

# Anorektal bölge yerleşimli malign melanomlar: Dört olgunun sunumu

## Malignant melanomas in anorectal region: report of four cases

Cemil ÇALIŞKAN,<sup>1</sup> Özgür FIRAT,<sup>2</sup> Özer MAKAY,<sup>2</sup> Fatih TEKİN,<sup>3</sup> Gürdeniz SERİN,<sup>4</sup> Başak DOĞANAŞARGİL,<sup>4</sup>  
Murat SEZAK,<sup>4</sup> Erhan AKGÜN,<sup>1</sup> Mustafa KORKUT<sup>1</sup>

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, <sup>1</sup>Genel Cerrahi, Proktoloji Bilim Dalı, <sup>2</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı,  
<sup>3</sup>Gastroenteroloji Bilim Dalı, <sup>4</sup>Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Melanomun deri ve gözden sonra en sık rastlandığı üçüncü yer anorektal bölgedir. Bu çalışmanın amacı anorektal malign melanom ile ilgili deneyimlerimizi gözden geçirmek ve meslektaşlarımızla paylaşmaktır. Kliniğimizde 1998 ve 2008 yılları arasında tedavi edilen dört malign melanomlu hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Dört hastanın üçü erkekti. Ortalama yaş 54,75 (dağılım 45-64) idi. Tüm hastalarda esas yakınma rektal kanamayıydı. Dört hastanın üçü ilk iki yıl içinde dissemine hastalık sebebi ile kaybedildi. Onkolojik cerrahide küratif rezeksiyon yapabilmek için erken teşhis şarttır. Primer anorektal malign melanom genellikle tanıdaki gecikmeler nedeniyle tüm tedavi çabalarına karşın oldukça kötü prognoza sahip saldırgan ve nadir bir tümördür.

**Anahtar sözcükler:** Abdominoperineal rezeksiyon; kanser; malign melanom.

After the skin and eyes, the third most frequently encountered location of melanoma is the anorectal region. The aim of this study was to review our experience about anorectal malignant melanoma and share the results with other colleagues. The medical records of the patients treated for malignant melanoma in our clinic between 1998 and 2008 were retrospectively reviewed. Three of the four patients were male. The mean age of the patients was 54.75 years (45-64). All patients were admitted with rectal bleeding. Three of the patients died due to disseminated disease in the first two years. Early detection is crucial in oncological surgery in order to achieve a curative resection. Despite all of the therapeutic efforts, primary anorectal malignant melanoma is a rare and aggressive neoplasm associated with an extremely poor prognosis, usually because of a delay in the diagnosis period.

**Key words:** Abdominoperineal resection; cancer; malignant melanoma.

Malign melanomlar (MM), deri pigmentasyonunu sağlayan melanositlerden köken alan agresif seyirli nadir tümörlerdir. Gastrointestinal sistemde (GİS) primer malign melanom görülmesi oldukça enderdir. GİS'te saptanan lezyonlar çoğunlukla ciltte yerleşmiş ve primer odağı ortaya konamamış melanomların GİS'e yaptığı metastazlardır. Tüm gastrointestinal tümörlerin içerisinde malign melanomlar %1-2'lik bir orana sahiptir.<sup>[1]</sup> Anorektal bölge bu bakımdan GİS'e göre farklılık arz etmektedir. Çünkü MM'ların deri ve gözden sonra en sık yerleşim yeri anorektal bölgedir.<sup>[2]</sup> Anorektal yerleşimli MM ilk kez 1857 yılında Moore ta-

rafından tanımlanmıştır.<sup>[3]</sup> Anorektal malign melanomlar hem anorektal malignitelerin hem de tüm malign melanomların %2'sinden azını oluştururlar.<sup>[4]</sup> Çeşitli kaynaklarda etkilenen olguların sıklıkla kadın ya da erkek olduğuna dair görüşler bildirilse de genellikle her iki cinsi de eşit oranda etkilediğini ya da kadınları bir miktar daha sıklıkla etkilediğini söylemek yanlış olmaz.<sup>[5,6]</sup> Genellikle hayatın 5. ve 6. dekadlarında görülmektedirler.<sup>[7]</sup> Başvuru şikayetleri hemen daima rektum tümörlerinin tipik bulgularını taklit eder ve spesifik tanı koydurucu bir semptom mevcut değildir. MM'nin anüs-teki cilde ait çok katlı yassı epitel ile rektumdaki



Şekil 1. İkinci olguya ait transrektal ultrasonografi görüntüsü.

silindirik epitel arasındaki geçiş bölgesinden melanositik hücrelerin proliferasyonu ile geliştiğine inanılmaktadır.

### OLGU SUNUMU

**Olgu 1-** Kırk beş yaşında erkek hasta 18 aydır devam eden rektal kanama, tenezm, konstipasyon ve pelvik ağrı şikâyeti ile başvurdu. Rektal muayenesinde anal vergeden itibaren başlayan tümöral kitle mevcuttu. Rektosigmoidoskopi (RSS) ile alınan biyopsi kitlenin MM olduğunu rapor etti. Transrektal ultrasonografi (TRUSG) kitle lümenine girişe izin vermediği için yapılamadı. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) pelvisi tamamen dol-

duran tümöral kitle tesbit edildi. Ayrıca, her iki ili-yak bölgede yaygın lenfadenopatiler (LAP) ve sağ ili-yak kemikte yaklaşık 5 cm'lik metastatik lezyon mevcuttu. Doppler USG ile kitle içerisinde malign özellikli hipervaskülarizasyon saptandı. Bu bulgularla inkürabl anorektal malign melanom olarak değerlendirilen hastaya obstrüktif şikâyetlerinin giderilmesi amacıyla transvers baget kolostomi açıldı ve taburcu edildi. Medikal onkoloji kliniğinde kemoterapi tedavisi devam eden hasta postoperatif 10. ayda disemine hastalık sebebiyle kaybedildi.

**Olgu 2-** Elli bir yaşında kadın hasta 6 aydır bulunan benzer şikâyetlerle başvurdu. Rektumun 3. cm'sinde saptanan tümöral kitleye yapılan biyopsi sonucu MM olarak rapor edildi. TRUS da rektum duvarında yerleşerek tüm bağırsak katlarını geçmiş tümöral kitle saptandı (Şekil 1). Hastaya abdominoperineal rezeksiyon (APR) uygulandı. İlk ameliyatın histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırlar salim olarak bildirilmesine karşın 10 ay sonra perine insizyonunda gelişen nüks sebebiyle tekrar kitle eksizyonu uygulanan hasta ikinci ameliyattan 19 ay sonra yaygın karaciğer metastazları sebebiyle kaybedildi.

**Olgu 3-** Altmış dört yaşında erkek hasta rektal kanama sebebiyle başvurdu. Rektumun 4. cm'sinde biyopsi ile tanı konamayan şüpheli malign kitesi mevcuttu. Transanal lokal eksizyon uygulanan hastanın histopatolojik incelemesi MM olarak rapor edilince hastaya APR önerildi. Cerrahi ve medikal tedavi önerilerini reddeden hasta üç ay kadar sonra takipten ayrıldı. Bir yıl sonra telefonla yapılan takipte yaygın akciğer ve kemik metastazları

Tablo 1

Olguların demografik ve histopatolojik incelemeleri ile ilgili detaylar

No	Yaş / Cinsiyet	Ameliyat	Tm çapı / invazyon derinliği (cm)	Patoloji, LNM	Takip / Akibet	İmmünohistokimyasal boyama										
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	45, Erkek	Baget kolostomi	15/?	MM	10 ay /eX	+	+	+	-	-	-	Ø	Ø	-	Ø	+/+
2	51, Kadın	APR	3x4/2,7	MM 0/12 LNM	19 ay /eX	+	+	+	-	-	Ø	Ø	Ø	-	+	+/+
3	64, Erkek	Ø	4/?	MM	12 ay /eX	+	+	+	-	-	-	Ø	Ø	-	Ø	??
4	59, Erkek	APR	6x8/2,9	MM 3/17 LNM	10 ay /hayatta	+	+	+	+	+	-	-	-	Ø	Ø	+/+

1: HMB-45; 2: s100; 3: Melan-A; 4: Pansitokeratin; 5: Vimentin; 6: Sitokeratin 20; 7: Sinaptofizin; 8: Kromagranin; 9: Aktin; 10: NSE (Nöron Spesifik Enolase); 11: Lenfatik/Venöz İnvazyon; Ø: Uygulanmadı; LNM: Lenf Nodu Metastazi; ?: Bilinmiyor.

sebebiyle yurtdışında tedavi gördüğü ve terminal dönemde olduğu öğrenildi.

**Olgu 4-** Elli dokuz yaşında erkek hasta başka bir klinikte yapılan biyopsi sonucu ile kliniğimize refere edildi. MM tanısı konmuş olan hasta preoperatif evrelemesinin ardından APR ameliyatı ile tedavi edildi (Şekil 2). Halen kemoterapisi devam eden olgu postoperatif 10. ayında olup lokal nüks veya uzak metastaz bulgusu mevcut değildir. Bu olguya ait HMB-45, S-100 ve Melan-A immünohistokimyasal boyama sonuçları pozitif bulundu (Şekil 3).

Olguların demografik ve histopatolojik incelemeleri ile ilgili detaylar Tablo 1’de özetlenmiştir.

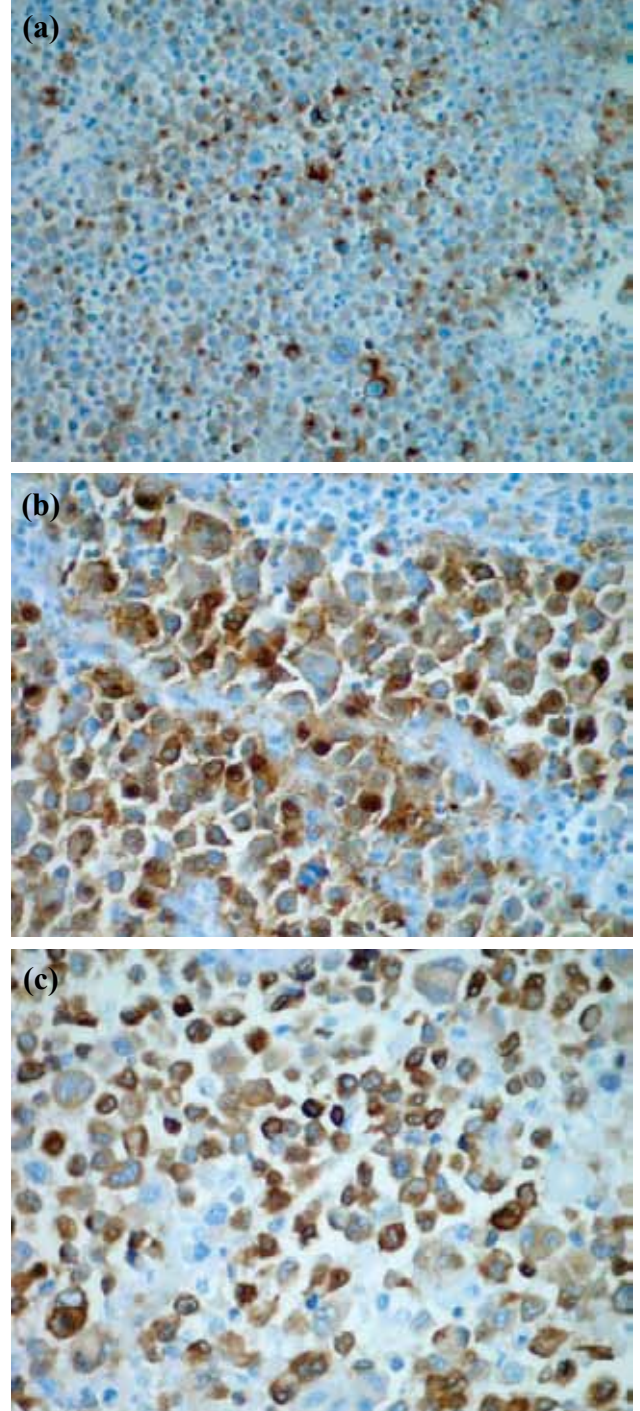
### TARTIŞMA

Erişkin yaşta saptanan primer mukozal MM’lerin intestinal yapıların embriyolojik dönemde migrasyonu esnasında nöral krestten köken alan ve intestinal yapılar ile birlikte göç eden melanositlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.<sup>[8]</sup> Karşıt görüşteki yazarlar ise primer tümörün GİS’deki tümör saptanmadan önce gerilediğini veya klinik olarak saptanamayacak kadar küçük olduğunu savunmaktadırlar. Anorektal bölgede yer alan MM da dâhil olmak üzere GİS’te saptanan MM’lerin primer mi yoksa metastatik mi oldukları tartışması süredursun, MM gastrointestinal sisteme metastaz yapma olasılığı en yüksek tümörlerdendir. Metastazlar sıklıkla asemptomatiktir. Mortal seyreden



**Şekil 2.** Dördüncü olguya ait spesmenin makroskobik görünümü.

olguların otopsilerinde %60 oranında gastrointestinal sisteme metastaz saptanmakla beraber bu hastaların yalnız %4’ünde premortem dönemde me-



**Şekil 3.** Dördüncü olguya ait mikroskopik örnekler; (a) HMB-45 immünohistokimyasal boyama x40, (b) S-100 immünohistokimyasal boyama x100, (c) Melan-A immünohistokimyasal boyama x100.

## KAYNAKLAR

tastaz saptanabilmiştir. Tüm histolojik alt tipler GİS metastazı yapabilmektedir.<sup>[9]</sup> Anorektal yerleşimli MM'ler metastatik olanlar gibi sıklıkla aynı immünohistokimyasal karakteri taşıyan, sıklıkla pigmente ya da amelanotik, multipl polipoid veya daha az sıklıkla soliter kitlesel lezyonlar şeklindedir. Genellikle üzerindeki mukozaya ülseredir. Kutanöz orjinin bulunamadığı veya regrese olduğu olgularda primer anorektal MM ile metastatik olanların ayrımı oldukça güç olabilir. Primer orjinin bilinmediği durumlarda tümörün tek ve soliter olması, başka organ metastazının olmaması, histolojik olarak prekürsör lezyonlarla birlikte olması daha çok primer anorektal MM'yi düşündürmektedir.<sup>[10]</sup> Bizim olgularımızda da semptomlar tipik rektum adenokarsinomunu taklit etmekteydi ve en sık şikayet rektal kanama olmuştur.<sup>[11]</sup>

Anorektal MM'lerin prognozları aynı bölgede yerleşen adenokanserlere ve kutanöz orjinli MM'lere göre belirgin ölçüde kötüdür. Mayo kliniği'nde yapılan bir çalışmada beş yıllık yaşam %22 ve kür şansı %16 olarak verilmiştir.<sup>[12]</sup> Ancak, uzun yaşam süresi bildiren serilere bakıldığında uzun sağkalım gösteren olguların çoğunda 2 mm'den daha az invazyon derinliği izlenmektedir.<sup>[13]</sup> Ne var ki MM'lerin radyoterapiye yanıtız olması, kemoimmünoterapinin yararının tartışmalı olması nedeniyle, cerrahi tedavi olguların çoğunda seçilen tedavi yöntemi olmaktadır.

Prognozu en çok etkileyen bir başka faktör de aynı anda saptanan metastazların olup olmamasıdır.<sup>[2]</sup> Bunun yanında tanı anında tümörde ülserasyon olması, ülser kraterinin zengin vaskülarite göstermesi de prognozu etkileyen subjektif bulgularlardır. Erken saptanan lezyonlarda küratif rezeksiyon tek tedavi seçeneği olmakla beraber bu bulguların geliştiği hastalarda cerrahi tedavi prognozu etkilememektedir.<sup>[6]</sup> Bununla birlikte literatürde 21 yıla kadar uzayan sporadik olgular rapor edilmiştir.<sup>[14]</sup>

1. Elsayed AM, Albahra M, Nzeako UC, Sobin LH. Malignant melanomas in the small intestine: a study of 103 patients. *Am J Gastroenterol* 1996;91(5):1001-6.
2. Pantalone D, Taruffi F, Paolucci R, Liguori P, Rastrelli M, Andreoli F. Malignant melanoma of the rectum. *Eur J Surg* 2000;166(7):583-4.
3. Ojima Y, Nakatsuka H, Haneji H, Kurihara T, Sadamoto S, Ohmoto T, et al. Primary anorectal malignant melanoma: report of a case. *Surg Today* 1999;29(2):170-3.
4. Fenoglio CM, Noffsinger AE, Stemmerman GN, Lantz PE, Listrom MB, Rilke FO. *Gastrointestinal pathology, an atlas and textbook*. 2th ed. Phi-NY, Lippincott-Raven Publishers; 1999. p. 1120-5.
5. Kim KW, Ha HK, Kim AY, Kim TK, Kim JS, Yu CS, et al. Primary malignant melanoma of the rectum: CT findings in eight patients. *Radiology* 2004;232(1):181-6.
6. Kayhan B, Turan N, Ozaslan E, Akdogan M. A rare entity in the rectum: malignant melanoma. *Turk J Gastroenterol* 2003;14(4):273-5.
7. Alexander RM, Cone LA. Malignant melanoma of the rectal ampulla: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1977;20(1):53-5.
8. Amar A, Jougon J, Edouard A, Laban P, Marry JP, Hillion G. Primary malignant melanoma of the small intestine. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16(4):365-7.
9. Kadivar TF, Vanek VW, Krishnan EU. Primary malignant melanoma of the small bowel: a case study. *Am Surg* 1992;58(7):418-22.
10. Nicholson AG, Cox PM, Marks CG, Cook MG. Primary malignant melanoma of the rectum. *Histopathology* 1993;22(3):261-4.
11. Slingluff CL Jr, Vollmer RT, Seigler HF. Anorectal melanoma: clinical characteristics and results of surgical management in twenty-four patients. *Surgery* 1990;107(1):1-9.
12. Weinstock MA. Epidemiology and prognosis of anorectal melanoma. *Gastroenterology* 1993;104(1):174-8.
13. Delikaris P, Koutmeridis D, Tsonis G, Asimaki A, Mouratidou D. Synchronous anorectal malignant melanoma and rectal adenocarcinoma: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1997;40(1):105-8.
14. Wade TP, Goodwin MN, Countryman DM, Johnson FE. Small bowel melanoma: extended survival with surgical management. *Eur J Surg Oncol* 1995;21(1):90-1.