

PLASTİK CERRAHİ YÖNÜNDEN MELANOMLAR

Prof.Dr. Bedrettin Görgün*

Malign Melanoma insidensi son yıllarda belirgin bir artma göstermiştir (1). Bu insidens 100.000 de 4 olarak bildirilmektedir. Açık renk tenli insanların güneş ışını ve ultraviyole ışınlarına fazla maruz kalmaları, tanı ve tedavinin daha sık mümkün olması, hekimler ve halkın bu hastalığı daha iyi tanımaları ve öğrenmelerinin bu insidens artışında etken olarak düşünülmektedir (1, 3, 6).

Tanı da erken vakalarda eksizyonel biopsi, geniş lezyonlarda insizyonel biopsi ihmal edilmemelidir. Melanomaların önemli bir kısmı önceden mevcut bir nevüsten çıkmaktadır. Dolayısıyla bir nevüste büyüme, kanama, renk ve şekil değişikliği, satellit dediğimiz koşu tümörçükler oluşması ve regional lenfadenömegalilerin ortaya çıkması gibi belirtiler ve yeni oluşan pigmentli ve pigmentless lezyonlarda biopsi şarttır. Histopatolojik incelemelerde CLARK ve MIHM in mikroskopik evreleme ve seviye tayını, BRESLOW'ın kalınlık ölçmesi, McGOVERN'in hücresel özelliklere göre verdiği kriterler bilhassa erken vakaların tedavi plânlanmasında mutlaka göz önünde bulundurulması gereken incelemelerdir (1,3,6,10,16).

Bugün M.M. tedavisinde fikir birliği olan konu en etkin tedavi yönteminin cerrahi tedavi olduğudur. Fakat radyoterapi ve kemoterapininde adjuvant ve palliatif amaçlı olarak seçilmiş vakalarda kullanımının iyi sonuçlar verdiği bildirilmektedir (9, 11, 14).

Ülkemizde M.M. primer tümörünün tedavisinde ilkelere ne kadar uymak zorunda isek regional lenfadenektomilerin zamanlama ve icrasına da aynı özeni göstermek gerektiğini bilhassa vurgulamak isteriz. Primer tümör eksizyonu geçmiş yıllarda çok geniş plânlanmış veya plânlanmak istenmişti. Bugün daha akılcı, histopatoloji ve kliniğe dayalı primer tümör eksizyonu yapmayı tercih ediyoruz. Mamafih bu eksizyonların plastik ve rekonstrüktif cerrah gözetiminde ve hatta bu cerrahlarca defektten korkmadan, tümör rezidivine yol açmayacak genişlikte yapılması gerektiğini belirtmek isteriz. On yıl öncesine kadar M.M. da genellikle lezyonun minimum 5 cm. uzaklığından geçen relatif eksizyon hudutları üzerinde durulur ve residivlerin bu sayede daha az olacağı düşünülürdü. Melanomaların biolojik davranma karakteristikleri mikroevreleme ile geliştikçe primer tümörün eksizyon hudutları da moditifiye olmuştur. Bazı araştırmacılar selektif olarak yapılan bu nisbeten konservatif ameliyatların iyi sonuçlarını bildirmişlerdir (4, 6, 8). CLARK seviye I (Level I) veya insitu melanomalar tam eksizyon gerektirir. Seviye II (Level II) melanomalar lezyonun 1,5 cm. uzağından geçen bir emniyet marjini ile çıkarılabilir. Seviye III (Level III) fakat 1 mm. den kalın olmayanlar ise lezyonun 2 cm. kadar uzağından geçen bir sağlam deri ve deri altı doku zarfı ile çıkarılabilir. 1 mm.den fazla kalınlıktaki lezyonlarda ise genel tavsiye 3-5 cm. lik salın doku zarfı alınması gerektiği şeklindedir. Bu genişlik baş boyun melanomaları tedavisinde özel anatomik durum dolayısıyla pratik olmayabilir ve bu marjın 3 cm.ye kadar daraltılabilir. Ülkemizde tedavi ettiğimiz hastalarımızın çok önemli bir kısmı seviye III ten derin ve evresi yüksek lezyonlar olduğundan gerek primer tümör gereksede regional lenf ganglionlarına daha agresif yaklaşmak zorunda kalmaktayız. Melanomaların eksizyonu sırasında sağlam deri marjını kadar derinliğinde önemi vardır ve yağı

(*) İst.Tıp.Fak.Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.B.D. Öğ.üyesi.

dokuları alınmalıdır. Derin fasia bırakılabilir. Primer tümör eksizyonundan sonra ortaya çıkan geniş defektlerin kapatılmasında genellikle bölünmüş kalınlıkta (split thickness) deri grefleri kullanıyoruz. Fleple kapatmaya nadiren baş vuruyoruz.

Melanomalı bir hastada regional lenf ganglionlarında bir büyüme varsa veya metastaz düşünülüyorsa mutlaka radikal lenfadenektomi yapılması gerektiğinde fikir birliği vardır. Seviye III ün (Level III) altına inmiş fakat lenf ganglionlarında bir büyüme yapmamış melanomaların tedavisinde elektif lenfadenektomi yapıp yapılmamasında klinik, laboratuvar, anatomik özellikler göz önünde tutularak değişik fikirler mevcuttur. Elektif lenfadenektomiye taraftar olanlar negatif lenf ganglionlarının radikal disseksiyonundan sonra daha iyi sağkalım (sürvi) bildirmektedirler (1,2,3,6,8,10,16). Bu lenfadenektomilerin % 20-25 kadarının lenfadenektomi piyeslerinde metastaz içerdiği tesbit edildiğinden bunlar terapötik lenfadenektomi grubuna alınmış ve sürvi ona göre hesaplanmıştır. Hasta takip ve kontrolünün sosyo-ekonomik koşullardan yetersiz olduğu ve ileri lezyonlu hastaların sık bulunduğu ülkemizde elektif lenfadenektomilerin daha sık uygulanma lüzumu ortaya çıkmakla birlikte, gerçekte kesin indikasyon olan vakalarda dahi sıklıkla yapılmadığını görmekteyiz. DAY literatürü taramış elektif lenfadenektomi yapıpıta lenf ganglionlarında metastaz bulunmuş 468 değişik deri melanomalarında 5 yıllık sağ kalım süresini ve % 45 olarak bildirmiştir (6,8). Halbuki terapötik yani lenf ganglionlarında metastaz olan hastalarda yapılan lenfadenektomilerde ise 5 yıllık sağ kalım süresi % 20-30 olarak beklenmektedir. Bazı araştırmacılar elektif lenfadenektominin sürviyi artırdığını ileri sürerken, bazıları da bunu şüpheli karşılamaktadırlar (4,13). 1.5-3.99 mm. kalınlığında lezyonları bulunan nonrandomize geniş bir hasta grubunda elektif lenfadenektomi ile (lenf ganglionlarında metastaz olmadan) sağkalım süresinin anlamlı bir şekilde artması gösterilmiştir (15). Lenfadenektomi piyesinde tesbit edilen metastaz içeren lenf ganglionlarının sayısı da önemlidir. BRİELE ve arkadaşları 142 hastada 1 lenf ganglionu atake olduğunda 5 yıl sürvi % 52, birden fazla lenf ganglionu atake olduğunda ise % 42 olarak bildirilmiştir (5,6). Dünya Sağlık Teşkilatının evre II 566 hastasındaki verilere göre 10 yıl sürvi lenf ganglionlarında birkaç mikroembolik metastaz gösteren vakalarda % 64.5, tek ganglion metastazı olanlarda % 43.4, üçten fazla ganglionu pozitif olanlarda ise % 25'tir (16). Mikroskopik evreleme (micro staging) ile prognoz arasındaki ilgi başka müelliflerce de gösterilmiştir (5,7). Başka bilgiler edinene kadar bugün söyleyebileceğimiz, elektif lenfadenektominin evre I; 1,5 mm.den kalın veya seviye III derinliğindeki lezyonlarda (primer), tedavinin önemli bir kısmını oluşturduğudur. Birçok araştırmacı gibi bizde Evre I lezyonlarda CLARK, MİHM, McGOVERN kriterlerini göz önünde bulundurarak elektif lenfadenektomi yapıyoruz. Öncede belirttiğimiz gibi Evre II yani lenf ganglionu bulunan olgularda ise tartışmalı bir durum yoktur. Klinik olarak bir sakınca yoksa mutlak regional radikal lenfadenektomi gerekir (1,3,4,5,6,7,10,15). LOPEZ ve arkadaşlarının da bildirdiğine göre primer tümör bulunamayan fakat lenf ganglionlarında M.M. tesbit edilmiş olgularda vardır (12). Böyle durumlarda primer tümörün spontan regresyon veya iyileşmesi, lenf ganglionlarında nöroektoderm artığından melanoma oluşması veya lenf yollarına göçen melanositlerin dejenere olma ihtimalleri mevcuttur. Primeri tesbit edilemeyen M.M.Lenf ganglionu metastazlarında tam bir araştırma yapılmalı ve tümörün

yaygın olmadığı vakalarda agresif cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

M.Melanoma primer tedavisinden sonra ortaya çıkabilen residivlerin tedavisinde tam bir klinik ve laboratuvar araştırması yapılmalı ve uygun vakalarda geniş eksizyon ilkesine bağlı kalarak adjuvant tedavi modalitelerine de başvurulmalıdır (3,8,9). Residivlerde tümöre, hastaya ve tedavi yöntem ve uygulanaşına ait özellikler etken olmaktadır. Bunlar içinde en etkin kontrol edebileceğimiz tıbbi ve cerrahi uygulamalarımızdır ki bunda da bilgi deneyim ve istatistiksel birikimlerle çizilen ve belirlenen ilkelerden dışarı çıkmamak gerekir.

KAYNAKLAR:

- 1- ARIEL I., Malignant Melanoma of the Trunk (a retrospective review of 1128 patients) *CANCER* 49:1070 (1982).
- 2- ARIEL I., Malignant Melanoma of the Upper Extremities *JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY* 16:125. (1981).
- 3- BAGLEY F.H., CADY B., IEE A., LEGG M.A., C.Manges in Clinical Presentation and Management of malignant Melanoma *CANCER* 47: 2126 (1981).
- 4- BALCH C.M., KARAKOUSIS C., METTLIN C., Management of Cutaneous Melanoma in the United States. *SURG.GYNEC.OBSTET* P.158: 311 (1984).
- 5- BALCH C.M., SOONG S.J.MURAD T., A Multifactorial Analysis of Melanoma. III Prognostic Factors in Melanoma Patients with Lymph Node Metastases (Stage III). *ANN.SURG.*, 193:377 (1981).
- 6- BRIELE H.A., WALKER M.J., DAS GUPTA T.K., Melanoma of the Head and Neck. *CLINICS IN PLASTIC SURGERY* 12: 495. (1985).
- 7- CASCINELLI N., VAGLINI M., NAVA M., Prognosis of Skin Melanoma with Regional Node Metastases (Stage II). *J.SURG. ONCOLOGY* 25: 240 (1984).
- 8- DAY C.L., MIHM M.C. SOBER A.J., Prognostic Factors for Melanoma Patients with Lesions 0.76 to 1.69 mm. in Thickness. An appraisal of thin level IV lesions. *ANN.SURG.* 195: 30, (1982).
- 9- HARWOOD A.R., DANCUART F., FITZPATRICK P.J., BROWN T., Radiotherapy in Nonlentiginous Melanoma of the Head and Neck *CANCER* 48: 2599 (1981).
- 10- KAISER C.W., OSTFELD D., Therapeutic Considerations in the Management of Melanoma *J.Surg. ONCOLOGY* 20:31 1982.
- 11- KNOT J.A., REYNOLDS V., GRECO F.A., OLDHAM R.K., Adjuvant Chemoimmunotherapy Stage I/II Malignant Melanoma. *JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY* 19: 165 (1985).
- 12- LOPEZ R., HOLYOKE E.D., MOORE R.H., KARAKOUSIS C.P., Malignant Melanoma with Unknown Primary Site. *JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY* 19: 151 (1982).
- 13- ROSES D.F., HARRIS M.N.GRUNBERGER I., Selective Surgical Management of Cutaneous Melanoma of the Head and Neck *ANN.SURG.* 192: 629 (1980).
- 14- STORE P.K. KAISER L.R., GOODNIGHT J.E., HARRISON W.H., ELLIOT R.S., COMES A.S., MORTON D.L., Thermochemotherapy for Melanoma Metastases in Liver. *CANCER* 49: 1243 (1982).
- 15- URIST M.M. BALCH C.M., SOONG S., Head and Neck Melanoma in 534 Clinical Stage I Patients. A prognostic factors analysis and results of Surgical Treatment. *ANN.Surg.* 200: 769 (1984).
- 16- VAN DER ESCH E.P., CASCINELLI N., FREDA F., MORABITO A., BUFALINO R., Stage I Melanoma of the Skin. Evaluation of prognosis According to Histologic Characteristics. *CANCER* 48: 1668 (1981).