

1. GİRİŞ

Melanositik proliferasyonda temel hücre olan melanositler genellikle keratinositler ve fibroblastlardan ayrı tek dallanmış hücrelerdir. Melanositlerin lokalize proliferasyonu benign veya malign melanositik neoplasmlar oluşturur. Melanositlerin benign tümörleri genel olarak “melanositik nevüsler”, malign tümörleri ise “malign melanom” olarak adlandırılır. Bu lezyonların hücreleri “nevüs hücreleri” veya “melanoma hücreleri” olarak adlandırılır.

Melanositik lezyonlar malign melanoma sebep olmaları açısından önem taşır. Son zamanlarda melanoma insidansı dramatik olarak artmaktadır. Ancak, muhtemelen erken teşhise bağlı olarak mortalite, insidansa göre daha yavaş artmaktadır. Melanomanın insidansında, güneş ışığına maruz kalma ve deri hassasiyetine bağlı olarak önemli coğrafik farklılıklar bulunur. Dünyada insidans Avustralya tropiklerinde en yüksektir. Fakat diğer tropik ülkelerde yaşayanların deri hassasiyetlerinin daha az olması sebebiyle buralarda insidans çok düşüktür.

Benign melanositik nevüsler ve malign melanom ortak etiyolojik faktörlere bağlı ortaya çıkar. Daha fazla güneş gören bölgelerde yaşayan deri hassasiyetine sahip kişilerde daha yüksek sıklıkla ortaya çıkar. Kozmetik görünüm dışında, nevüsler malign melanom ile ilişkili olarak primer önem taşır. Dolayısıyla, nevüsler malign melanomu taklit etmeleri, potansiyel malign melanom öncülleri ve artmış malign melanom riskinin göstergesi olması nedeniyle önemlidir. Çünkü nevüslerin hem histolojik hem de klinik olarak malign melanomdan ayırt edilmesi önemlidir (1).

Toplumda oldukça sık rastlanmasına rağmen bugüne kadar melanositik nevüslerin insidans ve klinik özellikleri açısından ancak sınırlı sayıda kitle çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda edinsel melanositik nevüslerin sayı ve tiplerinin yaşam boyunca değişikliğe uğradığı görülmüştür.

Melanositik nevüslerin doğal seyri olarak kabul edilen bu süreçte etkili olan faktörler tam olarak bilinmemektedir. Kadın ve erkekte, farklı lokalizasyon ve yaş gruplarında melanositik nevüslerin çok farklı özellikler sergilediği bildirilmektedir. Melanositik nevüslerin ortaya çıkışları, sayıları ve melanoma ile olan ilişkileri konusunda etkili olabilecek pek çok faktör

üzerinde durulmuştur. Farklı ülkelerde farklı ırk ve deri tipi özelliklerine sahip bireyleri konu alan çalışmalar melanositik nevüs oluşumunda; genetik faktörlerin, hormonların ve ultraviyole başta olmak üzere çevresel etkilerin rolü konusunda çelişkili veriler ortaya koymuştur (2).

Türk insanı; deri tipi, ultraviyole duyarlılığı, yaşam biçimi, kültürel öğeleri ile nevüs çalışmalarının yapıldığı Anglo-Sakson, kelt vb. popülasyonlarından belirgin farklılık göstermektedir. Bu farklı genetik ve kültürel özelliklerin melanositik nevüs sıklığı, tipi gibi özelliklere yansımaları olabilir. Bölgesel heterojeniteler nedeni ile Türk insanının melanositik nevüsler açısından sergilediği özellikler konusunda yorum yapılabilmesi için ülke çapında çok geniş bir örnekleme gerekmektedir. Bizim yaptığımız bu çalışma da bu nedenle bir basamak oluşturması için, ülkemizin dört bir tarafından gelen hastalara hizmet veren hastanemizin dermatoloji polikliniğine başvuranlar arasında istekli olan bireyler üzerinde yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı toplumumuza özgü melanositik nevüs sıklığı, tipleri ve bunların deri tipi ile ilişkisinin ortaya konmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DERİ

Deri, organizma için koruyucu bir örtü olup, aynı zamanda çevreye sinyal gönderip, çevreden sinyal alır. Deri vücudun, bütün yüzeyini çevreleyen en büyük organıdır. Deri üç tabakaya ayrılır: (a) Epidermis; (b) dermis; ve (c) subkutan yağ dokusu (3). Sıvı-elektrolit dengesi ve ısının düzenlenmesinde rol oynar, mikroorganizmaların, toksinlerin, ultraviyole ışınlarının ve yerel olarak uygulanan ajanların sistemik emilimine karşı bariyer oluşturur, travmaya karşı korur ve temas duyusunu sağlar (4). Derinin normal yapısını bilmek patolojik durumlarını anlamak için önemlidir (5, 6). Bu yapıdan aşağıdaki sırayla kısaca bahsedilecektir.

Embriyoloji

Epidermis,
Dermis,
Epitelyal deri ekleri,

Fizyoloji

Epidermis,
Dermis,
Ekrin ve apokrin glandlar,

Işık mikroskopisi

Epidermis,
Dermis,
Subkutan Doku (deri altı),
Kan damarları, lenfatikler, sinirler ve kas.

2.1.1. DERİNİN EMBRİYOLOJİSİ

Epidermis

Epidermis yüzey ektoderminden köken alan yüzeyel bir epitelyal dokudur (4). Embriyo, başlangıçta sadece bir tabaka ektodermal hücreyle örtülüdür. Gelişmenin altıncı ile sekizinci haftasına kadar ikinci bir tabaka olan periderm eklenir. Bazal tabaka mitozla çoğalarak germinatif tabakayı oluşturur ve sonra peridermin bazal tabakasına hakim olur. Bu çoğalan

hücreler bazal tabaka ve periderm arasında ilave tabakalar oluşturmak için toplanırlar. 23üncü haftaya kadar keratinizasyon üst tabakada meydana gelmiş ve epidermin hücreleri dökülmüştür (7-9). Buna ek olarak ilk trimesterin sonunda yapılanma bakımından son derece olgun deriye benzeyen dermoepidermal yapı oluşmuştur (10). Böylece neonatal epidermin karakteristiği 4ncü aya kadar tam olarak şekillenmiştir.

Melanositler, Merkel hücreleri ve Langerhans hücreleri 8 ile 10 hafta arasındaki embriyonun epiderminde görünür. Prekürsör melanosit hücreleri nöral krestten dermise ve oradan gelişmenin ilk 3 ayı içinde melanosite farklılaşacakları epidermise hareket ederler. Bu hareket esnasında melanositler başka organlar ve dokularda yerleşebilirler.

Langerhans hücreleri kemik iliğinden kaynaklanır. Karakteristik sitoplazmik markırı olan Birbeck granülü 10 haftalık embriyolarda yapısal olarak görülür (11) .

Merkel hücreleri, 8 ile 10 haftalık embriyoların epidermislerinde görülebilirler. Araştırmacıların bir kısmı nöral krestten kaynaklandığını ileri sürerken (12), diğer bazı araştırmacılar ise epidermisteki komşu keratinositlerden differansiasyon süreciyle oluştuğunu ileri sürer (13-16).

Dermis

Dermis, yüzey ektoderm kaynaklı olan primitif mezenşimden köken alır. Papiller ve retiküler dermis intrauterin hayatın 120nci günü fark edilir (17).

Gelişmenin 14 ile 21. haftaları içinde, matraste tip 3 kollajen fibriller baskındır. Bunlar erişkin cildinde tip 1 kollajen haline gelirler.

Gelişimin 14. haftasına kadar histiosit veya serbest makrofaj özellikli başka bir hücre tipi sıkça görülür. Ayrıca dermiste iyi teşkil olmuş mast hücreleri de görülür.

Elastik fibriller dermiste 22. hafta da görülür ve 32nci haftaya kadar iyi gelişmiş bir ağ oluşturur. 24. haftadan sonra, deri altı dokusunda oluşan yağ hücreleri ilkel mezenşimal hücreleri oluşturur (18).

Epitelyal Deri Ekleri

Kıl folikülleri, epidermis içindeki bazal hücrelerden köken alırlar. 10 haftalık embriyolarda dermal papilla etrafındaki invaze olan epidermal hücreler kıl tabakalarının ve iç kök kılıfının gelişeceği matriks hücrelerini oluşturur. Dış kök kılıfı epidermisin aşağıya doğru hareketinden köken alır. Üçüncü gebelik ayının sonuna doğru kaşlar ve üst dudak etrafında lanugo kılları görünür. Lanugo kılları doğum zamanında dökülür. Gelişmekte olan kıl folikülleri sebace ve apokrin eklerinin meydana gelmesine sebep olur (3, 4).

Sebase bezler kıl foliküllerinin dış kök kılıfından epitelyal tomurcuk olarak çıkarlar. İlk kez gebelik süresinin 13. ile 15. haftalarında belirgin bir şekilde seçilebilir (3, 4, 19).

Apokrin glandlar, kıl foliküllerinin dış kök kılıfından 5 ile 6 aylık fetüslerde epitelyal tomurcuk olarak gelişirler (18, 20).

Ekrin bezler, intrauterin yaşamın yaklaşık olarak 4. ayında, epidermisin aşağı doğru özelleşmesiyle ortaya çıkar (21-23). İlk kesecikler 4. aya kadar avuç içleri, ayak tabanları ve parmaklarda oluşur ve 5. ayda koltuk altlarında ve sonunda kıllı cildin geri kalan kısmında oluşur (22).

2.1.2. DERİNİN FİZYOLOJİSİ

Epidermis

İyi gelişmiş bir epidermis transepidermal sıvı kaybı, zararlı kimyasalların girişi ve gazların değişimine karşı bariyer oluşturur, fiziksel travma ve mikroorganizmalara karşı koruma sağlar.

Langerhans hücreleri antijenleri tanıyarak ve onları immünokompetan T-cell lenfositlere sunarak immünolojik fonksiyon görürler.

Melanositler, melanin üreterek ultraviyole ışınlarının zararlı etkilerine karşı doğal koruyucu görevi görür.

Keratinositler, keratinizasyon sürecinden sorumludur. Desmozomlar, hemidesmozomlar, keratin filaman yapıları ve bazal membran epidermisin yapısal bütünlüğünü temin eder (4, 24).

Dermis

Dermis cilde mekanik destek, sağlamlık ve kalınlık sağlar. Dermis dentritik hücreler ve makrofajlar içerdği için immünolojik fonksiyona da sahiptir. Mast hücreleri inflamasyon ve yara iyileşmesine katılırlar.

Kan damarları cilde besin sağlamanın dışında ayrıca termoregülasyona katılırlar.

Küçük ve büyük sinir pleksusları ağrı, basınç ve sıcaklık değişiminin algılanmasında görev alır (3, 4).

Ekrin ve Apokrin Glandlar

Ekrin glandların en önemli fonksiyonu termoregülasyondur. Ekrin glandlar gerçek ter bezleridir ve fonksiyonları neonatal dönemde başlar. Ekrin salgısı, yoğun olarak su ve plazmada mevcut olan elektrolitlerden oluşur. Ekrin hücrelerinden berrak hücre baskın olarak kolinerjik stimülasyona ve daha az sempatik stimülasyona cevap veren izotonik bir ter üretir (25-27). Bu sekresyon kanala eriştiğinde, sodyum ve klor reabsorbe olur ve yüzeye hipotonik solüsyon verir.

Ayrıca ektrin kanal paranteral veya oral olarak alınan ilaçların cilt yüzeyine sekresyonu gibi önemli fonksiyona sahiptir (28).

İnsanlarda büyük apokrin ter bezlerinin dağılımı çoğunlukla aksillalar, pubis, perine ve meme areolaları ile sınırlıdır. Bu bezlerin duktusları sıradan ter bezlerinde olduğu gibi deri yüzeyine değil yağ bezlerinin ağız yüzeyinde yer alan kıl folikülerinin üst kısmına açılır ve puberteden sonra salgı yapmaya başlar (4). Apokrin sekresyon süt renginde, steril ve kokusuzdur. Buna rağmen derinin yüzeyine ulaştığında bölgesel bakterilerin aracılığı ile kişiye özel kokulu hale gelir (20).

2.1.3. DERİNİN IŞIK MİKROSKOPİSİ

Epidermis

Epidermiste ışık mikroskopu ile görülebilen hücreler şunlardır; a) Keratinositler, b) Melanositler, c) Langerhans hücreleri, d) Merkel hücreleri. Ayrıca epidermis ektrin kanalları ve kıl foliküllerinin açıklıkları da görülebilir.

Keratinositler

Keratinositler epidermisteki hücrelerin %80-95'ini oluşturan ektodermal kaynaklı hücrelerdir. Tüm keratinositlerin ortak özellikleri sitoplazmalarında keratin dar filamentleri içermeleri ve desmozomlar veya desmozomal bileşkelerle komşu hücrelere bağlanmalarıdır. Epidermis dört tabakaya ayrılmıştır: Aşağıdan yukarıya doğru sayarsak; a) Stratum bazale (Bazal tabaka), b) Stratum spinozum (Spinozum tabakası), c) Stratum granülozum (Granüler tabaka) ve d) Stratum korneum (Korneum tabakası). Histolojik olarak dermoepidermal kavşak papiller dermisin dermal papillayı oluşturmak için yukarı doğru uzanmasıyla düzensiz bir kontüre sahiptir ve dermis ile epidermisi birleştiren bir bazal membran vardır (3).

Stratum Bazale (Bazal Tabaka)

Bazal tabaka hücreleri, keratinositleri oluşturan mitotik aktiviteye sahip hücrelerdir. Bazal hücreler bazal membranın üstünde çeşitli boyut, şekil ve melanin içeriğine sahip tek sıralı hücre halinde görülür. Bazal hücreler sitoplazmaları sayesinde komşu melanositlerden pigment transferi yapar. Bazal hücreler birbirlerine ve keratinositlere desmozom veya desmozomal bileşkelerle bağlanır (3).

Stratum Spinozum (Spinozum Tabakası)

Stratum spinozumda bulunan keratinositlerin spinal çıkıntıları bulunmaktadır. Bu spinal çıkıntılarda çok sayıda desmozom vardır.

Desmozomlar hücreler arası yapışmayı sağlayan, mekanik direnci artıran, kalsiyuma bağlı hücre yüzey değişimleridir (3).

Desmozomlar desmoplakinler ve desmogleinler gibi çeşitli polipeptitlerden oluşur. Bu desmozomların antikorları bazı hastalıkların tanısında markır olarak kullanılır (29).

Spinöz tabaka birçok hücre tabakasından meydana gelir. Suprabazal keratinositler polihedraldir. Melanin bu keratinositlerin arasında dağınık olarak görünür ve güneş ışığının zararlı etkisine karşı doğal koruma görevi yapar. Yüzeysel hücreler geniş, yassılaşmış, eosinofilik ve yüzeye paralel

olarak düzenlenmiştir. Her hücre arasında sabit büyüklükte hücreler arası boşluk mevcuttur (30).

Spinöz ve granüler tabakalar arasındaki ara yüzde keratinositler proteinlerle birleşmiş lipitlerden ve nötr şekerlerden oluşan lameller granüller içerirler. Bunların fonksiyonu epidermal lipitlerinin temini, korneum tabakanın engelleyici özelliklerini arttırmak ve deskuamasyona yardımcı olmaktır (30, 31).

Stratum Granülozum (Granüler Tabaka)

Granüler tabaka yoğun olarak bazofilik keratohiyalin granüller içeren 1-3 tabaka hücreden oluşur. Trikolemmal granülleri (kıl folikülleri) rutin Hematoksilen Eozin boyasında kırmızı olarak görülür. Bu granüller histidin bakımından zengindir ve keratin filamanlarının korneum tabakada toplanmasını sağlayan profilaggrinin öncüsüdür (3).

Stratum Korneum (Korneum Tabakası)

Korneum tabakası sepet örgüsü şeklinde düzenlenmiş çok tabakalı polihedral hücrelerden oluşur. Bu hücreler en net ayırt edilebilen hücrelerdir. Bu keratinize hücreler çekirdeklerini ve sitoplazmik organellerini kaybederek deskuamasyon safhasında deri yüzeyinden dökülürler. Keratinizasyon süreci 20-45 gün arasındadır.

Avuç içleri ve ayak tabanlarında stratum lusidum olarak bilinen granüler tabakanın üstünde eozinofilik bir tabaka daha vardır (3).

Bazal Membran

Bazal membran, epidermal bazal tabakayı dermisten ayırır. Işık mikroskopisinde devamlı ve periyodik asit-schiff boyalı tabaka olarak görülür. Dermoepidermal bileşke dermis ve epidermis arasında çok geniş bir yüzey sağlar. Bu bileşkenin en yüzeyel komponenti keratinosit, melanosit ve Merkel hücrelerinin bazal plazma membranıdır. Hemidesmozomlar, bazal hücre plazma membranı boyunca aralıklı olarak bulunurlar ve membran kalınlaşmasına yardımcı olurlar (30, 32).

Bazal hücre plazma membranının hemen altındaki bazal membran üç tabakadan oluşur: Lamina lusida, lamina densa, lamina fibroretikülaris (33, 34).

Melanositler

Melanositler nöral krestten köken alan, melanozom denilen melanin yüklü organelleri yapan ve salgılayan dentritik hücrelerdir. Nöral krestten hareket esnasında melanositler başka epitelyumda lokalize olabilirler. Melanositler epidermisin bazal tabakasında yer alırlar ve onların dentritik uzantıları her yöne doğru uzanır. Melanositler epidermisin bazal tabakası boyunca, mukozalarda, kıl foliküllerinde, dermiste, leptomeninkste, iç kulakta bulunurlar (3). Normal melanositin dentritik uzantıları rutin Hematoksilen Eozin boyasında genellikle görülmez.

Hematoksilen Eozin boyasıyla, melanositler bazal tabakada berrak hücreler halinde görünür. Melanin, *Masson-Fontana* gibi gümüş teknikleriyle, ya da dopa reaksiyonu ile kolayca gösterilebilir. Melanositler genel olarak komşu bazal keratinositlerinden daha küçüktür. Melanositler tonofilament içermezler ve bazal hücrelere bağlanmazlar (3, 21, 35).

Melanositler melanin üretir ve salgırlar. İnsanlarda iki ana tip melanin bulunmaktadır, “eumelanin” ve “feomelanin”. “Eumelanin” elips şeklinde melanozomlarda yapılır ve kahverengi, siyah deri ve saç renginden sorumludur. “Feomelanin” ise küre şeklindeki melanozomlarda yapılır, daha açık renkli, sarıdan kıza kadar değişen saç ve deri renginden sorumludur (3, 36, 37). Melaninin en önemli fonksiyonu deriyi ultraviyole ışınlarının zararlı etkilerine karşı korumasıdır.

Melanin, içinde tirozinazın ana katabolik enzim olduğu karmaşık süreç içerisinde oluşur. Melaninin sentezi melanozomlarda meydana gelir. Melanozomlar, çeşitli evrelerde incelenir. 1nci evre melanozomlar; küre şeklinde, membrana bağlı, longitudinal konsantrik lamellerden oluşmuştur ve melanin içermezler. 2nci evre melanozomlar; ovaldir, ilk olarak melanin depolanması bu evrede görülür. 3ncü evre melanozomlar; elektron yoğun melanin içerirler. 4ncü evre melanozomlar ise opak melanin içerirler.

Zencilerde beyazlara oranla daha büyük dördüncü evre melanozomları bulunur (3, 38).

Melanositlerin bazal hücrelere oranı oldukça değişken olup, normal ciltteki melanositin sayısı her 4 ile 10 bazal keratinosite karşı bir melanosittir ve bütün ırklar için bu oran sabittir (21, 36). Örneğin bu oran yanakta 1:4 iken; kollarda 1:10'dur. Melanin granülleri dentritik yapılarla çevredeki keratinositlere transfer edilir ve burada aktif olarak fagosite edilirler. Her melanositle ilişkili olan 36 keratinosit bulunmaktadır ve bu yapıya "epidermal melanin ünitesi" adı verilir. Cildin rengi temel olarak hem keratinositler hem de melanositler içinde mevcut olan melanozomların adedi ve büyüklüğü ile tayin edilir, melanositlerin sayısı cildin rengini etkilemez (3). Melanositlerin sayısı yaşla azalır. Bunun neticesi olarak melaninin keratinositlerdeki mevcudiyeti azalır ve cilt hasara açık hale gelir ve cilt kanseri oranı artar.

Melanositler ve dentritik uzantıları, dopa reaksiyonu ve S-100 proteiniyle immünohistokimyasal reaksiyonlarla tanımlanır (39).

Vitiliginde melanositlerin yıkımına bağlı bir azalma gözlenirken, albinizmde ise melanin sentezinde bir kusur vardır, melanositlerin adedi cilt biyopsisinde normaldir. Melanositik hiperplazi lentigolarda, benign ve malign melanositik neoplazmalar ve çeşitli neoplastik ve nonneoplastik durumlarda görülür (Örnek: dermatofibroma). Çillerdeki pigmentasyon ise melanositlerin aşırı dentritli olması ve dördüncü evre melanozomlar içermesine bağlıdır (38).

Langerhans Hücreleri

Langerhans hücreleri dentritik olup kemik iliğinde prekürsör hücrelerden köken alır. Bu hücrelerin dentritik yapıları keratinositlerin arasından yukarıda granüler tabakaya, aşağıda da dermoepidermal bileşkeye kadar uzanabilir. Epidermal hücre topluluğunun %1-4'ünü Langerhans hücreleri oluşturmaktadır. Langerhans hücrelerinin tipik olarak lobüllü nükleusları ve karakteristik "Birbeck" granüllerini (çomak veya raket şeklindeki inklüzyonlar) içeren berrak sitoplazmaları bulunur (3, 40). "Birbeck" granüllerinin fonksiyonları bilinmemektedir.

Langerhans hücreleri epidermisin suprabazal tabakasında, dermiste, lenfoid organlarda, oral ve genital mukozalarda bulunur. Kontakt dermatit gibi inflamatuvar olaylarda ciltte artar ve epidermiste ufak nodüler agregatlar şeklinde görünür (3).

Merkel Hücreleri

Merkel hücrelerinin dokunma duyusuna aracılık yaptıkları düşünülmektedir. Merkel hücreleri özellikle uçlardaki kıl-sız deride ve ayrıca kıl folikülleri ile ilişkili olmak üzere epidermisin bazal tabakasında bulunurlar (13, 41, 42). Merkel hücreleri epidermiste intraepidermal sinir uçlarının bulunduğu yerdedirler.

Merkel hücresi ile sinir ilişkisi, dokunma duyusu ile miyelinli sinir ilişkisidir. Bu yüzden bu hücrelerin duysal dokunma reseptörlerine yavaşça adapte olma fonksiyonlarının bulunduğu kabul edilmektedir (3).

Merkel hücrelerinin önemi nöroendokrin karsinomalarda karşımıza çıkarlar.

Pilar Ünite

Pilar ünite kıl folikülü, sebase bez, erektör-pili kası ve apokrin bezden oluşur.

Kıl Folikülü

Kıl folikülü üç segmente bölünmüştür: (a) kıl folikülünün açıklığından epidermisteki sebase kanalı açıklığına uzanmakta olan infundibulum, (b) sebase kanalın açıklığından erektör-pili kasın girintisine uzanan istmus ve (c) folikülün temeline doğru uzanan bulbus. Kıl folikülünün dermal papillası damardan zengin olup, hem miyelinli, hem de miyelinsiz olmak üzere bol miktarda sinir ucu içerir.

Dentritik melanositler bulbusun sadece üst kısmında bulunur, buna rağmen aktif olmayan (amelanotik) melanositler dış kök kılıfında mevcuttur. Bu melanositler hasarlanma durumunda aktive olur, yenilenmekte olan epidermise doğru hareket eder (35).

Normal kıl siklusunun süresi değişkendir. Saçlı deri için anajen faz yıllarca sürer, fakat vücudun diğer bazı bölgelerinde anajen siklus daha kısa olarak ölçülür. Normal saçlı deride mevcut olan saçın % 80'inden fazlası anajen saçtır. Katagen fazı 2 ile 3 hafta sürer ve telogen fazı birkaç ay sürebilir.

Normal saçın rengi kıl shaftında melaninin dağılma miktarına bağlıdır (20). Sarışın saçta, bulbar melanositlerde daha az melanozom üretilir. Melaninin göreceli olarak yokluğu veya daha az sayıda melanozomlar gri saçta görülür. Kızıl saçta, melanin farklı kimyasal bileşime sahiptir ve melanozomlar elips şeklinden ziyade yuvarlaktır (3).

Sebase Bezler

Sebase bezler vücutta yaygın olarak bulunmalarına rağmen, palmoplantar bölgelerde yoktur. Buna karşın yüz ve saçlı deride, sırtın orta kısmında ve perinede yoğun olarak bulunurlar. Foliküler infunduluma direne olmaları değişkenlik gösterir. Bunun istisnaları areolanın Meibomian bezleri ve Montgomery tüberkülleridir. En büyük sebase bezler, sebase folikül adı verilen özelleşmiş pilosebace ünit halinde, küçük vellüs kılları ile birlikte görülür. Sekresyonları asinilerin tam degradasyonuna bağlı olduğu için, sebase bezler halokrin tipte olarak tanımlanır.

Sebum; trigliserid, balmumu esterleri ve skalen içeren oldukça komplike bir lipid karışımıdır (3).

Apokrin ve Ekrin Glandlar

Apokrin glandlar daha çok aksilla, meme bölgesi, anogenital alan, daha az olarak da göz kapakları, dış kulak yolunda bulunur, ekrin gland ve sebase bezlerden büyüktürler (21).

Ekrin glandlar termoregülasyondan sorumlu olan gerçek ter bezleridir. Bunlar palmoplantar bölge, alın ve aksillada yüksek yoğunlukta, baş, gövde ve ekstremitelerde azalan yoğunlukta bulunurlar.

Son yıllarda yalnız erişkin aksillasında bulunan ve her iki ter bezine benzer özellikleri olan bir üçüncü tip tanımlanmış ve "apoekrin glandlar" adı verilmiştir (43).

Dermis

Dermis, epiderminin destekleyici tabakası olup, başlıca fibröz kısım olan kollajen ve elastin ile birlikte temel ara maddeden oluşmuştur. Dermisin içinde epidermal ekler, sinirler, damarlar ve çeşitli hücreler bulunur. Dermisteki temel hücreler fibroblastlardır. Dermis iki bölümden oluşur: 1. papiller dermis, 2. retiküler dermis.

Kollajen, dermise yapısal bir stabilite sağlar. Papiller dermiste ince fibriller halinde olup, rastgele bir dizilim gösterirken, retiküler dermiste ise epidermal yüzeye kabaca paralel bir şekilde dizilmiş bantlar halinde bulunur. Kollajen gibi elastik fibrillerde fibroblastlar tarafından oluşturulur. Elastik fibriller derinin elastikiyetinden sorumlu olduğu halde, temel madde ile birlikte aşırı gerilmeyi de engellediği düşünülmektedir.

Temel madde bir başka fibroblast ürünü olup, derminin büyük hacmini oluşturmaktadır. Temel madde başlıca amorf bir yapıda olmayıp, içinde bazı fibröz yapılar da bulunmaktadır (3).

Subkutan Doku

Subkutan doku (pannikulus) ısı düzenleyici ve mekanik travmalara karşı koruyucu fonksiyonları olan önemli metabolik organdır. Pannikulus dokusu dermis ile fasya arasında yer alır. Lipositler, fibröz trabeküller ve kan damarları bu yağlı dokunun temel elemanlarını oluşturur (44).

Kan Damarları, Lenfler, Sinirler ve Kas

Subkutan dokuda bulunan derin ve retiküler dermiste bulunan yüzeyel vasküler pleksuslar derinin damarsal desteğini sağlarlar (3).

Derinin lenfatikleri venüllerle beraberdir, derin ve yüzeysel pleksuslarda yerleşir (45).

Geniş sinir bantları subkutanöz dokuda ve derin retiküler dermiste görülürler. Bununla beraber küçük sinir fibrilleri papiller dermise ulaşır ve bütün cilt boyunca bulunur. Palmoplantar bölgede, dokunmanın algılanmasında görev alan *Meissner* korpüskülleri papiller dermiste görülürler. Ağırlık taşıyan plantar bölgeler gibi alanlarda, derin duyunun,

titreşimin algılanmasından sorumlu olan “*Pacini*” cisimcikleri derin dermiste ve deri subkutan dokuda yer alırlar (3).

Düz kas, sebace bez içinde bulunan kıl foliküllerinde ve dermisdeki konnektif doku içinde bulunan musculus errektör pili kasında bulunur. Konjenital nevüsde melanositler errektör pili kasının içinde sıkça görülür. Düz kas ayrıca dış genital yapıların derisinde (dartos) ve areolada görülür. Çizgili kaslar boyun derisinde, yüzde ve özellikle göz kapaklarında bulunurlar.

2.2. BENİGN PİGMENTE LEZYONLAR

Benign pigmente lezyonlar melanin pigment artışı ile seyreden melanotik lezyonlar, epidermal ve/veya dermal melanosit proliferasyonuna bağlı gelişen melanositik benign tümörler, melanosit ve Schwan hücrelerine benzeyen nevüs hücreli nevüsler şeklinde üç ana grup halinde incelenir (1).

Aşağıda çalışmamızın konusu olan melanositik nevüsler ve diğer melanositik lezyonların genel özellikleri gözden geçirilecektir.

NEVO-MELANOSİTİK BENİGN TÜMÖRLER VE NEVÜSLER

1. Melanotik lezyonlar
 - a. Efelid
 - b. Labial Melanotik Makül
2. Melanositik Benign Tümörler
 - a. Epidermal Melanositik Tümörler
 1. “Cafe au lait” lekeleri
 2. Becker nevüs
 3. Lentigolar
 - a. Lentigo Solaris
 - b. Lentigo Simpleks
 - c. Segmental Lentijinöz
 - d. Nevüs spilus
 - e. Genital lentigo
 - b. Dermal Melanositik Tümörler
 1. Mongol lekesi

2. Ota nevüs
 3. İto nevüs
 4. Dermal melanosit hamartomu
 5. Mavi nevüs
3. Nevüs Hücreli Nevüsler
- a. Klasik Edinsel Melanositik Nevüs
 1. Jonksiyonel tip
 2. Bileşik tip (compound)
 3. Dermal tip
 4. Papillomatöz tip
 - b. Konjenital Melanositik Nevüs
 - c. Diğer özel tipler
 1. Halo Nevüs
 2. Spitz Nevüs
 3. Reed Nevüs
 4. Balon Hücreli Nevüs
 5. Psödomelanom
 6. Atipik Melanositik Nevüs

2.2.1. ÇİL (EFELİD)

Çil (efelid) histolojik olarak keratinositlerin pigment içeriği artmış, fakat melanosit sayısında artış olmayan küçük bronz veya kahverengi düz lezyonlardır. Hiperpigmentasyon melanositik proliferasyon olmaksızın keratinositlerde artmış melanin pigmentleri gösteren daha geniş, maküler lezyonlar olarak tanımlanır. Lentigolar, bazal hücre tabakasında epidermal melanositlerin sayıca artmasıyla çiller ve hiperpigmentasyondan ayrılan maküler lezyonlardır. Çil, kızıl saçlı ve açık tenli olanlarda daha sık görülür. Çil genellikle 3 yaş civarında ortaya çıkar. Solar lentigo yaşla ortaya çıkar ve fotoyaşlanmanın belirtisidir. Her iki lezyon tipi melanoma ve nonmelanoma deri kanserleri için risk faktörüdür (46).

Çiller veya efelidler, başlıca güneş gören bölgelerde yerleşirler. 5-6 mm'lik düzensiz şekilli, kahverengi, multipl maküler lezyonlar ile karakterize

melanotik lezyondur. Burun, yanaklar, el sırtı, ön kol ve gövdenin üst kısmı en sık yerleştiği bölgelerdir. Çiller, basit lentigolar ve solar lentigoları birbirinden ayırmak klinik olarak zordur. Çoğu klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda beraber değerlendirilmiştir. Beraber değerlendirildiğinde, bu lezyonlar malign melanom gelişimi için önemli bir risk oluşturur (47).

Otozomal dominant geçiş özelliği olabileceği bildirilmektedir. Çiller muhtemelen melanositlerin ultraviyole ışığına verdiği hiperplastik ve hiperaktivite yanıtı sonucu oluşur (48).

2.2.2. LABİAL MELANOTİK MAKÜL

Genellikle orta yaşlı kadınların dudaklarında görülen, soliter pigmente lezyondur. Sıklıkla alt dudak orta kısmında, tipik olarak vermillon bordüründe, 0.5-1 cm çapında, deri seviyesinde veya hafif kabarık, siyah lezyon şeklinde fark edilir. Jinjiva, yanak mukozası ve damakta da yerleşebilir. Klinik görünüm, akral lentiginöz malign melanomun başlangıç lezyonları ile karışabilir (48).

Labial melanotik makülün histopatolojik incelemesinde, sadece keratinositlerde melanin pigmenti artışı şeklinde, efelide benzer değişiklik söz konusudur. Melanosit artışı veya nevüs hücresi kümelerine rastlanmaz. Kozmetik amaç ile cerrahi tedaviler uygulanabilir (1, 48).

2.2.3.1. “CAFE AU LAIT” LEKESİ

“Cafe au lait” makülleri normal bireylerin %10-20’sinde görülen büyük yuvarlak veya oval lezyonlardır. Genellikle doğumdan itibaren görülür. Çapları 1.5 cm’den 15-20 cm’ye varabilir. Yaşla birlikte sayıları ve çapları artabilen bu oluşumlar vücudun herhangi bir yerinde görülebilirler. Tüm lezyon homojen bir pigmentasyon gösterir. En sık yerleşim yeri gövdedir. İdiyopatik veya çeşitli sistemik hastalıkların belirtisi olarak ortaya çıkar. “Cafe au lait” makülleri bazı nörokutanöz hastalıkların bulguları arasında yer alabilmektedir. Bunlar arasında en sık gözlemlendikleri tablo nörofibromatozistir. “Cafe au lait” maküllerinin saptadığı diğer nörokutanöz hastalıklar tuberoz skleroz, Mc. Cune Albright Sendromu, epidermal nevüs sendromu, Bloom Sendromu, Silver Sendromudur (1, 48).

Histopatolojik olarak bazal tabakanın hiperpigmentasyonu dışında anormallik yoktur ve melanositlerin sayı ve büyüklükleri normaldir, melanozom çapında artış söz konusudur (49).

2.2.3.2. BECKER NEVÜS

Becker melanozisi, pigmente kıllı epidermal nevüs veya Becker nevüs olarak da adlandırılır. Sıklıkla yetişkin erkeklerde, omuzda, sırtta, kolda veya göğüste geniş, unilateral yerleşim gösteren, ortalama 10-15 cm çapında, üzeri terminal kıllarla kaplı, düzensiz sınırlı, açık veya koyu kahverengi soliter maküler lezyonlarla karakterizedir (50). Genellikle 2. dekatın ortasında, bazen 3. dekatta ortaya çıkar, erkeklerde kadınlara göre 5-6 kat daha sık rastlanır.

Kıllanma her zaman pigmentasyondan sonra gözlenir ve oldukça sıktır, hipertrikozis gözlenmez. Kılsız lezyonlara da rastlanır. Bazen kıllanma ve pigmentasyon tam olarak üst üste gelmeyebilir. Lezyonun dağılımı lineer veya zosteriform olabilir (51).

Özellikle kadınlarda hipoplastik anomaliler görülebilir. Meme, areola, kol gibi dokularda ipsilateral hipoplazi, skolyoz, spina bifida olabilir.

Histopatolojik olarak epidermiste hafif akantoz ve rete ridgelerde düzgün uzama vardır. Bazal tabakada pigmentasyon artışı görülür ve melanofajlar dermisin üst tarafında bulunur. Melanosit sayısı artmıştır. Kıl yapıları normal veya sayıca artmış olabilir (52).

Becker nevüsün klinik görünümü konjenital dev kıllı nevüse benzemekle birlikte, ileri yaşta ortaya çıkması, yüzeyinin düzgün olması ve histopatolojik olarak nest görülmemesi önemli farklarıdır.

2.2.3.3. LENTİGOLAR

Lentigo, tanım olarak, nevüslerde olduğu gibi epidermal melanositlerin sayıca arttığı ve melanosit kümelenmelerinin olmadığı, maküler hiperpigmentasyonlardır. "Lentigo" terimi Latince mercek veya mercimek anlamına gelen "*lenz*"den türetilmiştir (53). Dolayısıyla, terimin orijinal klinik kullanımı, küçük eliptik veya lens şekilli pigmente noktaları tariflemek için kullanılır.

Solar Lentigo (Lentigo Senilis)

Solar etiyolojinin önemli rol oynadığı epidermal melanosit proliferasyonudur. Özellikle açık tenli ve uzun süre güneşe maruz kalan kişilerin önemli bir kısmında multipl lezyonlar şeklinde olur. En sık el sırtı, göğüs "V"si, omuzlar ve sırt gibi güneş alan bölgelerde yerleşir. Genellikle deri seviyesinde, bazen yüzeyinde hafif skuam bulunan, 0.5-1.5 cm çapında, yuvarlak veya oval, çevreye doğru yıldızsı uzantılar gösteren, düzensiz maküllerdir. Rengi açık kahverengi ile ten rengi arasında değişir, bazen siyah da olabilir. Herhangi bir semptoma yol açmaz. Lentigo senilis de denmesine karşın, erken yaşlarda başlayabilir (54). Ancak, yaştan çok güneşe maruz kalma oluşumunda etkili faktördür. Solar lentigolar, çil gibi malign melanom gelişimi için risk faktörleridir (55). Güneşe maruz kalan gençlerde ağır güneş yanığından sonra omuzlarda solar lentigolar görülebilir (56).

Solar lentigo çilden, daha yaygın olması, yaşla birlikte sayısının artması ile ayrılır. Oysa çil, yaş ilerledikçe sayısal olarak azalır ve daha düzenli bir dağılıma sahiptir. Solar lentigo kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür (57).

Solar lentigolar ve düz seboreik keratozlar klinik görünüm açısından birbirlerine benzeyebilir ancak her ikisine de yaygın olarak "karaciğer lekeleri" veya "yaş lekeleri" denir. Genellikle seboreik keratozlar klinik olarak daha fazla hiperkeratoz sergiler.

Psöralen ve ultraviyole A (PUVA) tedavisi görenlerde ve kseroderma pigmentozumda da çok sayıda lentigo solaris gelişebilir. Bu solar lentigoların renkleri daha koyu ve pigmentleri de daha düzensiz dağılımlıdır (58).

Histopatolojik açıdan epidermal retelerde uzama, bazal tabakada pigmentasyon ve melanosit sayısında artış görülürken, nest oluşumuna rastlanmaz (59).

Başlıca yassı seboreik keratoz, lentigo simpleks, pigmente aktinik keratoz ve lentigo maligna ile karışır.

Solar lentigo çilden histopatolojik olarak çok sayıda epidermal melanositlere sahip olması ile ayrılır (60).

Lentigo Simpleks

İdiyopatik veya bazı sendromlar ile birlikte ortaya çıkan, selim, epidermal melanosit proliferasyonudur. Genellikle küçük yaşlarda fark edilir, bazen konjenital de olabilir (61). Lentigo solaristen farklı olarak, etiyolojisinde ultraviyole ışınlarının rolü yoktur. En sık palmoplantar bölgede yerleşmekle birlikte, mukozalar ve tırnak yatağı dahil vücudun her yerinde olabilir. Soliter veya multipl, 0.5 cm'den küçük, deri seviyesinde keskin sınırlı, yuvarlak veya oval, kahverengi maküller ile karakterizedir. Orta yaştan itibaren kendiliğinden gerilemeye eğilimli lezyonlardır.

Multipl lezyonlu olgularda LEOPARD, Carney ve Peutz-Jeghers gibi sendromlar ile birliktelik açısından inceleme gerekir (48).

Histopatolojik olarak lentigolar; rete ridgelerde hafif veya orta dereceli uzama, bazal tabakadaki melanositlerin yoğunluğunda artış, hem melanositler hem de keratinositlerde melanin miktarında artış ve üst dermiste melanofajlar görülür. Lentigo simpleksin klinik karakteristiği olan lezyonlarda dermoepidermal bileşkede ve özellikle de rete ridgelerin en alt kutuplarında genellikle küçük nevüs hücreleri görülür. Lezyonlar daha sonra lentigo simpleks ve bir bileşke nevüsün özelliklerini kombine eder. Bu da onların tanısının "lentigo" veya "lentijinöz bileşke nevüs" olmasını sağlar. Bu geçişsel formların varlığı nedeniyle lentigo simpleks bir melanositik nevüsün bir öncüsü olarak düşünülmektedir (62).

Segmental (Agmine) Lentijinöz

İki özel form lentijinöz lezyon tanımlanmıştır; segmental lentijinöz ve nevüs spilus. Segmental (agmine) lentijinöz; birkaç mm çapında, sınırları belirgin, pigmente (açık kahverengi) maküllerin gruplaşarak kavis veya girdapsı desenler oluşması ile karakterize, genellikle segmental yerleşimli, nadir görülen lezyondur. Doğumda veya erken çocukluk döneminde ortaya çıkar. Bazı olgularda nörolojik bozukluklar da eşlik edebilir. Klinik açıdan başlıca nevüs spilus ile ayırıcı tanıya girmekle birlikte, zeminde pigmentasyon olmaması ve lezyonların deri seviyesinde olması segmental lentijinözün özellikleridir (62, 63)

Histopatolojik açıdan lentigo simplekse benzer özellikler göstermekte olup, nest oluşumu yoktur (62).

Nevüs Spilus

Bir diğer lezyon olan “benekli lentiginöz nevüs” veya nevüs spilus, açık kahverengi bir yama içerir. Bu leke, doğuştan olup çocukluk evresinde küçük, koyu kahverengi maküllerle benekli hale gelir. Alacalı desenli pigmentasyon gösteren maküller ve bu zemin üzerinde dağınık papüller halinde görülür. En sık gövde ve ekstremitelerde yerleşir. Erişkin hastalarda nevüs spilusun çapı genellikle birkaç cm kadardır. Büyük lezyonlar ünilateral, segmental veya dermatomal olabilir. Benign seyirli olarak kabul edilmekle birlikte, içerdği nevüs hücreli nevüs elemanlarından nadiren malign melanom gelişebilir (64, 65).

Benekli lentiginöz nevüs veya nevüs spilus histopatolojik olarak lentigo simplekse benzer özellikler göstermekte olup, nest oluşumu yoktur. Açık kahverengi parça veya bant, lentigo simpleksin histolojik özelliklerini gösterir. Ayrıca diffüz lentiginöz melanositik proliferasyon ve dermal nevüs hücresi kümelenmeleri de görülür. Zaman içinde aynı lezyonda çeşitli nevüs tipleri (jonksiyonel melanositik nevüs, mavi nevüs ve Spitz nevüs) ortaya çıkabilir. Benekler içinde, konjenital melanositik nevüslerin histolojik özellikleri görülebilmesi, bu lezyonların konjenital nevüslerin varyantları olarak düşünülebileceğini ortaya koymaktadır (65).

Genital Lentigo

Başlıca erkeklerde glans penis ve penis shaftında, nadiren de bayanlarda vulvada lokalize lentigo tipidir. Soliter veya multipl lezyon şeklinde görülebilir. Kahverengi, deri seviyesinde veya hafif kabarık, yassı, sınırları düzensiz, 0.5-1 cm çapında lezyonlar tipik görüntüsüdür. Asemptomatik bir lezyon olup malign dejenerasyonu söz konusu değildir (66).

2.2.4.1. MONGOL LEKELERİ

Tipik Mongol lekeleri lumbosakral ve gluteal bölgede farkedilen gri-mavi renkli, noninfiltrate, yuvarlak veya oval, farklı boyutlardaki yamalardan oluşur. Sıklıkla Mongoloid ve Negroid infantlarda görülür. Embriyonal

dönemde, nöral krestten epidermise doğru göç eden melanoblastların dermiste takılıp kalması sonucu oluşur. Doğumda bulunan bu lekeler çoğunlukla 3-4 yıl içinde kaybolur (67).

Bazen Mongol lekeleri lumbosakral bölgenin dışında, sırtın orta veya üst bölgesinde görülebilir. Multipl, bilateral ve persistan olabilir.

Histopatolojik olarak Mongol lekesinde, dermis alt yarısında, kollajen lifler arasında dağılmış, çok sayıda uzamış, ince, sıklıkla melanin granülleri içeren, dendritli melanositler görülür. Melanofajlar görülmez (1, 48).

2.2.4.2. OTA NEVÜS

İto ve Ota nevüs ve dermal melanosit hamartoması dermal melanozis tipleri olup Mongol lekelerinden farklı olarak, genellikle benekli yapıdadır, dermal melanosit yoğunluğu daha fazladır, dermisin daha çok üst tarafında lokalizedir (68-71).

Ota nevüs, yüzde trigeminal sinirin 2. dalının innervasyon alanında genellikle unilateral olarak periorbital bölge, şakak, alın, yanak bölgesi ve burunda gri-kahverengi maküller halinde görülür. Yaygın olarak ipsilateral göz sklerasında ve bazen konjunktiva, kornea ve retinada yama tarzında mavi renkte saptanır. Bazı durumlarda, oral ve nazal mukoza benzer şekilde etkilenir. Vakaların %10'u bilateralidir. Konjenital olabileceği gibi, pubertede de ortaya çıkabilir. Kademeli olarak genişleme eğilimlidirler. Ota nevüsünün malign değişiklikleri son derecede enderdir (68).

2.2.4.3. İTO NEVÜS

İto nevüs posterior supraklaviküler ve lateral brakial sinirlerin innerve ettiği bölgelerde yerleşen, hiperpigmentasyonla ile karakterize, dermal melanositik bir lezyondur. Supraklaviküler, skapüler ve deltoid bölgede yerleşen, mavimsi renkli, bazen benekli desende, geniş maküller şeklinde görülür. Ota nevüs ile ana klinik ve histopatolojik özellikleri ortak olup, iki tablo yerleşimlerinin farklı olması ile ayırt edilir. Ota nevüs ile İto nevüs aynı hastada bir arada olabilir (69, 71).

2.2.4.4. DERMAL MELANOSİT HAMARTOMU

Dermal melanosit hamartomu genellikle konjenital ortaya çıkan, çok geniş alanda gri-mavi pigmentasyonlar halinde görülür (70). Genellikle yaygın bir tutulumu sahiptir (72). Konjenital olmayanlar ise; çocukluktan itibaren lokalize bir alanda kademeli olarak yayılan birkaç birleşik mavi maküllerden oluşur (73).

Histopatolojisi Mongol lekesine benzerlik gösterir. Kollajen demetler arasında uzun dendritik melanositler bulunur (70, 72).

2.2.4.5. MAVİ NEVÜS

Mavi nevüs, genellikle 10 yaşın üstünde, sıklıkla deride, nadir olarak mukozalarda görülür (74). Üç tip benign mavi nevüs tanımlanmıştır: Klasik tip mavi nevüs, hücresel (selüler) tip mavi nevüs ve kombine tip mavi nevüs. Bunun dışında, grup oluşturan (agmine) ve hedef benzeri (target) mavi nevüs lezyonlarına rastlanabilir.

Klasik Mavi Nevüs

Klasik mavi nevüs 0.5-1 cm çapında, sert, deriden kabarık, homojen pigmente, düzgün yüzeyli, kubbe şeklinde papülonodüller ile karakterizedir. Olguların %50'den fazlasında el sırtı ve ayakta yerleşir, bunu saçlı deri ve yüz izler. Genellikle tek bir lezyon, nadiren birden fazla lezyon şeklinde görülür. Klasik mavi nevüsler çoğunlukla yaşam boyu değişmeden kalır veya bazen gerileme gösterebilir. Malign mavi nevüse dönüşme riski çok düşüktür (48).

Histopatolojik olarak üst dermiste serbest bir zon kalacak şekilde dendritik melanositlerin oluşturduğu, derin dermise doğru uzanan benign bir infiltrasyon mevcuttur.

Koyu renkli, papülonodüler mavi nevüs lezyonları nodüler malign melanom ile ayırıcı tanıya girer. Ancak mavi nevüsün üniform pigmentasyonu, simetrik görünümü ve ülser olmaması ayırımında yardımcıdır (1, 75).

Selüler Mavi Nevüs

Klasik tipe göre daha seyrek görülen bu lezyon klinik, histopatolojik ve prognostik açıdan farklı özelliklere sahiptir. Klasik mavi nevüsten daha geniş mavi nodül içerir. Genellikle 1-3 cm çapındadır, fakat daha geniş de olabilir. Düzgün veya düzensiz yüzey gösterebilir. Olguların %50'den fazlası gluteal bölgede yerleşir. Hücresel mavi nevüsün malign mavi nevüse dönüşme riski klasik tipe göre daha yüksektir (76).

Histopatolojik olarak klasik mavi nevüs özellikleri dışında, sıklıkla derin dermis ve bazen subkutiste yerleşen büyük, iğsi, oval nukleuslu, soluk sitoplazmalı, melanin içeriği az hücrelerinin oluşturduğu, top güllesi şeklinde adacıklar da bulunur (77).

Kombine Mavi Nevüs

Kombine nevüs terimi mavi nevüs ile melanositik nevüs (78) veya diğer benign nevüs tiplerinden birini kapsayan kombinasyonlar için kullanılır (79).

2.2.5. KLASİK EDİNSEL MELANOSİTİK NEVÜSLER

Epidermal melanositler ve nevüs hücreleri arasındaki ilişki ile ilgili olarak bazı otörler, bu iki hücre tipinin farklı bir embriyolojik başlangıca sahip olduğuna, nevüs hücrelerinin bir nöral krest prekürsör hücreden (nevoblast) orijinlendiğine inanmaktadır (80). Birçok otör, iki hücre tipini benzer ya da farksız olarak nitelendirmektedir (81). Nevüs hücresi, yuvarlak şekilli ve az dentritli olması ile melanositten ayrılır. Nevüs hücreleri biraraya gelerek nest (yuva, küme) oluşturmaya eğilimlidir (82).

Nevüs hücrelerinin oluşturduğu selim bir tümör olan melanositik nevüs, beyaz ırkta hemen her insanda az veya çok sayıda bulunur (48). Melanositik nevüsler doğumda çok nadir görülür. Birçok melanositik nevüs adölesan ve erken yetişkinlik çağında ortaya çıkar (1).

Bu melanositik nevüsler ortaya çıkış yaşı ile klinik ve histopatolojik özelliklerine göre sınıflandırılır. Doğumda veya iki yaşın altında belirenler 'konjenital tipi', iki yaşın üzerinde ortaya çıkanlar ise 'edinsel tipi' oluşturur. Bu lezyonların büyük bölümü, klinik ve histopatolojik açıdan atipi

göstermeyen 'klasik edinsel melanositik nevüs'lerdir (48). Edinsel melanositik nevüsler 2-3 mm çapında kahverengi maküller olarak görülen, renkleri ve makroskopik özellikleri histolojik yapılarına göre değişen farklılaşmış melanositlerden oluşan benign proliferasyonlardır.

Pubertede artan nevüs sayısı 3. dekatta en üst seviyeye ulaşır ve sonra yaşa paralel olarak azalmaya başlar (83).

Nevüs hücreleri sadece epiderminin alt kısmı (jonksiyonel), sadece dermis (dermal) veya her iki bölgede birden (bileşik, compound) yerleşir. Bu histolojik yerleşim melanositik nevüsün klinik özelliği ile de yakından ilişkilidir. Aynı kişide farklı melanositik nevüs tipleri bir arada olabilir (1).

Melanositik nevüs sayısı fazla olanlarda malign melanom riskinin arttığı kabul edilmektedir. Ancak malign melanom çok az sayıda nevüsü olanlarda da görülebilir. Turner Sendromu, Noonan Sendromu ve Langer-Giedion Sendromu gibi bazı kalıtsal hastalıklarda melanositik nevüs sayısında artış olur (48, 84-87).

Edinsel melanositik nevüslerin oluşumunda rol oynayan başlıca etken ultraviyole dir. Çocukluk döneminde özellikle de kronik veya akut ultraviyole hasarı yaratabilecek şekilde güneşe maruz kalmanın melanositik nevüs gelişimini arttırabildiği fazlasıyla irdelenmiş olmakla birlikte, son yıllarda ultraviyoleye maruziyetin hemen her yaşta melanositik nevüs gelişimini aynı derecede uyarabildiği görüşü hakimdir (88). 1-4 yaş arası güneşe maruz kalmanın özellikle sırt ve kol gibi lokalizasyonlarda melanositik nevüs ve atipik nevüs gelişme riskini arttırdığı ve çocukluk döneminde görülen malign melanomların nevüslerin daha çok yerleştiği bölgelerde gelişebildiği gösterilmiştir.

Edinsel melanositik nevüslerin prevalansını etkileyen diğer etkenler arasında genotipik özellikler ve açık ten de önemli rol oynamaktadır (89).

Nevüslerin gelişimi dermoepidermal bileşkeden, epidermal komponentin kaybolduğu dermal nevüslere doğru sürebilir ve bu dönem boyunca klinikte makroskopik değişiklikler görülebilir. Örneğin eski nevüslerde kıl belirebilir, renk melanin miktarına ve pigmentin derinliğine göre değişebilir ve bazen 65 yaşlarında dermal nevüsler involüsyona uğrayabilir.

Melanositik nevüslerin sayısını ve dağılımını ayrıca genetik, hormonal ve çevresel faktörler etkiler (90-92). Erkek çocuklarda ve ailesinde fazla sayıda melanositik nevüs olanlarda melanositik nevüs sayısı daha yüksektir. Melanositik nevüs sayısı puberteyle birlikte artar ve gebelikte artış gösterebilir. Melanositik nevüslerin pubertede sayılarında artış olması, hormonal etki lehine kabul edilmektedir (93).

2.2.5.1. JONKSİYONEL MELANOSİTİK NEVÜS

Genellikle 1 cm'den küçük, maküler veya hafif kabarık, deri çizgilerinde hasara yol açmayan, kılsız lezyonlar tipik görüntüsüdür. Jonksiyonel melanositik nevüsler genellikle çocuk ve gençlerde görülür. Çocuklarda bulunan jonksiyonel melanositik nevüslerin, zamanla hücrelerin bazal tabakadan aşağı düşmesi sonucunda bileşik ve dermal melanositik nevüslere dönüştükleri düşünülmektedir (48).

Lezyon avuç içi ve ayak tabanında daha sık rastlanmakla birlikte, her yerde olabilir.

En sık lentigo simpleks ve atipik melanositik nevüs ile karışır.

Jonksiyonel melanositik nevüsün malign melanoma dönüşümü oldukça nadirdir. Avuç içi ve ayak tabanı lezyonları da malignite riski açısından özel önem taşımaz. Ancak bu bölgede, akral lentiginöz malign melanomun başlangıç lezyonları ile ayırıcı tanıya girmesi önemli bir özelliğidir (94).

2.2.5.2. BİLEŞİK MELANOSİTİK NEVÜS

(COMPOUND MELANOSİTİK NEVÜS)

Genellikle 0.5-1 cm çapında, deriden hafif veya belirgin olarak kabarık, kahverengi tonlarında, yuvarlak veya oval, simetrik lezyon şeklinde görülür. Yüzeyi düzgün veya verrüköz olabilir. Bileşik melanositik nevüs, sık görülen melanositik nevüs tipi olup, vücudun herhangi bir bölgesinde yerleşebilir (48).

Bileşik melanositik nevüsler çocuklara nazaran yetişkinlerde daha yaygındır (95). Bileşik melanositik nevüslerin çocukluk ve erişkin dönemde kabarıklığı artar veya daha koyu bir renk alabilir.

Dermal ve bileşik melanositik nevüslerin yüzeyi kıllı olabilirken, jonksiyonel melanositik nevüslerde kıl yoktur (96).

Edinsel kıllı melanositik nevüsler prognoz açısından özel öneme sahip değildir.

Tanı çoğunlukla klinik bulgular ile konur. Bunun dışında, dermatoskopi yöntemi günümüzde çok yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak şüphe halinde kesin tanı için mutlaka histopatolojik inceleme yapılmalıdır (48).

2.2.5.3. DERMAL MELANOSİTİK NEVÜS

Orta yaş ve üzerinde daha sık görülen dermal melanositik nevüs, genellikle diğer melanositik nevüs türlerine göre daha açık renkli, papül, kubbemsi papül ve bazen saplı şekilde lezyonlarla karakterizedir (48, 96). Dermal nevüsler en çok yaşamın ilk on yılında olağandışıdır ve yaşla birlikte oranları da artar (97, 98). Nevüs hücresinin pigmentasyonunun dermisin derinliklerine indikçe azalması, sadece dermal nevüs hücresi bulunan lezyonların daha açık renkli olmasına yol açmaktadır. Yüzde yerleşen, 0.5-1 cm çapında, deri renginde, kubbe şeklindeki dermal melanositik nevüs papülleri halk arasında 'et beni' olarak adlandırılır.

Yüzeyinde telenjektazi bulunan dermal melanositik nevüsler, bazal hücreli karsinom ile kıvrım yerleri ve gövdede yerleşen saplı lezyonlar ise akrokordon ile ayırıcı tanıya girer (48).

2.2.5.4. PAPİLLOMATÖZ MELANOSİTİK NEVÜS

Dermal veya bileşik melanositik nevüslerin, kendine özgü klinik ve histopatolojik özellikleri olan bir türüdür.

En sık gövdede yerleşen, ortalama 1-2 cm çapında, deriden kabarık, dut yüzeyine benzer şekilde pürüklü oldukça koyu renkli lezyonlar şeklinde görülür (48).

Histopatolojik açıdan nestlere ek olarak hiperkeratoz, akantoz, papillomatöz ve keratin kistleri gibi seboreik keratoza benzer değişiklikler de bulunur. Lezyonun koyu rengi hiperkeratoza bağlıdır.

Ayırıcı tanıda seboreik keratoz, malign melanom vardır (48, 99).

Malign dejenerasyon şüphesi gösteren lezyonlar total eksize edilmelidir. Bunun dışında kozmetik amaçla da cerrahi tedavi uygulanabilir (48).

2.2.6. KONJENİTAL MELANOSİTİK NEVÜS

Doğum sırasında bulunan veya yaşamın ilk 2 yılında ortaya çıkan melanositik nevüsler, ortak klinik ve histopatolojik özellikler gösterdiği için 'konjenital' tip olarak sınıflandırılır (48).

Konjenital melanositik nevüsler, edinsel olanlara göre oldukça seyrek, %1-2 oranında görülür (100, 101).

Ana klinik özellikleri edinsel melanositik nevüslere benzeyen bu lezyonlar, boyutlarına göre 3 tipe ayrılır; küçük (<1.5 cm), orta boy (1.5-20 cm arası), dev (>20 cm).

Dev lezyonlarda malign dejenerasyon riski çok yüksek iken (malign melanom öncüsü), küçük ve orta boy lezyonlarda bu risk diğer melanositik nevüs tipleri gibidir (1, 48).

Ortaya çıktıktan sonra, vücutla orantılı büyüme dışında genişleme göstermezler. Lezyonlar vücudun herhangi bir bölgesinde lokalize olabilir.

Konjenital melanositik nevüsler, histopatolojik olarak genellikle dermal veya bileşik melanositik nevüs özellikleri gösterir. Bunun dışında, nevüs hücreleri daha derin dokuya inmeye eğilimlidir, sıklıkla subkutise kadar uzanır, deri ekleri ve çevresinde de yerleşebilirler. Başlangıçta kahverengi ve yassı olan nevüslerin rengi, zamanla giderek koyulaşırken, yüzeyi de verrüköz karakter kazanabilir. Kıl foliküllerinin de tutulmasına bağlı olarak, üzerinde terminal kıllar gelişebilir (1, 48, 96).

Erişkinde 20 cm'den, çocuklarda ise yüzde avuç içi, diğer bölgelerde avuç içinin 2 katından büyük lezyonlar konjenital dev melanositik nevüs olarak adlandırılır.

Bu nevüslerin çoğunun yüzeyi tamamen veya belirli bölgelerde uzun terminal kıllarla kaplıdır. Sınırları düzensiz, girintili-çıkıntılı olabilir (48, 96).

Yaklaşık 1/20000 doğumda görülen konjenital dev kıllı melanositik nevüslerin en önemli özelliği, çoğunlukla 10 yaşın altında olmak üzere, %8-10 oranında malign melanoma dönüşmesidir (48, 96, 102, 103).

Lezyonlar en sık sırtta yerleşmekle birlikte, herhangi bir bölgede olabilir. Büyük lezyonların çevresinde, çok sayıda kendisinden küçük satellit lezyon bulunması oldukça tipiktir (104).

Orta hatta yerleşen lezyonların malign dejenerasyon riski daha yüksektir. Konjenital dev melanositik nevüste malign melanom, derin dermis veya subkutisteki hücrelerden çıkabilir. Dolayısıyla malign melanom tanısı konduğunda, çoğunlukla ileri evrede bir olgu söz konusudur (48).

Dev konjenital melanositik lezyonlarda çıkarılabiliyorsa lezyonun total eksizyonu, yoksa klinik izlemi gerekir. Küçük ve orta boy dev konjenital melanositik nevüslere kıyasla malign melanom gelişme riski düşük olduğundan kozmetik amaç dışında sadece klinik takip önerilmektedir (1).

Konjenital dev melanositik nevüslü hastalar, malign melanom için risk faktörü olan ultraviyole ışıklardan mutlaka korunmalıdır (48).

2.2.7.1. HALO NEVÜS

Halo nevüs, Sutton's nevüs veya nevüs depigmentosa centrifugum olarak da bilinir (1). Oval veya yuvarlak, hipopigmente halo ile çevrili melanositik nevüslerdir.

Halo nevüsler sıklıkla doğumdan sonra 20 yaş altında, ender olarak da doğumsal ortaya çıkar (48, 96). En sık yerleşim yeri gövdedir (1).

Merkezdeki lezyon ortalama 3-6 mm çapında, yassı veya kabarık, koyu kahverengi ve pembe renklidir. Nevüsün yüzeyinde hafif bir skuam ve kurutlanma olabilir. Çapı ortalama 0.5-1.5 cm arasında değişen, oldukça düzenli ve iyi sınırlı halo ise, genellikle önceden var olan nevüsün etrafında birkaç hafta veya birkaç ay gibi bir süre içerisinde belirir (1, 48).

Melanositik nevüslerden yapılan histopatolojik incelemede, jonksiyonel bölge ve/veya dermiste yerleşen nestler dışında, dermiste yoğun mononükleer hücre infiltrasyonu da görüldüğünden, oluşumunda nevüs hücrelerine karşı gelişen otoimmün reaksiyonun rol oynadığı düşünülmektedir. Ancak halonun oluşum mekanizması tam olarak açıklanamamaktadır (48, 105).

Halo konjenital melanositik nevüs, atipik melanositik nevüs, malign melanom gibi başka nevomelanositik lezyonların da etrafında bulunabilir.

Bunun dışında dermatofibrom, seboreik keratoz ve bazal hücreli karsinom gibi nonmelanositik lezyonların da etrafında olabilir.

Halo nevüslü hastaların %20'sinde vitiligo da bulunur ve halo nevüs bazen vitiligonun ilk belirtisi olabilir. Halonun ortaya çıkmasından aylar, yıllar sonra merkezdeki melanositik nevüsler gerileyebilir. Kalan açık renkli lezyon ise uzun süre sonra repigmentasyon gösterebilir (48).

Halo nevüsün ayırıcı tanısına giren en önemli tablo, etrafında halo bulunan malign melanomdur. Malign melanomda nadiren oluşabilen halo genellikle daha düzensizdir (96).

Halo nevüslü hastalarda atipik melanositik nevüs ve malign melanom sıklığı artmış olduğu için, bu hastalar ayrıntılı muayene edilmeli ve yakından izlenmelidir. Klinik olarak atipi gösteren lezyonlar eksize edilir. Bunun dışında, kendiliğinden iyileşme özelliği olan tipik lezyonlar cerrahi tedavi endikasyonu oluşturmaz (48).

2.2.7.2. SPİTZ NEVÜS

1948'te İlk tanımlayan Sophie Spitz'ten sonra adlandırılan spitz nevüs (106) ayrıca benign juvenil melanom ve iç ve epiteloid hücre nevüsü olarak da bilinir. Genellikle çocukluk veya erişkin dönemde ortaya çıkar (107, 108). Nadiren doğuştan ortaya çıkar (109).

Lezyon genellikle soliterdir, sıklıkla alt ekstremitelerde ve yüzde görülür (110).

Kılsız, kubbe şeklinde, sert, düzgün yüzeyli, kırmızımsı kahverengi veya kırmızı, 3-15 mm'lik papülonodüler lezyon şeklinde görülür (48, 111).

Lezyonların yüzeyinde bazen telenjiyektazi, erozyon ve skuam-kurut bulunabilir. Başlangıçta hızlı büyür, bir süre sonra büyüme durur ve yıllarca aynı görünümde kalabilir.

Kırmızı renk, histopatolojik olarak bileşik melanositik nevüs özellikleri dışında, papiller dermiste vasküler ektaziler de bulunmasına bağlıdır.

Spitz nevüs malign melanomla karıştırılabilir. Lezyonların simetrik görünümü, atipik mitozların olmaması ve matürasyon varlığı malign melanomdan ayırımında yardımcıdır.

Artmış malignite, kozmetik amaç dışında cerrahi endikasyon yoktur (48).

2.2.7.3. REED NEVÜS (PİGMENTE İĞSİ HÜCRELİ NEVÜS)

Reed nevüs veya pigmente iğsi hücreli nevüs ilk olarak 1973'te Richard Reed tarafından tanımlanmıştır (112). Bu nevüs, spitz nevüsün bir varyantı olduğu kabul edilebilir (108, 113). Genellikle 2. ve 3. dekada, kadınlarda daha sık görülen, nadir rastlanılan melanositik nevüs tipidir.

Tipik lezyon proksimal ekstremiteler veya kalçada yerleşen, yassı veya hafif kabarık, koyu kahverengi veya siyah, homojen pigmente, oval veya düzensiz sınırlı, 0.5-1 cm'lik soliter papül şeklindedir.

Histopatolojik olarak, aşırı melanin içeren iğsi nevüs hücrelerinin oluşturduğu düzenli nest yapıları görülür

Olguların hemen hepsinde, jonksiyonel bileşen bulunurken, derin dermiste invazyon olmaz, atipi gözlenmez (1, 48).

Ayırıcı tanıya; malign melanom, mavi nevüs, diğer melanositik nevüsler girer.

Reed nevüste malign dejenerasyon çok nadir bildirilmektedir (48).

2.2.7.4. BALON HÜCRELİ NEVÜS

Bu nevüsler klinik olarak göze çarpan bir özelliğe sahip olmayıp, görünümü belirgin olmayan bir sarı halonun kahverengi bir nevüsü çevrelemesi şeklindedir. Bu halo sarı-kahverengi de olabilir (114, 115).

Histolojik olarak dermis veya epidermise yerleşmiş olan melanositik bir nevüsde birkaç adet veya fokal olarak bir araya gelmiş balon hücreleri görülür. Bu durum melanositik nevüslerin yaklaşık % 2'sinde görülür. Balon hücreleri sıradan melanositik nevüs hücrelerinden daha büyük olup nukleusları küçük, yuvarlak ve genellikle santral yerleşimlidir. Çok sayıda nukleusa sahip dev balon hücreleri de görülür. Bu hücreler az sayıda melanin granülü içerirler (115, 116).

Bu tip nevüsler klinik olarak inflamatuvar halo nevüs ve atipik melanositik nevüsle karışabilir (99, 115)

2.2.7.5. PSEUDOMELANOM

Shave (traşlama) veya eksizyonel biyopsi ile yetersiz çıkarılmış benign nevüsler, skar üzerinde yeniden oluşabilir ve yüzeysel yayılan malign melanomu taklid eden jonksiyonel patern gösterebilir. Buna "pseudomelanom fenomeni" denir (117). Sıklıkla 'shave' eksizyon sonrası olmak üzere, cerrahi sonrasında ilk 6 ay içinde ortaya çıkar.

Klinik olarak, sadece sikatris üzerinde yerleşen, kahverengi veya siyah pigmentasyon alacalı bir görünüme yol açar. Lezyon hemen her zaman 1.5 cm'den küçüktür (48).

Histopatolojik açıdan ise; epidermiste jonksiyonel bölgede melanosit hiperplazisi ve nükleer atipi gösteren melanositlerin bulunması, malign melanomla karışmasına yol açarken, dermiste fibröz bölgenin altında yer alan eksize edilmiş nevüse ait yapılar psödomelanom lehinedir.

Malign dejenerasyon açısından özel önem taşımayan lezyonda, klinik olarak anormal bulgular yoksa, eksizyon zorunlu değildir (48, 118).

2.2.7.6. ATİPİK MELANOSİTİK NEVÜS

(DİSPLASTİK NEVÜS, CLARK NEVÜS)

Önceleri atipik melanositik hiperplazi veya aktif jonksiyonel melanositik nevüs olarak adlandırılan atipik melanositik nevüs ilk olarak 1978 yılında Clark tarafından, familial melanomlu aile bireylerinde, sıklıkla sırt ve gövde cildinde görülen, hem yapısal hem de hücrel atipi ile karakterize, malign melanom öncüsü olma özelliği gösteren ve az görülen bir nevüs olarak tanımlanmıştır (119).

Günümüzde genel kabul gören displastik nevüs teriminin yanısıra belirgin atipik nevüs terimini tercih edenler de mevcuttur (120, 121). Mc Kie displastik nevüs teriminin histolojik kriterlere uyan lezyonlar için, atipik nevüs teriminin de klinik kullanımlar için uygun olduğunu vurgulamıştır (114).

Familiyal olgularda displastik nevüs, artmış malign melanom riski ile birliktelik gösterir. Ömür boyu risk %100'dür (119, 122, 123).

Atipik melanositik nevüsler ortalama 7-15 mm çapında, deriden hafif kabarık veya yassı, maküler bileşeni olan ve kısmi asimetri gösteren, kılsız,

yuvarlak, oval veya düzensiz sınırlı nevoid lezyonlar şeklinde görülür. Soliter veya çok sayıda lezyonlar şeklinde olabilir. En sık gövdede olmakla birlikte, herhangi bir bölgede yerleşebilir (48, 119).

Kahverenginin değişik tonları, pembe veya siyah karışımından oluşan alacalı bir görünümde olabilir ve yüzeyinde deri çizgilerinde hasar bulunabilir. Bu özelliklerin, malign melanom tanısında kullanılan ABCDE kriterlerine, kısmen de olsa uyması dikkat çekicidir (48). Bu kriterler şunlardır:

- Asimetrik olması (A: *asymetry*),
- Kenarları düzensiz veya sınırları belirsiz veya her ikisinin birlikte olması (B: *border irregularity*),
- Pigmentasyonun düzensiz dağılımı (C: *colour mixed*)
- 5 mm veya daha büyük olması (D: *diameter* $\geq$ 5 mm)
- Lezyon kenarının eritemli olması veya lezyonların deriden yüksek olması (E: *erytema at margins or elevation of the lesions*)

Bu beş kriterden en az üçünün görülmesi ile klinik tanı konabilir (124, 125).

Atipik multipl melanositik nevüslerin görülme sıklığı beyaz ırkta %5'tir (126).

Bu nevüsler gövde ve üst ekstremitelerde 5-10 yaşları arasında küçük benign görünümlü lezyonlar halinde ortaya çıkarlar. Pubertede veya hemen sonrasında atipik bir görünüm almaya başlarlar ve yeni atipik lezyonlar oluşabilir (96).

Bu nevüsün en önemli özelliği malign dejenerasyon riskinin klasik edinsel melanositik nevüslere göre daha yüksek olmasıdır (48). Özellikle bir bireyinde malign melanom bulunan atipik nevüslü ailelerde, bu risk artar.

Atipik melanositik nevüsler klinik açıdan hem edinsel melanositik nevüslerin hem de malign melanom özelliklerini taşır (96).

Histopatolojik incelemede klasik melanositik nevüslerin özellikleri dışında, atipik melanositik proliferasyonu, retelerde köprüleşme, dermiste lameller fibroplazi ve mononükleer hücre infiltrasyonu gibi değişiklikler de görülmesiyle atipik nevüs tanısı konur (48).

Atipik melanositik nevüs tanısı histopatolojik inceleme ile kesinleştirildiğinde, hastanın tüm vücudu incelenmeli ve nevüsler fotoğraflanarak izlemeye alınmalıdır. Ailenin tüm bireylerinin ve 10 yaşın üstündeki tüm birinci dereceden akrabaları dermatolojik kontrolden geçirilmesi yararlıdır. Bu kişilerde ultraviyole uyarısıyla atipik melanositik nevüslerin yanısıra malign melanom da gelişebilmektedir. Bu yüzden bu kişilerin güneşten korunması sağlanmalı, 6-12 ayda bir kontrol edilmelidir (48, 96).

2.3. DERMATOSKOPIK İNCELEME HAKKINDA GENEL BİLGİ

Dermatoskop pigmente lezyonların incelenmesi için bir odaklama halkasına oturtulmuş akromatik bir lens ve yandan aydınlatılan halojen lambalı bir ışık kaynağından oluşan bir cihazdır. Lezyon üzerine yağ veya benzer bir sıvı uygulanarak deri yüzeyinden ışık yansıması engellenerek korneum tabakası ışık geçirgen bir hale getirilir. Dermatoskopun cam tablası lezyon üzerine oturtularak hafifçe deri üzerine bastırılır. Dermatoskopun içine yerleştirilmiş halojen lamba ile lezyon aydınlatılarak 10-40 büyütmede incelenir (127).

Dermatoskopik incelemede ilk basamak lezyonun melanositik olup olmadığını anlamaktır. Bu amaçla Krusch ve Rassner tarafından geliştirilen melanositik algoritma kullanılmaktadır. Bu algoritmanın ilk basamağında lezyonda bir pigmente deri lezyonunun melanositik olduğunu kanıtlayan üç önemli yapı komponenti aranır. Bunlar; pigment ağı, pigment globülleri ve dallanmış çizgilerdir. Pigment ağı ve pigmente globüllerin siyah, kahverengi ya da mavi renkte olması, pigment ağının ise karakteristik bal peteği şeklinde görülmesi gerekir. Melanositik algoritmanın ikinci basamağında tipik yapı komponentleri mevcut değilse mavi nevüs için karakteristik olan çelik mavisi renk aranır. Üçüncü basamakta seboreik keratozu ekarte etmek için komedo benzeri psödofolikül ağzları ve boynuzsu psödokistlerin varlığı incelenir. Bu basamaktaki bulguların hiçbiri lezyonda yoksa hemanjiom ve anjiokeratom tanısında önemli olan kırmızı, kırmızı-mavi ve kırmızı-siyah gölcüklerin varlığı araştırılır. Beşinci basamakta ise pigmente bazal hücreli karsinoma için tipik olan gri-kahverengi ve kurşuni gri renkte akça ağacı yaprağı benzeri

görünüm aranır. Son basamakta yukarıdaki bulguların hiç birinin olmadığı, tanımlayıcı karakterler taşımayan pigmente lezyonlar vardır. Bu lezyonlar genellikle dermal evredeki melanositik nevüs veya nodüler melanomalardır.

Pigmente bir lezyonun dermatoskopik olarak melanositik olduğuna karar verildiyse daha sonra yapılması gereken benign-malign ayrımının yapılmasıdır. Bunun için A B C D değerlendirilmesi adı verilen yöntemle skora yapılmaktadır. Bu yöntemle elde edilen değere total dermatoskopi skoru (TDS) denilmektedir. Bu değer yükseldikçe lezyonun malign olma olasılığı da artmaktadır (Tablo 2.3.1 ve 2.3.2’te sırası ile dermatoskopide A B C D değerlendirilmesi ve total dermatoskopi skoru ile değerlendirme belirtilmiştir).

Tablo 2.3.1: Dermatoskopide A B C D Kriterleri Skalası

A (Asimetri)	İki eksenle yapısal komponent ve alanlara göre değerlendirilir.
B (Sınır)	Sekiz eksenle pigment paterninin ani kesilimi değerlendirilir.
C (Renk)	Beyaz, açık ve kahverengi, kurşuni gri, kırmızı ve siyah olarak altı renk değerlendirilir.
D (Değişik Yapılar)	Pigment ağı, yapısız alanlar, dallanmış çizgiler, noktalar ve globüller olarak beş puan üzerinden değerlendirilir.

Tablo 2.3.2: Total Dermatoloji Skoru Skalası

Total dermatoloji skoru = (A x 1.3) + (B x 0.1) + (C x 0.5) + (D x 0.5)	
Total dermatoloji skoru 4.75’in altında	=> Benign (Melanositik nevüs)
Total dermatoloji skoru 4.75- 5.45 arasında	=> Şüpheli melanositik lezyon
Total dermatoloji skoru 5.45 üzerinde	=> Malign (Melanom)

Papiller görünümlü ya da lentijinöz komponent taşıyan melanositik nevüsler, pigmente spitz nevüsler ve doğumsal melanositik nevüsler benign olmalarına rağmen yüksek bir TDS'na sahip olabilirler. Benzer şekilde amelanotik melanomlar ve derin yerleşimli nodüler melanomlarda çok düşük TDS elde edilir. Bu durumda beyaz regrese alanlar, sütlü kırmızı yapısız alan ve globüller, kırmızı nokta ve çizgi şeklindeki damar yapıları tanıyı destekleyebilir (127-132).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran ve çalışmaya katılmaya istekli 40 yaşından küçük hastalar randomize olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Olguların yaş, cinsiyet, saç ve göz rengi, en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge, anamnezde gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi durumu, güneşlenme sıklığı, güneşten koruyucu kullanım sıklığı ve doğru kullanımı, ciddi güneş yanığı hikayesi, ailesinde veya kendisinde malign melanom öyküsü olup olmadığı hakkında sorular sorularak veriler bir çizelgede kaydedildi.

Olguların muayenesi gün ışığında, iyi aydınlatılmış bir odada ve tek bir gözlemci tarafından yapıldı. Hastaların boyları ölçüldü, kiloları tartıldı ve çizelgeye kaydedildi.

Her bireyin deri tipi Fitzpatrick deri sınıflamasına göre belirlendi ve çizelgede kaydedildi. Fitzpatrick deri tipi sınıflamasında güneş ışınlarıyla temas sonrasında güneş yanığı oluşumu ve bronzlaşma kriter olarak alınmaktadır (133). Fitzpatrick deri tipi sınıflaması Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1: Fitzpatrick Deri Tipi Sınıflaması

Deri Tip	Renk	Ultraviyole reaksiyonu	Bronzlaşma
Tip 1	Mavi gözlü, açık tenli, sarışın ve çilli	Çok hassas	Daima yanar, kolay kolay bronzlaşmaz
Tip 2	Mavi yeşil gözlü, açık tenli	Çok hassas	Genellikle yanar, zor bronzlaşır
Tip 3	Asya tipi, sarı buğday renk	Hassas	Orta derecede yanar ve bronzlaşır
Tip 4	Akdeniz, Asya, İspanyol tip	Orta derecede hassas	Nadiren yanar, daima bronzlaşır
Tip 5	Ortadoğu, Latin, Hint	Çok az hassas	Nadiren yanar, kolay bronzlaşır
Tip 6	Siyah ırk	En az hassas olan	Hiç yanmaz ve kolay bronzlaşır

Nevüs sayımı yapılırken vücut, baş, üst ekstremiteler, gövde, genital bölge ve alt ekstremiteler olmak üzere 5 bölgeye ayrıldı ve çizelgede belirtildi. İncelenen bireylerde her vücut bölümündeki 2 mm'den büyük ve küçük edinsel melanositik nevüs sayısı saptandı. Lentigo simpleksler jonksiyonel melanositik nevüs öncüsü kabul edilip jonksiyonel melanositik nevüs olarak değerlendirilmiştir.

Olguların ifadesine göre 2 yaşından önce çıkan melanositik nevüsler konjenital melanositik nevüsler olarak kabul edilip, boyutuna göre 1.5 cm'den küçük, 1.5-5 cm arası, 5-20 cm arası, 20 cm'den büyük olanlar şeklinde ayrılarak kaydedildi.

Araştırmada melanositik nevüs kriterlerine uyan lezyonlar tespit edilerek klinik ve dermatoskopik özellikleri incelendi. Klinik inceleme sonucunda malign melanom tanı kriteri olarak kullanılan ABCDE kriterlerinden en az üçünü karşılayanlar şüpheli atipik olarak değerlendirilip epilüminesans mikroskopik incelemeye alındı ve total dermatoskopi skoru

4.75'in üzerinde olan lezyonlarda ise tanı dermatopatolojik incelemeyle kesinleştirildi.

Bu çalışmada dermatoskopik inceleme için "Heine Delta 10" dermatoskop kullanılmıştır.

Olguların vücut yüzey alanları boy ve ağırlıklarından aşağıdaki formül kullanılarak hesaplandı (134).

$$VYA \text{ (Vücut yüzey alanı, m}^2\text{)} = \sqrt{[\text{Boy (cm)} \times \text{Ağırlık (kg)}] / 3600}$$

Her olgunun toplam nevüs sayısı bu alana bölünerek tüm vücut için bir nevüs dansitesi elde edildi (Adet / m²).

Ayrıca hastalardaki solar lentigo ve çil sayıları anatomik bölgelere ayrılmayıp toplam olarak kaydedildi.

Hastaların yaşları; 0-10, 11-20, 21-30 ve 31-40 şeklinde, saç renkleri; "sarı", "kırmızı", "kahverengi", "siyah" şeklinde, göz renkleri; "mavi", "yeşil", "kahverengi" şeklinde, en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge; 7 coğrafi bölgeye ayrılmış şekilde, anamnezde gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi durumu; gün içerisinde 1 saatten az süre güneşe maruz kalan "güneşe az maruz", gün içerisinde 1-3 saat arasında güneşe maruz kalan "güneşe bazen maruz", gün içerisinde 3 saatten daha fazla süre güneşe maruz kalan "güneşe maruz" şeklinde, güneşten koruyucu kullanımı ve doğruluğu; "güneşten koruyucu kullanmıyor", güneşten koruyucuyu yazın doğru kullanıyor", "güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullanıyor", "güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullanıyor", "güneşten koruyucuyu bazen rastgele kullanıyor" şeklinde, anamnezde ciddi güneş yanığı sayısı; "0", "1-3", "4-9", "10 ve üstü" şeklinde, yazın güneşlenme sıklığı; "senede 7 günden az", "senede 7-30 gün", "senede 1-3 ay" şeklinde, solar lentigo bulunma sayına göre; solar lentigo sayısı "0", "1-25", "26-50", "76-100", "100 üstü" şeklinde, çil bulunma sayısına göre; çil sayısı "0", "1-25", "26-50", "51-75", "76-100", "100 üstü" şeklinde, atipik melanositik nevüs varlığı; "varlığında" ve "yokluğunda" şeklinde gruplara ayrılarak bağımsız değişkenler şeklinde ortalama melanositik nevüs sayılarıyla istatistiksel olarak değerlendirilmeye alındı.

Elde edilen bulgular ışığında aşağıda belirtilen parametreler araştırılmaya alındı.

1. Tüm hastaların klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs bulunma oranı (Klasik edinsel ve atipik melanositik nevüslü hasta sayısı / Tüm hastaların sayısı)
2. 2 mm'den küçük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs oranı (2 mm'den küçük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı / Tüm sayılabilir klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı)
3. 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs oranı (2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı / Tüm sayılabilir klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı)
4. Erkek ve kadınlarda tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması (Toplam klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı / klasik edinsel ve atipik melanositik nevüslü vaka sayısı)
5. Erkek ve kadınlarda 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması (Toplam 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı / klasik edinsel ve atipik melanositik nevüslü toplam hasta sayısı)
6. Atipik melanositik nevüs oranı (Atipik melanositik nevüslü hasta sayısı / klasik edinsel ve atipik melanositik nevüslü toplam hasta sayısı)
7. Atipik melanositik nevüs sıklığı yaş aralığı (belli yaş aralığı var mı?)
8. Atipik melanositik nevüs sıklığında kadın erkek farkı var mı?
9. Atipik melanositik nevüs yerleşim yeri sıklığı
10. Konjenital melanositik nevüs oranı
11. Melanositik nevüs yoğunluğunun deri rengi, melanoma hikayesi, güneş banyosu sıklığı, güneşten korunma alışkanlığı ile ilişkisi var mı?
12. 2 mm'den büyük melanositik nevüs sayısı ile yaş, seks ve diğer faktörlerin (göz rengi, deri tipi, saç rengi, deri rengi, çil, solar lentigo, atipik melanositik nevüs varlığı, güneş yanığı hikayesi) ilişkileri

13. Metrekare'ye düşen toplam klasik ve edinsel melanositik nevüs sayısı (kadın-erkek) : Toplam klasik ve edinsel melanositik nevüs sayısı / VYA (vücut yüzey alanı) (m²)

14. Metrekare'ye düşen 2 mm'den büyük melanositik nevüs sayısı (kadın-erkek) : Toplam 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı / VYA (m²)

15. Klasik edinsel melanositik nevüslerin kendi içlerinde ayrı ayrı dağılımları

16. Klasik edinsel melanositik nevüslerin vücut bölgelerine göre dağılımları

17. Güneşe maruziyet şu şekilde değerlendirilecektir.

a. Her yıl düzenli güneşlenenlerin yüzdesi

b. Ne kadarında aşırı yanma hikayesi var (ağrı-kızarıklık)

c. Yüzde kaç güneşten koruyucu kullanıyor. Bunların;

(1)Yüzde kaç sadece güneşlenirken güneşten koruyucu kullanıyor.

(2)Yüzde kaç tüm yıl güneşli günlerde güneşten koruyucu kullanıyor.

(3)Güneşten koruyucuyu yazın ve yaz-kış doğru kullananların oranı (güneşlenmeden ½ saat önce ve 2 saatte bir ve her suya girip çıktıktan sonra)

d. Yazın güneşlenme sıklığı (süresi)

e. Gün içerisinde güneşe maruz kalma süreleri

Çalışma çizelgesine kaydedilip elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11.0 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanısıra verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare, ANOVA (Analyze of Variances), t-test, Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık ise $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Metin içinde nevüsler için aşağıdaki kısaltmalar kullanılmıştır:

jn1	: 2 mm'den büyük jonksiyonel melanositik nevüs
jn2	: 2 mm'den küçük jonksiyonel melanositik nevüs
cn1	: 2 mm'den büyük compound melanositik nevüs
cn2	: 2 mm'den küçük compound melanositik nevüs
dn1	: 2 mm'den büyük dermal melanositik nevüs
dn2	: 2 mm'den küçük dermal melanositik nevüs
jn1-dn2	: 2 mm'den büyük ve küçük klasik edinsel melanositik nevüs (jn1+jn2+cn1+cn2+dn1+dn2)
amn1	: 2 mm'den büyük atipik melanositik nevüs
amn2	: 2 mm'den küçük atipik melanositik nevüs
amn1-amn2	: 2 mm'den büyük ve küçük atipik melanositik nevüs (amn1+amn2)

4. BULGULAR

Çalışmamıza 5-40 (ortalama 21.74 ± 6.94) yaşları arasında 555 hasta alındı.

Çalışmaya alınan hastaların 395'i erkek, 160'ı kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 21.99 ± 6.27 , kadınların yaş ortalaması ise 21.11 ± 8.35 olarak bulundu (Tablo 4.1).

Hastaların çoğunluğu (258 hasta, %46.5) 21-30 yaşları arasında idi. Erkeklerin de çoğunluğu (209 hasta, tüm hastaların %37.7'si) 21-30 yaşları arasında, kadınların ise çoğunluğu (70 hasta, tüm hastaların %12.6'sı) 11-20 yaşları arasında bulundu (Tablo 4.2).

Hastaların büyük çoğunluğu kahverengi göz rengine (402 hasta, %72.4), siyah saç rengine (295 hasta, %53.2), deri tipi 3'e sahip kişilerden (353 hasta, %63.6) oluşmaktaydı. Deri tipi 5 ve 6'ya sahip kişi yoktu (Tablo 4.1).

Hastaların çoğunluğu (270 hasta, %48.7'si) en uzun süre Marmara Bölgesi'nde yaşamaktaydı ve hastaların yine çoğunluğunun (453 hasta, %81.6'sı) en uzun süre yaşadığı bölgedeki geçirdiği süre 11 ve üzeri yıl idi. En uzun süredir Marmara Bölgesi'nde yaşayanların büyük çoğunluğunun (93 hasta) yaş aralığı 11-20 idi (Tablo 4.3).

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş (ortalama)	21.74±6.94 (5-40 yıl)		
Ortalama yaş (Kadın)	21.11±8.35		
Ortalama yaş (Erkek)	21.99±6.27		
Ortalama Boy (cm)	167.45±14.53		
Ortalama Ağırlık (kg)	63.37±16.56		
Sosyodemografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	395	71.2
	Kadın	160	28.8
En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölge	Akdeniz B.	40	7.2
	Güneydoğu Anadolu B.	35	6.3
	Marmara B.	270	48.7
	Doğu Anadolu B.	31	5.6
	Karadeniz B.	45	8.1
	İç Anadolu B.	105	18.9
	Ege B.	29	5.2
En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölgedeki Geçirdiği Süre (yıl)	0-5	12	2.2
	6-10	90	16.2
	11 den fazla	453	81.6
Yaş (yıl)	0-10	32	5.8
	11-20	199	35.8
	21-30	258	46.5
	31-40	66	11.9
Deri Tipi	Deri tipi 1	4	0.7
	Deri tipi 2	123	22.2
	Deri tipi 3	353	63.6
	Deri tipi 4	75	13.5
Saç Rengi	Sarı	70	12.6
	Kırmızı	22	4
	Kahverengi	168	30.2
	Siyah	295	53.2
Göz Rengi	Mavi	6	1.1
	Yeşil	147	26.5
	Kahverengi	402	72.4

Tablo 4.2: Hastaların Cinsiyetinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Cinsiyet	Yaş Grupları (yıl)				Toplam
	0-10	11-20	21-30	31-40	
Erkek	20 %3.6	129 %23.2	209 %37.7	37 %6.7	395 %71.2
Kadın	12 %2.2	70 %12.6	49 %8.8	29 %5.2	160 %28.8
Toplam	32 %5.8	199 %35.8	258 %46.5	66 %11.9	555 %100

Tablo 4.3: Hasta Yaş Gruplarının En Uzun Süre Yaşanan Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı

En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölge	Yaş Grupları (yıl)				Toplam
	0-10	11-20	21-30	31-40	
Akdeniz B.	2	8	26	4	40
Güneydoğu Anadolu B.	0	15	16	4	35
Marmara B.	27	120	93	30	270
Doğu Anadolu B.	2	7	21	1	31
Karadeniz B.	0	11	25	9	45
İç Anadolu B.	0	29	59	17	105
Ege B.	1	9	18	1	29
Toplam	32	199	258	66	555

Yine hastaların çoğunluğu gün içerisinde güneşe maruz kalmayan (434 hasta, %78.2), senede 7 günden az güneşlenen (263 hasta, %47.4), güneşten koruyucu kullanmayan (328 hasta, %59.1), anamnezinde yanık hikayesi olmayan (412 hasta, %74.2), çili (460 hasta, %82.9) ve solar lentigosu olmayan (495 hasta, %89.2) kişilerden oluşmaktaydı. Her yıl düzenli olarak 1-3 ay arası güneşlenenlerin sayısı (84 hasta, %15.1) idi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Hastaların Güneşe Maruziyetle İlgili Özellikleri

Güneşe Maruziyetle İlgili Özellikler		Sayı	Yüzde
Gün içerisinde Güneşe Maruz Kalma Süresine Bağlı Durum	Güneşe maruz değil	434	78.2
	Güneşe bazen maruz	72	13
	Güneşe maruz	49	8.8
Güneşlenme Sıklığı	Senede 7 günden az	263	47.4
	Senede 7-30 gün	208	37.5
	Senede 1-3 ay	84	15.1
Güneşten Koruyucu Kullanım Sıklığı ve Doğruluğu	Kullanmıyor	328	59.1
	Yazın rastgele kullanıyor	149	28.8
	Yazın doğru kullanıyor	50	9
	Bazen rastgele kullanıyor	22	4
	Yaz-kış sürekli doğru kullanıyor	6	1.1
Anamnezde Güneş Yanığı Hikayesi Sayısı	0	412	74.2
	1-3	127	22.9
	4-9	11	2
	10 ve üstü	5	0.9
Çil Sayısı	0	460	82.9
	1-25	43	7.7
	26-50	22	4
	51-75	2	0.4
	76-100	20	3.6
	100 üstü	8	1.4
Solar Lentigo Sayısı	0	495	89.1
	1-25	22	4
	26-50	17	3.1
	76-100	14	2.5
	100 üstü	7	1.3

Klasik Edinsel Melanositik Nevüsler:

Klasik edinsel veya atipik melanositik nevüs 378'i erkek, 142'si kadın olmak üzere toplam 520 hastada (%93) vardı. Bu hastalarda toplam 9086 klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayıldı. Bunların 5684'ü (%63) 2 mm'den küçük, 3402'ü (%37) 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüstü. Hastalarda toplam klasik edinsel melanositik nevüslerin sayısı 9009, bunların 5673'ü (%63) 2 mm'den küçük, 3336'sı (%37) 2 mm'den büyüktü. Klasik edinsel melanositik nevüslerden en fazla jonksiyonel melanositik nevüs (6898 nevüs, %77, 472 hasta, %91) görülmekte, bunu sırasıyla compound (1094, %12, 260 hasta, %50) ve dermal melanositik nevüs (1017 nevüs, %11, 220 hasta, %42) izlemekteydi (Tablo 4.5).

Erkeklerde tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs bulunma ortalaması 19.37 (7322/378) iken, kadınlarda ise tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs bulunma ortalaması 12.42 (1764/142) idi. Erkeklerde 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 7.14 (2699/378) iken, kadınlarda 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 4.95 (703/142)'dir (Tablo 4.5).

Vücut bölgelerine, hasta sayısı ve oranına göre klasik edinsel melanositik nevüsler en fazla gövdede (3917 nevüs, 454 hasta, %87.3) saptanırken, bunu sırasıyla üst ekstremité (2498 nevüs, 444 hasta, %85.3), baş (1685 nevüs, 206 hasta, %67.1), alt ekstremité (840 nevüs, 183 hasta, %35.2) ve genital bölge (69 nevüs, 9 hasta, %1.7) izlemektedir (Tablo 4.6).

Tüm olgularda yapılan muayene sonucunda cn1-genital, cn2-genital, dn2-genital gözlenmedi (Tablo 4.6).

Erkeklerde metrekare'ye düşen toplam klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 11.03 (4170/378), bayanlarda metrekare'ye düşen toplam klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 8.17 (1161/142)'dir. Erkeklerde metrekare'ye düşen toplam 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 3.94 (1491/378), kadınlarda metrekare'ye düşen toplam 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 3.31 (470/142)'dir.

Tablo 4.5: Klasik Edinsel Melanositik Nevüslerin Hastalara Göre Dağılımı

Klasik Edinsel Melanositik Nevüsler		Nevüs Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta yüzdesi
Jonksiyonel Melanositik Nevüs	2 mm'den küçük	5157	410	79
	2 mm'den büyük	1741	287	55
	Tüm boyutlarda	6898	472	91
Compound Melanositik Nevüs	2 mm'den küçük	299	98	19
	2 mm'den büyük	795	199	38
	Tüm boyutlarda	1094	260	50
Dermal Melanositik Nevüs	2 mm'den küçük	217	77	15
	2mm'den büyük	800	172	33
	Tüm boyutlarda	1017	220	42
Tüm Klasik Edinsel Melanositik Nevüs	2 mm'den küçük	5673	437	79
	2 mm'den büyük	3336	414	75
	Tüm boyutlarda	9009	520	93
Tüm Klasik Edinsel ve Atipik Melanositik Nevüs	2 mm'den küçük	3402	437	79
	2 mm'den büyük	5684	414	75
	Tüm boyutlarda, erkeklerde	7322	378	96
	Tüm boyutlarda, kadınlarda	1764	142	88
	Tüm boyutlarda, tüm hastalarda	9086	520	93

Tablo 4.6: Klasik Edinsel Melanositik Nevüs Bulunan Hastaların Vücut Bölgelerine Göre Nevüs Dağılımları

Vücut Bölgeleri	Klasik Edinsel Melanositik Nevüsler	Nevüs Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta Yüzdesi
Baş	jn1-baş	196	62	11.9
	jn2-baş	1011	204	39.2
	cn1-baş	145	61	11.9
	cn2-baş	88	42	8.1
	dn1-baş	179	64	11.9
	dn2 baş	66	37	7.1
	jn1-dn2 baş	1685	349	67.1
Üst Ekstremité	jn1-üst	507	28	5.3
	jn2-üst	1741	34	6.5
	cn1-üst	140	49	9.4
	cn2-üst	41	17	3.2
	dn1-üst	52	23	4.4
	dn2-üst	17	6	1.1
	jn1-dn2-üst	2498	444	85.3
Gövde	jn1-gövde	850	197	37.8
	jn2-gövde	1779	264	50.7
	cn1-gövde	472	47	9.3
	cn2-gövde	164	49	9.4
	dn1-gövde	536	130	25.0
	dn2 gövde	116	36	6.9
	jn1-dn2 gövde	3917	454	87.3
Genital Bölge	jn1-genital	5	3	0.6
	jn2-genital	63	7	1.3
	cn1-genital	0	0	0
	cn2-genital	0	0	0
	dn1-genital	1	1	0.2
	dn2-genital	0	0	0
	jn1-dn2-genital	69	9	1.7
Alt Ekstremité	jn1-alt	183	87	16.7
	jn2-alt	563	115	22.1
	cn1-alt	38	16	3.1
	cn2-alt	6	5	1.0
	dn1-genital	32	10	19.2
	dn2-genital	18	4	0.8
	jn1-dn2-genital	840	183	35.2

Cinsiyet, yaş, deri tipi, saç ve göz renkleri, en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge, gün içerisinde güneşe maruz kalma süresine bağlı durum, güneşlenme sıklığı, güneşten koruyucu kullanım ve doğruluğu, anamnezde güneş yanığı hikayesi sayısı, çil, solar lentigo sayıları, atipik melanositik varlığı, malign melanom varlığı ve öyküsü açısından tüm vücut ve bölgelerine göre klasik edinsel melanositik nevüsler ayrı ayrı incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

“Cinsiyetler” arasında, tüm vücutta ortalama cn1, dn1, jn1-dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.039, p=0.024, p=0.050). Ortalama cn1, dn1, jn1-dn2 sayıları “kadınlara” (0.96 ± 2.43 , 0.84 ± 2.59 , 10.86 ± 15.74) göre “erkeklerde” (1.63 ± 3.79 , 1.69 ± 4.46 , 18.41 ± 47.58) daha yüksektir (Şekil 4.1).

“Cinsiyetler” arasında, vücut bölgelerine göre ortalama jn1-gövde, jn2-gövde, cn1-gövde, cn2-gövde, dn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, p=0.032, p=0.003, p=0.047, p=0.007). Ortalama jn1-gövde, jn2-gövde, cn1-gövde, cn2-gövde, dn1-gövde sayıları “kadınlara” (0.70 ± 1.678 , 1.51 ± 3.415 , 0.44 ± 1.201 , 0.09 ± 0.473 , 0.41 ± 1.425) göre “erkeklerde” (1.87 ± 4.166 , 3.89 ± 13.819 , 1.02 ± 2.265 , 0.38 ± 1.777 , 1.19 ± 3.513) daha yüksektir (Tablo 4.8).

“Yaş grupları” arasında, tüm vücutta ortalama dn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA p=0.001). Yaş arttıkça ortalama dn1 sayıları da artıyor. En düşük ortalama dn1 sayısı “0-10 arası yaş grubunda” (ortalama 0.25 ± 1.08) iken, en yüksek “31-40 arası yaş grubundadır” (ortalama 2.38 ± 5.17) (Şekil 4.2).

“Yaş grupları” arasında vücut bölgelerine göre, ortalama jn1-baş, dn1-baş, dn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.012, p=0.009, p=0.016). Ortalama jn1-baş “11-20 arası yaş grubunda” (ortalama 0.58 ± 2.01) en yüksek iken, “31-40 yaş arası grubunda” (ortalama

0.14±0.60) en düşüktür. jn1-baş çocukluktan itibaren artarak “11-20 arası yaş grubunda” pik yapıp, 20 yaş üzerinde yaş arttıkça azalma eğilimindedir. Ortalama dn1-baş, dn1-gövde “31-40 arası yaş grubunda” (0.61±2.20, 1.68±4.61) en yüksek iken, “0-10 arası yaş grubunda” (0.093±0.39, 0.16±0.72) en düşüktür. Yaş arttıkça dn1-baş ve dn1-gövde sayıları artmaktadır (Tablo 4.9).

“Deri tipleri” arasında tüm vücutta ortalama jn1, cn1, dn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.024, p=0.001, p=0.004). Ortalama jn1, cn1, dn1 sayıları en yüksek “deri tipi 2 olan kişilerde” (4.59±7.71, 2.51±5.55, 2.59±6.17) saptandı (Şekil 4.3).

“Deri tipleri” arasında vücut bölgelerine göre, ortalama jn1-üst, cn1-üst, dn1-üst, cn1-alt, cn2-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, p=0.001, p=0.007, p=0.049, p=0.019). Ortalama jn1-üst, cn1-üst, dn1-üst, cn1-alt, cn2-alt “deri tipi 2 olan kişilerde” (1.67±3.29, 1.42±2.76, 1.80±4.71, 0.20±1.22, 0.040±0.24) en yüksek iken, jn1-üst, cn1-üst, cn1-alt, cn2-alt “deri tipi 1 olan kişilerde” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.10).

“Saç renkleri” arasında tüm vücutta ortalama dn1, dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, 0.006). Ortalama dn1 sarı saçlılarda (3.36±7.2), ortalama dn2 “kırmızı saçlılarda” (1.36±3.74) en yüksek iken, ortalama dn1 “kahverengi saçlılarda” (1.01±3.17), ortalama dn2 “sarı saçlılarda” (0.19±0.77) en düşüktür (Şekil 4.4).

“Saç renkleri” arasında vücut bölgelerine göre, ortalama dn2-baş, cn1-üst, dn1-gövde, dn2-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.009, p=0.005, p=0.001, p=0.001). Ortalama dn2-baş, cn1-üst, dn2-alt “kırmızı saçlılarda” (0.50±1.19, 0.73±2.41, 0.64±2.77), ortalama dn1-gövde “sarı saçlılarda” (2.59±5.92) en yüksek iken, dn2-alt “sarı saçlılarda” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.11).

“Göz renkleri” arasında tüm vücutta ortalama dn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.001$). Göz renkleri açısından gruplama yapıldığında ortalama dn1 sayılarının büyükten küçüğe göre “mavi göz”, “yeşil göz” ve “kahverengi göz” olarak sıralandığı görüldü. Ortalama dn1 “mavi gözlülerde” (2.59 ± 6.17) en yüksek iken, ortalama dn1 “kahverengi gözlülerde” (0.91 ± 2.37) en düşüktür (Şekil 4.5).

“Göz renkleri” arasında vücut bölgelerine göre, ortalama dn1-baş, dn1-üst, dn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.014$, $p=0.034$, $p=0.001$). Ortalama dn1-baş, dn1-üst “yeşil gözlülerde” (0.59 ± 2.19 , 0.22 ± 1.22), ortalama dn1-gövde “mavi gözlülerde” (3.33 ± 4.84) en yüksek iken, dn1-üst “mavi gözlülerde” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.12).

Tüm vücutta ortalama jn1, cn1, dn2 sayıları “en uzun süre Ege Bölgesi’nde”, ortalama jn2 ve jn1-dn2 sayıları “Karadeniz Bölgesi’nde”, ortalama cn2 sayısı “Akdeniz Bölgesi’nde”, ortalama dn1 sayısı “İç Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda” yüksek idi. Fakat hiçbirinde istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı.

“En uzun süre yaşadığı coğrafi bölgeler” arasında vücut bölgelerine göre, ortalama jn1-üst, dn1-genital sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.042$, $p=0.006$). Ortalama jn1-üst “en uzun süre Ege Bölgesi’nde yaşayanlarda” (2.00 ± 4.32) en yüksek iken, “en uzun süre Karadeniz Bölgesinde yaşayanlarda” (0.27 ± 0.96) en düşüktür. dn1-genital sadece “en uzun süre Ege Bölgesi’nde yaşayanlarda” görülmektedir (Tablo 4.13).

“Gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi” durumuna göre tüm vücutta ortalama jn2, jn1-dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.001$, 0.001). Ortalama jn2, jn1-dn2 “güneşe maruz kişilerde” (29.71 ± 123.68 , 37.31 ± 123.42) en yüksek iken, ortalama jn2

“güneşe maruz olmayan kişilerde” (7.17 ± 12.87), ortalama jn1-dn2 “güneşe bazen maruz kişilerde” (13.86 ± 14.08) en düşüktür (Şekil 4.7).

“Gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi” durumuna göre vücut bölgelerinde ortalama jn2-baş, jn2-üst, jn2-gövde, jn2-genital, jn2-alt, cn2-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamli** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.016$, $p=0.001$, $p=0.013$, $p=0.008$, $p=0.011$, $p=0.007$). Ortalama jn2-baş, jn2-üst, jn2-gövde, jn2-genital, jn2-alt, cn2-alt “güneşe maruz kişilerde” (4.53 ± 21.33 , 12.20 ± 50.70 , 7.88 ± 35.80 , 1.02 ± 7.14 , 4.08 ± 24.95 , 0.061 ± 0.32) en yüksek iken, ortalama jn2-baş, jn2-üst, jn2-gövde “güneşe maruz olmayan kişilerde” (1.44 ± 2.83 , 2.26 ± 4.84 , 2.64 ± 5.45), ortalama jn2-genital ve jn2-alt “güneşe bazen maruz kişilerde” (0.013 ± 0.12 , 0.19 ± 0.76) en düşüktür. cn2-alt “güneşe bazen maruz kişilerde” hiç tespit edilmedi. Gün içerisinde güneşe maruz kalım süresi arttıkça jn2-baş, jn2-üst, jn2-gövde sayısı artmaktadır (Tablo 4.14).

“Güneşlenme sıklığına” göre tüm vücutta ortalama jn1, cn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamli** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.045$, $p=0.038$). Ortalama jn1 ve cn1 “senede 7 günden az güneşlenenlerde” (2.56 ± 5.21 , 1.04 ± 2.11) en düşük iken, “senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde” (4.44 ± 7.36 , 1.85 ± 3.62) en yüksektir. Güneşlenme sıklığı arttıkça ortalama jn1, cn1 sayısı artmaktadır (Şekil 4.8).

“Güneşlenme sıklığına” göre vücut bölgelerinde ortalama cn1-baş, dn1-üst sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamli** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.011$, $p=0.015$). Ortalama cn1-baş ve dn1-üst “senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde” (0.51 ± 1.36 , 0.29 ± 1.43) en yüksek iken, “senede 7 günden az güneşlenenlerde” (0.16 ± 0.66 , 0.041 ± 0.25) en düşüktür. Güneşlenme sıklığı arttıkça ortalama cn1-baş, dn1-üst sayısı artmaktadır (Tablo 4.15).

“Güneşten koruyucu kullanma sıklığı ve doğruluğuna” göre tüm vücutta ortalama jn1, dn1, dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamli** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA sırasıyla

p değerleri $p=0.008$, $p=0.022$, $p=0.011$). Ortalama jn1 “güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullananlarda” (4.45 ± 8.62), ortalama dn1, dn2 “güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda” (3.16 ± 6.57 , 1.08 ± 3.66) en yüksek iken, dn2 “güneşten koruyucuyu sürekli doğru kullananlarda” hiç tespit edilmedi (Şekil 4.9).

“Güneşten koruyucu kullanma sıklığı ve doğruluğuna” göre vücut bölgelerinde ortalama jn1-üst, cn1-üst, cn2-üst, dn1-gövde, jn1-alt, dn2-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.030$, $p=0.006$, $p=0.001$, $p=0.011$, $p=0.015$). Ortalama cn1-üst, cn2-üst, dn1-gövde, dn2-alt “güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda” (0.64 ± 2.11 , 0.34 ± 1.49 , 2.82 ± 6.14 , 0.30 ± 1.85), ortalama jn1-üst “güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullananlarda” (1.56 ± 3.37), ortalama jn1-alt “güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullananlarda” (1.00 ± 1.10) en yüksek iken, cn2-üst “güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullananlarda”, dn2-alt “güneşten koruyucuyu yazın rastgele, bazen rastgele ve yaz-kış sürekli doğru kullananlarda” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.16).

“Güneş yanığı hikayesi sayısına” göre tüm vücutta ortalama dn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.003$). Ortalama dn1 “güneş yanığı hikayesi olmayanlarda” (1.33 ± 3.64) en düşük iken, “güneş yanığı hikayesi 10 ve üstü olanlarda” (8.00 ± 11.05) en yüksektir. Güneş yanığı hikayesi sayısı arttıkça ortalama dn1 sayısı artmaktadır (Şekil 4.10).

“Güneş yanığı hikayesi sayısına” göre, vücut bölgelerinde ortalama dn2-baş, cn1-üst, jn2-üst, dn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA sırasıyla p değerleri $p=0.032$, $p=0.001$, $p=0.013$, $p=0.001$). Ortalama dn2-baş, cn1-üst, dn1-gövde “güneş yanığı hikayesi sayısı 10 ve üstü olanlarda” (0.80 ± 1.095 , 2.80 ± 4.764 , 6.40 ± 8.792), ortalama jn2-üst “güneş yanığı hikayesi sayısı 4-9 arası olanlarda” (8.45 ± 12.793) en yüksektir. Güneş yanığı hikayesi sayısı arttıkça ortalama dn2-baş sayısı artmaktadır (Tablo 4.17).

“Solar lentigo sayısına” göre tüm vücutta ortalama jn1, dn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.003, p=0.001). Ortalama jn1 ve dn1 “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” (9.00 ± 13.16 , 5.57 ± 11.91) en yüksekti (Şekil 4.11).

“Solar lentigo sayısına” göre vücut bölgelerinde ortalama cn1-üst, cn2-üst, dn1-üst, jn1-gövde, dn1-gövde, dn2-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.011, p=0.011, p=0.043, p=0.002, p=0.001, p=0.002). Ortalama cn1-üst, cn2-üst, dn1-üst, jn1-gövde, dn1-gövde “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” (1.07 ± 2.269 , 0.21 ± 0.802 , 0.64 ± 1.906 , 4.86 ± 7.543 , 4.07 ± 8.905) en yüksek iken, cn1-üst, cn2-üst “solar lentigo sayısı 26-50 arası ve 100 üstü olanlarda”, dn1-üst “solar lentigo sayısı 26-50 arası olanlarda” hiç tespit edilmedi. dn2-alt sadece “solar lentigosu olmayanlarda” (ortalama 0.04 ± 0.599) tespit edildi (Tablo 4.18).

“Çil sayısına” göre tüm vücutta ortalama jn2, dn1, jn1-dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, p=0.026, p=0.001). Ortalama jn2, jn1-dn2 “çil sayısı 26-50 arası olanlarda” (52.50 ± 173.26 , 64.32 ± 172.20), ortalama dn1 “çil sayısı 76-100 arası olanlarda” (3.80 ± 9.24) en yüksek iken, dn1 “çil sayısı 51-75 arası olanlarda” hiç tespit edilmedi (Şekil 4.12).

“Çil sayısına” göre vücut bölgelerinde ortalama jn2-baş, dn1-baş, jn1-üst, jn2-gövde, jn1-genital, jn2-genital, jn2-alt, cn2-alt, dn1-alt sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, p=0.006, p=0.003, p=0.001, p=0.013, p=0.001, p=0.001, p=0.001, p=0.001). Ortalama jn2-baş, dn1-baş, jn2-gövde, jn1-genital, jn2-genital, jn2-alt “çil sayısı 26-50 arası olanlarda” (10.55 ± 33.235 , 1.32 ± 3.657 , 17.68 ± 52.434 , 0.09 ± 0.426 , 2.27 ± 10.660 , 9.32 ± 37.116), ortalama jn1-üst “çil sayısı 51-75 arası olanlarda” (6.50 ± 9.192), ortalama cn2-alt “çil sayısı 100 üstü olanlarda”

(0.25±0.707), ortalama dn1-alt “çil sayısı 76-100 arası olanlarda” (1.00±4.472) en yüksekti (Tablo 4.19).

“Atipik melanositik nevüs varlığına” göre tüm vücutta ortalama jn1, jn2, cn1, cn2, dn1, dn2, jn1-dn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, p=0.001, p=0.048, p=0.001, p=0.001, p=0.001, p=0.001, p=0.001). Ortalama jn1, jn2, cn1, cn2, dn1, dn2, jn1-dn2 değerleri “atipik melanositik nevüs varlığında” (10.14±12.65, 23.46±31.59, 4.11±6.17, 1.89±4.78, 7.25±10.68, 1.57±3.48, 48.40±43.00) yüksek iken, “atipik melanositik nevüs yokluğunda” (2.76±5.42, 8.54±39.1, 1.29±3.21, 0.47±1.47, 1.13±3.05, 0.33±1.30, 14.52±40.40) düşüktür (Şekil 4.13).

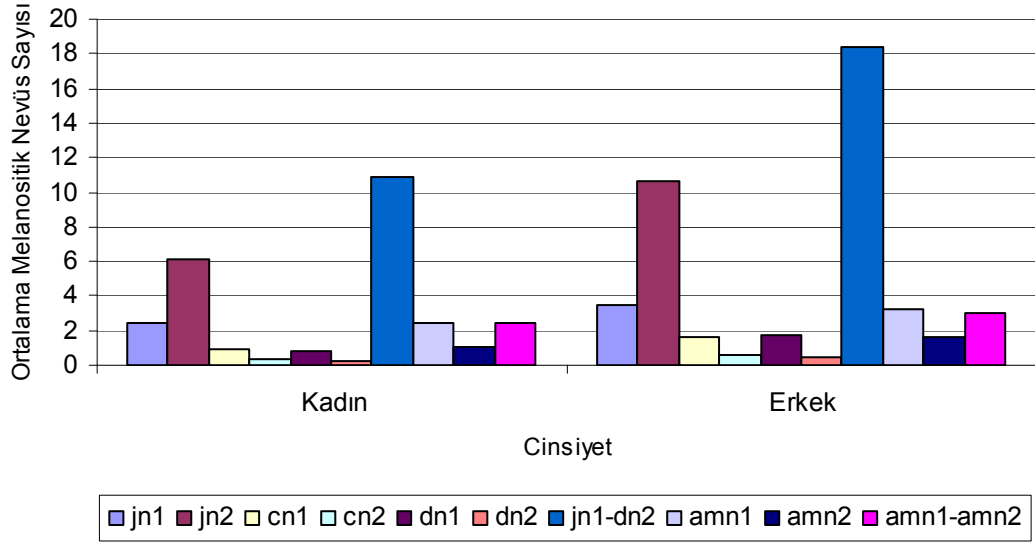
Ailesinde malign melanom öyküsü olan sadece bir hasta olduğu için malign melanom öyküsü olanlarla olmayanlar arasında ortalama klasik edinsel melanositik değerlerinin istatistiksel anlamlılığı değerlendirilemedi. Malign melanom hiçbir hastada bulunmadığı için, olanlarla olmayanlar arasında aynı şekilde istatistiksel anlamlılık değerlendirilemedi.

Tablo 4.7: Bağımsız Değişkenlerle Ortalama Melanositik Nevüs Sayı “p” Değerleri

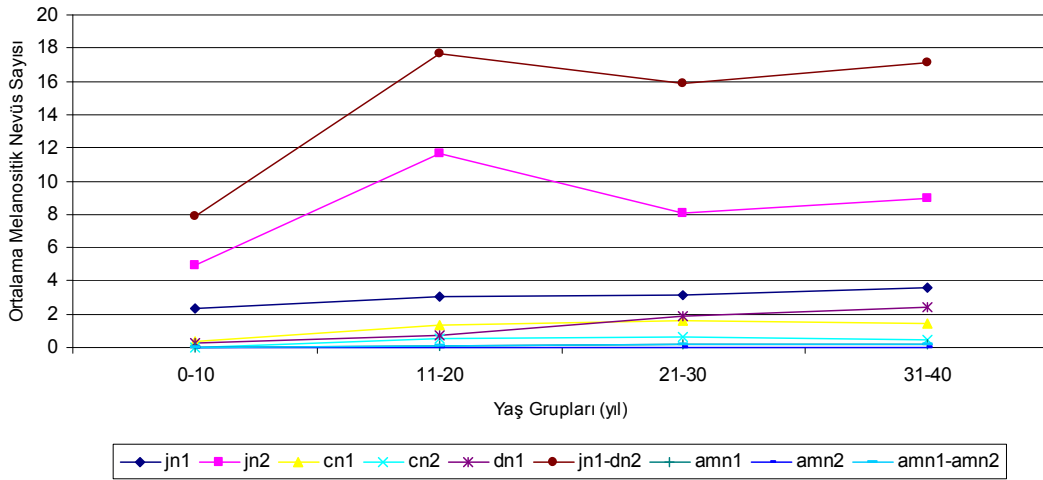
Bağımsız Değişkenler	jn1*	jn2*	cn1*	cn2*	dn1*	dn2*	amn1*	amn2*	jn1-dn2*	amn1-amn2*
Cinsiyet	0.096	0.214	0.039	0.076	0.024	0.086	0.519	0.931	0.050	0.564
Yaş Grupları	0.300	0.709	0.224	0.291	0.001	0.456	0.584	0.828	0.659	0.614
Deri Tipi	0.024	0.638	0.001	0.575	0.004	0.250	0.015	0.021	0.535	0.003
Saç Rengi	0.607	0.503	0.051	0.650	0.001	0.006	0.284	0.081	0.748	0.135
Göz Rengi	0.346	0.756	0.088	0.428	0.001	0.573	0.063	0.542	0.268	0.051
En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölge	0.160	0.191	0.517	0.757	0.916	0.749	0.426	0.581	0.219	0.540
Gün içerisinde Güneşe Kalma Süresine Bağlı Durum	0.515	0.001	0.899	0.582	0.697	0.399	0.394	0.409	0.001	0.302
Güneşten Koruyucu Kullanma Sıklığı	0.008	0.845	0.082	0.777	0.022	0.011	0.001	0.029	0.540	0.001
Güneş Yanığı Hikayesi	0.776	0.138	0.052	0.058	0.003	0.931	0.048	0.173	0.069	0.095
Güneşlenme Sıklığı	0.045	0.501	0.038	0.521	0.565	0.065	0.083	0.866	0.227	0.129
Solar Lentigo Sayısı	0.003	0.998	0.319	0.684	0.001	0.841	0.001	0.942	0.967	0.001
Çil Sayısı	0.061	0.001	0.471	0.112	0.026	0.084	0.230	0.082	0.001	0.266
Atipik Melanositik Nevüs Varlığı	0.001	0.048	0.001	0.001	0.001	0.001	-	-	0.001	-

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

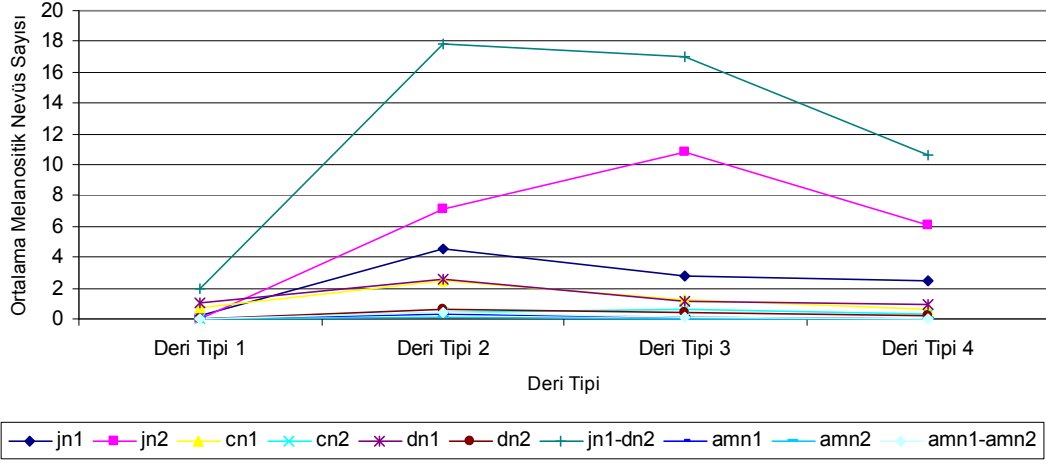
Şekil 4.1: Cinsiyete Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



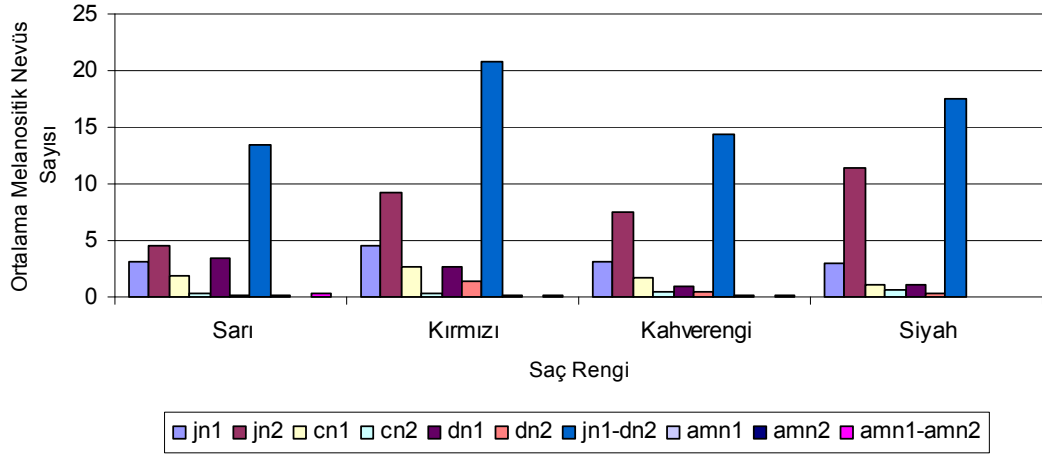
Şekil 4.2: Yaş Gruplarına Göre Tüm Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



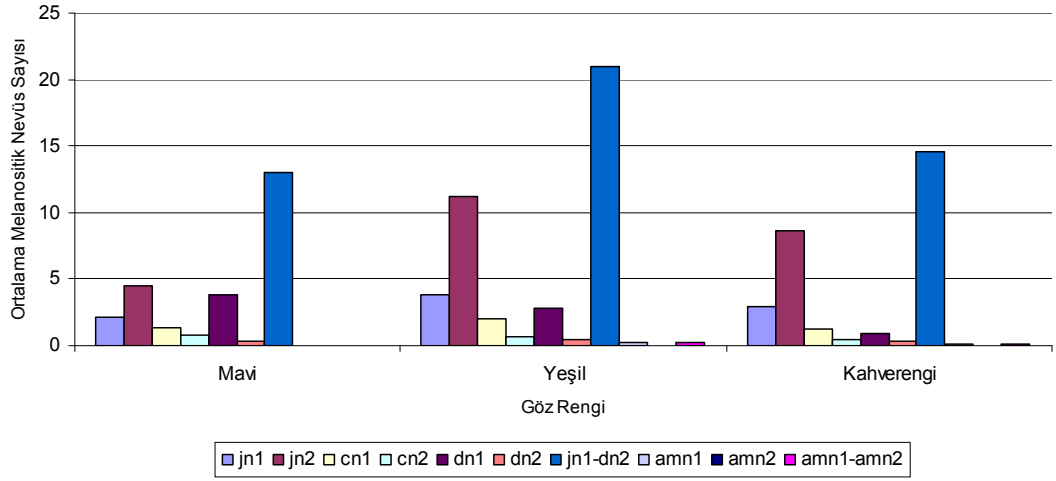
Şekil 4.3: Deri Tipine Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



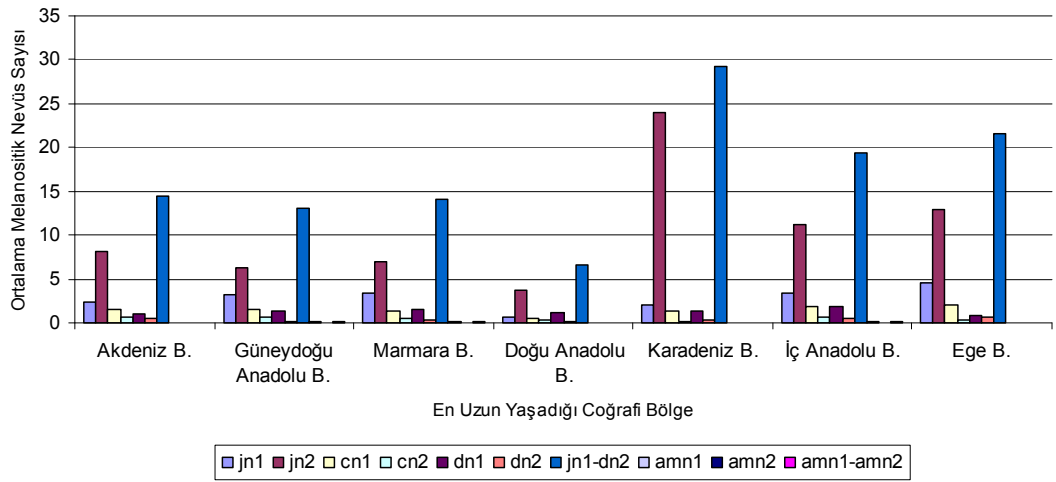
Şekil 4.4: Saç Rengine Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



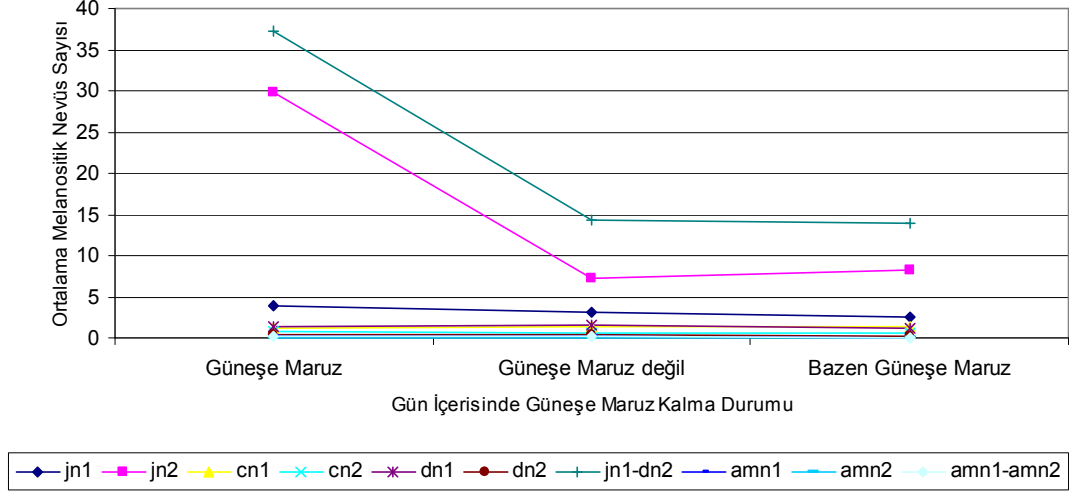
Şekil 4.5: Göz Rengine Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



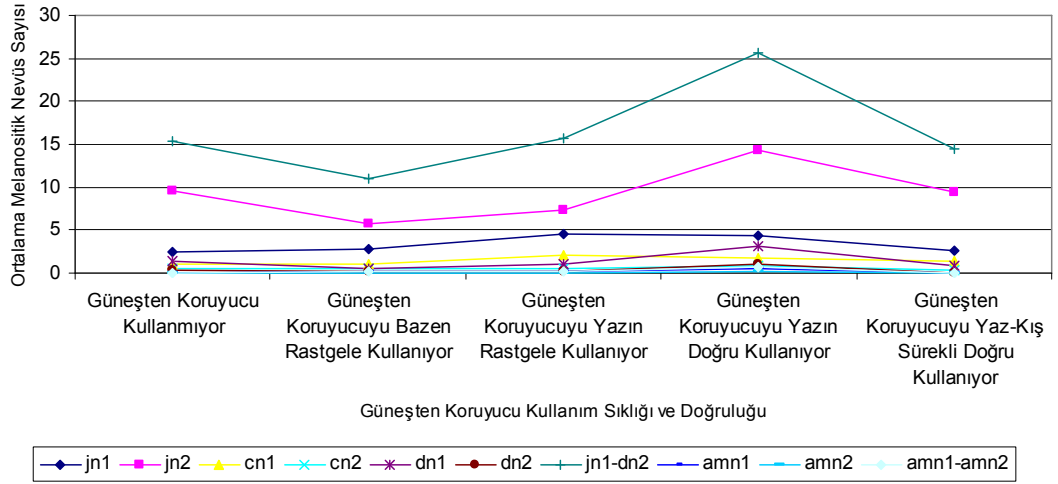
Şekil 4.6: En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölgelere Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



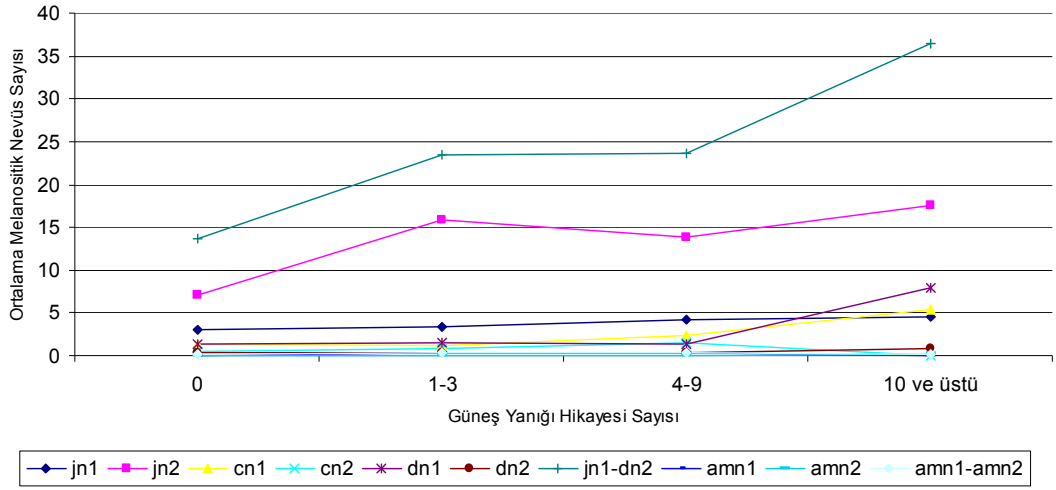
Şekil 4.7: Gün İçerisinde Güneşe Maruz Kalma Durumlarına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



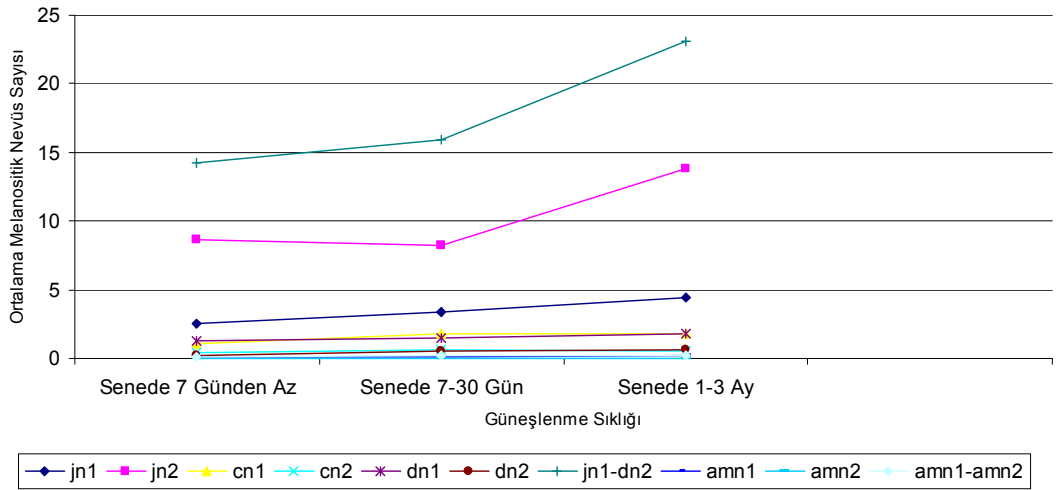
Şekil 4.8: Güneşten Koruyucu Kullanma Sıklığına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



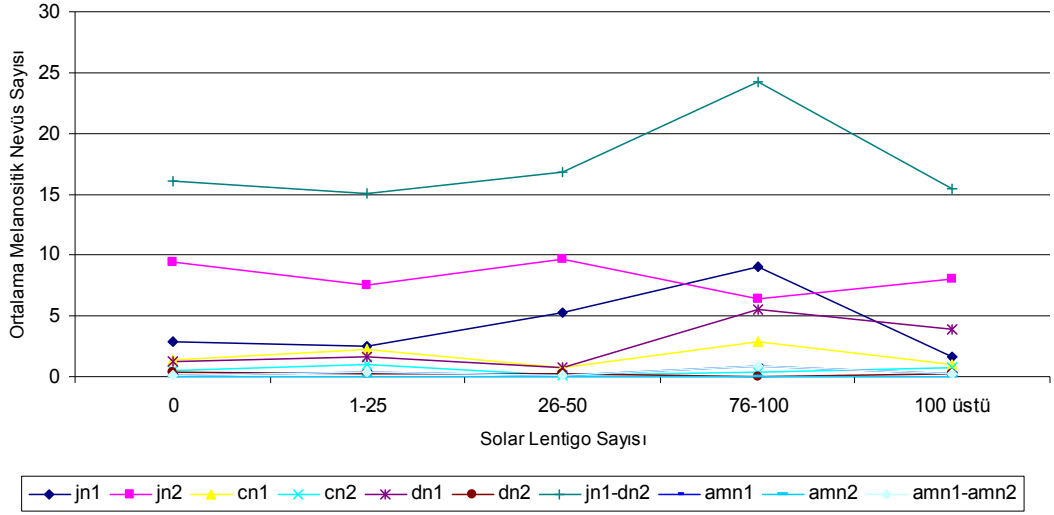
Şekil 4.9: Güneş Yanığı Hikayesi Sayısına Göre Tüm Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



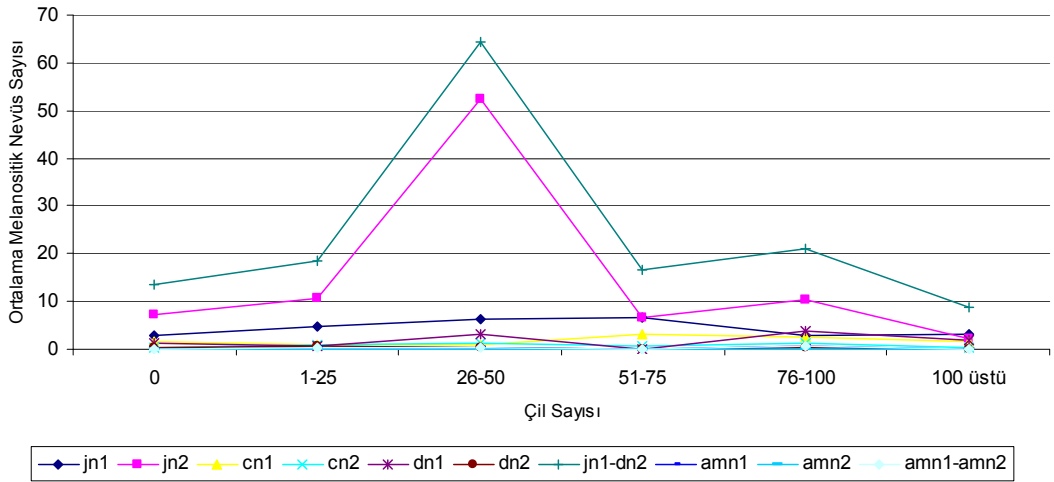
Şekil 4.10: Güneşlenme Sıklığına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



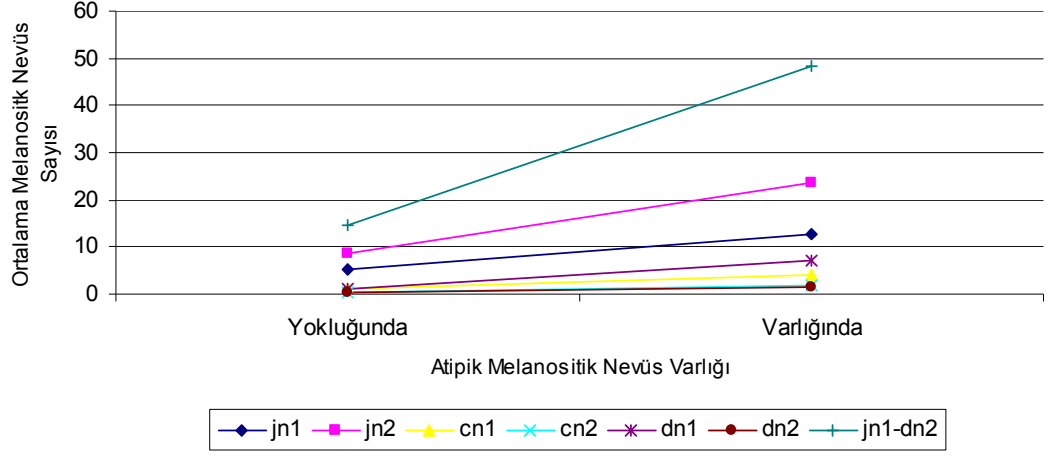
Şekil 4.11: Solar Lentigo Sayısına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



Şekil 4.12: Çil Sayısına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



Şekil 4.13: Atipik Melanositik Nevüs Varlığına Göre Tüm Vücuttaki Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları



Tablo 4.8: Cinsiyete Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik Nevüs	Bayan	Erkek	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.34±1.213	0.36±1.480	0.35±1.407	0.920
jn2-baş	1.23±2.706	2.66±8.402	1.82±7.242	0.222
cn1-baş	0.19±0.942	0.29±0.960	0.26±0.955	0.290
cn2-baş	0.16±0.582	0.16±0.661	0.16±0.639	0.926
dn1-baş	0.24±0.921	0.36±1.461	0.32±1.328	1.338
dn2-baş	0.14±0.566	0.11±0.540	0.12±0.548	0.611
amn1-baş	0.01±0.079	0.00±0.050	0.00±0.060	0.509
amn2-baş	0.01±0.079	0.00±0.000	0.00±0.042	0.116
jn1-üst	1.01±2.435	0.88±2.429	0.91±2.429	0.568
jn2-üst	2.49±5.144	3.40±18.505	3.14±15.853	0.540
cn1-üst	0.29±1.200	0.24±1.087	0.25±1.120	0.637
cn2-üst	0.07±0.490	0.08±0.556	0.07±0.537	0.886
dn1-üst	0.06±0.359	0.11±0.768	0.09±0.676	0.407
dn2-üst	0.01±0.079	0.04±0.492	0.03±0.417	0.382
amn1-üst	0.04±0.294	0.01±0.123	0.02±0.189	0.123
amn2-üst	0.01±0.079	0.00±0.050	0.00±0.060	0.509
jn1-gövde	0.70±1.678	1.87±4.166	1.53±3.665	0.001
jn2-gövde	1.51±3.415	3.89±13.819	3.21±11.845	0.032
Cn1-gövde	0.44±1.201	1.02±2.265	0.85±2.032	0.003
Cn2-gövde	0.09±0.473	0.38±1.777	0.30±1.526	0.047
Dn1-gövde	0.41±1.425	1.19±3.513	0.97±3.080	0.007
Dn2-gövde	0.07±0.464	0.27±1.289	0.21±0.119	0.060
amn1-gövde	0.07±0.450	0.08±0.543	0.08±0.518	0.761
amn2-gövde	0.01±0.079	0.02±0.194	0.01±0.169	0.470
jn1-genital	0.00±0.000	0.01±0.151	0.01±0.127	0.288
jn2-genital	0.02±0.237	0.15±2.528	0.11±2.137	0.507
cn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
Dn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.050	0.00±0.042	0.525
Dn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
Amn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.050	0.00±0.042	0.525
Amn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.42±1.230	0.30±1.107	0.33±1.144	0.357
jn2-alt	0.82±2.426	1.09±8.998	1.01±7.699	0.704
cn1-alt	0.03±0.261	0.08±0.702	0.07±0.609	0.360
cn2-alt	0.00±0.000	0.02±0.142	0.01±0.120	0.176
dn1-alt	0.13±1.583	0.03±0.218	0.06±0.869	0.204
dn2-alt	0.01±0.079	0.04±0.669	0.03±0.566	0.488
amn1-alt	0.04±0.272	0.01±0.112	0.02±0.174	0.067
amn2-alt	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.9: Yaş Gruplarına Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	0-10 yaş	11-20 yaş	21-30 yaş	31-40 yaş	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.59±1.56	0.58±2.01	0.20±0.83	0.14±0.60	0.35±1.407	0.012
jn2-baş	2.13±2.69	2.07±10.89	1.76±4.13	1.17±2.48	1.82±7.242	0.838
cn1-baş	0.00±0.00	0.32±1.07	0.28±0.98	0.15±0.66	0.26±0.955	0.259
cn2-baş	0.00±0.00	0.15±0.63	0.19±0.67	0.14±0.72	0.16±0.639	0.441
dn1-baş	0.093±0.39	0.11±0.53	0.45±1.51	0.61±2.20	0.32±1.328	0.009
dn2 baş	0.00±0.00	0.13±0.60	0.12±0.47	0.14±0.76	0.12±0.548	0.654
amn1-baş	0.00±0.00	0.005±0.070	0.003±0.062	0.00±0.00	0.00±0.060	0.926
amn2-baş	0.00±0.00	0.005±0.070	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.618
jn1-üst	0.41±1.10	0.88±2.22	1.01±2.65	0.86±2.61	0.91±2.429	0.600
jn2-üst	1.09±1.53	4.34±25.69	2.29±4.79	3.79±5.40	3.14±15.853	0.473
cn1-üst	0.062±0.25	0.25±1.60	0.23±1.16	0.42±1.24	0.25±1.120	0.466
cn2-üst	0.031±0.18	0.05±0.31	0.093±0.71	0.090±0.42	0.07±0.537	0.807
dn1-üst	0.00±0.00	0.035±0.23	0.17±0.96	0.030±0.25	0.09±0.676	0.127
dn2-üst	0.031±0.18	0.015±0.21	0.042±0.57	0.030±0.17	0.03±0.417	0.921
amn1-üst	0.00±0.00	0.015±0.16	0.023±0.23	0.015±0.12	0.02±0.189	0.908
amn2-üst	0.00±0.00	0.005±0.070	0.003±0.062	0.00±0.00	0.00±0.060	0.926
jn1-gövde	1.25±2.57	1.27±2.75	1.62±4.13	2.14±4.50	1.53±3.665	0.367
jn2-gövde	11.34±1.81	3.39±1.835	3.28±5.47	3.29±6.92	3.21±11.845	0.838
cn1-gövde	0.28±0.85	0.71±1.66	1.04±2.45	0.80±1.57	0.85±2.032	0.120
cn2-gövde	0.00±0.00	0.29±1.58	0.36±1.68	0.23±0.99	0.30±1.526	0.626
dn1-gövde	0.16±0.72	0.57±1.88	1.19±3.45	1.68±4.61	0.97±3.080	0.016
dn2 gövde	0.00±0.00	0.25±1.56	0.23±0.88	0.11±0.43	0.21±0.119	0.572
amn1-gövde	0.00±0.00	0.030±0.22	0.11±0.64	0.14±0.72	0.08±0.518	0.222
amn2-gövde	0.00±0.00	0.015±0.12	0.11±0.19	0.030±0.25	0.01±0.169	0.830
jn1-genital	0.00±0.00	0.020±0.20	0.003±0.062	0.00±0.00	0.01±0.127	0.490
jn2-genital	0.031±0.18	0.29±3.56	0.015±0.25	0.00±0.00	0.11±2.137	0.542
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.003±0.062	0.00±0.00	0.00±0.042	0.766
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.003±0.062	0.00±0.00	0.00±0.042	0.766
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.062±0.25	0.33±1.24	0.34±1.07	0.42±1.36	0.33±1.144	0.528
jn2-alt	0.34±0.55	1.57±12.54	0.74±2.38	0.74±1.58	1.01±7.699	0.642
cn1-alt	0.00±0.00	0.040±0.28	0.093±0.84	0.090±0.38	0.07±0.609	0.720
cn2-alt	0.00±0.00	0.015±0.12	0.011±.14	0.00±0.00	0.01±0.120	0.787
dn1-alt	0.00±0.00	0.025±0.23	0.089±1.25	0.060±0.30	0.06±0.869	0.860
dn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.062±0.82	0.030±0.25	0.03±0.566	0.692
amn1-alt	0.00±0.00	0.035±0.25	0.007±0.12	0.00±0.00	0.02±0.174	0.284
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.10: Deri Tipine Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	Deri tipi 1	Deri tipi 2	Deri tipi 3	Deri tipi 4	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.00±0.00	0.41±1.40	0.37±1.52	0.23±0.78	0.35±1.407	0.787
jn2-baş	0.00±0.00	1.20±2.41	2.12±8.90	1.55±2.14	1.82±7.242	0.600
cn1-baş	0.50±1.00	0.39±1.42	0.23±0.78	0.20±0.72	0.26±0.955	0.353
cn2-baş	0.00±0.00	0.13±0.66	0.17±0.64	0.17±0.60	0.16±0.639	0.898
dn1-baş	0.00±0.00	0.54±1.94	0.26±1.15	0.28±0.76	0.32±1.328	0.204
dn2-baş	0.00±0.00	0.11±0.48	0.13±0.60	0.066±0.38	0.12±0.548	0.773
amn1-baş	0.00±0.00	0.016±0.13	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.060	0.070
amn2-baş	0.00±0.00	0.008±0.09	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.320
jn1-üst	0.00±0.00	1.67±3.29	0.74±2.12	0.55±1.93	0.91±2.429	0.001
jn2-üst	0.00±0.00	2.33±4.72	3.85±19.62	1.29±2.46	3.14±15.85	0.533
cn1-üst	0.25±0.50	0.50±1.56	0.19±0.90	0.13±1.15	0.25±1.120	0.053
cn2-üst	0.00±0.00	0.12±0.61	0.073±0.57	0.00±0.00	0.07±0.537	0.480
dn1-üst	0.00±0.00	0.21±0.83	0.062±0.68	0.053±0.28	0.09±0.676	0.184
dn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.048±0.52	0.00±0.00	0.03±0.417	0.636
amn1-üst	0.00±0.00	0.032±0.22	0.016±0.20	0.00±0.00	0.02±0.189	0.695
amn2-üst	0.00±0.00	0.008±0.09	0.002±0.053	0.00±0.00	0.00±0.060	0.791
jn1-gövde	0.00±0.00	1.97±4.42	1.39±3.36	1.55±3.76	1.53±3.665	0.402
jn2-gövde	0.00±0.00	2.60±5.26	3.54±14.40	2.81±4.07	3.21±11.84	0.810
cn1-gövde	0.00±0.00	1.42±2.76	0.77±1.86	0.32±0.97	0.85±2.032	0.001
cn2-gövde	0.00±0.00	0.17±0.77	0.37±1.84	0.17±0.58	0.30±1.526	0.522
dn1-gövde	1.00±1.15	1.80±4.71	0.77±2.58	0.52±1.08	0.97±3.080	0.007
dn2-gövde	0.00±0.00	0.34±1.87	0.19±0.82	0.093±0.60	0.21±0.119	0.430
amn1-gövde	0.00±0.00	0.21±0.89	0.045±0.36	0.026±0.23	0.08±0.518	0.015
amn2-gövde	0.00±0.00	0.048±0.34	0.005±0.075	0.00±0.00	0.01±0.169	0.086
jn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.014±0.16	0.00±0.00	0.01±0.127	0.662
jn2-genital	0.00±0.00	0.016±0.13	0.17±2.68	0.00±0.00	0.11±2.137	0.862
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.002±0.053	0.00±0.00	0.00±0.042	0.903
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.00	0.008±0.09	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.320
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.25±0.50	0.54±1.56	0.28±1.05	0.20±1.62	0.33±1.144	0.116
jn2-alt	0.00±0.00	0.98±2.22	1.17±9.55	0.39±1.09	1.01±7.699	0.871
cn1-alt	0.00±0.00	0.20±1.22	0.033±0.24	0.013±0.12	0.07±0.609	0.049
cn2-alt	0.00±0.00	0.040±0.24	0.002±0.053	0.00±0.00	0.01±0.120	0.019
dn1-alt	0.00±0.00	0.032±0.28	0.070±1.07	0.040±0.20	0.06±0.869	0.972
dn2-alt	0.00±0.00	0.13±1.19	0.005±0.11	0.00±0.00	0.03±0.566	0.194
amn1-alt	0.00±0.00	0.032±0.22	0.014±0.18	0.00±0.00	0.02±0.174	0.615
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.11: Saç Rengine Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik Nevüs	Sarı	Kırmızı	Kahverengi	Siyah	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.085±0.41	0.41±1.33	0.38±1.88	0.40±1.24	0.35±1.407	0.403
jn2-baş	0.80±1.40	1.27±2.39	1.43±2.63	2.33±9.67	1.82±7.242	0.326
cn1-baş	0.37±1.26	0.55±2.15	0.25±0.86	0.22±0.76	0.26±0.955	0.329
cn2-baş	0.10±0.54	0.18±0.66	0.14±0.55	0.18±0.70	0.16±0.639	0.792
dn1-baş	0.53±2.06	0.50±1.44	0.26±1.11	0.29±1.21	0.32±1.328	0.466
dn2-baş	0.11±0.50	0.50±1.19	0.083±0.46	0.11±0.53	0.12±0.548	0.009
amn1-baş	0.00±0.00	0.00±0.00	0.011±0.11	0.00±0.00	0.00±0.060	0.202
amn2-baş	0.014±0.12	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.074
jn1-üst	0.94±2.19	1.45±2.70	1.15±2.95	0.73±2.11	0.91±2.429	0.229
jn2-üst	1.11±2.19	3.86±6.74	2.37±3.97	4.00±21.40	3.14±15.853	0.485
cn1-üst	0.47±1.35	0.73±2.41	0.35±1.47	0.11±0.49	0.25±1.120	0.005
cn2-üst	0.14±0.73	0.00±0.00	0.0053±0.33	0.074±0.60	0.07±0.537	0.614
dn1-üst	0.20±0.99	0.14±0.47	0.083±0.40	0.071±0.72	0.09±0.676	0.536
dn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.059±0.70	0.023±0.22	0.03±0.417	0.711
amn1-üst	0.014±0.12	0.00±0.00	0.023±0.22	0.016±0.19	0.02±0.189	0.942
amn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.005±0.077	0.003±0.058	0.00±0.060	0.898
jn1-gövde	1.77±3.88	1.95±4.85	1.61±3.93	1.40±3.35	1.53±3.665	0.784
jn2-gövde	2.11±5.25	2.77±5.14	2.82±5.29	3.72±15.48	3.21±11.845	0.716
cn1-gövde	0.99±1.88	1.41±2.48	0.94±2.54	0.73±1.67	0.85±2.032	0.332
cn2-gövde	0.11±0.69	0.14±0.64	0.27±1.65	0.36±1.64	0.30±1.526	0.609
dn1-gövde	2.59±5.92	1.95±4.16	0.65±2.62	0.69±1.92	0.97±3.080	0.001
dn2-gövde	0.071±0.60	0.23±0.75	0.35±1.73	0.16±0.72	0.21±0.119	0.256
amn1-gövde	0.16±0.69	0.23±1.07	0.095±0.57	0.040±0.35	0.08±0.518	0.159
amn2-gövde	0.042±0.27	0.00±0.00	0.029±0.25	0.00±0.00	0.01±0.169	0.130
jn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.016±0.17	0.01±0.127	0.484
jn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.035±0.33	0.19±2.92	0.11±2.137	0.828
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
dn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.003±0.058	0.00±0.042	0.831
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
amn1-genital	0.014±0.12	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.074
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
jn1-alt	0.26±0.88	0.77±1.82	0.23±0.75	0.37±1.31	0.33±1.144	0.160
jn2-alt	0.53±1.43	1.32±3.71	0.79±1.99	1.24±10.39	1.01±7.699	0.872
cn1-alt	0.057±0.38	0.045±0.21	0.12±1.01	0.044±0.28	0.07±0.609	0.641
cn2-alt	0.028±0.24	0.00±0.00	0.011±0.11	0.006±0.082	0.01±0.120	0.559
dn1-alt	0.042±0.36	0.00±0.00	0.011±0.11	0.091±1.18	0.06±0.869	0.795
dn2-alt	0.00±0.00	0.64±2.77	0.011±0.15	0.006±0.12	0.03±0.566	0.001
amn1-alt	0.014±0.12	0.00±0.00	0.035±0.29	0.006±0.082	0.02±0.174	0.368
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.12: Göz Rengine Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik Nevüs	Mavi	Yeşil	Kahverengi	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.83±2.04	0.31±1.83	0.36±1.21	0.35±1.407	0.661
jn2-baş	1.00±2.00	1.50±3.29	1.95±8.27	1.82±7.242	0.784
cn1-baş	0.17±0.41	0.37±1.25	0.22±0.83	0.26±0.955	0.245
cn2-baş	0.00±0.00	0.17±0.68	0.16±0.63	0.16±0.639	0.811
dn1-baş	0.50±1.22	0.59±2.19	0.22±0.80	0.32±1.328	0.014
dn2 baş	0.00±0.00	0.14±0.48	0.11±0.57	0.12±0.548	0.731
amn1-baş	0.00±0.00	0.013±0.12	0.00±0.00	0.00±0.060	0.062
amn2-baş	0.00±0.00	0.006±0.082	0.00±0.00	0.00±0.042	0.250
jn1-üst	1.33±1.63	1.12±2.87	0.83±2.56	0.91±2.429	0.421
jn2-üst	0.67±1.21	5.09±25.35	2.46±10.55	3.14±15.853	0.212
cn1-üst	0.17±0.41	0.39±1.42	0.20±0.99	0.25±1.120	0.199
cn2-üst	0.00±0.00	0.14±0.90	0.052±0.32	0.07±0.537	0.255
dn1-üst	0.00±0.00	0.22±1.22	0.049±0.29	0.09±0.676	0.034
dn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.042±0.49	0.03±0.417	0.567
amn1-üst	0.00±0.00	0.020±0.18	0.017±0.19	0.02±0.189	0.960
amn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.004±0.070	0.00±0.060	0.684
jn1-gövde	0.00±0.00	1.99±4.43	1.39±3.36	1.53±3.665	0.140
jn2-gövde	2.17±2.79	3.63±7.67	3.07±13.12	3.21±11.845	0.867
cn1-gövde	0.83±1.33	1.05±2.44	0.78±1.87	0.85±2.032	0.365
cn2-gövde	0.83±2.04	0.37±1.85	0.26±1.38	0.30±1.526	0.529
dn1-gövde	3.33±4.84	1.80±4.90	0.62±1.90	0.97±3.080	0.001
dn2 gövde	0.33±0.82	0.27±0.92	0.19±1.19	0.21±0.119	0.739
amn1-gövde	0.00±0.00	0.18±0.76	0.044±0.39	0.08±0.518	0.028
amn2-gövde	0.00±0.00	0.027±0.20	0.009±0.16	0.01±0.169	0.560
jn1-genital	0.00±0.00	0.013±0.16	0.007±0.11	0.01±0.127	0.869
jn2-genital	0.00±0.00	0.054±0.42	0.14±2.50	0.11±2.137	0.916
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.002±0.049	0.00±0.042	0.827
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.00	0.006±0.082	0.00±0.00	0.00±0.042	0.250
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
jn1-alt	0.00±0.00	0.33±1.05	0.34±1.18	0.33±1.144	0.775
jn2-alt	0.67±1.21	0.95±2.78	1.04±8.89	1.01±7.699	0.987
cn1-alt	0.17±0.41	0.15±1.09	0.037±0.28	0.07±0.609	0.148
cn2-alt	0.00±0.00	0.020±0.14	0.007±0.11	0.01±0.120	0.521
dn1-alt	0.00±0.00	0.18±1.67	0.012±0.13	0.06±0.869	0.122
dn2-alt	0.00±0.00	0.095±1.07	0.009±0.14	0.03±0.566	0.292
amn1-alt	0.00±0.00	0.020±0.18	0.014±0.17	0.02±0.174	0.924
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.13: En Uzun Süre Yaşadığı Coğrafi Bölgeye Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	Akdeniz Bölgesi	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	Marmara Bölgesi	Doğu Anadolu Bölgesi	Karadeniz Bölgesi	İç Anadolu Bölgesi	Ege Bölgesi	P Değeri*
jn1-baş	0.58±1.81	0.23±0.73	0.38±1.24	0.096±0.5	0.022±0.1	0.46±2.18	0.34±0.94	0.48
jn2-baş	1.78±3.76	1.54±2.05	1.51±4.25	1.52±2.69	4.29±22.3	1.70±2.80	2.00±3.12	0.44
cn1-baş	0.27±0.75	0.31±0.99	0.27±1.05	0.032±0.2	0.088±0.5	0.39±1.13	0.10±1.41	0.41
cn2-baş	0.13±0.46	0.11±0.53	0.15±0.65	0.23±0.62	0.066±0.4	0.24±0.81	0.10±0.41	0.75
dn1-baş	0.18±0.71	0.34±0.94	0.25±0.93	0.32±1.05	0.24±0.77	0.61±2.40	0.28±0.92	0.37
dn2 baş	0.13±0.40	0.028±0.17	0.15±0.62	0.13±0.43	0.11±0.44	0.095±0.6	0.034±0.2	0.85
amn1-baş	0.00±0.00	0.00±0.00	0.03±0.06	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.1	0.00±0.00	0.94
amn2-baş	0.00±0.00	0.00±0.00	0.003±0.1	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.98
jn1-üst	0.45±1.26	1.03±2.20	1.00±2.57	0.29±0.69	0.27±0.96	1.00±2.42	2.00±4.32	0.042
jn2-üst	2.77±5.16	1.63±3.03	2.11±4.63	0.84±2.19	6.71±29.6	5.55±29.6	3.17±4.39	0.33
cn1-üst	0.10±0.50	0.20±0.87	0.24±1.02	0.032±0.2	0.29±0.89	0.33±1.45	0.52±2.10	0.64
cn2-üst	0.00±0.00	0.17±0.62	0.10±0.71	0.032±0.2	0.044±0.2	0.038±0.3	0.00±0.00	0.66
dn1-üst	0.025±0.2	0.085±0.28	0.088±0.6	0.00±0.00	0.27±1.79	0.10±0.44	0.034±0.2	0.64
dn2-üst	0.025±0.2	0.00±0.00	0.048±0.6	0.00±0.00	0.00±0.00	0.019±0.2	0.034±0.2	0.97
amn1-üst	0.00±0.00	0.085±0.51	0.025±0.2	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.30
amn2-üst	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.019±0.1	0.00±0.00	0.19
jn1-gövde	1.22±2.25	1.57±3.56	1.66±3.77	0.096±0.3	1.51±3.99	1.59±3.55	2.10±5.67	0.41
jn2-gövde	3.35±4.64	2.74±4.53	2.54±5.81	1.13±1.80	7.38±37.3	2.92±4.80	6.48±8.54	0.13
cn1-gövde	1.05±2.02	0.97±1.85	0.73±1.89	0.39±0.72	1.00±1.85	0.97±2.56	1.38±2.57	0.46
cn2-gövde	0.60±3.17	0.31±0.87	0.27±1.18	0.16±0.52	0.066±0.3	0.40±2.11	0.24±0.69	0.74
dn1-gövde	0.80±2.17	0.86±1.38	1.03±3.64	0.87±3.82	0.78±2.60	1.10±2.13	0.59±2.78	0.98
dn2 gövde	0.40±1.22	0.14±0.85	0.12±0.65	0.032±0.2	0.20±0.76	0.31±1.03	0.66±3.53	0.16
amn1-gövde	0.025±0.2	0.028±0.17	0.13±0.66	0.00±0.00	0.00±0.00	0.066±0.5	0.00±0.00	0.44
amn2-gövde	0.00±0.00	0.00±0.00	0.014±0.1	0.00±0.00	0.066±0.4	0.009±0.1	0.00±0.00	0.50
jn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.007±0.1	0.032±0.2	0.044±0.3	0.00±0.00	0.00±0.00	0.46
jn2-genital	0.00±0.00	0.028±0.17	0.040±0.3	0.032±0.2	1.11±7.45	0.00±0.00	0.00±0.00	0.09
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
dn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.034±0.2	0.006
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
amn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.003±0.1	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.98
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
jn1-alt	0.20±0.82	0.43±0.74	0.37±1.21	0.13±0.50	0.37±1.49	0.17±0.47	0.33±1.14	0.80
jn2-alt	0.30±0.82	0.37±1.17	0.72±2.03	0.29±0.74	4.42±26.1	0.95±2.80	1.24±3.41	0.11
cn1-alt	0.05±0.22	0.028±0.17	0.066±0.4	0.00±0.00	0.00±0.00	0.15±1.19	0.034±0.2	0.78
cn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.018±0.2	0.00±0.00	0.00±0.00	0.009±0.1	0.00±0.00	0.85
dn1-alt	0.075±0.3	0.00±0.00	0.096±1.2	0.00±0.00	0.022±0.1	0.019±0.1	0.00±0.00	0.97
dn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.062±0.8	0.00±0.00	0.022±0.1	0.00±0.00	0.00±0.00	0.95
amn1-alt	0.025±0.2	0.00±0.00	0.025±0.2	0.00±0.00	0.00±0.00	0.01±0.01	0.00±0.00	0.89
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.14: Gün İçerisinde Güneşe Maruz Kalma Süresine Bağlı Duruma Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	Güneşe maruz değil	Güneşe bazen maruz	Güneşe maruz	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.35±1.47	0.36±1.15	0.33±1.20	0.35±1.407	0.990
jn2-baş	1.44±2.83	2.25±6.84	4.53±21.33	1.82±7.242	0.016
cn1-baş	0.25±0.96	0.35±1.09	0.24±0.63	0.26±0.955	0.716
cn2-baş	0.16±0.65	0.097±0.45	0.20±0.74	0.16±0.639	0.626
dn1-baş	0.33±1.44	0.26±0.67	0.35±1.03	0.32±1.328	0.919
dn2 baş	0.13±0.59	0.097±0.42	0.020±0.14	0.12±0.548	0.366
amn1-baş	0.004±0.067	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.060	0.757
amn2-baş	0.002±0.048	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.870
jn1-üst	0.99±2.53	0.61±1.36	0.65±2.59	0.91±2.429	0.343
jn2-üst	2.26±4.84	2.28±4.20	12.20±50.70	3.14±15.853	0.001
cn1-üst	0.28±1.23	0.19±0.66	0.081±0.34	0.25±1.120	0.446
cn2-üst	0.071±0.57	0.097±0.42	0.061±0.43	0.07±0.537	0.918
dn1-üst	0.11±0.76	0.041±0.26	0.00±0.00	0.09±0.676	0.424
dn2-üst	0.034±0.46	0.027±0.24	0.00±0.00	0.03±0.417	0.859
amn1-üst	0.023±0.21	0.00±0.00	0.00±0.00	0.02±0.189	0.496
amn2-üst	0.004±0.067	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.060	0.757
jn1-gövde	1.49±3.55	1.26±3.21	2.31±5.03	1.53±3.665	0.269
jn2-gövde	2.64±5.45	3.46±5.51	7.88±35.80	3.21±11.845	0.013
cn1-gövde	0.85±2.12	0.78±1.42	0.92±2.08	0.85±2.032	0.929
cn2-gövde	0.27±1.56	0.32±1.00	0.47±1.83	0.30±1.526	0.685
dn1-gövde	1.00±3.26	0.75±1.35	0.96±3.27	0.97±3.080	0.813
dn2 gövde	0.22±1.20	0.041±0.26	0.39±1.17	0.21±0.119	0.237
amn1-gövde	0.089±0.53	0.00±0.00	0.10±0.71	0.08±0.518	0.375
amn2-gövde	0.018±0.19	0.00±0.00	0.00±0.00	0.01±0.169	0.572
jn1-genital	0.006±0.11	0.00±0.00	0.040±0.29	0.01±0.127	0.170
jn2-genital	0.027±0.29	0.013±0.12	1.02±7.14	0.11±2.137	0.008
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
dn 1 genital	0.002±0.048	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.870
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.002±0.048	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.042	0.870
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.32±1.05	0.29±0.83	0.51±2.01	0.33±1.144	0.506
jn2-alt	0.80±2.35	0.19±0.76	4.08±24.95	1.01±7.699	0.011
cn1-alt	0.080±0.68	0.041±0.26	0.00±0.00	0.07±0.609	0.628
cn2-alt	0.006±0.082	0.00±0.00	0.061±0.32	0.01±0.120	0.007
dn1-alt	0.066±0.98	0.041±0.26	0.00±0.00	0.06±0.869	0.866
dn2-alt	0.041±0.64	0.00±0.00	0.00±0.00	0.03±0.566	0.776
amn1-alt	0.018±0.19	0.013±0.12	0.00±0.00	0.02±0.174	0.777
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.15: Güneşlenme Sıklığına Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	Senede 7 günden az	Senede 7-30 gün	Senede 1-3 ay	Toplam	p Değeri*
jn1-baş	0.25±0.89	0.41±1.74	0.54±1.76	0.35±1.407	0.210
jn2-baş	1.98±10.02	1.67±2.92	1.68±3.39	1.82±7.242	0.881
cn1-baş	0.16±0.66	0.29±1.06	0.51±1.36	0.26±0.955	0.011
cn2-baş	0.21±0.70	0.096±0.57	0.17±0.60	0.16±0.639	0.182
dn1-baş	0.34±1.54	0.34±1.21	0.21±0.76	0.32±1.328	0.721
dn2 baş	0.083±0.54	0.13±0.50	0.19±0.67	0.12±0.548	0.260
amn1-baş	0.00±0.00	0.004±0.069	0.011±0.11	0.00±0.060	0.267
amn2-baş	0.00±0.00	0.004±0.69	0.00±0.00	0.00±0.042	0.435
jn1-üst	0.74±2.00	0.98±2.66	1.31±2.98	0.91±2.429	0.154
jn2-üst	2.43±12.81	2.57±4.29	6.76±33.14	3.14±15.853	0.075
cn1-üst	0.19±0.93	0.26±1.09	0.43±1.64	0.25±1.120	0.235
cn2-üst	0.057±0.33	0.057±0.45	0.17±1.04	0.07±0.537	0.229
dn1-üst	0.041±0.25	0.081±0.55	0.29±1.43	0.09±0.676	0.015
dn2-üst	0.007±0.12	0.057±0.63	0.035±0.33	0.03±0.417	0.431
amn1-üst	0.011±0.14	0.014±0.15	0.047±0.34	0.02±0.189	0.294
amn2-üst	0.00±0.00	0.004±0.069	0.011±0.11	0.00±0.060	0.267
jn1-gövde	1.23±3.13	1.67±3.95	2.12±4.37	1.53±3.665	0.121
jn2-gövde	2.86±15.87	3.27±5.48	4.12±8.13	3.21±11.845	0.695
cn1-gövde	0.66±1.53	1.09±2.61	0.86±1.69	0.85±2.032	0.071
cn2-gövde	0.17±0.74	0.49±2.28	0.19±0.83	0.30±1.526	0.066
dn1-gövde	0.82±2.79	1.04±3.23	1.23±3.54	0.97±3.080	0.520
dn2 gövde	0.14±0.72	0.25±1.49	0.33±1.08	0.21±0.119	0.300
amn1-gövde	0.030±0.34	0.12±0.63	0.14±0.64	0.08±0.518	0.099
amn2-gövde	0.069±0.23	0.004±0.069	0.011±0.11	0.01±0.169	0.514
jn1-genital	0.011±0.14	0.00±0.00	0.023±0.22	0.01±0.127	0.321
jn2-genital	0.20±3.08	0.014±0.21	0.083±0.54	0.11±2.137	0.635
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	-----
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	-----
dn1-genital	0.00±0.00	0.004±0.069	0.00±0.00	0.00±0.042	0.435
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
amn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.011±0.11	0.00±0.042	0.060
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----
jn1-alt	0.33±1.19	0.28±1.10	0.45±1.11	0.33±1.144	0.503
jn2-alt	1.18±10.91	0.72±1.90	1.23±3.21	1.01±7.699	0.779
cn1-alt	0.030±0.21	0.13±0.94	0.047±0.34	0.07±0.609	0.233
cn2-alt	0.015±0.15	0.00±0.00	0.023±0.15	0.01±0.120	0.219
dn1-alt	0.083±1.24	0.009±0.097	0.095±0.43	0.06±0.869	0.599
dn2-alt	0.007±0.12	0.067±0.90	0.023±0.22	0.03±0.566	0.519
amn1-alt	0.011±0.18	0.019±0.17	0.023±0.15	0.02±0.174	0.811
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.000	----

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.16: Güneşten Koruyucu Kullanma Sıklığı ve Doğruluğuna Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	Güneşten koruyucu kullanmıyor	Güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullanıyor	Güneşten koruyucuyu yazın doğru kullanıyor	Güneşten koruyucuyu bazen rastgele kullanıyor	Güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullanıyor	P Değeri *
jn1-baş	0.29±1.02	0.46±2.02	0.52±1.53	0.32±1.29	0.00±0.00	0.634
jn2-baş	2.16±9.11	1.39±2.94	1.10±2.82	1.59±2.32	1.00±2.45	0.767
cn1-baş	0.25±0.84	0.32±1.01	0.28±1.44	0.00±0.00	0.50±1.22	0.629
cn2-baş	0.16±0.61	0.14±0.68	0.12±0.63	0.32±0.78	0.33±0.82	0.715
dn1-baş	0.39±1.55	0.22±0.95	0.20±0.81	0.32±0.89	0.17±0.41	0.696
dn2 baş	0.11±0.57	0.93±0.36	0.26±0.88	0.090±0.43	0.00±0.00	0.406
amn1-baş	0.006±0.077	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.848
amn2-baş	0.00±0.00	0.00±0.00	0.020±0.14	0.00±0.00	0.00±0.00	0.038
jn1-üst	0.57±1.71	1.56±3.37	1.42±3.06	0.59±1.56	0.83±1.17	0.001
jn2-üst	2.61±11.85	2.54±4.52	8.82±42.44	1.95±2.42	3.67±4.93	0.129
cn1-üst	0.14±0.63	0.36±1.43	0.64±2.11	0.32±1.13	0.33±0.82	0.030
cn2-üst	0.064±0.36	0.013±0.16	0.34±1.49	0.045±0.21	0.00±0.00	0.006
dn1-üst	0.057±0.45	0.17±1.06	0.12±0.59	0.00±0.00	0.33±0.82	0.412
dn2-üst	0.045±0.24	0.013±0.12	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.895
amn1-üst	0.009±0.12	0.020±0.18	0.020±0.14	0.14±0.64	0.00±0.00	0.051
amn2-üst	0.003±0.005	0.00±0.00	0.020±0.14	0.00±0.00	0.00±0.00	0.355
jn1-gövde	1.29±3.15	2.01±4.87	1.72±2.40	1.64±4.08	0.83±1.17	0.359
jn2-gövde	3.54±14.73	2.66±4.86	3.48±7.65	1.23±2.39	3.50±5.21	0.877
cn1-gövde	0.69±1.66	1.27±2.77	0.80±1.93	0.68±1.17	0.50±1.22	0.065
cn2-gövde	0.30±1.41	0.30±1.80	0.38±1.76	0.14±0.64	0.00±0.00	0.961
dn1-gövde	0.93±2.93	0.56±1.60	2.82±6.14	0.27±0.88	0.33±0.82	0.001
dn2 gövde	0.21±0.88	0.13±0.62	0.52±2.77	0.090±0.43	0.00±0.00	0.277
amn1-gövde	0.027±0.28	0.046±0.27	0.54±1.43	0.045±0.21	0.00±0.00	0.001
amn2-gövde	0.012±0.17	0.006±0.081	0.060±0.31	0.00±0.00	0.00±0.00	0.382
jn1-genital	0.015±0.17	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.750
jn2-genital	0.17±2.77	0.020±0.25	0.00±0.00	0.23±0.87	0.00±0.00	0.950
cn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
cn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
dn1-genital	0.003±0.055	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.953
dn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
amn1-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.020±0.14	0.00±0.00	0.00±0.00	0.038
amn2-genital	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---
jn1-alt	0.21±0.82	0.42±1.42	0.74±1.87	0.32±0.78	1.00±1.10	0.011
jn2-alt	1.13±9.84	0.79±2.28	0.98±2.31	0.82±2.34	1.17±2.40	0.995
cn1-alt	0.054±0.38	0.13±1.03	0.020±0.14	0.00±0.00	0.00±0.00	0.694
cn2-alt	0.018±0.16	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.537
dn1-alt	0.024±0.21	0.15±1.65	0.020±0.14	0.00±0.00	0.00±0.00	0.638
dn2-alt	0.009±0.12	0.00±0.00	0.30±1.85	0.00±0.00	0.00±0.00	0.015
amn1-alt	0.015±0.15	0.026±0.26	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.873
amn2-alt	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.17: Güneş Yanığı Hikayesi Sayısına Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	0	1-3	4-9	10 ve üstü	Toplam	P Değeri*
jn1-baş	0.31±1.115	0.43±2.053	1.00±2.191	0.20±1.407	0.35±1.407	0.373
jn2-baş	1.50±3.593	2.90±13.632	1.64±3.529	1.00±2.236	1.82±7.242	0.301
cn1-baş	0.28±1.030	0.20±0.691	0.00±0.000	0.60±1.342	0.26±0.955	0.521
cn2-baş	0.14±0.572	0.18±0.672	0.55±1.809	0.00±0.000	0.16±0.639	0.192
dn1-baş	0.30±1.223	0.35±1.615	0.45±1.508	1.00±1.414	0.32±1.328	0.675
dn2 baş	0.10±0.524	0.15±0.578	0.18±0.603	0.80±1.095	0.12±0.548	0.032
amn1-baş	0.00±0.049	0.01±0.089	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.060	0.836
amn2-baş	0.00±0.049	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.042	0.951
jn1-üst	0.92±2.426	0.86±2.436	0.64±1.286	2.20±4.382	0.91±2.429	0.657
jn2-üst	2.67±15.235	4.55±18.492	2.82±4.309	6.20±6.419	3.14±15.853	0.671
cn1-üst	0.20±0.925	0.33±1.304	0.18±0.603	2.80±4.764	0.25±1.120	0.001
cn2-üst	0.015±0.338	0.11±0.838	0.45±1.508	0.00±0.000	0.07±0.537	0.078
dn1-üst	0.10±0.749	0.07±0.421	0.00±0.000	0.00±0.000	0.09±0.676	0.907
dn2-üst	0.04±0.484	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.03±0.417	0.793
amn1-üst	0.01±0.170	0.03±0.250	0.00±0.000	0.00±0.000	0.02±0.189	0.820
amn2-üst	0.00±0.049	0.01±0.089	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.060	0.836
jn1-gövde	1.49±3.632	1.61±3.879	2.27±3.036	1.60±2.302	1.53±3.665	0.901
jn2-gövde	2.26±4.156	5.72±23.080	8.45±12.793	5.80±9.550	3.21±11.845	0.013
cn1-gövde	0.86±2.060	0.65±1.725	2.18±2.401	2.00±4.472	0.85±2.032	0.054
cn2-gövde	0.23±1.211	0.50±2.281	0.45±1.508	0.00±0.000	0.30±1.526	0.331
dn1-gövde	0.90±2.936	0.96±3.082	0.91±2.386	6.40±8.792	0.97±3.080	0.001
dn2 gövde	0.21±.203	0.22±0.881	0.09±0.302	0.00±0.000	0.21±0.119	0.958
amn1-gövde	0.04±0.380	0.18±0.791	0.27±0.905	0.00±0.000	0.08±0.518	0.036
amn2-gövde	0.01±0.184	0.01±0.089	0.00±0.000	0.20±0.447	0.01±0.169	0.099
jn1-genital	0.00±0.049	0.03±0.250	0.00±0.000	0.00±0.000	0.01±0.127	0.161
jn2-genital	0.02±0.255	0.43±4.443	0.00±0.000	0.00±0.000	0.11±2.137	0.321
cn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.049	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.042	0.951
dn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.000	0.01±0.089	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.042	0.339
amn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.27±0.994	0.50±1.558	0.27±0.647	0.60±0.894	0.33±1.144	0.239
jn2-alt	0.56±1.780	2.35±15.644	1.00±3.317	4.60±7.403	1.01±7.699	0.097
cn1-alt	0.07±0.652	0.07±0.491	0.00±0.000	0.00±0.000	0.07±0.609	0.976
cn2-alt	0.01±0.120	0.02±0.125	0.00±0.000	0.00±0.000	0.01±0.120	0.944
dn1-alt	0.01±0.120	0.18±1.784	0.00±0.000	0.60±1.342	0.06±0.869	0.134
dn2-alt	0.04±0.655	0.01±0.089	0.00±0.000	0.00±0.000	0.03±0.566	0.942
amn1-alt	0.01±0.089	0.04±0.319	0.00±0.000	0.00±0.000	0.02±0.174	0.400
amn2-alt	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.18: Solar Lentigo Sayısına Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	0	1-25 arası	26-50 arası	76-100 arası	100 üstü	p Değeri*
jn1-baş	0.39±.481	0.00±0.000	0.12±0.485	0.14±0.535	0.00±0.000	0.573
jn2-baş	1.95±7.633	1.14±2.532	0.88±1.691	0.57±1.158	0.00±0.000	0.830
cn1-baş	0.27±0.990	0.09±0.294	0.24±752	0.21±802	0.14±0.378	0.921
cn2-baş	0.17±0.669	0.00±0.000	0.00±0.000	0.14±0.535	0.00±0.000	0.539
dn1-baş	0.30±1.293	0.27±0.883	0.29±0.985	0.86±2.316	1.00±2.646	0.323
dn2 baş	0.13±0.570	0.05±0.213	0.18±0.529	0.00±0.000	0.00±0.000	0.803
amn1-baş	0.00±0.045	0.00±0.000	0.00±0.000	0.07±0.267	0.00±0.000	0.001
amn2-baş	0.00±0.045	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.998
jn1-üst	0.86±2.268	0.73±2.208	1.65±4.358	2.43±4.603	0.14±0.378	0.090
jn2-üst	3.23±16.736	2.59±4.656	2.29±3.177	1.57±2.954	3.14±3.388	0.994
cn1-üst	0.22±0.995	0.73±2.414	0.00±0.000	1.07±2.269	0.00±0.000	0.011
cn2-üst	0.05±0.356	0.55±1.993	0.00±0.000	0.21±0.802	0.00±0.000	0.001
dn1-üst	0.08±0.636	0.05±0.213	0.00±0.000	0.64±1.906	0.14±0.378	0.043
dn2-üst	0.03±0.442	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.986
amn1-üst	0.01±0.142	0.09±0.426	0.00±0.000	0.29±0.611	0.00±0.000	0.000
amn2-üst	0.00±0.063	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.993
jn1-gövde	1.37±3.216	1.68±4.156	3.29±7.808	4.86±7.543	1.43±2.299	0.002
jn2-gövde	3.15±12.382	2.55±3.609	5.59±8.024	3.00±5.588	4.14±5.460	0.937
cn1-gövde	0.83±1.998	1.36±2.682	0.41±1.004	1.29±2.998	0.86±1.864	0.579
cn2-gövde	0.30±1.567	0.41±1.501	0.12±0.485	0.00±0.000	0.71±1.890	0.844
dn1-gövde	0.86±2.701	1.27±3.990	0.41±0.712	4.07±8.905	2.71±4.231	0.001
dn2 gövde	0.22±1.165	0.18±0.853	0.12±0.485	0.00±0.000	0.29±0.756	0.954
amn1-gövde	0.06±0.491	0.14±0.468	0.12±0.485	0.43±1.089	0.29±0.756	0.079
amn2-gövde	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.987
jn1-genital	0.01±0.135	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.996
jn2-genital	0.13±2.263	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.998
cn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.998
dn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.045	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.001
amn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.32±1.097	0.05±0.213	0.24±0.752	1.57±2.709	0.00±0.000	0.999
jn2-alt	1.00±8.096	1.32±3.721	0.88±1.833	1.29±2.758	0.71±1.496	0.508
cn1-alt	0.06±0.602	0.05±0.713	0.06±0.243	0.36±1.336	0.00±0.000	0.969
cn2-alt	0.01±0.127	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.995
dn1-alt	0.06±0.919	0.00±0.000	0.06±0.243	0.00±0.000	0.00±0.000	0.994
dn2-alt	0.04±0.599	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.001
amn1-alt	0.01±0.090	0.14±0.640	0.00±0.000	0.14±0.535	0.00±0.000	0.975
amn2-alt	0.02±0.179	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Tablo 4.19: Çil Sayısına Göre Vücut Bölgelerinde Melanositik Nevüs Sayıları Ortalama Dağılımları

Melanositik nevüs	0	1-25 arası	26-50 arası	51-75 arası	76-100 arası	100 üstü	p Değeri *
jn1-baş	0.35±1.437	0.65±1.811	0.18±0.395	0.00±0.000	0.05±0.224	0.00±0.000	0.578
jn2-baş	1.39±2.416	2.23±4.582	10.55±33.235	0.00±0.000	2.010±5.149	0.38±0.744	0.001
cn1-baş	0.28±1.004	0.26±0.819	0.009±0.426	0.00±0.000	0.15±0.671	0.00±0.000	0.863
cn2-baş	0.14±0.575	0.21±0.773	0.55±1.438	0.50±0.707	0.05±0.224	0.00±0.000	0.066
dn1-baş	0.27±1.100	0.16±0.688	1.32±3.657	0.00±0.000	0.50±1.792	1.00±2.138	0.006
dn2 baş	0.13±0.592	0.12±0.324	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.742
amn1-baş	0.00±0.047	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.05±0.224	0.00±0.000	0.028
amn2-baş	0.00±0.047	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.999
jn1-üst	0.82±2.205	1.12±2.913	2.18±4.305	6.50±9.192	0.95±2.259	0.25±0.707	0.003
jn2-üst	0.68±14.49	3.16±7.581	12.68±42.103	0.00±0.000	4.25±6.935	0.88±1.356	0.121
cn1-üst	0.26±1.152	0.02±0.152	0.14±0.640	0.00±0.000	0.70±1.895	0.13±0.354	0.361
cn2-üst	0.07±0.556	0.09±0.479	0.23±0.612	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.786
dn1-üst	0.10±0.725	0.05±0.305	0.00±0.000	0.00±0.000	0.10±0.447	0.25±0.707	0.951
dn2-üst	0.03±0.432	0.09±0.479	0.00±0.000	0.00±0.000	0.05±0.224	0.00±0.000	0.942
amn1-üst	0.02±0.186	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.10±0.447	0.00±0.000	0.489
amn2-üst	0.00±0.066	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.995
jn1-gövde	1.38±3.378	2.19±4.420	3.00±6.233	0.00±0.000	1.65±2.660	2.63±7.029	0.203
jn2-gövde	2.51±4.902	3.93±9.192	17.68±52.434	3.50±4.950	3.00±4.910	0.00±0.000	0.001
cn1-gövde	0.85±0.026	0.53±1.453	0.08±1.492	3.00±2.828	1.40±2.836	1.38±3.503	0.367
cn2-gövde	0.23±1.180	0.67±2.286	0.30±1.217	0.00±0.000	1.05±4.466	0.00±0.000	0.117
dn1-gövde	0.94±3.034	0.42±1.139	1.68±3.228	0.00±0.000	2.20±6.031	0.63±0.916	0.298
dn2 gövde	0.18±1.109	0.44±1.419	0.32±0.839	0.00±0.000	0.35±1.182	0.00±0.000	0.696
amn1-gövde	0.06±0.458	0.16±0.814	0.18±0.588	0.00±0.000	0.25±0.910	0.00±0.000	0.420
amn2-gövde	0.01±0.123	0.00±0.000	0.14±0.640	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.032
jn1-genital	0.00±0.047	0.05±0.305	0.09±0.426	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.013
jn2-genital	0.02±0.246	0.07±0.457	2.27±10.660	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.001
cn1-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
cn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
dn1-genital	0.00±0.047	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.999
dn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
amn1-genital	0.00±0.047	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.999
amn2-genital	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---
jn1-alt	0.28±1.008	0.72±2.062	0.82±1.622	0.00±0.000	0.20±0.696	0.13±0.354	0.060
jn2-alt	0.59±1.995	1.26±2.926	9.32±37.116	3.00±2.828	0.95±2.164	0.88±1.642	0.001
cn1-alt	0.06±0.616	0.02±0.152	0.05±0.213	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.270
cn2-alt	0.00±0.066	0.02±0.152	0.00±0.000	0.00±0.000	0.05±0.224	0.25±0.707	0.001
dn1-alt	0.02±0.197	0.02±0.152	0.05±0.213	0.00±0.000	1.00±4.472	0.00±0.000	0.001
dn2-alt	0.04±0.622	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.996
amn1-alt	0.01±0.160	0.02±0.150	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.403
amn2-alt	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000	---

*: Kalın punto ile belirtilen p değerleri istatistiksel anlamlılık taşımaktadır.

Atipik, Konjenital, Diğer Özel Melanositik Nevüsler ve Diğer Pigmente Lezyonlar:

Atipik melanositik nevüs bulunma oranı %5 (28/520)'dir (11 kadın, 17 erkek) (Tablo 4.20).

Konjenital melanositik nevüs sıklığı %4.5 (25/555)'dir (Tablo 4.20).

Diğer özel melanositik lezyonlar ve diğer gözlenen pigment lezyonların hastalara göre dağılımı Tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Atipik melanositik nevüs için yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (22.1 ± 6.7 (atipik melanositik nevüs varlığında) vs. 21.7 ± 6.9 (atipik melanositik nevüs yokluğunda) $p=0.79$ t-test). Atipik melanositik nevüs görülmesi için belirli yaş aralığı bulunmamakla birlikte (Ki-Kare $p=0.419$) 13 yaş altında vaka izlenmemiştir.

Erkek (17/395, %4.3) ve kadınlarda (11/160, %6.9) atipik melanositik nevüs görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (Ki-Kare $p=0.210$) (Tablo 4.18). Erkeklerde atipik melanositik nevüs bulunanların ortalama yaşı (24.12 ± 6.74) ile kadınlarda atipik melanositik nevüs bulunanların ortalama yaşı (18.91 ± 5.56) arasında istatistiksel olarak **anlamlı** bir fark vardır (Mann-Whitney U test, $p=0.034$).

Atipik melanositik nevüs görülme sıklığı baş bölgesinde (3/555) %0.54, üst ekstremitede %1.44 (8/555), alt ekstremitede %1.08 (6/555), genital bölgede %0.18 (1/555), gövdede %3.96 (22/555)'dir. Dolayısı ile atipik melanositik nevüs'ün en sık görüldüğü bölge gövdedir (Tablo 4.20).

Tüm olgularda yapılan muayene sonucunda amn2-alt, amn2-genital gözlenmedi (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: Atipik, Konjenital, Diğer Özel Melanositik Nevüsler ve Diğer Gözlenen Pigmente Lezyonların Hastalara Göre Dağılımı

Atipik, Konjenital, Diğer Özel Melanositik Nevüsler ve Pigmente Lezyonlar		Nevüs Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta yüzdesi
Atipik melanositik nevüs	2 mm'den küçük baş	1	1	0.2
	2 mm'den küçük üst ekstremité	2	2	0.4
	2 mm'den küçük gövde	8	5	0.9
	2 mm'den küçük genital bölge	0	0	0
	2 mm'den küçük alt ekstremité	0	0	0
	2 mm'den büyük baş	2	2	0.4
	2 mm'den büyük üst ekstremité	10	6	1.1
	2 mm'den büyük gövde	44	18	3.2
	2 mm'den büyük genital bölge	1	1	0.2
	2 mm'den büyük alt ekstremité	9	6	1.1
	Tüm boyutlarda, tüm vücutta (erkekler)	50	17	4.3
	Tüm boyutlarda, tüm vücutta (kadınlar)	27	11	6.9
	Tüm boyutlarda, tüm vücutta (toplam)	77	28	5
Konjenital melanositik nevüs	1.5 cm'den küçük	20	17	3.1
	1.5-5 cm arası	9	8	1.4
	5-20 cm arası	1	1	0.2
	20 cm'den büyük	0	0	0
	Tüm boyutlarda	31	25	4.5
Halo nevüs	1.5-5 cm arası	1	1	0.2
	Tüm boyutlarda	1	1	0.2
Blue nevüs	1.5 cm'den küçük	1	1	0.2
	1.5-5 cm arası	2	2	0.4
	Tüm boyutlarda	3	3	0.6
"Cafe au lait" lekesi	1.5 cm'den küçük	10	3	0.5
	1.5-5 cm arası	11	10	1.8
	5-20 cm arası	3	3	0.5
	20 cm'den büyük	3	1	0.2
	Tüm boyutlarda	27	16	3
Nevüs spilus	1.5-5 cm arası	3	3	0.5
	5-20 cm arası	1	1	0.2
	20 cm'den büyük	0	0	0
	Tüm boyutlarda	4	4	0.7
Becker nevüs	5-20 cm arası	4	4	0.7
	20 cm'den büyük	1	1	0.2
	Tüm boyutlarda	5	5	0.9

Cinsiyet, yaş, deri tipi, saç ve göz renkleri, en uzun süre yaşadığı coğrafi bölge, gün içerisinde güneşe maruz kalma süresine bağlı durum, güneşlenme sıklığı, güneşten koruyucu kullanım ve doğruluğu, anamnezde güneş yanığı hikayesi sayısı, çil, solar lentigo sayıları, malign melanom varlığı ve öyküsü açısından tüm vücut ve bölgelerine göre atipik melanositik nevüsler ayrı ayrı incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

“Cinsiyetler” arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı analiz edilmiştir (ANOVA) (Şekil 4.1, Tablo 4.7, Tablo 4.8).

“Yaş grupları” arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı analiz edilmiştir (ANOVA) (Şekil 4.2, Tablo 4.7, Tablo 4.9).

“Deri tipleri” arasında tüm vücutta ortalama amn1, amn2, amn1-amn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.015$, $p=0.021$, $p=0.003$). Deri tipleri açısından gruplama yapıldığında ortalama amn1, amn2, amn1-amn2 sayıları büyükten küçüğe göre “deri tipi 2”, “deri tipi 3”, “deri tipi 4”, “deri tipi 1” olarak sıralandığı görüldü. Ortalama amn1, amn2, amn1-amn2 sayıları “deri tipi 2 olan kişilerde” (0.30 ± 1.19 , 0.06 ± 0.36 , 1.33 ± 0.12) en yüksek iken, amn1 ve amn1-amn2 “deri tipi 1”, amn2 “deri tipi 1 ve 4 olan kişilerde” hiç tespit edilmedi (Şekil 4.3).

“Deri tipleri” arasında vücut bölgelerine göre ortalama amn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.015$). Ortalama amn1-gövde “deri tipi 2 olan kişilerde” (0.21 ± 0.89) en yüksek iken, “deri tipi 1 olan kişilerde” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.10).

“Saç renkleri” arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı analiz edilmiştir (ANOVA) (Şekil 4.4, Tablo 4.11).

“Göz renkleri” arasında tüm vücutta ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı analiz edilmiştir (ANOVA) (Tablo 4.7, Şekil 4.5).

“Göz renkleri” arasında amn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.028$). Ortalama amn1-gövde “yeşil gözlülerde” (0.18 ± 0.76) en yüksek iken, “mavi gözlülerde” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.12).

“En uzun süre yaşadığı coğrafi bölgeler” arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (ANOVA) (Şekil 4.6, Tablo 4.13).

“Gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi” durumları arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (ANOVA) (Şekil 4.7, Tablo 4.7, Tablo 4.14).

“Güneşlenme sıklıkları” arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (ANOVA) (Şekil 4.8, Tablo 4.7, Tablo 4.15).

“Güneşten koruyucu kullanma sıklığı ve doğruluğuna” göre tüm vücutta ortalama amn1, amn2, amn1-amn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.029$, $p=0.001$). Ortalama amn1, amn2, amn1-amn2 “güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda” (0.58 ± 1.56 , 0.10 ± 0.36 , 0.68 ± 1.67) en yüksek iken, amn1, amn1-amn2 “güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullananlarda”, amn2 “güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullanan” ve “güneşten koruyucuyu bazen rastgele kullananlarda” hiç tespit edilmedi (Şekil 4.9).

“Güneşten koruyucu kullanma sıklığı ve doğruluğuna” göre vücut bölgelerinde ortalama amn2-baş, amn1-gövde, amn1-genital sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.038$, $p=0.001$, $p=0.038$).

amn2-baş, amn1-genital sadece “güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda” (0.020 ± 0.14 , 0.020 ± 0.14) tespit edildi. Ortalama amn1-gövde “güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda” (0.54 ± 1.43) en yüksek iken, “güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullananlarda” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.16).

“Güneş yanığı hikayesi sayısına” göre tüm vücutta ortalama amn1 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.048$). Ortalama amn1 “güneş yanığı hikayesi sayısı 1-3 arası olanlarda” (0.27 ± 1.22) en yüksek iken, amn1 “güneş yanığı hikayesi sayısı 10 ve üstü olanlarda” hiç tespit edilmedi (Şekil 4.10).

“Güneş yanığı hikayesi sayısına” göre vücut bölgelerinde ortalama amn1-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA $p=0.036$). Ortalama amn1-gövde “güneş yanığı hikayesi sayısı 4-9 arası olanlarda” (0.27 ± 0.905) en yüksek iken, “güneş yanığı hikayesi sayısı 10 ve üstü olanlarda” hiç tespit edilmedi (Tablo 4.17).

“Solar lentigo sayısına” göre tüm vücutta ortalama amn1, amn1-amn2 sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.001$). Ortalama amn1, amn1-amn2 “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” (0.93 ± 2.43 , 0.93 ± 2.43) en yüksek iken, “solar lentigosu olmayanlarda” (0.08 ± 0.54 , 0.11 ± 1.71) en düşüktür (Şekil 4.11).

“Solar lentigo sayısına” göre vücut bölgelerinde ortalama amn1-baş, amn1-üst, amn1-genital sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.001$). Ortalama amn1-baş, amn1-üst “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” (0.07 ± 0.267 , 0.29 ± 0.611) en yüksek olarak saptandı. amn1-genital sadece “solar lentigosu olmayanlarda” (0.00 ± 0.045) tespit edildi (Tablo 4.18).

“Çil sayısına” göre tüm vücutta ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı (ANOVA) (Şekil 4.12).

“Çil sayısına” göre vücut bölgelerinde ortalama amn1-baş, amn2-gövde sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** olduğu analiz edilmiştir (ANOVA testi p değerleri sırasıyla, $p=0.028$). Ortalama amn1-baş “çil sayısı 76-100 arası olanlarda” (0.05 ± 0.224), ortalama amn2-gövde “çil sayısı 26-50 arası olanlarda” (0.14 ± 0.640) en yüksekti (Tablo 4.19).

Ailesinde malign melanom öyküsü olan sadece bir hasta olduğu için malign melanom öyküsü olanlarla olmayanlar arasında ortalama atipik melanositik değerlerinin istatistiksel anlamlılığı değerlendirilemedi. Malign melanom hiçbir hastada bulunmadığı için, olanlarla olmayanlar arasında aynı şekilde istatistiksel anlamlılık değerlendirilemedi.

5. TARTIŞMA

Melanositik nevüsler hemen her bireyde değişen sayılarda bulunan benign tümörlerdir. Melanositik nevüsler ve melanositler konusunda çok sayıda laboratuvar araştırması yapılmasına rağmen, klinik özelliklerini geniş kitlelerde araştıran çalışmalar az sayıdadır. Özellikle bazı melanositik nevüslerin malign melanomun öncü lezyonları olabileceği kuşkusu son yıllarda bu konudaki araştırmaları artırmakla birlikte melanositik nevüs tipleri ve epidemiyolojik özellikleri konusunda tarama çalışmalarının fazla sayıda olmaması konu ile ilgili bir eksiklik olduğu kanısı oluşturmaktadır.

Toplumda en sık görülen benign lezyon olmasına karşın günümüzde melanositik nevüs tipleri ve sayıları ile ilgili yapılmış çok az çalışma vardır ve bunların çoğu okul çağı çocuklarında yapılmış çalışmalardır.

Bu araştırma; kısaca normal popülasyonda melanositik nevüs tipleri ve epidemiyolojisi, ekzojen ve endojen stimülasyonların rolü ile ilgili veriler toplamayı amaçlamıştır.

Total melanositik nevüs prevalansı yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir. Ackerman'a göre melanositik nevüslerin genellikle oluşum fazı, uzun süre bir istirahat fazı ve son involüsyon fazı vardır. Melanositik nevüslerin en sık 15-40 yaş arasında görüldüğü, daha sonradan sayılarının azaldığı ileri sürülmektedir. Ancak bu hipotez bir kitle araştırmasına dayanmamaktadır (113).

Beyaz popülasyonda çoğu kişi hiç nevüsü olmaksızın doğmaktadır (100, 101). Ancak erişkin nüfusun pek çoğunda çok sayıda nevüs mevcuttur. İskoçya'da yapılan 432 kişilik (4 gün - 96 yaş arası) bir çalışmada olguların %84'ünde (135), genç İtalyan erkeklerde yapılan diğer bir çalışmada olguların %88'inde (136), İsveç'te 30-50 yaşlarındaki 383 kişinin ise hepsinde (137) bir veya daha fazla sayıda nevüs saptanmıştır.

18-23 yaş arası genç İtalyan erkeklerde yapılan bir çalışmada nevüs prevalansı pek çok Anglosakson toplumdakiye göre daha düşük bulunmuştur (136). 3 mm'nin üstündeki nevüslerin ortalaması 6.86'dır. İskoçya'da yapılan 3 mm ve daha büyük nevüslerin sayıldığı bir çalışmada ise ortalama, aynı yaş grubunda kadınlarda 23, erkeklerde 18 olarak saptanmıştır (135). Türk

toplumunda 13-17 yaş grubundaki erkeklerde yapılmış çalışmada ise ortalama 10.79 olarak bulunmuştur (138). Pack ve arkadaşları 1000 erişkin beyaz bireyi nevüslerin prevalansı ve dağılımını malign melanomlu hastalarla karşılaştırmalı olarak incelemişler ve ortalama total melanositik nevüs sayısını 14.6 olarak bulmuşlardır. Ancak bu çalışmada kişilerin yaşı ve cinsiyetine göre melanositik nevüslerin sayısındaki farklılıklar belirtilmemiştir (139). Nicholls Avusturalya'da yaptığı çalışmada güneş ışınına maruziyeti fazla olan, %87'sini birinci ve ikinci dekattaki çocuklardan oluşan 1518 bireyi araştırmaya almış, ortalama melanositik nevüs sayısı erkeklerde 22.4, kadınlarda 24.1 olarak verilmiş (139).

Bizim çalışmamızda 555 hastanın 520'sinde (%93'ünde) klasik edinsel veya atipik melanositik nevüs gözlemlendi. Bu sonuç diğer yapılan çalışmalarla uyumluydu (135, 136, 137). Bizim çalışmamızda erkeklerde tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı ortalaması 19.37 (7322/378) iken, kadınlarda ise tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı ortalaması 12.42 (1764/142) idi. Erkeklerde 2 mm'den büyük klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması 7.14 (2699/378) iken, bu oran kadınlarda 4.95 (703/142) idi. Bizim çalışmamızdaki erkek ve kadınlarda tüm boyutlardaki klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs ortalaması, nevüs boyutları belirtilmemiş diğer çalışmalarla uyumlu idi (135, 139).

Nicholls ve arkadaşları 1973 yılında Avustralya'da yaptıkları çalışmada nevüs sayısının kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (140). Mc Kie ve arkadaşları tarafından 1985 yılında 0-96 yaş grubunda yaptıkları çalışmada kadınlardaki nevüs sayısının bebeklik döneminden yaşlılık dönemine kadar erkeklerden daha fazla olduğunu göstermişlerdir (135). English ve arkadaşları 1-10 yaş arasındaki Avustralyalı çocuklarda yaptıkları çalışmada erkeklerde nevüs sayısının kızlara göre daha fazla olduğunu göstermişlerdir (2). Bizim çalışmamızda "11-20 yaş grubu" hastalarının tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalaması 17.68 ± 63.88 idi. Lee ve arkadaşları İngiltere ve Avustralya'da yaptıkları çalışmada ise erkeklerin daha fazla sayıda nevüse sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum erkeklerin daha fazla ultraviyole etkisinde kalmasıyla açıklanmıştır (140).

Cemşidzadeh ve arkadaşları 1992 yılında yaptıkları çalışmada erkeklerde nevüs görülme oranını kadınlara göre yüksek bulmuşlardır (141). Augustsson ve arkadaşları ise erkeklerin kadınlara göre nevüs gelişimine daha yatkın olduklarını ortaya koymuşlardır (142).

Bizim çalışmamızda erkeklerde tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalaması **anlamlı** yüksek bulundu. Klasik edinsel melanositik nevüslerin alt tiplerinin sayı ortalamaları da erkeklerde daha yüksekti. Fakat bunlardan sadece cn1, dn1 ortalamaları "erkeklerde" istatistiksel olarak **anlamlı** yükseklikte bulundu.

Vücut bölgelerine göre dn2-baş, jn1-üst, cn1-üst, jn1-alt, dn1-alt hariç diğer tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalamaları erkeklerde kadınlara göre yüksek idi. Ama diğerleri arasında sadece jn1-gövde, jn2-gövde, cn1-gövde, cn2-gövde, dn1-gövde ortalamaları erkeklerde istatistiksel olarak **anlamlı** yükseklikte bulundu. Tüm olgularda yapılan muayene sonucunda cn1-genital, cn2-genital, dn2-genital gözlenmedi. cn1, cn2 ve dn2'nin daha ziyade güneş görmeyen yerlerde bulunmaması, bu tür nevüslerin daha çok ultraviyole etkilerle ortaya çıkması sonucunu doğurmaktadır. Burada diğer dikkat çekici bir husus her ne kadar istatistiksel olarak bir anlamlılık olmasa da kadınlarda alt ve üst ekstremitelerde hemen hemen tüm klasik edinsel melanositik nevüsler ortalamalarının yüksek olmasıdır. Bunun nedeni kadınların giyim tarzlarına bağlı olarak alt ve üst ekstremitelerin daha sık uzun süre ultraviyole ışınlarla maruz kalmalarıyla açıklanabilir. Erkeklerde ise istatistiksel olarak **anlamlılık** taşıyan, gövdedeki dn2 hariç diğer klasik edinsel melanositik nevüs ortalamalarının yüksek olmasıdır. Genel olarak erkeklerde klasik edinsel melanositik nevüs ortalamalarının yüksek olması ise, erkeklerin daha fazla süre açık ortamlarda kronik ultraviyole etkisine maruz kalmış olabileceklerine bağlanabilir.

Lund ve Stobbe tüm yaş gruplarındaki bireylerden aldıkları 200 melanositik nevüsü analiz etmişler, jonksiyonel evredeki melanositik nevüslerin en çok birinci dekatta görüldüğü, bileşik ve dermal melanositik nevüslerin ise üçüncü dekata kadar arttığını bildirmişlerdir (97). Bizim çalışmamızda da klasik edinsel melanositik nevüslerden en fazla jonksiyonel

melanositik nevüs görülmekte, bunu sırasıyla compound ve dermal melanositik nevüs izlemekteydi. Tüm klasik edinsel edinsel melanositik nevüslerin ikinci dekata kadar artarak pik yapıyor, ikinci dekattan sonra yavaş yavaş azalıyordu. Yaş arttıkça tüm vücutta ortalama jn1, dn1 sayıları da artıyor ve dördüncü dekatta pik yapıyordu. cn1, cn2, dn2 ortalamaları üçüncü dekata kadar artıyor ve pik yapıyordu. jn2 ikinci dekatta pik yapıyordu. Bunlardan sadece dn1 ortalamalarının yaş arttıkça artması istatistiksel olarak **anlamlı** idi. Tüm klasik edinsel edinsel melanositik nevüslerin ikinci dekata kadar artarak pik yapması, ikinci dekattan sonra yavaş yavaş azalması bir kısım klasik edinsel melanositik nevüslerin evrelerini tamamlayarak involüsyona uğradığını düşündürmektedir. Vücut bölgelerine göre yaş grupları arasında sadece jn1-baş, dn1-baş, dn1-gövde ortalama sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak **anlamlı** idi. Ortalama jn1-baş "11-20 yaş arası grubunda" en yüksek iken, "31-40 yaş arası grubunda" en düşüktür. jn1-baş çocukluktan itibaren artarak "11-20 yaş arası grubunda" pik yapıp, 20 yaş üzerinde yaş arttıkça azalma eğilimindedir. Yaş arttıkça dn1-baş ve dn1-gövde ortalama sayıları artarak dördüncü dekatta pik yapmaktadır. Dolayısıyla jonksiyonel melanositik nevüs olarak küçük yaşlarda ortaya çıkan nevüslerin dördüncü dekata kadar bir kısmının zamanla dermal melanositik nevüse dönüşmesi, bir kısmının da involüsyona uğraması böyle bir sonucu desteklemektedir.

Açık tenli bireylerde koyu tenlilere göre daha fazla melanositik nevüs görüldüğüne dair yayınlar bulunmaktadır. Ancak melanositik nevüs sayısının deri tipiyle olan ilişkisini inceleyen çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar bulunmuştur. Rampen ve arkadaşlarının 6-13 ve 18-30 yaşları arasındaki bireylerde yaptıkları çalışmada, yine Fritsch ve arkadaşlarının 1992 yılında 13-15 yaş grubunda yaptıkları çalışmada açık tenlilerde nevüs sayısını daha yüksek bulmuşlardır (143, 144). Green ve arkadaşlarının 8-10 yaş grubu arasında yaptıkları bir başka çalışmada ve Cemşidzadeh ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da açık tenli kişilerde melanositik nevüs sayısı daha fazla bulunmuştur (92, 141). İngiltere'de MacKie ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise deri tipleri ile melanositik nevüs sayısı arasında bir

ilişki tespit edilememiştir (135). Bununla birlikte English ve arkadaşları tarafından 1987 yılında 15-65 yaş grubunda yapılan bir çalışmada koyu tenlilerde daha fazla melanositik nevüs saptanırken, Armstrong ve arkadaşları da benzer bir sonuç bildirmişlerdir (145, 146).

Bizim çalışmamızda da "deri tipi 2 olan kişilerde" klasik edinsel melanositik nevüs varlığı daha çoktu. Fakat klasik edinsel melanositik nevüsler detaylandırılarak karşılaştırıldığında ise bunlar arasında sadece jn1, cn1 ve dn1 "deri tipi 2 olan kişilerde" daha çok bulunması istatistiksel olarak **anamlıydı**. Tüm vücutta jn2 ve cn2 ise "deri tipi 3 olan kişilerde" daha çok olmasına rağmen, bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Nevüsler vücut bölgelerine göre değerlendirildiğinde ise; baş bölgesinde jn2, cn1, cn2, dn2; üst ekstremitede jn2, dn2; gövdede cn2; genital bölgede jn1, jn2, dn1; alt ekstremitede jn2, dn1 hariç diğer klasik edinsel melanositik nevüsler "deri tipi 2 olan kişilerde" ortalamaları daha yüksek bulundu. Fakat bunlar arasında "deri tipi 2 olan kişilerde" sadece üst ekstremitede jn1, cn1, dn1; alt ekstremitede cn1, cn2 ortalamaların yüksek olması istatistiksel olarak **anamlılık** taşımaktaydı. jn1-üst, cn1-üst, cn1-alt, cn2-alt "deri tipi 1 olan kişilerde" hiç tespit edilmedi.

Saç rengi ve nevüsler arasındaki ilişki de birçok çalışma yapılarak araştırılmış ve farklı sonuçlar bildirilmiştir. Pope ve arkadaşlarının 1992'de İngiltere'de okul çocukları arasında yaptıkları çalışmada kızıl saçlılardaki nevüs sayısını kahverengi-siyah saçlılara göre daha düşük bulmuşlardır (147). English ve arkadaşları da kızıl saçlılarda nevüs sayısının daha düşük olduğunu göstererek, bunu kızıl saçlılarda çillenmenin daha sık görülmesine, çillerle nevüslerin ayrımının zorluğuna ve bu kişilerin güneşe karşı olan hassasiyetleri nedeniyle daha iyi korunmalarına bağlamışlardır (2). Cemşidzadeh ve arkadaşları çalışmalarında ise kızıl saçlı kişilerde fazla sayıda nevüs bulmuşlar, bu durumu kızıl melanogenotipin ultrastrüktürel elemanları olan feomelanin içermesinin, kızıl genotipinin hakim olduğu kişilerde ultraviyole etkisiyle nevüs gelişme olasılığı arttırdığı şeklinde açıklamışlardır (141). 1973 yılında Sidney'de yapılan bir çalışmada ise saç rengi gibi fenotipik özellikler ile nevüs sayısı arasında bir ilişki bulunamamıştır

(92). MacKie ve arkadaşları gene saç rengi ile nevüs sayısı arasında bir ilgi bulamamış, aynı şekilde Coombs ve arkadaşları da 1992 yılında Yeni Zellanda'da yaptıkları çalışmada benzer sonuca varmışlardır (134, 140). Gallagher ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçları da böyle bir ilginin bulunmadığını destekler niteliktedir (149).

Bizim çalışmamızda tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalaması "kırmızı saçlılarda" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm vücuttaki klasik edinsel melanositik nevüsler göz önüne alındığında j_n2 , $cn2$ 'nin ortalaması "siyah saçlılarda" en yüksek, $dn1$ 'in ortalaması "sarı saçlılarda" en yüksek, geri kalanlarının tümünün ortalamalarının "kırmızı saçlılarda" en yüksek olduğu, fakat bunlardan sadece "sarı saçlılarda" $dn1$, "kırmızı saçlılarda" ise $dn2$ ortalamalarının yüksekliği istatistiksel olarak **anlamlı** idi. Vücut bölgelerine göre incelendiğinde ise sadece "kırmızı saçlılarda" $dn2$ -baş, $cn1$ -üst, $dn2$ -alt, "sarı saçlılarda" $dn1$ -gövde ortalamalarının yüksekliği istatistiksel olarak **anlamlı** idi. Bizim çalışmamızda da genel olarak klasik edinsel melanositik nevüslerin sayı olarak "kırmızı saçlılarda" daha fazla görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlılık taşımamaktaydı. Vücut bölgelerine göre detaylı bir çalışma olmadığından bölgesel karşılaştırmalar yapılamadı.

English ve arkadaşları 1987 yılında 15-65 yaş grubunda yapılan bir çalışmada nevüs sayısının göz rengi ile ilgisiz olduğunu öne sürmüşlerdir (145). Fritschi ve arkadaşları 1992 yılında 13-15 yaş grubunda yaptıkları çalışmada mavi-yeşil gözlülerde nevüs sayısını daha yüksek bulmuşlardır (144). Brogelli ve arkadaşları İtalya'da 18-23 yaş grubu erkekler arasında mavi ve yeşil gözlülerde nevüs sayısını daha yüksek bulmuşlardır (135). Green ve arkadaşları yaptıkları çalışmada mavi, yeşil gözlülerde nevüs sayısını daha yüksek bulmuşlardır (92). Cemşidzadeh ve arkadaşlarının 1992 yılında 8-62 yaş grubunda yaptıkları çalışmada koyu renk gözlülerde nevüs sayısını yüksek bulmuşlardır (141). 1973 yılında Sidney'de yapılan bir çalışmada ise göz rengi gibi fenotipik özellikler ile nevüs sayısı arasında bir ilgi bulunamamıştır (92). Gallagher ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın sonuçları da böyle bir ilgi bulunmadığını destekler niteliktedir (148).

Bizim çalışmamızda tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması “yeşil gözlülerde” daha yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm vücutta cn2, dn1 (“mavi gözlülerde” ortalamaları yüksek) hariç diğer tüm klasik edinsel melanositik nevüsler “yeşil gözlülerde” ortalamaları yüksek idi, fakat bu yükseklikler dn1 hariç, istatistiksel olarak anlamlı değildi. dn1 ortalamasının yüksekliği “yeşil gözlülerde” diğer göz renkleriyle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak **anlamliydi**.

Vücut bölgelerine göre “yeşil gözlülerde” baş bölgesindeki ve üst ekstremitedeki dn1 ortalamalarının, “mavi gözlülerde” gövdedeki dn1 ortalamasının yüksek bulunması istatistiksel olarak **anlamli** idi. Dolayısıyla bizim çalışmamızda da göz renkleri ile toplam klasik edinsel melanositik nevüs sayıları arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamasına rağmen, bölgesel olarak incelendiğinde “yeşil gözlülerde” baş bölgesi ve üst ekstremitelerde, “mavi gözlülerde” ise gövdede 2 mm’den büyük dermal melanositik nevüs sayısı diğer göz renklerindekiyle göre istatistiksel olarak **anlamli** derecede yüksek bulunmuştur.

Melanosit sisteminin fonksiyonunu ve çoğalmasını etkileyen en önemli çevresel faktör ultraviyole radyasyondur (88). Yoğun olarak güneş ya da ultraviyole radyasyona maruz kalan vücut bölgelerinde anormal melanositler ve artmış epidermal melanositik öncülerinin görüldüğüne dair bulgular mevcuttur (58, 150). Ultraviyole ışınlarının, nevogenezisde de etkili olduğuna dair bazı indirekt bulgular vardır. Açık tenli ırklardaki bireylerde, koyu tenli ırklardakilerden, dolayısıyla ultraviyolede korunabilen kişilerden, daha fazla sayıda nevüs bulunması bu bulgulardan biridir. Yine aynı kökenden gelmesine rağmen İngiliz ve Avustralyalı çocuklarda nevüs prevalansının farklı olması, bu iki coğrafi bölgede güneşe maruz kalma süresi ve derecesinin farklı oluşundan kaynaklanmaktadır (151, 152). Benzer şekilde Avustralya’da, farklı enlemler üzerinde yer alan şehirlerde yaşayan çocuklarda, farklı nevüs sayıları bulunmuştur (139). Nevüslerin vücut üzerindeki dağılımı da ultraviyolenin nevogenezisdeki rolünü desteklemektedir. Güneşe daha çok maruz kalan bölgelerde nevüs sayılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kopf bir çalışmasında kolun

lateral kısmında medial kısmına kıyasla daha fazla sayıda nevüs olduğunu göstermiştir. Atipik nevüslü olgularda da güneşe maruz kalan bölgelerde daha fazla sayıda nevüs saptanmıştır (91, 153). Nicholl de güneşe maruz kalan bölgelerde nevüs sayılarının daha erken maksimum değerine ulaştığını göstermiştir (154). Pope ve arkadaşlarının 4-11 yaş arası 1842 çocukta yaptıkları çalışmada güneş ışınlarıyla temas eden bireylerde melanositik nevüs sayısında artış saptanmıştır (147). Avustralya’da Kelly ve arkadaşları ve Harrison ve arkadaşlarının çocuklarda yaptıkları iki ayrı çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir (139, 155). Sorahan ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları çalışmada ise güneş ışınlarıyla temas ve güneş yanığı ile melanositik nevüs sayısı arasında bir ilişki bulunamamıştır (152). Güneş banyosu yapmanın ve çocukluk döneminde geçirilen şiddetli güneş yanıklarının da nevüs sayısı üzerinde etkili olabileceği ileri sürülmektedir. Gallagher ve arkadaşlarının Vancouver’da yaptıkları çalışmada bu konuda pozitif ilişki bulunmuştur (148). Augustsson ve arkadaşları 30-50 yaş grubunda İsveç’te 1992 yılında yaptıkları çalışmada çocukluk döneminde şiddetli güneş yanığı geçirenlerde ortalama nevüs sayısını daha yüksek bulmuşlardır. Bunu da güneşten aralıklı olarak etkilenmenin kronik etkilenmeye göre daha fazla nevojenik etkiye sahip olduğu görüşüne kanıt olarak göstermişlerdir. Çünkü kronik etkilenmede deride hafif esmerleşme oluşmakta, böylece deri güneşe daha tolerabl hale gelmektedir. Oysaki aralıklı etkilenmede deri oluşabilecek değişikliklere karşı hazırlıksız olmaktadır (142).

Bizim çalışmamızda tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması “en uzun süre Karadeniz Bölgesi’nde yaşayanlarda” yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm vücutta ortalama jn1, cn1, dn2 “en uzun süre Ege Bölgesi’nde”, ortalama jn2 “Karadeniz Bölgesi’nde”, ortalama cn2 “Akdeniz Bölgesi’nde”, ortalama dn1 “İç Anadolu Bölgesi’nde yaşayanlarda” yüksekti, fakat hiç birisinde istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı.

Vücut bölgelerine göre en uzun süre yaşadığı coğrafi bölgeler arasında sadece ortalama jn1-üst, dn1-genital sayı değerleri

karşılaştırıldığında farkların istatistiksel olarak **anlamli** olduğu analiz edilmiştir. Ortalama jn1-üst "en uzun süre Ege Bölgesinde yaşayanlarda" en yüksek iken, dn1-genital sadece "en uzun süre Ege Bölgesinde yaşayanlarda" görölmektedir. Burada dikkati çeken nokta ölkemizin iç bölgelerinde yaşayanlarında melanositik sayısında artış gözlenmemektedir. Bu durumu iç bölgelerde yaşayanların daha çok güneş ışınlarına direkt maruz kalmamalarına bağlamaktayız.

Bizim çalışmamızda gün içerisinde güneşe maruz kalma süresi durumuna göre tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması "güneşe maruz kişilerde" **anlamli** yüksekti. Tüm vücutta ortalama cn1, dn1, dn2 "güneşe maruz olmayan kişilerde", ortalama jn1, jn2, cn2 "güneşe maruz kişilerde" daha yüksekti. Fakat bunlardan sadece "güneşe maruz kişilerde" ortalama jn2'nin yüksek olması istatistiksel olarak **anlamliydi**. Vücut bölgelerine göre ise ortalama jn2-baş, jn2-üst, jn2-gövde, jn2-genital, jn2-alt, cn2-alt "güneşe maruz kişilerde" **anlamli** yüksekti. Güneşe maruz kişilerin güneşe maruz vücut bölgelerinde klasik edinsel melanositik nevüslerin sayısının yüksek olması ultraviyolenin nevüs sayısını artırdığını düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızdaki diğeri bir bulgu tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması "senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamli değildi. Tüm vücutta ortalama cn2 ("senede 7-30 gün arası güneşlenenlerde" daha yüksek) hariç diğeri klasik edinsel melanositik nevüsler "senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde" daha yüksek ortalamaya sahipti. Fakat bunlardan sadece ortalama jn1, cn1 "senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde" **anlamli** en yüksekti. Güneşlenme sıklığı arttıkça ortalama jn1, cn1 sayısı artmaktadır. Vücut bölgelerine göre cn1-baş, dn1-üst de "senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde" en yüksekti ve istatistiksel olarak **anlamliydi**. Burada da ultraviyolenin nevüs sayısını artırdığı kanıtlar tarzda sonuç elde edilmiştir.

Bizim çalışmamızda diğeri bulgu tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması "güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda" daha yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamli değildi. Tüm vücutta ortalama

jn1, cn1 ("güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullananlarda" daha yüksek) hariç diğer klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalamaları "güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda" daha yüksekti. Fakat bunlardan sadece ortalama jn1 "güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullananlarda", ortalama dn1, dn2 "güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda" **anlamli** yüksekti. Vücut bölgelerine göre ortalama cn1-üst, cn2-üst, dn1-gövde, dn2-alt "güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda", ortalama jn1-üst "güneşten koruyucuyu yazın rastgele kullananlarda", ortalama jn1-alt "güneşten koruyucuyu yaz-kış sürekli doğru kullananlarda" **anlamli** yüksekti. Aslında bu karmaşık görünen sonuçlar kişilerin güneşten koruyucu kullandığı için güneşte daha çok kalmaları, güneşte daha fazla kalanların daha çok güneşten koruyucu ihtiyacı hissetmeleri ya da güneşten koruyucuyu sadece yüzlerine ya da omuzlarına sürmelerinin yeterli olduğunu düşünmeleri veya etkisi az olan koruyucular kullanmaları gibi farklı etkenler sonucu da ortaya çıkmış olabilir.

Bizim çalışmamızda diğer bulgu tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması "güneş yanığı hikayesi sayısı 10 ve üstü olanlarda" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamli olmamasına rağmen güneş yanığı hikayesi sayısı arttıkça tüm vücutta ortalama dn1, vücut bölgelerine göre ise ortalama dn2-baş sayısı da istatistiksel olarak **anlamli** bir şekilde artmaktadır. 2 mm'den büyük dermal melanositik nevüs sayısının tüm vücutta, 2 mm'den küçük dermal nevüslerin de baş bölgesinde "güneş yanığı hikayesi sayısı 10 ve üstü olanlarda" **anlamli** olarak artması, güneş yanıklarının nevüs sayısının artmasında etkili olduğu tezlerini desteklemektedir.

Bizim çalışmamızda diğer bir bulgu tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması "solar lentigosu 76-100 arası olanlarda" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamli değildi. Tüm vücutta ortalama jn2 ("solar lentigo sayısı 26-50 arası olanlarda" daha yüksek), cn2 ("solar lentigo sayısı 1-25 arası olanlarda" daha yüksek), dn2 ("solar lentigosu olmayanlarda" daha yüksek) hariç diğer klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalamaları "solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda" en yüksekti. Fakat sadece ortalama jn1

ve dn1 “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” istatistiksel olarak olarak **anlamlı** yüksekti. Vücut bölgelerine göre ortalama cn1-üst, cn2-üst, dn1-üst, jn1-gövde, dn1-gövde “solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda” istatistiksel olarak **anlamlı** yüksekti. dn2-alt sadece “solar lentigosu olmayanlarda” tespit edildi, bu da istatistiksel olarak **anlamlıydı**. Genel olarak solar lentigosu olanlarda özellikle üst ekstremit ve gövdede melanositik nevüslerde bir artış mevcut olması, solar lentigoların melanositik nevüs öncülleri olabileceğini düşündürmektedir.

Nicholls ve arkadaşları çillenmesi olan kişilerde nevüs sayısını olmayanlara göre daha yüksek bulmuşlardır (147). Gallegher ve arkadaşları 6-18 yaş grubunda çalışmış ve bu grupta bütün yaşlarda çillenme ile nevüs sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu kanıtlamışlardır (148). Yine Gallagher ve arkadaşlarının Vancouver’da 1991 yılında yaptıkları bir çalışmada çillenmenin nevüs sayısını artırıcı bir etkisinin olduğunu göstermişlerdir (149). Bunu her iki lezyon tipinde deride güneşe karşı oluşan anormal bir reaksiyon olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca Green ve arkadaşları ile Nicholls ve arkadaşlarının Avustralya’da yaptıkları iki ayrı çalışmada çillenmenin olduğu kişilerde nevüs sayısını çillenme olmayanlara göre yüksek bulmuşlardır (92, 144). Coombs ve arkadaşlarının Yeni Zellanda’da yaptıkları çalışmada ise çillenmenin nevüs sayısını arttırıcı bir faktör olduğu ileri sürülmüş ve bu durum her iki tip lezyonun da güneş etkisiyle oluşmasına bağlanmıştır (140). Bizim çalışmamızda ise “ortalama çil sayısı 26-50 olanlardaki” tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalaması, “çil sayısı 0-25 ve >50 olanlardan” istatistiksel olarak **anlamlı** şekilde yüksekti. Yani çil sayısı arttıkça nevüs sayısı artmıyordu. Bu sonuç da çil sayısı artışı ile nevüs sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren yukarıda belirtilen çalışmaları desteklemiyordu.

Çalışmamızdaki diğer bir bulgu atipik melanositik nevüslü hastalarda tüm vücutta klasik edinsel melanositik nevüs ortalamaları atipik melanositik nevüsü bulunmayanlara göre istatistiksel olarak **anlamlı** derecede yüksek bulundu. Tüm hastaların %5’inde mevcut olan tüm atipik melanositik nevüslerin ortalama sayısı erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksek

bulunmuştur (sırasıyla 2,94; 2,45). Bu sonuç da klasik edinsel melanositik nevüs sayısı arttıkça atipik melanositik nevüs bulunma riskinin de arttığını ve görülme sıklığının beyaz ırkta %5 olduğunu ifade eden klasik bilgileri desteklemektedir (126).

Çalışmamızdaki atipik melanositik nevüs bulunanların yaş ortalaması 22.1 ± 6.7 iken, atipik melanositik nevüs bulunmayanların yaş ortalaması 21.7 ± 6.9 idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Atipik melanositik nevüs görülmesi için belirli yaş aralığı bulunmamakla birlikte 13 yaş altında vaka izlenmemiştir. Bu sonuç atipik melanositik nevüsün puberte veya hemen sonrasında ortaya çıktığını destekler niteliktedir (96). Valiukeviciene ve arkadaşları Litvanya’da 2000 yılında 15 yaş altı çocuklarda yaptıkları bir çalışmada 4-5 yaş grubunda atipik melanositik nevüs bulunduğunu bildirmiştir (156).

Ailesinde malign melanom öyküsü olan bir hasta olduğundan malign melanom öyküsü olanlarla olmayanlar arasında ortalama klasik edinsel melanositik değerlerinin istatistiksel anlamlılığı değerlendirilemedi. Kendisinde malign melanom olan hiçbir hasta olmadığından olanlarla olmayanlar arasında aynı şekilde istatistiksel anlamlılık değerlendirilemedi.

Erkek (17/395 %4.3) ve kadınlarda (11/160 %6.9) atipik melanositik nevüs görülme sıklığı açısından anlamlı bir fark görülmedi. Erkeklerde atipik melanositik nevüs bulunanların ortalama yaşı 24.12 ± 6.74 iken, kadınlarda bu ortalama 18.91 ± 5.56 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak **anlamlıydı**. Bu da kadınların küçük yaşlardan itibaren giyim tarzları nedeniyle total olarak ultraviyole ışınlarından daha çok etkilenmeleri sonucu oluşmuş olabilir.

Atipik melanositik nevüs %3.96 görülme sıklığı ile en çok gövdede rastlandı.

Alt ekstremit ve genital bölgelerde ise <2 mm atipik melanositik nevüs hiç gözlenmedi. Bu sonuçlar klasik kitaplardaki ve literatürde yapılan çalışmalarla uyumlu idi.

Bizim çalışmamızda tüm vücutta ve bölgelerinde ortalama amn1 ve amn2, ayrı ayrı ve birlikte değerlendirildiğinde “erkeklerde” daha yüksekti,

fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ayrıca tüm vücutta ortalama amn2 "31-40 arası yaş grubunda" daha yüksek olmasına rağmen aradaki fark burada da istatistiksel olarak anlamlı değildi.

"Deri tipine" göre değerlendirildiğinde tüm vücutta ortalama amn1 ve amn2, ayrı ayrı ve birlikte "deri tipi 2 olan kişilerde" istatistiksel olarak **anlamlı** şekilde yüksekti. Vücut bölgelerine göre değerlendirildiğinde ise sadece ortalama amn1-gövde "deri tipi 2 olan kişilerde" **anlamlı** olarak yüksekti. Burada da açık tenlilerin ultraviyole ışınından daha çok etkilendiğini, "deri tipi 1 olanların" ise tenlerinin aşırı reaksiyonunu bildiklerinden güneşten daha çok korunduklarını düşünebiliriz.

"Saç renklerine" göre tüm atipik melanositik nevüslerin ortalamaları "sarı saçlılarda" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm vücutta ortalama amn1 "kırmızı saçlılarda", ortalama amn2 "sarı saçlılarda" daha yüksek olmasına rağmen saç renkleri arasında tüm vücutta ve vücut bölgelerine göre ortalama atipik melanositik nevüs sayı değerleri karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı analiz edilmiştir.

"Göz renklerine" göre değerlendirildiğinde tüm vücutta ortalama amn1 ve amn2, ayrı ayrı ve birlikte yeşil gözlülerde daha yüksekti, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Vücut bölgelerine göre ise sadece ortalama amn1-gövde yeşil gözlülerde **anlamlı** olarak yüksekti.

Bizim çalışmamızda tüm atipik melanositik nevüslerin ortalamaları en "uzun süre Marmara Bölgesi'nde yaşarlarda" yüksek, fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi. Tüm vücutta amn1 de "en uzun süre Marmara Bölgesi'nde yaşarlarda", ortalama amn2 ise, "en uzun süre Karadeniz Bölgesi'nde yaşayanlarda" daha yüksekti. Fakat en uzun süre yaşadığı coğrafi bölgeler arasında tüm parametrelerde istatistiksel bir anlamlılık saptanmadı.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa bile tüm vücutta ortalama amn1 ve amn2'nin, ayrı ayrı ve birlikte "gün içerisinde güneşe maruz olmayanlarda" daha yüksek olması daha önce bilinen verilerle çelişir görünümündedir. Fakat "gün içerisinde güneşe maruz kalmayanların" kısa tatil dönemlerinde

ultraviyoleye karşı hazırlıksız olan vücutlarını aniden ve yoğun biçimde güneşe maruz bırakıyor olmaları bu sonuca neden olmuş olabilir. Yine amn1 ve amn2'nin ayrı ayrı ve birlikteki ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile "senede 1-3 ay arasında güneşlenenlerde " daha yüksek olması bu tezi desteklemektedir.

Ortalama amn1 ve amn2'nin, ayrı ayrı ve birlikte ve amn2-baş'ın "güneşten koruyucuyu yazın doğru kullananlarda" istatistiksel olarak **anlamlı** derecede yüksek olması da, bu kişilerin güneşten koruyucunun sağladığı cesaretle toplam güneş ışınına daha fazla maruz kaldığını düşündürmektedir. Tabi ki böyle bir yargıyı daha kesin yapabilmek için farklı parametreleri içeren başka çalışmalara da gerek vardır.

"Güneş yanığı hikayesi sayısına" göre değerlendirildiğinde ise tüm vücutta ortalama amn1 "güneş yanığı hikayesi sayısı 1-3 arası olanlarda", vücut bölgelerine göre ise sadece ortalama amn1-gövde "güneş yanığı hikayesi sayısı 4-9 arası olanlarda" istatistiksel olarak **anlamlı** olarak yüksekti. Bu sonuç da güneş yanığının >2mm atipik melanositik nevüs oluşumunda tüm vücutta ve özellikle de gövdede etkili olduğunu göstermektedir.

Atipik melanositik nevüslerin "solar lentigo" ile ilişkisi irdelendiğinde sadece ortalama amn1, amn1-amn2, amn1-baş, amn1-üst "solar lentigo sayısı 76-100 arası olanlarda" istatistiksel olarak **anlamlı** olarak yüksekti. Dolayısıyla solar lentigo artışı atipik melanositik nevüs sayısında da paralel bir artış sağlamıyordu. Ayrıca baş bölgesi ve üst ekstremitelerdeki >2mm atipik melanositik nevüs sayısının da "76-100 arasında solar lentigosu olanlarda" **anlamlı** derecede yüksek olması bu bölgelerin güneşten en çok etkilenen bölgelerden olmasıyla açıklanabilir.

Atipik melanositik nevüslerin "çil sayıları" ile de ilişkisini araştırdık. Tüm vücuttaki atipik melanositik nevüs ortalamaları ile istatistiksel bir anlamlılık yakalanmasa da vücut bölgelerine göre incelendiğinde ortalama amn1-baş "çil sayısı 76-100 arası olanlarda", ortalama amn2-gövde ise "çil sayısı 26-50 arası olanlarda" istatistiksel olarak **anlamlı** derecede yüksekti.

Bu sonuç de ultraviyole etkisiyle oluşan çillerin varlığının atipik melanositik nevüs varlığı riskini artırdığını göstermektedir.

Ailesinde malign melanom öyküsü olan bir hasta olduğundan malign melanom öyküsü olanlarla olmayanlar arasında ortalama atipik melanositik nevüs değerlerinin istatistiksel anlamlılığı değerlendirilemedi. Kendisinde malign melanom olan hiçbir hasta olmadığından olanlarla olmayanlar arasında aynı şekilde istatistiksel anlamlılık değerlendirilemedi.

Konjenital melanositik nevüslerin melanoma geliştirme riski taşıdığı eskiden beri bildirilen bir durumdur (157). Konjenital melanositik nevüsler, edinsel olanlara göre oldukça seyrek, %1-2 oranında görülür (100, 101, 158, 159). Biz de çalışmamızda bu oranı %4.5 olarak bulduk. Bu oran yukarıda bahsettiğimiz oranlardan oldukça yüksek bir orandır. Bu oranın büyük çoğunluğu <1.5 cm konjenital nevüslerden oluşurken, >20 cm konjenital nevüse rastlamadık. Genel popülasyonda %1-2'lik oranların bildirildiği bazı yayınlarda çalışmaların yeni doğanlarda yapılması ve bir kısım konjenital nevüslerin daha ileri dönemlerde de çıkabilmesi, bizim çalışmamızdaki oranın yüksekliğini açıklayabilir.

Muayene sırasında gözlenen en sık rastlanan melanositik nevüs dışı pigment lezyon "cafe au lait" lekesidir. Normal erişkin popülasyonda %10-20 oranında bulundukları bildirilirken bizim çalışmamızda bu oran %3 olarak tespit edilmiştir (99).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; diğer ülkelerde yapılan bazı çalışmaların aksine, biz çalışmamızda tüm vücutta toplam klasik edinsel melanositik nevüs sayısını erkeklerde kadınlara göre istatistiksel açıdan **anlamlı** derecede yüksek bulduk (135, 140). Yine bazı çalışmaların aksine çalışmamızda tüm klasik edinsel melanositik nevüslerin ortalaması “güneşe maruz kişilerde” **anlamlı** olarak yüksekti ve güneşe maruz kalma süresi ile nevüs sayısı arasında pozitif bir ilişki vardı (152). Ayrıca çil sayısı ve melanositik nevüs sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu savunan bazı çalışmaların aksine bizim çalışmamızda “ortalama çil sayısı 26-50 olanlardaki” tüm klasik edinsel melanositik nevüs ortalaması, çil sayısı bu değerin altında ve üstünde olanlardan istatistiksel olarak **anlamlı** şekilde yüksekti, yani çil sayısı ile melanositik nevüs arasında pozitif bir ilişki saptamadık (92, 141, 145, 148, 149). Bir diğer bulgumuz da çalışmamızda 13 yaşından daha küçük çocuklarda atipik melanositik nevüse rastlamamış olmamızdır ki, bu sonuç da klasik kitaplara uyumlu olduğu halde puberteden önce de atipik melanositik nevüs görülebileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (156).

Genel olarak her ne kadar güneşe maruziyetle ilgili parametrelerin tamamında istatistiksel açıdan anlam olmasa da, çoğu parametremizde güneşe maruziyet ile klasik edinsel ve atipik melanositik nevüs sayısı arasında pozitif bir ilişki saptadık. Bu sonuçlarımız klasik kitaplarda bildirilen bilgilerle genelde uyumlu idi. Dolayısıyla güneşin klasik ve atipik melanositik nevüs insidansını artırdığı konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, ileride oluşabilecek sorunların temel çözümü olarak görülmektedir. Ayrıca bu çalışmamızda klasik edinsel ve atipik nevüsleri vücut bölgelerine göre detaylı olarak da inceledik ve istatistiksel olarak karşılaştırdık. Çıkan sonuçları bu tür detaylandırılmış bir çalışma olmadığından değerlendiremedik. Dolayısıyla bu sonuçlarımızın da ileride yapılacak bu tür detaylandırılmış çalışmalara referans olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Elder D. Benign Pigmented Lesions and Malignant Melanoma. Lever's Histopathology of The Skin; ninth edition: 715-805, 2005.
2. English DR, Amstrong BK. Melanocytic nevi in children, I: Anatomic sites and demographic and host factors. Am J Epidemiol 139: 390-401, 1994.
3. Tüzün Y, Tüzün B, Kotogyan A. Normal derinin yapısı ve gelişmesi. Dermatoloji, 2. Baskı, 1994; 17-33.
4. Tüzün Y, Kotogyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat M.C. Yenidoğan derisinin gelişimi ve özellikleri. Pediyatrik Dermatoloji, 1. Baskı, 17-25, 2005.
5. Montagna W, Parakkal PF. The structure and function of the skin. 3rd ed. New York; Academic Press, 1974.
6. Montagna W, Freedberg IM (eds). Cutaneous biology 1950-1975. J Invest Dermatol 67:1-230, 1976.
7. Breathnach AS. Embryology of human skin. A review of ultrastructural studies. J Invest Dermatol 57:133-143, 1971.
8. Holbrook KA, Odland GF. The fine structure of developing human epidermis: Light, scanning and transmission electron microscopy of the periderm. J Invest Dermatol 65:16-38, 1975.
9. Lever WF, Schaumburg-Lever G, Embryology of the skin. In: lever WF, Schaumburg-Lever G, eds. Histopathology of the skin 6th ed. Philadelphia; JB Lippincott, 1983.
10. Smith LT, Sakai LY, Burgeson RE, Holbrook KA. Ontogeny of structural component at the dermal-epidermal junction in human embryonic fetal skin: The appearance of anchoring fibrils and type VII collagen. J Invest Dermatol 90:480-485, 1988.
11. Foster CA, Holbrook KA, Farr A. Ontogeny of Langerhans' cells in human embryonic and fetal skin: Expression of HLA-DR and OKT-6 determinants. J Invest Dermatol 86:240-243, 1986.
12. Winkelmann RK, Breathnach AS. The Merkel cell. J Invest Dermatol 60: 2, 1973.

13. Gould VE, Moll R, Moll I, et al. Neuroendocrine (Merkel) cells of the skin: Hyperplasias, dysplasias and neoplasias. *Lab Invest* 52:334-353, 1985.
14. Moll R, Moll I, Franke WW. Identification of the Merkel cells in human skin by specific cytokeratin antibodies: Changes of cell density and distribution in fetal and adult plantar epidermis. *Differentiation* 28:136-154, 1984.
15. Ochiai T, Suzuki H. Fine structural and morphometric studies of the Merkel cell during fetal and post natal development. *J Invest Dermatol* 77: 437-443, 1981.
16. Moll I, Lane AT, Franke WW, Moll R. Intraepidermal formation of Merkel cells in xenografts of human fetal skin. *J Invest Dermatol* 94: 359-364, 1990.
17. Breathnach AS. Development and differentiation of dermal cells in man. *J Invest Dermatol* 71: 2-8, 1978.
18. Mehregan AH, Hashimoto K, Mehregan DA and Mehregan DR. Normal structure of the skin. In: Mehregan AH, Hashimoto K, Mehregan DA, Mehregan DR, eds. *Pinkus' Guide to dermatohistopathology*. 6th ed. Norwalk; Appleton & Lange, 1995.
19. Downing DT, Stewart ME, Strauss JJ. Biology of sebaceous glands. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*, vol 1. 3rd ed. New York; McGraw Hill, 185-190, 1987.
20. Ackerman AB. Skin, structure and function. In: Ackerman AB, ed. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases*. Philadelphia; Lea & Febiger, 1978.
21. Fawcett, Skin. In: Bloom, Fawcett, eds. *A textbook of histology*. 11th ed. Philadelphia; WB Saunders 543-578, 1986.
22. Montagna W. Embryology and anatomy of the cutaneous adnexa. *J Cutan Pathol* 11: 350-351, 1984.
23. Hashimoto K, Gross BG, Lever WF. The ultrastructure of the skin human embryos. I. The intraepidermal eccrine sweat duct. *J Invest Dermatol* 45: 139-151, 1965.

24. Smack DP, Korge BP, James WD: Keratin and Keratinization. *J Am Acad Dermatol* 30: 85-102, 1994.
25. Sato K, Kang WH, Saga K, et al. Biology of sweat glands and their disorders. I. Normal sweat gland function. *J Am Acad Dermatol* 20: 537-563, 1989.
26. Sato K, Sato F. Individual variations in structures and function of human eccrine sweat gland. *Am J Physiol* 245:R203-R208, 1983.
27. Uno H. Sympathetic innervation of sweat glands and piloerector muscles of macaques and human beings. *J Invest Dermatol* 69: 112-120, 1977.
28. Sha VP, Epstein WL, Reigelman S. Role of sweat gland in accumulation of orally administered griseofulvin in skin. *J Clin Invest* 53: 1673-1678, 1974.
29. Moll R, Cowin P, Kapprell HP, et al. Desmosomal proteins: New markers for identification and classification of tumors. *Lab Invest* 54: 4-25, 1986.
30. Holbrook KA, Wolff K. The structure and development of skin. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*. 3rd ed. New York; McGraw-Hill, 1987.
31. Elias PM. Epidermal lipids, barrier function and desquamation. *J Invest Dermatol* 80 (suppl): 44s-49s, 1983.
32. Katz SI. The epidermal basement membrane zone, structure, ontogeny and role in disease. *J Am Acad Dermatol* 11: 1025-1037, 1984.
33. Foidart JM, Bere EW, Yaar M, et al. Distribution and immunoelectron microscopic localization of laminin, a non-collagenous basement membrane glycoprotein. *Lab Invest* 42: 336-342, 1980.
34. Leblond CP, Inoue S. Structure, composition and assembly of basement membrane. *Am J Anat* 185: 367-390, 1989.
35. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Histology of the skin. In: Lever WF, Schaumburg-Lever G, eds. *Histopathology of the skin*. 6th ed. Philadelphia; JB Lippincott, 1983.

36. Nordlund JJ, Sober AJ, Hansen TW. Periodic synopsis on pigmentation. *J Am Acad Dermatol* 12: 359-363, 1985.
37. Quevedo WC, Fitzpatrick TB, Szabo G, et al. Biology of the melanin pigmentary system. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF, eds. *Dermatology in general medicine*, vol I. 3rd ed. New York; McGraw-Hill, 1987.
38. Murphy GF: Structure, function and reaction patterns. In: Murphy GE, ed. *Dermatopathology*. Philadelphia; WB Saunders, 1995.
39. Gown AM, Vogel AM, Hoak D, et al. Monoclonal antibodies specific for melanocytic tumors distinguish subpopulations of melanocytes. *Am J Pathol* 164: 388-398, 1986.
40. Birbeck NS, Breathnach AS, Everall JD. An electron microscopic study of basal melanocytes and high-level clear cell (Langerhans' cell) in vitiligo. *J Invest Dermatol* 37: 51-64, 1961.
41. Santa Cruz DJ, Bauer EA. Merkel cells in the outer follicular sheath. *Ultrastruct Pathol* 3: 59-63, 1982.
42. Camisa C, Weissmann A. Friedrich Sigmund Merkel Part II. The cell. *Am J Dermatopathol* 4: 527-535, 1982.
43. Sato K, Leidal R, Sato F. Morphology and development of an apoeccrine sweat gland in human axillae. *Am J Physiol* 252: R166-R180, 1987.
44. Tüzün Y, Tüzün B, Kotogyan A. Pannikülitler. *Dermatoloji*, 2. Baskı 495-503, 1994.
45. Cerio R, Spaul J, Oliver GF, et al. A study of Factor XIIIa and MAC 387 immunolabeling in normal and pathological skin. *Am J Dermatopathol* 12: 221-223, 1990.
46. Bastiaens M, ter Huurne J, Gruis N, et al. The melanocortin-1 receptor gene is the major freckle gene. *Hum Mol Genet* 10: 1701-1708, 2001.
47. Bliss JM, Ford D, Swerdlow AJ, et al. Risk of cutaneous melanoma associated with pigmentation characteristic and freckling: systematic overview of 10 case-control studies. *Int J Cancer* 62: 367-376, 1995.

48. Baykal C. Nevo-melanositik selim tümörler. Dermatoloji Atlası. 2. Baskı 504-526, 2004.
49. Benedict PH, Szabo G, Fitzpatrick TB, et al. Melanotic macules in Albright's syndrome and In neurofibromatosis. JAMA 205: 618-626, 1968.
50. Becker SW. Concurrent melanosis and hypertrichosis in distribution of nevus unius lateris. Arch Dermatol Syph 60;155-160, 1949.
51. Rower JM, Carr RD, Lowney ED. Progressive cribriform and zosteriform hyperpigmentation. Arch Dermatol 114: 98-99, 1978.
52. Tate PR, Hodge SJ, Owen LG. A quantitative study of melanocytes in Becker's nevus. J Cutan Pathol 7: 404-409, 1980.
53. Newman Dorland WA. Dorland's illustrated medical dictionary. Philadelphia: WB Saunders, 29: 2000.
54. Mehregan AH. Lentigo senilis and its evolutions. J Invest Dermatol 65: 429-433, 1975.
55. Tucker MA, Halpern A, Holly EA, et al. Clinically recognized dysplastic nevi. A central risk factor for cutaneous melanoma. JAMA 277: 1439-1444, 1997.
56. McLean DI, Gallagher RP. "Sunburn" freckles; cafe-au-lait macules, and other pigmented lesions of schoolchildren: the Vancouver Mole Study. J Am Acad Dermatol 32: 565-570, 1995.
57. Bastiaens MT, Westendorp RG, Vermeer BJ, et al. Ephelides are more related to pigmentary constitutional host factors than solar lentigines. Pigment Cell Res 12: 316-322, 1999.
58. Rhodes AR, Harrist TJ, Momtaz T. The PUVA-Induced pigmented macule: a lentiginous proliferation of large, sometimes cytologically atypical, melanocytes. J Am Acad Dermatol 9: 47-58, 1983.
59. Montagna W, Hu F, Carlisle K. A reinvestigation of solar lentigines. Arch Dermatol 116: 1151-1154, 1980.
60. Andersen WK, Labadie RR, Bhawan J. Histopathology of solar lentigines of the face: a quantitative study. J Am Acad Dermatol 36: 444-447, 1997.

61. Gartmann H. The malignity of nevoid lentigo. A contribution to the early diagnosis and prevention of malignant melanoma and its preconditions. *Z Hautkr* (In German) 53: 91-100, 1978.
62. Marchesi L, Naldi L, Di Landro A, et al. Segmental lentiginosis with "jentigo" histologic pattern. *Am J Dermatopathol* 14: 323-327, 1992.
63. Micali G, Nasca MR, Innocenzi D, et al. Agminated lentiginosis: case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol* 11: 241-245, 1994.
64. Stewart DM, Altman j, Mehregan AH. Speckled lentiginous nevus. *Arch Dermatol* 114: 895-896, 1978.
65. Schaffer JV, Orlow SJ, Lazova R, et al. Speckled lentiginous nevus: within the spectrum of congenital melanocytic nevi. *Arch Dermatol* 137: 172-178, 2001.
66. Barnhill RL, Albert LS, Shama SK, et al. Genital lentiginosis: a clinical and histopathologic study. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:453-460.
67. Kikuchi I, Inoue S. Natural history of the Mongolian spot. *J Dermatol* 7: 449-450, 1980.
68. Hidano A, Kajima H, Ikeda S, et al. Natural history of nevus of Ota. *Arch Dermatol* 95:187, 1967.
69. Hidano A, Kajima H, Endo Y. Bilateral nevus Ota associated with nevus Ito. A case of pigmentation on the lips. *Arch Dermatol* 91: 357-359, 1965.
70. Burkhart CG, Gohara A. Dermal melanocyte hamartoma. A distinctive new form of dermal melanocytosis. *Arch Dermal* 117: 102-104, 1981.
71. Dekio S, Koike S, Jidoi J. Nevus of ota with nevus of Ito-report of case with cataract. *J Dermatol* 16: 164-166, 1989.
72. Bashiti HM, Blair JD, Triska RA, et al. Generalized dermal melanocytosis. *Arch Dermatol* 117: 791-793, 1981.
73. Mevorah B, Frenk E, Delacretaz J. Dermal melanocytosis. Report of an unusual case. *Dermatologica* 154: 107-114, 1977.
74. Rodriguez HA, Ackerman LV. Cellular blue nevus. *Cancer* 21: 393-405, 1968.

75. Gonzalez-Compota R, Galera-Davidson H, Vazquez-Ramirez FJ, et al. Blue nevus: classical types and new related entities. A differential diagnostic review. *Pathol Res Pract* 190: 627-635, 1994.
76. Temple-Camp CR, Saxe N, King H. Benign and malignant cellular blue nevus. A clinicopathological study of 30 cases. *Am J Dermatopathol* 10: 289-296, 1988.
77. Zembowicz A, Granter SR, McKee PH, et al. Amelanotic cellular blue nevus: a hypopigmented variant of the cellular blue nevus: Clinicopathologic analysis of 20 cases. *Am J Surg Pathol* 26: 1493-1500, 2002.
78. Leopold JG, Richards DB. The inter-relationship of blue and common nevi. *J Pathol* 95: 37-43, 1968.
79. Pulitzer DR, Martin PC, Cohen AP, et al. Histologic classification of the combined nevus: analysis of the variable expression of melanocytic nevi. *Am J Surg Pathol* 15: 1111-1122, 1991.
80. Mishima Y. Macromolecular changes in pigmentary disorders. *Arch Dermatol* 91: 519-557, 1965.
81. Gilchrist BA, Treloar V, Grassi AM, et al. Characteristics of cultivated adult human nevocellular nevus cells. *J Invest Dermatol* 1986;87:102-107.
82. Gottlieb B, Brown AL Jr, Winkelmann RK. Fine structure of the nevus cell. *Arch Dermatol* 92: 81-87, 1965.
83. Levine N. Neoplastic disorders of melanocytes. *Pediatric Dermatology*. Eds. Schachner LA, Hansen RC. 3. Baskin. Edinburg, Mosby, 2003;516-524.
84. Metcalf JS, Maize JC. Melanocytic nevi and malignant melanoma. *Dermatol Clin* 3: 217-224, 1985.
85. Holly EA, Kelly JW, Shpoltz SN, Chiu SH. Number of melanocytic nevi as a major risk factor for malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 17: 459-468, 1987.
86. Green A, MacLennan R, Siskind V. Common acquired nevi and the risk of malignant melanoma. *Int J Cancer* 35: 297-300, 1985.
87. Nordlund JJ, Kirkwood J, Forget BM, et al. Demographic study of clinically atypical (dysplastic) nevi in patients with melanoma and comparison subjects. *Cancer Res* 45: 1855-1861, 1985.

88. Pfahlberg A, Kölmel KF, Gefeller O. Timing of excessive ultraviolet radiation and melanoma: epidemiology does not support the existence of critical period of high susceptibility to solar ultraviolet radiation-induced melanoma. *Br J Dermatol* 144: 471-475, 2001.
89. Rampen FH, Fleuren BA, de Boo TM, et al. Prevalence of common acquired nevocytic nevi and dysplastic nevi is not related to ultraviolet exposure. *J Am Acad Dermatol* 18: 679, 1988.
90. Solomon LM. The management of congenital melanocytic nevi. *Arch Dermatol* 116: 1017, 1980.
91. Kopf AW, Lindsay AC, Rogers GS, et al. Relationship of nevocytic nevi to sun exposure in dysplastic nevus syndrome. *J Am Acad Dermatol* 12: 656-662, 1985.
92. Green A, Siskind V, Hansen ME, et al. Melanocytic nevi in schoolchildren in Queensland. *J Am Acad Dermatol* 20: 1054-1060, 1989.
93. Ellis DL, Wheeland RG. Increased estrogen and progesterone ligand binding related to oral contraceptives or pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 14: 25, 1986.
94. Clemente C, Zurrida S, Bartoli C, et al. Acral-lentiginous naevus of plantar skin. *Histopathology* 27: 549-555, 1995.
95. Worret WJ, Burgdorf WH. Which direction do nevus cells move? Abtropfung reexamined. *Am J Dermatopathol* 20: 135-139, 1998.
96. Tüzün Y, Kotogyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat M.C. Melanosit hastalıkları ve pigmentasyon bozuklukları. *Pediyatrik Dermatoloji*, 1. Baskı 305-317, 2005.
97. Lund HZ, Stobbe GD. The natural history of the pigmented nevus: factors of age and anatomic location. *Am J Pathol* 6: 1117-1147, 1949.
98. Maize JC, Foster G. Age-related changes in melanocytic naevi. *Clin Exp Dermatol* 4: 49-58, 1979.
99. Rhodes AR. Neoplasms: Benign neoplasia, hiperplasias, and dysplasias of melanocytes. In *Dermatology in General Medicine*. Eds. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. New York, McGraw-Hill Inc. 4: 996-1078, 1993.

100. Walton RG, Jacobs AH, Cox AJ. Pigmented lesions in newborn infants. *Br J Dermatol* 95: 389-396, 1976.
101. Rivers JK, MacLennan R, Kelly JW, et al. The eastern Australian childhood nevus study: prevalence of atypical nevi, congenital nevus-like nevi, and other pigmented lesions. *J Am Acad Dermatol* 32: 957-963, 1995.
102. Rhodes AR, Sober AJ, Day CL, et al. The malignant potential of small congenital nevocellular nevi. An estimate of association based on a histologic study of 234 primary cutaneous melanomas. *J Am Acad Dermatol* 6: 230-241, 1982.
103. Shpall S, Frieden I, Chesney M, et al. Risk of malignant transformation of congenital melanocytic nevi in blacks. *Pediatr Dermatol* 11: 204-208, 1994.
104. Slaughter JC, Hardman JM, Kepme LG, et al. Neurocutaneous melanosis and leptomeningeal melanomatosis in children. *Arch Pathol* 88: 298-304, 1969.
105. Zeff RA, Freitag A, Grin CM, et al. The immune response in halo nevi. *J Am Acad Dermatol* 37: 620-624, 1997.
106. Spitz S. Melanomas of childhood. *Am J Pathol* 24: 591-609, 1948.
107. Allen AC. Juvenile melanomas of children and adults and melanocarcinomas of children. *Arch Dermatol* 82: 325-335, 1960.
108. Paniago-Periera C, Maize JC, Ackerman AB. Nevus of large spindle and/or epithelioid cells (Spitz's nevus). *Arch Dermatol* 114: 1811-1823, 1978.
109. Harris MN, Hurwitz RM, Buckel LJ, et al. Congenital Spitz nevus. *Dermatol Surg* 26: 931-935, 2000.
110. Dal Pozzo V, Benelli C, Restano L, et al. Clinical review of 247 case records of spitz nevus (epithelioid cell and/or spindle cell nevus). *Dermatology* 194: 20-25, 1997.
111. Weedon D, Little JH. Spindle and epithelioid cell nevi in children and adults. A review of 211 cases of the Spitz nevus. *Cancer* 40: 217-225, 1977.
- Reed RJ, Ichinose H, Clark WH Jr, et al. Common and uncommon melanocytic nevi and borderline melanomas. *Semin Oncol* 2: 119-147, 1975.
112. Maize JC, Ackerman AB. Pigmented lesions of the skin: clinicopathologic correlations. Philadelphia: Lea and Febiger, 1987.

113. MacKie RM: Melanocytic nevi and malignant melanoma. In: Textbook of Dermatology. Eds. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, Champion RH, Burton JL. Oxford, Blackwell Scientific Publications. 5th edit. 1529-1536, 1992.
114. Koh HK, Bhawan J: Tumors of skin. In: Dermatology. Eds. Moschella SL, Hurley HJ. Philadelphia, WB Saunders Co. 3rd edit. 1721-1808, 1992.
115. Lever WF, Schaumburg-Lever G: Benign melanocytic tumors and malignant melanoma. In: Histopathology of skin. Eds. Lever WF, Schaumburg-Lever G. Philadelphia, JB Lippincott Company. 7th edit. 756-805, 1990.
116. Kornberg R, Ackerman AB. Pseudomelanoma. Recurrent melanocytic nevus following partial surgical removal. Arch Dermatol 111: 1588-1590, 1975.
117. Park HK, Leonard DD, Arrington JH III. Recurrent melanocytic nevi: clinical and histologic review of 175 cases. J Am Acad Dermatol 17: 285-292, 1987.
118. Clark WH, Reimer RR, Greene M, et al. Origin of familial malignant melanomas from heritable melanocytic lesions. "The B-K mole syndrome." J Med Genet 114: 732-738, 1978.
119. Blessing K: Benign atypical naevi: diagnostic difficulties and continued controversy. Histopathol 34: 189-198, 1999.
120. Elder DE, Clark WH, Elinitsas R, et al. The early and intermediate precursor lesions of tumor progression in the melanocytic system: Common acquired nevi and atypical (dysplastic) nevi. Seminars in Diagnostic Pathology 10: 18-35, 1993.
121. Mooi WJ. Dysplastic naevus. Mooi WJ, Krausz T (Ed). Biopsy Pathology of melanocytic disorders. London, Chapman and Hall Medical 186-214, 1992.
122. Elder DE, Murphy GF: Benign melanocytic tumors. Elder DE, Murphy GF (Ed). Melanocytic tumors of the skin. Atlas of Tumor Pathology. Washington DC: AFIP 1-101, 1991.
123. Bergman W, Voorst Vader PC, Ruiter DJ. Dysplastic nevi and the risk of melanoma: a guideline for patient care. Nederlandse Melanoom

Werkgroep van de Vereniging voor Integrale Kankercentra. Ned Tijdschr Geneesk (in German) 141: 2010-2014, 1997.

124. Schneider JS, Moore II DH, Sagebiel RW. Risk factors for melanoma incidence in prospective follow-up. Arch Dermatol 130: 1002-1007, 1999.

125. Tsao H, Sober AJ. Acquired precursor lesions and markers of increased risk for cutaneous melanoma. Cutaneous Melanoma. Eds. Balch CM, Houghton AN, Sober AJ, Soong SJ. 4. Baskin. St. Louis, Quality Medical Publishing 121-133, 2003.

126. Stolz W, Braun-Falco O, Bilek P, Landthaler M, Cagnetta A.B editors. Color Atlas of Dermatoscopy. 1st ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1994.

127. Steiner A, Phamberger H, Wolff C: In vivo epiluminescence microscopy of pigmented skin lesions. II. Diagnosis of small pigmented skin lesions and early detection of malignant melanoma. J Am Acad Dermatol 17: 584-914, 1987.

128. Kenet R.O, Kang S, Kenet B.J, Fitzpatrick T.B, Sober A.J, Barnhill R.L: Clinical diagnosis of pigmented lesions using digital epiluminescence microscopy. Arch Dermatol 129: 157-174, 1993.

129. Soyer H.P, Smolle J, Hödl S, Pachernegg H, Kerl H: Surface microscopy. Am J Dermatopathol 11 (1): 1-10, 1989.

130. Yadav S, Vossaert K.A, Kopf A.W, Silverman M, Grin-Jorgensen C: Histopathologic correlates of structures seen on dermatoscopy. Am J Dermatopathol 15 (4): 297-305, 1993.

131. Nachbar F, Stolz W, Merkle T, Cagnetta A.B, Vogt T, Landthaler M, Bilek P, Plewing G: The ABCD-rule of dermatoscopy Am J Dermatopathol 30: 551-559, 1994.

132. Pathak MA, Fitzpatrick TB. Preventive treatment of sunburn, dermatoheliosis, and skin cancer with sun-protective agents. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, et al, eds. Dermatology in general medicine. New York: McGraw Hill, 4th edit. 1689-1717, 1993.

133. Mosteller RD. Simplified calculation of body-surface area. N Eng J Med 317: 1098, 1987.

134. MacKie RM, English J, Aitchison TC, et al. The number and distribution of benign pigmented moles (melanocytic naevi) in a healthy British population. *Br J Dermatol* 113: 167-174, 1985.
135. Brogelli L, Giorgio VD, Bini F, et al. Melanocytic naevi: clinical features and correlation with the phenotype in healthy young males in Italy. *Br J Dermatol* 125: 349-352, 1991.
136. Augustsson A, Stierner U, Suurküla M, et al. Prevalence of common and dysplastic naevi in Swedish population. *Br J Dermatol* 124: 152-156, 1991.
137. Acay MC, Zencir S. Nevüs tiplerinin insidansı ve deri fototipleriyle melanositik nevüslerin gelişimini etkileyen faktörler. *Deri Hast Frengi Arş* 26: 25-29, 1992.
138. Green A, Swedlow J. Epidemiology of melanocytic nevi. *Epidemiol Rev* 11: 204-221, 1989.
139. Kelly JW, Rivers JK, McLennan R et al: A major factor associated with the development of melanocytic nevi in Australian schoolchildren. *J Am Acad Dermatol* 30: 40-48, 1994.
140. Coombs BD, Sharples KJ, Cooke KR et al: Variation and covariates of the number of benign nevi in adolescents. *Am J Epidemiol* 136: 344-355, 1992.
141. Cemşidzadeh F, Oğuz O, Kotoğyan A, Aydemir EH: Edinsel melanositik nevüslerin gelişimini etkileyen faktörler. *Deri Hast Frengi Arş* 26: 25-29, 1992.
142. Augustsson A, Stierner U, Rosdahl I, Suurküla M: Melanocytic naevi in sun exposed and protected skin in melanoma patients and controls. *Acta Derm Venereol (Stoch)* 71: 512-517, 1990.
143. Rampen F.H.J: Nevocytic nevi and skin complexion. *Dematologica* 176: 111-114, 1988.
144. Fritschi L, McHenry P, Green A, MacKie R, Green L, Siskind V: Naevi in schoolchildren in Scotland and Australia. *Br J Dermatol* 130: 599-603, 1994.

145. English JSC, Swerdlow AJ, MacKie RM et al: Relation between phenotype and banal melanocytic naevi. *Br Med J* 294: 152-154, 1984.
146. Armstrong BK, de Klerk NH, Holman CDJ: Etiology of common acquired melanocytic nevi: constitutional variables, sun exposure, and diet. *J Natl Cancer Inst* 77: 329-335, 1986.
147. Pope DJ, Sorahan T, Marsden JR et al: Benign pigmented nevi in children. *Arch Dermatol* 128: 1201-1206, 1992.
148. Gallagher RP, McLean DI, Yang P et al: Suntan, sunburn, and pigmentation factors and the frequency of acquired melanocytic nevi in children. *Arch Dermatol* 126: 770-776, 1990.
149. Gallagher RP, Rivers JK, Yang CP et al: Melanocytic nevi density in Asian, Indo-Pakistani, and White children: The Vancouver mole study. *J Am Acad Dermatol* 25: 507-512, 1991.
150. Breathnach AS, Nazzaro-Porro M, Passi S, et al. Ultrastructure of melanocytes in chronically sun-exposed skin of elderly subjects. *Pigment Cell* 4: 71-79, 1991.
151. Green A, Sorahan T, Pope D, et al. Moles in Australian and British schoolchildren. *Lancet* ii: 1497, 1988.
152. Sorahan T, Ball PM, Grimley RP, et al. Benign pigmented nevi in children from Kidderminster, England: Prevalance and associated factors. *J Am Acad Dermatol* 22: 747-750, 1990.
153. Kopf AW, Gold RS, Rogers GS, et al. Relationship of lumbosacral nevocytic nevi to sun exposure in dysplastic nevus syndrome. *Arch Dermatol* 122: 1003-1006, 1986.
154. Nicholls EM. Development and elimination of pigmented moles, and the anatomical distribution of primary malignant melanoma. *Cancer* 32: 191-195, 1973.
155. Harrison S, MacLennan R, Speare R, Wronski I: Sun exposure and melanocytic naevi in young Australian children. *Lancet* 344: 1529-1532, 1994.
156. Valiukeviciene S, Miseviciene I, Gollnick H: The prevalence of common acquired melanocytic nevi and relationship with skin type

characteristics and sun exposure among children in Lithuania. Arch Dermatol 5: 579-586, 2005.

157. Clemmensen OJ, Kroon S: The histology of "congenital features" in early acquired melanocytic nevi. J Am Acad Dermatol 19: 742-746, 1988.

158. Kroon S, Clemmensen OJ, Hastrup N: Incidence of congenital melanocytic nevi in newborn babies in Denmark. J Am Acad Dermatol 17: 422-426, 1987.

159. Angelucci D, Natali PG, Amerio PL, Ramenghi M, Musiani P: Rapid perinatal growth mimicking malignant transformation in a giant congenital melanocytic nevus. Hum Pathol 22: 297-301, 1991.