeni araştırmalar ve klinik çalışmalar bilgimizi artırırken uygulanan tedavilerde değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Yazarlar, editörler ve yayıncılar bu kitapta belirtilen dozaj ve uygulamaların, kitabın üretim tarihindeki güncel bilgiler ile uyumlu olması için kendi alanlarında güvenilir kaynaklara başvurmuşlardır.

Bununla birlikte, yayıncılar, kitapta belirtilen dozaj ve uygulama formlarından sorumlu değildir. Her kullanıcı, tüm ilaçların prospektüslerini dikkatle gözden geçirmeli ve üreticiler tarafından tavsiye edilen dozlar ve belirtilen kontrendikasyonlar ile bu kitapta yer alanlar arasında farklılık tespit edildiği takdirde bir uzmana başvurmalıdır. Bu öneri, yeni veya nadir kullanılan ilaçların kullanımında özellikle önem kazanmaktadır. Her dozaj şeması ve uygulama formu kullanıcının kendi sorumluluğundadır. Yazarlar ve yayıncılar, farkedilen uyumsuzluk ve hataların yayıncılara bildirilmesini rica etmektedir. Bu çalışma ile ilgili basımdan sonra farkedilebilecek hatalar [www.dunyakitabevi.com](http://www.dunyakitabevi.com) adresinde, ürün tanım sayfasında bildirilecektir.



ONLINE ALIŞVERİŞ  
[dunyakitabevi.com](http://dunyakitabevi.com)

SATIŞ HATTI  
**0506 591 16 16**



Dermoskopi atlasımız iki ana hedef ile hazırlanmıştır. Bunlardan ilki dermoskopinin alfabeti olan dermoskopik kriterlerin ortaya konmasıdır. Bu kriterlerin Türkçeleştirilmesi, tanımlanmaları ve resimlerle görselleştirilmesi, Dermoskopi Çalışma Grubumuz tarafından “Dermoskopik Terminoloji Sözlüğümüz” ile önceden gerçekleştirilmiş olup, atlasımızın başında, rehber niteliğinde yer almaktadır.

İkinci hedefimiz ise dermoskopik algoritmalar ile birlikte dermoskopi endikasyonu içinde yer alan deri lezyonlarının tanıtıcı özelliklerini kapsayan bir atlas ortaya konması olmuştur. Bu amaçla konular, dermoskopi ile tanınabilen pigmente ve pigmente olmayan deri lezyonlarının temel yapılarını örnekleyen, olabildiğince bol ve karakteristik resimlerle ele alınmıştır. Yüz, saçlı deri, palmo-plantar bölge gibi özel lokalizasyonlardaki farklılıklar, saç, tırnak ve mukoza gibi deri eklerine ait dermoskopik bulgular da işlenerek atlas zenginleştirilmiştir. Son olarak sık görülen çeşitli inflamatuvar ve enfeksiyöz dermatozlar da eklenmiştir.

Baskıda, resimlerin orijinal hallerine eşdeğer olabilmesine özen gösterilmiştir. Yanısıra resimlere yerleştirilen Karekod yardımıyla, görüntüleri telefon veya tableten orijinal haliyle, HD kalitesinde izleme olanağı sağlanmıştır.

Atlasımız dermatoloğun tanı doğruluğunu ve güvenilirliğini artıran, gereksiz biyopsileri önleyebilen, gerektiğinde uygun biyopsi alanına işaret edebilen, cerrahi sınırları belirleyebilen, zor hastaların yönetimine yardım eden ve özellikle melanomun erken tanısını sağlayarak hayat kurtarmaya yardım edebilen bu tekniğin, meslektaşlarımız tarafından kendi dilimizde daha iyi anlaşılıp öğrenilebilmesini amaçlamıştır. Bu amaca hizmet edebilen bir atlas yaratmış olmayı ümit ediyoruz.

Dermoskopiye yeni başlayan genç meslektaşlarım için tavsiyem, atlasımızı baştan sona sırasıyla okumalarıdır. Önce dermoskopik kriterler (terminoloji), sonra algoritmalar ve sonrasında da konular, atlasımızda yer alan sırasıyla incelenirse, daha kolay anlaşılacaktır.

Son olarak her bölümde çok değerli katkılarıyla atlasımıza can veren yazarlarımıza, sevgili ve kıymetli arkadaşlarıma ve editör yardımcılara teşekkürü bir borç bilirim.

Bu atlas dermoskopiye gönül veren tüm meslektaşlarımıza armağanımızdır.

Fezal Özdemir



Önsöz.....	iii
İçindekiler.....	v
Yazarlar.....	vii
<b>01</b> Dermoskopi Tarihçesi..... Fezal Özdemir	1
<b>02</b> Dermoskopik Terminoloji .....	3
<b>03</b> Dermoskopik Algoritmalar .....	89
Şirin Pekcan Yaşar	
<b>04</b> Melanositik Nevüsler.....	109
Işıl Karaarslan	
<b>05</b> Gövde ve Ekstremitte Melanomu.....	135
Fezal Özdemir	
<b>06</b> Keratinositik Tümörler.....	169
Ercan Arca	
<b>07</b> Vasküler Yapılar ve Vasküler Lezyonlar .....	207
Mustafa Turhan Şahin	
<b>08</b> Yüz ve Saçlı Deri Lezyonları .....	241
Sedef Şahin	
<b>09</b> Palmoplantar Lezyonlar.....	303
Ayşe Anıl Karabulut	
<b>10</b> Tırnak Hastalıkları .....	317
Bengü Nisa Akay	
<b>11</b> Mukoza Lezyonları .....	351
Gamze Erfan	
<b>12</b> Alopesilerde Trikoskopi.....	373
A. Tülin Güleç	
<b>13</b> Diğer Çeşitli Dermatozlar.....	407
Meltem Uslu	
<b>İndeks</b> .....	429





## EDİTÖR

### **Prof. Dr. Fezal ÖZDEMİR**

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,  
Dermato-Onkoloji Ünitesi, Bornova-İzmir

## EDİTÖR YARDIMCILARI

### **Prof. Dr. Ercan ARCA**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Etilik, Ankara

### **Prof. Dr. Işıl KARAARSLAN**

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,  
Dermato-Onkoloji Ünitesi, Bornova-İzmir

### **Prof. Dr. Mustafa Turhan ŞAHİN**

Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Manisa

## YAZARLAR

### **Prof. Dr. Bengü Nisa AKAY**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

### **Doç. Dr. Gamze ERFAN**

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı  
Atakent Hastanesi, İstanbul

### **Prof. Dr. A. Tülin GÜLEÇ**

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Ankara

### **Prof. Dr. Ayşe Anıl KARABULUT**

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Kırıkkale

### **Prof. Dr. Sedef ŞAHİN**

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı,  
Maslak Hastanesi, İstanbul

### **Doç. Dr. Meltem USLU**

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Aydın

### **Doç. Dr. Şirin YAŞAR**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Haydarpaşa Numune Sağlık Araştırma ve Uygulama  
Merkezi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul



# Dermoskopi Tarihçesi

Fezal Özdemir

“Dermoskopi” pigmente veya pigmente olmayan deri lezyonlarının ışık ve yüzey yansımalarını engelleyecek bir sıvı ortamıyla birlikte ya da yansımanın minimal olduğu polarize ışıkla sıvı ortamı kullanmadan, çeşitli güçteki büyütme sistemleriyle (basit el aleti, ya da dijital sistemler) birlikte incelendiği, invaziv olmayan bir in vivo tanı tekniğidir. Epidermis, dermo-epidermal bileşke ve papiller dermisteki pigmente anatomik yapılar, yüzeysel damar ağı ve hatta bazen kollejenöz stroma hakkında bilgi verir.

“Epiluminesans mikroskopi”, “deri yüzey mikroskopisi”, “dermatoskopi” isimleriyle de bilinen bu güncel tanı tekniğinin tarihçesi 17. yüzyıla dayanmaktadır.

Bu yöntem ilk olarak, 1663 yılında Johan *Kohlhaus*’un tırnak matriks damarlarını mikroskopla incelemesiyle başlamış, 1893’de *Unna*, “Diaskopi” terimini ortaya koyarak, immersiyon yağı ve lam kullanımını bu tekniğe uygulamıştır.<sup>1-5</sup>

“Dermatoskopi” terimi ise 1920 yılında Alman dermatolog Johann *Saphier* tarafından ortaya konmuştur. *Saphier* binoküler mikroskoba benzeyen ve içinde ışık kaynağı bulunan bir aleti kullanarak normal ve hastalıklı deri yüzey kapillerlerini incelemiştir.<sup>3,5</sup> 1950’lerde ise Leon *Goldman* bu tekniği melanositik nevus ve melanomları incelemede kullanmış,<sup>1,3</sup> ve 1958 yılında da ilk portabl monoküler dermatoskopi ortaya koymuştur.<sup>2,4,5</sup>

Seksenli yıllardan itibaren esas gelişmeler başlamıştır. *Fritsch ve Pechlaner*’in<sup>6</sup> pigment ağına göre benign ve malign lezyonlarının ayırımı yapan, *Pehamberger* ve arkadaşlarının<sup>7</sup> pigmente deri lezyonlarında “Patern Analizi” yöntemini ortaya koyan ve *Soyer* ve arkadaşlarının<sup>8</sup> dermoskopik kriterlerin histopatolojik karşıtlarını belirleyen yayınları en önemli gelişmelerdir.

Dermoskopide standart bir terminoloji ortaya koyabilmek amacıyla 1989 yılında Almanya, Hamburg’da ilk “*Konsensus Konferansı*” düzenlenmiş ve bu toplantının sonuçları 1990 yılında *Bahmer* ve arkadaşları tarafından<sup>9</sup> yayınlanmıştır. Bunun ardından 1991 yılında literatürdeki ilk dermoskopi atlası “*Auflichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren*” *Kreusch ve Rassner*<sup>10</sup> tarafından yayınlanmıştır. Sonraki yıllarda dermoskopik tanı metodlarının en önemlileri; 1994’de “*Stolz*’un ABCD Kuralı”,<sup>11</sup> 1996’da “*Menzies Metodu*”<sup>12</sup> ve 1998’de “*Argenziano-7* puan kontrol listesi”<sup>13</sup> sırayla ortaya konmuştur.

İkinci terminoloji konsensus toplantısı 2000 yılında internet ortamında “*Consensus Net Meeting on Dermoscopy (CNMD)*” adıyla gerçekleşmiştir.<sup>13</sup> Amaç dermoskopik yapıların tanımlamalarını yeniden düzenlenmesi ve pigmente deri lezyonlarının dermoskopik klasifikasyonu için geliştirilen “2-basamaklı işlemin” geçerliliğinin ispatlanmasıydı. Temmuz-Kasım 2000 arasında, içlerinde Türkiye’nin de bulunduğu (F. Özdemir), 13 ülkeden 40 katılımcı internet üzerinden 108 pigmente deri lezyonunu “Patern Analizi”, “ABCD kuralı”, “*Menzies Metodu*” ve “7-puan Kontrol Listesi” yöntemleriyle değerlendirmiştir. Sonuçlar Şubat 2001’de Roma’da yapılan Uluslararası Dermoskopi Kongre’sinde sunulmuş<sup>1</sup> ve “An Atlas Based on the Consensus Net Meeting on Dermoscopy 2000” isimli atlas ile ortaya konmuştur.<sup>14</sup> Nihayi değerlendirmeler ile bu çalışma 2003 yılında, 40 yazarlı bir makale olarak JAAD’da yayınlanmış<sup>15</sup> ve 2017 yılına kadar 544 adet atıf almıştır.

Dermoskopi’de dernekleşmenin tarihçesi de 2001 yılında “*İnternasyonal Dermoskopi Çalışma Grubu*”nun kurulmasıyla başlar. Grup CNMD’nin 40 katılımcısından oluşan Yönetim Kurulu üyeleriyle kurulmuştur. Daha sonra grup dernekleşerek 17 Kasım 2003 tarihinde Peter Soyer, Rainer Hofmann- Wellenhof ve Giuseppe Argenziano öncülüğünde dernekleşmiş ve “*İnternasyonal Dermoskopi Derneği (IDS)*” ismini almıştır. Kuruluş yılından itibaren Türkiye IDS Yönetim Kurulunda temsil edilmiş (F. Özdemir) ve sonrasında 2 meslektaşımızın da kabulüyle (M.T. Şahin ve I Karaarslan) halen IDS Yönetim Kurulunda 3 Türkiye temsilcimiz yer almaktadır. Günümüzde 11891 üyesi bulunan IDS’nin, 287 adet Türk üyesi mevcuttur.

Dermoskopik araştırmaları ve özellikle dermoskopik eğitimi geliştirme amacıyla kurulan IDS, 1. Dünya Dermoskopi Kongresini Nisan 2006 Napoli, İtalya’da, 2. Dünya Dermoskopi Kongresini Kasım 2009 Barselona, İspanya’da, 3. Dünya Dermoskopi Kongresini Mayıs 2012 Brisbane Avustralya’da ve 4. Dünya Dermoskopi Kongresini Nisan 2015’de Viyana, Avusturya’da gerçekleştirmiştir. Bu kongrelerde Türkiye Uluslararası Bilimsel Komitede (F. Özdemir) yer almıştır.

Ülkemizde dermoskopi alanında gelişmeyi sağlamak ve dermatologlar arasındaki bilimsel iletişimi güçlendirmek için öncelikle bir çalışma grubunun kurulması gerekmektedir. Bu amaçla Dr Fezal Özdemir’in Türk Dermatoloji Der-

neği (TDD)'ne müracaatı ve hazırlıkların tamamlanması sonucunda, TDD Yönetim Kurulunun izniyle, 17 Aralık 2009 tarihinde TDD çatısı altında "Dermoskopi Çalışma Grubu" kurulmuştur.

Grubumuzun hedefleri:

1. "Dermoskopi" tanı yönteminin ülkemiz çapında tanınmasını sağlamak ve kullanımını teşvik etmek,
2. Dermoskopi eğitimine destek sağlayacak aktiviteleri organize etmek,
3. Dermoskopi alanındaki araştırmaların ilerlemesi için kurumlar arası işbirliği sağlamak,
4. Dermoskopik terminolojide ülkemizde ortak bir dilin kullanımı için konsensus toplantılarını yürütmek,
5. Ülkemiz Deri ve Zührevi hastalıkları uzmanları arası işbirliği yanısıra uluslararası dermoskopi organizasyonlarıyla işbirliğini sağlamak,
6. Melanom ve diğer deri kanserlerinin erken tanısı ve önlenmesi, diğer pigmente ve nonpigmente tümörler, inflamatuvar dermatozlar ve diğer yeni dermoskopik endikasyonlar için güncel gelişmelerin duyurulmasını sağlamak idi.

Çalışma Grubumuz halen 130 üyesi bulunmakta ve her 2 yılda bir yapılan genel seçim ile Yürütme Kurulu yenilenmektedir. "<http://turkdermatoloji.org.tr/icerik/detay/139>" bağlantı sayfamızda tüm aktivitelerimiz mevcuttur. Bunlar içerisinde ülkemizin dermoskopik yayınları, hasta eğitim materyelleri, olgu paylaşımları, sürmekte olan çok merkezli araştırmalar yanısıra en önemli faaliyetimiz "Dermoskopik Terminoloji Sözlüğü" müzün ortaya konmasıdır. Bu sözlüğümüz ağ sayfamızda olduğu gibi "Dermoskopi Atlas"ımızın da hemen baş kısmında yer almaktadır. Terminoloji Sözlüğümüzün ülkemizde dermoskopi alanında ortak bir dilin kullanılmasına hizmet edeceğini ve bu konuyu yeni öğrenen meslektaşlarımız için güncel dermoskopik kriterlerin tanımlamalarıyla birlikte görsel olarak resmedilmesin bir rehber niteliğinde olacağını umuyoruz. Ülkemizde yapılan çeşitli bölgesel ve ulusal toplantılarda düzenlenen dermoskopi kurslarıyla genç meslektaşlarımızın eğitimine katkıda bulunmak en önemli çabalarımız arasındadır.

Günümüzde dermatologların "yeni steteskobu" olarak nitelendirilen bu teknik, öncelikle Avrupa ve sonrasında dünyanın pek çok ülkesinde kabul görmüştür. Ülkemiz de bu konuda öncüler arasında yer almaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Grin CM, Friedman KP, Grant-Kels JM. Dermoscopy: a review. *Dermatol Clin* 2002; 20(4): 641-6.
2. <http://www.dermoscopy.org/atlas/1step/history.htm>
3. Braun RP, Rabinovitz HS, Oliviero M, Kopf AW, Saurat JH. Dermoscopy of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52(1): 109-21.
4. Campos-do-Carmo G, Ramos-e-Silva M. Dermoscopy: basic concepts. *Int J Dermatol* 2008; 47(7): 712-9.
5. Lee JB, Hirokawa D. Dermoscopy: Facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010; 28(3): 303-10.
6. Fritsch P, Pechlaner R. The pigment network: a new tool for the diagnosis of pigmented lesions. *J Invest Dermatol* 1980; 74: 458-59.
7. Phamberger H, Steiner A, Wolff K. In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. I. Pattern analysis of pigmented skin lesions. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17(4): 571-583.
8. Soyer HP, Smolle J, Hodl S, Pachernegg H, Kerl H. Surface microscopy: a new approach to the diagnosis of cutaneous pigmented tumors. *Am J Dermatopathol* 1989; 11(1): 1-10.
9. Bahmer F, Fritsch P, Kreuzsch J et al. Terminology in surface microscopy. Consensus Meeting of the Committee on Analytic Morphology of the Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Forschung, Hamburg, Federal republic of Germany, Nov 17, 1989. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23(6): 1159-62.
10. Kreuzsch J, Rassner G. Auflichtmikroskopie pigmentierter Hauttumoren – Ein Bildatlas. Stuttgart: Gerg Thieme Verlag, 1991.
11. Stolz W, Riemann A, Cognetta AB et al. ABCD-rule of dermatoscopy: a new practical method for early recognition of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 1994; 7: 521-27.
12. Menzies SW, Ingvar C, Crotty KA et al. Frequency and morphologic characteristics of invasive melanomas lacking specific surface microscopic features. *Arch Dermatol* 1996; 132(10): 1178-82.
13. Argenziano G, Fabbrocini G, Carli P et al. Epiluminescence microscopy for the diagnosis of doubtful melanocytic skin lesions. Comparison of the ABCD rule of dermatoscopy and a new 7-point checklist based on pattern analysis. *Arch Dermatol* 1998; 134(12): 1563-70.
14. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al. Dermoscopy of Pigmented Skin lesions: An Atlas Based on the Consensus Net Meeting on Dermoscopy 2000. Milan, Italy: Edra Medical Publishing and New Media; 2001.
15. Argenziano G, Soyer HP, Chimenti S et al. Dermoscopy of pigmented skin lesions: results of a consensus meeting via the internet. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48(5): 679-93.

# Dermoskopik Terminoloji

Dermoskopinin alfabesi sayılan dermoskopik kriterlerin Türkçe karşılıkları, tanımlamaları ve resimlerle görselleştirilmesi sonucu ortaya konan “Dermoskopik Terminoloji Sözlüğümüz”, Dermoskopi Çalışma Grubumuz tarafından yıllar içerisinde, yeni terimleri de kapsayacak şekilde hazırlanarak “Terminoloji Sözlüğü 1, 2 ve 3. isimleriyle sırasıyla Türk Dermatoloji Derneği ağ sayfamızda yayınlanmıştır.

Dermoskopik kriterlerin rehber olması nedeniyle atlasımızın başında yer alması uygun görülmüştür. Terminoloji sözlüğü 1, 2 ve 3, gelişim süreci dikkate alınarak özellikle birleştirilmemiştir. Her birinin hazırlanış aşaması aktarıldıktan sonra, terimler alfabetik sıra ile yer alacaktır.

## DERMOSKOPIK TERMINOLOJİ SÖZLÜĞÜ 1: HAZIRLIK

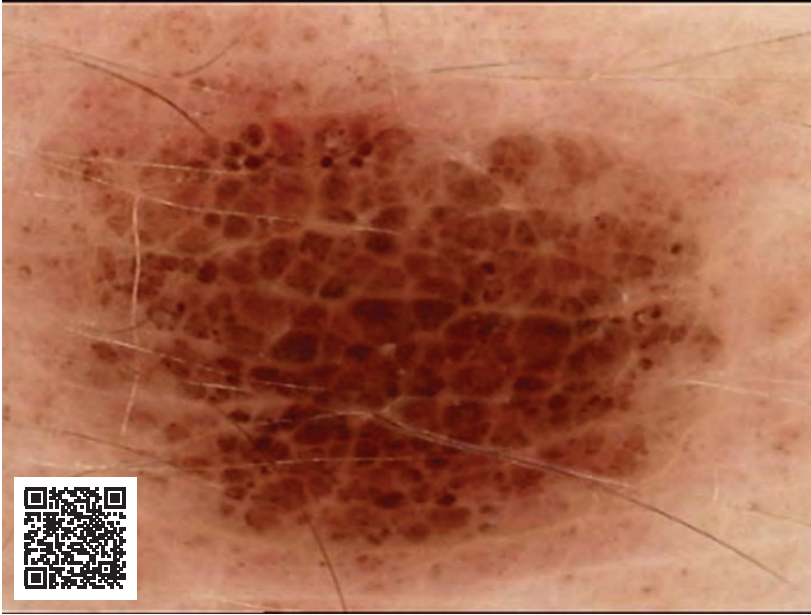
1. Onsekiz Kasım 2011 tarihinde XX. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Sempozyumu sırasında yapılan Türk Dermatoloji Derneği Dermoskopi Çalışma Grubu toplantısında alınan karar gereği, “Dermoskopik terminoloji uzlaşısı toplantısı” 24 Şubat 2012 tarihinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı’nda gerçekleştirildi. Uzlaşısı toplantısına daha önceden Dermoskopi çalışma grubu tarafınca belirlenmiş 11 çalışma grubu üyesi (Fezal Özdemir, Işıl Kılınç Karaarslan, Sedef Şahin, Mustafa Turhan Şahin, Oya Oğuz, Murat Orhan Öztaş, Ercan Arca, Tülin Mansur, Ayşe Anıl Karabulut, Nida Kaçar, Bengü Gerçeker Türk) katıldı.
2. Uzlaşısı toplantısı öncesinde Dermoskopi Çalışma Grubu başkan ve sekreteri tarafından terminoloji listesi, terimlerin kökenleri ve tanımlamaları ile ilişkili ön hazırlıklar yapıldı. Toplantı sırasında her bir terim için karşılığın ne olması gerektiği tartışıldı. Toplantı sonrası terminoloji listesi belirlendi.
3. Terimler listesi Latince kökenli kelimelerin denetimi için Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Eskiçağ Dilleri ve Kültürleri Bölümü kurucusu Prof Dr Hasan Malay’a danışıldı ve yeniden düzenlendi.
4. Liste son haliyle Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Yeni Türk Dili Anabilim Dalı başkanı Prof Dr Mustafa Öner’e danışıldı.
5. Sonuçlar çalışmaya katılan 11 üye ile tekrar paylaşıldıktan sonra terminoloji listesinin son hali belirlendi.
6. Sonrasında Dermoskopi Çalışma Grubu başkanı Prof. Dr. Fezal Özdemir ve sekreteri Doç. Dr. Işıl Kılınç Karaarslan tarafından sözlük oluşturulması için terminoloji listesindeki 74 adet terimin dermoskopik tanımlamaları, histopatolojik karşılıkları düzenlenerek metin haline getirildi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Dermato-onkoloji Ünitesi Dermoskopi arşivi taranarak her terim için en az 1 tane olmak üzere toplam 143 adet dermoskopik görüntü eklendi. Bazı görüntülerin belirleyici noktaları özel şekillerle işaretlendi. Terimler, tanımlamaları, histopatolojik karşılıkları ve dermoskopik görüntüleri “word” dökümanında bir tablo içine aktarıldı.

## Dermoskopik Terminoloji Sözlüğü 1

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Dermato-Onkoloji Ünitesi arşivinden;  
Prof. Dr. Fezal Özdemir ve Prof. Dr. Işıl Kılıncı Karaarslan katkılarıyla hazırlanmıştır

### Dermoskopik Örnek Resim

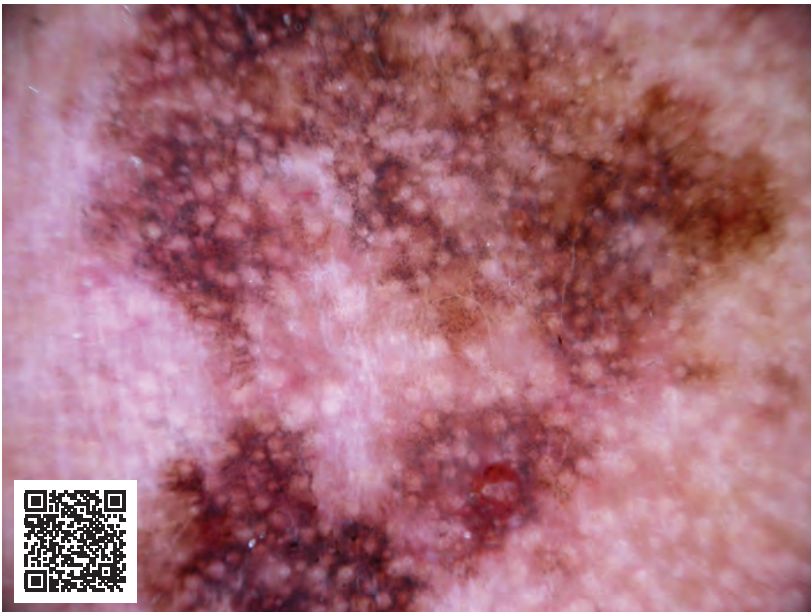
### İngilizce Terim Türkçe Karşılığı ve Açıklaması



#### Aggregated globules "Agregre globüller"

**Tanımlama:** Renkleri mavi-gri olmayan, kümelenmiş globül yapılarıdır.

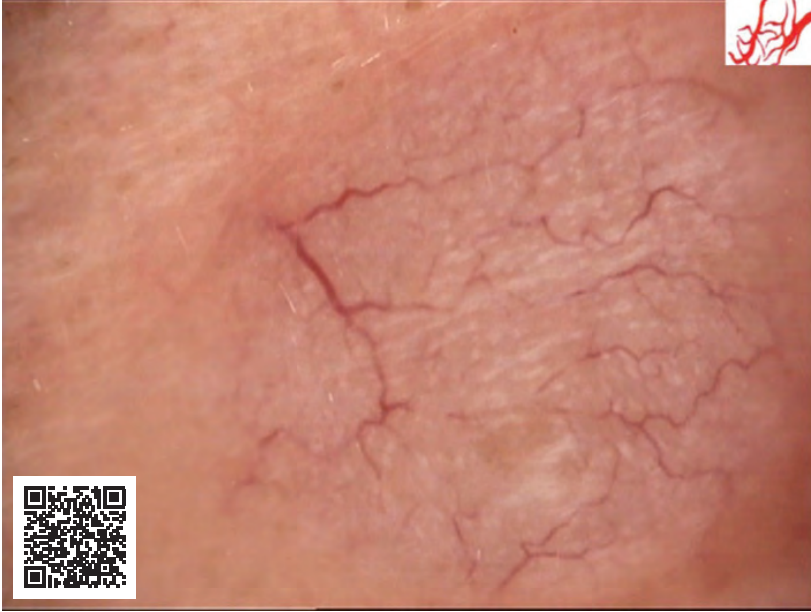
**Histopatoloji:** Bak "globül".



#### Annular-granular structures "Anüler-granüler yapılar"

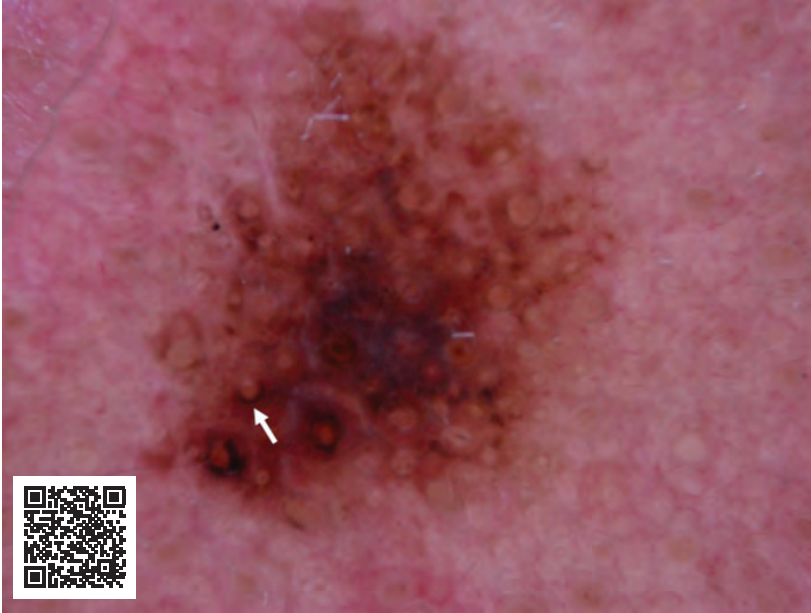
**Tanımlama:** Anüler, granüler görünüm oluşturacak şekilde folliküler ostiumları çevreleyen multipl mavi-gri nokta yapılarıdır.

**Histopatoloji:** Kıl foliküllerinde melanin varlığını ifade eder.



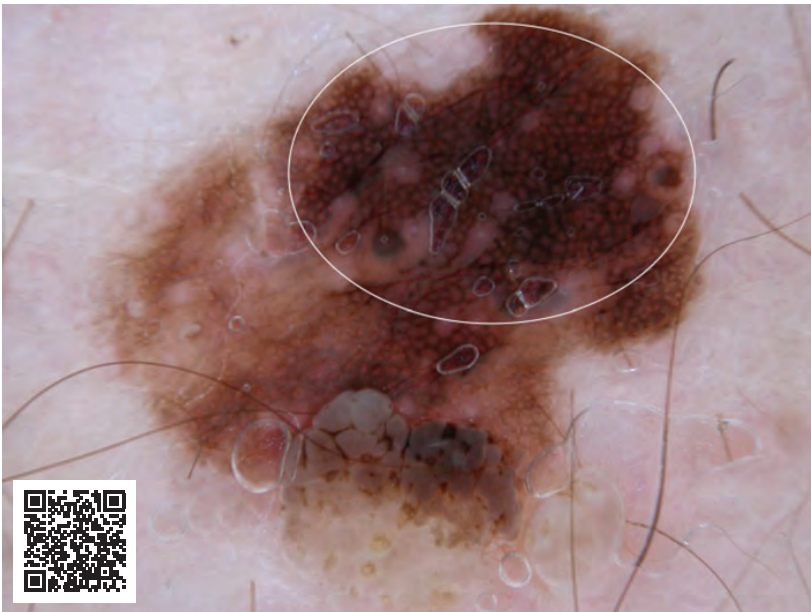
### Arborizing vessels "Dallanan damarlar"

Tümör yüzeyine yakın seyrettiği için net olarak görülebilen, ağaç dallarına benzer şekilde dallanma gösteren (kalından inceye doğru uzanan), çapları  $\geq 0.2$  mm, telenjektatik damarlardır.



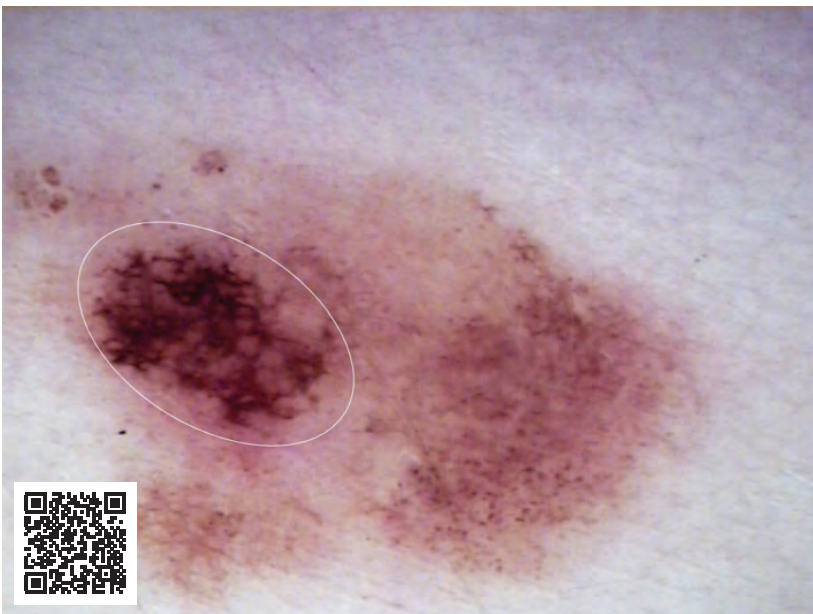
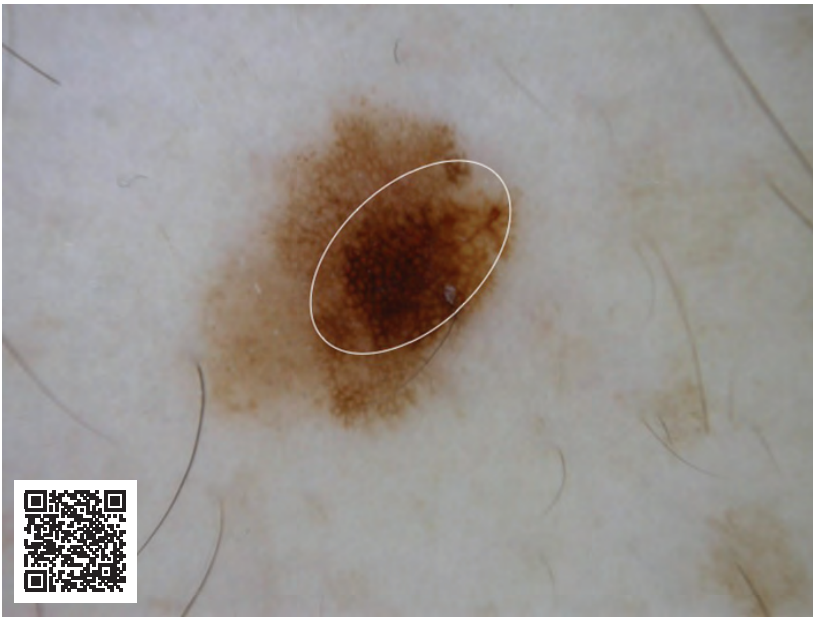
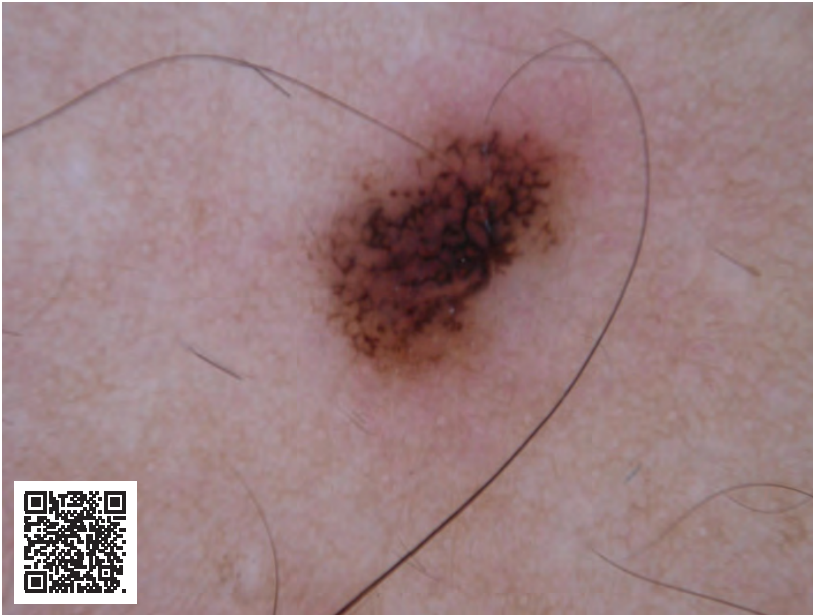
### Asymmetric pigmented follicles "Asimetrik pigmente foliküller"

**Tanımlama:** Foliküler açıklımlar çevresinde eksantrik anüler pigmentasyon varlığıdır.  
**Histopatoloji:** Atipik hücrelerin her bir kıl folikülünde düzensiz dağılımını ifade eder.



### Atypical Pigment Network "Atipik pigment ağı"

**Tanımlama:** Kahve, siyah, gri, ağ gözleri farklı büyüklükte, ağ atıkları kalın, düzensiz dağılımlı ağ yapısıdır.  
**Histopatoloji:** Dermoepidermal bileşke boyunca, tekil ya da yuvalar halinde yerleşmiş atipik melanositlerle birlikte olan, kalınlaşmış ve genişlemiş rete uzantılarının karşıtıdır.





# Dermoskopik Algoritmalar

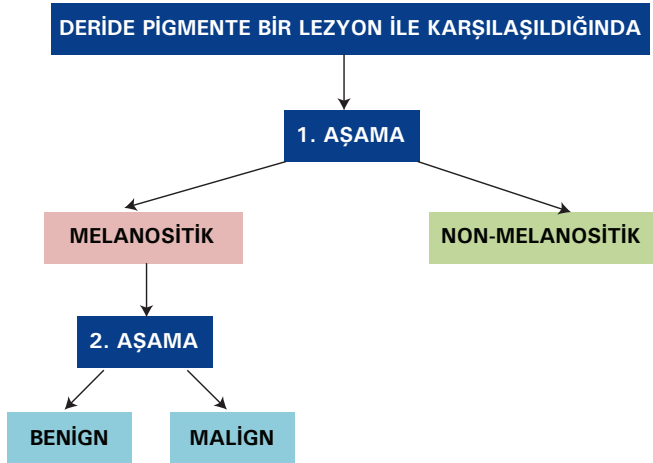
Şirin Pekcan Yaşar

Algoritmalar matematiksel bir yaklaşım içinde doğru sonuca ulaşmaya yardımcı olan şematik akışlardır. Dermoskopik algoritmalar da dermoskopik bilgiler ışığında bize doğru yönlendirmeler sağlamaktadır.

2001 yılında yapılan “Dermoskopide Konsensus Toplantısı” sonucunda belirlenen algoritmalarda 1. aşamada lezyonun melanositik veya non-melanositik olduğuna karar verilir. Sonrasında lezyon melanositik ise benign, şüpheli veya malign olduğu değişik algoritmalar ile değerlendirilir.<sup>1</sup>

Pigmente deri lezyonları değerlendirilir iken ilk olarak Kreusch ve Rassner tarafından ortaya atılan ve daha sonra Argenziano ve arkadaşları tarafından modifiye edilen iki aşamalı algoritma ayırıcı tanı için kullanılır (Tablo 3-1).<sup>1</sup>

Tüm pigmente lezyonlar → Melanositik/Non-melanositik (I. Aşama) (Tablo 3-1).<sup>1,2</sup>



## BİRİNCİ AŞAMA:

1. adım	Ağ-psödoag Kümelenmiş globüller Dallanmış ışınsal yapı Homojen mavi pigmentasyon Paralel patern (palmar, plantar ve mukozal alanlar)	→	Melanositik lezyon
2. adım	Multipl milyum benzeri kistler Psödofoliküler açıklıklar Parmak izi benzeri yapılar Beyin benzeri yapılar	→	Seboreik keratoz
3. adım	Dallanmış damarlar Yaprak benzeri alanlar Büyük mavi-gri ovoid yuvalar Multipl mavi, gri globüller Tekerlek benzeri alan Ülserasyon	→	Bazal hücreli karsinom
4. adım	Kırmızı-mavi lakünler Kırmızı-mavi-siyah homojen alanlar	→	Hemanjiom Anjiyokeratom Subungual hemoraji
5. adım	Bu yapıların hiçbiri	→	Melanositik lezyon

**TABLO 3-1** Melanositik Lezyonları Non-Melanositik Lezyonlardan Ayırmada Tanısal Algoritma

### Melanositik Lezyonlar için Kriterler

Pigment ağı – psödopigment ağı\*  
Kümelenmiş globüller  
Dallanmış ışınsal yapı  
Homojen mavi pigmentasyon\*\*  
Paralel patern (Avcu içi/ayak tabanı ve mukozal yüzeylerde görülür).

### Seboreik Keratoz için Kriterler

Multipl milyum benzeri kistler  
Komedon benzeri açıklıklar  
Açık kahve parmak izi-benzeri görünüm  
Beyin benzeri görünüm

### Bazal Hücreli Karsinom için Kriterler

Pigment ağı olmamalı ve aşağıdakilerden en az biri bulunmalı:  
Dallanmış damarlar  
Yaprak benzeri alanlar  
Büyük mavi-gri ovoid yuvalar  
Multipl mavi-gri globüller  
Tekerlek benzeri alanlar  
Ülserasyon\*\*\*

### Vasküler Lezyonlar için Kriterler

Kırmızı-mavi lakünler  
Kırmızı-mavi-siyah homojen alanlar

### Bu Kriterlerin Hiçbiri Bulunmuyorsa

Melanositik lezyon

\*Pigment ağı veya pseudopigment ağ yapısı solar lentigo ve seboreik keratozda da bulunabilir.

Zarif, anuler pigment ağı dermatofibromda da izlenir (Dermatofibromda ipucu: Merkezi beyaz yamanın varlığıdır).

\*\* Homojen mavi pigmentasyon mavi nevusun dermoskopik ipucudur, nadiren bazı hemanjiomlarda ve bazal hücreli karsinomda, sıklıkla da melanomun intradermal metastazında izlenir.

\*\*\*Ülserasyon daha az oranda invaziv melanomda da görülebilir.

Birinci aşama sonrası, 2. aşamada melanositik olduğuna karar verdiğimiz bu lezyonun benign-şüpheli-malign kriterlerden hangisine sahip olduğuna karar vermek gerekmektedir.

Melanositik lezyon → Benign/Şüpheli/Malign (**II. Aşama**): Bu aşamada değişik algoritmalar uygulanmaktadır.

**Bunlar:**

## İKİNCİ AŞAMA:

- A. Patern analizi (Pehamberger, 1987)
- B. ABCD kuralı (Stolz ve Nachbar, 1994)
- C. Menzies'in skorlama yöntemi
- D. 7 özellik kontrol listesi (Argenziano, 1998)
- E. 3 özellik kontrol listesi (Soyer)

## BENİGN/ŞÜPHELİ/ MALİGN ?



Bu yöntemlerin herhangi birine göre lezyon değerlendirilir.

## PATERN ANALİZİ

Diğer temel tanı metodlarına baz oluşturmuş ilk yöntemdir. Lezyonlar global ve lokal özelliklerine göre değerlendirilir. Lezyonlar melanositik/non-melanositik olarak ayrıldıktan sonra, lezyona ilk bakışta hakim olan dermoskopik paterni ifade eden “global patern” retiküler, globuler, kaldırım taşı, homojen, patlayan yıldız, paralel, multikomponent veya non-spesifik patern şeklinde belirtilir. Lezyonun dahil olduğu global patern, lezyonun niteliği hakkında bir ön fikir verir.

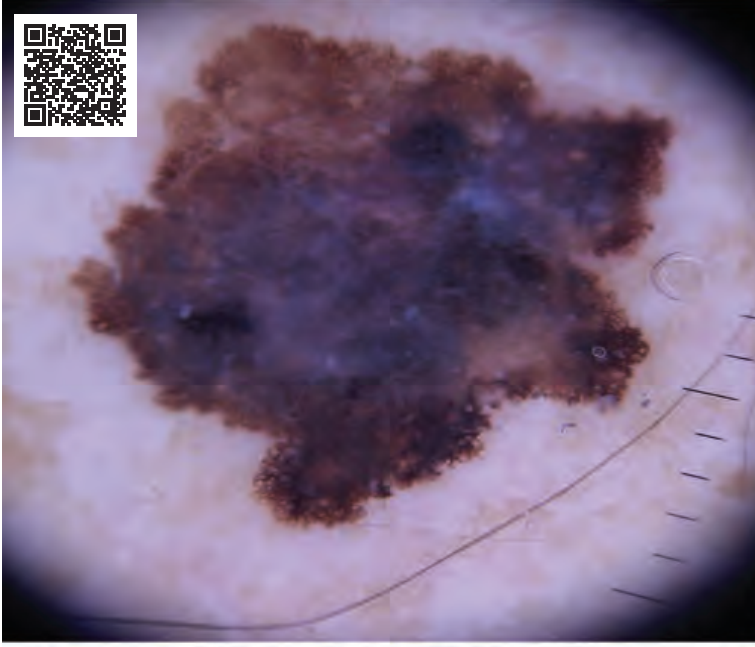
Detaylandırılırsa:

1. **Retiküler Patern.** Edinsel melanositik nevusler, lentigo, ince melanom, dermatofibrom
2. **Globuler Patern.** Konjenital ve edinsel melanositik nevuslar
3. **Kaldırım Taşı Paterni.** Nevositik nevuslar (kompound, intradermal tip)
4. **Homojen Patern.** İntradermal, displastik ve blue nevus, nodular ve metastazik melanom, subkorneal hemoraji
5. **Patlayan Yıldız Paterni.** Spitz nevus, Reed nevus, Spitzoid melanom
6. **Paralel Patern.** Oluk tipi akral nevuslar, sırt tipi akral melanom
7. **Multikomponent Patern.** Sıklıkla melanom, nadiren edinsel ve konjenital nevuslar, BCC, anjiokeratom, seboreik keratoz
8. **Nonspesifik Patern.** En sıklıkla melanom ile ilişkilidir ancak malign/benign pigmente lezyonlarda görülebilir.

Bundan sonra lokal olarak pigment ağı, nokta/globüller, ışınal yapı, mavi-beyazımsı peçe yapısı, regresyon yapıları, hipopigmentasyon, leke (blotch) ve vasküler yapılar değerlendirilerek ayırıcı tanıya ulaşılır<sup>3-4</sup> (Tablo 3-2).

**TABLO 3-2** Dermatoskopik Kriterler ve Bunlara Karşılık Gelen Histopatolojik Özellikler (Patern Analizi Yaklaşımı)

Kriter	Morfolojik Tanım	Histopatolojik Karşıtı	Tanı
Pigment ağı	Açık kahverengi diffüz bir pigmentasyon zemini üzerinde kahverengi ağ şeklinde çizgiler	Ağ çizgileri (atkıları): Pigmente “rete sırt”ları Ağ gözleri: Dermal papillalar	Melanositik lezyon
Tipik ağ yapısı	Kahverengi, ağ gözleri küçük ve aynı büyüklükte, ağ atıkları ince, düzenli dağılmış ve periferde inceliyor	Düzenli ve uzamış “rete sırt”ları	Benign melanositik lezyon
Atipik ağ yapısı	Siyah-kahverengi veya gri ağ gözleri irili-ufaklı ve ağ atıkları kalın, düzensiz dağılımlı	Düzensiz ve kalınlaşmış “rete sırt”ları	Melanom
Nokta ve globüller	Siyah, kahverengi, ve/veya gri yuvarlak-oval, değişik büyüklüklerde, lezyonun içinde dağılmış yapılar	Stratum korneum, epidermis, dermo-epidermal bileşke veya papiller dermiste pigment veya melanosit kümelenmeleri	Düzenli: Benign melanositik lezyon Düzensiz: Melanom
İşınal yapılar (“ışınal uzantı ve psödopod” kavramlarını kapsar)	Lezyon kenarındaki lineer veya parmağimsi uzantılar olup ağ yapısından veya ana kitleden çıkarlar	Junctional pigmente melanosit yuvaları	Düzenli: Benign melanositik lezyon (Clark, Spitz nevus) Düzensiz; Melanom



**W. Stolz: ABCD kuralı**

A: Asimetri: 2 aks (0-2) x 1.3  
Ör: 2 x 1.3 = 2.6

B: Border (Kenar):  
Ani sonlanma (0-8) x 0.1  
Ör: 8 x 0.1 = 0.8

C: Color (Renk): 6 renk varlığı: beyaz, kırmızı, mavigr, koyu kahverengi, açık kahverengi, siyah (1-6) x 0.5  
Ör: 4 renk x 0.5 = 2

D: Farklı yapılar: Pigment ağ yapısı, noktalar, globüller, ışımsal yapı, homojen yapısız alanlar (0-5)  
Ör: Pigment ağ, ışımsal yapı, homojen alan = 3 x 0.5 = 1.5

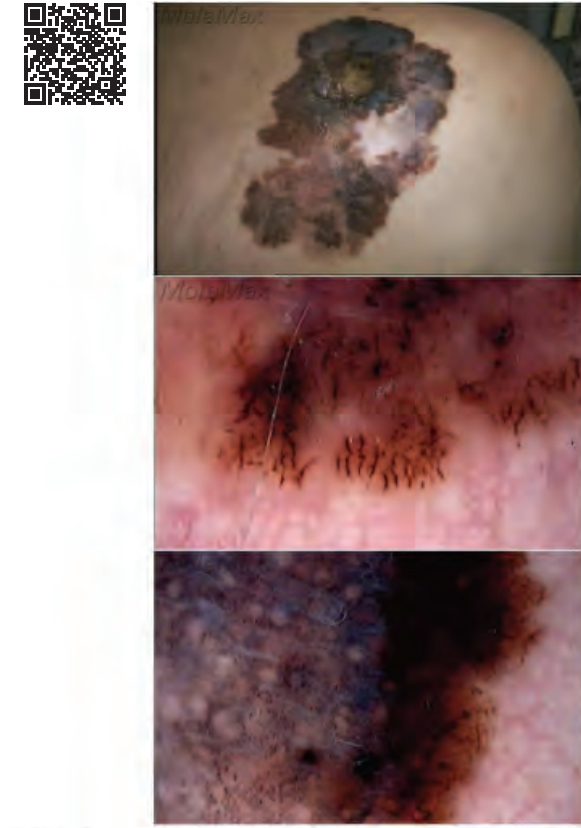
**TDS: Ax1.3 + Bx0.1 + Cx0.5 + Dx0.5**

**TDS= 2.6 + 0.8 + 2 + 1.5 = 6.9**

**=MELANOM**

Benign < 4.75    Şüpheli 4.8 - 5.45    Malign ≥ 5.45

**RESİM 3-2** ► Melanom (\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Arşivi).



**W. Stolz: ABCD kuralı**

A: Asimetri: 2 aks (0-2) x 1.3  
Ör: 2 x 1.3 = 2.6

B: Border (Kenar):  
Ani sonlanma (0-8) x 0.1  
Ör: 8 x 0.1 = 0.8

C: Color (Renk): 6 renk varlığı: beyaz, kırmızı, mavigr, koyu kahverengi, açık kahverengi, siyah (1-6) x 0.5  
Ör: 5 renk x 0.5 = 2.5

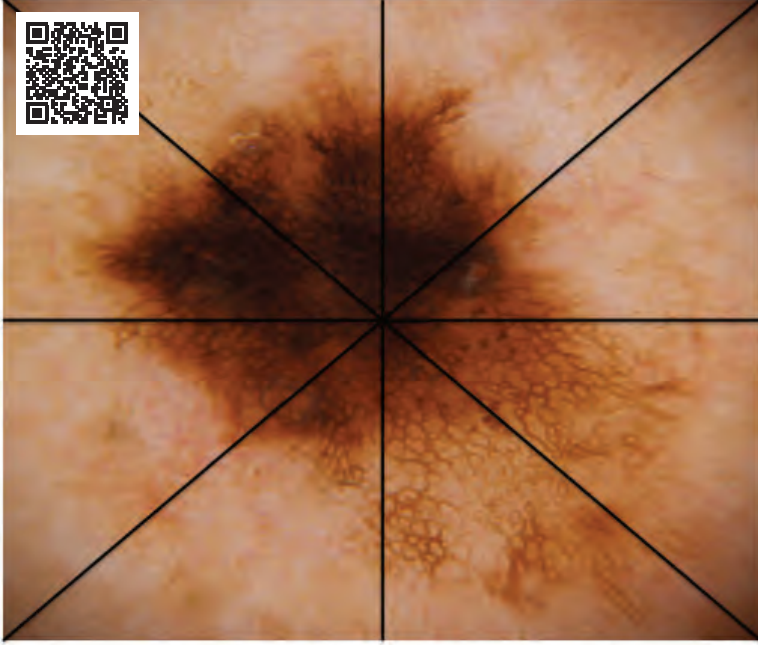
D: Farklı yapılar: Pigment ağ, noktalar, globüller, ışımsal yapı, yapısız alanlar (0-5)  
Ör: Hepsi var = 5 x 0.5 = 2.5

**TDS=2.6 + 0.8 + 2.5 + 2.5 =8.4**

**=MELANOM**

Benign < 4.75    Şüpheli 4.8 - 5.45    Malign ≥ 5.45

**RESİM 3-3** ► Melanom (\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Arşivi).



**W. Stolz: ABCD kuralı**  
 A: Asimetri: 2 aks (0-2) x 1.3  
 Ör: 2 x 1.3 = 2.6

B: Border (Kenar):  
 Ani sonlanma (0-8) x 0.1  
 Ör: 0

C: Color (Renk): 6 renk varlığı: beyaz, kırmızı, mavigr, koyu kahverengi, açık kahverengi, siyah (1-6) x 0.5  
 Ör: 2 renk x 0.5 = 1

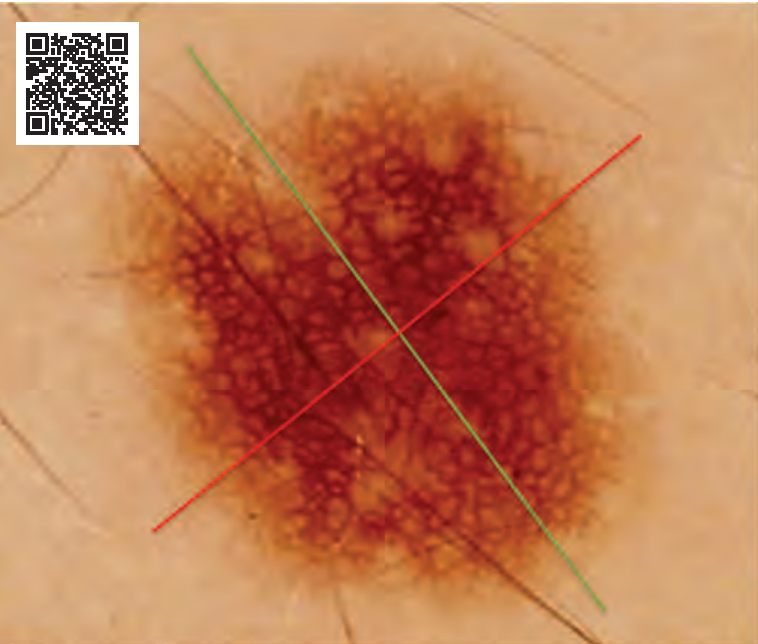
D: Farklı yapılar: Pigment ağ yapısı, noktalar, globüller, ışımsal yapı, yapısız alanlar (0-5)  
 Ör: Pigment ağı, globüller, ışımsal yapı = 3 x 0.5 = 1.5

**TDS: Ax1.3 + Bx0.1 + Cx0.5 + Dx0.5**

**Benign < 4.75    Şüpheli 4.8 - 5.45    Malign ≥ 5.45**

**TDS= 2.6 + 0 + 1 + 1.5 = 5.1**  
 = **Displastik nevus**

**RESİM 3-4** ▶ Displastik Nevus (\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Arşivi).



**W. Stolz: ABCD kuralı**  
 A: Asimetri: 2 aks (0-2) x 1.3  
 Yeşil eksen simetrik,  
 Kırmızı eksen asimmetrik  
 Ör: 1 x 1.3 = 1.3

B: Border (Kenar):  
 Ani sonlanma (0-8) x 0.1  
 Ör: 0

C: Color (Renk): 6 renk varlığı: beyaz, kırmızı, mavigr, koyu kahverengi, açık kahverengi, siyah (1-6) x 0.5  
 Ör: 2 renk x 0.5= 1

D: Farklı yapılar: Pigment ağ, noktalar, globüller, ışımsal yapı, homojen alanlar (0-5)  
 Ör: Pigment ağ yapısı = 1 x 0.5= 0.5

**TDS: Ax1.3 + Bx0.1 + Cx0.5 + Dx0.5**

**Benign < 4.75    Şüpheli 4.8 - 5.45    Malign ≥ 5.45**

**TDS= 1.3 + 0 + 1 + 0.5 = 2.8**  
 = **Common nevus**

**RESİM 3-5** ▶ Common Nevus (\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği Arşivi).

# Melanositik Nevüsler

Işıl Karaarslan

Melanositik nevüsler, melanositlerden köken alan benign tümörlerdir. Bu bölümde yüz, saçlı deri, akral bölge ve mu-koza dışında yer alan melanositik nevüslerde dermoskopik özellikler tanımlanacaktır.

## GENEL DERMOSKOPİK YAKLAŞIM

Bilindiği üzere, herhangi bir lezyon dermoskopla incelenirken ilk yapılması gereken, algoritmalar göz önünde bulundurulurken, lezyonun melanositik olup olmadığına ve melanositik ise melanom olup olmadığına karar verilmesidir. Temel algoritmalarla tanı alması güç olan çok erken melanomların olabileceği unutulmamalıdır ve bu lezyonların tanınabilmesi için ipucu olabilecek dermoskopik özellikler iyi bilinmelidir (bu özellikler melanom bölümünde anlatılmıştır).

Dermoskopik değerlendirme sonucunda lezyonun melanositik olduğuna ve melanom olmadığına karar verildiyse, bu durumda o lezyon bir “melanositik nevüs” olmalıdır.

“Melanositik nevüsler”, temel olarak edinsel melanositik nevüsler (banal nevüsler ve atipik nevüsler), konjenital nevüsler, Spitz nevüsler ve blue nevüsler alt başlıklarına ayrılabilir. Bunların dışında spesifik özelliğe sahip nevüsler başlığı altında halo nevüsler, rekürrent nevüsler, kombine nevüsler, Meyerson nevüs, hemosiderotik targetoid nevüs, sklerozan nevüsler ve balon hücreli nevüsler toplanmaktadır.<sup>1</sup>

Melanositik nevüslerde görülebilen dermoskopik yapılar,<sup>2-12</sup> global paternler ve pigmentasyon dağılımları **Tablo 4-1**'den **4-3**'e kadar'da görülmektedir.

## EDİNSEL MELANOSİTİK NEVÜSLER

### KLİNİK

Edinsel melanositik nevüsler, histopatolojik olarak junctional, compound veya intradermal tipte olabilmektedir. Klinik olarak genellikle açık-koyu kahverengi renkte, yuvarlak veya oval şekilli olan bu lezyonlar, junctional tipte makül, compound tipte ise papül/plak morfolojisindedirler. İntradermal tipteki nevüsler ise deri renginde veya kahverengi renkte, kubbe şeklinde nodüler lezyonlardır. Bazen papillomatöz veya pedinküle de olabilirler.

Edinsel nevüslerin klinik olarak simetrik şekilli, kenarları düzenli, kahverengi renk tonlarını içeren ve çapları 0.5 cm ve daha küçük olanları genellikle “banal nevüsler” olarak adlandırılmaktadır. Öte yandan klinik olarak asimetrik, sınırları düzensiz, birden fazla renk içerebilen ve çapı 0.5 cm'den

**TABLO 4-1**

### Melanositik Nevüslerde Dermoskopik Yapılar

#### Pigment Ağı

- Kahverengi çizgilerin ağ atkılarını, ortalarındaki boşluğun da ağ gözlerini oluşturduğu ağ görünümündeki dermoskopik yapıdır. Ağ atkıları ince ve açık-koyu kahverengi, ağ gözleri uniform ve küçük ise ve ağ lezyonda düzenli dağılımdaysa “tipik ağ yapısı” olarak adlandırılmaktadır. Ağ atkıları ve gözleri ince ise “zarif ağ yapısı”, kalın ise “kaba ağ yapısı” olarak adlandırılır.
- Ağ atkıları kalın, kahve-gri-siyah renkte, ağ gözleri düzensiz büyüklüklerde ve ağ yapısının lezyonda dağılımı düzensiz ve asimetrikse “atipik ağ yapısı” olarak adlandırılır. Atipik ağ yapısı belirgin displazi görülen atipik nevüslerde ve melanomda görülebilmektedir.
- Dermoskopi deneyimi az olan meslektaşlarımız kaba ağ yapısını, atipik ağ olarak algılayabilmektedir. Kaba ağ yapısı, ağ atkı renginin kahverengi olması, atkı ve ağ gözü genişliklerinin ağın genelinde benzer olması ve ağ yapısının lezyonda düzenli dağılımlı olması ile atipik ağdan ayrılır.

#### Nokta ve Globüller

- Çok sayıda, çeşitli büyüklüklerde, az-çok kümeler oluşturan, kahve-gri-siyah renkte olabilen yuvarlak-oval yapılarıdır. Düzenli veya düzensiz dağılımda olabilirler.
- Halo veya ağ atkısı ile çevrelenmiş globüller “hedef globüller” olarak adlandırılır ve konjenital nevüslerde görülmektedir.

#### Homojen Pigmentasyon

- Diffüz dağılımlı pigmentasyon varlığıdır.

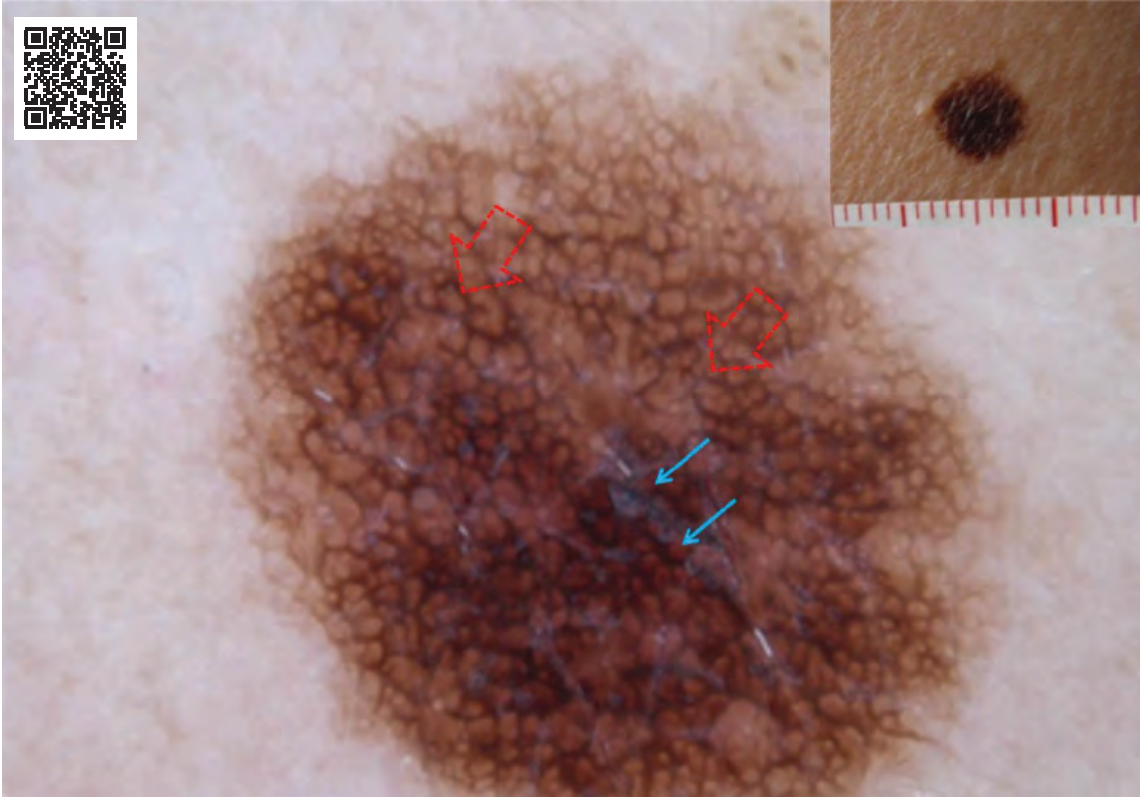
#### Işınsal Yapılar

- Lezyon periferinde görülen lineer veya parmaklı projeksiyonlardır. Psödopod tanımını da kapsarlar.

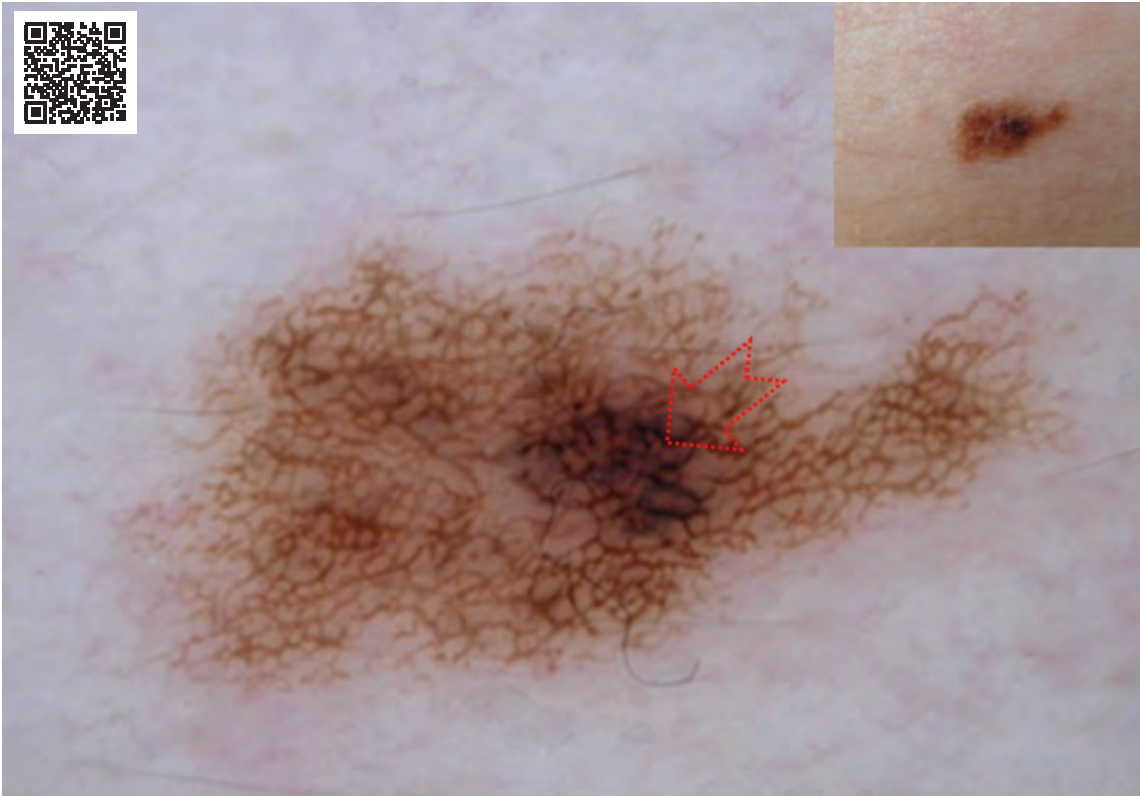
#### Leke Yapısı

- Koyu renkte (kahve-siyah) yapısız alan şeklindeki yapıdır.
- Nevüslerde genellikle düzenli ve merkezi dağılımlıdır. Ekzantrik ve düzensiz şekilli leke melanom açısından şüphe taşır.

(Devam Ediyor)



**RESİM 4-3** ► Otuz dokuz yaşında kadın hasta. Gövde yerleşimli lezyon. Ne kadar süredir var olduğu veya değişim öyküsü olup olmadığı bilinmiyor. Klinik olarak açık-koyu kahverengi pigmentasyonu olan maküler lezyonun dikkat çeken özelliği çapının geniş olması (7mm). Lezyonun dermoskopik bakışında kaba ağ yapısından oluşan retiküler patern izleniyor. Merkezde çok fokal bir alanda koyu kahve-siyah renkte ağ atıkları (mavi oklar) olsa da, bu alanda atkı göz ve genişlikleri lezyon genelindeki ile benzer özellikte. Bu siyah renk tonu flasterle yeterince kaldırılamamış black lamellaya bağlı olabilir. Yer yer kırık ağ yapısı (kırmızı oklar) dikkat çekmekte. Lezyon diğer nevüslerinden farklı klinik ve dermoskopik özellikte (çirkin ördek yavrusu) olduğu için eksize edilmiş. Histopatolojik tanısı junktional nevüs.



**RESİM 4-4** ► Yirmi beş yaşında kadın hasta. Gövde yerleşimli edinsel lezyon. Değişim öyküsü yok. Klinik olarak asimetrik, gri-siyah ve kahverengi renk alacası olan maküler lezyon. Dermoskopide ağ çaplarının farklılığı ve fokal bir alanda ağ atıklarının da kabalaşması (kırmızı ok) nedeniyle atipik ağın görüldüğü retiküler patern izleniyor. Çok sayıda atipik nevüs ile uyumlu edinsel nevüsleri olan hastada örnekleme amacı ile eksizyon yapılmış. Histopatolojik tanı displastik nevüs.

# Gövde ve Ekstremitte Melanomu

Fezal Özdemir

## GİRİŞ

Melanom genetik yatkınlığı olan bireylerde, UV etkisiyle birlikte, genomik instabilite ve mutasyon sonucu onkogenik yolların uyarılmasıyla oluşan derinin en malign tümörüdür.

Gövde ve ekstremitte yerleşiminde görülen melanomlar, çoğunlukla yüz lokalizasyonlu lentigo malign melanom (LMM), akrall yerleşimli akrall lentiginöz melanom (ALM), mukozal ve tırnak ünitesi melanomu gibi anatomik özelliklerini yansıtan melanomlar hariç tutulduğunda, görülebilen tüm melanom varyantlarını kapsar. Bunlar içerisinde en sık görülen yüzeysel yayılan melanom (YYM) ve nodular melanom (NM)'dir. Amelanotik / hipomelanotik melanomlar da bu lokalizasyonda görülebirlirler.

Melanomun dermoskopik karakteristikleri anatomik yerleşim yeri, histopatolojik subtipi, ve tümör kalınlığına göre geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. Bu nedenle öncelikle histopatolojik subtiplerine göre özellik arz eden nodüler melanom ve amelanotik/ hipomelanotik melanomlar ele alınmış, anatomik yerleşimlerine göre özel dermoskopik bulguları olan LMM, ALM ve mukozal tipler ilgili konu başlıklarında bahsedilmiştir. YYM ise melanom spesifik kriterlerle birlikte ve tümör kalınlığı dikkate alınarak irdelenmiştir.

Melanomun bu özel subtiplerinin dermoskopik özelliklerine geçmeden önce, pigmente ya da nonpigmente bir lezyonla karşılaşıldığında dermoskopik tanı için gerekli genel yaklaşım prensiplerini uygulamamız gerektiğini bir kez daha hatırlatmak isterim. Bu atlasta, özellikle dermoskopi konusuna yabancı olan ya da yeni başlayanlar için, ilk sırada "dermoskopik terminoloji" ve "algoritmalar" yer verilmiştir. Ardından gelen konular, bu terimleri bilerek ve algoritmalarla birlikte genel yaklaşım prensiplerini kavrayarak takip edebileceğimiz şekilde sıralanmışlardır.

Melanom konusunda algoritmik yaklaşımda (bkz. "Dermoskopik algoritmalar"), birinci aşamada lezyonun melanositik olduğuna karar verdikten sonra, ikinci aşamada bu lezyonun benign bir nevus mu, kuşkulu ya da malign bir lezyon mu yani melanom olup olmadığına karar verilir. İşte bu aşamada kullanılan çok çeşitli algoritmalar arasında, diğer temel tanı metodlarına baz oluşturmuş ilk yöntem "Patern Analizi"dir. Melanomun aşağıda detaylandırılan dermoskopik bulguları bu yöntem ile irdelenmiştir.

Bu konuyu okumadan önce, atlasımızda bir önceki konuda yer alan, benign melanositik nevusların dermoskopik özelliklerinin incelenmesi, melanomun farklılıklarını kavra-

mada kolaylık sağlaması açısından, bilhassa dermoskopiye yeni başlayanlar için, tavsiye edilir.

## NODULAR MELANOM

### TANIMLAMA

Melanomların ortalama %9-15'ini oluşturan, invaziv dermal tümör sınırları ötesinde intraepidermal tümör hücreleri barındırmayan, vertikal invaziv, *de novo* bir melanomdur.<sup>1</sup> Breslow kalınlığı 2 mm'den fazla olan melanomların %40-50'si nodular subtip sergiler.<sup>2</sup> NM'un dermal kök hücrelerinden kaynaklanabileceği ve bu nedenle başlangıçtan itibaren vertikal gelişim fazı sergilediği görüşü öne sürülmüştür.<sup>3</sup>

### KLİNİK

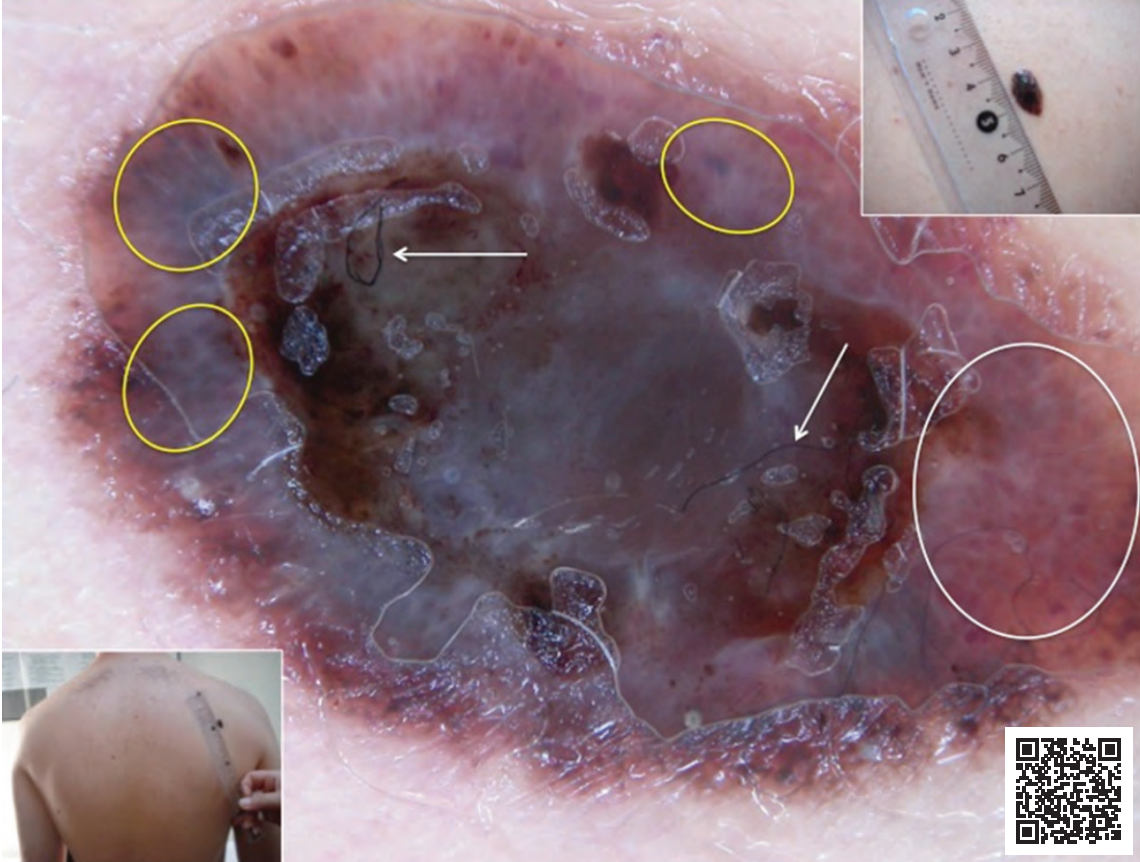
Kahverengi, siyah, mavi, gri ve bazen pembe renkler sergileyebilen, aylar içinde hızla gelişen simetrik bir nodul şeklinde belirir. Bazen çok az ya da hiç pigmentasyon göstermeyen, hipo/amelanotik tipde olabilir.<sup>2</sup> Esasında NM'lar, nodular olmayan invaziv melanomlara göre daha sıklıkla (%37.3) hipo/amelanotik olarak karşımıza çıkar.<sup>4</sup> Genellikle 6. dekada, en sıklıkla gövde, baş ve boyunda ve erkeklerde daha sık görülür.

### DERMOSKOPI

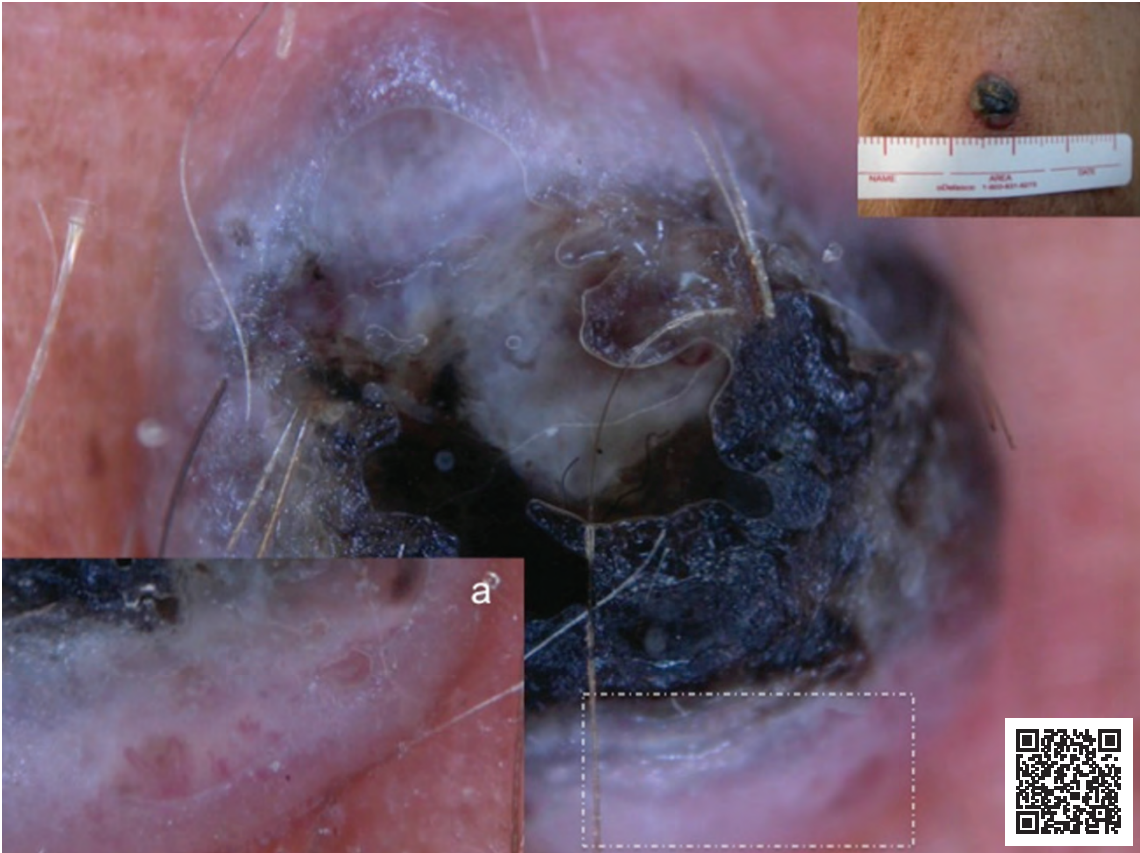
Global patern globular, homojenöz (mavimsi-siyah homojen pigment) veya multikomponent paterndir.<sup>5</sup> Sıklıkla mavi-beyazımsı tül, atipik damarlar gibi kalın melanomlarda gözlenen özellikler sergilenir. Diğer gözlenen dermoskopik özellikler düzensiz nokta ve globüller ve yapısız alanlardır (Resim 5-1).<sup>2</sup>

YYM gibi radial gelişim fazı olmadığı için bu faza ait dermoskopik bulgular (ağ yapısı, ışınal yapı, psödopodlar) görülmez.<sup>5</sup> Pigmente tipteki NM'un tanısında yeni bir dermoskopik kural daha tanımlanmıştır: mavi-siyah kuralı (blue-black = BB rule). Bu kural lezyon yüzeyinin en az %10'unu kapsayan mavi ve siyah pigmente alanların bir arada var olmasıdır ve komedon benzeri açıklıklar ve siyah lakün yapıları bu alanlardan sayılmamalıdır (Resim 5-2).<sup>6</sup>

Yanısıra 1.3 mm'den ince olan nodular melanomlarla yapılan bir çalışmada, olguların çoğunda, dermoskopik yapı ve renklerin lezyon içerisinde karmakarışık/düzensiz dağıldığını ve yapısız alanların hakim olduğunu ifade eden "homojen düzensiz patern" ile birlikte "atipik damarlar" gözlenmiştir. Diğer melanom tiplerinde gözlenen dermoskopik özel-



**RESİM 5-1** ▶ 28 yaş erkek, sırt, Breslow kalınlığı 5.6 mm, Clark seviye IV, NM **Klinik:** 1.3 X 0.8 cm, siyah-kahve, kısmen simetrik nodül. **Dermoskopi:** homojen düzensiz patern, mavi-beyazimsı tül, düzensiz mavi globuller (sarı daireler), beyazimsı-kırmızı globuller (beyaz daire), yapışık giysi iplikçikleri (beyaz oklar) ülserasyonun dermoskopik bulgusunu ifade ediyor.



**RESİM 5-2** ▶ 41 yaş erkek, ön kol, Breslow kalınlığı 2.93 mm, Clark seviye III, NM. **Klinik:** 0.8 X 0.6 cm, pembe-gri, simetrik nodül. **Dermoskopi:** homojen düzensiz patern, mavi-siyah kuralı pozitif. Dikdörtgen içinin büyütülmüş kısmı **a:** atipik damarlar; lineer düzensiz ve firkete damarlar.



# Keratinositik Tümörler

Ercan Arca

Keratinositik tümörler, keratinositlerin epidermis ve dermiste invazyon seviyelerine ve benign ya da malign proliferasyonuna göre gelişen benign, prekanseröz veya malign tümöral oluşumlardır. Dermoskopi ise pigmente veya pigmente olmayan, melanositik ve melanositik olmayan deri lezyonlarının tanı ve ayırıcı tanısında önemli bir yeri olan non-invaziv bir tanı yöntemidir. Deri lezyonlarının iki aşamalı değerlendirilmesinde ilk aşamada amaç lezyonun melanositik veya non-melanositik olduğuna karar vermektir. Lezyonun melanositik olduğu düşünülüyorsa ikinci aşamada benign, şüpheli veya malign olup olmadığına karar vermek gerekmektedir. Bu amaçla, geliştirilmiş patern analizi, ABCD kuralı, 7-puan kontrol listesi, Menzies yöntemi ve CASH yöntemi gibi çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. İlk aşamada lezyonun melanositik olmadığına karar verildiğinde seboreik keratoz, bazal hücreli karsinom, aktinik keratoz, hemanjiyom gibi non-melanositik deri lezyonlarının tanısına yardımcı olan dermoskopi kriterlerinin varlığına bakılır. Lezyonda bu kriterler de bulunmuyorsa lezyonu yine de melanositik lezyon olarak kabul etmek gerekir. Non-melanositik lezyonlarda ilk aşama çok önemlidir. Eğer seboreik keratoz (SK) gibi nonmelanositik benign bir lezyonu, melanositik lezyon olarak değerlendirilip ikinci aşamaya geçilirse, büyük bir olasılıkla lezyon malign olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle non-melanositik deri lezyonlarının dermoskopik özellikleri önem kazanmaktadır.<sup>1-6</sup>

Bu bölümde vasküler tümörler haricindeki non-melanositik deri lezyonlarından keratinositik tümörlerin (seboreik keratoz, aktinik keratoz, Bowen Hastalığı, keratoakantom, skuamöz hücreli karsinom ve bazal hücreli karsinom) ve bu tümörlerle ayırıcı tanıya girebilen solar lentigo, dermatofibrom ve senil sebese hiperplazi gibi nonmelanositik deri lezyonlarının dermoskopik özelliklerinden bahsedilecektir.<sup>7-12</sup>

## SEBOREİK KERATOZ

SK, epidermal keratinositlerden köken alan verrüköz papül veya plaklar ile seyreden, edinsel olarak ortaya çıkan, derinin en sık görülen iyi huylu tümörüdür. Genellikle düz, keskin kenarlı, açık kahverengi maküler lezyon şeklinde başlar ve zamanla üzeri pürüklü papüller duruma gelir. Vücudun her yerinde olabilir de en sık yüz ve gövdede gözlenir. Tanı genelde klinik olarak konur. Ancak bazı olgularda özellikle pigmente SK ile melanomun ayırıcı tanısı problem olmaktadır. Bu nedenle dermoskopik tanı kriterleri önem kazanmaktadır.<sup>13-15</sup>

## SEBOREİK KERATOZUN DERMOSKOPİK ÖZELLİKLERİ

SK'da herhangi bir melanositik lezyon özelliği olmadan aşağıdaki dermoskopik özellikler görülebilir.

**Komedon-Benzeri Açıklıklar (Psödofoliküler Açıklıklar)**  
Kahverengi-sarımsı veya kahverengi-siyah renkte yuvarlak, oval veya düzensiz şekilli yapılardır. Düzensiz yapıda olanları "düzensiz kriptler" olarak da adlandırılır. Dilate folliküler açıklıkların bulunduğu yere lokalize keratin tıkaçlara denk gelmektedir. Komedon benzeri açıklıklar SK olgularının %50-70'inde görülürken, seyrek olarak da bazı papillomatöz melanositik nevuslarda görülebilirler (Resim 6-1).

### Milyum-Benzeri Kistler

Çeşitli büyüklüklerde beyazımsı-sarımsı yuvarlak yapılardır. Keratinle dolu intraepidermal kistlere (horn psödokist) karşılık gelmektedir. Genellikle akantotik tip seboreik keratozlarda görülmesine rağmen papillomatöz melanositik nevuslar ve konjenital nevuslarda da görülebilir (Resim 6-1).

### Ekzofitik Papiller Yapılar

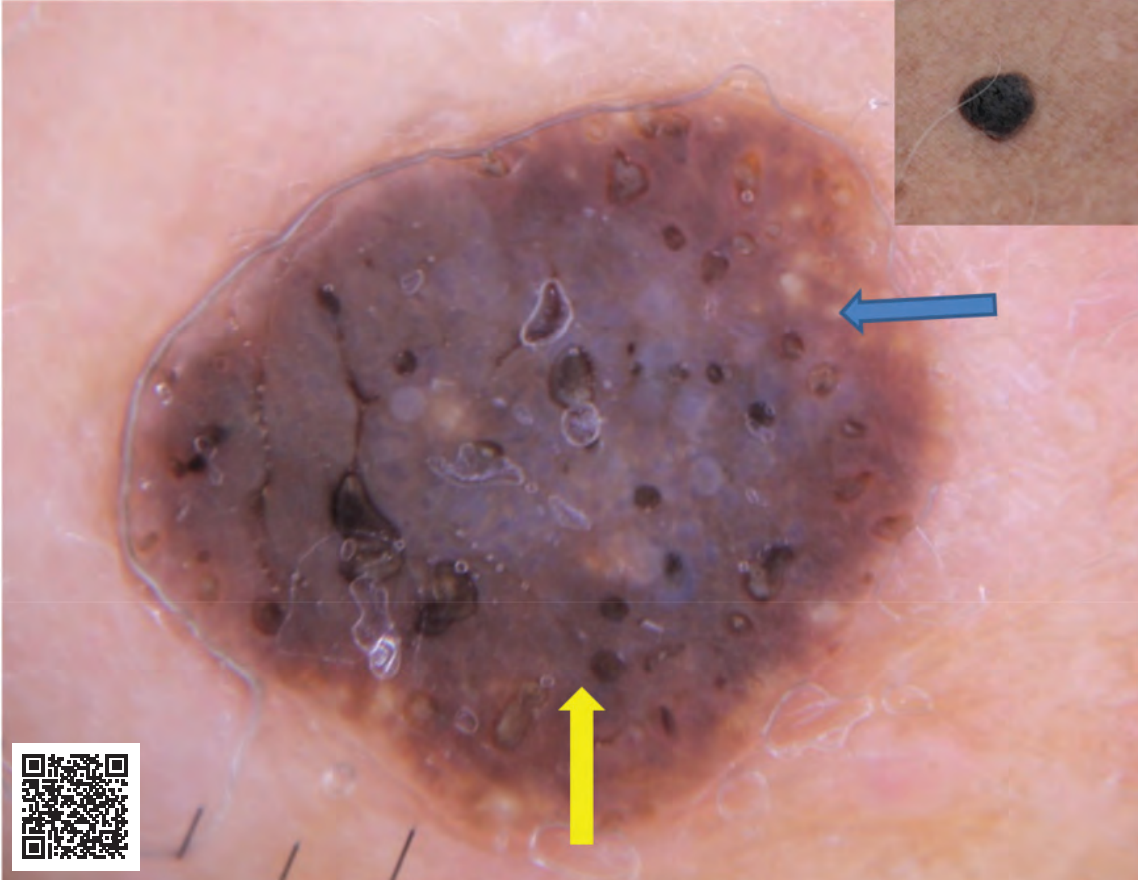
Düzensiz kriptler olarak bilinen siyah, düzensiz komedon benzeri açıklıklar ile birbirinden ayrılmış kubbe-şekilli koyu yapılardır. SK'da belirgin akantoz ve papillomatozu gösteren parmak-benzeri çıkıntılara veya dermal nevuslerdeki az veya çok melanosit içeren nestlerin dijitifform papilllaşmasının görüntüsüdür. Sıklıkla papillomatöz dermal nevuslarda görülür, ancak seboreik keratozlarda da görülebilir.

### Fissürler ve Kabarıklıklar (Beyin Benzeri Görünüm)

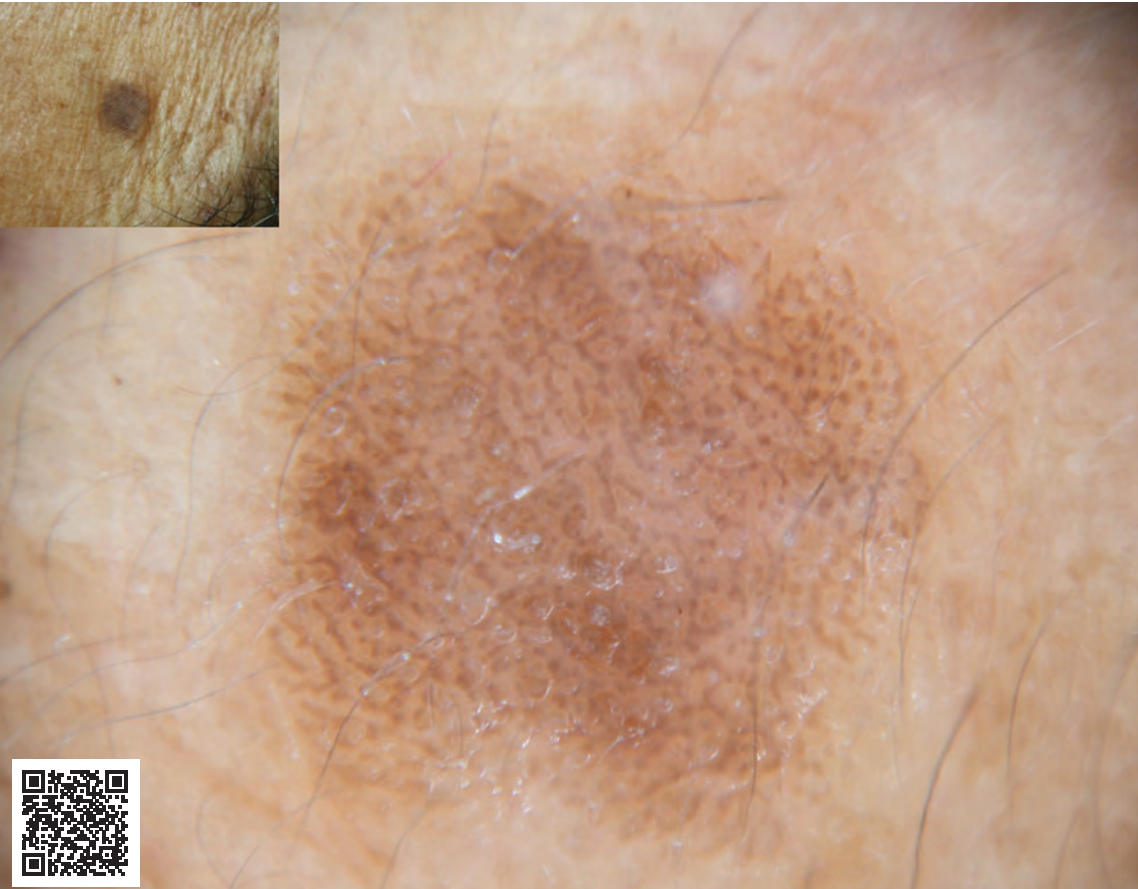
Fissürler sıklıkla SK'da görülen keratinle dolu, düzensiz, lineer depresyonlardır. SK olgularının %60'ında görülürken, aynı zamanda konjenital melanositik nevuslar ve dermal melanositik nevuslarda da görülebilir. Çok sayıda fissürler derinin kabarıklıklarıyla (ridges) birlikte lezyonun beyin benzeri görünüm kazanmasına neden olabilmektedir (Resim 6-2 ve 6-3).

### Pigment Ağı-Benzeri Yapılar

Çok sayıda SK incelendiğinde pigment ağına benzer görüntüler saptanmıştır. Ancak bu pigment ağı melanositik lezyonlarda görülen pigmente çizgiler ve hipopigmente boşluklar şeklindeki tipik pigment ağından farklıdır ve bu nedenle pigment ağı-benzeri yapılar olarak adlandırılmıştır. Dermal-epidermal bileşkedeki melanosit veya keratinositlerdeki melanin pigmentinin varlığına denk gelmektedir. Ağ atıkları daha kalındır ve boşluklar, dermal papillaların uçlarına değil keratinle dolu yapılara denk gelmektedir (Resim 6-4).



**RESİM 6-1** ▶ Altmışaltı yaşında bir erkek olguda gövde sol yanında 1 cm çapında pigmente seboreik keratoz lezyonunun klinik (küçük resim) ve dermoskopik görüntüsü. Mavi ok milyum-benzeri kist ve sarı ok komedon benzeri açıklıkların görüntüsü.



**RESİM 6-2** ▶ Doksaniki yaşında bir erkek olguda alın sol tarafında, açık kahverenginde 8 mm çapında seboreik keratoz lezyonunun klinik (küçük resim) ve dermoskopik olarak beyin benzeri görüntüsü.

# Vasküler Yapılar ve Vasküler Lezyonlar

Mustafa Turhan Şahin

## VASKÜLER YAPILAR

Dermoskopi, pigmente lezyonların yanısıra amelanotik ve hipomelanotik çok çeşitli deri lezyonunun damarsal özelliklerinin değerlendirilmesine de olanak tanır. Özellikle hiç melanin pigmentasyonu barındırmayan amelanotik lezyonların<sup>1</sup> ve kısmi veya hafif pigmentasyon gösteren hipomelanotik lezyonların<sup>1</sup> tanısında, tanıtıcı pigment paternleri bulunmadığından, tipik morfolojiye sahip damar yapılarının görülmesi, tanı için anahtar rol oynayabilmektedir.

Dermoskop ile görülen bir renk çok çeşitli faktörlere bağlıdır. İki ana kromofor melanin ve hemoglobindir. Derideki yerleşim derinliğine göre melanin siyah, kahverengi, mavi veya mor tonlarda görülebilirken, hemoglobinin yerleşim derinliği yanısıra, oksidasyon derecesine ve tromboz varlığı veya yokluğuna göre kırmızı, mavi veya mor tonlarda görülebilmektedir. Histolojik incelemede, lezyonların dikey kesitleri görülebilir hale geldiği için, damarların morfolojik özelliklerini tam olarak değerlendirmek zordur. Öte yandan, dermoskopinin, geleneksel iki basamak algoritması ile elde edilen (melanositik, nonmelanositik, benign, malign) bilgiye ek olarak lezyonun yatay görünümünü ortaya çıkarması, her biri tipik morfolojik ve mimari özellikler gösteren çeşitli damar yapılarının ayırt edilebilmesine olanak tanınması tanıda çok değerlidir. Pigmentsiz lezyonların tanısında damar yapılarının incelenmesi özellikle önemlidir.<sup>2</sup>

Vasküler yapıların dermoskopik olarak tespit edilip incelenebilmesi, kullanılan optik sisteme ve inceleme tekniğine bağlıdır. Dikkat edilmesi gereken pek çok önemli durum arasında, yöntem (temaslı dermoskopi, polarize ışık dermoskopisi), dermoskopun çözünürlüğü ve seçilen immersiyon sıvısı sayılabilir. Temaslı dermoskopide, uygun immersiyon sıvısı, dermoskopun temas camı ve optik sistemin doğru kullanılması ile özellikle yüzeye daha yakın damarlar daha net görünür hale gelir. Ancak uygulanan bası nedeniyle damarların boşalıp görünmez hale gelebileceğini unutmayıp, temaslı dermoskopide minimal bası uygulanmalıdır.<sup>3</sup> Polarize ışık dermoskopisinde immersiyon sıvılarına gerek yoktur. Ancak, hiperkeratoz ve kabuklanma gibi ışık kırılmasına yol açabilen durumlarda, alttaki yapıları görünür hale getirmek için immersiyon sıvısı kullanılmalıdır.<sup>4</sup> Dermoskopun büyütme kapasitesi, vasküler yapıların görüntülenebilmesinde çok önemlidir ve en az 30x olmalıdır. Digital sistemlerdeki video kamera çözünürlüğü de vasküler yapıların incelenmesi açısından sınırlıdır ve ancak yüksek kalitede resim çekebilen fotoğraf makinaları eklenerek başarılı sonuçlar alınabilmektedir.<sup>3</sup>

Vasküler yapıları yoğun pigmente bir lezyonda değerlendirmek çok zorken, hipopigmente ya da pigmentsiz lezyonlarda, veya pigmente tümörlerin açık renkli alanlarında tespit etmek daha kolaydır. Damar içinde yer alan eritrositlerin pigmenti olan hemoglobin, pigmentsiz deri tümörlerinin en önemli kromoforudur. Dermoskopi, derinin yatay kesitlerini görünür hale getirmektedir; bu nedenle deri yüzeyine paralel yerleşen damarlar çizgi şeklinde, dikey yerleşenler ise noktasal şekilde izlenirler (Resim 7-1). Damarlar yüzeye ne kadar yakın yerleşirlerse o kadar kırmızı, ne kadar derin yerleşirlerse o kadar pembe görünürler. Bir tümörün ince ve kalın kısımlarında izlenen damarlar da farklılık gösterirler. Damar yapıları, anatomik bölgelere ve hastanın yaşına göre farklılıklar gösterebilmektedir.<sup>2,3,5</sup>

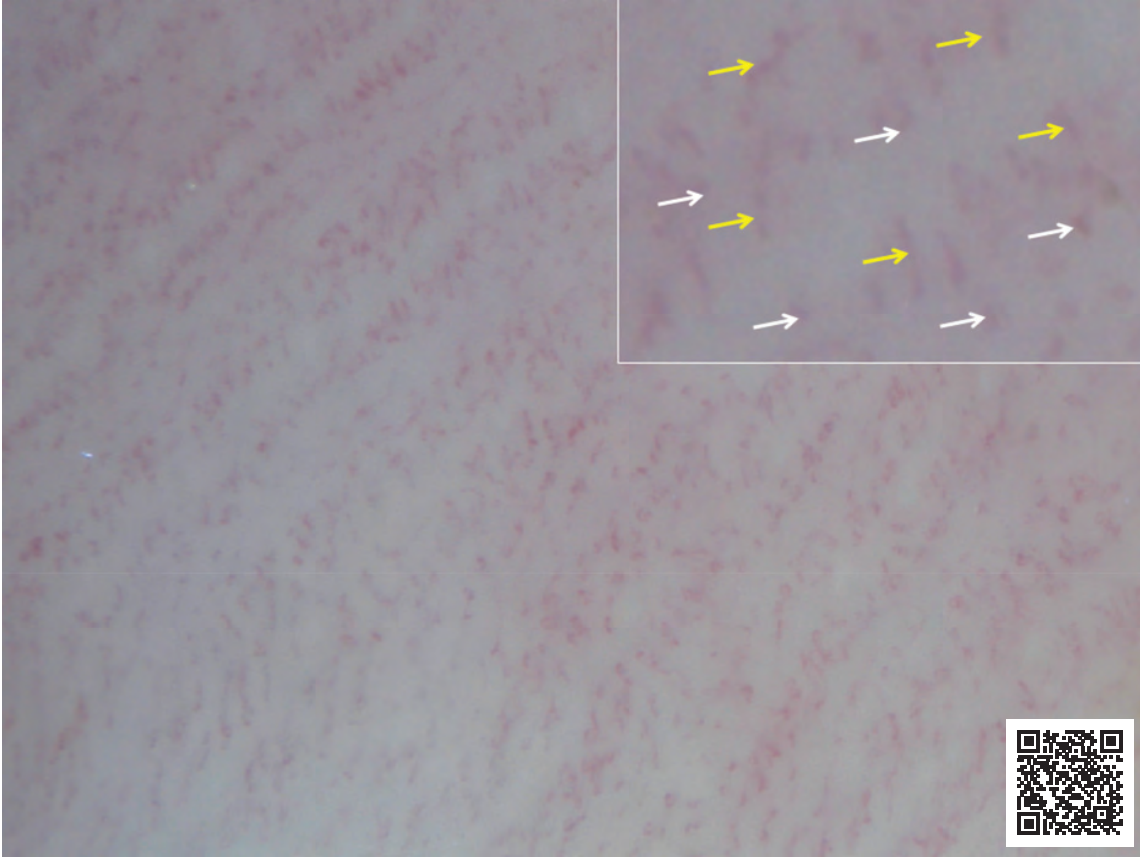
Dermoskopi bir lezyondaki vasküler yapıları incelerken öncelikle damar morfolojisi, ardından yapısal görünümü ve son olarak da düşündüğünüz tanıya katkıda bulunabilecek ek özelliklerin varlığı gözden geçirilmelidir. Ayrıca, inflamatuvar veya infeksiyöz lezyonlar ile tümöral lezyonların vasküler paternlerinin benzer olabilmesi nedeniyle, lezyonun klinik görünümü değerlendirilerek, tümöral bir lezyon olup olmadığı ayırd edilmelidir.<sup>2</sup>

## VASKÜLER YAPILARIN MORFOLOJİLERİ

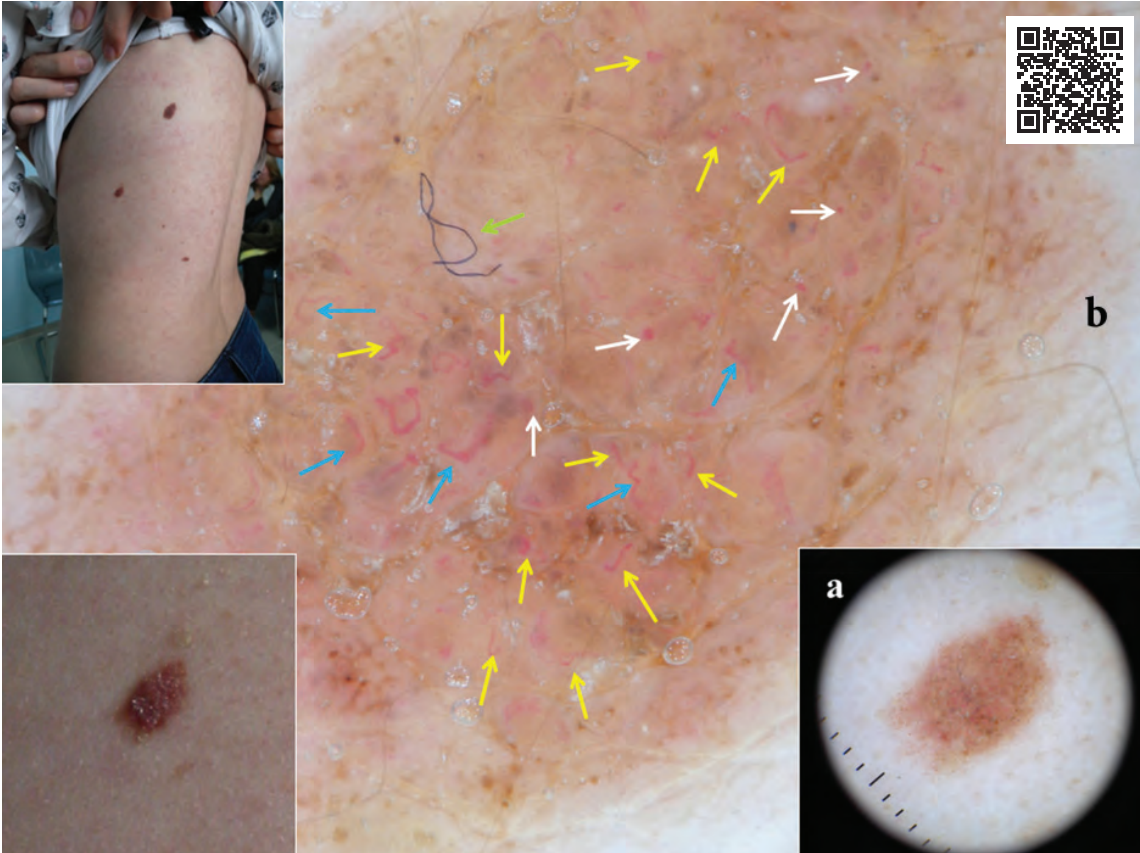
Dermoskop ile tespit edilebilen vasküler morfolojik yapılardan en önemlileri: virgül, noktasal, lineer (düzensiz), firkete, glomerüler, dallanan, taç damarlar ve çilek paterni damarlar ile beyazımsı-kırmızı globüller, halka-şeklinde, spermatozoa-benzeri damarlar ve kırmızı globüllerdir.<sup>2,6,8</sup> Kittler ve arkadaşları ise, damarları üç ana morfolojik grupta (lineer (çizgi) damarlar, noktasal damarlar, topak damarlar) sınıflandıktan sonra, lineer (çizgi) olanları: lineer düz damarlar (lineer düzensiz damarlar için), lineer U damarlar (firkete damarlar için), lineer kavisli damarlar (virgül damarlar için), lineer kıvrımlı damarlar (lineer düzensiz, dallanan, taç veya kısa ince arborizan telenjiektaziler için), lineer sarmal damarlar (tirbuşon damarlar için) ve lineer yumak damarlar (glomerüler damarlar için) şeklinde sınıflamışlardır.<sup>2</sup>

### Virgül Damarlar (Lineer Kavisli Damarlar)

En sık dermal nevuslarda görülen bu damarlar, hafifçe bükülmüş, 0.1 mm veya daha kalın damarlardır. Lezyonlar kalınlaştıkça damar kavisleri daha da uzar. Papillomatoz nevusda (Unna nevus) klasik formda izlenirken (Resim 7-2, 7-3 ve 7-4), Miescher nevus'da polimorfik formlarda izlenir (Resim 7-5 ve 7-6). Virgül damarlar, dermatofibrom (Resim



**RESİM 7-1** ► **Dermoskopi:** Normal deri damar yapılarının görünümü: deri yüzeyine paralel yerleşen damarlar çizgi şeklinde (sarı oklar), dikey yerleşenler ise noktasal şekilde (beyaz oklar) izlenir.



**RESİM 7-2** ► 24 yaş kadın, gövde sol yanı, Unna nevus **Klinik:** 0.5 X 0.7 cm, kahverengi-kırmızı, üzeri verrüköz papül. **Dermoskopi:** **a:** Genel görünüm, asimetrik, damar yapılarından zengin, kahverengi-pembemsi lezyon; **b:** Büyütülmüş görüntü, virgül damarlar (sarı oklar), noktasal damarlar (beyaz oklar), lineer düzensiz damarlar (mavi oklar), yapışık giysi iplikçığı (yeşil ok).

# Yüz ve Saçlı Deri Lezyonları

Sedef Şahin

## A Yüz Lezyonları

Yüzdeki lezyonların dermoskopisi yüz derisinin farklı anatomik yapısı nedeniyle özelliğlidir. Gövde ve ekstremitelerdeki pigment lezyonlarda görülen tipik pigment ağı yerine, yalancı (psödo) ağ yapısına rastlanır. Bunun nedeni yüz derisindeki rete çıkıntılarının çok düz veya tamamen silinmiş olmasıdır.<sup>1</sup> Ayrıca psödo-ağ gerek melanositik gerekse melanositik olmayan pigment lezyonlarda görülebilir. Bu nedenle pigment ağının aksine melanositik lezyon kriteri değildir. Yani psödo-ağ yapısına hem melanositik nevüsler ve melanomda hem de solar lentigo, erken seboreik keratoz ve pigmente aktinik keratozlarda rastlanabilmektedir. Buna rağmen nadir de olsa klasik olarak pigment ağ yapısı ve/veya uzantıların görüldüğü melanositik neoplazmları da yüzde görebilmekteyiz.<sup>2</sup> Yüzdeki yassı lezyonlarda ise temel olarak 2 dermoskopik patern vardır; anüler (psödo-ağ) ve retiküler (parmak izleri).<sup>3</sup> Anüler patern, folliküler ve adneksial açıklıklara uyan halkalar şeklindedir, bu halkalar değişen miktarlarda pigmentle çevrelenmiştir. Bu paterne solar lentigolarda ve bileşke komponenti olan melanositik lezyonlarda rastlanır. Retiküler patern, incecik çizgilerden oluşur ve solar lentigolarda görülür.

Yüzde bileşik nevüs veya Miescher nevüs ve Spitz nevüs ve olgunlaşmış seboreik keratozlar diğer bölgelerdeki dermoskopik paternlerden farklılık göstermezler.

Yüzdeki melanositik olmayan lezyonlardaki dermoskopik kriterler yüz dışındakilerden farklı değildir. Bazal hücreli karsinom (BHK), skuamöz hücreli karsinom (SHK), sebace hiperplazi çok sık rastlanan yüz lezyonlarıdır. Bu neoplazmların dermoskopik özellikleri, keratinositik tümörler başlığı altında ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Seboreik keratoz, solar lentigo, liken planus benzeri keratoz, pigmente aktinik keratoz ve pigmente BHK da yüz dışı lezyonlardan farklı özellik göstermezler, ama yüzdeki melanomlar ile çok karışabilecekleri için ayırıcı tanıda söz edilecektir.

## YÜZ LEZYONLARINA ÖZGÜ DERMOSKOPIK YAPILAR

### PSÖDO (YALANCI) AĞ YAPISI

Yüz derisindeki rete çıkıntılarının, kronik güneş hasarı sonucunda çok düz veya tamamen körelmiş olmasına bağlı

olarak, yüzdeki ağ yapısını yüz dışı deride gördüğümüz ağ yapısından farklı olarak, folliküllerin etrafında ve ter bezlerinin etrafındaki pigment olarak görürüz. Yüzde görülen ağ yapısı yuvarlak, eşit çaplı, geniş ağ atıkları ve ağ gözlerinden oluşan ağ yapısı olarak tanımlanmıştır (Resim 8A-1).

### ANÜLER PATERN

Küçük hipopigmente daireler ve değişen miktarlarda pigment ile çevrili folliküler açıklıklar (Resim 8A-2).

Benign lezyonlarda bu halkalar benzer büyüklükte ve şekilde görülürken malign lezyonlarda farklı büyüklük ve şekilde ve çok renklilik gösterir; asimetrik yapıdadır (Resim 8A-3).

### ANÜLER-GRANÜLER PATERN

Gri nokta ve granüllerin gözlemlendiği anüler yapı malignite yönünde şüphe yarattırsa da pigmente aktinik keratozlarda (PAK) da izlenebilmektedir (Resim 8A-4).

### RETİKÜLER PATERN

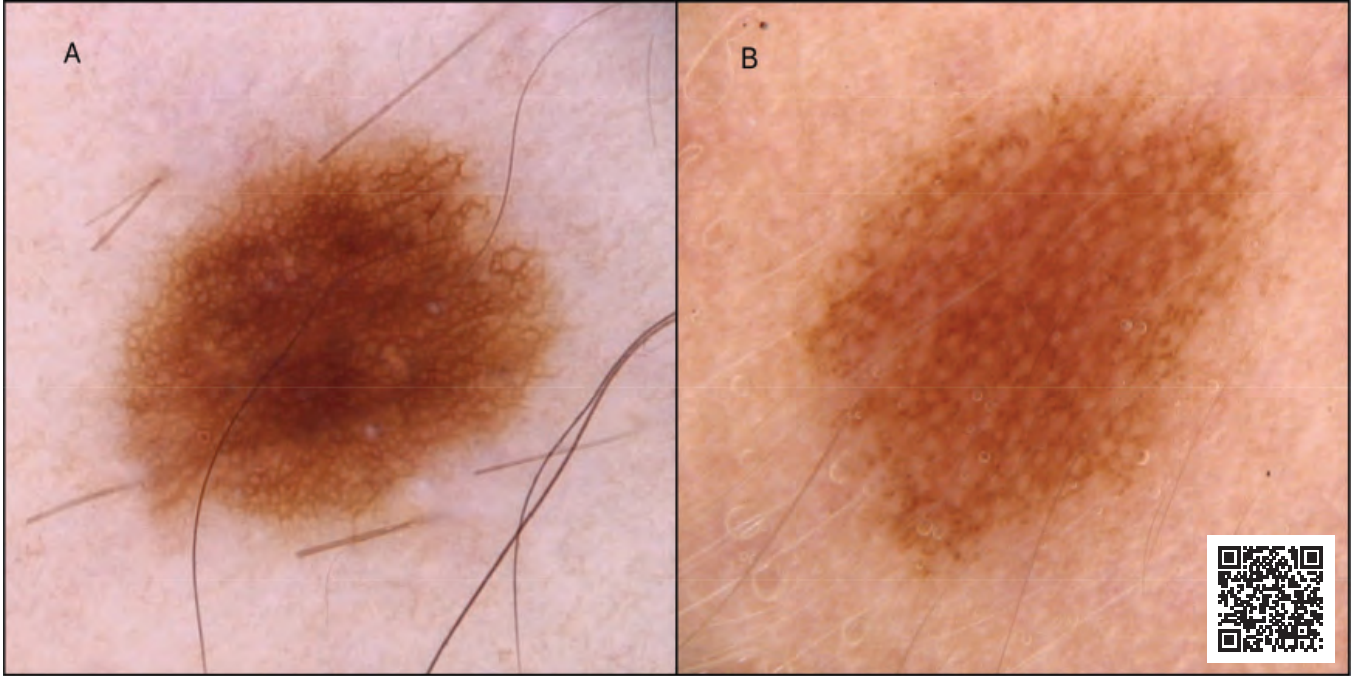
İnce hiperpigmente çoğu zaman birbirleriyle kesişen (Resim 8A-5) veya "parmak izi"ne benzer şekilde çizgilerden oluşur (Resim 8A-6).

### İÇ GRİ HALO (HALE)

Folliküler tıkaçları çevreleyen silik homojen gri veya bej halo olup, kahverengi psödo-ağın iç kısmına yansır. PAK için yeni tanımlanan bir bulgu olup (Resim 8A-7), özellikle lentigo malignadan ayırımında faydalı bir parametre olarak tanımlanmışsa da tanımlandığı orjinal makalede lentigo malignada da seyrek olarak raslandığı (Resim 8A-8) bildirilmektedir.<sup>4</sup> İç gri halo şematik olarak Şekil 8A-1 ve 8A-2'de gösterilmektedir.

### HALKA İÇİNDE HALKA (ÇİFT HALKA)

Kıl follikülünü çevreleyen gri kahverengi halonun etrafında gri bir halo daha bulunmasıdır; iç içe geçmiş gri halkalar şeklinde görülür (Resim 8A-9, beyaz ok).



**RESİM 8A-1** ▶ **A.** Ağ yapısı. **B.** Psödo-ağ yapısı.



**RESİM 8A-2** ▶ 17 yaşında kadın hasta, sağ yanakta melanositik nevus. Dermoskopik incelemesinde anüler patern.

# B Saçlı Deri Lezyonları

Saçlı deri; anatomik olarak yüksek yoğunlukta pilosebace ünite içermesi, zengin vasküler ve lenfatik yapısı ile diğer alanlardan farklılık gösterir. Bu anatomik farklılığa bağlı olarak saçlı deri lezyonlarının dermoskopisinde değişik özelliklere rastlanır. Bu bölümde saçlı deri neoplazmlarının dermoskopik özelliklerinden bahsedilecektir. Uluslararası Dermoskopi Derneği'nin (IDS) yaptığı 37 merkezin katıldığı çalışmada saçlı deri tümörlerinin en sık parietal bölgede görüldüğü, temporal ve frontal bölgelerin ise onu izlediği bildirilmiştir.<sup>1</sup>

Saçlı deride sebace nevüs, seboreik keratoz (Resim 8B-1'den 8B-7'ye kadar), bazal hücreli karsinom (Resim 8B-8), aktinik keratoz, skuamöz hücreli karsinom (Resim 8B-9), hemanjiom, anjiom ve nadir görülen adneksiyal tümörlere ait dermoskopik özellikler diğer vücut bölgelerindekilere göre pek farklılık göstermezler.<sup>2</sup> Oysa saçlı derinin melanositik tümörlerinin diğer alanlara göre farklı epidemiyolojik, morfolojik ve biyolojik özellikleri vardır. Örneğin saçlı deri melanomları gövdedeki eşdeğerlerine göre daha kötü seyir gösterir.<sup>3</sup>

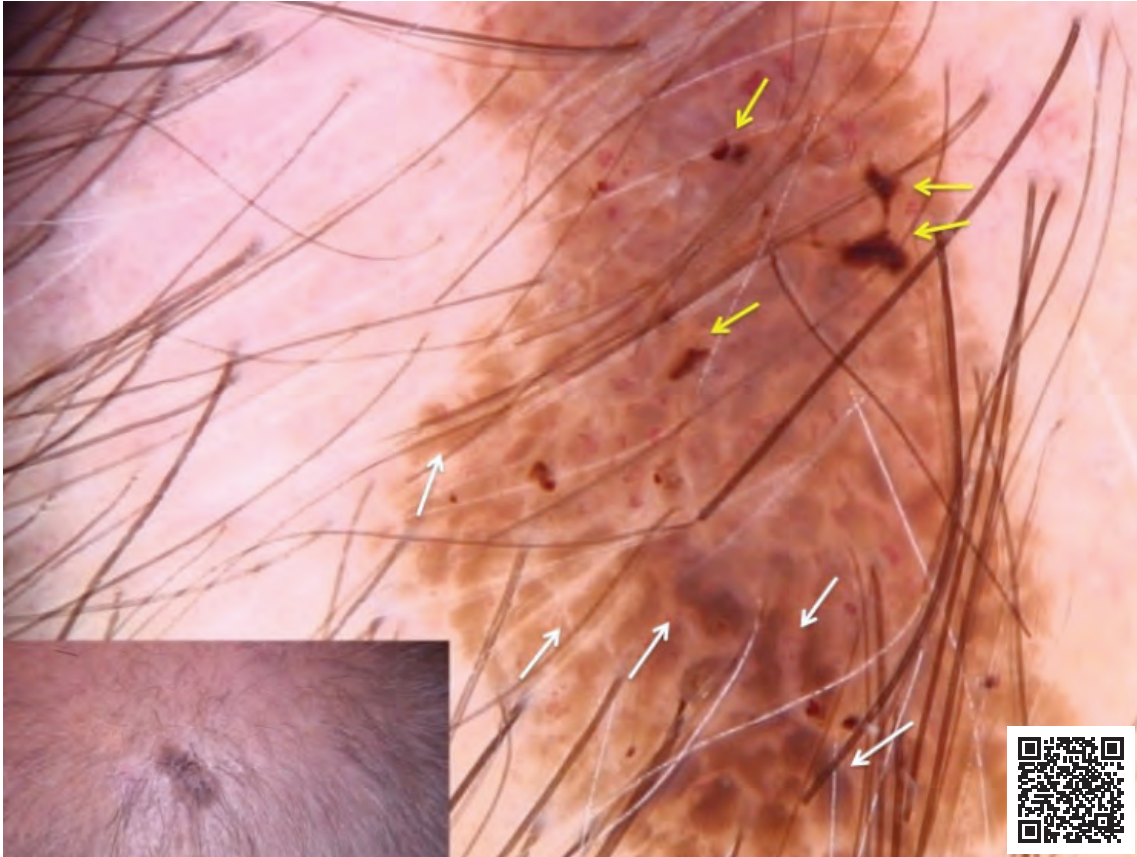
## MELANOSİTİK NEVÜSLER

Saçlı deri nevüsleri en çok çocuklarda, özellikle de daha büyük erkek çocuklarda görülmektedir.<sup>4,5,6</sup> Özellikle çocukluk yaş grubunda saçlı deri nevüsleri gerek klinik gerekse der-

moskopik açıdan dinamik bir süreç gösterirler.<sup>6</sup> Bu durum hem ebeveynler ve hem de hekimler için endişeye neden olabilmekte; çoğu zaman gereksiz eksizyonlarla sonuçlanabilmektedir. Saçlı derideki nevüsler morfolojik ve dermoskopik olarak 6 grupta toplanmaktadır:<sup>5</sup>

- Globüler pattern gösteren *banal nevüs* (Resim 8B-10'dan 8B-14'e kadar)
- Açık ve koyu kahverengi pigmentasyon ve virgül damarlar gösteren *papillomatöz nevüs* (Resim 8B-15'ten 8B-17'ye kadar). Bu nevüs paterni erişkinlerde daha sıktır.
- Santral hipopigmentasyon ve perifoliküler hipopigmentasyon gösteren periferik ağ yapısı ile *\*\*eklips (yörünge) nevüs* (Resim 8B-18'den 8B-23'e kadar). Bu tip özellikle saçlı deriye özgüdür. Bu nevüslerin rutin olarak eksizyonları gereksizdir.<sup>7</sup> Kendi içinde değişim göstererek çocuk büyüdükçe periferik pigmentasyonunu kaybederek papillomatöz nevüs ile sonuçlanabilir. Bu senaryo erişkin dönemde papillomatöz nevüs paterninin neden daha sık görüldüğünü açıklamaktadır.

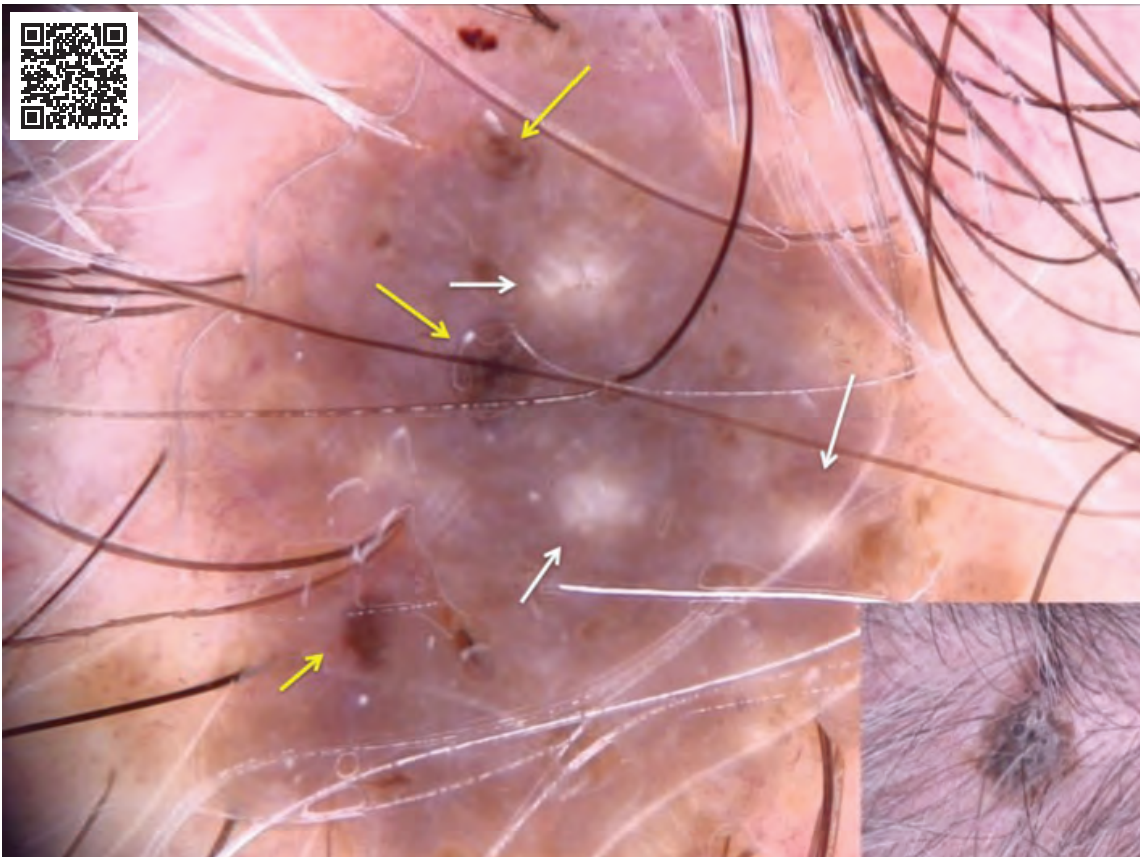
*\*\*Eklips nevüsün bir diğer formu ise ortasında daha koyu bir kısım bulunan "cockade" (hedef-benzeri) tip nevüstür ki bunların bir arada bulunabileceği veya zaman içinde birbirlerine dönüşebileceği gösterilmiştir (Resim 8B-24).<sup>7,8</sup>*



**RESİM 8B-1** ► 65 yaşında erkek hasta, parietal alanda seboreik keratoz. Dermoskopik incelemesinde lezyonun hemen tümünü kaplayan, açık-koyu kahverenkli, değişik şekil ve uzunluklardaki belirgin tombul parmaklar (beyaz oklar) ve seyrek komedon benzeri açıklıklar (sarı oklar).



**RESİM 8B-2** ► 64 yaşında erkek hasta, temporal alanda seboreik keratoz. Dermoskopik incelemesinde yaygın düzensiz kripterler, komedon benzeri açıklıklar (sarı oklar) ve az sayıda ekzofitik papiller yapılar (beyaz oklar).



**RESİM 8B-3** ► 61 yaşında erkek hasta, frontal alanda seboreik keratoz. Dermoskopik incelemesinde milyum benzeri kistler (beyaz oklar) ve komedon benzeri açıklıklar (sarı oklar).



# Palmoplantar Lezyonlar

Ayşe Anıl Karabulut

Palmoplantar bölgede yerleşimli benign ve malign lezyonlar; bu bölgenin anatomik özellikleri nedeniyle kendine özgü pigmentasyon dağılımı oluşturduğundan kendine özgü dermoskopik bulgular ile değerlendirilmektedir.<sup>1</sup> Akral bölge veya volar bölge dermoskopisi olarak da isimlendirilen bu değerlendirme “Wallace hattı”nın distalinde yer alan “dermatoglifik” yapısı sergileyen palmoplantar yüzeyin değerlendirmesini kapsamaktadır.<sup>2-4</sup> Palmoplantar bölgeye ait dermoskopik bulguların anlaşılabilmesi için öncelikle bu bölgeye ait anatomik özelliklerin bilinmesi gereklidir (Resim 9-1).

## AKRAL NEVÜSLERDE DERMOSKOPİK BULGULAR

Akral nevüste üç majör dermoskopik patern tanımlanmıştır. Bunlar: (i) Paralel oluk paterni, (ii) Kafes-benzeri patern, ve (iii) Fibriler paterndir. Majör paternler; akral melanositik nevüslerin %75’inden fazlasında saptanır ve sıklık sıralaması: paralel oluk paterni (%45-50), kafes-benzeri patern (%15-25) ve fibriller patern (%10-20) olarak bildirilmiştir.<sup>3</sup> Minör paternler olarak tanımlanan; “homojen patern”, “re-

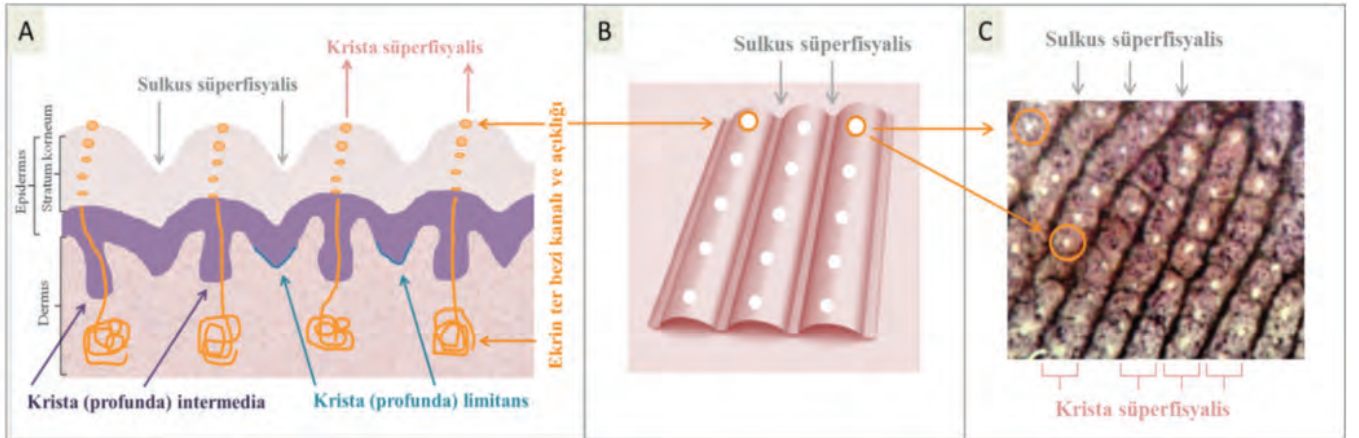
tiküler patern”, “globüler patern”, “globüler-ışınal patern” ve Wallace çizgisi üzerine yerleşmiş lezyonlarda izlenen “geçiş paterni” ise daha az sıklıkta karşılaşılan paternlerdir.<sup>1-3</sup>

Paralel oluk, kafes-benzeri ve fibriler patern akral melanomda da görülebilir de nevüslerde görülen düzenli yaygın dağılımın aksine akral melanomda sadece fokal olarak görülürler.<sup>5</sup> Unutulmamalıdır ki palmoplantar yerleşimli pigmente bir lezyonda; eşit ağırlıkta, birden fazla sayıda, benign paternin bir arada saptanması akral melanom açısından şüphe uyandırır.<sup>3,5</sup>

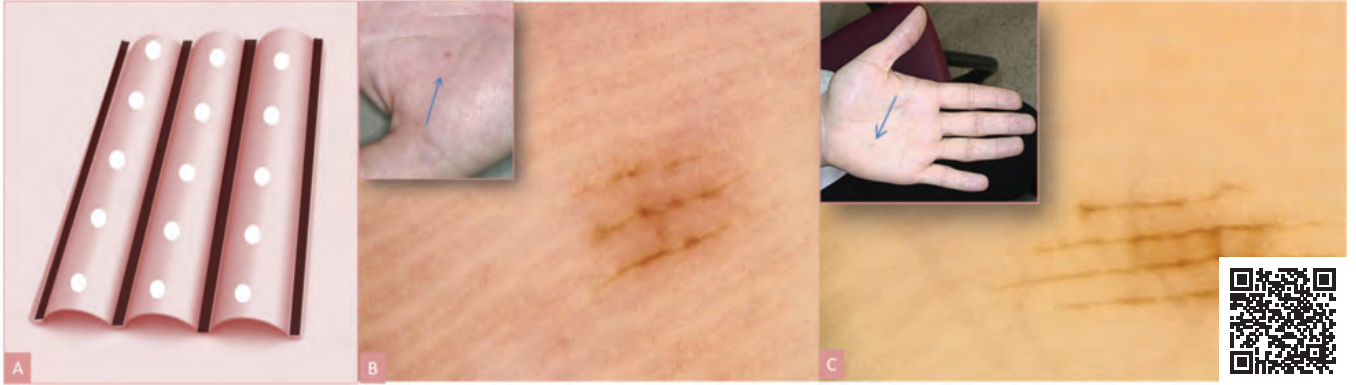
## PARALEL OLUK PATERNİ

Paralel oluk paterni: sulkus süperfisyalisleri (dermatoglifik oluklarını) takip eden kahverengi, ince, çizgisel pigmentasyondur. Histopatolojik karşılığı; krista profunda limitans etrafında yerleşmiş melanosit yuvaları ve transepidermal melanin eliminasyonudur.<sup>2,3,6</sup>

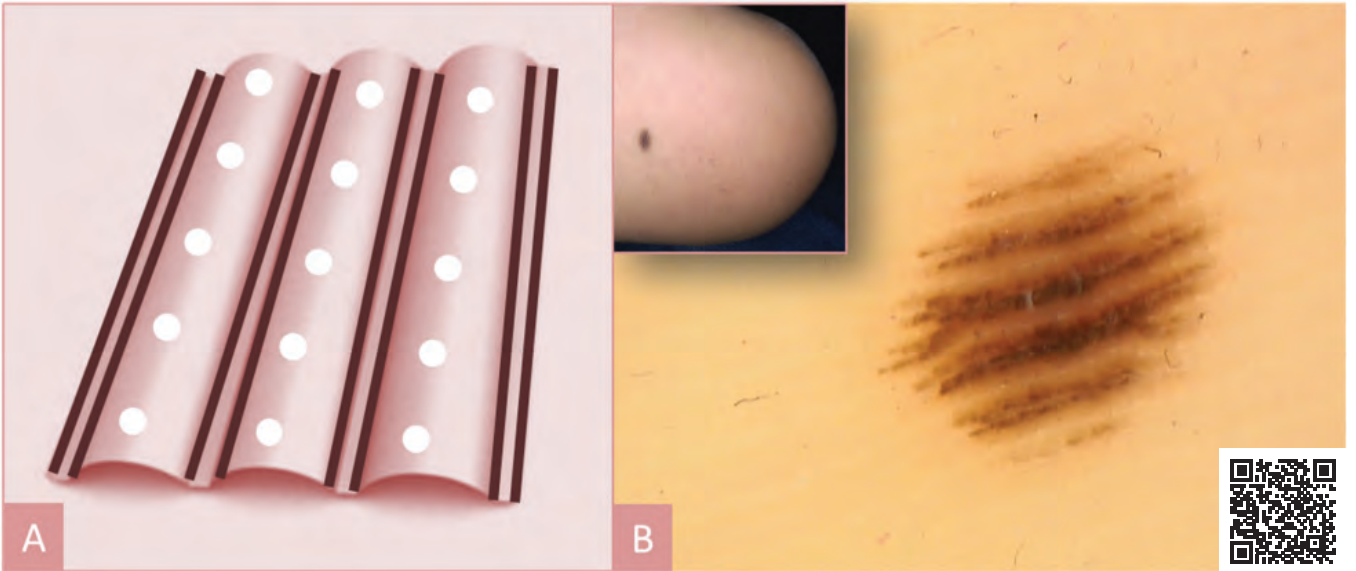
Paralel oluk paterni: olağan veya prototip olarak bilinen “tek-çizgi paralel oluk paterni” (Resim 9-2) dışında; “çift-çizgi” (Resim 9-3) ve “noktalı-çizgi” subtiplerini de içermektedir.<sup>2,3,6</sup> Nadiren aynı lezyonda tek ve çift çizgi birlikteliği olabilir; bu durumda hakim patern ile anılır (Resim 9-4).



**RESİM 9-1** ► Palmoplantar deride normal anatomik yapı ve dermoskopik bulgularla ilişkisi.<sup>2,3</sup> **A.** Palmoplantar deride, vertikal kesitte; dermatoglifikleri oluşturan sulkus süperfisyalisler (dermatoglifik olukları) ve krista süperfisyalisler (dermatoglifik sırtları) ile krista süperfisyalislere açılım gösteren ekrin ter bezleri şematize edilmektedir. Krista süperfisyalis izdüşümünde retelerde krista (profunda) intermedia yer almaktadır ve bu hat boyunca ekrin ter bezi kanalları izlenmektedir. Sulkus süperfisyalis izdüşümünde retelerde krista (profunda) limitans bulunmaktadır. **B.** Akral deri yüzeyinde, dermatoglifikler incelendiğinde; ekrin ter bezi açıklıklarının birbirine paralel yerleşimli krista süperfisyalisler boyunca düzenli dizilim gösterdiği görülmektedir. **C.** Normal palmar bölge dermoskopisi (Mürekkap uygulaması ile belirginleştirme sonrası); krista süperfisyalise ait geniş, açık renkli, yapılar üzerindeki ekrin ter bezi açıklıkları beyaz noktalar şeklinde fark edilmektedir. Sulkus süperfisyalisler; boya tutmuş, ince çizgilenmeler şeklinde görülmektedir (orjinal büyütme x30, FotoFinder Systems GmbH, Almanya).



**RESİM 9-2** ► Tek-çizgi paralel oluk paterni. **A.** Tek çizgi paralel oluk paterninin akrall derideki şematize görünümü. **B.** Sol el tenar bölge yerleşimli 3mm çaplı, hiperpigmente lezyon (küçük resim). **C.** Sol el hipotenar bölgede, 2.5x4mm boyutlu, hiperpigmente lezyon (küçük resim). Her iki lezyonun dermoskopik incelemesinde prototipik tek çizgi paralel oluk paterni görülmektedir. **Tanı:** Akrall melanositik nevüs.



**RESİM 9-3** ► Çift-çizgi paralel oluk paterni. **A.** Çift çizgi paralel oluk paterninin akrall derideki şematize görünümü. **B.** Sağ ayak, plantar yüzde, topuk yerleşimli 5x6mm boyutlu, koyu kahverengi, hiperpigmente lezyon (küçük resim) ve dermoskopik incelemede lezyon genelinde çift çizgi paralel oluk paterni yer yer çift-noktalı çizgi paralel oluk paterni görülmektedir. **Tanı:** Akrall melanositik nevüs.



**RESİM 9-4** ► Tek-çizgi paralel oluk paterni. **A.** Sol el, volar yüzde, 5. parmak proksimalinde yerleşimli 4x6mm boyutlu hiperpigmente lezyon (küçük resim) ve dermoskopik incelemede lezyonun genelinde tek çizgi paralel oluk paterni görülmektedir. Paralel oluk paterni mavi ok ile işaretli sınırlı bir bölgelerde (siyah ok) çift çizgi sergilemektedir. **Tanı:** Akrall melanositik nevüs.

# Tırnak Hastalıkları

Bengü Nisa Akay

Tırnak dermoskopisi diğer adıyla “onikoskopi” tırnak pigmentasyonları; melanositik ve non-melanositik tümörler ve inflamatuvar, travmatik ve enfeksiyöz hastalıkların tanısında klinik muayeneye yardımcı olan faydalı bir tekniktir. Tırnağın non-polarize dermoskopisinde tırnak plağının konveks şekline bağlı olarak jel (ultrason ya da kozmetik jel) kullanmak gerekir. Bu jel konveks tırnak yüzeyi ve dermoskop arasında bir ara yüzey oluşturarak daha net görüntüleme yapılmasına olanak verir. Proksimal ve lateral tırnak kıvrımı ve hiponişyumun dermoskopisinde ise alkol kullanımı uygundur. Polarize dermoskoplarda jel kullanımına gerek yoktur.

Dermoskopi tırnak plağı, tırnak plağı serbest ucu, hiponişyum ve tırnak kıvrımlarını içermelidir. Dermoskopik muayene sırasında subjektif yakınma, şikâyetlerin süresi ve tırnakta gözlenen renk değişiklikleri ayrıntılı değerlendirilmelidir.

Tırnak değişikliklerinin klinik ve dermoskopik muayenesi, günlük pratikte genellikle klinisyenler için zorlayıcıdır. Çok farklı paternlerin varlığı göz önüne alındığında standardize tanısal bir algoritmayı takip etmek faydalı olacaktır. 1. basamakta tırnaktaki değişikliğin melanositik mi yoksa non-melanositik mi olduğuna karar verilmelidir. Melanositik lezyonlarda longitudinal melanonişi görülürken, non melanositiklerde devamlı olmayan renk değişikliği vardır. Eğer longitudinal melanonişi varsa 2. basamakta bunun melanositik aktivasyonla mı, benign proliferasyonla mı yoksa malign proliferasyonla mı ilişkili olduğuna bakılır.

## MELANONİŞİ

Melanonişi tırnak plakasında melanine bağlı pigmentasyon sonucu oluşur. Tırnak plakasında pigmentasyon görüldüğünde klinisyenin birinci basamakta melanositik-non-melanositik ayırımı yapması gerekir. Melanositik olduğuna karar vermişse melanin birikiminin melanosit aktivasyonu mu yoksa melanosit proliferasyonuna mı bağlı olduğunu belirlemesi gerekir. Tırnak plakası üzerinde devamlılık gösteren longitudinal pigmentli bantlar melanositik nevus, melanoma, lentigo, etnik tip melanonişi, ilaç ile indüklenen hiperpigmentasyon ile ilişkili olabilir.

*Melanosit aktivasyonunda* melanosit sayısında artış olmaksızın, tırnak matriksi epitelinde melanin pigmentasyonunda artış olur. Erişkinlerde görülen longitudinal melanonişinin %70'i melanosit aktivasyonu sonucu oluşur ve genellikle fizyolojik (gebelik, etnik), travmatik, dermatolojik, sistemik ya da iyatrojenik nedenlerle ilişkilidir. Çoğunlukla

birden fazla tırnak tutulur ve özellikle koyu deri tipi olan bireylerde ortaya çıkar (etnik melanonişi).

*Melanosit proliferasyonunda* tırnak matriksi ya da tırnak yatağı epitelindeki melanositlerde proliferasyon söz konusudur. Lezyonun benign (nevus) ya da malign (melanoma) olup olmadığı belirlenmelidir.

Bantın rengi melanonişinin melanositik aktivasyon (gri bantlar) ya da proliferasyona mı (kahverengi-siyah bantlar) bağlı olduğuna dair ipuçları verir. Örneğin melanosit aktivasyonu sonucu gelişen melanonişide, gri bir zemin üzerinde ince gri, düzenli paralel çizgiler izlenirken, melanosit proliferasyonunda renk, kahverengi ve tonları ve siyah olabilir.

- *Düzenli patern gösteren kahverengi-siyah bantlar*: Benzer kalınlıkta, düzenli aralıkları olan benzer renk gösteren paralel çizgiler benign proliferasyonu gösterir. Nevüslerde görülür.
- *Düzensiz patern gösteren kahverengi-siyah bantlar*: Renk çeşitliliği bulunan, düzensiz boşluklu ve farklı kalınlıkları olan yer yer paralelizm kaybının görüldüğü, zaman zaman kesişen çizgiler malign proliferasyonu gösterir ve eksize edilmelidir.

Hızlı büyüyen melanomalarda bantın proksimal kısmı distal kısımdan daha kalındır. Melanomada pigmentli bantların kalınlığı tırnak plağının 2/3'ünden geniştir. Melanomanın bir diğer bulgusu erozyon ve tırnak yüzeyinde mikroskopik oluklanmalardır.

Mikro-Hutchinson işareti: Klinik olarak görülemeyen, dermoskop yardımıyla görülen, kutikula pigmentasyonudur ve maligniteyi destekler. Mikro-Hutchinson belirtisini psödo-Hutchinson belirtisi ile karıştırmamak gerekir. Psödo-Hutchinsonda rölativ olarak şeffaf kutikula altında tırnak plağında pigmentasyon vardır.

Melanomada da tırnak altı kanamalarında olduğu gibi kan damlaları görülebilir.

Amelanotik melanomada tanı daima zordur. Tırnak pigmentli olmayan kırmızısı bir tümör tarafından kısmi ya da tam harap edilmişse, dermoskopide bazen pigment artıkları görülebilir ve ayırıcı tanıda başta piyojenik granuloma olmak üzere non-melanositik tırnak tümörleri akla gelmelidir. Polimorfik damar paterni, sütlü kırmızısı alanlar ve nokta damarlar eşlik edebilir.

Granuler melanin inklüzyonları: 0.1 mm'den küçük olan ve büyük büyütmelede görülebilen melanosit proliferasyonunu gösteren yapılarıdır.

## TIRNAK MATRİKSİ NEVÜSÜ

### NEVÜSE BAĞLI MELANONİŞİ

- Çocukluk çağında melanonişinin en sık sebebi
- Konjenital/edinsel

### DERMOSKOPI

- *Erişkinler*: kahverengi siyah bantlar, keskin lateral sınır, ince düzenli, longitudinal paralel çizgiler.
- *Çocuklar*: kahverengi-siyah bantlar, farklı renklerde düzensiz kalınlık ve aralıklarda longitudinal bantlar, nokta ve globüller, deri çizgilerini ve hiponişyumu tutan fırçası pigmentasyon, pigmentasyon tüm tırnağı tutabilir (Resim 10-1'den 10-4'e kadar).

## TIRNAK MATRİKSİ MELANOMU

### TIRNAK MATRİKSİ MELANOMU İLE İLİŞKİLİ MELANONİŞİ

- Genellikle erişkinlerde görülür
- Ayak başparmak ya da el başparmak tırnağını daha sık etkiler
- Değişken kalınlıklarda kahverengi/siyah bantlar
- Tırnak kıvrımı/hiponişyumda pigmentasyon (Hutchinson işareti)
- Dermoskopi: Bulanık kenarlar, paralelizmde kayıp, farklı kalınlık ve renklerde longitudinal çizgiler, koyu homojen pigmentasyon, hiponişyumda paralel sırt paterni (Resim 10-5'den 10-8'e kadar).



**RESİM 10-1** ► 5 yaşında bir erkek hastada sol el 2. parmak tırnağında 2 yıl önce başlayan kahverengi renk değişikliğinin dermoskopisinde tırnakta düzenli kalınlıklarda ve düzenli boşlukları olan kahverengi longitudinal çizgilenmeler ve kahverengi granüler inklüzyonlar görülmekte.

# Mukoza Lezyonları

Gamze Erfan

## MUKOZAL DERMOSKOPI

Dudaklar, oral kavite, perianal ve penis, vulva gibi genital deri, mukozal alanlar olarak tanımlanır. Mukozal alanlarda pigmente ve pigmente olmayan lezyonlar diğer deri alanları ile kıyaslandığında daha nadirdir ve genel anlamda bu alanlar ile ilgili çalışmalarda benzer şekilde kısıtlılık göstermektedir. Son yıllarda, mukozal alanlarda da selim, malign ya da şüpheli lezyon ayırımına yol gösterici olacak şekilde tanıya yaklaşılrken, özellikle pigmente lezyonlarda olmak üzere dermoskopinin kullanımının yardımcı olabileceğine ilişkin kanıt bulunmaktadır.<sup>1</sup> Mukozal lezyonların dermoskopik incelemelerinde yapı, renk ve patern özellikleri ile tanıya yaklaşım sağlanmaktadır.

Mikrobiyal kolonizasyon farklılığı ve zor bir bölge olması itibari ile mukozal alanların dermoskopik incelemelerinde, inceleme sırasında temas gerektirmeyen polarize dermoskopların kullanımı uygulamada ön planda yer alabilir. Ancak, polarize olmayan dermoskopların kullanımı düşünüldüğünde ise sterilizasyon ve lezyonların optimal optik görüntülerini sağlayabilmek için lezyon ve dermoskop camı arasına sırası ile şeffaf film ve ultrason jeli konulması önerilmektedir.<sup>2,3</sup>

Mukozal lezyonların klinik bulguları, koyu renk deri tipine sahip bireylerde koyu renk lezyonların izlenmesi gibi deri tipine bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir.<sup>4</sup> Mukozal alanlardaki olası pigmente lezyon tanıları arasında nevüs, nevoid olmayan melanositik maküller (mukozal melanozis), melanomlar, melanom ve diğer kanserlerin metastazları yer alırken, pigmente olmayan lezyonlar arasında molloskum kontagiozum, kondiloma akümünata, hemanjiom, liken sklerozis, Bowen hastalığı ve skuamöz hücreli karsinom sayılabilir. Kitabımızın bu bölümünde yukarıda belirtilen bazı hastalıkların dermoskopik kriterlerine yer verilecektir.

## PİGMENTE LEZYONLAR

### MELANOTİK MAKÜLLER (MUKOZAL MELANOZİS)

Melanotik maküller en sık görülen mukozal pigmente lezyonlardır ve selim karakterlidirler ancak klinik olarak mukozal melanom ile karıştırılabilmektedir.<sup>5,6</sup> Peutz-Jeghers veya Laugier-Hunziker gibi sendromlarda çok sayıda tespit edilmekle birlikte histopatolojik olarak melanositlerde hiperplazi olmaksızın görülen bazal keratinositlerde pigmentasyon ile karakterizedir.<sup>6,7</sup> Tek ya da çoklu yerleşim gösterirler ve çapları 1mm ile 1cm arasında değişebilir. Selim karakterde olup asimetrik karakterli, düzensiz sınırlı, büyük

çaplı ve renk farklılığı gösteren olgularda melanom ile karıştırılabilmektedir.<sup>4,8</sup>

### Dermoskopik Bulgular

Mukozal melanozisin dermoskopik incelemesinde farklı paternler tanımlanmıştır. “**Yapısız patern**”, “**paralel patern**” ve “**ağ benzeri patern**” ilk tanımlanan 3 major patern arasında yer alır.

Yapısız patern sıklıkla vulva, daha seyrek olarak dudak ve penil melanoziste izlenirken, paralel patern dudak melanozisinde ve ağ benzeri patern ise meme areolasında yer alan melanoziste ve vulvar melanoziste sık olarak bildirilmiştir.<sup>4,9</sup>

**Yapısız patern (Resim 11-1’den 11-3’e kadar)**, açık-koyu kahverengi yaygın bir pigmentasyon ile karakterize olup, bazen merkezi bir gri-mavi renk sergileyebilir.<sup>4</sup> Gri-mavi renk dermoskopide malignite ile ilişkili olduğundan kuşku eşliğini artırabilir.

Nadiren yapısız paterndeki yaygın pigmentasyon, yerleştiği mukozal alanın özel anatomik yapısına uyar şekilde, yani mukozal rölyeflerine dağıldığı için “kaldırım taşı benzeri patern” şeklinde gözlenebilir.<sup>4</sup>

**Paralel patern (Resim 11-4 ve 11-5)**, mukozanın doğal oluk ve kabarıklıklarının takip eden lineer bir pigmentasyondur.<sup>4</sup> En sık labial ve penil melanoziste<sup>4</sup> ve vulvar melanoziste görülür.<sup>10</sup>

**Ağ benzeri patern (Resim 11-6 ve 11-7)**: Melanositik proliferasyonlarda görülen pigment ağına benzer şekilde “bal peteği görünümü” sergiler. Bu nedenle tanıyı netleştirebilmek için biyopsi şarttır.<sup>4</sup>

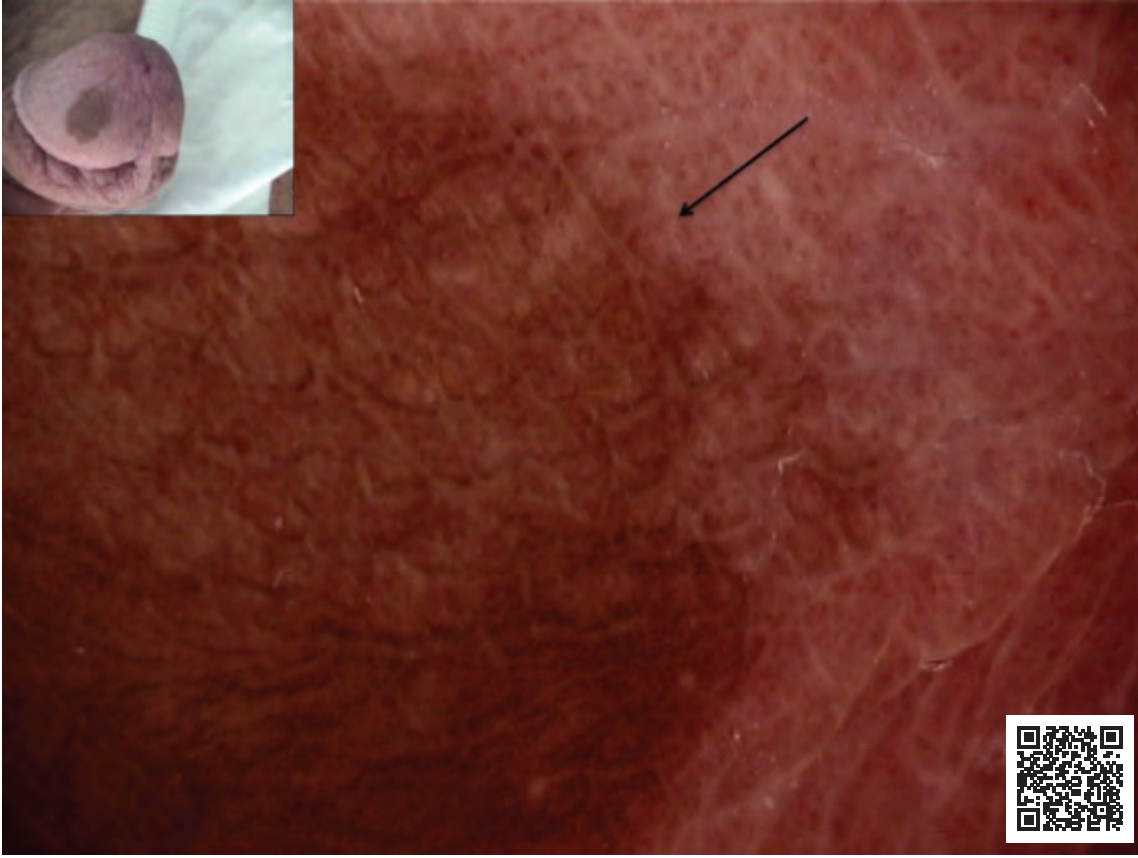
Sonuç olarak, mukozal melanozisin ana paternleri içerisinde yapısız patern (kaldırım taşı- benzeri görünüm dahil) ve ağ benzeri patern tespit edilen lezyonlarda, tanıyı doğrulamak amacı ile biyopsi önerilmektedir.<sup>10</sup>

Bunların yanı sıra “**halka benzeri patern**” (Resim 11-8 ve 11-9) bir diğer tanımlanmış paterndir. Hiperpigmente kenarlara sahip, beyaz-açık kahverengi, yuvarlak-oval yapılar olup, üzüm-benzeri bir dizilim gösterirler. Vulva melanozisinde en sık gözlenen paterndir ve özel görünümü nedeniyle melanozis tanısını koyduran dermoskopik bir ipucudur.<sup>10</sup>

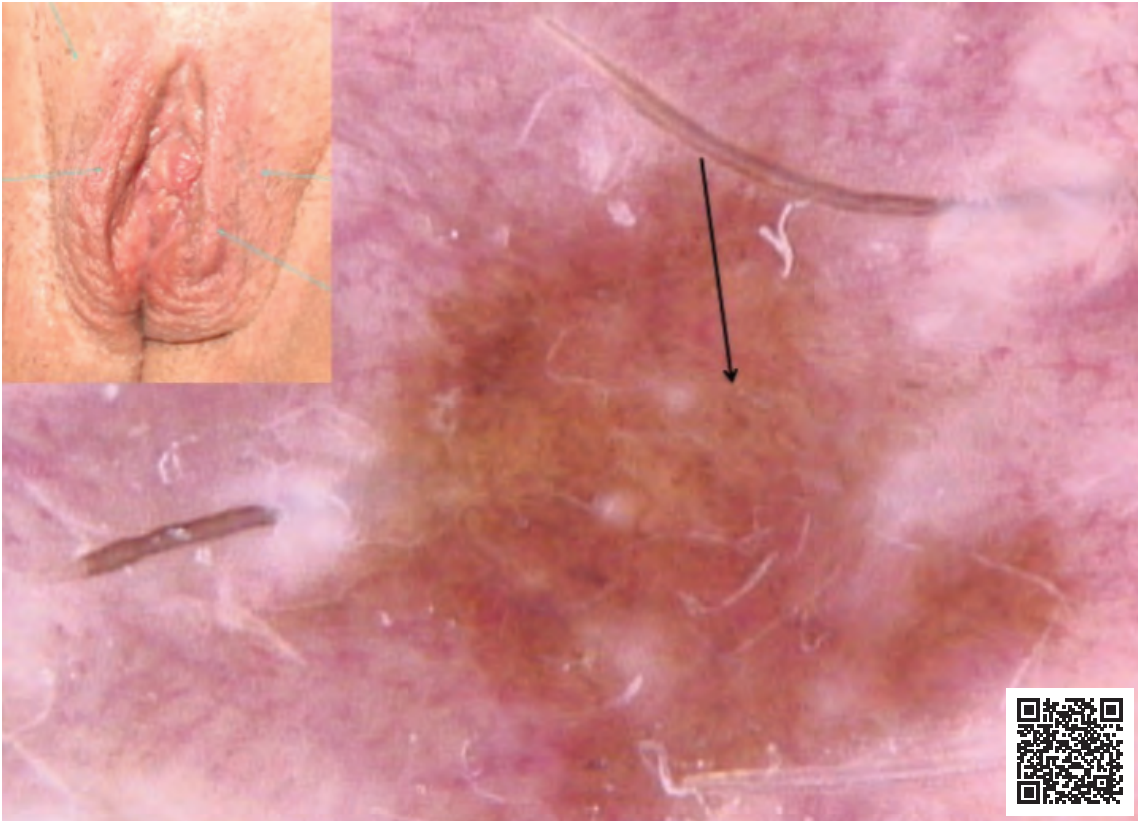
“Balık pulu benzeri ve hif benzeri paternler” ise histolojik benzerlikleri nedeniyle halka benzeri paternin varyantları olarak tanımlanmıştır.<sup>1</sup>

**Balık pulu benzeri patern (Resim 11-10’dan 11-12’ye kadar)**: “U” veya “V” harfi şeklinde, çok sayıda büklümlü yapılarla karakterize olup, labial melanoziste görülür.<sup>1</sup>

**Hif benzeri patern (Resim 11-13 ve 11-14)**: Bir fungus hifine benzer şekilde, farklı uzunluklarda, daha az kıvrımlı



**RESİM 11-1** ► Penil alanda klinikte gözlenen pigmente alanın tümünü kapsayan yapısız, kahverengi bir pigmentasyon (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF), Dermato-Onkoloji Birimi arşivinden).



**RESİM 11-2** ► Yapısız paternin en sık gözleendiği alan, vulvada yapısız, kahverengi bir pigmentasyon.

# Alopesilerde Trikoskopi

A. Tülin Güleç

Normal saçlı derideki terminal kıl gövdeleri kalınlık ve renk açısından benzer özelliktedir. İnce saç telleri bulunsa da, bunlar tüm saçların %20'sinden azını oluşturur, aksi halde minyatürizasyon söz konusudur ki, bu durum androjenetik alopeside (AGA) görülür.<sup>1</sup> Saçlı deride 1-4 adet saç teli içeren foliküler üniteler bulunur. Dörtten fazla kıl içerenler %5'den azını oluşturur.<sup>2</sup> Ayrıca boş foliküller, sarı noktalar, küçük beyaz noktalar, bal peteği görünümü, peripilar bulgu, skuamlar ve kir noktaları da görülebilir.<sup>2,3</sup> En sık görülen damar yapıları ise frontal saçlı deride noktasal, oksipital ve temporal bölgelerde ise dallanan damarlardır.<sup>4</sup>

## SKAR BIRAKMAYAN ALOPESİLERDE GÖRÜLEN TRİKOSKOPIK BULGULAR

### ANDROJENETİK ALOPESİ

Androjenetik alopesinin trikoskopik bulguları kadın ve erkek hastalarda benzerdir. Öte yandan, frontal bölgedeki

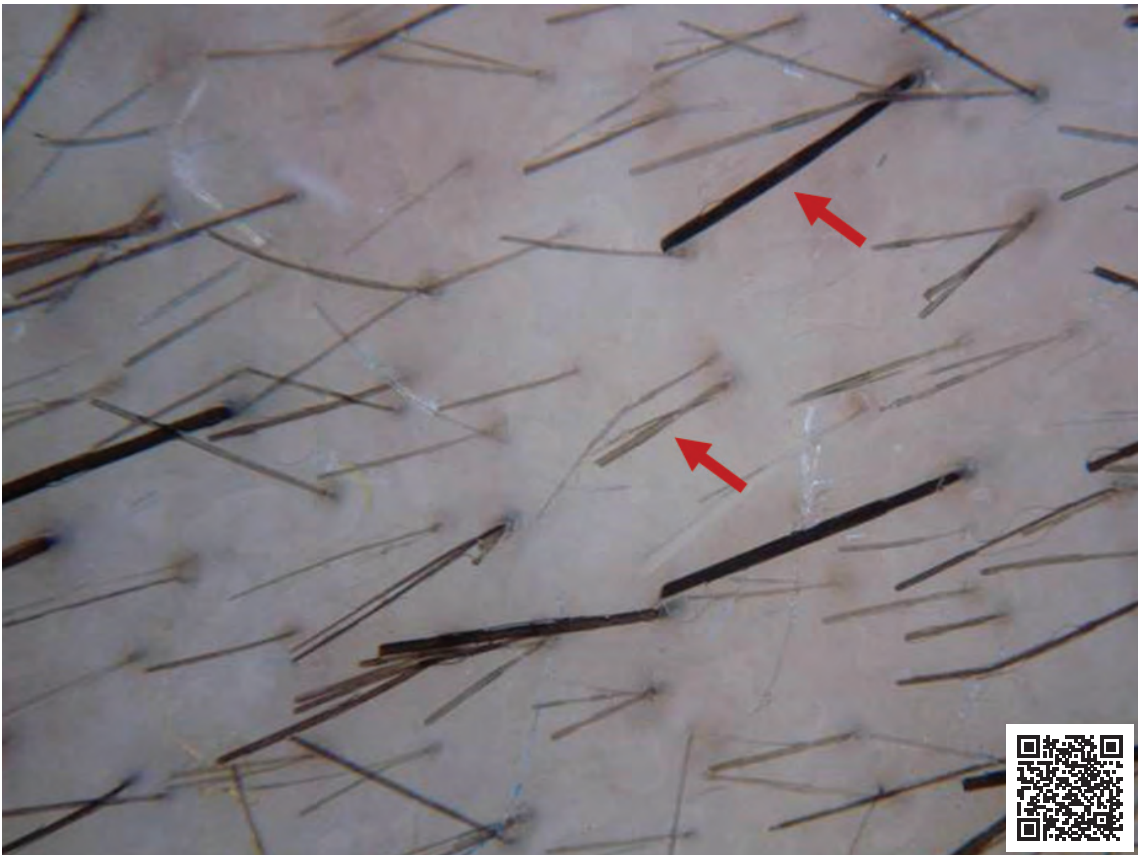
trikoskopik bulgular oksipital bölgeye göre daha belirgindir. Kıl foliküllerindeki minyatürleşme sonucunda ortaya çıkan *saç çapı farklılığının* saçlı derideki saçların %20'sinden fazlasında görülmesi AGA için tanı koydurucudur. Minyatürleşme AGA'da düzensiz dağılımlı olduğu için aynı bölgede farklı saç teli kalınlığına sahip kıllar bir arada görülebilmektedir.<sup>5,6</sup> Normal saçlı deride %10'dan az oranda görülen vellüs saçların oranı AGA'da artmıştır.<sup>3</sup> Ayrıca, normal saçlı deride çok sayıda folikülde 2-4'lü tutamlar halinde saç çıktığı görülürken, AGA'da tek bir saç teline sahip foliküler ünitelerin sayısında belirgin artma vardır. *Peripilar işaret*, folikül ağzını çevreleyen kahverenkli haleye verilen isimdir. Başlangıçta AGA için karakteristik kabul edilmişken, bazı araştırmacılar telogen effluvium (TE) ve normal saçlı deride de görüldüğünü bildirmiştir.<sup>3,6</sup> *Sarı noktalar*, alopesi aretadaki (AA) kadar sık olmasa da AGA'da da görülebilir.<sup>7</sup> *Boş foliküller* de sık görülen bir bulgudur. İleri evredeki AGA'da kronik güneş maruziyetine bağlı olarak *bal peteği pigment paterni* de sık rastlanan trikoskopik bir bulgudur.<sup>5</sup>



**RESİM 12-1** ► **Normal saçlı deri.** Normal saçlı deride 1-4 adet saç teli içeren foliküler üniteler (kırmızı ok) bulunur. İnce saç telleri (mavi ok) görülebilir ama bunlar tüm saçlı derinin %20'sinden azında görülür, aksi halde AGA aklı gelir. İnterfoliküler bölgede skuamlar (sarı ok) görülebilir.



**RESİM 12-2** ► **Normal saçlı deri.** Normal saçlı deride 1-4 adet saç içeren foliküler üniteler (kırmızı ok) bulunur. Kalınlık ve renk açısından benzer olan terminal saç tellerinin aralarında tek tük ince saçlar (mavi ok) görülebilir.



**RESİM 12-3** ► **Androjenetik alopeside saç çapı farklılığı.** Kıl foliküllerindeki minyatürleşme AGA'da düzensiz dağılımlı olduğu için aynı bölgede farklı kalınlığına sahip saçlar (kırmızı ok) bir arada görülebilir.



## Diğer Çeşitli Dermatozlar

Meltem Uslu

### LİKEN PLANUS

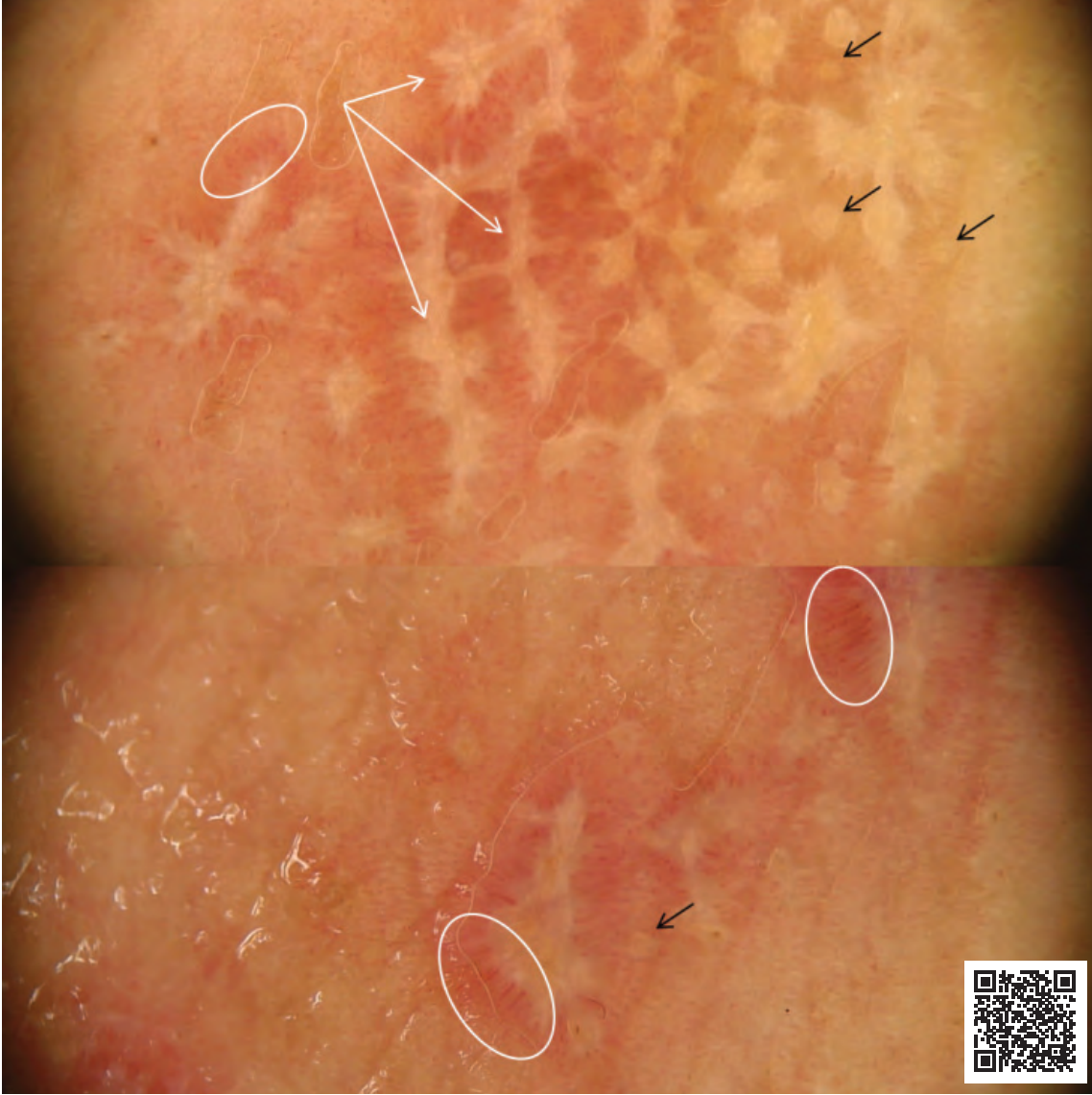
Louis-Fédéric Wickham 1895'te liken planus papülleri üzerinde, günümüzde Wickham striaları (WS) olarak bilinen beyazımsı çizgileri tariflemiştir.<sup>1</sup> Çeşitli konfigürasyonlarda olabilen bu karakteristik çizgiler pek çok hastada çıplak gözle belirgin olarak izlenmez. Geleneksel bir yöntem olan lezyon yüzeyinin yağ ya da alkol gibi bir sıvıyla ıslatılması, WS'in biraz daha görünür olmasını sağlar.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan dermoskopi ile liken planus için oldukça duyarlı ve spesifik olan, tanıya yardımcı WS çok daha açık seçik görülebilir, ek olarak damarsal yapılar da izlenebilir.<sup>2-4</sup> WS'a karşılık gelen polimorfik incimsi beyaz yapılar liken planusun dermoskopik patognomoniği olup bu konuda en fazla sayıda hastayla yapılmış olan Gungör ve ark.'ın çalışmasında klasik LP'da görülme oranı %89 bildirilmiştir. Bunu azalan sırayla akut generalize LP (%60) ve liken planopilaris (%40) izler. Liken planus pigmentozus inversus, aktinik liken planus gibi varyantlarda ise görülmesi beklenmez.<sup>5</sup>

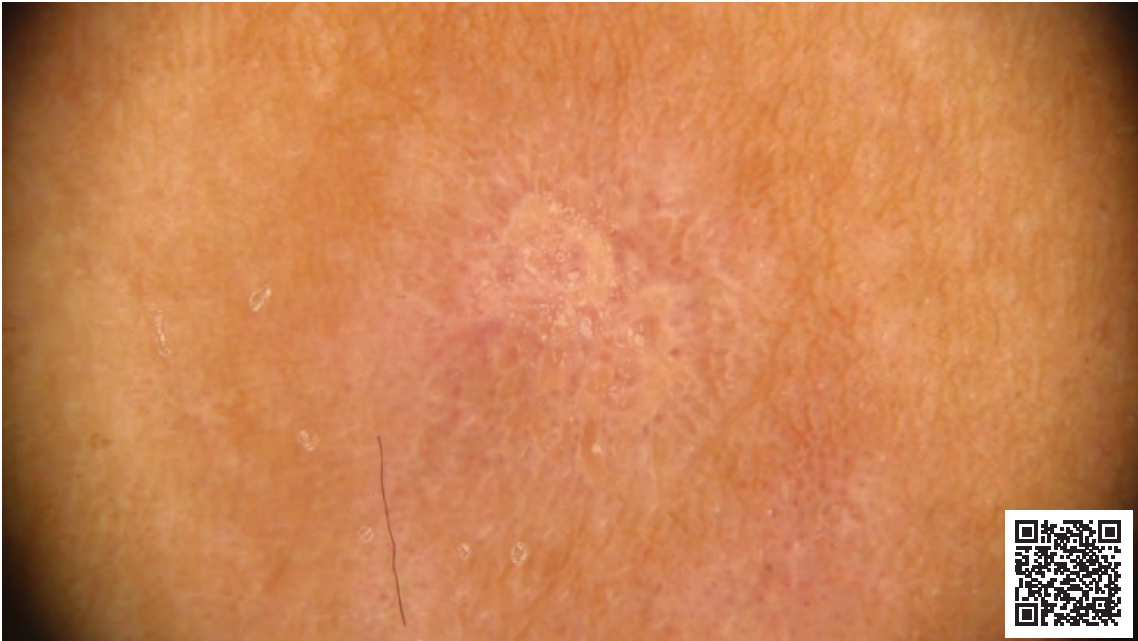
Aktif viyolase liken planus papül ve plaklarında karakteristik “**yuvarlak, çizgisel, retiküler**, ya da **anüler inci beyazı yapılar**” vardır. Bu yapılar ince, dikensi; tarak benzeri ya da kalın; ağaç dalları benzeri çıkıntılar gösterebilir, bazan bu çıkıntılar birleşerek beyaz stria ağını oluşturabilir (**Resim 13-1'den 13-3'e kadar**).

Son yıllarda kalınca çizgisel bir beyaz yapıdan lateralle olan daha ince çıkıntılar, “eğreltiotu yaprakları”na benzetilerek, “leaf venation patern=yaprak damarları paterni” şeklinde isimlendirilmiş, bu görünümün “kar kristali”ne de benzediği belirtilmiştir.<sup>6,7</sup> Ayrıca ışınal yayılan, globuler, mavi-beyaz tül benzeri beyaz yapılar WS alt tiplerine eklenmiştir (**Resim 13-1, 13-4c, 13-5 ve 13-6**).<sup>5,7</sup>

WS çevresinde genellikle lineer ya da noktasal damarlar, kırmızı globüller veya bunların kombinasyonları fark edilir.<sup>2-4,8,9</sup> Vasküler yapılar klasik LP hastalarının yaklaşık 1/3'ünde, akut generalize LP hastalarının çoğunluğunda, liken planopilaris hastalarının çok az bir kısmında görülür (**Resim 13.1-13.3'e kadar ve Resim 13.5-13.8'e kadar**).<sup>5</sup>



**RESİM 13-1** ► Kenarlarında küçük, ince, kısa çizgiler (dikensi çıkıntılar) olan kalın beyazımsı çizgiler izleniyor (tarak benzeri / eğreltiotu benzeri görünüm) (beyaz oklar). Üstteki resimde bu beyaz çizgiler birleşerek kaba bir ağ oluşturma eğiliminde. Üstteki resim sağ tarafta daha belirgin olan sarı globüller görülmekte (siyah oklar). Bu çizgilerin etrafında çok sayıda lineer damarlar mevcut (beyaz çemberler).



**RESİM 13-2** ► Retiküler Wickham strialarına, yaygın noktasal damarlar eşlik ediyor.



# Dermoskopi Atlası

Fezal Özdemir | Ercan Arca, Işıl Karaarslan, Mustafa Turhan Şahin

Bu atlasda kütanöz melanom ve diğer melanositik deri lezyonlarına, çeşitli keratinositik lezyonlar ve vasküler lezyonlara ait dermoskopik özellikler, tanı ve ayırıcı tanı açısından detaylandırılacak şekilde hazırlanarak sunulmuştur.

“**Dermoskopi Atlası**”, hemen tamamında klinik fotoğrafların da ilave edildiği, dikkatle seçilmiş, **794** adet dermoskopik görüntü içermektedir.

Baskıda, resimlerin orijinal hallerine eşdeğer olabilmesine özen gösterilmiş, yanısıra resimlere yerleştirilen **Karekod** yardımıyla, görüntüleri telefon veya tableten, **HD** kalitesinde izleme olanağı sağlanmıştır.

## Bu atlasda:

- Dermoskopik kriterlerin net olarak tanımlanması, görselleştirilmesi ve Türkçe’leştirilmesi ile öncelikle temel bilgilere yer verilmiştir.
- Sonrasında, spesifik deri lezyonlarının gövde ve ekstremitte yerleşimleri yanısıra yüz, saçlı deri ve palmo-plantar bölge gibi özel lokalizasyonlardaki dermoskopik özellikleri ele alınarak, saç, tırnak ve mukoza gibi deri eklerine ait lezyonların ve sık görülen çeşitli inflamatuvar/infeksiyöz dermatozların tanı ve ayırıcı tanısındaki dermoskopik özellikler ve ipuçları da işlenerek, tam kapsamlı bir içerik ortaya konmuştur.

Ana hedeflerden birisi olan güzel Türkçe’mizle hazırlanan orijinal bir atlas yaratma hedefine de ulaşılmıştır.

“**Dermoskopi Atlası**”ndan yararlanılarak ortaya konabilen, özellikle malign deri tümörlerine ait her erken tanı, atlasın oluşturulmasındaki emeği değerli kılarak, hem yazarlarımızın hem okuyucu meslektaşlarımızın armağanı olacaktır.



Genel Dağıtım

**Dünya Tıp Kitabevi**

Fidanlık Mahallesi Halk Sokak  
No: 24/1 Sıhhiye-Çankaya/Ankara  
Tel: (0312) 231 31 33  
info@dunyakitabevi.com



**Online Alışveriş**

www.dunyakitabevi.com

ISBN: 978-605-9615-15-0

