

Auriküler malign melanoma

A case of auricular malignant melanoma

Erdiñç AYGENÇ, Yasemin DAKAK, Cafer ÖZDEM

Auriküler malign melanom tanısı konan 36 yaşında-ki erkek hastaya, aurikula eksizyonu, total parotidektomi ve genişletilmiş radikal boyun diseksiyonu uygulandı ve cerrahi sonrasında oluşan defekt, kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarıldı. Ameliyat sonrasında radyoterapi ve kemoterapi uygulanan hastanın 14 aylık takibinde lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı.

Anahtar Sözcükler: Kulak, dış/cerrahi; kulak neoplazmaları/cerrahi; lenf nodu eksizyonu; lenfatik metastaz; melanoma/cerrahi; radikal boyun diseksiyonu; radyoterapi, adjuvan; deri neoplazmaları; cerrahi flepler.

We performed auricular excision, total parathyroidectomy, and extended radical neck dissection in a 36-year-old male patient who developed auricular malignant melanoma. Reconstruction of the surgical defect was made with a split-thickness skin graft. The patient received radiotherapy and chemotherapy after surgery. No evidence of local recurrences or distant metastasis was detected during a follow-up period of 14 months.

Key Words: Ear, external/surgery; ear neoplasms/surgery; lymph node excision; lymphatic metastasis; melanoma/surgery; radical neck dissection; radiotherapy, adjuvant; skin neoplasms; surgical flaps.

Malign melanom (MM), melanositlerden köken alan, agresif seyirli tümördür. Sıklığı diğer kanser türlerine göre daha hızlı artmaktadır.^[1] Mortalite oranı ile akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelir.^[2] Tüm deri kanserlerinin %5'ini oluşturmalarına rağmen, deri kanserinden ölümlerin %75'ini oluşturur.^[3] Malign melanomların %20'si baş-boyun bölgesinde gelişir. Bu bölgede gelişen primer lezyonların %47'si yüz, %29'u boyun, %14'ü kafa derisi, %10'u kulakta görülür.^[4] Yüzeysel olarak yayılan melanom, lentigo maligna, nodüler melanom, akral lentiginous melanom ve mukozal melanom şeklinde alt gruplara ayrılır. Baş-boyun böl-

gesinde en fazla yüzeysel yayılan melanom görülür.^[4]

OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşındaki erkek hasta, sol kulak kepçesinde kitle yakınmasıyla kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, sol aurikula heliksinde tragus ve antitragusa uzanan, konkayı dolduran, iyi sınırlı, siyah-kahverenkli, lobüle, yaklaşık 4x3 cm boyutlarında kitle görüldü. Başka bir merkezde alınan insizyonel biyopsi sonucu malign melanom olarak bildirilmişti. Yapılan toraks, abdomen ve kranyuma yönelik taramalarda uzak metastaz saptanmadı. Hastaya

◆ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara.
◆ Dergiye geliş tarihi: 16 Kasım 2001. Yayın için kabul tarihi: 5 Ocak 2002.
◆ İletişim adresi: Dr. Erdiñç Aygenç, Ergin Sok. 27/11 Mebusevleri 06580 Ankara.
Tel: 0312 - 310 30 30 Faks: 0312 - 481 69 92
e-posta: eaygenc@turk.net

◆ Department of Ear Nose and Throat Diseases, Ankara Numune Hospital, Ankara - Turkey.
◆ Received for publication: November 16, 2001. Accepted: January 5, 2002.
◆ Correspondence: Dr. Erdiñç Aygenç, Ergin Sok. 27/11 Mebusevleri 06580 Ankara, Turkey.
Tel: +90 312 - 310 30 30 Fax: +90 312 - 481 69 92
e-mail: eaygenc@turk.net

genel anestezi altında kitle eksizyonu, sol total parotidektomi, sol genişletilmiş radikal boyun diseksiyonu (retroauriküler ve oksipital lenf nodları da dahil edildi) (Şekil 1) ve kısmi kalınlıkta deri grefti ile rekonstrüksiyon yapıldı. Lezyonun patolojik incelemesi sonucu nodüler tip malign melanoma olarak bildirildi; Clark invazyon düzeyi IV idi. Boyun diseksiyon materyalinde submandibüler bölgede iki adet, jugulodigastrik bölgede bir adet lenfadenopati MM metastazı olarak değerlendirildi. Hastaya ameliyat sonrasında radyoterapi ve kemoterapi uygulandı. Hastanın 14 aylık takibinde lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı (Şekil 2).

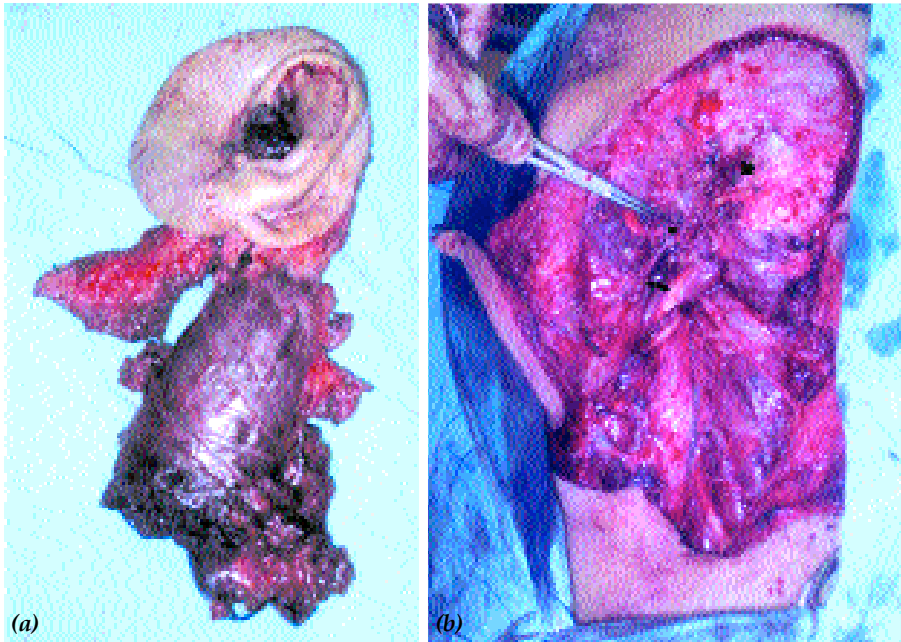
TARTIŞMA

Baş-boyun bölgesindeki MM'ler, vücudun diğer bölgelerinde görülen melanomlara göre daha yüksek rekürens oranı ve daha kötü prognoz gösterirler. Bunun nedeni, baş-boyun bölgesinde melanositlerin yoğun olarak bulunması ve bölgenin zengin vasküler ve lenfatik yapısıdır.^[1] Prognozu belirleyen, tümör derinliği, anatomik bölge, ülserasyon, cinsiyet, histolojik tip, satelit lezyon varlığı ve nodal hastalık gibi parametrelerdir.^[5-8] Tümör derinliği, prognozu belirleyen en önemli faktördür.^[9] Derinlik, Breslow kalınlığı veya Clark invazyon düzeyi şeklinde de-

ğerlendirilir. Milimetrik olarak ölçülmüş tümör kalınlığı (Breslow kalınlığı) prognoz ve tedavi konusunda en güçlü belirleyicidir.^[2] Baş-boyun bölgesinde, kafa derisi yerleşimli lezyonların prognozu kötüdür. Kadınlarda ve amelanotik melanomalarda prognoz daha kötüdür.

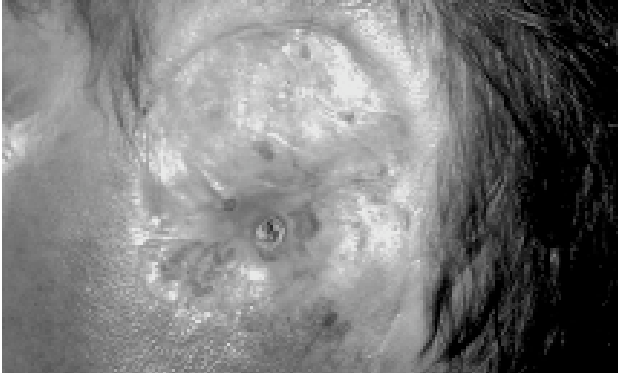
Malign melanomda primer lezyonun eksizyonunda cerrahi sınır klinikler arasında farklılıklar gösterir.^[10,11] Eksizyonel sınır tümörün kalınlığına göre belirlenmelidir. Bizim görüşümüz Clark I ve II lezyonlarda 3 cm, Clark III ve IV lezyonlarda 5 cm emniyet sınırı bırakmaktır.

Klinik olarak palpabl veya radyolojik olarak gösterilmiş lenf nodu olan hastalarda bölgesel lenf nodları primer lezyonun yerine göre diseke edilmelidir. Klinik olarak N₀ olan boyunlar için elektif lenf nodu diseksiyonu hala tartışmalı bir konudur. Birçok yazar, mikrometastazların belirlenmesi açısından elektif lenf nod diseksiyonunu önermiştir.^[12-14] Bizim görüşümüz, N₀ boyunlarda dahi, tümörün yayılma potansiyelinden dolayı radikal cerrahi girişim yönündedir. Bu nedenle, tümörün yerleşim yeri ve özellikleri göz önüne alınarak hastaya, total parotidektomi ile birlikte genişletilmiş radikal boyun diseksiyonu uygulandı.



Şekil 1 - (a) Kitlenin aurikulada yerleşimi ve ameliyat sonrası cerrahi örneği; (b) Kitle eksizyonu ve boyun diseksiyonu sonrası görünüm.

(↑ dış kulak yolu; • fasial sinir ana trunkusu; ↗ dıgastrik adale)



Şekil 2 - Ameliyat sonrası 12. ayda ameliyat sahasının görünümü.

Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi subklinik mikrometastazların ve rezidüel hastalığın tedavisi için gerekmektedir.^[13,15] Son yıllarda adjuvan immüno-terapi üzerinde de çalışmalar sürmektedir.^[16] Hastamızda, tümörün ileri evrede olması ve boyun metas- tazları nedeniyle radyoterapi ve kemoterapi kombi- nasyonu adjuvan tedavi olarak uygulanmıştır.

Baş-boyun bölgesindeki melanomların geniş lo- kal eksizyonu sonrası rekonstrüksiyonu değişik şe- killerde yapılabilir. Küçük defektler için primer ka- patma veya deri grefti başarılı sonuç verir. Geniş de- fektlerde ise ileri rekonstrüktif prosedürlerle hem fonksiyonel hem de kozmetik açıdan daha iyi sonuç- lar alınabilir. Lokal rotasyon flepleri, rekonstrüksiy- yonda en sık kullanılan flep türüdür. Serbest doku transferi ve vasküler pediküllü doku transferi alter- natif rekonstrüksiyon teknikleridir.^[14] Kısmi kalınlık- ta deri grefti uygulamamızdaki amaç, lokal rekürens gelişmesi durumunda, tümör rekürensini erken dö- nemde belirlemektir. Kas-deri flebi uygulandığında, bu sürenin gecikmiş olacağını düşünüyoruz. Bu ne- denle, bu bölgede gelişen ve lokal rekürens oranı yüksek olan malign melanoma olgularında, rekü- rens takibi amacıyla kas-deri flebi yerine kısmi ka- lınlıkta deri grefti uygulanmasının daha etkin olaca- ğı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Bogle M, Kelly P, Shenaq J, Friedman J, Evans GR. The role of soft tissue reconstruction after melanoma resection in the head and neck. *Head Neck* 2001;23:8-15.
2. Johnson TM, Smith JW 2nd, Nelson BR, Chang A.

- Current therapy for cutaneous melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1995;32(5 Pt 1):689-707.
3. Weinstock MA. Death from skin cancer among the elderly: epidemiological patterns. *Arch Dermatol* 1997;133:1207-9.
4. O'Brien CJ, Coates AS, Petersen-Schaefer K, Shannon K, Thompson JF, Milton GW, et al. Experience with 998 cutaneous melanomas of the head and neck over 30 years. *Am J Surg* 1991;162:310-4.
5. Balch CM, Soong SJ, Milton GW, Shaw HM, McGovern VJ, Murad TM, et al. A comparison of prognostic factors and surgical results in 1,786 patients with localized (stage I) melanoma treated in Alabama, USA, and New South Wales, Australia. *Ann Surg* 1982;196:677-84.
6. Cohen MH, Ketcham AS, Felix EL, Li SH, Tomaszewski MM, Costa J, et al. Prognostic factors in patients undergoing lymphadenectomy for malignant melanoma. *Ann Surg* 1977;186:635-42.
7. Callery C, Cochran AJ, Roe DJ, Rees W, Nathanson SD, Benedetti JK, et al. Factors prognostic for survival in patients with malignant melanoma spread to the regional lymph nodes. *Ann Surg* 1982;196:69-75.
8. Morton DL, Wanek L, Nizze JA, Elashoff RM, Wong JH. Improved long-term survival after lymphadenec- tomy of melanoma metastatic to regional nodes. Analysis of prognostic factors in 1134 patients from the John Wayne Cancer Clinic. *Ann Surg* 1991;214:491-9.
9. Balch CM, Murad TM, Soong SJ, Ingalls AL, Richards PC, Maddox WA. Tumor thickness as a guide to surgi- cal management of clinical stage I melanoma patients. *Cancer* 1979;43:883-8.
10. Elder DE, Guerry D 4th, Heiberger RM, LaRossa D, Goldman LI, Clark WH Jr, et al. Optimal resection margin for cutaneous malignant melanoma. *Plast Reconstr Surg* 1983;71:66-72.
11. Hudson DA, Krige JE, Strover RM, King HS. Malignant melanoma of the external ear. *Br J Plast Surg* 1990;43:608-11.
12. 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 ran- domised trial. WHO Melanoma Programme. *Lancet* 1998;351:793-6.
13. Demierre MF, Koh HK. Adjuvant therapy for cutaneous malignant melanoma. *J Am Acad Dermatol* 1997;36(5 Pt 1):747-64.
14. Bogle M, Kelly P, Shenaq J, Friedman J, Evans GR. The role of soft tissue reconstruction after melanoma resec- tion in the head and neck. *Head Neck* 2001;23:8-15.
15. O'Brien CJ, Petersen-Schaefer K, Stevens GN, Bass PC, Tew P, Gebiski VJ, et al. Adjuvant radiotherapy follow- ing neck dissection and parotidectomy for metastatic malignant melanoma. *Head Neck* 1997;19:589-94.
16. Colmerauer ME, Koziol JA, Pilch YH. Enhancement of metastasis development by BCG immunotherapy. *J Surg Oncol* 1980;15:235-41.