

Metastáza maligního melanomu jako příčina obstrukce gastrointestinálního traktu

Hana Palčáková¹, Kamila Somerová Podkalská¹, Bohumil Zálešák¹, Stanislav Kalabus²

¹Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc

²Chirurgické oddělení nemocnice Přerov

Maligní melanom je nádorové onemocnění kůže, jehož incidence každoročně stoupá. I přes stále zlepšující se diagnostiku a metody léčby, mortalita neklesá. Maligní melanom je velmi nebezpečný svým metastazováním i dlouhou dobu po primární chirurgické excizi. Metastázy do gastrointestinálního traktu (GIT) nejsou výjimkou a navíc jsou velmi často klinicky němé. Následující článek popisuje dva případy, kdy maligní melanom metastazuje do GIT a také, že tyto metastázy byly v obou případech němé a projevují se buď až následnou komplikací a nebo při kontrolních vyšetřeních. Dále poukazujeme na to, jak je prevence a zejména následná dispenzarizace onkologem důležitá při léčbě maligního melanomu.

Klíčová slova: maligní melanom, metastazování, gastrointestinální trakt, dispenzarizace.

Malignant melanoma metastasis as a cause of gastrointestinal tract obstruction

Malignant melanoma is a tumour disease of the skin the incidence of which rises annually. Despite the constantly improving diagnostic and therapeutic methods, the mortality has failed to decline. Malignant melanoma is very dangerous due to its capacity to metastasize even after a long time since primary surgical excision. Metastases to the gastrointestinal tract (GIT) are not an exception and, what is more, are very often clinically silent. The present article describes two cases wherein malignant melanoma metastasized to the GIT, and pinpoints the fact that these metastases were silent in both the cases and manifested by a subsequent complication or during follow-up checks. Also highlighted is the importance of prevention and, in particular, subsequent surveillance by an oncologist in treating malignant melanoma.

Key words: malignant melanoma, metastasize, gastrointestinal tract, dispensarization.

Cíl

Informovat odbornou veřejnost o vzácných formách metastazování melanomu.

Úvod

Maligní melanom je zhoubný nádor kůže, který vzniká atypickou proliferací melanocytů. Dle údajů Národního onkologického registru jeho incidence každoročně stoupá, avšak mortalita se dlouhodobě nemění (1). V roce 2014 byla incidence 22,2/100 000 obyvatel u žen a 23,6/100 000 u mužů. Tento trend je pozorován celosvětově a souvisí s expozicí agresivnímu slunečnímu záření. Melanom se častěji vyskytuje u bělošské

populace, zejména u mužů. U nich je maximum výskytu lézí v oblasti trupu. U žen se melanom častěji nachází na dolních končetinách (2).

Největší nebezpečí maligního melanomu spočívá ve schopnosti zakládat vzdálené metastázy, často i v dlouhém časovém odstupu od radikální chirurgické léčby (2).

Histologie a prognóza

Dle klinického obrazu a histologického nálezu rozlišujeme čtyři základní typy maligního melanomu – povrchové se šířící, nodulární, akrolentiginózní melanom a lentigo maligna melanom. Vzácněji se vyskytuje typ amelanotický a slizniční melanom (2).

Klasifikace

Breslowova klasifikace: Hodnocení vertikálního růstu melanomu v metrických jednotkách (mm). Je založena na vzdálenosti místa nejhlubší invaze od stratum granulosum v milimetrech (4).

Clarkova klasifikace: Hodnocení odhadu hloubky nádorové infiltrace vzhledem k okolním tkáním (4).

TNM klasifikace a staging onemocnění vychází z přítomnosti ulcerace a přítomnosti mitóz/mm². Negativními prognostickými faktory jsou vysoká mitotická aktivita buněk, ulcerace nebo krvácení v místě nádoru.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

MUDr. Hana Palčáková, hana.bacuvcikova@gmail.com

Oddělení plastické a estetické chirurgie, FN Olomouc, I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Onkologie 2017; 11(1): 38–40

Článek přijat redakcí: 1. 8. 2016

Článek přijat k publikaci: 16. 1. 2017

Tab. 1. Typy maligního melanomu (4)

Lentigo maligna melanom	Objevuje se zejména na obličeji starších osob. Může dosahovat značné velikosti. Klinicky – nepravidelná hnědá skvrna.
Melanoma in situ	Též zvaný lentigo maligna, jsou přítomny maligní buňky, bez invazivního růstu.
Povrchově se šířící melanom (SSM – superficial spreading melanom)	Nejběžnější forma, v počátku roste do šířky, později začne pronikat hlouběji do dermis.
Nodulární melanom	Druhá nejčastější varianta, roste vertikálně od začátku, brzy invaduje a jeho prognóza je špatná.
Akrální lentiginózní melanom	Vzácný, asi 1 % melanomů, vyskytuje se nejčastěji na ploškách nohou (90 %) a na dlaních (8 %). Řazeny jsou sem i slizniční formy, špatná prognóza pramení i z pozdní diagnostiky.
Amelanotický melanom	Má enzymovou blokádu v tvorbě pigmentu, světle šedá nebo červená barva, biologické chování je stejné jako u pigmentové formy.
Další vzácné formy	Desmoplastický melanom (vzácný, často perineurální šíření), mukózní (lentiginózní) melanom, maligní modrý névus, melanom vznikající z velkého kongenitálního névu, melanom měkkých částí (clear cell sarcoma).

Tab. 2. Hloubka invaze dle Clarka (4)

I.	Nádor in situ, roste jen laterálně
II.	Invaze do papilární dermis
III.	Nádor zasahuje papilární dermis, retikulární dermis nepostížena
IV.	Invaze do retikulární dermis
V.	Invaze do podkožního tuku

Nebezpečí maligního melanomu spočívá ve schopnosti zakládat pozdní metastázy, a to i delší dobu po chirurgické excizi. Maligní melanom nejčastěji metastazuje do lymfatických uzlin, hematogenně do centrálního nervového systému, plic, kostí nebo gastrointestinálního traktu.

Diagnostika

Základem diagnostiky je vizuální vyšetření podezřelých lézí již na úrovni primární prevence v ambulanci praktického lékaře. Diagnostický postup poté zahrnuje vyšetření digitálním dermatoskopem. U klinicky nejasných lézí je indikována marginální excize k potvrzení či vyloučení diagnózy. Pokud je klinicky vysoké podezření na maligní melanom, následuje radikální chirurgická excize s vyšetřením sentinelové uzliny. Před plánovaným výkonem je nutné stanovit staging – UZV břicha a uzlin, RTG plic, event. PET/CT (k vyloučení metastatického postižení). Jsou-li přítomny při stagingu potvrzeny metastázy, vyšetření sentinelové uzliny se nepožaduje.

Terapie

Základem léčby je chirurgická excize s širokým bezpečnostním lemem na svalovou fascii.

Šíře chirurgické excize

Šíře bezpečnostního lemu vychází z tloušťky nádoru, tedy z klasifikace dle Breslowa. U melano-

mu in situ byl doporučován lem excize 0,5 cm, nověji se doporučuje lem 1 cm vzhledem k radiálnímu šíření tohoto typu melanomu. Pokud je Breslow do 1 mm je doporučován bezpečnostní lem 1 cm, u pokročilejších melanomů se doporučuje lem 2 cm (2). Zvolení velikosti lemu excize je dáno i lokalitou melanomu – obličej, ústa, sliznice a mitotickou aktivitou nádoru. U subunguálních melanomů je doporučena nejprve excizní biopsie s ablací nehtové ploténky a poté dle nálezu i amputaci distálního článku či celého prstu (2).

Dále se peroperačně při radikální excizi maligního melanomu nebo reexcizi jizvy po nedostatečné excizi melanomu provádí exstirpace sentinelové uzliny na histologické vyšetření. Pokud je sentinelová uzlina pozitivní, provede se v druhé době blokovaná disekce lymfatických uzlin. Chirurgický výkon lze doplnit adjuvantní radioterapií.

V pokročilých stádiích metastatického melanomu je indikována imunoterapie nebo biologická léčba.

Kazuistika 1

Pacientka, 80 let, léčena pro hypertenzi, byla přijata na chirurgické oddělení spádové nemocnice pro bolesti břicha a zvracení. Při klinickém vyšetření dominovala výrazná palpační bolestivost v levém hypochondriu a mesogastriu s hmatnou rezistencí. Doplněn prostý rentgenový snímek břicha s nálezem patologických hladin v oblasti tenkých kliček a pravého kolon, sonograficky zjištěn měkkotkáňový tumor v levém mesogastriu. Vzhledem k nespecifickému nálezu na ultrazvuku provedeno akutní CT břicha s kontrastem, kde byl popsán nález tumorózní infiltrace v oblasti lienální flexury a orální části colon descendens, objemný měkkotkáňový

tumor v mesenteriu a ve stěně kliček a četná drobná ložiska na peritoneu.

Pro poruchu střevní pasáže byla pacientka indikována k akutní revizi dutiny břišní, kde byl peroperačně nalezen karcinomatózy parietálního i viscerálního peritonea, a to zejména v oblasti kolon a kliček tenkého střeva, jako příčina obstrukce GIT. Vzhledem k peroperačnímu nálezu nebylo možné provedení resekce střeva, a tak byla odebrána biopsie a založena derivační ileostomie.

Vzhledem k peroperačnímu nálezu a absenci onkologického onemocnění v osobní anamnéze bylo retrospektivně zjištěno, že před třemi lety pacientka podstoupila ambulantně excizi kožní léze z oblasti pravého předloktí. Byla informována o diagnóze melanomu praktickým lékařem, ale léčbu odmítla.

Dle peroperační biopsie byly potvrzeny mnohočetné metastázy maligního melanomu.

Vzhledem k závažným pooperačním komplikacím došlo u pacientky k exitu 4. pooperační den.

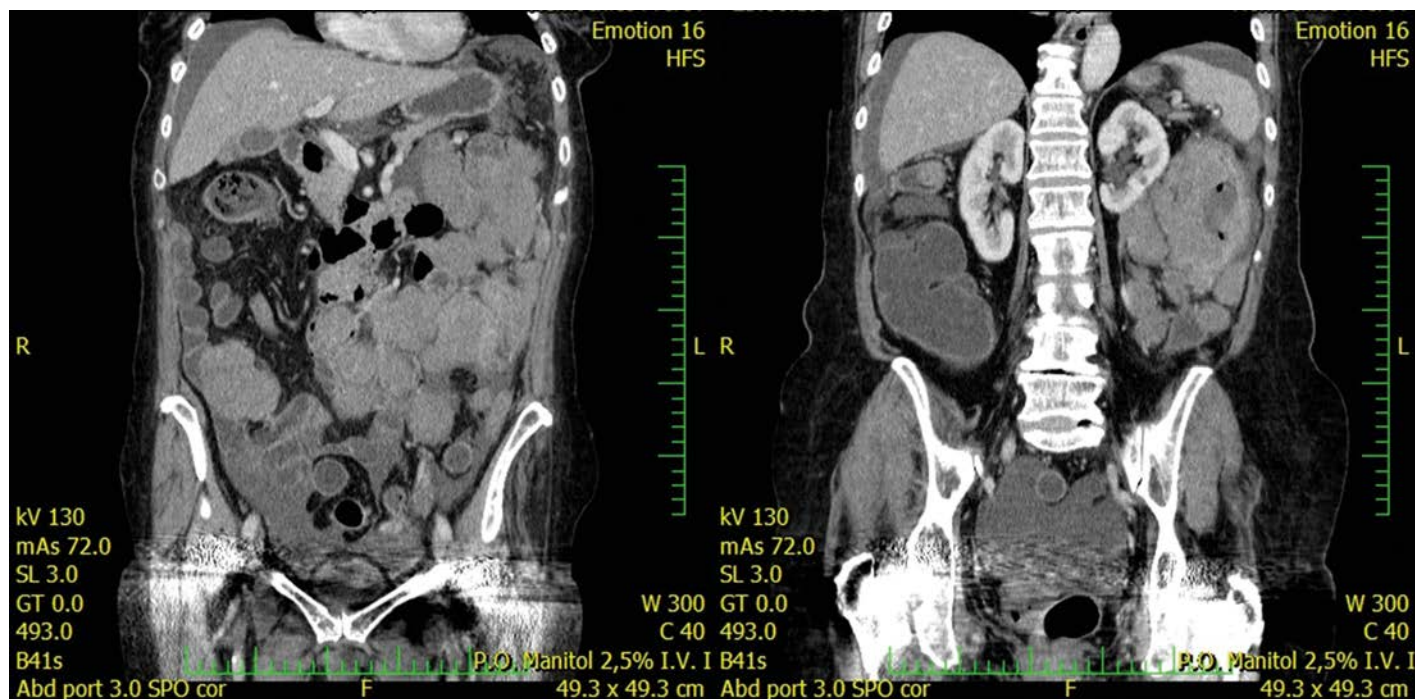
Kazuistika 2

33letý pacient, dosud zdravý, v roce 2008 podstoupil excizi névu zad, histologicky se jednalo o nodulární maligní melanom Clark IV, Breslow 1,5 mm. Provedena časná reexcize jizvy s bezpečnostním lemem 2 cm na svalovou fascii a extirpace sentinelové uzliny, která byla negativní. Pravidelně dispenzarizován onkologem.

Po dvou letech od excize melanomu pro nález rezistence v pravé axile doplněn ultrazvuk a PET/CT s nálezem viabilní nádorové tkáně v obou axilách. Na základě těchto vyšetření byla provedena blokovaná disekce lymfatických uzlin pravé a levé axily, histologicky verifikovány metastázy maligního melanomu.

Za rok od exenterace při kontrolním PET/CT v rámci dispenzarizace byla zjištěna akumulace FDG v oblasti tenkého střeva. Pacient bez jakýchkoli klinických potíží. Doplněna balonková videoenteroskopie s nálezem stenózy lumen distální části jejunu s exulcerovaným exofytickým tumorem. Dle biopsie verifikována metastáza maligního melanomu. Pacient indikován k resekci tenkého střeva s metastázou melanomu. Peroperačně nalezen objemného tumoru v oblasti distálního jejunu, který téměř obturuje celé lumen. V přilehlém mesenteriu nalezeny zvětšené uzliny, provedena resekce tenkého střeva i s postiženým mesenteriem. Pro nález dalšího suspektního ložiska na tenkém střevě velikosti 5 mm provedena excize stěny střevní.

Obr. 1. Nález měkkotkáňových hmot v levém hypochondriu



Histologicky byly potvrzeny metastázy maligního melanomu ve stěně tenkých kliček, lymfatické uzliny mesenteria byly negativní.

Pacient je nadále v dispenzární péči onkologa bez jakékoliv adjuvantní terapie. Kontrolní PET/CT (2 roky od posledního výkonu) bylo negativní.

Závěr

Maligní melanom je jedním z nejzhoubnějších nádorů vůbec s rychle narůstající incidencí v populaci. Stále častěji jsou diagnostikována časná stadia. Největší ohrožení pro pacienty s diagnózou maligního melanomu spočívá v jeho tendenci k zakládání pozdních

metastáz, které jsou často klinicky němé a tudíž pozdě diagnostikovány. Metastazování do GIT není výjimkou. Metastázy do GIT mohou být velmi často klinicky němé, proto je velmi důležitá pravidelná dispenzarizace onkologem, která pomáhá odhalení klinicky němých metastáz.

LITERATURA

1. Národní onkologický registr [online]. Praha © ÚZIS ČR 2010–2017. [cit. 13–1–2017]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>
2. Becker HD, Hohenberger W, Junginger T, et al. Chirurgická

onkologie, Grada 2005: 571–582.

3. National Comprehensive Cancer Network: Guidelines [online]. Fort Washington, © 2017. [cit. 13–1–2017]. Dostupné z: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp

4. Povýšil C, Šteiner I a kol. Speciální Patologie. Galén Karolínium 2007: 405–407.