

VULVADA MALİGN MELANOMA

Dr. Salim GÜNGÖR*, Dr. M. Cengiz ÇOLAKOĞLU**, Dr. Hakan KAYA**, Dr. Mehmet ÇERÇİ*

* S.Ü.T.F.Patoloji Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖZET

Kadınlarda bütün nevüslerin % 0.1'i vulva derisinde görülür. Bütün vulva karsinomlarının % 8-11'ini malign melanomlar oluşturur. Burada seyrek görülmesi nedeniyle vulvada malign melanomu olan bir vaka sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Vulva, malign melanom

SUMMARY

Malignant Melanoma of Vulva

In women, 0.1 % of the all nevus are found in the skin of vulva. About 8-11 % of the vulva carcinoma are malignant melanoma.

Key Words: Vulva, malignant melanom

GİRİŞ

Vulva karsinomları bütün genital karsinomların % 5'ini oluşturur. Malign melanomlar ise bütün vulva karsinomlarının % 8-11'ini oluşturur. Malign melanomlar, melanin oluşturan melanositlerden gelişen, malignite derecesi yüksek olan tümörlerdir. Malign melanomların % 60'ı deride yerleşir. En fazla 30-60 yaşları arasında ve her iki cinste yaklaşık eşit oranlarda görülür (1, 2, 3). Mikroskopik olarak "epiteloid" ya da "fusiform" tipte olabilen, değişik miktarlarda melanin pigmenti içeren atipik hücrelerden oluşur (4, 5, 6). Deri malign melanomlarının ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler: Prekürsör lezyonlar, ultraviyole ışığı, genetik yapıdır (3, 4, 7, 8). Oral kontraseptif kullanımı (uzun süreli), kronik alkol kullanımı, vitamin A, E ve selenyum eksikliğinin malign melanoma oluşumunu kolaylaştırdığı ileri sürülmüştür (9, 10, 11).

Deri malign melanomlarının prognozunu belirlemede iki parametre gösterilmiştir (2,4, 12, 13, 14). Buna göre: Birincisi Clark tarafından tanımlanan tümör invazyon derecesinin belirlenmesi, ikincisi Breslow tarafından tanımlanan, tümör kalınlığının ölçülmesidir. Clark'a göre tümör invazyonunun derecelendirilmesi, tümör hücrelerinin deri katlarındaki yayılımını saptayarak yapılmaktadır:

Level I-I: Tümör hücreleri sadece epidermindedir, bazal membranı geçmemiştir.

Level I-II: Tümör hücreleri papiller dermise yayılmıştır.

Level I-III: Tümör hücreleri subpapiller damarlara kadar yayılmıştır.

Level I-IV: Tümör hücreleri retiküler dermise yayılmıştır.

Level I-V: Tümör hücreleri subkutan yağ dokusuna kadar yayılmıştır.

Breslow'un yöntemi primer tümör kalınlığının oküler mikrometre ile ölçülmesi temeline dayanır. Tümör kalınlığının artması prognozu kötü yönde etkilemektedir (3, 15, 16).

Bu çalışmada vaka, Clark'ın tanımladığı yöntemle sınıflandırılmıştır.

Prognozda, tümörün seviyesi, kalınlığının yanında, klinik evresinin, lenf nodu metastazının, hastanın yaşının, tümörün anatomik yerleşiminin, cinsiyetin ve hastanın immun durumunun da önemi vardır (9, 10, 17).

Tedavide öncelikle cerrahi, kemoterapi kullanılmaktadır. Radyoterapi yalnızca metastatik melanomda kullanılır (9, 10, 17).

VAKA

Hasta 71 yaşında R.A.E., kliniğimize vulvada renk değişikliği, şişlik, kaşıntı ve oturmada ağrı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde

hipertansiyon (210-120 mmHg) dışında bir özellik bulunmadı. Jinekolojik muayenede vulvada: Kommissura posteriordan başlamak üzere yanlarda her iki labia majora'nın 1/3 alt kısımlarını içine alın, 5 x 3 cm'lik alanda, yer yer yüzeyden kabarık, küçük ülserasyonları olan siyah bir lezyon tesbit edildi. Vagen, ve uterus senil atrofik bulguya uymaktaydı. İnguinal LAP tesbit edilmedi.

Hastanın rutin laboratuvar bulguları, PA akciğer grafisi, batin ultrasonografisi, KC enzimleri normal sınırlardaydı. Kemik sintigrafisi normal bulundu. Akciğer, KC, tüm batin ve pelvik tomografisinde patoloji tesbit edilmedi.

Hastadan lokal anestezi ile biopsi alındı. Tanı nodüler malign melanom olarak konuldu. Hastaya radikal vulvektomi + inguinal, eksternal iliak, internal iliak ve iliak kommunis lenf bezi disseksiyonu yapıldı. Post-op dönemde komplikasyon gelişmedi. Kemoterapi uygulanmadı. Taburcu edilerek takibe alındı.

Operasyonda alınan materyalin patolojik incelenmesinde : Level IV "nodüler malign melanom" tesbit edildi. Çıkarılan lenf bezlerinde malign melanom hücrelerine rastlanmadı. Tümör hücreleri subkutan yağ dokusuna kadar yayılmamıştı. Preparatın üç farklı büyütmesi resim 1, 2, 3'te görülmektedir. Bü-

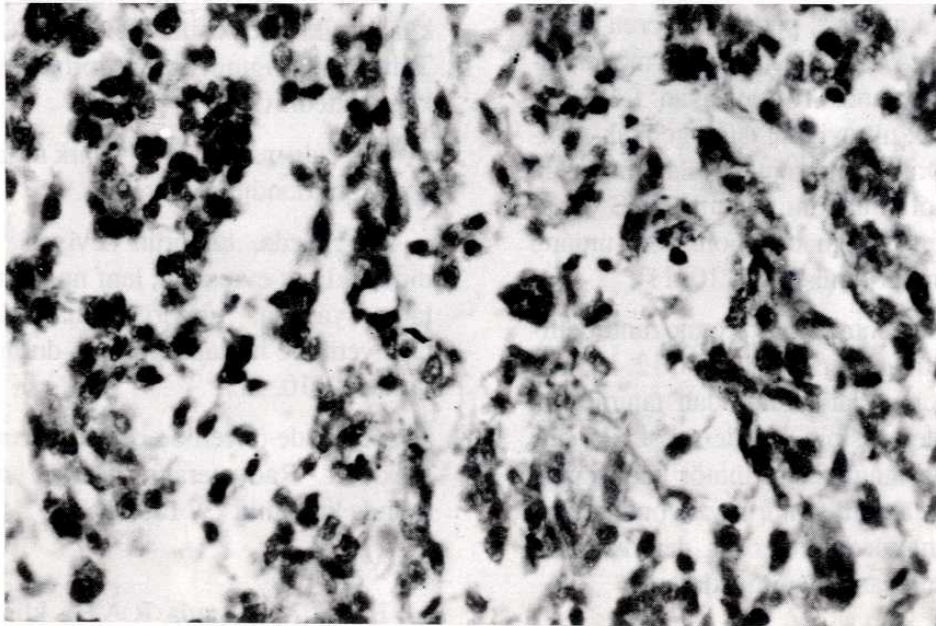
yük büyütmede tümörün pigmente olduğu, polikromazi ve aktif mitoz görülmektedir.

TARTIŞMA

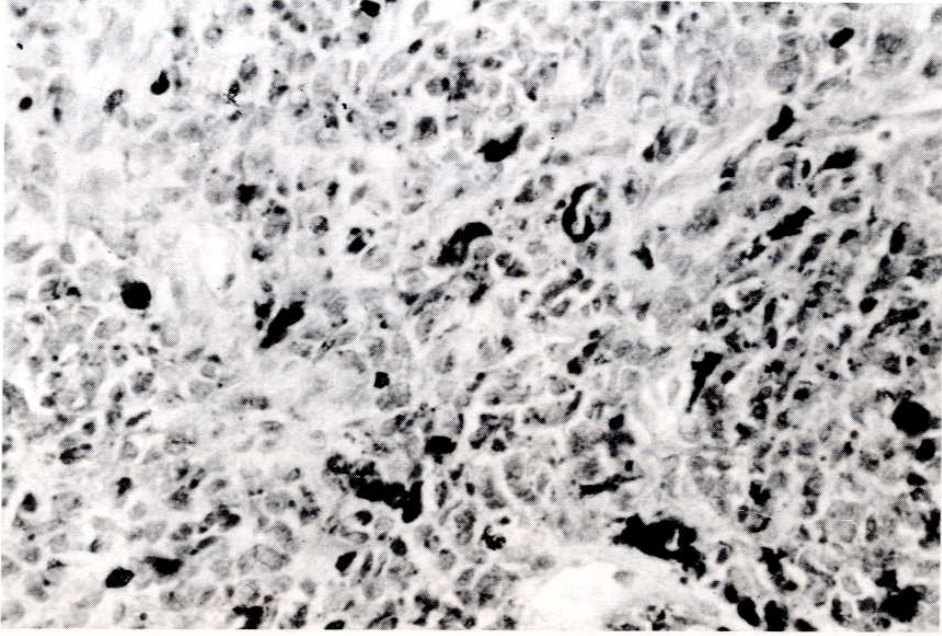
Malign melanomun vulva lokalizasyonu çok azdır. Vakada lezyon vulva derisinden kaynaklanmıştır. Hastanın anamnezinden vulvada iki adet nevüs olduğu anlaşılmaktadır. Ultraviyole ile genetik yatkınlığın vakamızda etkisi olamaz. Hasta alkol kullanmamış ve hiç oral kontraseptif almamış. Vulvada malign melanom en sık labium minus ve klitorisde görülmesine rağmen vakada labium majustan kaynaklanmıştır. Klinik olarak vajene ve üretraya yayılma eğiliminde olmasına karşın, gerek operasyon piyesinde, gerekse klinik muayenede bu oluşumlara metastaz bulunmadı. Malign melanom primer olarak uzak metastaz yapmaya eğilimlidir. Vakada, Level IV olmasına karşın ne lokal ne de uzak lenf bezi metastazı bulunmadı.

Vakada lezyonun, primer olarak muhtemelen vulvadaki nevüslerden birinden kaynaklandığı, 5 x 3 cm'lik boyuta hem bölgesel yayılmayla hem de cilt satellitleri ile ulaşılmış olacağı düşünüldü.

Vulvada malign melanom az rastlanmasına rağmen, prognozunun kötü olması nedeniyle, erken tanının çok önemli olduğu bir tümördür.



Resim 1. Eozinofilik sitoplazmalı, yuvarlak veya oval, veziküler, hiperkromatik nükleuslu atipik hücrelerin oluşturduğu kümeler ve kordonlar izlenmekte. HEx200



Resim 2. Atipik Hücrelerin Oluşturduğu Kümeler ve Sitoplazmada Melanin Pigmenti. HEX100



Resim 3. Atipik Tümör Hücreleri ve Mitozik Figürler. HEx400

KAYNAKLAR

1. Chairman EL, Muscarella VJ, Werski PL. Malignant melanoma of mucous membranes. Arch Dermatol 1987; 123: 216-219.
2. Henry AB, Walker MJ, Dasgupta TK. Melanoma of the head end neck. Clinics in Plastic Surgery 1985; 12(3): 495-502.
3. Kato T, Takematsu H, Tomita Y, Takahashi M, Abe R. Malignant melanoma of mucous membranes. Arch Dermatol 1987; 123: 216-219.
4. Lever W, Schaumburg G. Histopatology of the skin. Fifth edition. Philadelphia: J B Lippincott, 1975; 16(20): 667-668.
5. Coleman WP, Loria PR, Reed RJ, Kerementz ET. Acral lentiginous melanoma. Arch Dermatol 1980; 116: 773-776.
6. Seldam REJ. Histological typing of skin tumors. World Health Organization. Genova:Roto-Sadağ SA, 1974: 70-72.
7. Harwood AR. Melanomas of the head end neck. The Jour of Otolaryn 1983; 12(1): 64-69.
8. Reimer RR, Clark WH, Greene MH, Ainsworth AM, Fraumeni JF. Precursor lesions in familial melanoma. JAMA 1978; 239(8): 774-776.
9. Fitzpatrick T. Dermatologie in general medicine. Third Edition. USA: Mc Graw Hill Book, 1987: 947-966.
10. Darel R, Freidman R. Dermatologic clinics. symposium on melanom and pigmented lesion. USA: WB Saunders, 1985: 32.
11. Williams R. Breast and thyroid cancer and malignant melanoma promoted by alcohol induced pituitary secretion of prolactin, TSH and MSH. Lancet 1976; 1: 966-999.
12. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. sixth edition. St. Lovis: The C. Mosby, 1981: 118-130.
13. Kornberg R, Harris M, Ackerman AB. Epydermotropically metastatic malignant melanoma. Arch Dermatol 1978; 114: 67-69.
14. Magnus K. Prognosis in malignant melanoma of the skin. Cancer 1977; 40(1): 389-397.
15. Balch CM, Murad TM, Soong S, Ingalls AL, Halpern NB, Madox WA. A multifactorial analysis of melanoma. Annals of Surg 1978; 118(6): 732-742.
16. Gromed MA, Epstein WL, Blois MS. The regressing thin malignant melanoma. Cancer 1978; 42(5): 2282-2292.
17. Wilkinson DS. Textbook of dermatology. Fourth edition. USA: Blackwell Scientific Publications, 1986: 2445-2456.