

*OLGU SUNUMU***PRİMERİ SAPTANAMAYAN
DEV BOYUN KİTLESİ:
MALİN MELANOM**

A GIANT UNKNOWN PRIMARY NECK MASS:
MALIGNANT MELANOMA

**İbrahim ÇUKUROVA
Suat KAPTANER
Erhan DEMİRHAN
Yusuf YALÇIN
Orhan Gazi YİĞİTBAŞI
Bengü GÜNAY YARDIM**

ÖZET

Kliniğimize boyunda 6 aydır hızlı büyüyen şişlik yakınmasıyla başvuran 60 yaşındaki erkek hastada 13x8x6 cm boyutlarında sol servikal kitle saptanmıştır. Kitleye yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinin malin gelmesi üzerine primeri açısından araştırılan ve odak bulunamayan hasta primeri bilinmeyen boyun kitlesi olarak değerlendirilmiş ve radikal boyun diseksiyonu uygulanmıştır. Spesimenin histopatolojik incelemesinde lenf düğümlerinde malin melanom metastazı saptanmıştır.

Servikal lenf metastazı düşünölen ve primeri bulunmayan malin melanomlarda uygulanacak tedavi yöntemi radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonudur.

Anahtar Sözcükler: Boyun metastazı, malin melanom, primeri bilinmeyen, servikal lenfatik metastaz.

SUMMARY

A rapid growing cervical mass was detected on a 60 years old male patient. Fine needle aspiration biopsy revealed as malignant cytology. After appropriate research, the diagnose was as neck mass with the unknown primary and radical neck dissection was performed. The pathological examination of the specimen showed that malignant melanoma metastasis in the cervical lymph nodes.

The treatment of choice in cervical lymph node metastasis of malign melanoma with unknown origin is to make a radical or modified radical neck dissection.

Keywords: Cervical lymph node metastases, malignant melanoma, neck mass, unknown primary.

K.B.B. ve Baş-Boyun Cerrahisi Kliniđi

(Prof. Dr. O. G. Yiğitbaşı, Klinik Şefi, Op. Dr. İ. Çukurova, Şef Yard. Op. Dr. S. Kaptaner, Başasistan, Dr. E. Demirhan, Dr. Y. Yalçın)

Patoloji Laboratuvarı

(Dr. B. Günay Yardım)

Tepecik Eđitim ve Araştırma Hastanesi İZMİR

Yazışma: Op. Dr. İ. Çukurova

GİRİŞ

Seyrek rastlanan neoplazm tipleri olan melanomlar en sık deride oluşur. Ancak nadir de olsa ağız boşluğu, özofagus, anüs, vajina, konjunktiva ve retinada da görülebilir. Tüm malin melanomların %15-20'si baş boyunda görülür. %40-50'si nevuslerden gelişir. Olguların %92'si 50 yaşın üzerindedir (1).

Nodüler malin melanom hastamızda saptanan malin melanom alt tipi olup en kötü prognoza sahiptir ve vertikal büyüme gösterir (2). Geç lezyonlarda lateral büyüme de görülebilir. 6 -12 ay içerisinde süratli bir büyüme gösterir.

Tanının kesinleştirilmesi, tümörün çıkarılmasından sonra patolojik incelenmesiyle gerçekleşir. Bazı özel durumlarda immunolojik yaklaşım (S-100 proteini, HMB-45, NK1-3) tanıya yardımcı olabilir. Tanının kesinleştirilmesi esnasında şu detaylar mutlaka araştırılmalıdır: Melanom tipi, Clark invazyonu, Breslow kalınlığı, regresyon belirtileri. Preoperatif değerlendirmede, lezyonun drenaj bölgesinin lenf düğümlerinin ultrasonografisi, akciğer radyolojik tetkiki, karaciğer ve karın tomografisi, merkezi sinir sistemi ve kranyum tetkikleri, kemik sintigrafisi gereklidir (2).

Primer lezyon önceleri 5 cm'e varan sağlam sınırlarla ve derin olarak çıkartılmaktaydı. Günümüzde yeterli derinlikte eksizyonun sağlanabilmesi için de Mohs cerrahisi (mikrografik çıkarım) geliştirilmiş ve sağlam sınırları da 2 cm'ye kadar indirilmiştir. Melanomlarda Mohs cerrahisi ile yeterli cerrahi sınırlarla (1 cm'lik sağlam dokuyla) yerel olarak çıkarım yapılabilir (2).

Klinik olarak saptanabilen ve kuşkulanan lenf düğümü varlığında kontrolsüz uzak metastazlı olgular dışında sağaltıcı lenf diseksiyonu gerekir. Lenfatik metastaz nedeniyle ülserasyon olması durumunda kesin endikedir. Kutanoz melanomlar esas olarak parotis içi, servikal, aksiller ve ilioinguinal ana lenf düğümlerine yayılırlar (2). Parotis içi lenfatiklerde metastaz hallerinde boyun diseksiyonu ile birlikte yüzeysel parotidektomi yapılır. Yüzün üst yan kısmına veya temporal bölgeye yerleşmiş primer tümörlerde de tedaviye yüzeysel parotidektomi eklenmelidir. Servikal lenf düğümlerinin yaygın tutulumunda radikal boyun diseksiyonu, metastatik birikimler küçük olduğunda fonksiyonel boyun diseksiyonu yeğlenir (2).

Kemoterapiye genellikle parsiyel ve kısa süreli olup deri ve yumuşak, lenf tutulumu veya akciğer metastazı olan hastalarda daha iyi yanıt alınabilir (5).

Melanomlar klasik olarak radyoterapiye dirençli kabul edilirler. RT, cerrahiye uygun olmayan lentigo maligna veya lentigo malign melanoma ile kemik ve beyin metastazı yapmış melanomların palyatif tedavisinde kullanılabilir. Yanıt oranı tümör hacmi ile ters orantı göstermektedir (2).

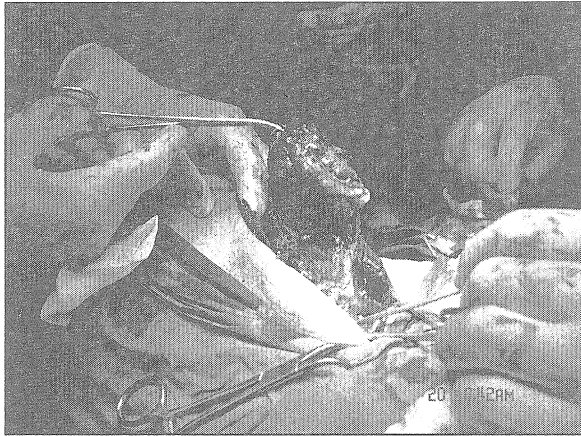
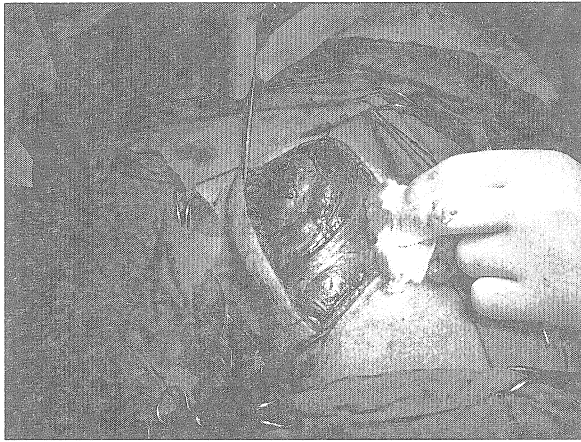
Malin melanomlar nadiren melanositlerin bulunmadığı bölgelerden kaynaklanabilirler. Bu şekilde primeri bilinmeyen kitle olarak karşımıza çıkan malin melanomlarda sıklık % 2-16 dır. Primeri bilinmeyen boyun kitlesi olarak saptanan malin melanomlarda yaygın olarak varsayılan düşünce konak bağışıklık yanıtı nedeniyle primer lezyonun metastaz yaptıktan sonra kendiliğinden gerilemesidir. Melanomlarda kendiliğinden gerileme %11 oranında görülebilmektedir (3).

OLGU

60 yaşında erkek hasta (N.O, elektrikçi) Nisan 2007 de boyunda kitle (Klinik protokol:8787) nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kitle son 6 ayda hızla büyümüş ve palpasyonda sert ve fikseydi (Resim 1). Yapılan boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol sternokleidomastoid (SKM) kası başlangıcından klavikulaya dek uzanım gösteren 13x6x8 cm boyutlarında içerisinde nekrotik alanlar içeren heterojen iç yapıda solid kitle ve derin servikal yerleşimli 1 cm altında çoğul lenfadenopatiler saptandı. Boyun manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde 12x9x9 cm boyutlarında heterojen iç yapıda lobule konturlu kistik komponenti bulunan ve çevre dokularda invazyon yapmadan itilme bulgularına yol açan, sol tiroid lobundan köken alan dev tiroid nodülü (malin dejenerasyon) veya konglomere lenfadenopati olarak bildirilmiştir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) yoğun pigment ve yüksek pleomorfizm ile karakterize malin tümör (Patoloji protokol no: 1763/07) ile uyumlu olup alt tipi belirlenememiştir. Çekilen toraks BT de her iki akciğerde 7 adet milimetrik boyutlu parankimal nodüller saptanmış olup Göğüs Hastalıkları konsültasyonunda akciğer metastazı lehine olarak değerlendirilmiştir. Üst karın MR ve tiroid sintigrafisinde tutulum saptanmamıştır. Endokrinoloji, Gastroenteroloji, Dahiliye kliniklerince yapılan konsültasyonlarla hastaya operasyon planlanmıştır. Operasyon sırasında kitlenin klavikuladan mastoid apekse uzandığı, SKM kas ve juguler vene invaze pigmente bir lezyon olduğu gözlemlendi (Resim 2,3). Hastaya radikal boyun diseksiyonu

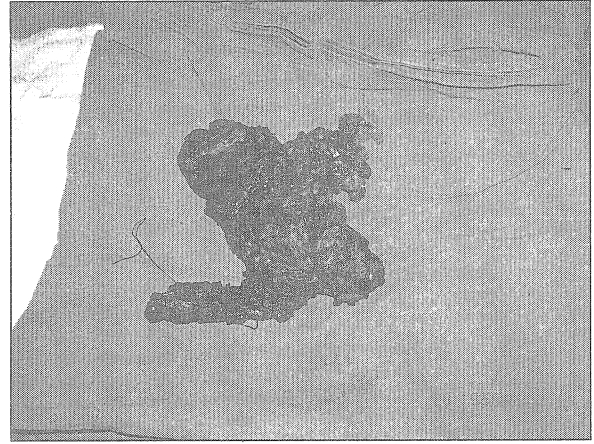


Resim 1. Hastanın preoperatif görünümü

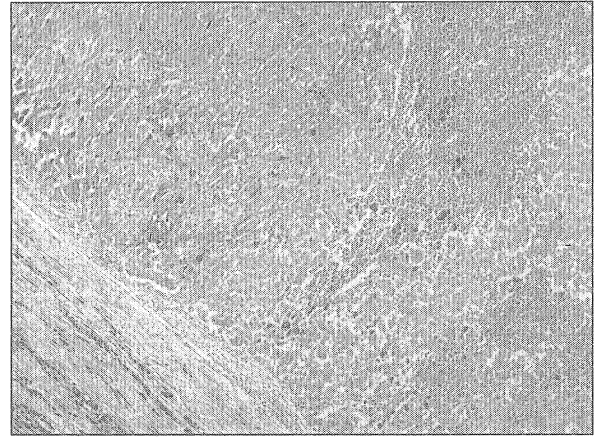


Resim 2,3. Kitlenin operasyon sırasındaki görünümü uygulandı. Ameliyat materyali bir kenarında 8x2 cm. boyutta kas bulunan biri 9, diğeri 6 cm. apta iki belirgin düğüm ile çok sayıda uydu düğümden oluşan kesit yüzleri çoğu alanda siyah, nekrotik alanlar içeren tümöral dokular şeklinindedir. Tümöral dokudan hazırlanan preparatların histolojik değerlendirilmesinde lenf düğümleri içinde tabakalar oluşturan, kaba sarı-kahverenkli pigment taşıyan, geniş sitoplazmalı pleo-

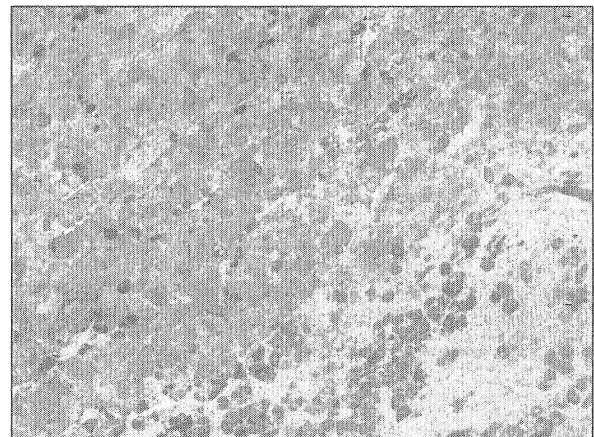
morfik hücrelerden oluřan tümör dokusu izlendi. Histopatolojik özellikler ve imundokimyasal olarak S100, HMB-45 pozitifliđi ile lenf düđümünde pigmenter nodüler malin melanom metastazı olarak bildirildi. (Patoloji protokol:1763/07) (Resim 4,5).



Resim 4. Operasyonda ıkarılan spesimeninin görünümü



Resim 5. Lenf nodunda tabakalar oluřturan kahverenkli pigment içeren tümör adaları



Resim 6. Tümör hücrelerinin sitoplazmik HMB-45 pozitifliđi

Tümör en büyüğü 9 cm çaplı 12 adet servikal lenf nodunda izlenmiş olup en büyük düğümün kapsüülü aşarak SKM kasına invaze olduğu saptandı. Hastanın akciğer lezyonları için postoperatif birinci ayda radyo-kemoterapi (35 seans RT ve 12 seans kemoterapi) uygulandı. 24 aylık izlemde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Malin melanomlar çok farklı klinik davranışlar gösterebilen tümörlerdir. Primeri bilinmeyen ve servikal lenf metastazı yapmış malin melanomlar ise oldukça nadir bir alt gruptur. Ortalama %5 sıklıkta ve ağırlıklı olarak erkeklerde görülürler. Primeri bilinmeyen boyun kitlelerinin erkekte daha sık görülmesinin nedeni olarak kadınlarda deri melanomların daha sık görülmesidir. Bildirilen çalışmalarda ortalama yaş 40-49 dur (4).

Boyuna metastaz yapmış ve primeri bilinmeyen malin melanomlarda uygulanacak tedavi yöntemi radikal veya modifiye radikal boyun diseksiyonudur. Yapılan birçok çalışmada bu iki tedavi yöntemi arasında hastanın sağkalımı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Yineleme %26-50 oranda görülmekte olup diseksiyonun radikal veya modifiye radikal oluşunun bu orana etkisi yoktur. Bu nedenle mümkün olduğunca fazla lenf düğümü çıkarılmasıyla birlikte fonksiyon koruma amaçlanmalıdır.

Ancak birden fazla lenf tutulumu olan hastaların uzak metastaz açısından daha riskli grupta oldukları saptanmıştır. Yine birçok çalışma boyuna metastaz

yapmış primeri bilinen malin melanomlarda prognozun primeri bilinmeyenlerden daha kötü olduğunu göstermiştir. Hastalara uygulanan adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi ile sağkalımda katkı sağlanamamıştır. Malin melanomlar radyorezistan olarak kabul edilen tümörlerdir. Ancak yineleyen veya metastatik olgularda palyatif radyoterapi önerilmektedir (2).

Malin melanomlar vücuttaki her organa metastaz yapabilen tümörlerdir. Çoğul organ metastazı olan tümörlerde ortalama yaşam süresi 6-9 ay arasında değişmektedir. Bölgesel lenf düğümlerinin ardından akciğer en sık tutulum yeridir (4).

Uygulanan tedaviler ile prognozunda çok büyük yarar sağlansa da boyunda kitle ile başvuran, klinik olarak hızlı büyüme gösteren ve primeri bilinmeyen kitlelerde malin melanom ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jonk A, Kroon BBR, Rumke PH. Lymph node metastasis from melanoma with unknown primary site. *Br J Surg* 1990; 70: 665-8.
2. Panagopoulos E, Murray D. Metastatic malignant melanoma of unknown primary origin: a study of 30 cases. *J Surg Oncol* 1983; 23: 8-10.
3. Ricard AS, Majoufre-Lefebvre C, Delaunay M, Siberchicot F, Zwetyenga N. Management of lymph nodes in head and neck melanoma: A retrospective study of 25 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2007 Dec; 108 (6): 505-8.
4. Lopez R, Holyoke ED, Moore RH. Malignant melanoma of with unknown primary site. *J Surg Oncol* 1982; 19: 151-4.
5. Wong JH, Cagle LA, Morton DL. Surgical treatment of lymph nodes with metastatic melanoma from unknown primary site. *Arch Surg* 1987; 122:1380-3.

İLETİŞİM

Op. Dr. İbrahim Çukurova
1399 Sokak No: 11 D: 3
Alsancak-İZMİR
Tel: 0 232 464 36 26
Faks: 0 232 464 36 26 / Cep: 0532 282 11 33
E-posta: cukurova@turk.net

Başvuru : 22.04.2009
Kabul : 07.07.2009