

OLGU SUNUMU

BAŞ BOYUN BÖLGESİNDEKİ MALİGN MELANOMLARDA BOYUNA YAKLAŞIM

SURGICAL APPROACH TO NECK IN MALIGN MELANOMAS OF HEAD AND NECK:

**Dr. Mustafa Asım ŞAFAK (*), Dr. Erdal SAMİM (*), Dr. İlknur HABERAL (*),
Dr. Haldun OĞUZ (*), Dr. Cavit ÖZERİ (*)**

ÖZET: Seyrek rastlanan neoplazm tipleri olan melanomlar en sık deride oluşur. Melanomların tedavisi son 20 yılda önemli bir değişiklik göstermemiştir ve efektif boyun diseksiyonu tartışmaları halen devam etmektedir. Melanomlu olgularda ilk olarak regional lenf nodu metastası araştırılması yapılmalıdır. Boyunun palpasyonu lenf nodu araştırması için önemli olmakla birlikte, metastas araştırılması için kaba bir yöntemdir. Malign melanomlu bazı hastalarda palpabl adenopati bulunmadığı halde, bölgesel metastatik hastalık olabilmektedir. Primer alanla lenfatik bağlantı gösteren ilk nodlar sentinel lenf nodu olarak adlandırılır ve metastatik hastalığın ilk durağı olarak kabul edilir. Gama kameralar yardımıyla sentinel lenf nodu biyopsileri yapılarak, bulgular daha sonraki tedavinin planlanmasında kullanılabilir. Kliniğimizde 1994 ile 1998 yılları arasında toplam 241 olgu cilt neoplazmları nedeniyle tedavi edildi ve bunlardan üçünde malign melanom vardı. Elektif boyun diseksiyonu, bu üç olgunun sunulmasıyla birlikte tartışıldı.

Anahtar Sözcükler: Malign melanom, Sentinel lenf nodu

SUMMARY: Melanomas are infrequent neoplasms and often appear on skin. Melanoma care has not changed significantly in the last 20 years, and the controversy of elective lymph node dissections in this disease continues to be discussed. The initial evaluation of melanoma patients should include an assessment of the regional lymph nodes for metastatic disease. Clinical palpation of the nodes is an important but relatively crude index of metastatic melanoma. Some patients presenting with malignant melanoma without adenopathy have regional metastatic disease. The concept of the sentinel lymph node as the first node in the lymphatic basin that drains the primary site, has been documented to contain the first site of metastatic disease. A technique of gamma probe directed sentinel lymph node biopsy can be applied and the results can be used to direct further therapy. Between 1994 and 1998, a total of 241 patients were treated at our clinic for cutaneous neoplasms and 3 of them were malignant melanoma of the head and neck. The role of the elective neck dissection was discussed with the presentation of these 3 patients.

Key Words: Malign melanoma, Sentinel lymph node

GİRİŞ

Seyrek rastlanan neoplazm tipleri olan melanomlar en sık deride oluşur. Ancak nadir de olsa oral kavite, ösefagus, anüs, vagina, meninksler, konjunktiva ve retinada da görülebilir. Tüm malign melanomların %15-20'si baş boyunda görülür. Bunların yalnızca %0.5-2'si müköz membranlarda görülüp, en sık ağız mukozasında rastlanır. Tüm sinonazal neoplazmların %3-5'i malign melanomdur. Nazal kavitede en sık lateral duvarda, kısmen alt ve orta konkada, bazen

septumda görülür. Olguların %92'si 50 yaşın üzerindedir.

Melanokarsinomlar ışınal ve dikey olarak iki tip büyüme gösterir. Işınal büyüme epidermise sınırlıdır ve minimal dermal penetrasyon gösterir. Dikey büyüme ise tümörün dermis ve alt tabakalara yayıldığını gösterir, daha agresiftir. Bunu derecelendirmek için Clark sınıflaması (3) (Tablo 1) ve bu sınıflamayla sıkı korelasyonu olan immünohistokimyasal boyama teknikleri (10) kullanılabilir.

Hastaların %10-18'inde servikal metastaz vardır. İnvazyon oranı 0,75 mm'den daha fazla olan ma

(*) S.B. Ankara Hastanesi KBB Kliniği, ANKARA

Tablo I: Clark Sınıflaması

Evre I	Tümör hücreleri bazal membranın üzerinde epidermiste (invazyon yok)
Evre II	Tümör hücreleri bazal membranı geçmiş papiller tabakada (<0.75 mm invazyon)
Evre III	Papiller tabakayı geçmiş ancak retiküler tabakayı geçmemiş (0.76 - 1.5 mm invazyon)
Evre IV	Retiküler tabaka tutulmuş (1.51-4mm invazyon)
Evre V	Tümör hücreleri subkutan yağ dokusuna geçmiş (>4 mm invazyon) veya ana lezyonun 2 cm çevresi içinde kalan satellit lezyon bulunması.

lign melanomların bölgesel lenf nodlarına yayılım yapmış olabileceği kabul edilir. (2) Klinik olarak N₀ boyuna yaklaşım protokolü ya ilk seansda elektif boyun diseksiyonu (EBD) uygulanması, veya postoperatif dönemde palpabl lenf nodunun belirmesiyle küratif boyun diseksiyonu uygulanması şeklindedir (6). Primer lezyon önceleri 5 cm'e varan emniyet marjları kullanılarak ve derin olarak çıkartılmaktaydı. Günümüzde yeterli derinlikte eksizyonun sağlanabilmesi için de Mohs cerrahisi geliştirilmiş ve emniyet marjları da 1-2 cm'e kadar indirilmiştir.

OLGULAR

Kliniğimizde son beş yıl içinde (1994-1998) tedavi edilen 241 cilt malignansili olgu tarandığında ilginç olarak son 7 ay içinde 3 malign melanom olgusuyla karşılaşıldı.

(Tablo II). Olgularımızın ikisi erkek, biri kadını ve üçü de 7. de kadın üzerindeydi. Malign melanom tanıları preoperatif biyopsilerle konuldu. Lezyonlardan biri nazal kavitede yer alırken diğerleri yanak cildindedi. Olgularımızın diğer KBB muayeneleri normal sınırlardaydı. Üç olgumuzda da klinik olarak servikal metastaz yoktu. Olgularımızın preoperatif dönemde sistemik taramaları (Üst ve alt batin USG, boyun, akciğer ve beyin CT, tüm vücut kemik taraması) yapıldı. Üçüncü olgumuza ayrıca preoperatif dönemde servikal lenf nodu metastazını araştırmak için lenfosintigrafi yapıldı, servikal nodal metastaz saptanmadı. Tüm olgularda lezyonlar lokal anestezi altında yeterli emniyet marjıyla çıkarıldı. Elektif boyun diseksiyonu yapılmadı. Olgular 16,13, ve 10 ay süreyle yapılan postoperatif takiplerinde N₀ olarak kaldılar.

Olgu, Cins, Yaş	KE, Erkek, 67	SS, Erkek, 79	RS, Kadın, 66
Tutulan Bölge	Nazal vestibulum ve valv	Sağ angulus mandibula önü	Sağ yanak infraorbital
Lezyon boyutu (mm)	28x21	10x12	8x7
Klinik Olarak Boyun	N0	N0	N0
Cerrahi Tedavi ve Rekonstrüksiyon	Lower lateral kartilaj ile birlikte lokal eksizyon (1.5 cm emniyet marjı) primer saha rekonstrüksiyonu yok.	Lokal eksizyon (3 cm emniyet marjı) primer saha full thickness deri grefiyle kapatıldı.	Lokal eksizyon (1.5 cm emniyet marjı) primer saha rotasyon ve kaydırma flepleriyle primer kapatıldı.
Boyun Diseksiyonu	Yapılmadı	Yapılmadı	Yapılmadı
Cerrahi Sınır	Negatif	Negatif	Negatif
İnvazyon derecesi	Alar kartilaj tutulumu	Evre II invazyon	Evre IV invazyon
Postoperatif Takip (ay)	16	13	10

Tablo II: Malign melanom tanısı alan olgularımız

TARTIŞMA

Uzun dönem sağ kalım için en önemli prognostik kriter lenfatik metastaz durumudur (12). Multinodal tutulum olması veya ekstrakapsüler yayılım olması sağ kalım için önemli kriterlerdir (9). Multivaryate analiz yapılan bir çalışmada sürvi üzerine en etkili kriterin lokal eksizyondaki cerrahi sınır pozitifliği olduğu görülmüştür (14). Klinik olarak negatif boyunlarda EBD teorik olarak faydalıdır. Çünkü gizli metastatik nod, zamanla palpe edilebilir hale geldiğinde lenfatik venöz sinüsler tutulmuş olup, hematogen uzak metastazlara zemin hazırlayacaktır. Servikal lenf nodu metastazı ile 5 yıllık ve 10 yıllık sağ kalım oranları sırasıyla %34-48 ve %28-33 olarak bildirilir (8,15). Orta derecede infiltrasyonu olan (1.51-4.0mm) baş boyun bölgesinde tutulum gösteren evre IV malign melanom olgularında %20 oranında servikal lenf nodu tutulumu saptanmıştır. Ancak klinik olarak negatif boyunlarda elektif boyun diseksiyonu yapılanlarla yapılmayanların uzak metastaz ve mortalite sonuçlarının karşılaştırılmasında istatistiksel fark bulunamamıştır (11). Bu çalışmadaki olgularda klinik olarak N₀ boyun olup EBD yapılmadı.

Malign melanomların lenfatik metastazı genellikle önce başlangıç lenf nodunun (sentinel nod) tutulmasıyla başlayıp, daha sonra uzak nodlara yayılım şeklinde seyreder (13). Buna dayanılarak, malign melanomlarda lezyon çevresindeki cilde, teknesyum-99m sülfür kolloidlerinin enjekte edilmesiyle, sentinel lenf nodlarına yayılım, lenfosintigrafik yöntemlerle %90 oranında doğrulukla saptanabilmektedir (7). Aynı mantıkla isosulfan mavisi enjekte edilerek, sentinel lenf nodları saptanabilirse de başarı oranı %79 dolayındadır (7). İsosulfan mavisinin yayılma süresi 20 dakika olup, sentinel lenf nodu saptanması için kısıtlı zaman sağlarken, lenfosintigrafide bu süre 24 saate kadar uzayabilmekte ancak optimal zaman 3-4 saat olarak bildirilmektedir (5). Bu çalışmadaki son olgumuzun lezyonunda derin invazyon olabileceğinden şüphelenilip lenfosintigrafi tekniğiyle servikal metastaz arandı, ancak saptanamadı.

Baş boyun bölgesi gibi lenfatik yolların daha karmaşık olduğu ve bazen bilateral yayılım ihtimalinin bulunduğu olgular dikkate alınırsa sentinel nod saptanmasında lenfosintigrafinin önemi daha da ön plana çıkmaktadır. Klinik olarak negatif boyun bulunan 63 malign melanom olgusunda bu teknik kullanılarak, metastaz olduğu şüphelenilen lenf nodlarının

selektif biyopsilerinin yapıldığı bir çalışmada, 8 (%13) olguda mikrometastaz saptanmıştır (6). Boyun diseksiyonu yapılan bu 8 olgunun patolojik incelemesinde, 5 olguda biyopsi yapılan nodların dışında başka nodlarda tutulum olmadığı da görülmüştür. Palpabl lenf nodu olduğunda küratif boyun diseksiyonu yapılan olgularla klinik olarak N₀ olup lenfosintigrafi ile mikrometastaz saptandığında boyun diseksiyonu yapılan olgular karşılaştırıldığında, 5 yıllık sürvi oranları sırasıyla %31 ve %50 bulunup, fark anlamlı bulunmuştur (p=0.13) (4). Lenfosintigrafi tekniği klinik olarak N₀ boyunlarda EBD kararında etkili bir yöntem olarak kullanılabilir. Ayrıca boyun diseksiyonu sırasında elde taşınabilen gamma kameralarıyla teknesyum sülfür lenfosintigrafi yapılabilen ve metastatik lenf nodları %98 oranında tanınıp, minimal diseksiyona imkan vermektedir (5). Lenfosintigrafi ve sentinel nod biyopsisi poliklinik şartlarında yapılabildiği için, gereksiz EBD ile hastalara yüklenen morbidite riskleri, dolayısıyla hastanede yatış süreleri ve tedavi maliyetleri azaltılabilmektedir.

Boyun tutulumu olan vakalarda multinodüler tutulum olması veya ekstrakapsüler yayılım olmasıyla prognoz önemli derecede etkilenmektedir. Boyuna postoperatif fraksiyone radyoterapi verilmesiyle %90 bölgesel kontrol sağlanabilmektedir (1). Bölgesel rekürrens oranları %6'ya kadar düşürülerek istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (9). Ancak aynı çalışmada postoperatif adjuvan radyoterapinin sağ kalım süresine etkili olmadığı öne sürülmektedir.

SONUÇ

Baş boyun yerleşimli malign melanomlarda negatif boyuna yaklaşım hala tartışmalıdır. Her ne kadar klinik olarak N₀ olgularda EBD yapılanlarla yapılmayanlar arasında istatistiksel farklar saptanmasa da, retrospektif çalışmalarda EBD'nin faydalı olduğunu belirten yazarlar mevcuttur (11). Çünkü konvansiyonel histolojik boyalarla saptanamayan mikro metastazlar sonucunda olgular yanlış negatif olarak değerlendiriliyor olabilir. Oysa immünohistolojik veya PCR gibi ileri yöntemlerle yapılan incelemede gerçekte metastaz yapmış olabilir. Lenfosintigrafi tekniği ile saptanan sentinel lenf nodu biyopsilerindeki ileri histokimyasal ve PCR yöntemleriyle yapılan metastaz çalışmalarıyla boyuna yaklaşımın protokollerin aydınlatılacağına inanıyoruz. Ancak baş boyun bölgesindeki sentinel lenf nodu ha-

ritalarının çeşitlilik göstermesi veya parotis içi yerleşimli nodlarda biyopsi morbiditesi gibi güçlükler henüz tam aydınlatılmamıştır.

Yazışma Adresi: Dr. Mustafa Asım ŞAFAK
Reşat Nuri Sokak 10/8
Yukarı Ayrancı 06540
ANKARA

KAYNAKLAR

1. ANG KK, BYERS RM, PETERS LJ., Regional radiotherapy as adjuvant treatment for head and neck malignant elanoma. Preliminary results. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 116 (2): 169-72,1990.
2. BALCH CM. Surgical management of regional lymph nodes in cutaneous melanoma. J Am Acad Dermatol, 3(5): 511-524, 1980.
3. CLEVENS RA, JOHNSON TM, WOLF GT: Management of head and neck melanoma. Cummings CW (Eds): Otolaryngology Head and Neck Surgery. Missouri, Mosby-year book, Inc, 1998. pp 502-526.
4. KARAKOUSIS CP, DRISCOLL DL. Positive deep nodes in the groin and survival in malignant melanoma. Am J Surg, 171 (4): 421-2, 1996.
5. KRAG DN, MEIJER SJ, WEAVER DL, et al. Minimal-access surgery for staging of malignant melanoma. Arch Surg, 130 (6): 654-660, 1995.
6. LOGGIE BW, HOSSEINIAN AA, WATSON NE, Prospective evaluation of selective lymph node biopsy for cutaneous malignant melanoma. Am Surg, 63 (12): 1051-1057, 1997.
7. MORTON DL, WEN DR, FOSHAG LJ, ESSNER R, COCHRAN A, Intraoperative mapping and selective cervical lymphadenectomy for early-stage melanomas of the head and neck. J Clin Oncol, 11(9): 1751-6, 1993.
8. O'BRIEN CJ, COATES AS, PETERSEN-SCHAEFER K. Experience with 998 cutaneous melanomas of the head and neck over 30 years. Am J Surg, 162 (4): 310-4, 1991.
9. O'BRIEN CJ, PETERSAN-SCHAEFER K, et al. Adjuvant radiotherapy following neck dissection and parotidectomy for metastatic malignant melanom Head Neck, 19(7): 589-94, 1997.
10. ÖZER E, SAĞOL O, KUYUCUOĞLU F. Ki-67 immunostaining and stereologic estimation of nuclear volume in melanocytic skin tumors. Anal Quant Cytol Histol, 21(1): 42-6, 1999.
11. PERALTA EA, YARINGTON CT, GLENN MG. Malignant melanoma of the head and neck: effect of treatment on survival. Laryngoscope, 108 (2): 220-3, 1998.
12. REINTGEN D, BALCH CM, KIRKWOOD J, ROSS M. Recent advances in the care of the patient with malignant melanoma. Ann Surg 225 (I): 1-14, 1997.
13. REINTGEN D, CRUSE CW, WELLS K. BERMAN C, FENSKE N, SCHROER K, HELLER R, ROSS M, LYMAN G., The orderly progression of melanoma nodal metastases. Ann Surg, 220 (6): 759-67, 1994.
14. SING B, BHAYA M, SHAHA A. Presentation, course and outcome head and neck skin cancer in African Americans: a case-control study. Laryngoscope, 108 (8Pt 1): 1159-63, 1998.
15. SINGLETARY SE, BYERS RM, SHALLENBERGER R. Prognostic factors in patients with regional cervical nodal metastases from cutaneous malignant melanoma. Am J Surg, 152(4): 371-375, 1986.