

Yaşlı Kadında Nazal Kavite Yerleşimli Primer Amelanotik Malign Melanom

Havva ERDEM¹, Yasin YAĞIZ², Mürüvvet AKÇAY ÇELİK¹, Melek BÜYÜK¹,
Nurten TURHAN HAKTANIR³, Hasan ÖZTÜRK⁴

ÖZ

Mukozalardan kaynaklanan malign melanomlar nazal kavitede nadir görülürler. Olgumuz 85 yaşında kadın hasta, burun kanaması ve tek taraflı burun tıkanıklığı şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Alınan biyopsi sonucu amelanotik melanom olarak raporlandı. Tekrarlayan burun kanaması ve tıkanıklık şikâyeti olan özellikle yaşlı hastalarda nazal kavitenin endoskopik muayenesi ve şüpheli bölgeden biyopsi alınması mukozal malign melanomların erken tanısında önemlidir. **Anahtar Kelimeler:** Mukozal malign melanom; nazal kavite; burun kanaması.

Amelanotic Malignant Melanoma of Nasal Cavity in Elderly Woman

ABSRTACT

Malignant melanomas arising from the mucosa are seen uncommon in the nasal cavity. A 85 year old woman was admitted to our hospital with history of recurrent epistaxis and unilateral nasal obstruction. The biopsy result was reported as amelanotic melanoma. In older patients with recurrent epistaxis and nasal obstruction, endoscopic examination of the nasal cavity and obtaining a biopsy from suspected regions are essential for early diagnosis of mucosal malignant melanomas.

Keywords: mucosal malignant melanoma; nasal cavity; epistaxis.

GİRİŞ

Malign melanom (MM) sık görülen deri tümörüdür. Deri melanomlarının %15-30'u baş ve boyun lokalizasyonludur. Bunların çok azı nazal kavite yerleşimlidir. Bu oran, tüm malign melanomların %0.3-2'si ve baş-boyun melanomlarının %4'üdür (1). MM, mukozal yerleşimlerinin nadir olması yanısıra kötü prognozlu olması sebebiyle erken tanı ve tedavi gerektirir. Özellikle yaşlı hastalarda ve tıkanıklığa yol açan lezyonların ayırıcı tanısında, pigmentasyon olmasa da düşünülmesi gereken önemli bir antitedir.

Olgu sunumu

85 yaşında kadın hasta, burun kanaması ve burun tıkanıklığı ile kulak burun boğaz polikliniğine başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ nazal kavitede kanamalı, solid görünümlü, malignite şüphesi olan kitle tespit edildi. Kitleden biyopsi alındıktan sonra kanamanın artış göstermesi üzerine nazal kaviteye pamuk tampon konuldu ve bu şekilde Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekilmek zorunda kalındı. BT görüntüleri tampon nedeniyle optimal şekilde değerlendirilememekle birlikte, kitlenin orta meatustan kaynaklandığı, alt meatusa uzanım gösterdiği ve kemik destrüksiyonuna neden olmadığı görüldü (Resim 1).

Biyopsi materyali kürete vasıfta 0,4 cc hacminde, krem kahverenginde doku parçaları içeriyordu. Mikroskopik incelemede, çok katlı yassı epitel ve bazı alanlarda silli silindirik epitel altında tüm alanı kaplayan, solid hücre kümeleri tarzında tümöral infiltrasyon mevcuttu. Bu hücreler belirgin nükleer pleomorfizm, eozinofilik makronükleol ve çok sayıda mitotik figür içeriyordu. Fakat sitoplazmalarında pigment içermiyordu. Yapılan ilk tur immunohistokimyasal çalışmada S100 ve vimentin pozitif, LCA ve Pan-CK negatif izlendi. İkinci tur immunohistokimyasal çalışmada, HMB-45 ile pozitif boyanma izlendi (Resim 2-4). Amelanotik malign melanom olarak raporlandı.

¹ Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı.

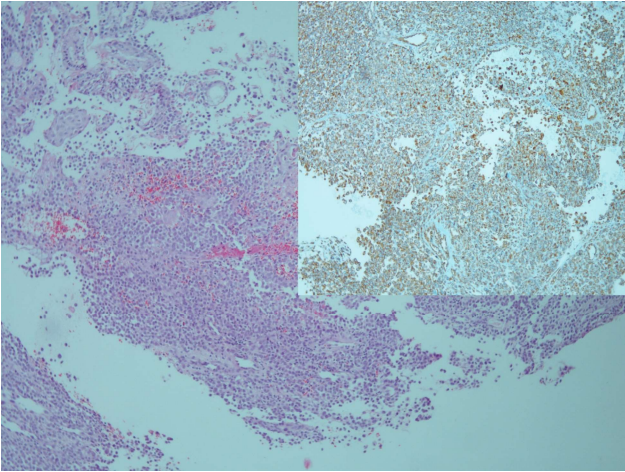
² Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı.

³ Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı.

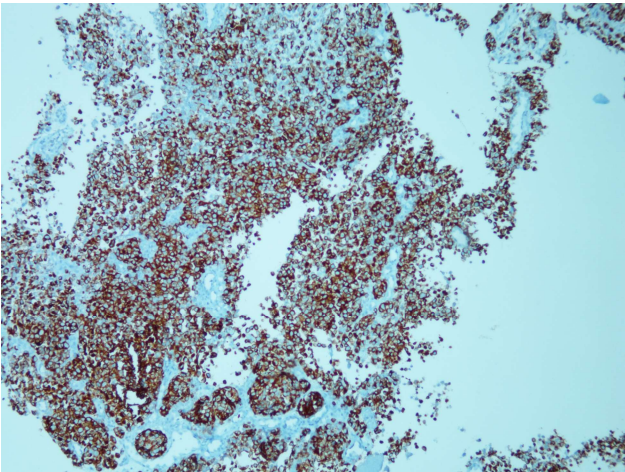
⁴ Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı.

Correspondence: Havva ERDEM, e-posta: drhavvaerdem@hotmail.com

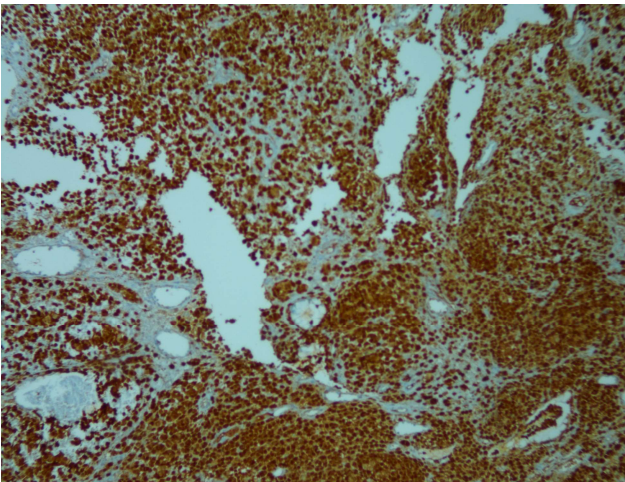
Geliş Tarihi / Received: 15.10.2015 Kabul Tarihi / Accepted: 07.06.2016



Resim 1. Orta meatustan alt meatusa uzanım gösteren kitle lezyon (BT görüntüleme)



Resim 2. Pleomorfizm, makronükleol içeren atipik melanositler izlendi (H&EX100), (Sağ üst köşede küçük resim, vimentin ile pozitif atipik melanositler (Vimentin X 200))



Resim 3. Atipik melanositlerde diffüz S100 pozitifliği izlendi (S100 X 200)

TARTIŞMA

Mukozal melanomlar, ilk defa 1856'da Almanya'da Weber tarafından tanımlanmıştır (2).

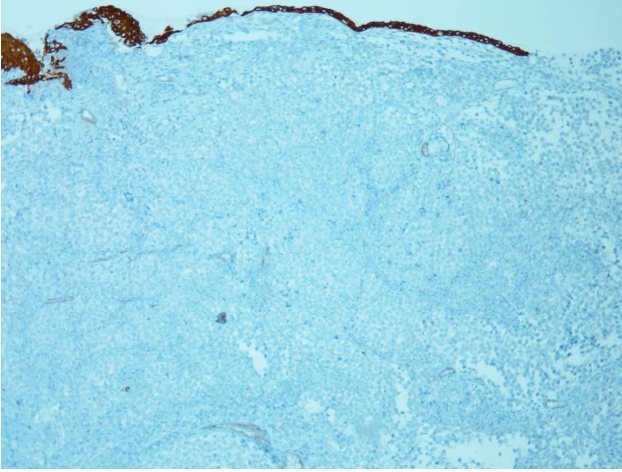
MM'lar melanositlerden kaynaklanırlar. Bu hücreler, vücutta kutanöz ve mukozal yüzeylere dağılırlar ve nöral krest kökenlidirler. Melanomlarda güneşe maruziyet önemli olduğu için baş, boyun ve alt ekstremitelerde sık görülürler. Daha az sıklıkla, oral ve genital mukozaya, vajinaya ve leptomeninkslerde, tırnak yatakları, konjonktiva, orbita, özofagus, burun mukozası veya nazofarenkste meydana gelirler. Güneşe maruz kalmayan bölgelerde ve mukozal yüzeylerde melanomların nedeni belirsiz olmasına rağmen, sigara ve formaldehit maruziyetiyle melanojenik metaplazi yoluyla oluşabileceği düşünülmüştür (3,4).

Erkeklerde daha sık görüldüğü söylene de çeşitli yazarlar her iki cinsiyette de eşit dağıldığını bildirmişlerdir. Nazal kavite yerleşimli melanomlar, nazal septumun lateral ve anterior bölgesinde yerleşme eğilimindedirler (5).

Dogra ve arkadaşlarının yayınladığı vakada 62 yaşında kadın hasta sunuldu. Vakanın şikâyetleri burun tıkanıklığı ve burun kanamasıydı. Klinik muayenesinde sol nazolabial bölgede 5x4 cm ölçülerinde şişlik olduğu belirtildi (6). Ghate ve arkadaşlarının sunduğu vakada sol nazal kaviteyi dolduran düzensiz yüzeyli, kırmızı pembe ve kahverengi alanlar içeren kitle lezyon tanımlandı (7). Bothale ve arkadaşlarının sunduğu vakada 60 yaşında, sağ nazal yerleşimli kitle lezyona sahip erkek hasta sunuldu (8). Verma ve arkadaşlarının sunduğu vakada ise sol nazal kaviteyi dolduran ve mukopürülan akıntıya yol açan kitle lezyon sunuldu (9). Bu vaka, kadın olguydu ve 85 yaşındaydı. Kitle lezyonun yerleşimi ise orta meatustan alt meatusa doğru ilerliyordu.

Son zamanlarda, deri melanomları ve mukozal melanomların moleküler özelliklerinin farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Örneğin, BRAF (özellikle BRAFV600E mutasyonu) onkogen mutasyonları güneşe maruz kalan bölgelerdeki melanomlarda %75 oranında iken mukozal melanomlarda nadir olduğu bulunmuştur (10-13). Moleküler özelliklerinin farklı olması mukozal melanomların, prognoz ve tedavi açısından deri melanomlarına göre ayrı antiite olarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (14).

Histolojik olarak, epitelioid, spindle, plazmositoid, sheetlike, organoid, alveoler, solid ya da desmoplastik olabilirler. Benign ya da malign tümörlerle karışabilirler. Hücreler melanin içerdiği zaman tanımak zor değildir. Fakat amelanotik olduklarında tanınmaları hiç de kolay değildir. MM; epitelyal, mezenkimal, nöral ve hematolojik maligniteleri taklit edebilir. Bu sebeple immunohistokimyasal çalışma gereklidir. S100 proteini, HMB-45, Melan-A ile pozitiflik izlenir. Bizim vakamızda amelanotik özellikteydi ve bu sebeple iki tur immunohistokimyasal çalışma yapıldı. Birinci tur çalışmada LCA, Pan-CK, vimentin ve S100 ile köken aldığı hücre grubuna ait ayırıcı tanı yapıldı. S100 ve vimentin pozitifliği sonucunda HMB-45 ile tanıya gidildi. Ayrıca, ayırıcı tanıda pek çok sinonazal maligniteler, özellikle karsinomlar, lenfomalar, sarkomlar, olfaktör nöroblastomlar ve melanom metastazları akılda tutulmalıdır (1).



Resim 4. Atipik melanositlerde diffüz HMB45 pozitifliği izlendi (HMB45 X100)

Kardon ve Fernandez, nazal kavite yerleşimli ve Schwannom benzeri büyüme gösteren melanom olgusu bildirmişlerdir (15,16).

Malign melanomlarda metaplazik ya da farklı diferansiyasyon alanları içerebilir. Bifazik görünüm oluşturabilir. Oldukça seyrek olan osteokartilajinöz diferansiyasyon varlığında, primer mukozal melanomlar ile ön planda pleomorfik adenoma, sarkomatoid karsinoma, osteosarkoma ve kondrosarkoma arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır. Sitokeratin, S100 ve MIC2 immunohistokimyasal incelemelerinin ayırıcı tanıya yardımcı olduğu gösterilmiştir (17).

Sonuç olarak MM, amelanotik ve nadir yerleşimli olduğunda tanınması zordur. Akılda tutulmalı ve hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Thompson LD, Wieneke JA, Miettinen M. Sinonasal tract and nasopharyngeal melanomas: a clinicopathologic study of 115 cases with a proposed staging system. *Am J Surg Pathol.* 2003; 27(5): 594-611.
2. Weber CO. *Chirurgische Ehrfahrungen und Untersuchungen, nebst zahlreichen Beobachtungen aus der chirurgischen Klinik und dem evangelischen Krankenhaus zu Bonn.* Berlin: G. Reimer; 1859.
3. Batsakis JG, Suarez P, Ei-Naggar AK. Mucosal melanomas of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998; 107(7): 626-30.
4. Holmstrom M, Lund V. Malignant melanomas of the nasal cavity after exposure to formaldehyde. *Br J Indust Med.* 1991; 48(1): 9-11.
5. Dogra BB, Kandari A, Kataria M, Buch A. Amelanotic melanoma of the nasal mucosa: A rare case report. *Medical Journal of Dr D Y Patil University.* 2015; 8(4): 543-6.
6. Ghate G, Thomas J, Priya S, Deogaonkar SC, Chava P. Mucosal Malignant Melanoma of Nasal Cavity. *Journal of Case Reports.* 2013; 3(2): 295-8.
7. Bothale KA, Maimoon SA, Patrikar AD, Mahore SD. Mucosal malignant melanoma of the nasal cavity. 2009; 46(1): 67-70.
8. Verma R, Lokesh KP, Gupta K, Panda NK. Sinonasal amelanotic malignant melanoma – A diagnostic dilemma. *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences.* 2015; 16(3): 275-8.
9. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and neck mucosal melanoma. *Am J Clin Oncol.* 2005; 28(6): 626-30.
10. Davies H, Bignell GR, Cox C, Stephens P, Edkins S, Clegg S, et al. Mutations of the BRAF gene in human cancer. *Nature.* 2002; 417(6892): 949-54.
11. Cruz F 3rd, Rubin BP, Wilson D, Town A, Schroeder A, Haley A, et al. Absence of BRAF and NRAS mutations in uveal melanoma. *Cancer Res.* 2003; 63(18): 5761-6.
12. Rimoldi D, Salvi S, Liénard D, Lejeune FJ, Speiser D, Zografos L, et al. Lack of BRAF mutations in uveal melanoma. *Cancer Res.* 2003; 63(18): 5712-5.
13. Curtin JA, Fridlyand J, Kageshita T, Patel HN, Busam KJ, Kutzner H, et al. Distinct sets of genetic alterations in melanoma. *N Engl J Med.* 2005; 353(20): 2135-47.
14. Seetharamu N, Ott PA, Pavlick AC. Mucosal Melanomas: A Case-Based Review of the Literature. *Oncologist.* 2010; 15(7): 772-81.
15. Kardon DE, Thompson LD. Sinonasal mucosal malignant melanoma: report of an unusual case mimicking schwannoma. *Ann Diagn Pathol.* 2000; 4(5): 303-7.
16. Fernandez PL, Cardesa A, Bombi J, Palacin A, Traserra J. Malignant sinonasal epithelioid schwannoma. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol.* 1993; 423(5): 401-5.
17. Banerjee SS, Coyne JD, Menasce LP, Lobo CJ, Hirsch PJ. Diagnostic lessons of mucosal melanoma with osteocartilaginous differentiation. *Histopathology.* 1998; 33(3): 255-60.