

Aneta L. Zygulska¹, Adrian Wójcik², Marcin Nowak³, Piotr Richter³

¹Zakład Chemioterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

²Oddział Chirurgii Ogólnej Miejskiego Szpitala Specjalistycznego im. Gabriela Narutowicza w Krakowie

³III Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Przerzut czerniaka skóry do żołądka — opis przypadku

Gastric metastasis of skin melanoma — a case report

Adres do korespondencji:

dr med. Aneta Zygulska
Zakład Chemioterapii Szpitala
Uniwersyteckiego
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
Tel.: (+ 48 12) 424 89 14
Faks: (+48 12) 424 89 10
e-mail: zygulska@poczta.onet.pl

Onkologia w Praktyce Klinicznej
2009, tom 5, nr 2, 69–71
Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1734–3542
www.opk.viamedica.pl

STRESZCZENIE

Przerzuty pierwotnego czerniaka skóry do żołądka występują rzadko i zazwyczaj rozpoznaje się je na podstawie badania sekcyjnego. W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 52-letniej chorej operowanej z powodu pojedynczego przerzutu czerniaka skóry do żołądka. Pacjentce usunięto czerniaka zlokalizowanego na kończynie dolnej prawej 7 lat wcześniej.

Słowa kluczowe: czerniak skóry, przerzut do żołądka

ABSTRACT

Metastases of primary skin melanoma to the stomach are seldom. They are usually diagnosed on the basis of the autopsy. Case of 52-year-old female patient with separated gastric metastasis of skin melanoma is described in this report. Primary melanoma localized on the left lower limb was excised seven years earlier.

Key words: skin melanoma, gastric metastasis

Onkol. Prak. Klin. 2009; 5, 2: 69–71

Wstęp

Czerniak skóry jest stosunkowo rzadkim nowotworem złośliwym występującym w Polsce. Stanowi około 1% nowotworów złośliwych u kobiet i około 0,6–0,8% nowotworów złośliwych u mężczyzn. Największa zachorowalność przypada na czwartą i piątą dekadę życia [1]. Leczenie chirurgiczne jest postępowaniem z wyboru. Przewód pokarmowy — obok węzłów chłonnych, płuc, wątroby, kości, mózgu i skóry — jest jedną z lokalizacji przerzutu czerniaka skóry. Przerzuty do przewodu pokarmowego mogą być obecne zarówno w trakcie stawiania diagnozy, jak i ujawnić się w wiele lat po leczeniu ogniska pierwotnego [2]. Jednak często jest trudno jednoznacznie ocenić, czy zdiagnozowany czerniak przewodu pokarmowego jest przerzutem czy zmianą pierwotną [3]. Zarówno przerzut czerniaka skóry do żołądka, jak i pierwotny czerniak przewodu pokarmowego zlokalizowany w żołądku jest bardzo rzadki [3, 4].

W niniejszej pracy przedstawiono przypadek 52-letniej chorej operowanej z powodu przerzutu czerniaka skóry do żołądka, u której 7 lat wcześniej usunięto czerniaka skóry.

Opis przypadku

Chorą w wieku 52 lat przyjęto na Oddział Chirurgiczny Miejskiego Szpitala Specjalistycznego w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego usunięcia guza żołądka we wrześniu 2007 roku. U pacjentki usunięto czerniaka skóry podudzia prawego w 1999 roku. Zmianę wycięto z marginesem zdrowych tkanek w ocenie mikroskopowej. Postawiono wówczas rozpoznanie histopatologiczne: *melanoma malignum nodulare exulcerans*. Grubość nacieku według klasyfikacji Breslow wynosiła 4 mm, a według klasyfikacji Clarka był to IV stopień. U chorej nie występowały żadne objawy przez 7 lat. Niecharakterystyczne dolegliwości bólowe nadbrzusza

i objawy dyspeptyczne pojawiły się w 2006 roku. Dopiero po upływie roku trwania objawów pacjentka zdecydowała się na przeprowadzenie badań diagnostycznych. W badaniu endoskopowym żołądka wykazano głębokie owrzodzenie o średnicy kilku centymetrów zlokalizowane w połowie trzonu na ścianie przedniej i krzywiznie mniejszej. Dno owrzodzenia było pokryte masami martwiczymi i włóknikiem, a ograniczone pogrubiałymi i sztywnymi fałdami. Na podstawie badania histopatologicznego wycinków pobranych z podejrzanej zmiany rozpoznano nowotwór złośliwy o niskim stopniu zróżnicowania, który w pierwszej kolejności sugerował przerzut czerniaka. W badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) jamy brzusznej stwierdzono guzowate, ponad 2-centymetrowe pogrubienie ściany przedniej i krzywizny mniejszej żołądka rozciągające się od okolicy podwypustowej do poziomu kąta żołądka. Ponadto uwidoczniono pojedyncze powiększone węzły chłonne w sąsiedztwie gałęzi pnia trzewnego i zaotrzewnowo przyaortalnie. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej nie wykazano zmian sugerujących przerzuty. Na podstawie morfologii krwi z rozmazem stwierdzono anemię o umiarkowanym stopniu. Wyniki badania biochemicznego były w granicach normy. Chorą zakwalifikowano do zabiegu resekcji żołądka. Śródoperacyjnie stwierdzono policykliczny guz z dużym kraterowatym owrzodzeniem zlokalizowany w połowie trzonu żołądka. W ocenie pozostałych narządów jamy brzusznej nie stwierdzono podejrzanych zmian. Wykonano całkowite wycięcie żołądka wraz z siecią większą i limfadenektomią D2 z następowym zespoleniem przełykowo-jelitowym sposobem Roux-Y. W badaniu histopatologicznym żołądka zdiagnozowano czerniaka naciekającego ogniskowo całą grubość ściany żołądka. Komórki nowotworu wykazywały dodatni odczyn immunohistochemiczny na obecność HMB 45 i melanu A. Zatory z komórek czerniaka były obecne w świetle drobnych naczyń w sąsiedztwie guza. W 16 usuniętych węzłach chłonnych okołożołądkowych, sieci większej i marginesach operacyjnych nie stwierdzono nacieku czerniaka. W przebiegu pooperacyjnym nie stwierdzono powikłań. W kontrolnych badaniach obrazowych przeprowadzonych 6 miesięcy po resekcji potwierdzono nieoperacyjne przerzuty do wątroby. Z tego powodu u chorej zastosowano chemioterapię paliatywną według schematu dakarbazyna w monoterapii, uzyskując 5-miesięczną stabilizację procesu nowotworowego. Stan ogólny chorej jest dobry. Chora nadal pozostaje w obserwacji.

Dyskusja

Szacuje się, że odsetek pacjentów z potwierdzonym rozpoznaniem przerzutu czerniaka skóry do przewodu

pokarmowego wynosi 2–4% [3, 5]. Z kolei u 60% chorych, którzy umierają w przebiegu uogólnionego czerniaka, w sekcji zwłok stwierdza się przerzuty do przewodu pokarmowego [3, 5–7]. Najczęstszą lokalizacją przerzutu jest jelito cienkie (50%), okrężnica (31%), odbytnica z odbytem (25%) [6]. Objawy wynikające z przerzutu do przewodu pokarmowego są niespecyficzne i obejmują ból brzucha, trudności w połykaniu, krwawe wymioty, smoliste stolce, obecność krwi utajonej w stolcu [2, 8]. W przypadku przerzutu do żołądka najczęściej występuje nasilone osłabienie, obniżona tolerancja wysiłku, łatwa męczliwość, niespecyficzne bóle nadbrzusza, nudności lub wymioty, anemia, utrata masy ciała [3, 5, 9, 10]. Niespecyficzność objawów przyczynia się do opóźnienia diagnostyki, a w konsekwencji do pogorszenia rokowania [3, 5]. Z tego powodu u pacjentów z dodatnim wywiadem w kierunku czerniaka, u których pojawiły się niespecyficzne objawy ze strony przewodu pokarmowego, należałoby wykluczyć obecność przerzutu. W ramach diagnostyki należy wykonać tomografię komputerową jamy brzusznej i badanie endoskopowe oceniające bardzo dokładnie śluzówkę przewodu pokarmowego pod kątem poszukiwania ewentualnego miejsca przerzutu. Ponadto należy pobrać wycinki śluzówki zmienionej chorobowo z następowym barwieniem immunohistochemicznym [2, 8]. Zabieg operacyjny jest jedyną metodą leczenia stwarzającą szansę wydłużenia życia szczególnie u chorych z pojedynczym przerzutem. Ze względu na stosunkowo niską śmiertelność okołooperacyjną postępowanie chirurgiczne powinno się uwzględniać zawsze w tej grupie chorych, u których operacja mogłaby poprawić jakość życia [7].

Wieloczynnikowa analiza wykazała, że lokalizacja pierwotnego czerniaka w przewodzie pokarmowym, stopień zaawansowania procesu nowotworowego, niepowodzenie zabiegu operacyjnego, obecność przerzutów zmienionych węzłów chłonnych i wiek pacjenta są niezależnymi czynnikami pogarszającymi wyniki leczenia [4].

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska W. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2002 roku. Centrum Onkologii Warszawa 2004.
2. Liang K.V., Sanderson S.O., Nowakowski G.S., Arora A.S. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin. Proc.* 2006; 81: 511–516.
3. Lagoudianakis E.E., Genetzakis M., Tsekouras D.K. i wsp. Primary gastric melanoma: a case report. *World J. Gastroenterol.* 2006; 12: 4425–4427.
4. Cheung M.C., Perez E.A., Molina M.A. i wsp. Defining the role of surgery for primary gastrointestinal tract melanoma. *J. Gastrointest. Surg.* 2008; 12: 731–738.
5. Stukavec J., Horak L. The malignant melanoma metastasis into the stomach corpus. *Rozhl. Chir.* 2005; 84: 148–150.
6. Blecker D., Abraham S., Furth E.E., Kochman M.L. Melanoma in

- the gastrointestinal tract. *Am. J. Gastroenterol.* 1999; 94: 3427–3433.
7. Ihde J.K., Coit D.G. Melanoma metastatic to stomach, small bowel, or colon. *Am. J. Surg.* 1991; 162: 208–211.
 8. Datner E.M., English J.C. 3rd. Abdominal pain in a patient with melanoma. *Dermatol. Surg.* 1998; 24: 1100–1102.
 9. Ellouze S., Khabir A., Ayadi L., Makni S., Amouri A., Frikha M., Sellami-Boudawara T. Unusual tumor of the stomach. *Gastroenterol Clin Biol* 2008; 32: 289–291.
 10. Jelincic Z., Jakic-Razumovic J., Petrovic I., Cavcic A.M., Unusic J., Trotic R. Primary malignant melanoma of the stomach. *Tumori* 2005; 91: 201–203.