

Opis przypadku • Case report

Rzadki przypadek pierwotnego czerniaka przełyku

Janusz Godlewski¹, Grażyna Kuciel-Lisieska², Michał Tenderenda²,
Piotr Troska², Tomasz Widawski³

Pierwotny czerniak przełyku jest bardzo rzadką lokalizacją tego nowotworu. W piśmiennictwie przedstawiane są pojedyncze przypadki takiego umiejscowienia czerniaka. W niniejszej pracy omówiono przypadek chorej, u której duży guz spowodował istotne trudności w połykaniu pokarmu. Chora została poddana operacji totalnej resekcji przełyku. Mimo radykalności zabiegu operacyjnego w dalszym przebiegu choroby doszło do progresji. U chorej uzyskano okres trzyletniego przeżycia.

Primary malignant melanoma of oesophagus – case report

Primary malignant melanoma of the oesophagus is a rare clinical entity, with only very few cases reported in the literature. We present the case of a 61-year old woman with severe dysphagia caused by a large oesophageal tumour. The patient was qualified for surgery and underwent radical oesophagectomy, but despite treatment she presented with pulmonary metastases and disease progression. Overall survival from the occurrence of the first symptoms until death was 3 years.

Słowa kluczowe: czerniak, nowotwór przełyku, leczenie chirurgiczne

Key words: melanoma, oesophagus neoplasm, surgery

Czerniak jest nowotworem złośliwym skóry. Powstaje w wyniku przemiany nowotworowej komórek barwnikowych skóry, zawierających melaninę, inaczej melanocytów [1].

Czerniak nie jest częstym nowotworem. Zachorowania na czerniaka stanowią 1,4% wszystkich nowotworów u mężczyzn i 1,7% u kobiet [2].

Obecnie określono następujące czynniki ryzyka powstania tego nowotworu: intensywne ekspozycja na promieniowanie słoneczne (promienie ultrafioletowe typu B) i fenotyp skóry wrażliwej na ten typ promieniowania, zespół rodzinnych znamion atypowych, predyspozycje genetyczne, a także uprzednie zachorowanie na czerniaka [3].

Możliwy jest także rozwój czerniaka w innych narządach niż skóra, ale jest to bardzo rzadka lokalizacja tego nowotworu. Może on powstać w narządach nie narażonych na znane czynniki ryzyka; związane jest to z obecnością melanocytów w obrębie błony śluzowej tych narządów. Taka lokalizacja czerniaka dotyczy błony śluzowej jamy ustnej, sromu i pochwy, męskich narządów

płciowych oraz okolicy odbytu i odbytnicy [4]. Ze względu na obecność melanocytów w obrębie błony naczyniowej gałki ocznej również i w tym narządzie dochodzi do rozwoju czerniaka [5].

Do kazuistyki należy pierwotna lokalizacja czerniaka w przełyku.

Opis przypadku

Pacjentka lat 61 przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala MSWiA w Olsztynie 17 czerwca 2004 r. celem diagnostyki zaburzeń połykania.

Według chorej dolegliwości te narastały od 3 tygodni. Przy przyjęciu do szpitala chora miała trudności w połykaniu stałego pokarmu. W wykonanej gastrokopii stwierdzono, w odległości 30 cm od siekaczy, guz naciekający światło przełyku, bez możliwości przejścia aparatem poniżej przeszkody. Celem weryfikacji histopatologicznej z guza pobrano wycinki. Po wykonaniu badań pacjentka została wypisana do domu. Uzyskano następujący wynik badania histopatologicznego: *neoplasma malignum probabiliter-melanoma malignum fusocellulare*. CK1-/;HMB45+/;S-100+/;Desmina-/ CD34-/.

Ambulatoryjnie wykonano u chorej tomografię komputerową klatki piersiowej i jamy brzusznej. Stwierdzono w obrębie przełyku masę patologiczną o wymiarach 40x30x75 mm. Górny biegun guza lokalizował się na poziomie żył płucnych, dolny nie przekraczał granicy przepony. Okolica podprzeponowa oraz wpust wydawa-

¹ Katedra Histologii i Embriologii Człowieka
Wydział Nauk Medycznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

² Oddział Chirurgii Onkologicznej
Szpital MSWiA, Warmińsko-Mazurskie Centrum Onkologii
w Olsztynie

³ Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

ły się być niezmienione. Nie stwierdzono zmienionych węzłów chłonnych w okolicy przytchawiczej i we wnętrzu płuc.

Narządy mięsiste jamy brzusznej były bez zmian, a węzły chłonne niepowiększone.

Chora została powtórnie przyjęta do szpitala celem leczenia operacyjnego 12 lipca 2004 r.

W wywiadzie ustalono, że chora przebyła cholecystektomię oraz usunięcie zmiany skóry nosa w 2001 r. (weryfikacja histopatologiczna – *carcinoma basocellulare cutis*).

Przed operacją wykonano badania laboratoryjne i spirometryczne badanie wentylacji płuc, wyniki tych badań były w zakresie normy.

Po przygotowaniu chora została operowana. Wykonano totalną resekcję przełyku z dostępu przez torakotomię i laparotomię z zespoleniem z żołądkiem na szyi. Podczas operacji stwierdzono guz w środkowej części przełyku, który nie naciekał tkanek przyległych. Nie obserwowano też powiększenia okolicznych węzłów chłonnych.

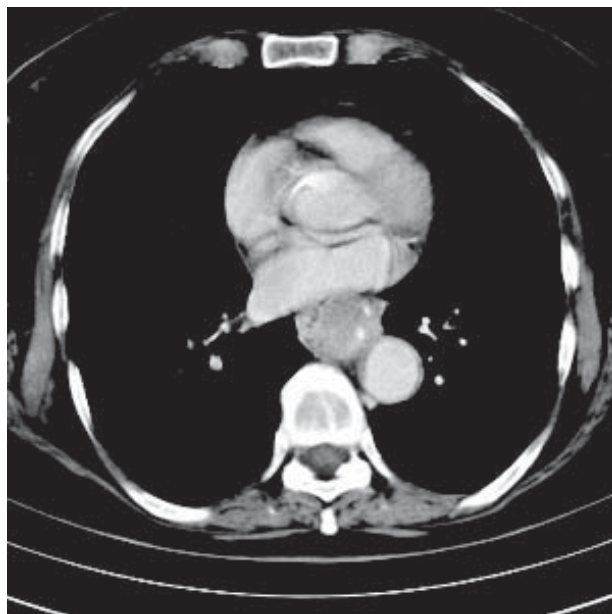
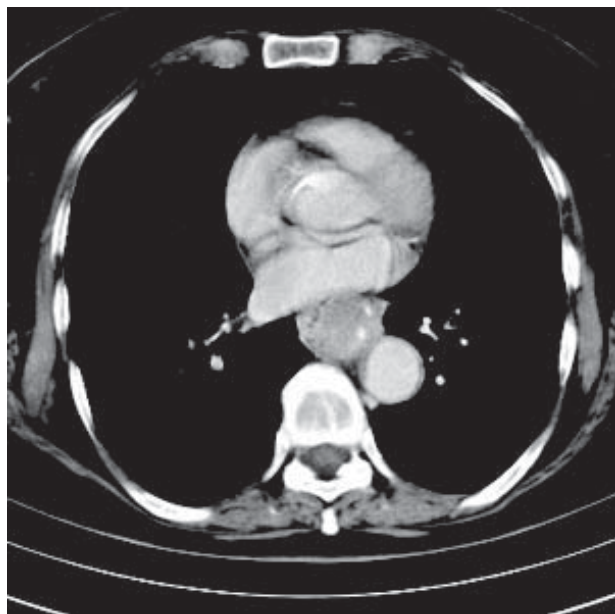
Bezpośrednio po operacji chora przebywała na oddziale intensywnej terapii przez trzy doby, a następnie została przeniesiona na oddział chirurgii onkologicznej. Stan chorej po operacji był dobry. Po rentgenowskiej kontroli rozprężenia płuc dren opłucnowy usunięto w czwartej dobie. Po zabiegu chorą żywiono pozajelitowo, następnie zaczęto odżywiać doustnie w dziesiątej dobie. Stopniowo uzyskano powrót chorej do zdrowia i sił. Została wypisana ze szpitala w trzynastej dobie od operacji.

Z pracowni patomorfologii uzyskano wynik badania histopatologicznego preparatu pooperacyjnego. Makroskopowo opisano uszypułowany guz przełyku, rosnący do jego światła o wymiarach 5,5–2,7 cm, na przekroju pstry, ciemnobrunatny. Mikroskopowo stwierdzono zmianę

dwuogniskową, obejmującą błonę śluzową, tkankę podśluzową oraz blaszkę właściwą błony śluzowej – *melanoma malignum melanoticum praecipue typus fusocellularis*. HMB-45/+/-. Jednocześnie opisano linie cięcia chirurgicznego jako wolne od nacieku nowotworowego. W preparacie pooperacyjnym w otoczeniu przełyku znaleziono 7 węzłów chłonnych, które były wolne od przerzutów.

Po leczeniu szpitalnym kontrolę stanu zdrowia, jak również dalsze leczenie prowadzono w Poradni Chirurgii Onkologicznej i w Poradni Chemioterapii.

Z powodu podejrzenia rozsiewu choroby opisanej w kolejnym kontrolnym badaniu TK klatki piersiowej chora została zakwalifikowana do torakotomii. Operacja odbyła się 19 października 2005 r. Wykonano klinowe wycięcie wszystkich rozpoznanych zmian, tj. trzech guzków w obrębie płuca prawego, była to operacja w zamiśle radykalna. Weryfikacja histopatologiczna wykazała wznowę choroby; w pobranych guzkach płuca i w guzku opłucnowym stwierdzono *foci melanomatis* HMB /+/. Ze względu na brak, w kolejnych kontrolnych badaniach TK klatki piersiowej, innych ognisk choroby, nie kwalifikowano chorej do leczenia chemioterapią. Następnie w październiku 2006 r. w tomografii komputerowej u chorej opisano w obrębie 9. i 10. segmentu płuca prawego kilka podopłucnowych guzków o wielkości od 6 mm do 35 mm. Po stwierdzeniu charakteru przerzutowego zmian, chorą w styczniu 2007 r. zakwalifikowano do leczenia chemioterapią. Otrzymała trzy kursy chemioterapii paliatywnej (bleomycyna, winkrystyna, doksorubicyna). Mimo podjętego leczenia paliatywnego choroba rozwijała się. W następnych badaniach TK klatki piersiowej dodatkowo stwierdzano patologiczne węzły chłonne, powiększone do 25 mm, w obrębie śródpiersia przedniego. Z powodu złego stanu ogólnego chorej chemioterapię przerwano. Została skierowana do opieki paliatywnej w czerwcu 2007 r. Zmarła 18 lipca 2007 r.



Ryc. 1. Skan CT klatki piersiowej ukazujący lity guz przełyku, znacznie zamykający jego światło. Masa przylega do aorty zstępującej, bez cech jej naciekania

Omówienie

U prezentowanej powyżej chorej zabieg operacyjny był wykonany z powodu dużych zaburzeń połykania. Chora została zoperowana w sposób typowy dla raków piersiowego odcinka przełyku [6]. Wykonano radykalny zabieg chirurgiczny, który w zamyśle był operacją leczącą. W węzłach chłonnych w badaniu histopatologicznym nie stwierdzano przerzutów, a marginesy operacyjne były wolne od komórek czerniaka. W przebiegu choroby doszło jednak do jej progresji. Pomimo zgonu chorej trzeba uznać, że uzyskano u niej polepszenie komfortu życia i dalsze trzyletnie przeżycie od momentu rozpoznania choroby.

Pierwotny czerniak przełyku jest bardzo rzadką lokalizacją tego nowotworu. W piśmiennictwie opisywane są pojedyncze przypadki czerniaka o takiej lokalizacji [7-9].

Stwierdzenie obecności melanocytów w obrębie śluzówki przewodu pokarmowego potwierdza pierwotny charakter tego nowotworu. W patogenezie tej choroby jest rozważane powstanie czerniaka z ognisk atypowych melanocytów [10, 11].

Częściej stwierdzane jest, że narządy przewodu pokarmowego mogą być miejscem przerzutu czerniaka skóry [12-15], tym niemniej przełyk nie jest wymieniany jako narząd, do którego następują przerzuty w stadium rozsianym choroby [16-17].

Podobnie w sekcyjnych badaniach osób zmarłych na czerniaka jako miejsca przerzutów w obrębie przewodu pokarmowego wymieniane są: jelito cienkie, jelito grube i żołądek. Mimo badania dużej grupy osób nie stwierdzano przerzutów nowotworu w obrębie przełyku [18].

Obecnie w piśmiennictwie podkreślana jest rola leczenia chirurgicznego w IV stadium czerniaka. Leczenie zabiegowe dotyczy nie tylko zagrażających życiu powikłań choroby (niedrożność, krwawienie i perforacja przewodu pokarmowego), ale obejmuje także resekcję ognisk przerzutowych z tkanki płucnej. Jest to leczenie przedłużające życie chorych na czerniaka, tak jak to było w prezentowanym przypadku [19-25].

Dr n. med. Janusz Godlewski
ul. Bankowców 35, 10-628 Olsztyn
e-mail:janusz350@poczta.onet.pl

Piśmiennictwo

1. Groniowski J i wsp. *Podstawy patomorfologii*. Warszawa: PZWL; 1984; 843.
2. Wojciechowska U i wsp. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2004 r.* Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2006; 110-12.
3. Krzakowski M i wsp. *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*. Warszawa: Polska Unia Onkologii; 2004; 323.
4. Rogers RS, III, Gibson LE. Mucosal, genital, and unusual clinical variants of melanoma. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 362-6.
5. Kański JJ i wsp. *Okulistyka kliniczna*. Wrocław: Górnicki Wyd. Med.; 2005; 323-7.
6. Szawlowski A i wsp. *Zasady diagnostyki i chirurgicznego leczenia nowotworów w Polsce*. Warszawa: Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny; 2003; 176-84.
7. Roesch W, Rohner HG. Primary malignant melanoma of the oesophagus. *Endoscopy* 1984; 16: 186-8.
8. Stranks GJ i wsp. Primary malignant melanoma of the oesophagus: case report and review of surgical pathology. *Gut* 1991; 32: 828-30.
9. Dąbrowski A i wsp. Trudności diagnostyczno-terapeutyczne u chorej na pierwotnego czerniaka przełyku – opis przypadku. *Pol Merk Lek* 2004; 100: 378-9.
10. Ludwig ME i wsp. Primary malignant melanoma of the esophagus. *Cancer* 1981; 48: 2528-34.
11. DiCostanzo DP, Urmacher C. Primary malignant melanoma of the esophagus. *Am J Surg Pathol* 1987; 11: 46-52.
12. Klaase JM, Kroon BB. Surgery for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Br J Surg* 1990; 77: 60-1.
13. McDermott VG i wsp. Malignant melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol* 1996; 166: 809-13.
14. Elsayed AM i wsp. Malignant melanomas in the small intestine: a study of 103 patients. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1001-6.
15. Wysocki WM i wsp. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma: report of a case. *Surg Today* 2004; 34: 542-6.
16. Ihde JK, Coit DG. Melanoma metastatic to stomach, small bowel, or colon. *Am J Surg* 1991; 162: 208-11.
17. Ricaniadis N i wsp. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *Surg Oncol* 1995; 4: 105-10.
18. Blecker D i wsp. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol* 1991; 94: 3427-33.
19. Krige JE i wsp. Surgical treatment of metastatic melanoma of the small bowel. *Am Surg* 1996; 62: 658-63.
20. Hao XS, Li Q, Chen H. Small bowel metastases of malignant melanoma: palliative effect of surgical resection. *Jpn J Clin Oncol* 1999; 29: 442-4.
21. Ollila DW, Hsueh EC, Stern SL i wsp. Metastasectomy for recurrent stage IV melanoma. *J Surg Oncol* 1999; 71: 209-13.
22. Pages Navarrete C i wsp. Surgical treatment of pulmonary metastasis: survival study. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 569-73.
23. Essner R i wsp. Contemporary surgical treatment of advanced-stage melanoma. *Arch Surg* 2004; 139: 961-6.
24. Petersen RP i wsp. Improved survival with pulmonary metastasectomy: an analysis of 1720 patients with pulmonary metastatic melanoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 133:104-10.
25. Neuman HB i wsp. Stage-IV melanoma and pulmonary metastases: factors predictive of survival. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 2847-53.

Otrzymano: 12 marca 2008 r.

Przyjęto do druku: 27 maja 2008 r.