

**OLGU SUNUMU**

**NAZAL KAVİTEDE PRİMER MALİGN MELANOM: (+)**

**PRIMARY MALIGNANT MELANOMA ARISING IN THE NASAL CAVITY:  
CASE REPORT**

**Dr. Resmîye KAYA (\*), Dr. Gülay ÖZBİLİM(\*), Dr. Semra PAKER KARABURUN (\*),  
Dr. Bülent AĞIRDİR (\*\*)**

**ÖZET:** Tüm malign melanomların yaklaşık %1'i, baş ve boyun bölgesindeki malign melanomların ise %2-9'u nazal kavite ve paranasal sinüslerden kaynaklanır. Bu lezyonların ise %75'den fazlası nazal kavite orijindir. Olgumuz 63 yaşında erkek hasta. Burunda kitle, burun kanaması ve tek taraflı burun tıkanıklığı şikayetleri ile Ağustos 1998'de Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Polikliniği'ne başvurdu. Fizik muayenede sağ nazal kavitenin tamamını dolduran koyu kahve renkte, geniş tabanlı nodüler kitle izlendi. Fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile kitlenin tamamı lateral konka mukozası da kürete edilerek çıkarıldı. Bu kitleden hazırlanan kesitlerin HE ve S-100 immünohistokimyasal boyası ile boyanarak incelenmesinde yer yer oval-yuvarlak nükleuslu, berrak stoplazmalı, yer yer de iğsi nükleuslu hücrelerin oluşturduğu tümöral doku izlendi. Tümör hücrelerinde ve yer yer stromada kahve renkte pigment varlığı dikkati çekti. S-100 boyası ile kuvvetli pozitif boyanma izlendi. Bu bulgularla olgu malign melanom olarak rapor edildi. Nazal kavitede malign melanom görülmesi insidansının çok düşük olması nedeni ile olgu konu ile ilgili literatür gözden geçirilerek sunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Nazal kavite ve malign melanom

**SUMMARY:** Malignant melanomas of the nasal cavity and paranasal sinuses represent less than 1% of all malignant melanomas and 2% to 9% of the head and neck melanomas. More than 75% of the lesions originate in the nasal cavity.

A 63 year old man was admitted to our hospital with history of recurrent epistaxis, mass in the nasal cavity and unilateral nasal obstruction. Physical examination revealed a pigmented polypoid mass originating from the lateral wall of the right nasal cavity. The patient was treated with functional endoscopic sinus surgery. The mass and lateral concha mucosa were resected. Histologic sections of the mass were stained with HE, Masson Fontana and S-100. The tumor was composed of spindle cells and oval-round cells which have clear cytoplasm. Intracellular and stromal black-brown granules were noted, these granules were positive with Masson Fantana stain. S-100 protein was positive immunohistochemically. The tumor was evaluated as malignant melanoma.

**Key Words:** Nasal cavity and malignant melanoma

**GİRİŞ**

Sıklıkla deride izlenen bir neoplazi olan malign melanomun mukozal yüzeylerde görülmesi nadirdir. Mukozal melanomlar ilk defa 1856'da Almanya'da Weber tarafından tanımlanmıştır (9). Baş ve boyun bölgesinin malign melanomları tüm malign melanomların %20'sini oluştururlar; bunların yalnızca

%10'u mukozal bölge lokali zasyonlu olup bunların da yarısı oral kavite yerleşimlidir. Nazal kavite ve paranasal sinüslerde görülme sıklığı ise tüm malign melanomların %1'inden azını oluşturmaktadır (8).

Nadir görülen ve oldukça kötü prognozlu olan nazal ve paranasal mukozal melanomlarda yaygın olarak kullanılan tedavi şekli total cerrahi rezeksiyondur (9). Bu çalışmada nazal kavitede lokalize olan ve fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile opere edilen malign melanom olgusu klinikopatolojik özellikleri ile sunulmuştur.

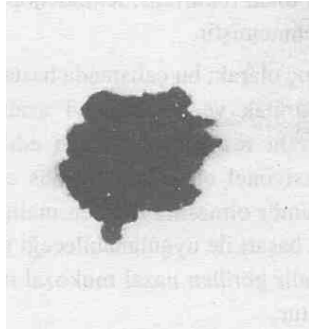
(\* ) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

(\*\* ) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı ANTALYA

(+ ) XIV. Ulusal Patoloji Kongresinde (11-17 Nisan 1999) sunulmuştur.

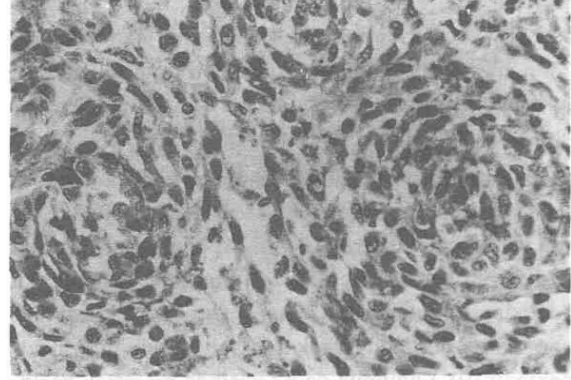
## OLGU

63 yaşında, erkek hasta, burunda kitle, burun tıkanıklığı ve birkaç defa olan burun kanaması şikayetleri ile Ağustos 1998'de hastanemiz Kulak Burun Boğaz polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede sağ nazal kavitenin tamamını dolduran ve vestibüle kadar ulaşmış dışardan da izlenebilen koyu kahve renkte, yüzeyi yer yer lobüle ve vaskülerize görünümde kitle izlendi. Tanı amacı ile hastaya paranazal sinüs tomografisi ve nazal endoskopi uygulandı ve sağ nazal kavite yerleşimli, lateral duvardan sağ alt konka üst sınırına kadar uzanan geniş tabanlı polipoid görünümlü kitle izlendi (Resim 1). Bu dönemde hastanın yapılan fizik muayene ve tetkiklerinde lenfadenopati ve uzak metastaz izlenmedi. Tümör nazal kaviteye sınırlı olup paranazal sinüslerde izlenmedi. Önce nazal endoskopi ile biopsi alınan ve frozen çalışılan olguda sonucun malign olması üzerine bu tür lezyonların tedavisinde son yıllarda kullanılan fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi ile kitlenin tamamı, ön lateral nazal duvar mukozası ve konkanın 1/2 ön bölümü rezeke edilmiştir.

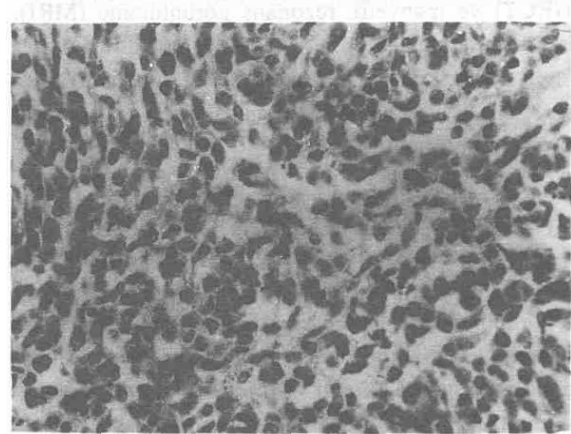


Resim 1: Olgunun makroskopik görünümü

Makroskopik olarak 3x2x1 cm boyutlarında olan kitleden hazırlanan kesitlerin H.E ve Masson Fontana histokimyasal boyaları ve S-100 immünohistokimyasal boyası ile boyanarak incelenmesinde; yer yer poligonal şekilli, belirgin nukleoluslu, yer yer de iğsi nukleuslu hücrelerin oluşturduğu tümöral doku izlendi (Resim 2). Tümör hücreleri içinde ve stromada izlenen kahve renkteki pigmentin Masson Fontana ile boyandığı ayrıca tümör hücrelerinin S-100 ile kuvvetli pozitif boyandığı görüldü (Resim 3). Bu bulgularla olgu malign melanom olarak rapor edildi.



Resim 2: Tümör dokusunda poligonal ve iğsi hücreler (HE x 20)



Resim 3: S-100 pozitifliği gösteren tümör hücreleri (S-100 x 40)

## TARTIŞMA:

Malign melanomun kaynaklandığı hücreler olan melanositler nöral krest hücrelerinden köken alırlar ve vücutta tüm kutanöz ve mukozal yüzeylere dağılırlar. Baş ve boyun bölgesindeki mukozal malign melanomlar oldukça nadirdir. Nazal kavite ve paranazal sinüslerde görülen malign melanomlar tüm malign melanomların %1'inden azım ve baş boyun bölgesindeki melanomların %2-9'unu oluştururlar (2). Nazal kavitede bulunan malign melanomlar sıklıkla septum ve bunu takiben de lateral burun duvarı, inferior ve orta boşluklarda lokalize olurlar (8). Olgumuzda tümör sağ nazal kavite lateral duvar ve alt konka yerleşimliydi.

Baş boyun bölgesindeki mukozal melanomlar genellikle semptom verinceye kadar gizli kalır ya da tesadüfen bulunurlar. En sık karşılaşılan semptomlar

sırasıyla; tek taraflı burun tıkanıklığı, burun kanaması, ağrı ve ilerlemiş vakalarda fasial deformitedir (7,9). Bizim olgumuz da tek taraflı burun tıkanıklığı, burun kanaması ve burunda kitle şikayetleri ile baş vurmuştu.

Sinonazal mukozal melanomlar başlıca adult ve ileri yaşlarda izlenmekte olup hastaların %80'i 50 yaşın üstündedir. Literatürde bildirilen en genç hasta 8 aylık siyah bir kız çocuktur (9). Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlarda sinonazal ve oral mukozal melanomlarda hafif bir erkek baskınlığı olduğu bildirilmektedir (9). Olgumuz da 63 yaşında bir erkek hastadır.

Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (HRCT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI), lezyonun gerçek boyutları hakkında ayrıntılı bilgiler veren ileri tetkiklerdir. Bu amaçla olgumuzda uygulanan tanı yöntemleri nazal endoskopi ve paranazal sinüs tomografisidir.

Makroskopik olarak sesil ya da polipoid, sıklıkla pigmente kitle şeklinde izlenirler. Olguların %50-70'inde pigmentasyon izlenir (9). Bizim olgumuzda da tümör geniş tabanlı, üzeri lobüle, sesil ve pigmente görünümdeydi. Hücresel özelliklerine göre 3 farklı tip mukozal malign melanom tanımlanabilir; spindle hücreli, poligonal hücreli ve mikst tip (5). Yine bizim olgumuzda da poligonal ve spindle hücreler birarada izlenmiştir. Tanıda immünohistokimyasal olarak S-100, HMB45 ve vimentin ile pozitif boyanma önemlidir (3). Tanı amacı ile uyguladığımız histokimyasal boyalardan Masson Fontana ile kahve renkteki pigmentin melanin olduğu, immünohistokimyasal boyalardan S, 100 ile de tümörün pozitif boyandığı gösterildi.

Etyopatogenez bilinmemektedir. Ancak tütün kullanımı ve formaldehit maruziyetine bağlı olabileceğine dair yayınlar bildirilmektedir. Rodentlerde nazal karsinoma olduğu iyi bilinen formaldehitin insanlarda bu tür bir etkisi bilinmemekle birlikte mesleği gereği formaldehite maruz kalan ve nazal mukozal malign melanomu olan 3 olgulu bir çalışma yayınlanmıştır (4). Mesleği çiftçilik olan olgumuzun da alkol ve sigara kullandığı ve bazı zirai ilaçlarla da temas ettiği öğrenildi.

Primer tedavi yöntemi olarak geniş cerrahi eksizeyon uygulanmaktadır. Radyoterapinin etkinliği tartışmalı olup kemoterapi ve immünoterapi sadece adjuvan tedavi olarak kullanılmaktadırlar. Bizim

olgumuzda ise daha çok benign lezyonların tedavisinde kullanılan ancak son yıllarda malign melanom tedavisinde de kullanılan fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisi uygulanmıştır. Kitlenin sağ nazal kaviteyi dolduran, üzeri lobüle, morumtrak-sayih renkte ve sesil görünümde, çevre dokulara yayılımı olmayan ve rezektabl nitelikte olması nedeni ile çevre anatomik dokuları korumak ve morbiditeyi azaltmak amacı ile bu yöntem tercih edilmiştir.

Prognoz tümörün boyutu, lokalizasyonu ve pigmentasyonundan bağımsız görünümde olup hastalığın belirsiz bir gidişi vardır; geniş yayılıma bağlı erkenden ölüme de neden olabilmekte, uzun süre sessiz de kalabilmektedir. Kısa ve uzun süreli takiplerde önemli oranda rekürrens bildirilmektedir. Prognostik önemi olan invazyon derinliğinin belirlenmesi, mukozal melanomlarda papiller ve retiküler dermiş gibi histolojik belirleyicilerin olmayışı nedeni ile yapılmamaktadır. Agresif tedaviye rağmen mukozal melanomların prognozu oldukça kötüdür ve hastalar genellikle lokal rekürrens ya da sistemik metastaz nedeni ile ölürlere (1, 3, 6). 5 yıllık yaşam süresi yaklaşık %10 ve ortalama survive 2 yıldır. Olgumuzun postoperatif dönemde 1., 2., 8. ve 10. aylardaki kontrollerinde lokal rekürrens, lenfadenopati ve uzak metastaz izlenmemiştir.

Sonuç olarak; bu çalışmada hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve morbiditeyi azaltmak açısından geniş cerrahi rezeksiyona tercih edilen bir yöntem olan fonksiyonel endoskopik sinüs cerrahisinin malign bir tümör olmasına rağmen malign melanom olgularında başarı ile uygulanabileceği görüşü kanıtlanmış ve nadir görülen nazal mukozal melanom olgusu sunulmuştur.

**Yazışma Adresi:** Dr. Resmiye KAYA  
Akdeniz Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Patoloji Anabilim Dalı  
Dumlupınar Bulvarı Kampüs  
Alanı 07070 ANTALYA

### **KAYNAKLAR**

1. RONDWEIN MS, ROTHSTEIN A, LAWSON W, BODIAN C, URKEN ML: Sinonasal melanoma. A clinicopathologic study of 25 cases and literature. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997 Mar; 123 (3): 290-6
2. CHUNG-HWAN BAEK, KI-SIK KIM, MYUNG KAO KONG: Primary mucosal melanoma of the nasal cavity; Otolaryngol Head Neck Surg 1996, 115: 582-3
3. FRONQUOMENT DW, MILLS SE: Sinonasal malignant melanoma. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 14 cases. Am J Clin Pathol 96:689-697, 1991
4. HOLMSTROM M, LUND VJ: Malignant melanomas of the nasal cavity after occupational exposure to formaldehyde; Br J Ind Med 1991 Jan; 48 (1) 9-111
5. HURTNAAKEEN M, NYONG'O AO: Primary malignant melanoma of the nasal cavity. Report of two cases with emphasis on histogenesis. Surg Pathol, 2: 59-66, 1989
6. JAKOBSEN MH, LARSEN SK, KIRKEGEARD J, HANSEN HS; Cancer of the nasal cavity and paranasal sinuses. Prognosis and outcome of treatment: Acta Oncol 1997; 36 (1): 27-31
7. MARTIN RW III, POTTER CR, KLINGLER WG, NELDNER KH: Malignant melanoma presenting as nasal obstruction; Am Board Fam Pract 1990 Oct-Dec: 3(4): 283-7
8. SAMUEL M, JONATHAN DH, GEORGE M, GRAHAM CP: Malignant melanoma arising in the frontal sinuses: The Journal of Laryngology and Otology 1997; (111); 376-378
9. SPINOS M, POUL JD: Malignant mucosal melanoma of the head and neck: Review of the literature and report of 14 patients Cancer 1997; 80: 1373-86