Anorektal malign melanom*

Dr. Özden Vural Dr. Salim Güngör*** Dr. Dilek Bitik******

ÖZET

Primer anorektal malign melanom nadirdir. Anorektal tutulumun daha sık metastatik melanom olarak ortaya çıkması nedeniyle bu tanı dikkatle koyulmalıdır.

Bu olgu sunumunda, primer anorektal malign melanomu olan 56 yaşında bir hasta sunulmuş, literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Malign melanom, anus, rektum

SUMMARY

Primer anorectal malign melanoma is rare. This diagnosis should be made with caution because anorectal involvement is more frequently seen as a manifestation of metastatic melanoma.

In this case report, a 56 year-old patient had a primer anorectal malign melanoma is presented and literature is reviewed.

Key Words: Malign melanoma, anus, rectum.

GİRİŞ

Gastrointestinal sistem lokalizasyonlu primer malign melanomlar ender görülen tümörlerdir. Malign melanom, anorektal bölge tümörlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur.[1,2,3,4] Primer rektal lezyon olarak ortaya çıkabilir. Anorektal sfinkterin hareketleri, başlangıçta tümörün proksimale doğru gelişimine yol açabilir.[5]

OLGU SUNUMU

CD, 56 yaşında, bir aydan bu yana kabızlık, rektal kanama, ağrı ve 10 kg zayıflaması olan erkek hasta. Defekasyon olmadan da iç çamışırlarına kan bulaştığını görünce hastanemize başvurmuş. 12 yıl önce, peptik ülser perforasyonu nedeniyle midesinden ameliyat edilmiş. 5 ay önce inkomplet ven trombozu geçirmiş. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanmayı sürdürüyor.

Rektal tuşede, anal kanaldan 2 cm içeride, posterior duvarda yaklaşık 3x2x2 cm ölçülerinde lümene doğru kabarıklık yapmış, polipoid tümöral oluşum palde edildi. Rektoskopide anal mukoza ile rektum mukozası sınırına oturmuş tümörde koyu kahverengi küçük odaklar görüldü. Alınan biopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde tümörün malign melanom olduğu saptandı. Bunun üzerine, anal kanal dışında, başka bir yerde melanom olup olmadığının araştırılması için klinik ve laboratuvar incelemeleri yapıldı. Dermatolojik muayeneleri negatifti. Daha önce de deriden herhangi bir lezyon eksize edilmemişti. Oftalmolojik incelemelerinde özellik yoktu. Karaciğer ve abdominal ultrason bulguları ile abdominal CT bulguları normaldi. Patolojik büyüklükte lenf ganglionu görülmedi. Abdominoperineal rektum amputasyonu yapıldı. Amileyat sırasında batın içi kitle veya metastaz görülmedi.



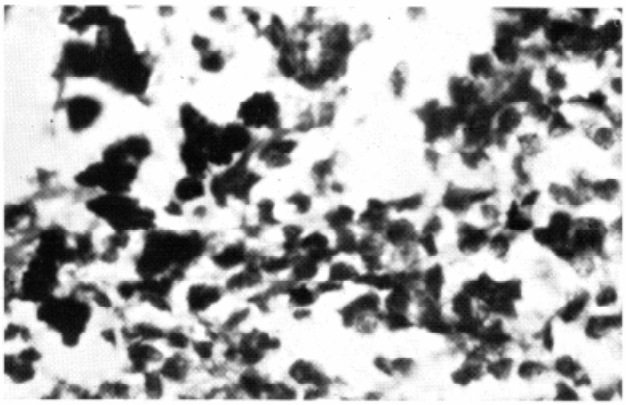
Resim 1: Anüs ve rektum sınırında yerleşmiş, anal mukozayı iterek büyümüş polipoid tümöral kitle.

Ameliyat materyali, bir ucunda anüs bulunan 19 cm uzunluğunda kalın barsak segmentidir. Lümen açıldığında, anal mukozanın rektuma birleştiği yerde oturmuş, bulunduğu alanda anal mukozayı itmiş ve rektuma doğru büyümüş 3x2x1.5 cm ölçülerinde, üzeri bir anlamda ülsere mukoza ile örtülü polipoid tümör görüldü. Tümör, anüs dış kenarına 2,3 cm uzaklıktaydı. Kesitleri gri-beyaz renkli olup, küçük siyah renkli alanlar içermekteydi (Resim 1). Üst cerrahi sınıra 1 cm uzaklıkta 0,5 cm çapında, yumuşak polipoid bir yapı daha vardı. Bu barsak segmenti yanında gönderilen 15 cm uzunluğunda diğer bir kalın barsak parçasında özellik görülmedi.

Anorektal polipoid tümörün mikroskopik incelemesinde, rektal mukozanın lamina propriasında, yuvarlak, veziküler nukleuslu, orta decerede belirgin nukleoluslu, eozinofilik sitoplazmalı, yuvarlak ya da oval şekilli, pleomorfik tümör hücreleri görüldü. Tümör hücrelerinde sıkça atipik mitoz izlendi. Bazı hücrelerin sitoplazmalarında siyah

* XI. Ulusal Patoloji Sempozyumunda poster olarak sunulmuştur.

** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD Yrd. Doç. Dr.
*** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD Doç. Dr.
**** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD Araş. Gör.



Resim 2: Tümör hücrelerinin sitoplazmalarında melanin pigmenti HE x 400

renkli pigment granülleri bulunuyordu (Resim 2). Tümör hücreleri lamina propriayı doldurmuş, oluşturdukları kitle, yüzey epiteline baskı yapmıştı. Tümör hemen tamamen kalın barsak yüzey epiteli ile örtülü idi (Resim 3). Yüzey epiteli silindirik hücrelerden oluşmuştu ve aralarında melanosit olduğunu düşündürecek hücreye rastlanmadı. Hiç bir kesitte kalınbarsak yüzey epiteli tümör tarafından invaze edilmemişti. Tümörün distal kısmından hazırlanan kesitlerde yüzey epitelinin tümörün sınırında değiştiği, çok sıralı bir hal aldığı transisyonel bölge epiteli ile uyum gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu alanda tümörün mukozaya bitişik olduğu, mukozanın erozyone olduğu göze çarpmaktadır. Bazal membrana dik yerleşmiş, bazal tabaka hücreleri arasında, çok sayıda sitoplazmaları pigmentle yüklü melanositler bulunmaktadır. Yüzey epiteli altında seyrek musinöz guddeler vardır. Tümör yer yer kas dokusu içerisine ilerlemiştir.

Bu bulgularla tümör, rektumda yerleşmiş anorektal geçiş bölge mukozasından kaynak almış malign melanom olarak değerlendirilmiştir.

Postoperatif 6 aylık dönemde tümör nüksüne ilişkin bulgusu olmayan hasta, aralıklı kontrollerle izlenmektedir.

TARTIŞMA

Anorektal malign melanom, anal bölge tümörlerinin %1'ini oluşturur.[1] Seyrek görülmelerinden dolayı deneyimler sınırlıdır. Bildirilen serilerde az sayıda hasta incelenmiş, bunlarda uzun zaman içerisinde toplanmıştır. Bu nedenle orijini, insidansı, seks dağılımı, prognozu, en iyi tedavisi, nükslerinin sebepleri konusunda birbiri ile çelişen bildiriler yayınlanmaktadır.[1]

En sık 50-60 yaşları arasında görüldüğü bildirilmektedir.[1,2,3,4] Bizim hastamız 56 yaşındadır. Kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla rastlanır.[1,3,4]

Hastalar genellikle rektal kanama semptomu ile hastaneye başvururlar. Konstipasyon, ağrılı defekasyon da sık rastlanan belirtilerdir.[1,3]

Tanı konulduğunda tümör çapı genellikle 2-5 cm ara-



Resim 3: Tümörün rektum mukozası altında görünümü HE x 120

sındadır. Hastaların yaklaşık %10'unda tümör, hemoroid veya fissür ameliyatları sırasında farkedilir.[1] Genellikle pigmentli sahalar içeren polipoid gelişmeler şeklindedirler. Posterior duvar yerleşimi sık görülür. Mikroskopik özellikleri diğer bölge malign melanomlarına benzer. Tümörün sınırlarında, bazal tabakada atipik melanositlerin bulunuşu lezyonun primer olduğunu gösteren en önemli belirtidir.[1,2,5]

Müköz membranlara yerleşen malign melanomlarda prognoz, deri melanomlarına, göre daha kötüdür.[1,2,4,5,6,7] Radikal tedaviden sonra 5 yıllık sağkalım %10'dur.[1,5]

Tümör hacmi ve derinliğinin fazla olmasının prognozu kötü etkilediği düşünülmektedir.[2,5,7]

Tedavide abdominoperineal rezeksiyonun, lokal eksizyona üstünlüğü olmadığı bildirilmektedir.[1,4] Ama uzak metastaz yoksa radikal cerrahi tedavi daha uygundur. Lokal eksizyondan sonra özellikle lokal nüks meyli daha sıktır.[1,4] Serilerde %5 oranında uzun sağkalım bulunmuştur. Şu sıralarda radyoterapi, kemoterapi veya immünoterapi gibi etkili alternatif veya yardımcı tedavi yoktur.[1,6,8]

Anorektal bölgede bulunan ve mikroskopik incelemede indiferansiye karsinom olarak sınıflanan tümörlerin ayırıcı tanısında malign melanomu düşünmek gerekmek-

tedir. Epitelyal ve lenfoid neoplazilerden ayırmak için S-100 protein, epithelial membran antigen (EMA), common leukocyte antigen (CLA) gibi immünohistokimyasal incelemeler yararlıdır.[5]

KAYNAKLAR

1 Goldmans, Glimelius B, Pahlman L. Anorectal malign melanoma in Sweden. Dıs Col Rect 190; 33 (10): 874-7.

2 Kato T- Takematsu H,Tomita Y, Takahashi M, Abe R. Malignant melanoma of mucous membranes. Arch Dermatol 1987; 123: 216-20.

3 Wanebo HJ, Woodruff JM, Farr GH, Quan SH. Anorectal melanoma. Cancer 1981; 41: 1891-1900.

4 Ward MW, Romano G, Nicholls RJ. The surgical treatment of anorectal malign melanoma. Br J Surg 1986; 73: 68-9.

5 Werdin C, Limas C, Knodell GR. Primer malignant melanoma of the rectum: Evidence for origination from rectal mucosal melanocytes. Cancer 1988, 61: 1364-70.

6 Cooper PH, Mills SE, Allen MS. Malingnant melanoma of the anus: report of 12 patients and analysis of 255 additional cases. Dis Col Rect. 1982; 25: 693-703.

7 Mills SE, Cooper PH. Malignant melanoma of the digestive system. Pathol Ann 1983; 18: 2-26.

8 Crowleys NJ, Seigler FH. Late recurrence of malignant melanoma. Ann Surg 1990; 212 (2): 173-7.