

TRANSTORASTİK İNCE İĞNE ASPIRASYONU İLE TANIMLANAN BİR METASTATİK AKCİĞER MELANOMU OLGUSU

Dr. Güngör Çamsarı (*) • Dr. Uğur Kılıç (*), Dr. Servet Civelek (*)
Dr. Emel Çağlar (*) • Dr. Orhan İlker (**) • Dr. Uğur Hacıhanefioğlu (***)

ÖZET: Transtorastik iğne aspirasyon biyopsisi ile tanımlanan, Akciğere metastaz yapmış bir malign melanom olgusu sunuldu. Olgunun özellikle sırt bölgesini tümüyle kapsayan dev bir konjenital pigmente kıllı nevüsü mevcut olup, malign melanom için, bu konjenital nevüsün zemin oluşturduğu düşünüldü.

SUMMARY: Metastatic malignant melanoma in the lung - Defined by transthoracic thin-needle aspiration biopsy: A case was reported who had malignant melanoma metastatic to the lung as established by transthoracic needle aspiration biopsy. The patient had a giant congenital pigmented nevus on back area. We thought that this congenital nevus had been background for malign melanoma of skin.

GİRİŞ

Kliniğimizde yatırılarak tetkik edilmiş, konjenital dev bir pigmente kıllı nevüs zemininde gelişmiş ve akciğere metastaz yapmış ve transtorastik ince iğne aspirasyonu ile tanımlanmış bir malign melanom olgusunun çeşitli özellikleri tartışılmıştır.

OLGU

P.K. 33 yaşında erkek hasta, Klinik prot. no 3605/1989. 3 aydır sırtının sol tarafında ve göğsünün ön kısmında ağrı yakınmaları olan hasta 3-4 aydır 8 kg kadar zayıfladığını ve ileri derecede halsizlik ve iştahsızlığının olduğunu ifade etmekteydi. Öz geçmişinde 20 yıl süreyle günde 30 adet sigara anamnezi dışında özellik yoktu.

Fizik muayenesinde, toraksın tüm arka yüzünü ve ön yüzünün bir kısmını kapatan dev pigmente kıllı nevüs görüldü. Ayrıca tüm vücutta, çok yaygın olarak dağılmış 1x2 cm çaplarında koyu renkte pigmentli kıllı nevüsler izleniyordu. Hasta bu nevüslerin doğuştan var olduğunu ifade etmekteydi. Palpasyonda sol scapula üzerinde, deri altında 1x1 cm çapında küçük sert bir nodül palpe edildi. Solunum sistemi muayenesinde sol önde ve arkada matite saptandı ve oskültasyonda solunum sesleri hafiflemiş olarak alındı. Hastanın tüm vital fonksiyonları normal olup, diğer sistemlerin muayenesinde bir patoloji bulunamadı (Resim 1).

Laboratuvar muayenesinde: Eritrosit: 3.000.000, Hematokrit: % 37, Lökosit: 8700, sedimentasyon hızı: 70 mm/saat olup, AKŞ, Üre, Transaminazlar, bilirübin düzeyleri normal bulundu. Hasta balgam çıkarmadığı için balgam tetkikleri (ARB, sitoloji) yapılamadı.

Radyolojik bulgular: Sol hemitroksta tüm mediasten kenarını silen, mediastinal genişleme izlenimini veren homojen kitle görüldü. Yan grafide bu kitle hem ön, hemde arka mediastende izlenmekteydi. Tomografilerde kitlenin trakeaya bası yaptığı izlenimi alındı (Resim 2).

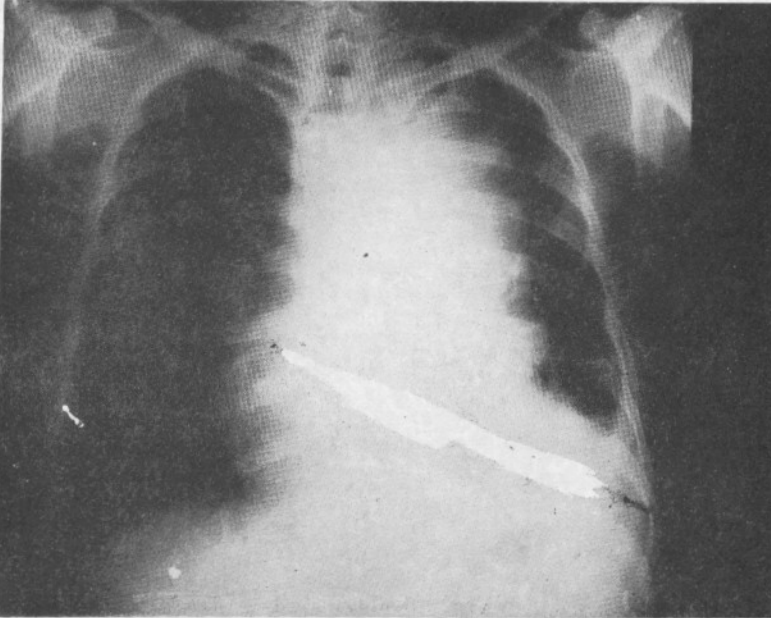
(*) Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi Uzmanı.

(**) Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi Klinik Şefi.

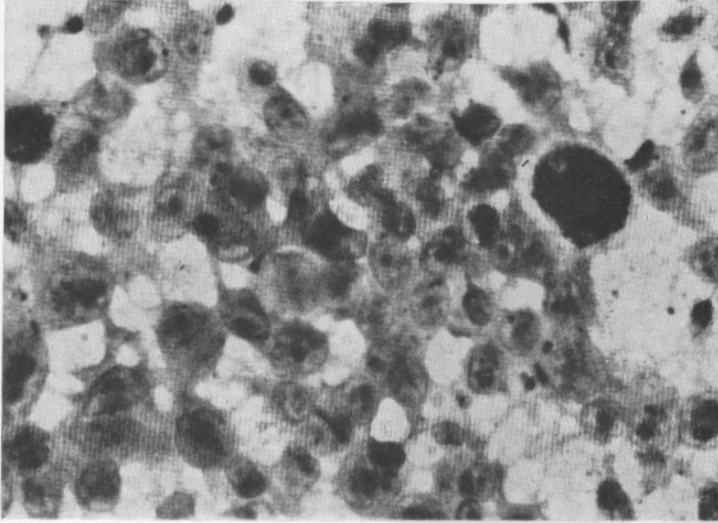
(***) İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi.



Resim 1: Olgumuzun sırt bölgesinin tamamını kaplayan konjenital dev pigmente kılı nevüs görülmektedir.



*Resim 2:
Olgunun
P.A.
Akciğer
grafisi*



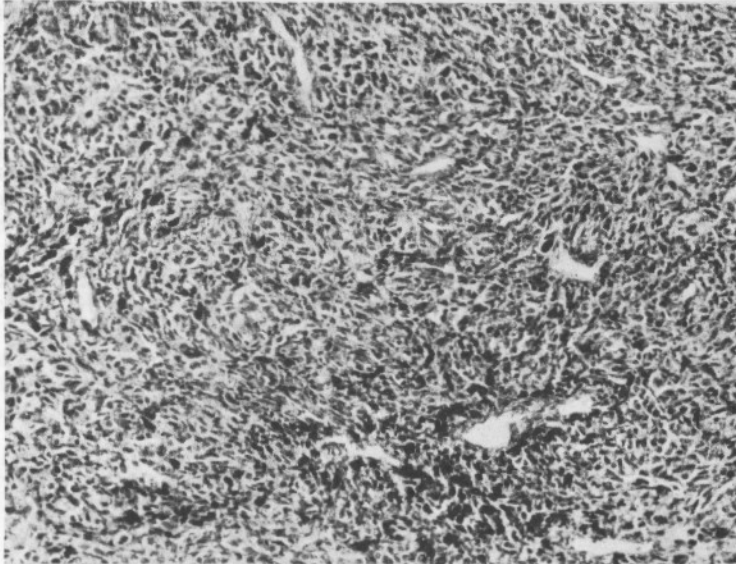
Resim 3: Yayma preparatta nükleolusları belirgin, iri düzensiz nüveli, pleomorfik, bazılarının sitoplazmasında melanin granülleri görülen malign tümör hücreleri (H.Ex500)

Hastaya tanı amacıyla sol arkadan, paraskapuler bölgeden 0.8 mm.lik spinal iğne ile transtorasik iğne aspirasyonu yapıldı. Aynı gün sol skapula üzerindeki küçük kitleden de aynı şekilde aspirasyon yapıldı. Aspiratlar lam üzerine yayılıp, alkol-eter karışımında fiks edildikten sonra (20 dakika süreyle) patoloji laboratuvarına gönderildi.

1- Transtorasik iğne aspirasyonunun sitolojik incelemesinde: yaygın eritrositler, seyrek malign tümör hücreleri, bu hücrelerde iri veziküler çekirdek, soluk sitoplazma, bazılarında melanin pigmentine benzer esmer, granüler bir madde görüldü.

2- Skapula üstündeki nodülden yapılan aspiratların sitolojik incelenmesinde: eritrositler, grup halinde atipik, yuvarlak veziküler çekirdekli malign tümör hücreleri görüldü.

Sonuç: Sitolojik özellikler ve pigmentin bulunması melanoblastomu düşündürmektedir şeklinde raporlandı (Resim 3-4).



Resim 4: Pleomorfik ve atipik hücrelerden oluşan demetler ve nodüler yapılar oluşturan malign tümör yapısı (H.Ex125)

Tanıyı kesinleştirmek için sol skapula üzerindeki nodülün eksizyonu yapılarak, histopatolojik inceleme için gönderildi. Nodülün mikroskopik incelenmesinde: kesitlerde karmaşık demerler yapan, atipik melanositlerden ibaret malign tümör gelişmesi, bol melanin pigmenti, hücre zenginliği ve pleomorfizm görüldü. Histopatolojik tanı melanoblastom olarak raporlandı.

Deri Hastalıkları Kliniği ile yapılan konsültasyonda, melanomun, zemindeki konjenital nevüsten kaynaklandığı düşünüldü.

Akcığerdeki lezyonun metastaz olduğu düşünüldüğünden, hasta kemoterapi için onkoloji kliniğine gönderildi.

TARTIŞMA

Melanom terimi, derinin melanoblastalarından kaynaklanan bir tümörü göstermektedir. Malign melanomlar, Hipokrat zamanından beri bilinmektedirler. Melanotik tabiri ilk kez Laennec tarafından kullanılmıştır. Hastalığın malign karakterini ilk defa 1930 yılında Carlswell tanımlamış ve melanoma terimini kullanmıştır (7).

Melanom pek sık görülmeyen bir hastalıktır. Genel popülasyonda % 0.0018 oranında görülmektedir. En sık 30-60 yaşları arasında görülür (7). Malign melanomlar için çeşitli risk faktörleri sözkonusudur (5).

- 1- Benlerin şekil değiştirmesi.
- 2- Erişkin yaş (15 yaşından önce çok nadirdir).
- 3- Bir veya daha fazla büyük veya irregüler pigment lezyon.
- 4- Konjenital nevüsler.
- 5- Beyaz ırkına mensup olma.
- 6- Daha önceki deri melanomları.
- 7- Ailede, çocuklarda veya ikizlerden birinde melanom oluşu.
- 8- İmmünsupresyon.
- 9- Güneş sensitivitesi.
- 10- Güneş ışınlarına aşırı derecede maruziyet.

Geriye dönük çalışmalar, tekrarlanan güneş yanıklarına maruziyetin daha sona melanom gelişme riskini artırdığını göstermiştir (3).

Son çalışmalar, risk faktörleri içinde nevüs parametrelerinin özellikle önem taşıdığını ve melanom riskini çok arttırdıklarını göstermektedir (6). Bizim olgumuzda da konjenital dev bir nevüs zemininde melanom gelişmiş olup bu tür büyük pigment bir nevüste melanom gelişme riski % 10-30 arasında bildirilmektedir (7). Olgumuzda daha öncesine ait bir melanom anamnezi ve diğer risk faktörleri söz konusu değildir.

Malign melanomlar hem hematogen, hem de lenfojen yolla yayılmaktadırlar. En sık metastaz yaptığı yerlerden biri de akciğerdir. Akciğerlerde primer melanoma olabilmekte ise de çok nadir görülmektedir. 1984 yılına kadar literatürde yalnızca 10 olgu yayınlanmıştır (51). Bizim olgumuzda ciltteki nodül ile akciğer patolojisi aynı zamanda teşhis edilmiş olduğundan akciğer lezyonu sekonder olarak kabul edilmiştir.

Perkütan aspirasyon ile malign melanom teşhisi nadiren konulmaktadır (4). Zajicek, lenf nodülü aspiratlarında melanomun sellüler görünümünü tanımlamış (8), daha sonra Friedman ve arkadaşları iğne aspirasyonu ile tansı konulan 74 malign melanom olgusunu yayınlamışlardır (2). Bu olgularda iğne aspirasyonu lenf nodüllerine, subkutan nodüllere, yumuşak doku kitlelerine ve litik kemik lezyonlarına uygulanmıştır. Bu seride hiç pulmoner melanom yoktu. İlk kez transtorastik ince iğne aspirasyonu ile akciğerde metastatik malign melanom tanısı 1982 yılında yayınlandı (4). Bizim olgumuzda hem primer odağın hemde akciğer lezyonun tanısı iğne aspirasyonu ile konulmuş olup, daha sonra primer odağı oluşturan nodülün eksizyonu ile tanı doğrulanmıştır.

Tedavi hastalığın evresine göre değişir. İnvazyon, papiller dermisi aşmamışsa basit eksizyon yeterli olmaktadır (57). Oysa olgumuzda da olduğu gibi uzak metastaz olması durumunda kemoterapi uygulanır. Yaygın melanom kemoterapiye dirençlidir. Bizim olgumuzda onkoloji kliniğinde yapılan kemoterapiden iyi sonuç alınamadığı öğrenilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Cagle P., Mace M.L., Judge D.M., Teague R.B., Wilson R.K., Greenberg S.D.: Pulmonary Melanoma, Primary vs Metastatic. Chest 85: 125 (1984).
2. Friedman M., Forgione H., Shanbhag V.: Needle aspiration of metastatic melanoma. Acta Cytol 24: 7 (1980).
3. Mackie R.M., Aitchison T.G.: Severe sunburn and subsequent risk of primary cutaneous malignant melanoma in Scotland. Br J Cancer 46: 955 (1982).
4. Poellein S., Rothenberg J., Penkava R.R.: Metastatic Malignant melanoma in the lung- Diagnosis by thin-needle aspiration biopsy. Arch Pathol Lab Med 106: 119 (1982).
5. Rhodes A.R., Weinstock M.A., Fitzpatrick T.B., Mihm M.C., Sober A.J.: Risk factors for cutaneous melanoma. A practical method of recognizing predisposed individuals. JAMA 258: 3146 (1987).
6. Swerdlow A.J., Green A.: Melanocytic naevi and melanoma: an epidemiological perspective. Br J Dermatol 117: 137 (1987).
7. Yalın R., Dülger M., Oğuz M.: Malign Melanoma ve tedavisi. Türkiye Klinikleri 3: 319 (1983).
8. Zajicek J.: Aspiration biopsy cytology: 1. supradiaphragmatic organs, in Wied GL (ed): Monographs in clinical Cytology. Vol. 4. Basel, Switzerland, S Karger, p: 119 (1974).