

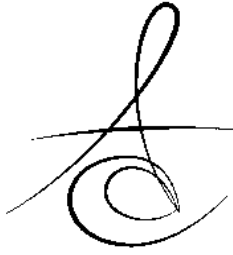
PAPER DETAILS

TITLE: ORAL MALIGN MELANOM: VAKA RAPORU

AUTHORS: Ümit ERTAS,Nesrin SARUHAN,Adnan KILINIÇ,Mustafa GÜNDODGU

PAGES: 35-39

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/28223>



ORAL MALİGN MELANOM: VAKA RAPORU

ORAL MALIGNANT MELANOMA: CASE REPORT

Prof. Dr. Ümit ERTAŞ*

Yrd. Doç. Dr. Adnan KILINÇ*

Arş. Gör. Dt. Nesrin SARUHAN*

Yrd. Doç. Dr. Mustafa GÜNDOĞDU**

Makale Kodu/Article code: 1947

Makale Gönderilme tarihi: 04.11.2014

Kabul Tarihi: 07.11.2014

ÖZET

Bu vaka raporunun amacı, sert damakta lokalize malign melanomun klinik ve radyolojik özelliklerini sunmaktır.

Protez vuruğu şikayetiyle fakültemize başvuran 65 yaşında erkek hastanın yapılan klinik muayenesinde sert damağında lokalize, ülser, kanamalı lezyon tespit edildi. Kesin tanı koyabilmek için hastadan insizyonel biopsi alındı.

Histopatolojik olarak malign melanom teşhisi koyulan hastaya cerrahi operasyon önerildi. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastaya semptomatik tedavi yapıldı. Malign melanom, oral kavitede nadir olarak görülen kötü prognoza sahip agresif bir tümördür.

Anahtar Kelimeler: Melanom, sert damak, oral kanser

ABSTRACT

The purpose of this case report is to present clinical and radiological features of malignant melanoma which localized in the hard palate.

65-year-old male patient with prosthesis trauma complaint referred to our faculty, ulcerated and bleeding lesion localized in the hard palate was detected by clinical examination. Incisional biopsy was taken from the patient to a definitive diagnosis.

Histopathologically, malignant melanoma was diagnosed, surgical operation was recommended. But patient refused the surgical treatment so symptomatic treatment was performed.

Malignant melanoma is an aggressive tumor with a poor prognosis are rarely seen in the oral cavity.

Key Words: Melanoma, hard palate, oral cancer

GİRİŞ

Nevus hücrelerinin ya da melanositlerin neoplastik dönüşüme uğramasıyla malign melanomlar meydana gelmektedir. Malign melanomlar, görülme sıklığı açısından tüm malign tümörlerin %1.2'sini meydana getirmektedirler. Ağız içinde meydana gelen primer malign melanomlar nadir olup, tüm malign melanomların %0,2-%8'ini oluşturur.^{1, 2}

Malign melanom, 20-90 yaş arasında, ortalama 60'lı yaşlarda görülmektedir. Irklara göre farklılık göstermemektedir ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir.³⁻⁵ En sık etkilenen primer alanlar; nazal kavitenin lateral duvarı, nazal septum, paranasal sinüsler, maksiller alveoler kret ve sert damak olmak üzere oral kavitedir.⁶ Malign melanomlar, erken

dönemlerde genellikle ağrısızdırlar.^{7, 8} Bu tümörlerin klinik ve radyolojik özellikleri nonspesifiktir, kesin tanı histopatolojik incelemeyle yapılabilmektedir.^{9, 10} Tedavisi; hastalığın boyutuna veya yayılımına bağlı olarak, hekimin tercihinə göre; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve/veya bunların kombinasyonundan oluşmaktadır.^{6, 8, 9, 11-18} Primer alandan invazyonla kan ya da lenf yoluyla uzak organ metastazı görülebilmektedir.^{5, 19-21} Nüks sıklığı ve primer tedaviden 10-15 yıl sonrasında bile görülebilmektedir.^{20, 21} Malign melanom, kötü prognoza sahip agresif bir tümördür, 5 yıllık sağ kalım oranı %15-59 arasındadır.^{7, 8, 11, 22, 23}

Bu vaka raporunda; 65 yaşında erkek hastanın sert damağında lokalize durumdaki malign melanomun, klinik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi sunulmaktadır.

*Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD

**Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi. AD.



Alt üst total protez kullanan 65 yaşında erkek hasta, üst protezini kullanamama şikayetiyle Protetik Diş Tedavisi kliniğine başvurdu. Yapılan klinik muayenesi sonucu hastanın kötü uyumlu üst total protez kullandığı görüldü fakat lezyonun protezden kaynaklanmadığı anlaşılan hasta Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi bölümüne sevk edildi. Hastanın kliniğimizde yapılan muayenesi sonucu, sert damakta lokalize, ülser, pigmente, kanamalı ve alt dokulara invaze durumdaki lezyon tespit edildi (Resim 1). Sistemik olarak, hipertansiyon şikayeti bulunan hasta düzenli olarak antiagregan kullanmaktaydı.



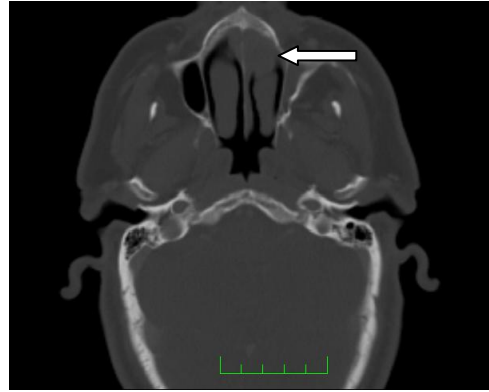
Resim 1. Sert damakta lokalize ülser, pigmente, kanamalı lezyon

Radyolojik olarak değerlendirme yapabilmek için hastadan panoramik radyografi ile birlikte oklüzal grafi alındı. Lezyon oklüzal ve panoramik radyografide net olarak görülememekteydi (Resim 2). Konvansiyonel radyografilerle sınırları tam olarak anlaşılamayan hastadan detaylı inceleme için CT ve MR istendi.



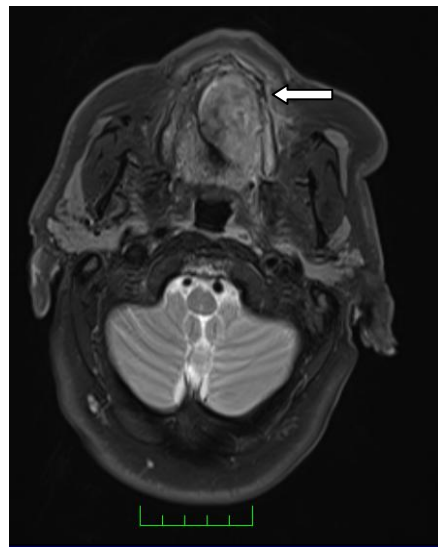
Resim 2. Panoramik radyografide lezyon tam olarak tespit edilememektedir.

Hastanın alınan boyun BT'sinde; bilateral inferior nazal konkalarında hipertrofi izlendi. Sol maksiller sinüste havalanma kaybı mevcuttu. Ağızda, sol lateral kesimde sert damak lokalizasyonunda, minimal regresyon gösteren heterojen yapıda düzensiz kenarlı solid kitlesel görünüm izlenmiştir (Resim 3). Büyüğü sol servikal bölgede 11x7 mm ebatlı oval şekilli ortasında hilusu izlenen bilateral servikal alanlarda birkaç adet lenf nodu izlendi.

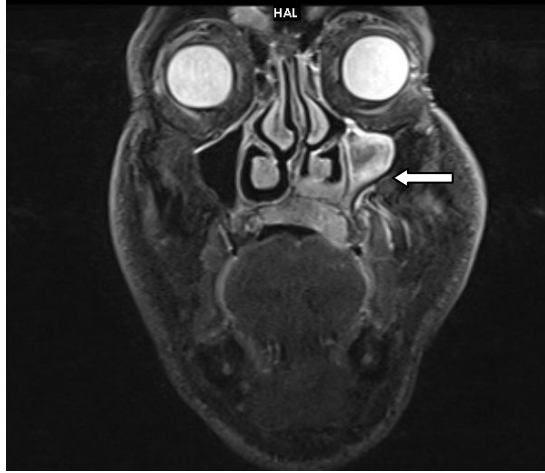


Resim 3. BT (Aksiyel Kesitte) sol maksiller bölgede lokalize durumdaki lezyon görülmektedir.

Hastadan alınan MR'da, sol maksiller sinüste havalanma kaybıyla birlikte, sert damağın sol kesiminde kontrast tutulumu gösteren kitle görülmektedir. Kesit alanına giren kemik yapılarında dejeneratif değişiklikler izlendi (Resim 4-5).



Resim 4. MR (Aksiyel kesitte) lezyonun sınırları görülebilmektedir



Resim 5. MR (Koronal kesitte) sol maksiller sinüste havalanma kaybı görülmektedir.

Hastadan bilgilendirme ve onam formu alınarak, kesin tanı koyabilmek için insizyonel biopsi yapılmasına karar verildi. Sert damağa ring blokajı şeklinde infiltratif anestezi yapıldı. 3 farklı bölgeden sağlam dokuyu da içerek şekilde insizyonel biopsi alındı. Yara yerleri kanama kontrolünü sağlanarak 3.0 vicryl ile sütüre edildi. Histopatolojik olarak malign melanom teşhisi koyulan hastaya cerrahi tedavi görmesi gerektiği söylenerek ameliyat olmaması durumunda karşılaşılabileceği komplikasyonlar anlatıldı. Cerrahi tedaviyi reddeden hastaya sadece semptomatik tedavi olarak analjezik tedavisi uygulanabildi.

TARTIŞMA

Oral kavitenin malign lezyonları yaygın değildir.²⁴ Malign melanomlar, oral kavitede görülen nadir lezyonlardır ve rapor edilen vakaların %80'inde çoğunlukla maksiller gingiva, sert damak ve alveol kretinde görülmekte, yaklaşık %20'sinde ise mandibulada lokalize olarak görülmektedirler.²⁵⁻³⁰ Bizim vaka raporumuzda da literatürle uyumlu olarak malign melanom sert damakta lokalize durumdaydı.

Hicks ve Flaitz³¹ mukozal melanomanın epidemiyolojisini inceledikleri çalışmalarında, ailesel faktörlerin, sendromların, sitogenetik anomalilerin ve tümör baskılayıcı genlerdeki mutasyonların melanomun görülmesindeki başlıca etkenler olduğu sonucuna varmışlardır. Bu faktörlerin yanında protez vuruğu gibi kronik travmalar da hazırlayıcı etkenler arasında sayılabilmektedir. Epidemiyolojisini tam olarak

bilemediğimiz hasta uyumu kötü olan üst çene için total protez kullanmaktaydı. Proteze bağlı travmanın da mevcut olduğu görülen hastaya protezini kullanmaması gerektiği söylendi.

Malign melanomların birçoğu normal mukoza görünümüne sahiptir. Yaklaşık olarak %30'unda pigmentasyonlar, değişen sürelerde tümörün nodüler, plak veya maküler evreleri olarak görülmektedir.^{4, 5, 13} Oral melanomların ağız içi klinik bulguları; asimetri, düzensiz sınır, tek veya karışık renk, non melanotik olduğunda koyu kahverengi, siyah, mavi ve kırmızı renkli, 6 mm'den büyük, düz ya da yüksek seviyeli lezyonlardır.^{25, 32} Vakamızda, normal mukoza görünümünü kaybetmiş, pigmente, ülser, kanamalı, düzensiz sınırlı, karışık renkli (mavi, kırmızı ve siyah renkli), yüksek seviyeli bir klinik görüntü mevcuttu.

Belirti ve bulgular, tümörün yerleştiği alana göre değişmektedir. Sinonazal bölgede görülen malign melanomlarda, epistaksis veya nazal tıkanıklık görülürken oral melanomlarda pigmentasyon veya kanama, protezde kötü uyum veya ülserasyon görülmektedir.^{19, 20} Bizim vaka raporumuzda, malign melanom oral bölgede görülmekteydi. Kanama, ülserasyon ve protezde kötü uyum mevcuttu. Sol maksiller sinüste havalanma kaybı ve nazal tıkanıklık bulunan hastada epistaksis yoktu.

Geniş cerrahi eksizyon, tedavi imkanı sağlamasına rağmen optimum tümör-free margin genişliği için standart bir kuralı bulunmamaktadır.^{6, 8} Genel olarak cerrahiyle birlikte radyasyon ve/veya kemoterapi primer lezyonların tedavisinde ve hastalığın mikroskopik olarak yayılmasını önlemek için tercih edilse de sadece cerrahi uygulanan hastalarla kombine tedavi uygulanan hastalar arasında sağ kalım oranlarında istatistiksel bir fark bulunmamaktadır.^{8, 9, 14, 17} Hastaya geniş cerrahi eksizyon ile tedavi önerildi. Hastaya sağ kalım oranları ile ilgili bilgi verilmesine rağmen hasta cerrahi tedaviyi kabul etmedi. Sadece semptomatik tedaviyi kabul eden hastaya düzenli analjezik tedavi verilerek kötü uyumlu protezini kullanmaması gerektiği söylendi.

Ameliyat sırasında tümörün eksik çıkarılması, multifokal tümör, diffüz submukozal lenfatik yayılım, melanom içeren nodların çıkarılmasındaki başarısızlık ve lokal implantasyon sonucu nüks görülebilir.^{6, 9, 19, 22} Cerrahi teknikler ve yeni kemoterapötik ilaçlar geliştirilmesine rağmen bu malignitenin prognozu halen kötüdür. Meleti ve ark. hastaların %50'sinden

fazlasının 3 yıl içinde öldüğünü, 5 yıl yaşayanların ise yarısında rezidüel hastalıklar görüldüğünü bildirdi.¹⁵ Bir diğer çalışmada ise, kütanöz ve oküler melanoma kıyasla oral malign melanomların prognozunun daha kötü olduğu ve 5 yıllık sağ kalım oranının %10-25 arasında olduğu bildirildi.³³⁻³⁵ Sağ kalım oranının, tümör kalınlığı 4-5 mm'den fazla olduğunda, vasküler invazyon varlığında, ilerlemiş klinik evrelerde, nodal ve uzak metastaz varlığında azaldığı bildirilmiştir.^{8, 19}

SONUÇ

Oral melanomlar; ağız içerisinde çok sık görülmezler, çoğu zaman asemptomatikler ve erken dönemlerde ağrısızdırlar. Şişlik, ülserasyon ve kanama gibi belirtiler görülene kadar teşhisi gecikmektedir, bu yüzden hastaların tedavisinin etkili ve minimal invaziv şekilde yapılabilmesi için lezyonun erken teşhisi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Rapini RP. Oral melanoma: diagnosis and treatment. Seminars in cutaneous medicine and surgery 1997;16:320-2.
2. Little JW. Melanoma: etiology, treatment, and dental implications. General dentistry 2006;54:61-66; quiz, 67.
3. Mori W. A geo-pathological study on malignant melanoma in Japan. Pathologia et microbiologia 1971;37:169-80.
4. Umeda M, Komatsubara H, Shibuya Y, Yokoo S, Komori T. Premalignant melanocytic dysplasia and malignant melanoma of the oral mucosa. Oral oncology 2002;38:714-22.
5. Rapini RP, Golitz LE, Greer RO, Jr., Krekorian EA, Poulson T. Primary malignant melanoma of the oral cavity. A review of 177 cases. Cancer 1985;55:1543-51.
6. Lengyel E, Gilde K, Remenar E, Esik O. Malignant mucosal melanoma of the head and neck. Pathology oncology research : POR 2003;9:7-12.
7. Gorsky M, Epstein JB. Melanoma arising from the mucosal surfaces of the head and neck. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics 1998;86:715-9.
8. Mendenhall WM, Amdur RJ, Hinerman RW, Werning JW, Villaret DB, Mendenhall NP. Head and neck mucosal melanoma. American journal of clinical oncology 2005;28:626-30.
9. Thompson LD, Wieneke JA, Miettinen M. Sinonasal tract and nasopharyngeal melanomas: a clinicopathologic study of 115 cases with a proposed staging system. The American journal of surgical pathology 2003;27:594-611.
10. Kusakawa J, Suefuji Y, Ryu F, Noguchi R, Iwamoto O, Kameyama T. Dissemination of cancer cells into circulation occurs by incisional biopsy of oral squamous cell carcinoma. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology 2000;29:303-7.
11. Yli NW, Eisen T, Nicolson M, A'Hern R, Rhys-Evans P, Archer D, Henk JM, Gore ME.. Mucosal malignant melanoma of the head and neck: the Marsden experience over half a century. Clinical oncology 2003;15:199-204.
12. Lund V. Malignant melanoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. The Journal of laryngology and otology 1982;96:347-55.
13. Kingdom TT, Kaplan MJ. Mucosal melanoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Head & neck 1995;17:184-9.
14. Lund VJ, Howard DJ, Harding L, Wei WI. Management options and survival in malignant melanoma of the sinonasal mucosa. The Laryngoscope 1999;109:208-11.
15. Meleti M, Leemans CR, Mooi WJ, van der Waal I. Oral malignant melanoma: the amsterdam experience. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 2007;65:2181-6.
16. Wagner M, Morris CG, Werning JW, Mendenhall WM. Mucosal melanoma of the head and neck. American journal of clinical oncology 2008;31:43-8.
17. Nakaya M, Mochiki M, Takeuchi S, Yuge T, Nakao K, Nakamura N, Sugawara M. Malignant melanoma of nasal cavity: report of 16 Japanese patients. Auris, nasus, larynx 2004;31:233-7.



18. Doval D, Rama Rao C, Sabitha K, Vigayakumar M, Misra S, Manie K, Bapsy PP, Kumaraswamy SV. Malignant melanoma of the oral cavity: report of 14 cases from a regional cancer centre. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)* 1996;22:245-49.
19. Patel SG, Prasad ML, Escrig M, Singh B, Shaha AR, Kraus DH, Boyle JO, Huvos AG, Busam K, Shah JP. Primary mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Head & neck* 2002;24:247-57.
20. Howard DJ, Lund VJ, Wei WI. Craniofacial resection for tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses: a 25-year experience. *Head & neck* 2006;28:867-73.
21. Calabrese V, Cifola M, Pareschi R, Parma A, Sonzogni A. Primary malignant melanoma of the oral cavity. *The Journal of laryngology and otology* 1989;103:887-9.
22. Prasad ML, Jungbluth AA, Patel SG, Iversen K, Hoshaw-Woodard S, Busam KJ. Expression and significance of cancer testis antigens in primary mucosal melanoma of the head and neck. *Head & neck* 2004;26:1053-7.
23. Iversen K, Robins RE. Mucosal malignant melanomas. *American journal of surgery* 1980;139:660-4.
24. Kazancıoğlu HO, Atay K, Ak G, Tufan F, Doğan Ö, Kalaycıoğlu-Beşikçi S, Bulaşıkçı M. Extranodal Malt Lymphoma Presenting With Isolated Hard Palate Involvement: A Diagnostic Challenge. *Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg* 2013;23: 69-74.
25. Aguas SC, Quarracino MC, Lence AN, Lanfranchi-Tizeira HE. Primary melanoma of the oral cavity: ten cases and review of 177 cases from literature. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal* 2009;14:E265-71.
26. Lourenco SV, A MS, Sotto MN, Bologna SB, Giacomo TB, Buim ME, Coutinho-Camillo CM, Silva SD, Landman G, Soares FA, Simonsen Nico MM. Primary oral mucosal melanoma: a series of 35 new cases from South America. *The American Journal of dermatopathology* 2009;31:323-30.
27. Lourenco SV, Bologna SB, Colucci F, Neto CF, Montenegro FL, Nico MM. Oral mucosal melanoma of the mandibular gingiva: a case report. *Cutis* 2010;86:89-93.
28. Tucci R, Aburad De Carvalhosa A, Anunciacao G, Daumas Nunes F, Dos Santos Pinto D, Jr. Late diagnosis of a primary oral malignant melanoma: a case report. *Minerva stomatologica* 2010;59:55-9.
29. Gondivkar SM, Indurkar A, Degwekar S, Bhowate R. Primary oral malignant melanoma--a case report and review of the literature. *Quintessence international* 2009;40:41-6.
30. Hashemi Pour MS. Malignant melanoma of the oral cavity: a review of literature. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research* 2008;19:47-51.
31. Hicks MJ, Flaitz CM. Oral mucosal melanoma: epidemiology and pathobiology. *Oral oncology* 2000;36:152-69.
32. Bujas T, Pavic I, Prus A, Marusic Z, Balicevic D. Primary oral malignant melanoma: case report. *Acta clinica Croatica* 2010;49:55-9.
33. Mihajlovic M, Vlajkovic S, Jovanovic P, Stefanovic V. Primary mucosal melanomas: a comprehensive review. *International journal of clinical and experimental pathology* 2012;5:739-53.
34. Moreira RN, Santos CR, Lima NL, Verli FD, Marinho SA. Oral and cutaneous melanoma: similarities and differences. *Journal of clinical medicine research* 2010;2:155-8.
35. Sharma N. Primary oral malignant melanoma: two case reports and review of literature. *Case reports in dentistry* 2012;2012:975358.

Yazışma Adresi

Dt. Nesrin SARUHAN
Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A D. Erzurum
Fax: 090 442 236 09 45
Tlf: 090 442 231 17 47
e-mail: dt_nesrin@yahoo.com

