

Melanoma malignum sebészi kezelése a marosvásárhelyi II. Sebészeti Klinika beteganyagában

Török Árpád¹, Neagoe Radu², Bancu Șerban¹, György-Fazakas István¹, Dénes Márton², Kántor Tibor oh.

¹Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, ²II. Sebészeti Klinika Marosvásárhely

Tratamentul chirurgical al melanomului malign în cazuistica Clinicii Chirurgie II. Tg-Mureș

Melanomul malign reprezintă 2-7% din totalul tumorilor cutanate. În tratamentul melanomului malign intervenția chirurgicală joacă rolul principal. Extirparea tumorii primare face posibilă susținerea unui diagnostic precis și definește factorii prognostici. Metastazele ganglionare în melanomul malign sunt prezente în 5-75%, iar apariția lor depinde de grosimea absolută a tumorii primare și de profunzimea invaziei. Metodele de investigație moderne introduse în ultimele decenii (ecografia, tomografia computerizată, determinarea ganglionului santinelă) permit aprecierea corectă a răspândirii regionale ale melanomului malign și în același timp influențează amploarea intervenției chirurgicale. În această lucrare prezentăm experiența Clinicii Chirurgie II. Tg-Mureș în tratamentul chirurgical al melanomului malign.

Cuvinte cheie: tumori cutanate, melanom malign, limfadenectomie regională, ganglionul santinelă

The surgical treatment of Melanoma malignum at the patients of the II. Surgery Clinic from Tg-Mures

The melanoma malignum represents 2-7% of all the skin tumors. While in the treatment of solid malignant tumors the multimodal therapy is in the forefront (surgical and oncological), in the treatment of Melanoma malignum the surgical intervention plays the main role. The removal of the primer tumor enables the diagnosis and the determination of prognostic factors. Lymphoid metastasis are present in 5-75% of the cases. Their appearance depends on the absolute thickness of the primer tumor and the deepness of the invasion. The diagnostic methods introduced in the late decades (ultrasound scanning, CT, sentinel lymph node determination), make possible the determination of regional expansion of the Melanoma malignum, and they have an influence on the extension of the surgical intervention. In our dissertation we present the applied surgical procedures, observed complications and the results of the recorded cases through many years at the patients of the II.Surgery Clinic from Tg-Mures.

Keywords: skin tumours, melanoma malignum, regional lymphadenectomy, sentinel node

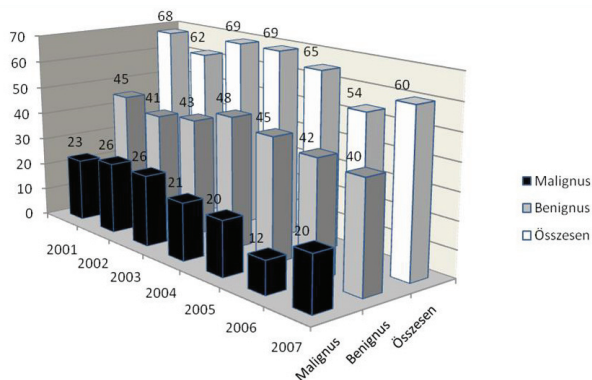
Orvostudományi Értesítő, 2008, 81 (2): 119-121

www.orvtudert.ro

A melanoma malignum incidenciája világszerte évről évre növekszik és egyre fiatalabb korosztályokat érint. Elsősorban a felnőtt lakosságot érintő megbetegedés, előfordulása nagyon ritka serdülőkor előtt. A statisztikai adatok szerint leggyakrabban a 40 és 50 év közötti életkorban jelentkezik. A legtöbb európai országban csaknem kétszer annyi nő betegszik meg, mint férfi. A leggyakoribb előfordulási helye nőknél a lábszár és az arc, míg férfiakon elsősorban a törzs, leggyakrabban a hát.

Anyag és módszer

Megvizsgáltuk a marosvásárhelyi II. Sebészeti Klinikán 2001-2007 között, a bőrdaganatok eltávolítása céljából végzett műtéteket. A szövettani eredmények alapján feldolgoztuk a melanoma malignum incidenciáját, lokoregionális terjedését, valamint a műtéti beavatkozás kiterjesztését.



1. ábra. A szövettanilag megvizsgált bőrdaganatok eloszlása 2001-2007 között

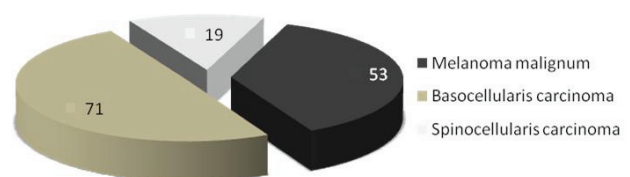
Eredmények

A marosvásárhelyi II. Sebészeti Klinikán 2001-2007 közötti periódusban 447 esetben végeztünk szövettanilag vizsgált sebészeti beavatkozást bőrdaganat eltávolítása céljából. A jóindulatú és rosszindulatú bőrdaganatok, a vizsgált évekre történő eloszlását az 1. ábra szemlélteti.

A bőrdaganatok 68%-a (304 eset) benignusnak bizonyult. 32%-ban (143 eset) malignus bőrdaganatot diagnosztizáltunk (2. ábra).

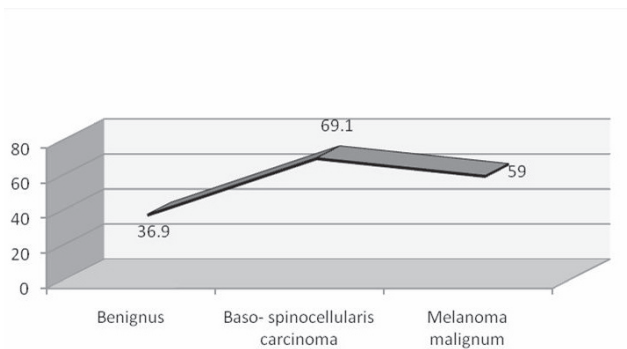
Az átlagéletkor változott a bőrdaganatok szövettani formájának függvényében. Míg a spino-basocellularis carcinoma 41 éves korban jelentkezett leghamarabb, addig a melanoma malignum már egy 21 éves betegnél is kórismezésre került (3. ábra).

Az 53 melanoma malignumos beteg esetében a primer daganat eltávolítására alkalmazott műtéti eljárások a



2. ábra. A malignus bőrdaganatok gyakorisága 2001-2007 között





3. ábra. Az átlagéletkor változása a daganatok szövettani lelete függvényében

1. táblázat. A melanoma malignum vastagságának szövettani meghatározása

| A daganat vastagsága | Esetszám |
|----------------------|----------|
| < 1 mm | 8 |
| 1-4 mm | 30 |
| > 4 mm | 15 |

következők voltak:

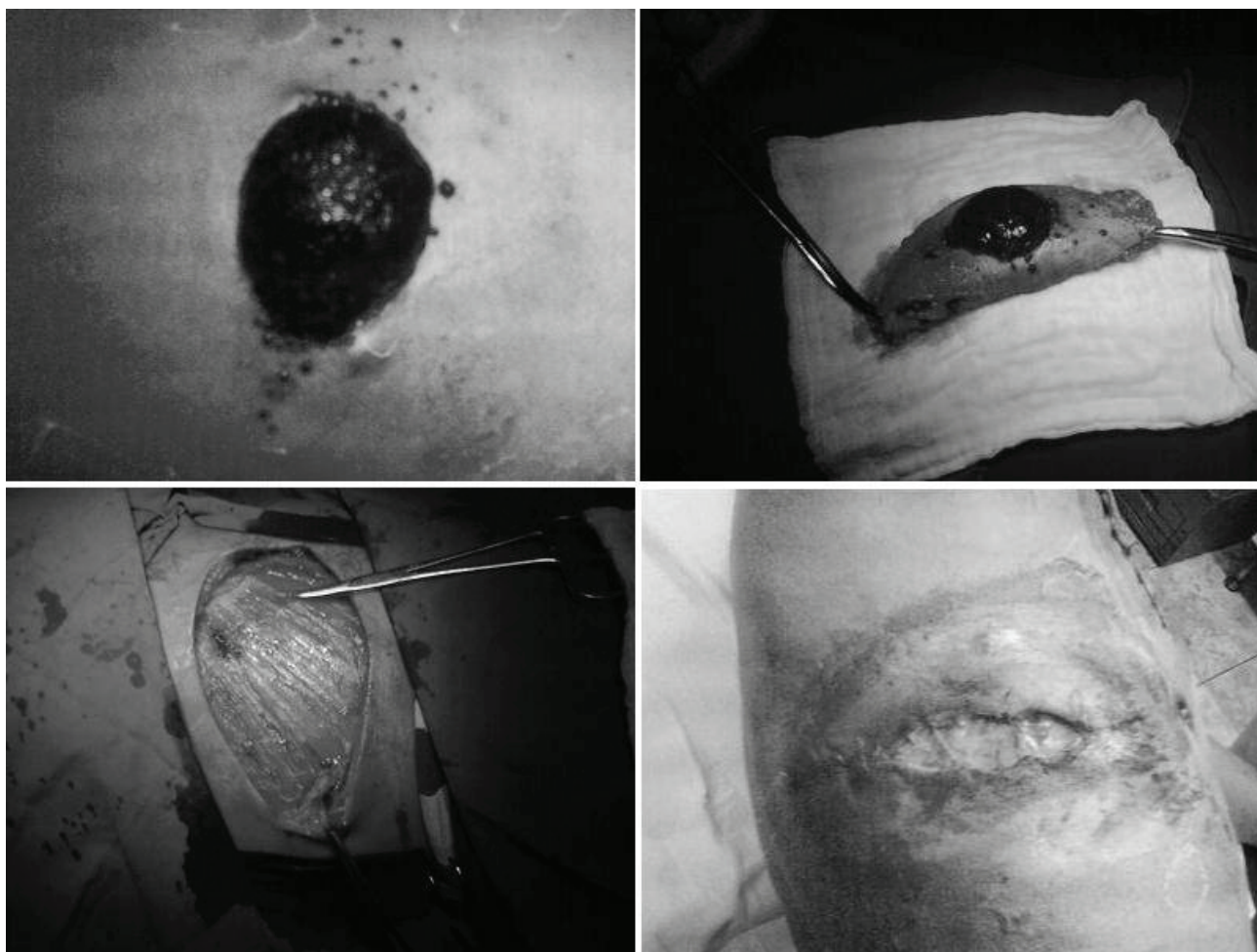
- babérlevél excízió, primer sebvarrat – 45 esetben;
- széles excízió, plasztikai sebészeti sebzárás (elcsúsztatott bőrlebens, szabad bőrátültetés) – 8 esetben (**4. ábra**).

A primer daganat eltávolítását követően 5 esetben volt szükség reexcízióra az onkológiai határ betartása érdekében.

A melanoma regionális terjedését klinikai vizsgálattal, ultrahangos és komputertomográfias explorációval határoztuk meg. 25 esetben végeztünk regionális nyirokcsomó blokkdisszekciót, amelyből 18 esetben nyirokcsomó áttét volt kimutatható. Két esetben találtunk távoli áttétet (máj-cseplesz, mellékvese), amelyeket eltávolítottunk.

Megbeszélés

A primer bőr melanoma sebészeti kezelése az úgynevezett széles kimetszés megfelelő ép széllel [6]. Az 1980-as években a primer elváltozás vastagságától függetlenül az 5 cm-es ép széllel történő kimetszés az alatta levő fasciával együtt volt az általánosan elfogadott kezelési eljárás, amely a legtöbb esetben lehetetlenné tette a seb direkt varrattal történő



4. ábra. Egy 65/40/15 mm méretű mellkasfali melanoma malignum széles excíziója, axilláris lymhadenectomia és szabad bőrátültetés műtéti és műtét utáni képe

zárását. Breslow kimutatta, hogy a szövettanilag vékonyabb melanomák esetén recidívák és áttétek ritkábban fordulnak elő [3]. Ez a felismerés vezetett oda, hogy vékonyabb elváltozások esetén keskenyebb ép szél is elegendő lehet [4]. Jelenleg a kimetszéseket a fascia szintjéig végezzük. Az elváltozás alatti fascia eltávolítása csak abban az esetben szükséges, ha a daganat azt érinti [5]. Ha a kimetszés után a seb direkt varrattal zárhatóan tűnik, akkor babérlevél excíziót végzünk. A kimetszés hossz tengelye lehetőleg a nyirokvezetés irányába kerüljön, és megközelítőleg legalább háromszor akkora legyen, mint a szélessége. Ha a kimetszés után a seb nem zárható, akkor a defektus fedésére plasztikai eljárásokat alkalmazunk.

A klinikailag negatív nyirokcsomók sebészi kezelése, az úgynevezett elektív regionális lymphadenectomia a melanoma malignum legvitatottabb kérdése [6]. 1892-ben Snow javasolta a klinikailag áttétmentes regionális nyirokcsomók sebészi eltávolítását, amely azonban számos szövődménnyel és kellemetlenséggel járhat a beteg számára: általános érzéstelenítés, sebfertőzés, limfödéma és érzészavar. A retrospektív tanulmányok eredményeiből kiderült, hogy a vékony melanomák (<1mm) esetén a regionális nyirokcsomók daganatos érintettségének a kockázata rendkívül alacsony (5%), gyógyulási esélyük pedig nagyon jó (>98%). Ennél a betegcsoportnál a regionális elektív blokkdisszekció semmiképpen nem javasolható. A vastag melanomák (>4mm) esetén a regionális nyirokcsomók daganatos érintettségének az aránya magas (>60%), ugyanakkor az okkult távoli áttétek aránya is magas (>70%), ezért az elektív lymphadenectomia ebben a betegcsoportban megkérdőjelezhető. A közepes vastagságú melanomák (1-4 mm) esetében azonban a retrospektív tanulmányok statisztikailag szignifikánsan jobb túlélési eredményeket igazoltak az elektív blokkdisszekcióval kezelt betegcsoportban [8].

A preventív és radikális nyirokcsomó-kiirtás problematikáját megoldja az őrszem nyirokcsomó-biopszia bevezetése, amely kevés műtéti szövődménnyel jár, pontos stádiummeghatározást és korai radikális regionális lymphadenectomia elvégzését teszi lehetővé [7]. A módszert Alex és Krag (1993) vezette be ^{99m}Technécium izotóppal jelölt kolloidot fecskendezve a primer daganatba, majd műtét közben az őrszem nyirokcsomót kézi gamma-szondával azonosították [1].

A regionális áttéteket két csoportba osztjuk: 1. a primer elváltozás és a régió közötti megjelenő limfogén áttétek, az úgynevezett in-tranzit áttétek; 2. a regionális nyirokcsomókban kialakult áttétek. Izolált regionális áttétek esetén remény van a beteg gyógyulására, ezért a sebészi kezelés radikális kell legyen. Egyidejű távoli áttétek esetén is fontos a regionális kontroll palliatív szándékkal. Irodalmi adatok szerint nyirokcsomó áttétek eltávolítása után az ötéves túlélés 19-43% között van. Prognosztikai szempontból a primer tumor vastagságának és a daganatoson érintett nyirokcsomók számá-

nak van döntő jelentősége [9].

Az utóbbi években gyógyszerként humán rekombináns tumor necrosis factor-alfát és az interferon-gammát is alkalmazták egyedül vagy melfalannal kombinálva. Az eredmények biztatóak, a komplett remisszió aránya 80%-ra nőtt [2].

Következtetések

- az atípusos (dysplasiás) anyajegyeket mutató egyének felvilágosítása és rendszeres ellenőrzése félévente, évente javasolt,
- rosszindulatú bőrdaganatok között a melanoma malignum a második helyet foglalja el a gyakoriság szempontjából,
- a melanoma malignum fiatalabb korban jelentkezik, mint a más típusú malignus bőrdaganatok,
- a lokoregionális stádiumú melanoma malignum kezelésében a sebészetnek meghatározó szerepe van,
- az őrszem nyirokcsomó meghatározásának hiányában a regionális nyirokcsomók blokkdisszekciója elengedhetetlen,
- a metasztatikus melanoma malignum sebészi kezelése kapcsán felmerül a sebészi citoredukció és az adjuváns specifikus immunkezelés jelentősége,
- a melanoma malignum eredményes kezelésének alapfeltétele még ma is a korai diagnózis és az időben elvégzett sebészi kezelés.

Irodalom

1. Alex J.C., Weaver D.L., Fairbank J.T. et al – *Gamma-probe guided lymph node localization in malignant melanoma*. Surg Oncol., 1993, 2: 303-308.
2. Alexander H.R., Fraker D.L., Bartlett D.L. – *Isolated limb perfusion for malignant melanoma*. J Surg Oncol., 1996, 12:416-428.
3. Breslow A. – *Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma*. Ann Surg., 1970, 172:902-908.
4. Day C.L. Jr., Mihm T.M., Sober A.J. et al. – *Narrower margins for clinical stage I malignant melanoma*. N Engl J Med, 1982, 06:479-482.
5. Geraghty P.J., Johnson T.M., Sondak V.K. et al. – *Surgical treatment of primary cutaneous melanoma*. Senin Surg Oncol, 1996, 12:386-393.
6. Harris M., Shapiro R.L., Roses D.F. – *Malignant melanoma. Primary surgical management based on pathology and staging*. Cancer, 1995, 75:715-725.
7. Oláh J., Dobozy A. – *A melanoma malignum új TNM-beosztása*. Magy Onk, 2003, 47:59-61.
8. Shinghiff C.L., Stidham K.R., Ricci W.M. et al. – *Surgical management of regional lymph nodes in patient with melanoma*. Experience with 4682 patients. Ann Surg, 1994, 219: 120-130.
9. White R.R., Stanley W.E., Johnson J.L. et al. – *Long-term survival in 2505 patients with melanoma with regional lymph node metastasis*. Ann Surg, 2002, 235:879-887.