

## PRIMARY MALIGN MELANOMA OF VAGİNA: CASE REPORT

Müjdegül KARACA, Cihan TOĞRUL, Özlem ALTINKAYA, Eralp BAŞER, Ebru H. BİBEROĞLU, Levent ŞİRVAN, Tayfun GÜNGÖR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği Ankara - TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 10.05.2011

Kabul Tarihi:12.05.2012

### Özet

Malign melanom yüksek malign potansiyeli olan deri ve mukozal membranları tutan bir nadir tümördür. Genel prognozu deri melanomlarından ve kutanöz melanomlardan daha kötüdür. 67 yaşında vajinal kanama ve vajende ele gelen kitle şikayetleriyle hastanemiz jinekolojik onkolojik cerrahi ünitesine başvuran hastanın, yapılan vajinal biyopsisinde primer vajinal malign melanom tespit edildi. Takiben geniş lokal eksizyon yapıldı. Postoperatif dönemde interlökin 2α ile adjuvan kemoterapi tedavisi yapıldı. Malign melanom, kadın genital sisteminde nadir görülen bir tümör olmasına rağmen, ileri yaş hastalar rutin jinekolojik muayene esnasında dikkatli inspeksiyonla değerlendirilmeli, şüpheli pigmente lezyonlardan biyopsi yapılmalıdır. Bu tümörlerin prognozu oldukça kötüdür, uygulanan tedaviye rağmen yüksek düzeyde rekürrens saptanır ve uzun dönem sağkalım oranları düşüktür. Primer tedavi yöntemi cerrahidir.

**Anahtar Kelimeler:** malign melanom, vajina

### Abstract

Malignant melanoma, a rare tumor of the skin and mucosal membranes has high invasion potential. Overall prognosis of mucosal melanoma is worse than cutaneous melanomas. A 67 year old woman with primary malignant vaginal melanoma who was treated surgically with wide local excision and postoperative adjuvant chemotherapy with interferon 2α was presented. Although malignant melanoma of the female genital tract is uncommon, elderly patients should undergo regular gynecologic examinations. Suspicious pigmented lesions should be biopsied; however, the prognosis is poor and these tumors are associated with high rate of recurrence and low long term survival. Surgery is the cornerstone of the treatment.

**Keywords:** Malignant melanoma, vagina.

Malign melanom deri ve mukozal membranlardaki melanositlerin bir tümörüdür. Malign melanomların yaklaşık %3'ü kadın genital sistemini tutar. Malign melanomların yüzeysel yayılan, nodüler, akral lentiginöz omak üzere üç histolojik tipi bulunur. Bunların içerisinde nodüler tip en kötü prognoza sahiptir (1).

Vajenin primer malign melanomu çok nadir görülür; günümüze kadar 300'den az olgu bildirilmiştir. Vajinal malignitelerin %3'ünden azı ve tüm malign melanomların %0.3 - %0.8'i primer vajinal melanomdur (2). En sık görülen başvuru şikayeti vajinal kanama, vajinal akıntı veya ele gelen kitledir. Tümör hematojen olarak yayıldığı

gibi, erken metastazlar çok sık görülür. Beş yıllık sağ kalım %8.4' tür (3). Tümör primer olarak vajinanın distal 1/3 ünde (olguların %58'i) ve vajen ön duvarında (olguların %45'i) görülür (4). Tedavi seçenekleri arasında konservatif geniş lokal eksizyon, radikal cerrahi eksizyon, radyoterapi ve kemoterapi bulunur. Tek başına bireysel kullanıldığı gibi birlikte de kullanılabilirler.

Yazıda, çok nadir görülen bir primer vajinal malign melanom olgusu sunulmaktadır.

### Olgu

Altmış yedi yaşında hasta, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi Jinekolojik Onkolojik Cer-

rahi polikliniğine vajinal kanama ve vajinada ele gelen kitle şikayetleriyle başvurdu. Yapılan muayenede vajen alt 1/3 sağ yan duvarda 4x 2 cm boyutlu nodüler nekrotik hiperpigmente lezyon izlendi. Ele gelen inguinal lenf nodu saptanmadı. Lezyondan yapılan biyopsinin patoloji sonucu malign melanom olarak rapor edildi. Görüntüleme çalışmalarında metastaz bulgusu saptanmadı. Hastaya lezyon sınırından 1cm uzaklıkta olacak şekilde geniş lokal eksizyon uygulandı. İmmünohistokimyasal çalışmalarda vimentin ve S-100 ile pozitif boyanma saptandı. Cerrahi sınırdaki tümör saptanmadı fakat, tümör yüzeyinde ülserasyon, damar sinir invazyonu ve 10 büyük büyütme alanında 10-15 mitoz mevcuttu. Hasta yüksek riskli kabul edilerek interferon 2α ile postoperatif adjuvan kemoterapi aldı. 6 aylık izlemde rekürrens saptanmadı.

## Tartışma

Vajinanın primer malign melanomu son derece nadir görülen bir tümördür. Günümüze kadar literatürde yayınlanmış olgu sayısı 300' den azdır (2). Vajina diffüz bir lenfatik pleksusa sahip olduğu için, ve tümörün de hematogen yayılım potansiyeli olduğu için erken metastazlar sık görülür. Klinik tanı genellikle ilerlemiş evrede konmakla beraber, sunulan olguda tanı sırasında uzak metastaz tespit edilmemiştir. En sık başvuru şikayeti vajinal kanama, vajinal akıntı ve vajende ele gelen kitledir.

Histopatolojik olarak primer vajinal melanom, sarkom ve indiferansiye karsinomla karışabilir. Çünkü bazı malign melanomlar içi şekilli veya epitelioid hücreler içeren değişik morfolojik patern gösterebilir. Tümör histogenezini anlamak için melanin pigmentinin varlığı yardımcı olabilir, ancak amelanositik melanomlarda melanin pigmenti bulunmayabilir. Buna ek olarak nekrotik dokudan alınan biyopsiler yanıltıcı olabilir. Sonuç olarak biyopsi sonuçları yanlış tanı verebilir, dolayısıyla tanıyı doğrulamak için immünohistokimyasal çalışma gereklidir.

Prognostik faktörleri belirlemek zordur; derleme çalışmalarında en önemli prognostik faktörün tümör boyutu olduğu, invazyon derinliğinin sağkalımı belirlemede çok önemli olmadığı belirtilmiştir (5-6). Genel sağkalım ile yaş, parite, evre veya lokalizasyon arasında bağlantı bulunamamıştır. Hücre tipi, mitoz sayısı damar ve lenfatik invazyon veya amelonozis gibi histolojik özellikler de hasta sağkalımı ile korelasyon göstermemektedir (7-8).

Primer vajinal malign melanom oldukça nadir görüldüğünden hastaların yönetimi ile ilgili literatürde oldukça sınırlı öneriler mevcuttur. Değişik tedavi seçenekleri olmasına rağmen standart bir yaklaşım henüz tanımlanmamıştır. Cerrahi tedavi seçenekleri konservatif cerrahiden, geniş lokal eksizyon veya total vajinektomi, tutulmuş pel-

vik organların tamamının çıkartıldığı radikal ekstripiyona kadar uzanır. Daha önceki çalışmalarda birincil tedavi yöntemi olarak geniş lokal eksizyon ve adjuvan radyoterapi veya ikinci sırada radikal cerrahi ve adjuvan radyoterapi önerilmiştir. Her iki tedavi yönteminin de 5 yıllık sağ kalım süreleri benzerdir. Bazı yazarlar radikal cerrahiyi önerse de (9-10) yeni yayınlar lokal eksizyonun benzer sağkalım oranlarından dolayı lokal eksizyonu önermektedir (11-12).

Preoperatif dönemde metastazları değerlendirmek zor olsa da, bu olgularda metastaz ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Hastamızda metastaz bulgusu saptanmamıştır. Malign melanomda lokal kontrol sağlanmış olsa bile, akciğer, karaciğer ve beyin metastazları açısından hastalar değerlendirilmelidir. Elektif lenf nodu diseksiyonu halen tartışmalı bir konudur. Lenf nodları melanom açısından negatif olsalar bile uzak metastaz olasılığı yüksektir. Coleman ve arkadaşları (13) çalışmalarında rutin lenf nodu diseksiyonunun vajinal lenfatiklerin yoğun anastomoz yapmasından ve bu nedenle yeterli miktarda lenf nodu diseksiyonu yapılamayacağından dolayı pratik bir yaklaşım olarak görmemişlerdir. Miner ve arkadaşları ise lenf nodu metastaz ihtimali düşük olduğundan rutin lenf nodu diseksiyonu yapmayı önermemektedir (14). Bizim olgumuzda ise preoperatif değerlendirmede lenf nodu metastazı veya uzak metastaz şüphesi bulunmadığından lenf nodu diseksiyonu yapılmadı.

Postoperatif interferon 2α ile yapılan immunoterapinin relapsız sağkalım ve toplam sağkalımları arttırdığı gösterildiğinden postoperatif dönemde uygulanmıştır. Sonuç olarak kadın genital sistemi malign melanomları tedavilerinden bağımsız olarak kötü prognoza sahiptir, prognoz ancak erken tanı ile iyileştirilebilir. İleri yaş hastalar rutin jinekolojik muayene esnasında dikkatli inspeksiyonla değerlendirilmeli, şüpheli pigment lezyonlardan biyopsi yapılmalıdır. Standart tedavi için yeterli kanıt olmadığından, tedavi hastaların özellikleri ön planda tutularak planlanmalıdır.

## Kaynaklar

1. Gungor T, Altinkaya O, Ozat M, Bayramoglu H, Mollamahmutoglu L. Primary malignant melanoma of the female genital tract. Taiwan J Obst. Gynecol 2009;48(2):169-175
2. Moros ML, Ferrer FP, Mitchell MJ, Romeo JA, Lacruz RL. Primary malignant melanoma of the vagina: poor response to radical surgery and adjuvant therapy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;113:248-50
3. Irvin WP Jr, Bliss SA, Rice LW, Taylor PT Jr, Andersen WA. Malignant melanoma of the vagina and locoregional control: radical surgery revisited. Gynecol Oncol 1998;71:476-80

4. Gökaslan H,Sismanoglu A,Pekin T,Kaya H,Ceyhan N.Primary malignant melanoma of the vagina: a case report and review of the current treatment options. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;121:243-8.
5. Reid GC, Schmidt RW, Roberts JA, Hopkins MP, Barrett RJ, Morley GW. Primary melanoma of the vagina: a clinicopathologic analysis. Obstet Gynecol 1989; 74:190-199.
6. Li Y, Li M, Wu Q. Clinical analyses of 25 cases of primary vaginal malignant melanoma. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi 1999;34:162-4.
7. Liu L,Li X,Hong W.Primary malignant melanoma of the vagina: a report of 22 cases.Zhonghua Zhong Liu Za Zhi 1996;18:385-7
8. Petru E,Nagele F,Czerwenka K,et al. Primary malignant melanoma of the vagina :long term remission following radiation therapy.Gynecol Oncol 1998;70:23-6
9. Geisler JP,Look KY,Moore DA,Sutton GP. Pelvic exenteration for malignant melanoma of the vagina or urethra with over 3 mm of invasion.Gynecol Oncol 1995;59:338-41
10. Stellato G,Iodice F,Casella G,Fortuna G,Tramontana R,di Bonito M,Tramontana S. Primary malignant melanoma of the vagina: case report.Eur J Gynaecol Oncol 1998;19:186-8
11. DeMatos P,Tyler D,Seigher HF.Mucosal melanoma of the female genitalia: a clinicopathologic study of forty-three cases at Duke University Medical Center.Surgery 1998;124:38-48
12. Cobelis L,Calabrese E,Stefanon B,Raspaglies F.Malignant melanoma of the vagina:a report of 15 cases.Eur J Gynaecol Oncol 2000;21:295-7
13. Coleman RL.Primary vaginal melanoma : a rare and problematic clinic entity.Ann Surg Oncol 2004;11:4-6.
14. Miner TJ,Delgado R,Zeisler J,Busam K,Alektiar K,Barakat R,Poynor E. Primary vaginal melanoma: a critical analysis of therapy. Ann Surg Oncol 2004;11:34-9.

**Sorumlu Yazar: Uz. Dr. Eralp BAŞAR**

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Jinekolojik Onkolojik Cerrahi Kliniği Ankara - TÜRKİYE

Tel: 0 (312) 306 50 50

E-mail: eralpbaser@yahoo.com