

Topukta Malign Melanoma Eksizyonu Sonrası Popliteal Lenf Nodu Metastazı

Popliteal Lymph Node Metastasis After Excision of the Malign Melanoma of the Heel: Case Report

Dr. Mustafa YILMAZ,^a
Dr. Ozan BALIK,^a
Dr. Reşat Altuğ AKTAŞ,^a
Dr. Adnan MENDERES^a

^aPlastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 03.11.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 20.12.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ozan BALIK
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
ozanbalik@yahoo.com

ÖZET Bacağın distali ve ayak yerleşimli malign melanomalar genellikle kasık lenf nodlarına drene olmaktadır. Bazen de ilk lenfatik drenaj popliteal lenf nodlarına olabilmektedir. Sol topuk bölgesinde maküler lezyonu bulunan 50 yaşında kadın olgu sunulmuştur. Eksizyonu takiben patoloji raporu 6.63 mm kalınlıkta ve Clark Evre 5 malign melanoma olarak rapor edilmiştir. Sistemik metastaz bulgularına rastlanmayan olgu tümör kalınlığı nedeni ile ileri bir cerrahi girişim düşünülmemiş ve klinik izleme alınmıştır. Takibinin 21. ayında ipsilateral kasık bölgesinde 3 x 2 cm palpabl lenf nodu mevcut olup preoperatif lenfosintigrafisinde hem kasıkta hem de popliteal bölgede lenfatik tutulum görülmüştür. Patoloji raporunda sadece popliteal lenf nodunda tümör pozitif sonuçlanmıştır. Bunun üzerine hem popliteaya hem de kasık lenf nodlarına eş zamanlı lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Popliteal lenf nodlarının malign melanoma tutulumlarında kasık bölgesinin de aynı zamanda lenfatik diseksiyona dahil edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Sentinel lenf nodu biyopsisi; melanom

ABSTRACT Generally, melanoma of the distal leg and the foot metastasize to the lymph nodes of the groin. Sometimes the first site of nodal disease may be the popliteal fossa. A 50-year-old woman presented with pigmented macular lesion on the left heel. Pathology report was positive for malign melanoma, 6.63 mm thickness and Clark's level V, following excision. There was no evidence for systemic metastasis; additional surgical intervention was not performed because of the thickness of the lesion and the patient was monitored. After 21 months, we noticed a 3 x 2 cm palpable inguinal lymph node on the same side and popliteal lymphatic metastasis was determined by pre-operative lymphoscintigraphy. Pathologic report was positive for only popliteal sentinel lymph node. We performed both popliteal and groin lymph node dissections simultaneously. We suggest that groin and popliteal lymphatic dissection must be performed together for popliteal lymph node positive malign melanoma cases.

Key Words: Sentinel lymph node biopsy; melanoma

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(2):543-6

Malign melanoma, insidansı tüm dünyada hızla artmakta olan bir deri kanseridir. Malign melanomanın efektif tedavisinde erken dönemde geniş cerrahi eksizyon ve drene olduğu lenf nodu bölgesinin diseksiyonu yer alır.¹ Malign melanoma olgularında lenfatik drenaj bölgelerinin tutulumu prognoz ve survi açısından en önemli faktörlerdir.² Morton ve ark. 1992'de sadece metilen mavisi kullanarak sentinel lenf nodunu tespit edebilmiş ve bu yöntemin prognostik önemini vurgulamıştır.³ Daha sonra gama probu rehberliğinde, sentinel lenf nodu uygulamaları ile yöntemin başarısı artmıştır.⁴⁻⁷

Bacağın distalinde ve ayak yerleşimli malign melanoma olgularında sıklıkla kasık lenf nodları birincil metastaz bölgesi olarak görülmektedir. Bununla birlikte bazen popliteal bölge, nodal metastaz için birincil bölge olabilmektedir. Literatürde de nadir rastlanan bu olgularda sentinel lenf nodunun tümöral tutulum göstermesi halinde popliteal lenf nodu diseksiyonu yapılması önerilir.⁸

Bu makalede topukta malign melanoma olan ve popliteal tutulum gerçekleşen bir olgumuzdaki yaklaşımımız ve tedavi protokolümüz tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Haziran 2005'te 50 yaşında bayan hasta sol topuk bölgesinde maküler lezyon şikayeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Lezyon 1 cm güvenlik sınırı ile eksize edilmiş ve deri grefti ile defekt kapatılmıştır. Patoloji sonucu 6.63 mm kalınlıkta, ülser ve Clark Evre 5 malign melanoma olarak gelmiştir. Cerrahi sınırlar temiz olarak rapor edilmiştir. Biyokimyasal parametreler normal sınırlarda bulunmuştur. Palpe edilebilir lenf nodu olmayan ve sistemik taramalarında metastaz gözlenmeyen olgu medikal onkoloji görüşü alınarak, sadece cerrahi sınır genişletilmesi uygulanmış ve interferon tedavisi başlanmıştır. Olgu 3'er ay arayla poliklinik kontrolüne çağırılmıştır.

Takiplerinin 21. ayında greftlenen topuk bölgesinde hiperkeratotik - vejetatif natürde 3 x 3 cm'lik kitle ve kasıkta 3 x 2 cm ele gelen lenfadenopati ile klinikte değerlendirilmiştir (Resim 1).

Rutin sistemik taramalarında sol inguinal bölgede ele gelen lenfadenopati dışında metastaz lehine bulgu saptanmamıştır. Topuktaki kitlenin

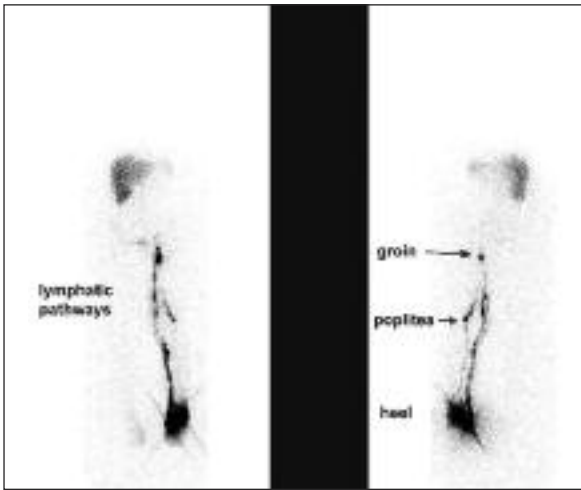


RESİM 1: Hiperkeratotik - vejetatif topuk lezyonu.

insizyonel biyopsisi epitelyal hiperplazi olarak sonuçlanmıştır. Bunu takiben olguya preoperaif lenfosintigrafi uygulanmış ve lenfosintigrafide hem kasık hem de popliteal bölgede aynı anda tutulum olduğu görülmüştür (Resim 2). Lenfosintigrafi sonucu doğrultusunda olgunun aynı taraflı hem kasık hem de popliteasından sentinel lenf nodu biyopsisi yapılmıştır. Kasık bölgesinde radyoaktif işaretlenen lenf nodunun aynı zamanda ele gelen lenf nodu olduğu görülmüştür. Patoloji raporunda kasık lenf nodu reaktif olarak sonuçlanırken popliteal lenf nodunda malign melanoma metastazı tespit edilmiştir. Bunun üzerine olgumuzda hem inguinal hem de popliteal bölgede lenf nodu diseksiyonu yapılmıştır. İnguinal diseksiyonu süperfisyal femoral lenf nodu diseksiyonu şeklinde, popliteal diseksiyonda Karakousis'in tanımlamış olduğu prensipler çerçevesinde uygulanmıştır (Resim 3). Lenf nodu diseksiyon materyallerinin sonucu tümör negatif olarak sonuçlandı. Olgumuz halen medikal onkoloji ve tarafımızca takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Alt ekstremitte malign melanomalarının lenfatik drenajı baş boyun bölgesine göre daha öngörülebilir bir bölgedir. Alt ekstremitte malign melanoma olgularında sıklıkla kasık bölgesine drenaj olurken popliteal lenf noduna metastazı son derece nadir bir durumdur. Kasık bölgesi lenf nodlarının popliteal lenf nodları ile eş zamanlı tedavi edilip edilemeyeceği ise açıklık kazanmamış bir konudur.^{9,10} Popliteal bölgede lenf nodlarının palpasyonu aşırı kilolu olgularda mümkün olmamaktadır. Kolay atlanır bir bölge olduğundan cerrahın uyanık olması gerekmektedir.¹¹ Sunmuş olduğumuz olgunun fizik muayenesinde popliteada herhangi bir lenfadenopati tespit edilememiştir. Sentinel lenf nodu diseksiyonu sırasında metilen mavisi ve lenfosintigrafik işaretlemenin birlikte yapılmasına rağmen sentinel nodun bulunmasında ciddi anatomik sıkıntılar vardır. Thompson ve ark. retrospektif çalışmalarında distal alt ekstremitesinde malign melanoma olan 4262 olgunun sadece 13 (%0.3)'ünde popliteada metastatik lenf nodu tespit edilmiştir. Bu olguların altısında daha önce elektif lenf nodu diseksiyonu (ELND), biri daha önce terapötik inguinal lenf no-



RESİM 2: Hem popliteal hem de kasık bölgesine olan lenfatik drenajın lenfosintigrafik olarak gösterilmesi.



RESİM 3: Cerrahi prosedür.

du diseksiyonu yapılmış olup, 3'üne popliteal lenf nodu diseksiyonu ile birlikte inguinal ELND eş zamanlı olarak, 2'si popliteal lenf nodu diseksiyonu ile eş zamanlı terapötik inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılmış.

Thompson ve ark. lenfosintigrafide popliteal drenaj görülürse sentinel lenf nodu biyopsisinin yapılması ve patoloji raporu metastaz yönünde gelir

ise popliteal lenf nodu diseksiyonu yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Kasık lenf nodlarının tedaviye katkısı kesin kanıtlarla gösterilemese de Thompson ve ark. kasık bölgesinde sentinel lenf nodu biyopsisi negatif sonuçlanan ama popliteal tutulumun gösterilebildiği tüm olgularda hem popliteal hem de inguinal lenf nodu diseksiyonunun yapılması gerektiğini savunmaktadır. Melanomunun kontrolü açısından en güvenli metodun bu olabileceği vurgulanmıştır. Bununla birlikte bu ek cerrahi girişimin surviye katkısı bilinmemektedir.¹²

Primer tümör kalınlığı 4 mm.den kalın malign melanoma olgularında yapılan randomize çalışmalar sonucunda standart bir tedavi protokolü yoktur. Sunmuş olduğumuz olguda tümör kalınlığı 6.63 mm idi ve ek bir cerrahi girişim planlanmamıştı. Tümör kalınlığı, ülserasyon ve lenf nodu tutulumu survi açısından olumsuz parametrelerdir. Bu evredeki bir malign tümörde, cerrahi sınırların negatif hale getirilmesinin, geniş diseksiyonların survi üzerine katkısı yok sayılacak düzeydedir.¹³ Tümör kalınlığı 4 mm.den kalın malign melanoma olgularında uzak metastaz son derece yüksek sıklıkla görülmektedir.¹⁴

Sentinel lenf nodu diseksiyonunda patoloji sonucu tümör negatif olarak sonuçlanmasına rağmen sunmuş olduğumuz olgumuzda hem popliteal hem de inguinal lenf nodu diseksiyonunu eş zamanlı olarak yapmaya karar verilmiştir. Karakousis'in 1980'de tanımladığı prensipler çerçevesinde popliteal diseksiyon tamamlanmıştır.¹⁵

Sonuç olarak, kliniğimizde daha önce popliteal bölgeye malign melanoma metastazına rastlanmamıştır. Popliteal lenf nodu tutulumu olup kasık lenf nodları tümör negatif olgularda, klinik faydası kesinleşmemiş olmasına rağmen bu tarz olgularda hem inguinal bölgede hem de popliteal bölgede eş zamanlı lenf nodu diseksiyonu yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Dubois RW, Swetter SM, Atkins M, McMasters K, Halbert R, Miller SJ, et al. Developing indications for the use of sentinel lymph node biopsy and adjuvant high-dose interferon alfa-2b in melanoma. *Arch Dermatol* 2001;137(9):1217-24.
- Cascinelli N, Morabito A, Santinami M, MacKie RM, Belli F. Immediate or delayed dissection of regional nodes in patients with melanoma of the trunk: a randomised trial. *WHO Melanoma Programme. Lancet* 1998;351(9105):793-6.
- Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK, et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg* 1992;127(4):392-9.
- Krag DN, Meijer SJ, Weaver DL, Loggie BW, Harlow SP, Tanabe KK, et al. Minimal-access surgery for staging of malignant melanoma. *Arch Surg* 1995;130(6):654-8.
- Alex JC, Weaver DL, Fairbank JT, Rankin BS, Krag DN. Gamma-probe-guided lymph node localization in malignant melanoma. *Surg Oncol* 1993;2(5):303-8.
- Alex JC, Krag DN. Gamma-probe guided localization of lymph nodes. *Surg Oncol* 1993;2(3):137-43.
- Albertini JJ, Cruse CW, Rapaport D, Wells K, Ross M, DeConti R, et al. Intraoperative radio-lympho-scintigraphy improves sentinel lymph node identification for patients with melanoma. *Ann Surg* 1996;223(2):217-24.
- Georgeu G, El-Muttardi N, Mercer D. Malignant melanoma metastasis to the sentinel node in the popliteal fossa. *Br J Plast Surg* 2002;55(5):443-5.
- Stadius Muller MG, Hennipman FA, van Leeuwen PA, Pijpers R, Vuylsteke RJ, Meijer S. Unpredictability of lymphatic drainage patterns in melanoma patients. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2002;29(2):255-61.
- Georgeu G, El-Muttardi N, Mercer D. Malignant melanoma metastasis to the sentinel node in the popliteal fossa. *Br J Plast Surg* 2002;55(5):443-5.
- Hatta N, Morita R, Yamada M, Takehara K, Ichihyanagi K, Yokoyama K. Implications of popliteal lymph node detected by sentinel lymph node biopsy. *Dermatol Surg* 2005;31(3):327-30.
- Thompson JF, Hunt JA, Culjak G, Uren RF, Howman-Giles R, Harman CR. Popliteal lymph node metastasis from primary cutaneous melanoma. *Eur J Surg Oncol* 2000;26(2):172-6.
- Heaton KM, Sussman JJ, Gershenwald JE, Lee JE, Reintgen DS, Mansfield PF, et al. Surgical margins and prognostic factors in patients with thick (>4 mm) primary melanoma. *Ann Surg Oncol* 1998;5(4):322-8.
- Balch CM, Soong SJ, Bartolucci AA, Urist MM, Karakousis CP, Smith TJ, et al. Efficacy of an elective regional lymph node dissection of 1 to 4 mm thick melanomas for patients 60 years of age and younger. *Ann Surg* 1996;224(3):255-63.
- Karakousis CP. The technique of popliteal lymph node dissection. *Surg Gynecol Obstet* 1980;151(3):420-3.