

GENEL CERRAHİ YÖNÜNDEN MALİGN MELANOMLAR

Prof. Dr. Metin Yağcı*

ÖZET: Malign melanomların genel cerrahiye ilgilendiren deri dışında yerleşmiş şekilleri belirtilmiş ve cerrahi tedavi endikasyonları tartışılmıştır. Ayrıca tipik bir deri dışı şekil olarak primer rektum melanomlarına ait 8 vakalık bir seri takdim edilmiştir.

SUMMARY: Extracutaneal localisation of the malignant melanomas and their surgical treatment was discussed. Eight cases with primary rectal melanomas were presented.

GİRİŞ

Bilindiği gibi deri melanomları deri tümörleri içinde en habis olanlardır. Tümörün kötü huyu ana tümör kitlesinden değil, fakat çok kuvvetli bir lenfojen ve hematojen yayılma yeteneğinden ileri gelmektedir. Malin melanomlar genel popülasyonda 100.000 kişide 1 ile 9 arasında değişen bir sıklıkta görülmektedir. Bu vakaların % 97-98 kadarı baş-boyun, ekstremiteler ve gövde derisinde oluşmakta, % 2-3 kadarına da primer olarak iç organlarda rastlanmaktadır (7).

Memleketimizde gelişmiş tıp merkezlerinde ya da plastik cerrahinin bulunduğu diğer yerlerde deri melanomları ile Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi uzmanları meşgul olmaktadır. Deri dışı melanomlar ise çoğunlukla genel cerrahların ilgi alanına girmektedir. Bu tümörler genel cerrahın karşısına 3 şekilde çıkarlar:

- A- Derin lenf metastazları
- B- İç organ metastazları
- C- Primer iç organ melanomları

BULGULAR VE TARTIŞMA

A. DERİN LENF METASTAZLARI

Hasta bize derin lenf metastazları ile gelmiş ise (pelvis içi, paraaortik, intratorakal) bu durum esasen hastalığın çok ilerlemiş devrelerini ifade eder. Bu devre uzak metastazlar devresi yani Staging III'dür. Mikrometastazların çok yaygın olduğu kabul edilen bu durumda derin lenf ganglionlarının çıkarılması hiçbir fayda sağlamaz.

B. İÇ ORGAN METASTAZLARI

Malin melanomların yaptıkları iç organ metastazları arasında akciğer ön sırayı almaktadır. Bu organı beyin ve karaciğer takip etmektedir. Buna ilişkin 1960'da Walther'in 1979'da Parker'in otopsi bulgularına dayanarak verdikleri oranlar birbirini tutmaktadır (Tablo 1). Bu üç organdan sonra metastazların daha az sıklıkla oturdukları organlar kemik

Tablo 1 : Melanomda iç organ metastazları sıklığına göre sıralama

WALTHER (1960)	PARKER (1979)
AKCİĞER	AKCİĞER
BEYİN SAPI	BEYİN
KARACİĞER	KARACİĞER

RENKAL
PANKREAS
BÖBREK

BÖBREK
DALAK
TİROİD



Resim 1: Karaciğerde melanom metazları (Délacretaz ve Jager'den alınmıştır).

iliği, kalp, gastrointestinal traktüs, tiroit, sürrenal, pankreas ve böbrekler şeklinde sıralanmaktadır. Genel cerrahin organ metastazları karşısında tutumu ne olacaktır sorusunun cevabı son yıllarda değişmeye yüz tutmuştur. Zira yakın zamanlara kadar uzak metastaz yani organ metastazı yapmış deri melanomları Staging III gösterdiklerine göre operatif tedavi pek söz konusu olmamakta idi. Fakat yeni görüşler ve bunlara ilişkin yayınlar, hastanın yaşını, genel görünüşünü ve hastanın ameliyat arzusunu da göz önünde bulundurarak, tedavi planlamasında ameliyata da yer verilmesini önermektedirler (1,3). Bu düşüncelerin önderliğinde melanomların organ metastazları hakkında şunları söyleyebiliriz:

AKCİĞER

Melanomların akciğer metastazlarında sıklıkla yaygın yerleşmeler gözlenmektedir. Ekseriya plevra da olaya iştirak eder. Bu durumda ameliyat söz konusu değildir. Buna karşın akciğerde soliter metastazların var olduğu hastalarda pnömonektomi düşünülür. Ayrıca bu izole metastazın vücutta tek metastaz olup olmadığının da araştırılması gerekmektedir (tomografi, kompütertomografi). Başka organ metastazları hastanın ameliyat edilebilme şansını ortadan kaldırır.

BEYİN

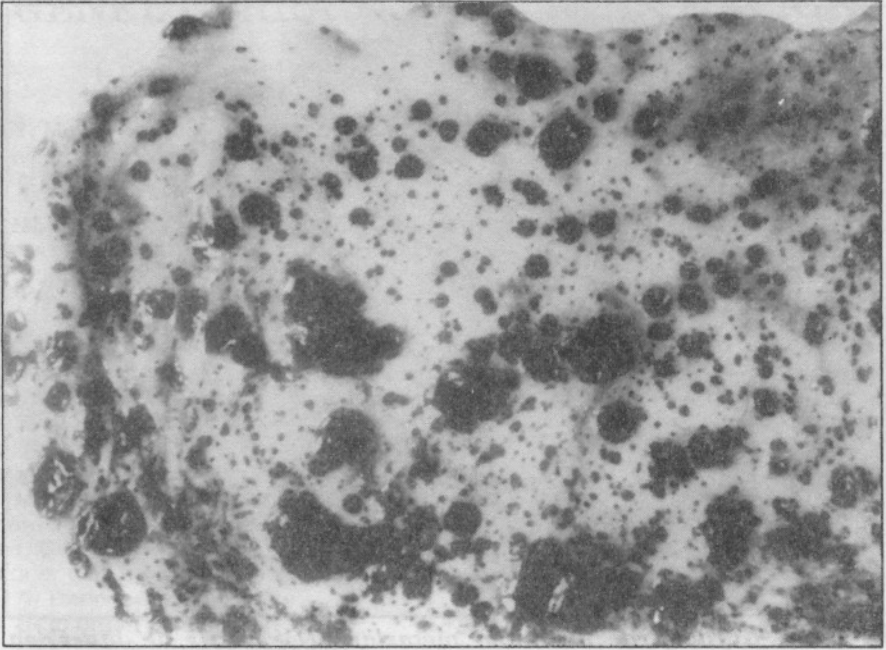
Beyin için de aynı şeyleri söylemek mümkündür. 1980'de Atkinson'un bildirdiği seride tek serebral metastazlı melanom hastalarından 20'si ameliyat edilmiş ve 3 tanesi postoperatif 2 yıldan fazla yaşamıştır.

KARACİĞER

Karaciğerde melanom metastazları sıklıkla organı pek büyütmeyen küçük, yaygın nodüler yerleşmeler gösterir (Resim 1). Bu yüzden operatif tedavi sıklıkla söz konusu değildir. Ancak periferik lokalizasyonlu tek tümörler çıkarılabilir.

MİDE

Midedeki metastazlar da ekseriya yaygın olmaktadır (Resim 2). Perforasyon ve daha sık olarak kanama söz konusu olduğundan cerrahi girişim düşünülebilir. Bu da kanama olan bölgede eğer şeklinde rezeksiyonla gerçekleştirilir.



Resim 2: Mide mukozasında melanom metastazları (Delacretaz ve Jager'den alınmıştır.)

İNCEBARSAK

İncebarsaklarda yerleşme obstrüksiyon, kanama ve perforasyonlara neden olabilir.

Tanı baryumlu bir sıvı ile röntgen altında kolayca konur. Cerrahi tedavi segmental rezeksiyon şeklinde yapılmaktadır. Rezeksiyon gerçekleştirilemez ise, o zaman by-pass ameliyatları uygulanır (İleokolostomi, ileotransversostomi).

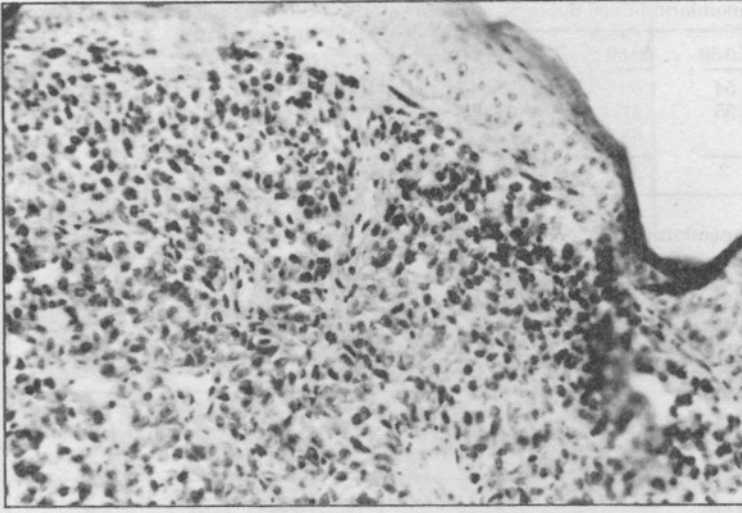
KEMİK VE KOLON VERTEBRAL

Buralardaki metastazlar röntgen muayeneleri veya kemik scanning'leri meydana çıkarılabilir. fazla ağrıya sebep olduklarında cerrahi tedavi gerekebilir. Kemikte cerrahi girişim lokal eksizyonlar (bir kostanın çıkarılması vb) veya kolon vertebral metastazları halinde dekompresyon ameliyatları şeklinde yapılmalıdır.

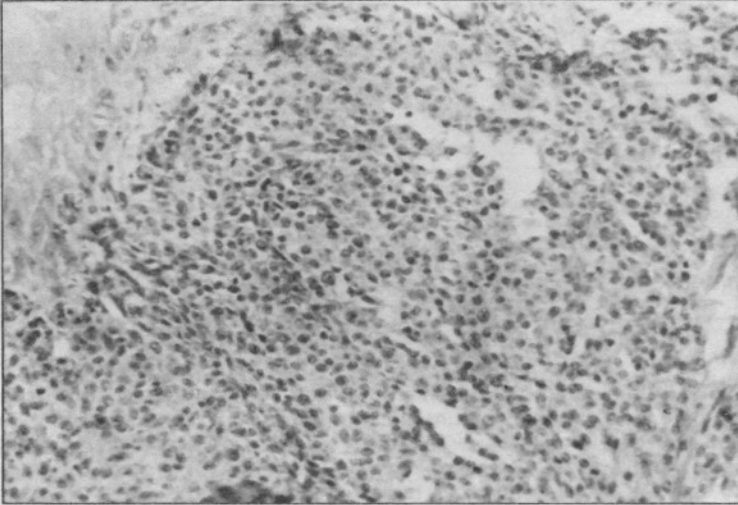
Genel olarak denilebilir ki, genel cerrahın metastatik organ melanomlarında operasyon imkânı oldukça kısıtlıdır.

C. PRİMER İÇ ORGAN MELANOMLARI

Bu son grupta operatif tedaiden elde edilen sonuçlar, metastatik melanomlara oranla "daha iyi" olarak ifade edilebilir. Primer iç organ melanomları Rektum, Sigmoid, Çekum, İncebarsak, Mide, Safra yolları, Sürenal gibi organlarda daha çok görülmektedir. Bu organlarda primer bir melanomun nasıl meydana gelebildiği kesin olarak açıklanamamıştır. Masson, Meyer, Mikal gibi yazarlar bu tümörün sinir hücrelerinden doğduklarını ve sinir bulunan her dokuda oluşabileceklerini ifade ediyorlar (4,5,6). Bloch rektumda rastlanan primer melanomların, ektopik deri adacıklarının rektum mukozasında yerleşmesi sonucu meydana çıktıklarını bildirmektedir (2). Bazı yazarlar ise bunların primer olmadıklarını, ilk metastazlar olarak meydana geldiklerini, vücudun herhangi bir yerinde primer odağın olması gereğini savunurlar. Fakat bugün genellikle primer organ melanomlarının varlığı orijinleri tartışmalı olmakla birlikte, kabul edilmektedir. Bunların tipik bir örneğini rektum melanomaları oluşturur ve son 25 yıl içinde kliniğimizde 8 vakaya rastlanmıştır. Gerek genel cerrahları ve gerekse patoloğları ilgilendirmesi açısından bu vakaların kısa analizlerini ve tedavilerini tartışmak yararlı olacaktır kanısındayım.



*Resim 3/A:
Melanotik
rektum
melanomu
(H.E. X 200)*



*Resim 3/B:
Amelanotik
rektum
melanomu
(H.E. X 200)*

Tablo 2. Malin melanomonun rektum tümörleri arasındaki oranları (çeşitli yazarlara göre)

YILLAR	YAZARLAR	GENEL REKTUM TM. VAKA SAYISI	MALİN MELANOMA % ORANI
1931	MILES	1500	0.2
1947	DUKES-BUSSEY	2200	0.1
1963	MORSON- VOLKSTADT	3657	0.4
1066	QUAN-DEDDİSH	6800	0.5
1967	PACK-OROPEZA	?	0.25-1.5
1974	GULİN ve ark.	1000	0.2
1984	YAĞCI ve ARK.	314	2.5

Tablo 3: Rektum Melanomlarında yaş dağılımı

30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
37	48	54	60	78
		55	61	
			68	
1	1	2	3	1

Tablo 5 : Rektum melanomlarında sıklığa göre semptomlar

AĞRI	8
KANAMA	7
KONSTİPASYON	3

Tablo 7 : Rektum melanomunda lokalizasyonlar

ANOREKTAL ÇİZGİ	3
ÖN DUVAR 6 cm.	2
ÖN DUVAR 5 cm	1
YAN DUVAR 6 cm	1
YAN DUVAR 4 cm.	1

Tablo 9. Rektum melanomunda cerrahi tedavi şekilleri

A-P AMPUTASYON	3
APA + İNG.DİSSEK	1
LOKAL EKSTRP.	1
KOLOSTOMİ	1
CERRAHİ DIŞI	2

Tablo 4: Rektum melanomu ile karışan selim patoloji (klinik dışı öntanılar)

HEMORÖİD	3
REKTUM TM.	3
POLİP	2

Tablo 6 : Rektum melanomunda makroskopik bulgular

PEDİKÜLLÜ (KIRAZ BÜY.)	3
PEDİKÜLLÜ (İRİ CEVİZ BÜY.)	1
İNFİLTRAN	2
VEJETAN	2

Tablo 8 : Hastalarımızda rektum melanomu Staging'leri

I- LENF NOD. YOK	6
II- PALP. LENF NOD.	2
III- UZAK MET.	0

Tablo 10: Rektum melanomunda sürvi süreleri

AMELİYAT SONU ERKEN ÖLÜM	1
7 AY	1
14 AY	2
21 AY	1
26 AY	1
27 AY	1
BELİRLENEMEYEN	1

1960-1984 yılları arasında kliniğimizde 314 rektum tümörü operatif tedavi görmüştür (Tablo 2). Bunların içinde 8 tanesi primer rektum melanomudur. Tüm rektum tümörlerine oranı % 2,5'tir. Hastalarımızın 5'i kadın, 3'ü erkektir. En genç hasta 37, en yaşlı hasta 78 yaşındadır. Hastaların çoğu (5 kişi) 50-70 arasında yer almıştır (Tablo 3). Öntanılar hemoroid, polip ve rektum kanseri olarak konmuş ve bize bu tanımlarla gelmişlerdir (Tablo 4). Yakınmalar ağrı, kanama ve konstipasyon olarak sıralanabilir (Tablo 5). Mikroskopikman hepsi kesin malin melanom olarak tanımlanmış ve teşhis edilmişlerdir (İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Laboratuarı). vakaların 5'i melanotik, 3'ü amelanotik bulunmuştur (Resim 3/A-B). Makroskopik olarak 4 hastada pediküllü tümörler, 2 hastada vejetan kitle ve 2 hastada da infiltratif tipte tümör saptanmıştır (Tablo 6). 3 tümör anorektal çizgide diğerleri daha yukarı düzeylerde oturmuş, total olarak hepsi rektumun alt yarısında yerleşmiştir (Tablo 7). Preoperatif staging'de 6 hasta I ve 2 hasta II dereceye giriyordu. Staging III hastamız yoktu (Tablo 8). Cerrahi tedavi 3 hastada abdominoperineal amputasyon (APA), bir hastada APA +3 inguinal disseksiyon, bir hastada lokal ekstrepsiyon ve bir hastada kolostomi şeklinde uygulanmıştır. 2 hastamız cerrahi tedaviyi kabul etmemiştir (Tablo 9). Post operatif sürvi hastalarımızda 7 ay ile 27 ay arasında değişmektedir. Ortalama sürvi 16 ay olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Bu tümörlerin cerrahide özel bir durumları vardır. Çok erken ve etkin bir metastaz kabiliyetleri olması nedeni ile mutlaka erken tanı konulması zorunluluğu yanında rektumun selim patolojisi ile kolayca karıştırılmaları bu özelliği oluşturur. Melanotik olanlar belki daha çabuk farkedilir fakat amelanotik olanlar sıklıkla hemoroid ve poliplerle karıştırılır.



Resim 4: Hemoroid veya poliple karışabilen rektum melanomu.

lır (Resim 4). Aylarca merhemlerle veya süpozituar ilaçlarla tedavi uğruna zaman kaybetmiş hastaların sayısı az değildir. Bu zaman kaybı ortalama 5-6 ay dolaylarındadır. Hastalık metastazlarını çok erken lenf ve kan yolları ile yapmaktadır. İlk metastazlar % 65 bölgesel lenf ganglionlarına % 12 komşu dokulara ve % 18 uzak metastazlar şeklinde olmaktadır. Bir hastamızda post operatif 3. ayda sol kaburga kavsi bölgesinde deri metastazı saptadık (Resim 5). Bu hastaların postoperatif yaşam şansları oldukça azdır. Biz vakalarımızda 5 yıllık süriye rastlamadık. Wanebo 5 yıllık süriyi 51 hastadan oluşan bir seride % 12 olarak bulmuştur. Breslov'a göre postoperatif süri ile tümör kalınlığı arasında direkt bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 11). Bu da bize erken teşhisin primer rektum melanomlarındaki önemini açıkça göstermektedir. Rektum melanomlarında cerrahi tedavi, deri melanomlarında olduğu gibi, uygun bir staging ve 2 mm nin altındaki tümör kalınlıklarında, en etkili tedavi yolu olarak kabul edilmelidir. Genel olarak cerrahların çoğu radikal metodları uygulanmaktadır. Bir kısım cerrahları ise ekonomik lokal eksizyonlar ve adjuvan tedavileri yeğlerler. Burada iki prensip çatışmaktadır:

Tablo 11 : Rektum melanomunda tümör kalınlığı ile süriye arasındaki direkt ilişki (Breslow)

0,5 mm	13 YIL
1,4 mm	26 YIL
1,7 mm	20 YIL
2 mm /	5 YILLIK SÜRÜ YOK
% 15 2 YIL /	% 85 2 YIL /



Resim 5: Rektum melanomunda postoperatif 3 ay sonra deri metastazı.

1- Genel tümör cerrahisinde ana prensibi sayılan radikal olma düşüncesi. Bu nedenle olabildiğince geniş doku çıkarmayı öngören ameliyatlar. Rektum melanomunda bu prensibe göre abdominoperineal rektum amputasyonu veya abdominoperineal rektum rezeksiyonu uygulanabilir. Ameliyatın şekline tümörün lokalizasyonu karar verdirir.

2- Lokal, küçük çıkarmalar. Hastanın genel durumunu mümkün olduğu kadar koruyan yöntemler. Bu yöntemler radikal olmamalarına karşın minimal ameliyat travması, daha az operatif komplikasyon ve barsak devamlılığının sağlanması gibi avantajları yüzünden tercih edilirler.

Normal olarak bu seçimi yaparken sürvi şansının fazla olduğu ameliyatı (cerrah için zor da olsa) uygulamak daha akıllıca olur. Ne var ki, literatürde yukarıda sözüedilen iki prensibe göre yapılan ameliyatlar arasında sürvi açısından büyük farklar bulunmamaktadır. Halen radikal ameliyatların daha fazla uygulandıkları doğrudur. Bunun sebebi yöntemin daha eski olması ve dolayısı ile daha fazla taraftarının var olması olabilir. Zamanla bu eğilimde tersine dönüş bekenebilir.

KAYNAKLAR:

1. Emmett, A.J.L., O'Rourke, M.G.E.: Malignant Skin Tumors. Edinburgh. Churchill Livingstone. p. 135 (1982).
2. Ferran, J., Elbaz, C.: Les Melanom primitif du Rectum. J.Chirurgie 71 391 (1951).
3. Heaston, D.K. et al.: Solitary pulmonary metastases in high-risk melanoma patients. A.J.R. 141 169 (1983).
4. Masson, P.: My conception in cellular navi. Cancer. 4 68 (1951).
5. Meyer, H.W. Gumport, S.L.: Malignant Melanoma. Ann.Surg. 138 643 (1953).
6. Mikal, S.: Malignant Melanoma of the Anus and Rectum. Amer. J.Surg. 103 191 (1962).
7. Schwandner, K., Betzler, M., Götze, V.: Das Melanom im Andrektum. Chirurg 55 168 (1984).