

Prekanseröz Hastalıklar ve Deri Kanseri

Ertuğrul H. AYDEMİR

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Kendileri selim nitelikli oldukları halde, seyirlerinin herhangi bir döneminde %10'un üzerinde kanserleşebilen hastalıklar "Prekanseröz Hastalıklar" olarak tanımlanır.

Çoğu durumda hastalar doğrudan bu yakınmalarla gelmeyip, diğer yakınmalarının muayenesi sırasında fark edildikleri için ve aynı başlık altında değişik hastalıklar bulunduğu için dünyanın hiçbir yerinde net bir sıklık vermek mümkün değildir. Fakat, deri kanserlerinde olduğu gibi Avustralya, Güney Afrika ve diğer tropik ve subtropik ülkelerde yaşayan beyaz tenli insanlarda çok rastlanır. Güneşli havasıyla övündüğümüz ülkemizde de prekanseröz hastalıklara sık rastlanılır.

Prekanserözlerin etyolojileri deri kanserleri ile aynıdır. Prekanserözler ve deri kanserlerinin etyolojik faktörlerini tablo I. de görmekteyiz (Kalıtım faktörünü hepsinde var sayıyoruz)

Tablo 1: Prekanserözler ve deri kanserlerinin etyolojik faktörleri

1	Ultraviyole
2	Radyasyon
3	Isı
4	Travma
5	Kimyasallar
6	Enfeksiyonlar

Tablo 2: UVA ve UVB kıyaslaması

	UVB	UVA
Enerji	1000	1
Dünyaya ulaşan oran	1	20
Penetrasyon	Epidermis	Retiküler Dermis
Yoğun Mevsim	Yaz	Her mevsim
Yoğun Saat	11-13	Güneşin olduğu her saat
Bulut	Çok az geçer	Geçer
Cam	Geçmez	Geçer

Ultraviyole: UV deri kanserlerinin en önemli oluşum nedenidir, neredeyse %90 veya üzerinde etkilidir. UVC atmosferde tutulduğu için yeryüzüne ulaşamaz. UVB ve UVA çok etkilidir. UVB doğrudan DNA tarafından tutulur ve doğrudan DNA hasarı yapar. UVA diğer kromoforlar tarafından tutulur ve serbest radikaller aracılığıyla DNA hasarı yapar.

Deri kanseri ve prekanseröz gelişimi için her yaşta alınan UV çok önemli olmakla birlikte, ilk 10 yaşta alınan enerji miktarı ve yaşanan güneş yanıkları çok fazla etkilidir ve bu ilk 10 yaşta korunma çok daha önemlidir.

UV etkisi kendisini iki şekilde gösterir:

- Kümülatif etki: Yaşam boyu alınan toplam doza bağlı etkidir. Özellikle epidermal prekanserözler ve BHK ve SHK için etkilidir.
- Ani yüksek doz etkisi: Kısa sürede, yanık yapacak ölçüde yüksek doz UV alınması ise daha çok MM gelişimini tetikler.

UV ışınlarından korunmanın en önemli yolu giyinme- dir. Sık dokulu ve kuru bir giysi, çok iyi koruma sağlar (Koyu renk daha iyi). Şapka, gölge vb, yaklaşık %50 koruma sağlar, bu nedenle çok fazla güvenilmemelidir. UVB ve UVA'yı tutan iyi bir gün perdesi giysiler dışında kalan alanlar için çok yararlıdır. SPF (güneşten koruma faktörü) 15-25 arası normal sağlıklı bir insan için yeterlidir. Güneşe çıkmadan 20-30 dakika önce ve tüm açıkta

kalan alanlara homojen olarak sürülmelidir. Normal gündelik yaşamda (el ve yüz koruması için) 4 saate kadar koruma sağlar, denizde ve plajda ise 2 saatte bir yeniden sürülmelidir.

Prekanserozler

1. Soler(Aktinik) Keratoz (BHK,SHK)
2. Deri Boynuzu (SHK)
3. Aktinik Keilitis (SHK)
4. Kseroderma pigmentozum (BHK,SHK)
5. Lökoplazi (SHK)
6. Kronik radyodermatit (SHK,BHK)
7. Eritema kalorikum (SHK)
8. Sikatrisler (SHK)
9. Kronik ülser ve fistüller (SHK)

(BHK: Bazal hücreli karsinom,SHK: Spinal hücreli karsinom).

İlk üç tablo kümülatif UV etkisiyle oluşur, normal koşullarda yaşayanlarda 40-50 yaş sonrası, küçük yaştan ve yoğun güneş altında (Çiftçi, inşaat işçisi, balıkçı vb) yaşayanlarda ise 30-35 yaşlarında ortaya çıkar. %90 üzerinde yüzde sonra el sırtları ve diğer alanlarda yerleşirler. Ortak özellikleri hepsinin atrofik, kuru ve lekeli, yaşlı derisi diye adlandırığımız güneş hasarlı bir zeminden gelişmeleridir.

Aktinik keratoz, elle dokununca rende hissi veren hafif keratozik bir yapıya sahiptir, rengi yer yer gri kahverengimsi, yer yer kırmızımsıdır ve sınırları net değildir. Aktinik keratoz, seboreik keratoz, soler lentigoyla karışabilir. Deri boynuzu, yaklaşık 0.5-1cm çaplı grimsi veya kirli sarı, değişik uzunlukta olabilen keratinize bir çıkıntıdır ve genellikle tektir, karışabileceği tek yapı verrukalar olabilir. Aktinik keilitis alt dudakta beyaz, sert, yapışık bir tabaka şeklindedir ve dudak ısırma ile oluşan travmatik keilitisle karışabilir.



Resim 1: XP

İyi bir güneşten koruma kendiliğinden gerilemeye neden olabilir. 6 ayda düzelme olmazsa tedaviye başlanır. Soler keratozda yerel ilaçlar (5 FU, retinoik asit, imiquomod, diklofenak sodyum), cerrahi, kriyoterapi, elektroterapi düşünülebilir. Aktinik keilitisde de yereller dışındaki seçenekler etkilidir. Deri boynuzu içinse cerrahi çıkarma en uygunudur.

Kseroderma Pigmentozum otozomal resesif geçişli bir kalıtsal hastalıktır. Güneş etkisiyle hızla kötüleşir ve tedavi edilmezse %100 kanserleşir. Akraba evlilikleri nedeniyle ülkemizde gündemden düşmemektedir. 3-4 yaşlarda yüzde atrofi, lekeler, yukardaki UV kökenli prekanserozler çok sayıda görülür. 5 yaş civarında deri kanserleri kendini gösterir. Eğer korunmaz ve tedavi edilmezse 15-20 yaş arasında hastalar kaybedilirler.

Lökoplazi: Mukozaların prekanserozüdür. Ağız mukozası ve kadın genitalindeki mukoza alanlarında görülür. Etiyolojisinde iyi oturmamış protezler ve kötü ağız hijyeni nedeniyle oluşan mekanik travmalar ön planda yer alır. Kimyasal travma olarak katkısı yüksek oranda olmasa da tütün çığnemenin söz edilebilir. Kronik ısının burada pek yeri yoktur. Enfeksiyonlardan kronik kandidiyazis lökoplazi nedeni olabilir. Ayrıca liken planusun da ağız lezyonları lökoplaziye dönüşebilir. Sigara tek başına lökoplazi oluşturmaya da iyi bir ko-faktördür ve diğer faktörlerin varlığında süreci hızlandırır ve SHK gelişimini de kolaylaştırır. Ayırıcı tanıda lökokeratozlar, kandidiyazis, liken planus, sifiliz plak müközleri düşünülmelidir. Tedavide etyolojik faktör devreden çıkarılırsa kendiliğinden gerileme olabilir, ayrıca elektroterapi, kriyoterapi ve cerrahi girişim olabilir.

Kronik Radyodermatit: Radyasyondan 5-20 yıl sonra ortaya çıkar, %20-30 kanserleşme riski vardır. Deri atrofik, buruşuk, ortası sklerotik, ağ şeklinde veya benekli,



Resim 2: Eritema kalorikum

alacalı pigmentasyonlu bir plaktır. Yanık sikatrisleriyle ve eritema kalorikumla karışabilir. Tedavide tek seçenek bütün alanı çıkarmaktır. Yakın takiple ömür boyu izleme de yapılabilir.

Eritema Kalorikum: Küçük elektrikli veya gazlı ısıtıcıları derilerine çok uzun süre yakın tutan kişilerde görülür. Özellikle bacakların alt yan kısımlarında sık rastlanır. İki kaynağından uzaklaşma yeterlidir.

Sikatrisler: Deri üzerinde 10-20 yılını tamamlamış her türlü sikatris prekanseröz özellik kazanabilir, fakat yanık sikatrisleri ve lupus vulgaris sikatrisleri en sık neden olanlardır.

Özel bir tedavi yoktur.

Kronik Ülser ve Fistüller: Yine deri üzerinde 10-20 yıl eskimiş her türlü ülser ve fistül prekanseröz nitelik kaza-



Resim 3: Aktinik Keratoz



Resim 4: Deri boynuzu



Resim 5: Kronik radyodermi

nır. Derin mantarlar, aktinomikozlar ve osteomyelitlerin fistülleri, variköz, diyabetik ülserler bu grupta sayılabilir. Bunlar için takip dışında bir şey yapılamaz.

Malin Melanom Prekürsörleri

Malin Melanoma dönüşebilen hastalıklar Malin melanom prekürsörleri olarak anılırlar. Bu tanım içerisinde iki tablo vardır: Nevuslar ve Lentigo malin.

Nevuslar

Melanositlerin kümeleşerek oluşturdukları renkli lezyonlar nevus (ben) adını alırlar ve bunların genel olarak %1 oranında melanoma dönüşme tehlikesi vardır. Nevuslar doğumsal ve edinsel olarak iki şekilde oluşabilirler ve risk her iki grup için de aynıdır. Doğumsal nevuslar Basit ve Dev Nevuslar olarak ikiye ayrılır. Basit nevuslar doğumda hemen hemen herkesde birkaç tane bulunabilen, 0.5 cm.den küçük ve düzgün nevuslardır ve bunların melanoma dönüşme şansları %1'dir. Dev doğumsal nevuslar ise 15 cm.nin üzerindedirler ve melanoma dönüşme riskleri %10-15 gibi yüksek bir orandır. Aradaki boyutlarda risk kademeli olarak artar. Edinsel nevuslarda ise yine 0.5 cm'in altında ve düzgün yapılı Basit tipin %1 riski varken, 0.6 cm'in üzerinde ve renk ve şekil düzensizliği gösteren Displastik Nevuslar vardır ki bunların melanoma dönüş riski %5-6 civarındadır. Edinsel nevuslar UV etkisiyle, özellikle güneş yanıklarından sonra artış gösterirler ve melanoma dönüş riskleri de artar.



Resim 6: Lentigo malin



Resim 7: Displastik nevus

Lentigo malin

Lentigo malin genellikle 40-50 yaş üzerinde ortaya çıkan, genellikle yüzde yerleşen, açık kahverengiden siyaha kadar değişik renkleri bir arada bulunduran maküler yapılarıdır. Kronik UV etkisiyle gelişirler ve melanoma dönüş riskleri %10-15 civarındadır.

Deri Kanseri

Deri kanserleri dünyanın pek çok ülkesindeki en yaygın kanser tipleridir. Bazal hücreli karsinom (BHK) ve Spinal hücreli (epidermoid, skuamöz hücreli, yassı epitelyum hücreli) karsinoma (SHK) en sık görülen deri kanserleridir. Son 20-30 yılda lenfomalar dahil tüm deri kanserleri artmıştır. 1930'lerden bu yana nonmelanom deri kanserleri ve melanomanın her 10 yılda 2 kat arttığı bildirilmiştir ve giderek daha genç yaşlara gelmektedirler.

Bazal Hücreli Karsinom (BHK)

Tanım: Kaynağını deri eklerinden, özellikle kıl kökü çevresindeki epitelden alan, pratik olarak metastaz yapmayan ve en sık rastlanan deri kanseridir.

Epidemiyoloji: Dünyanın her yanında yaygındır. Genel sıklığı değişken olmakla birlikte %0.2-0.8 gibidir. Derileri güneş ışığı görme imkanı olan, çoğunlukla beyaz, açık tenli toplumlarda en sık gözlenen kanserdir. En sık deri kanseri olup SHK'nın 4 katı kadardır. Genellikle 50 yaş üzerinde ortaya çıkar, erkeklerde daha fazladır. Önceki güneş yanıkları olarak tanımlanan aralıklı yoğun güneş maruziyeti; radyasyon tedavisi; ailede BHK hikayesi

pozitifliği; immünsupresyon; açık ten, bilhassa kızıl saç ve kolay güneş yanığı (cilt tipi I veya II) ve çocuklukta bülüll güneş yanığı BHK gelişimi için risk faktörleridir. Kümülatif etkiden çok, aralıklı yüksek dozların etkili olabileceği söylenmektedir. %90 civarında yüz yerleşimi görülür. Mukozalarda hiç görülmez ve palmoplantar bölgede de sıfır gibidir. El sırtında SHK, BHK'nın üç katı daha siktir.

Etyoloji: Genetik faktör bir yana bırakılırsa, UV (%90<)en önemli etkendir, travma da kolaylaştırıcı olabilir.

Klinik: Genellikle 50 yaş üzerinde ve erkeklerde daha fazla görülür. %90'ın üzerinde yüz yerleşimi görülür. Göz iç açıkları, yanaklar, alın, kulaklar en çok sevdiği alanlardır. Daha sonra gövde ve ekstremiteler gelir. Avuç içi, ayak tabanları ve mukozalarda hiç görülmez. Prekaneröz lezyonlar üzerinde çok görülmez, büyük çoğunluğu normal görünen güneş hasarlı deride ortaya çıkar. Çok yavaş ilerler. İlk başlangıç şekli genellikle 3-4 mm çapında deri rengi-pembemsi parlak papüllerdir ve bu yapı bir inci tanesini andırır. Yaklaşık 6 ay kadar sonra 1 cm çapına vardığında farklı klinik yapılar oluşturur:

En sık görülen tipi nodülo-ülseröz tipidir. Çevresi deriden kabank, sert ve infiltrate, yer yer incimsi parlaklığı taşıyan bir yapıda olup, ortası hafif erode ve skuam ve krutlu olabilir. Bu tip metastaz yapmamakla birlikte tedavi edilmezse sürekli doku yıkımı yaparak ilerler ve tedavisi çok zor durumlara gelebilir. Nodüler tip ise birincil lezyonun iri bir kopyası gibidir.

Parlak gergin, deri rengi, sarımsı veya pembe üzeri parlak ve telenjiyektazik yapıdadır. On yılın üzerinde tedavisz



Resim 8: BHK pigmentli



Resim 10: BHK nodüler



Resim 9: BHK nodüleülseröz



Resim 11: BHK pigmentli yüzeyel

bırakılmazsa ülserleşme eğilimi çok azdır. Yüzeysel tip ise genellikle sırt, omuzlar başta gövdede yerleşir. Periferi çok hafif kalkık ve ortası hafif erode, üzeri skuam krutlu bir yapıdadır. Bu tipin de ülserleşme eğilimi çok çok azdır. Son tip ise Sklerotik tip olup çok ender görülür. Bu tipin özelliği tedaviye dirençli, nüks olasılığı yüksek ve metastaz yapma eğiliminde olmasıdır. Yayınlanmış yüzün üzerinde metastaz vardır. Bütün tiplerin üzerinde farklı bir özellik olarak pigmentasyon görülebilir ve renk siyah veya siyaha yakın olabilir.

Ayırıcı tanı: Nodülo-ülseröz tip spinal hücreli epitelyoma ve keratoakantoma ile, nodüler tip, fibromlar, dermal nevuslar, kistler vb ile çok karışır. Yüzeysel tipte seboreik keratoz, soler keratoz, DLE, düşünülmelidir. Pigmentli tip, özellikle nodüler ise malin melanomu çok taklit eder.

Mortalite düşük olup SHK'ya göre daha ileri yaşlarda görülür. SHK ölüm oranından 12 kat daha azdır (yüzbinde 0.12). Beyaz erkeklerde, ileri yaşlarda daha fazladır.

Tedavi: Cerrahi tedavi ilk seçenek olup, kesin sonuç verir. Sklerotik tipte ise yalnızca cerrahi tedavi uygulanır. Bir cm'in altındaki lezyonlarda sıvı azotla "Kriyoşürji" yararlı bir seçenektir. Bu iki tedavinin dışındakilerde radyoterapi çok başarılıdır.

Spinal Hücreli Karsinom

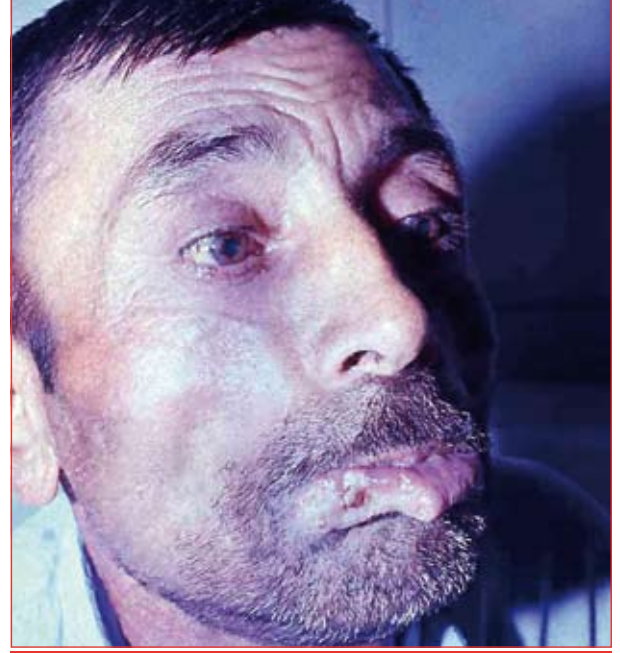
Tanım: Kaynağını bazal ve spinal tabakadaki keratinositlerden alan, hızlı ilerleyen ve 2-3 yıl içerisinde metastazlarla ölüme neden olabilen bir deri kanseridir. Tablo aynı zamanda epidermoid karsinom, yassı epitel hücreli karsinom, boynuzsu (skuamöz) hücreli karsinom adlarıyla da anılır.

Epidemiyoloji: Dünyanın her tarafında yaygındır, beyaz ırkta ve güneşli ülkelerde siktir ve deri kanserlerinin en yaygın ikinci formudur. Yaklaşık rastlanma oranı %0.1, ömür boyu çıkma riski ise %15 gibi gibidir. Son 20-30 yılda, yıllık %3-10 artış bildirilmiştir. Açık tenli ve açık renk gözlü, kızıl saçlı insanlarda ve ileri yaşlarda daha siktir. Derideki SHK vakalarının çoğu UV tarafından indüklenmiştir. Kronik, uzun süreli güneş maruziyeti major risk faktörüdür ve güneşe maruz kalmış alanlar (yüz, saçlı deri, boyun, el sırtı) favori yerlerdir. Doz artımı SHK'yı BHK'dan daha çok etkiler, ekvatora yaklaştıkça SHK daha çok artar.

Etyoloji: Genetik yatkınlık devre dışı bırakılırsa UV %90 etkilidir, ayrıca radyasyon, enfeksiyon, travma vb ana etken veya tetikleyici olabilir. Prekanseroz yapıdaki tabloların hepsinin üzerinde gelişebildiği gibi güneş hasarlı fakat normal görünen deride de çıkabilir.

Klinik: Genellikle 50 yaş üzerinde ve erkeklerde (2-4/1 gibi) biraz daha fazla görülür. En sık yerleşim %70-80 civarında baş ve yüzdür. Bunu mukozalar izler, daha sonra ekstremiteler ve gövde gelir. Koyu renklilerde güneş etkisi olmadığı için değişik alanlarda görülebilir, kronik travma vb etkili olabilir. Başlangıç küçük bir tümöral kitle şeklinde olup, çoğunda hızla ülserleşerek sürer, az bir kısmı kitle yapısını sürdürür. İki-üç ay içinde 1 cm çapına ulaşır. Çok spesifik bir klinik görünümü yoktur.

En sık görülen tipi ülseröz tiptir. Bu tip klasik başlangıç şekline uzaklaşmadan büyür ve ülser derinleşir. Yaklaşık bir yıl civarında önce en yakın lenf bezleri olmak üzere metastazlar başlar. Tedavi edilmezse iki sene civarında ölüme sonuçlanır. Mukozalarda yerleşenlerin hepsi bu tiptendir ve çok agresif seyredir. Verrüköz Karsinom adı verilen tip, kitle şeklinde, bazen üzeri fistüllü, erozyonlu enflamatuvar bir kitle şeklindedir. Bu tip de tedavi edilmezse metastazlarla ölüme gider. Bir başka tipse vejetan tiptir. Seyrek görülen bu tip genellikle kro-



Resim 12: SHK



Resim 13: Yanık zemininde SHK

nik ülser ve fistül ağızlarında görülür. Kırmızı ve vejetan görüntü çok kötü bir görünüm verse de metastaz yapma olasılığı zayıftır. Kulak, dudak ve genital yerleşimde risk daha fazladır. Yıllar içinde sayının artışına karşın, melanomda olduğu gibi bunda da hastalığa bağlı ölümler aynı oranda artmamaktadır, hatta kısmen azalmadan da söz edilebilir.

Ayarıcı tanı: Ülseröz tip BHK'nın noduloülseröz tipi ve keratoakantoma ile verrüköz karsinom, derin mantar hastalıkları, tüberküloz ülserleri, aktinomikoz gibi enfeksiyon hastalıklarıyla, vejetan tip ise kondiloma akuminata ile karışabilir.

Tedavi: Erken cerrahi tedavi hayat kurtarıcıdır. Primer lezyon düzeyinde iken çıkarılırsa sonuç yüzde yüze yakındır. Aynı dönemde cerrahi uygun değilse, radyoterapi de çok iyi sonuç verir. Metastaz yaparak ölüme neden olabilen bir deri kanseri olduğu için, başka tedaviler denenmelidir. Metastaz durumunda seyir çok agresifleşir ve radyoterapi, kemoterapi vb. yollar denenebilir.

Malin Melanom

Tanım: Kaynağını melanositlerden alan, çok hızlı ilerleyen ve metastazlarla 1-3 yılda ölüme neden olan çok habis bir deri kanseri tipidir.

Epidemiyoloji: Dünyanın her tarafında yaygın, beyaz ırkta ve güneşli ülkelerde sık görülen bir hastalıktır. Dünyada artan bir sıklıkta görülmektedir. Tüm deri kanserlerinin yaklaşık %4'ünü oluştururken deri kanserine bağlı ölümlerin %80'ini oluşturur. Koyu renkli ırklarda sık görülmez ve bu kişilerde akrall lezyonlar daha sıktır. Beyazlarda risk, zencilere ve Asyalılara göre 15 kat kadar daha fazladır. Genellikle her iki cinste eşittir ve genç erişkin yaşlarda

(20-50) görülür. Ortalama tanı yaşı 52 olup, 40 yaş altında kadınlarda, yukarısında erkeklerde daha fazladır. Puberteden önce melanom insidansı düşüktür. Çocuklarda nadir görülür ve çoğu konjenital dev nevuslardan köken almaktadır. Günümüzde malin melanoma güneşlenme alışkanlıklarına bağlı olarak artmış durumdadır.

Etyoloji: UV yine en önemli etkidir, yalnız burada toplam etkiden çok ani, yanık yapacak derecede güçlü yüksek doz UV daha etkilidir. Lentigo malin ve üzerinde gelişen melanom (LMM) ise kümülatif etkiyle yakından ilgilidir. Ayrıca travma tetikleyici olabilir. Çok sayıda, büyük ve düzensiz nevusları olanlarda risk daha fazladır.

Klinik: Başlangıç ya normal görünen deriden (%60-65), ya nevuslardan (%30-35), yada lentigo malin üzerinden (%5) olur. Normal deri üzerinden olan gelişmelerde, birden ortaya çıkan 3-4 mm çaplarında siyah bir lezyon vardır. Hasta çok dikkatli bir gözlemci değilse, özellikle de lezyon gözden uzak bir alandaysa fark edilmesi çok zordur ve yakalandığında genellikle vertikal büyüme vardır. Nevusların üzerinde gelişenlerde ise nevusta bir iki ay gibi kısa bir zamanda hızlı değişiklikler değişimin göstergesi olabilir. En önemli değişiklikler boyut, renk ve şekil değişiklikleridir. Bunların dışında kalan her türlü hızlı değişiklik de (yüzeyde kabalaşma, çevrede enflamasyon vb) uyarıcı olmalıdır. Ne şekilde başlasa başlasın Bu hızla ilerleyerek 2-3 ayda 1 cm çapına ulaşır. En sık görülen tipi olan YYMM (yüzeyel yayılan malin melanom), çok uzun olmayan (15-60 gün) bir in situ döneminin olmasıdır. Bu dönemde yakalanabilirse hastanın kurtulma şansı yüksek olacaktır. Sıvr ve renk asimetrisi olan, düzensiz, krem renginden siyaha kadar farklı renkleri taşıyan bir görünümü vardır. İkinci sırada sık görülen nodüler tiptir. Bu tipte zeytin siyahı bir nodül karakteristiktir ve bu boyuta geldiğinde vertikal büyüme



Resim 14: MM



Resim 15: MM

fazında olması kaçınılmazdır. Akral tip tırnak altı, avuç içi, ayak tabanı ve saçlı deri yerleşimlidir ve seyri ve şekli nodüler tipe benzer. LMM'de ise LM üzerinden düzensizleşme veya nodüler genişleme şeklinde görülebilir. İn situ fazı 6 ay veya daha uzun sürerek hasta ve hekime iyi bir şans vermektedir.

Bu dönemde tedavi edilmezse, 6 aydan sonra önce bölgesel lenf bezlerine olmak üzere metastazlar başlar. Daha sonra organ metastazları görülür, karaciğer, akciğer, beyin, göz, deri sık tutulan organlardır.

Melanom sıklığındaki artış, genel olarak melanomdan ölümdaki artışlara yansımamaktadır, çünkü erken yakalanan melanom sayısı çok artmaktadır. Şu anda bir çok ülkede bir dönem artışlardan sonra bir düzleşme ulaşmış gibi görünmektedir. Ölüm oranı yaşlı erkeklerde ve beyaz ırkta daha fazladır.



Resim 16: MM



Resim 17: MM



Resim 18: MM

Tedavi: MM için tek bir tedavi seçeneği önemlidir: Erken cerrahi tedavi. İn situ fazda veya derinliği 1 mm altındayken yakalanıp çıkarılması prognozu çok olumlu yönde etkileyecektir. Kemoterapi yalnızca metastazlı hastalarda kullanılır, metastaz yoksa kesinlikle kullanılmamalıdır, bu hastalarda immünoterapiden de destek alınabilir. İmmünoterapinin metastazsız hastalardaki yeri ise henüz netleşmemiştir. Primer melanomun çıkarıldıktan sonraki takibi genel deri muayenesi ve sistemik muayene olarak bir dermatolog tarafından yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Nemlioğlu F, Or N. Nevuslar. *Dermatoloji'de Yaz*. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. Nobel Tıp. 1994: 610-30.
2. Aydemir EH, Kaner G: Prekanserozler ve in situ karsinomlar. *Dermatoloji'de Yaz*. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH, Baransü O. Nobel Tıp. 1994: 643-51.
3. Eide MJ, Weinstock MA, Epidemiology of skin cancer. *Cancer of the Skin*. Rigel DS, Friedman RJ, Dzubow LM et al. Elsevier, Philadelphia. 2005: 47-61.
4. James WD, Berger TG, Elston DM. *Andrew's Diseases of the Skin*. 10. Baskı. 2006: 581-703.
5. Dlugosz AA, Yuspa SH. Carcinogenesis chemical. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 110: 986-95.
6. Grossman D, Leffel DJ: Squamous cell carcinoma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 114: 1028-36.
7. Brash DE, Heffernan T, Nghiem P. Carcinogenesis UV radiation. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 112: 999-1006.
8. Or N, Kotoğyan A Habis tümörler. *Dermatoloji'de Yaz*. Tüzün Y, Kotoğyan A, Aydemir EH ve ark. Nobel Tıp. İstanbul. 1994: 652-84.
9. MacKie RM, Quinn AG, Non-Melanoma skin cancer and other epidermal skin tumours. *Rook's Textbook of Dermatology*. Eds. Burns T, Breathnach S et al. 7.Baskı.Blackwell, Massachusset. 2004; Vol: 2: 36
10. Paek SC, Sober AJ et al. Cutaneous Melanoma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 124: 1134-9.
11. Carucci JA, Leffel DJ. Basal cell carcinoma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 115: 1036,1042,1140.
12. Duncan KO, Geisse JK, Leffel DJ: Epithelial precancerous lesions. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 113: 1007-25.
13. Buset-Seguín N, Lebe C, Proby C, Storey A. Oncogenes tumor suppressor genes and viral carcinogenesis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI et al. 7. Baskı. 2008. Vol 1, Ch. 111: 995-8.
14. Rigel DS: *Cancer of the Skin*. Elsevier Saunders. Philadelphia 2005.
15. MacKie RM. Disorders of the cutaneous melanocyte. *Textbook of Dermatology*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths G. Blackwell. Massachusetts. 2004; 2.cilt Bölüm 38: 1-39.