DERI MALİGN MELANOMLARINDA CERRAHİ TEDAVİ
Surgical Treatment In Malign Skin Melanomas

Dr. Adil KARTAL¹
Dr. Mustafa GEZGİNÇ²

Onbeş deri malign melanom (MM) olgusunda geniş cerrahi eksizyon + serbest deri grefi ve terapotik veya profilaktik amaçla regionel lenfadenoidektomi uygulandı. Olgular postoperatif kemoterapi, radyoterapi ve immunostimülan tedaviye alındı. Bu nedenle malign melanomlar çeşitli yöneriyle incelendi.

Extensive surgical excision, free skin graft and regional lymphadenoidectomy for therapeutic or prophylactic reasons were performed in fifteen malign skin melanoma cases. They were kept under postoperative chemotherapy, radiotherapy, immunotherayp afterwards and various aspects of melanomas were examined.

Malign melanomların (MM) %90'ı deride görülmekte geri kalınlarına müköz membranlarda, oral kavite ve üst solunum yollarında rastlanmaktadır. MM'in yarısından çoğu daha önce mevcut nevüslerden oluşmaktadır (17, 20). Mavi nevüslerden nadiren melanom gelişir. Küçük konjenital nevüslerden malignite gelişmesi açısından düşündür. Buna karşılık dev pigmente nevüslerden MM gelişme oranı %10 - 17.5 kadarıdır (6).

Uzun zaman terminolojisinde bile fikir birliği sağlanamayan MM'lar bugün histolojik kriterleri, tipleri ve malignite sınırları gayet iyi taraf edilmiş olan tümörlerdir. Böylece cerrahlar tarafından daha yakın zaman tanınmış olup erken devredeki lezyona radikal tedavi uygulama olanağı artmıştı. Ayrıca yanlış teşhis ve gerekşiz cerrahi girişim ihtimali de azalmuştur.

MATERİYAL VE METOD
1978 - 1982 yılları arasında Valide Sultan Gureba Hastanesi II. Cer-

(1) Selçuk Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(2) Gureba Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Uzmanı.
rahî Kliniği ve aynı hastanenin Onkoloji bölümünde tetkik ve tedavi edilen 15 malign melanom yaş, cins lokalizasyon, klinik belirtiler, tani, uygulanan tedavi yöntemleri ve sürî yönünden incelandı.

Olgulara geniş cerrahi eksizyon + serbest deri grefi (Split-thickness) uygulandı. Frozen section ve ensizyonel biyopsi kullanılmadı. Altı olguya terapötik, 1 olguya profilaktik amaçla lenf adenoidektomi yapıldı. Cerrahi eksizyon primer tümörün proksimalinden 7, distalinden 5, yandarda ise 6 cm.’lik mesafelerde olacak şekilde yapıldı. Eksizyona daima lezyonun proksimalından başlandığı, derin fasyanın altında kadar inilerek distalde tamamlanmıştı. Hemostaz ve kesi için koter kullanılmadı. Gref elektrodermatomla ve daima primer tümörün lenfatik drenajının dışında kalan aksi ekstremiteden alındı. Regionel ganglionların palpabl oldukları olgularda aynı seansa lenfadenoidektomi yapıldı. Diğer olgularda 4 - 6 haftalık aradan sonra küraj uygulandı. Lenfadenoidektomi kesisi 6 olguda tümörün eksizyon kesişinden yapılarken (Discontinuity), bir olguda 10 cm.’lik şerit halinde deri çıkarılarak küraj bölgesine varılıdı. (In-continuity)

Cerrahi tedaviye ek olarak kemoterapi, radyoterapi ve immunoterapi yalnız başına veya kombine olarak uygulandı. Kemoterapik ajanlardan DTIC (400 mg/m²/gün, 5 gün süreyle kullanıldı. Üç haftada bir tedavi yenilendi), Levamizol (1 tab/gün), Vinkristin (1 - 4 mg/m³) tatbik edildi. Üç olguda radyoterapi (7500 rada kadar) ve iki olguda BCG (intradermal) olarak uygulandı.

Olguların %54.4’ü erkek, %46.6’sı kadındı. Yaş ortalaması 53 ± 16 SD’dir. En genç 17 yaşında kadın, en yaşlısı 75 yaşında erkek olan olguların %47’sinde primer lezyonun yerinde daha önce nevüs bulunmaktaydı. Melanomların %35’i travmaya en çok maruz kalan ayak tabanlarındaydı. Serimizdeki MM’ın lokalizasyonu tablo 1’de görülmektedir.

**TABLO 1**

Malign Melanomların Lokalizasyonu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lokalizasyon</th>
<th>Olgu sayısı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Baş boyun</td>
<td>3</td>
<td>17.64</td>
</tr>
<tr>
<td>Gövde</td>
<td>3</td>
<td>17.64</td>
</tr>
<tr>
<td>Üst ekstremite</td>
<td>1</td>
<td>5.88</td>
</tr>
<tr>
<td>Alt ekstremite</td>
<td>8</td>
<td>47.04</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOPLAM</strong></td>
<td><strong>15</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo 1'de tümörün en az üst, en çok alt ekstremitede özellikle ayak tabanında yer aldığı görülmektedir (Şekil 1 - 2).

Bir olguda primer tümör saçlı deriden menşe almıştı (Şekil 3 - 4). Alt ekstremitedeki tümörlerin 6'sı ayak tabanında, biri iç malleol üzerinde, biri de alt bacak arka yüz distalindeydi.

Serideki olguların klinik belirtileri tablo 2'de gösterilmiştir.
Şekil 3: Saçlı deride MM

Şekil 4: Geniş eksizyon ve greflemeden sonra

TABLO 2

Olguların Klinik Belirtileri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semptomlar</th>
<th>Olgu sayısı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tümör hacminde büyüme</td>
<td>15</td>
<td>88.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Kanama</td>
<td>10</td>
<td>50.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ülserasyon</td>
<td>7</td>
<td>41.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Ağrı</td>
<td>6</td>
<td>35.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kasıntı</td>
<td>6</td>
<td>35.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Renk değişikliği</td>
<td>5</td>
<td>28.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Seröz akıntı</td>
<td>2</td>
<td>11.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nodül oluşumu</td>
<td>1</td>
<td>5.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Hastaların %88’inde tümörün hacminde büyüme, %50.8’inde kana- 
ma saptadık. %35’inde ağrı ve kaşıntı yakınmaları vardı.

Olguların ikisinde semptomların süresi tayin edilemedi. Bu süre se- 
rinin %40’ında 1-6, %40’ında 7-12 ay arasında değişmektediydi. En uzun 
semptom süresi 30 aydı. Semptom süresi uzadıkça hastalığın operabilite 
şunları daralmakta ve tedavi şansı azalmaktaydı.

Onbir olgu eksizyonel, 6’sı da ensizyonel biyopsi ile kesin tanı alımı-

ti. Ensizyonel biyopsiler hastanemiz dışında yapılmış ve tedavi amacıyla kliniğimize gönderilmişti.

Hastaların rutin röntgen ve kan laboratuvar tetkiklerinde kayda de-
ğer önemli patolojik bulgu görülmemiş. On hasta genel, 4 hasta spinal 
anestezi altında ameliyat edildi. Bir olguda MM düşündüldüğü için lo-
kal anestezi ile eksizyon yapıldı. İki olgu dışında 15 olguya primer olarak 
cerrahi tedavi uygulandı. Bir olguda tümör presakral bölgede lokalizey-
di; geniş eksizyondan sonra bölgenin yapısı itibariyle yara primer kapa-
tıdı.

Cerrahi tedaviden sonra kemoterapi, radyoterapi ve immunoterapi 
12 olguya tatbik edildi (Tablo 3).

**TABLO 3**

Cerrahiye Ek Tedavi Yöntemleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ek tedavi</th>
<th>Olgu sayısı</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Radyoterapi</td>
<td>1</td>
<td>8.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemoterapi</td>
<td>7</td>
<td>58.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kemoterapi+radyoterapi</td>
<td>2</td>
<td>16.6</td>
</tr>
<tr>
<td>İmmunoterapi</td>
<td>2</td>
<td>16.6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOPLAM</strong></td>
<td><strong>12</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Cerrahi tedaviyi izleyen yıl içinde 4 olguda metastaz görüldü. Met-
astazların biri akciğer, ikisi karaciğerdeydi. Primer tümörü paryetooccipi-
tal bölgesinde olan bir olguda ise sol meme iç kadran da metastaz vardı. 
İki olguda lokal nüks görüldü.

Kasik disseksiyonu yapılan iki ve aksiller kırışlı bir hastada lenfore 
gelişti. Cerrahi tedavi uygulanan olgulardan sadece biri 5 yıl yaşadı. İki 
olguda rekurrenssiz sürvi iki yıl olarak saptanlı. Yedi olgu çalışma dön-
nemi içinde kaybedildi. Diğer olgular çalışmanın bitirildiği tarihten kısa 
zaman önce ameliyat edildiğinden, sürvileri konusunda detaylı bilgi ve-
remedik.

(F.: 7)
TARTIŞMA

Nadir olarak bilinen MM’un ensidensinde son yıllarda bir artış kaydedilmiştir. MM’un erkeklerde %0.016, kadınlarda %0.002 oranında görülüğü bildirilmiştir (4). MM’un beyazlarda zencilere nazaran daha yüksek olduğu bilinmekte ve en çok 50-60 yaşları arasında görülmektedir (15, 16). Serimizde yaş ortalaması 53, olgularımızın %54’ü erkek, %46’sı kadındır.

Malign melanomda klinik bulgu ve semptomlar, kısıtlı olan laboratuvar tetkiklerini de göz önüne alarak çok önemlidir. Tümör hacminde artma, renk değişikliği, ağrı, kaşıntı, kolay kanama ve ülserasyon ön plandadır (4, 6). Çalışmamızda en çok rastladığımız belirti %88.2 oranında tümör hacmine büyükteydii.

Malign melanomların kesin tanısında biyopsi en önemli vasıtaştır. Bazı araştırmacılarnı ensizyonel ve kazıma biyopsilerinin yapılabileceğini bildirmelerine rağmen bu iki biyopsi şekli fazla rağbet görmemiştir (1, 9).

Çalışmamızda eksizyonel biyopsi vazgeçilmez kesin tanı aracıydı.

Rutin tetkiklerden başka klinik stage tayini için MM’lularda lenfangjiografi yapılmaktadır (15). Keza teletermografi ve kontakt termografi MM’da tanı araçları arasında yer almaktadır (3).

Cerrahi tedavi MM’da diğer tedavi metotlarına tercih edilmelidir. Cerrahi tedavi, primer tümörün yerine, büyüklüğine, invazyon derinliğine, regionel lenf ganglionlarının atake olup olmamasına göre düzenlenir (9). Clark kitterlerine göre seviye 1 MM’da veya Lentigo MM’da 1 cm. genişliğinde eksizyon yeterlidir (4, 9). Eksizyon yeri primer kapatılır. Seviye 2 lezyonlarında eksizyon sınırını 2 cm. kabul eden merkezlerin yanında seviye 2, 3 ve daha derin invazyonlarda ve tüm nodüller melanomlarda eksizyon sınırını 5 - 13 cm. arasında kabul edenler de vardır (9). Urs ve Özman’a göre stage 2’den lezyonun distalinde 5, proksimalinde 7, yanlarda ise 6 cm.’lik eksizyon mesafesi kabul edilir. Stage 3’de ise eksizyon payı daha da genişletilir (18). Serimizde eksizyon sınır primer MM’un distalinde 5 cm., proksimalinde 7 cm., yanlarda 6 cm. olarak uygulandı. Ancak bu sınır lenfatik musabiyetin genişliği göz önüne alınarak lezyonun proksimalinde 15, distalinde 6 ve yanlarda 8 cm.’ye kadar geniş tutulabilir. Geniş eksizyonlu alttaki fasyanın korunması veya çıkarılması konusunda görüşler değişiktir. Bazı araştırmacılarnı ileri invazyonda fasyanın çıkarılmasını bazıı korunmasını önerir (12). Çalışmamızda büyük ve ülserasyonlu MM olgularında eksizyon fasyanın alınına kadar derinleştirildi.
MM’un lokalizasyonu primer tümörün eksizyon sınırlarını etkileyebilir. Yüz ve topuk gibi bölgelerde eksizyon yerinin kapatılması eksizyon sınırları kısıtlamaya zorlarsa böyle yerlerde primer kapatma düşünülmeden eksizyon yapma en makul düştüncedir (10). Ekstremiteler malign melanomarda eksizyon ve regionel lenfadenidektomiden sonra ekstremitede nüks gelişirse yine amputasyon endikasyonu doğar (2).


İmmunoterapi, parlak neticeleri ile dünyanın bir çok yerinde kemoterapi ile mukayese edilerek ona üstün tutulmaktadır (7, 14).


Malign melanomda sürvi yaşa göre bir özellikle göstermez. Beş yıllık
sürvinin kadınlarda %87,7, erkeklerde %73,6 olduğu ve 10 yıllık sürvice seksin öneminin azalığı bildirilmektedir (8). Sürvi primer lezyonun lokalizasyonuna göre de değişmektedir. Baş boyun melanomlarında 5 yıllık sürvi %45, gövdede %17 üst ekstremitede %37, alt ekstremitede %52 olarak bildirildi (9). Tümürün büyüklüğü sürviyi aksi yönde etkiler. Primer lezyonun yerinde ülserasyon yoksa sürvi daha uzundur. Ayrıca stage ve invazyon derecesi büyüükçe sürvi kısalır (5).

Onbeş olgumuzdan sadece biri 5 yıl yaşadı. Yedi olgu çalışma défini minin içinde kaybedildi. İki olgu postoperatif ikinci yılın sonunda da hastahıksız yaşamaktaydılar. Çalışmanın yapıldığı son yıl içinde tedavi edilen 4 olgu ile kontrole gelmeyen iki olgunun sürvisi konusunda bir görüş açıklayamıyoruz.

SONUÇ

Malign melanom şüphelenilen her lezyon acil elektif tedaviye kadar her türlü travmadan korunmalıdır. Tanı için biyopsi mutlaka eksizyonel olmalıdır. MM şüpheli olgularda genel anestezi kullanmalıdır. Cerrahi geniş eksizyon derin fasyanın altında kadar inmelidir. Defekt aksi taraf tan alınan serbest split-thickness grefle kapatmalıdır. Regionel ganglionlar palpabl ise primer tümörün eksizyonu ile aynı seansta lenfadenoidktomi, eğer palpabl ganglion yoksa 4-6 haftalık aradan sonra profilaktik regionel lenfadenoidktomi yapılmalıdır.

Preoperatif radyoterapi, diatermi kullanılmamalıdır. Cerrahi tedavi den sonra kemoterapi ve immunoterapinin kullanılması uygundur.

KAYNAKLAR


