

İnce Barsağın Primer Malign Melanomu

Primary Malignant Melanoma of the Small Bowel

Nihat Zalluhoğlu* Alp Gürkan* Hürriyet Turgut**
Serdar Kaçar* Mehmet Kahya*

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir
*3. Cerrahi Kliniği, **Patoloji Kliniği

ÖZET

İnce barsağın primer malign melanomları oldukça nadir görülen tümörlerdir. Genellikle asemptomatik olmaları erken tanınmalarını güçleştirir. Normalde ince barsak mukozasında melanoblastların görülmemesi tümörün primer kökeni hakkında tartışmalara yol açmıştır. Küratif cerrahi girişime karşın, bu hastaların beklenen sağkalımları oldukça düşüktür.

İnce barsaktan köken alan primer malign melanomlu 49 yaşındaki bir kadın hasta kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edildi. Postoperatif 7. ayda hastamız karaciğer metastazları nedeniyle kaybedildi.

Anahtar Kelimeler: Malign melanom, ince barsak

SUMMARY

Primary malignant melanoma of the small bowel is a rare entity. They are usually asymptomatic and this makes the diagnosis difficult. Origin of the malignant melanoma of the small bowel is controversial due to lack of melanoblasts in the small bowel mucosa. Despite curative surgical treatment, the prognosis of these tumors is dismal.

A 49 year-old woman who had primary malignant melanoma was treated surgically. She died at the 7th postoperative month due to liver metastasis.

Key Words: Malignant melanoma, small bowel

SSK Tepecik Hast Derg 2002;12(2-3):107-109

Gastrointestinal sistem malign melanomları oldukça nadir görülür (1,2). Cilt veya oküler melanomların gastrointestinal metastazları veya anorektal bölge malign melanomları ile sık karşılaşılmakta ise de, ince barsaktan primer olarak köken aldığını bildiren birkaç yayın mevcuttur (1-3). Hayatta iken malign melanomalı hastaların ince barsak metastazları ancak % 4 oranında tanınırken, otopsi çalışmalarında ince barsaktaki metastaz oranının %60'a kadar yükseldiği gösterilmiştir (3).

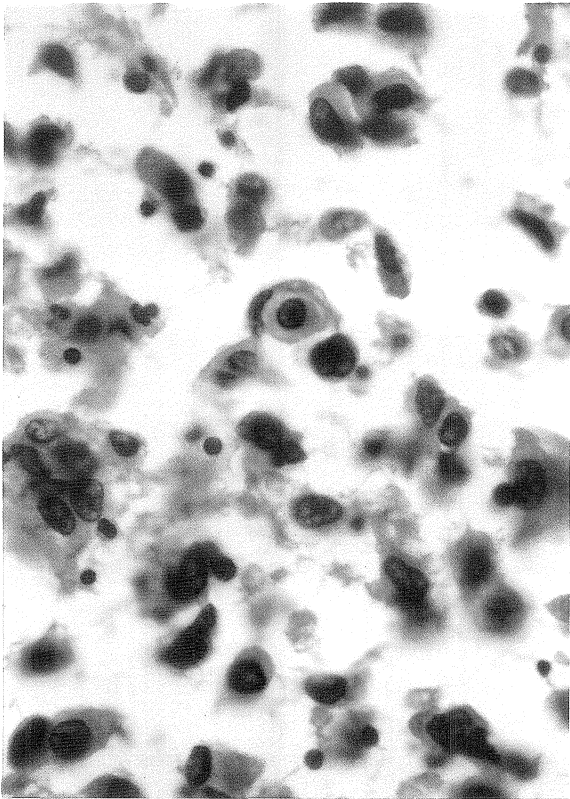
Bu çalışmada bir primer ince barsak malign melanom olgusunu sunmayı ve buradaki malign melanomun kökenini tartışmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

49 yaşındaki bayan hasta pelvik kitle nedeniyle servisimize yatırıldı. Fizik bakışında göbekte orta hatta, hareketli, ağrısız, lastik kıvamında, sınırları belirgin 10 x 5 cm. çaplarında kitle saptandı. Diğer sistem bulguları normaldi. Ciddi anemi (Hemoglobün: 6.3 gr/dl) dışında

laboratuar değerlerinde patoloji bulunmadı. Batın ultrasonografisinde uterus ile ilişkili 10x5 cm çaplarında kitle saptandı. Laparotomide çekumdan 80 cm. proksimalde ileum yerleşimli, semolid, hareketli, koyu kahve renkli, 22x 13x7 cm boyutlarında bir kitle saptandı. Mezenterik lenf bezleri irermişti. Karaciğer veya evre dokularında metastaz mevcut değildi. Tümöral kitle ince barsak ve mezenteri ile birlikte eksize edildi. U ua intestinal anastomoz uygulandı. Uterustaki mevcut miyomlar nedeniyle histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçti. Patolojik incelemesi nodüler pigmente malign melanom olarak rapor edildi (şekil 1).

Postoperatif dönemde tümörün kökenini saptamak amacıyla tüm vücut cildi, saçlı deri, vulva, vajina, anorektal bölge ve gözler ilgili dal hekimlerince kontrol edildi. Ayrıca kraniyum, toraks ve abdominal boşlukların bilgisayarlı tomografik incelemeleri ile gastroskopik ve restosigmoidoskopik taramalar yapıldı. Tüm bu incelemeler



şekil 1. İnteritoplasmik melanin pigmentleri içeren pleomorfik tümör hücreleri (H&E, x440).

sonucu primer odak bulunamadı. Hastanın son 10 yılda hiçbir ameliyat veya biyopsi geirmeği öğrenildi.

Hastaya 3 gün süreyle, 3 haftada bir olmak üzere günde 250 mg/ m² Decarbazine içeren kemoterapiye başlandı. Hastanın 5. aydaki takip bilgisayarlı tomografisinde çoğul hepatik metastazlar saptandı ve hasta 2 ay sonra kaybedildi.

TARTIşMA

Gastrointestinal malign melanomlar genellikle asemptomatiktir ve sıklıkla otopsi sırasında tanınırlar (1,4). Hastalar kronik mikrositer anemi, karın ağrısı ve kilo kaybı yakınmalarıyla başvururlar. Akut veya kronik kanama ya da ince barsak seviyesinde mekanik tıkanma sebebi ile cerrahi tedaviye alınırlar. İnce barsak delinmeleri veya malabsorbsiyon nadiren görülür.

Primer veya metastatik ince barsak malign melanomları 2 ayrı patolojik formda karşımıza çıkar. Polipoidal tümörler genellikle büyük, çoğul ve amelatoniktir. Daha sık görülürler ve infiltratif tipten daha kötü bir prognoza sahiptirler. İmmünohistokimyasal yöntemler bu hastaların tanılarında patoloğa yardımcıdır (5,6). İnfiltatif lsere formu ise genellikle tek ve pigmentedir. Kanama ve obstrüksiyon semptomları ile kendini belli eder (1,2,4).

İntestinal malign melanomların büyük bir kısmı metastatik olmasına karşın, başka primer odağı bulunamayıp primer olarak kabul edilen olgular nadir de olsa bildirilmiştir (1,5,6). Lenf bezi metastazlarının varlığında bile birçok primer deri lezyonunun spontan olarak gerileyip kaybolabileceği bildirilmektedir (7). Aynı zamanda birçok araştırıcı da ince barsaklarda melano-blastların olmadığını göstermiş ve barsaklarda primer olarak malign melanomun gelişeme-yebileceğini iddia etmişlerdir (2,4,8). Ancak, barsaklarda solunum yollarında hatta lenf bezlerinde bile melanositlerin olabileceğini gösteren araştırmalar mevcuttur (1,9). Aynı zamanda, malign melanomların APUD (Amine Precursors Uptake and Decarboxylase) hücrelerinden köken alabileceği belirtilmektedir. Bu hücrelerin malign transformasyon geçirerek malignite kazanabile-

cekleri, fakat diğer APUDomalar gibi hormon salgılamadıkları iddia edilmektedir (1,5).

İnce barsak malign melanomları düşük morbidite ve mortalite oranlarıyla cerrahi olarak çıkartılıp, semptomatik olarak iyileşme sağlanabilir (1,4,8). On yıldan fazla yaşayan olgular bildirilmiş ise de median sağkalım genellikle 1 yıldır (8,10).

Sistemik adjuvan tedavinin yeri tartışmalıdır (1,2,10,11). Alfa - interferon, interlökin, monoklonal antikolar ve yüksek doz kemoterapi ve otolog kemik iliği transplantasyonları ile ilgili çalışmalar hala araştırma konusudur (11). Küratif amaçlı cerrahi rezeksiyon sonrası adjuvan kemoterapi sırasında ortaya çıkan uzak metastazlar hastamızın kaybına yol açmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kadivar TF, Vanek VW, Krishnan EU. Primary malignant melanoma of the small bowel. *Am Surg* 1992;58:418-21.
2. Willbanks OL, Morris JF. Gastrointestinal melanoma. *Am J Surg* 1970;120:602-6.
3. Blessing IC, Park K, McLaren K, Eremin O. Gastrointestinal involvement with metastatic melanoma. *J R Coll Surg Edinb* 1986;5:293-5.
4. Wilson BG, Anderson JR. Malignant melanoma involving the small bowel. *Postgrad Med J* 1986;62:355-7.
5. Kramsz MM, Ariel I, Behar AJ. Primary malignant melanoma of the small intestine and APUD cell concept. *J Surg Oncol* 1987;10:283-8.
6. Ben-Izak O, Levy R, Weill S, et al. Anorectal malignant melanoma: a clinicopathologic study, including immunohistochemistry and DNA flow cytometry. *Cancer* 1997;79:18-25.
7. Smith JL, Stehlin JS. Spontaneous regression of the primary malignant melanomas with regional metastasis. *Cancer* 1965;18:1399-402.
8. Khedro MH, Thompson JF, Milton GW, McCarthy WH. The justification for surgical treatment of metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. *Surg Gynecol Obst* 1990;171:413-6.
9. Nicholson AG, Cox PM, Marks CG, Cook MG. Primary malignant melanoma of the rectum. *Histopathology* 1993;22:261-4.
10. Freedman LS. Malignant melanoma of the anorectal region: two cases of prolonged survival. *Br J Surg* 1984;71:164-5.
11. Ruscaïnai L, Petraglia S, Alotto M, et al. Postsurgical adjuvant therapy for melanoma: evaluation of a 3-year randomized trial with recombinant interferon-alpha after 3 and 5 years of follow-up. *Cancer* 1997;70:2354-60.

Yazışma adresi:

Dr. Nihat ZALLUHOĞLU
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi
3. Cerrahi Kliniği, İzmir
