

PRZYPADEK PRZERZUTOWEGO CZERNIAKA ZŁOŚLIWEGO POCHWY NA TLE CZERNIAKA PIERWOTNEGO POUCHWY – PRZYPADEK KLINICZNY

JANUSZ SKOWRONEK, ANDRZEJ ROSZAK

Pierwotny czerniak złośliwy pochwy jest rzadkim nowotworem o częstym złym rokowaniu. Jego przebieg kliniczny różni się od przebiegu czerniaka skóry innych okolic z powodu lokalizacji predysponującej do wczesnego naciekania okolicznych tkanek oraz do przerzutów drogami limfatycznymi i krwionośnymi. Omówiono epidemiologię, cechy kliniczne i histopatologiczne czerniaka pochwy oraz przedstawiono dotychczas stosowane metody leczenia. Omówiono również cechy kliniczne i leczenie przerzutów czerniaka do pochwy. Przedstawiono przypadek kliniczny chorej leczonej w Wielkopolskim Centrum Onkologii z powodu czerniaka złośliwego skóry w przebiegu którego wystąpił przerzut do pochwy. Rokowanie w czerniaku złośliwym pochwy może być poprawione po zastosowaniu radykalnego leczenia chirurgicznego.

W pracy omówiono epidemiologię, cechy kliniczne i histopatologiczne pierwotnego czerniaka złośliwego pochwy oraz przedstawiono zastosowane metody leczenia. Omówiono również cechy kliniczne i leczenie przerzutów czerniaka do pochwy. Przedstawiony przypadek kliniczny chorej leczonej w Wielkopolskim Centrum Onkologii z powodu czerniaka złośliwego skóry w przebiegu którego wystąpił przerzut do pochwy.

Pierwotny czerniak złośliwy pochwy występuje rzadko, rzadziej od czerniaka sromu. W piśmiennictwie opisano tylko około 140 przypadków tego nowotworu (10, 11). Jest drugim pod względem częstości nowotworem pochwy po raku i stanowi od 2,8% do 5% wszystkich pierwotnych nowotworów pochwy (5, 8). Średni wiek chorych z czerniakiem wynosi około 55 lat (kobiety z rakiem są znacznie starsze) (1). Czerniaki mogą być zlokalizowane w każdej części pochwy, najczęściej jednak występują w jej dolnej trzeciej części, mogą być różnej wielkości, kształtu oraz koloru, często z owrzodzeniem na powierzchni (1, 7, 13). Pierwsze objawy obecności tego nowotworu to najczęściej stwierdzenie guza, a także często pojawienie się świądu; do późnych objawów zaliczamy krwawienie, owrzodzenie, pojawienie się wydzieliny z powierzchni guza, oraz ból. Czasami przyczyną zgłoszenia się do lekarza jest krwawienie po współżyciu, rzadko stwierdzenie ciemnego zabarwienia na ścianie pochwy (6). Czerniak może być położony na melanoplakii co utrudnia rozpoznanie. Średni czas jaki upływa pomiędzy zauważeniem dolegliwości a rozpoczęciem leczenia wynosi wg Ariela (1981) 3 miesiące (1). W około 20% w momencie rozpoznania czerniaka pochwy stwierdza się przerzuty odległe (1). Cechy histopatologiczne ognisk przerzutowych nie odbiegają od cech ogniska pierwotnego.

Budową histologiczną czerniaki błony śluzowej pochwy nie różnią się znacznie od czerniaka skóry. Największą trudność stanowi odróżnienie

słabo zróżnicowanych czerniaków pochwy od mięsaków lub raka płaskonabłonkowego. Konieczne jest wtedy wykonanie badań immunohistochemicznych, w tym z zastosowaniem przeciwciał anty HMB-45 i anty S-100 (2).

Najważniejszym czynnikiem rokowniczym w tym nowotworze jest ocena głębokości nacieku wg *Breslowa* (8, 9), stosowana czasami w modyfikacji *Chunga* i wsp. (6).

Rokowanie w czerniaku złośliwym pochwy jest gorsze niż w czerniaku sromu oraz lokalizacji na skórze ze względu na znaczne zaawansowanie większości przypadków w momencie rozpoznania, co wiąże się z wysoką częstością miejscowych wznów jak i tendencją do przerzutowania drogami limfatycznymi do węzłów chłonnych pachwinowych i miednicy (9, 10, 11, 16).

Przeżycia 5-letnie kobiet z czerniakiem pochwy sięgają od 7 do 19% (6, 11, 13, 17, 19). *Morrow* i *Di Saia* podali, że przyczyną niepowodzenia w 80% przypadków jest wznowa miejscowa i to niezależnie od metody leczenia (13).

LECZENIE

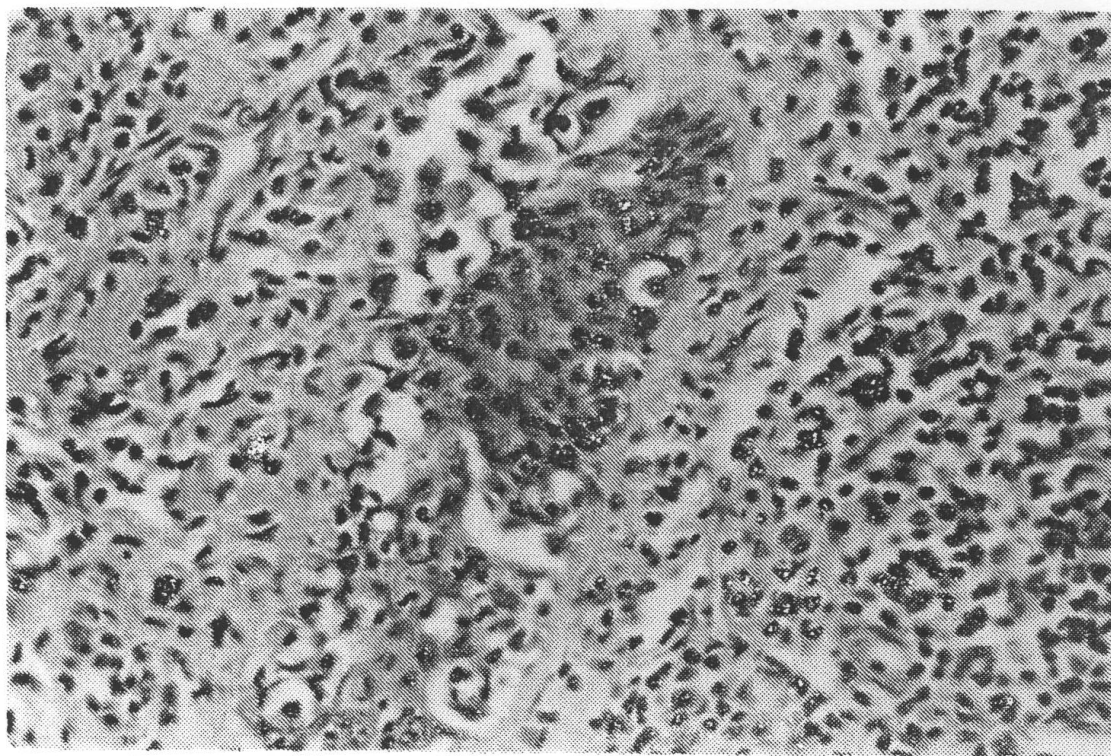
W czerniaku pochwy leczeniem z wyboru jest, wg wielu autorów, radykalny zabieg chirurgiczny (1, 4, 9, 10, 12, 14). Niektórzy autorzy zalecają histerektomię z usunięciem pochwy oraz weryfikacją węzłów chłonnych pachwinowych (1, 10, 14). W czerniaku umiejscowionym w górnej części pochwy zaleca się ponadto usunięcie węzłów chłonnych biodrowych i zasłonionego (1). Wg *Ariela* (1981) w przypadku zajęcia pęcherza moczowego lub odbytnicy i przy braku przerzutów odległych należy rozważyć wytrzymanie przednie lub tylne (1). W jednym z doniesień porównano w grupie 12 chorych dwie metody leczenia; 5 kobiet leczono wykonując histerektomię z usunięciem pochwy, u 7 wykonano jedynie miejscowe usunięcie guza z marginesem tkanek (10). Przeżycia 5-letnie wyniosły odpowiednio 71% i 40%. W niektórych ośrodkach onkologicznych stosuje się radioterapię wysokimi dawkami frakcyjnymi jako leczenie uzupełniające po zabiegu chirurgicznym (19), lub w przypadku dyskwalifikacji od zabiegu operacyjnego (16). Opisano również kilka przypadków czerniaka w stadium I zaawansowania klinicznego leczonych wyłącznie skojarzoną radioterapią — teleterapią z brachyterapią. W dwóch na trzy opisane przypadki uzyskano 3-letnie przeżycia bez objawów wznowy lub przerzutów odległych (15). W innej pracy nie stwierdzono różnic w przeżyciach odległych, chorych leczonych wyłącznie chirurgicznie lub napromienianiem (18).

Przerzuty czerniaka złośliwego do pochwy są bardzo rzadkie i najczęściej są jednym z wielu miejsc rozsiewu choroby. Dlatego postępowanie lecznicze ma charakter bardzo indywidualny, w wyjątkowych sytuacjach można stosować zasady jak w leczeniu ogniska pierwotnego pod warunkiem wykluczenia innych ognisk przerzutowych. Najczęstszymi miejscami przerzutów czerniaka są węzły chłonne, płuca (70% chorych), wątroba (68%), przewód pokarmowy (58%) i mózg (39%) (15). W badaniach autopsyjnych tylko w 1% przypadków stwierdzono obecność pojedynczego przerzutu (15). Z powodu znacznego zaawansowania miejscowego choroby, w momencie stwierdzenia przerzutów, leczenie ma niestety najczęściej charakter paliatywny. W przypadku rozsiewu czerniaka znane dotąd metody leczenia (chemioterapia, immunoterapia, hormonoterapia) najczęściej zawodzą. Z cytostatyków za najbardziej aktywny w leczeniu czerniaka

uważa się DTIC (6, 7, 9). Stosując ten lek uzyskuje się odsetek remisji całkowitych w granicach 20%, jednak średni czas remisji nie przekracza roku. W niektórych ośrodkach stosuje się Interferon-alfa w monoterapii lub łącznie z cytostatykami (DTIC, Cyclofosfamid, Vincrystyna).

OPIS PRZYPADKU

Chorą lat 53 przyjęto 15.08.1983 do Wielkopolskiego Centrum Onkologii z rozpoznaniem czerniaka skóry podudzia lewego. Przy przyjęciu stwierdzono guz na przyśrodkowej powierzchni podudzia lewego, wielkości 1,5 cm na podłożu znamienia, z owrzodzeniem. W lewej okolicy pachwinowej stwierdzono powiększone, drobne, twarde węzły chłonne, w pozostałych badaniach nie stwierdzono odchyłań od normy. 19.08.1983 usunięto guz z szerokim marginesem oraz węzły chłonne pachwinowe lewe. Wynik hist.-pat.: *melanoma malignum Clark IV*, wrastanie komórek do naczyń żylnych; przerzuty do węzłów chłonnych No II z naciekaniem torebki węzła (fot. 1). 13.09.1983 ze względu na zaawansowanie choroby rozpoczęto leczenie cyto-



Ryc. 1. Fragment usuniętego guza, obecne komórki nabłonkowe czerniaka (barwienie H+E, powiększenie 400×)

statykami (DTIC i CCNU). Do 28.03.1984 otrzymywała łącznie 4 kursy cytostatyków. W dniu 15.02.1985 (po 11 miesiącach remisji) usunięto wznówę w połowie blizny na podudziu. Chora była dalej leczona cytostatykami do kwietnia 1986 — w trakcie leczenia 06.11.85 usunięto przerzut „in transit” na udzie lewym. Po 21 miesiącach remisji 31.08.1987 usunięto kolejną wznówę w bliznie na goleni lewej oraz przerzut na skórze uda lewego. W okresie od stycznia do maja 1988 stwierdzono liczne przerzuty na udzie lewym po stronie przedniej, rozsiew do skóry podudzia lewego oraz przerzuty na stronie tylnej uda lewego — chorą leczono napromienianiem elektronami, wysokimi frakcjami po 600 cGy do dawki łącznej 3600 cGy. Leczeniem uzyskano zatrzymanie krwawienia i częściową remisję zmian. 03.06.1988 chorą wypisano do domu z zaleceniem leczenia objawowego. 07.09.1989 w badaniu kontrolnym nie stwierdzono cech procesu nowotworowego.

Po 38 miesiącach remisji 19.08.1991 chorą przyjęto na oddział ginekologiczny z podejrzeniem guza pochwy prawdopodobnie o charakterze przerzutu. W badaniu ginekologicznym stwierdzono na lewej ścianie pochwy tuż za przedsionkiem twarde

owrzodziały guzek o średnicy 3 cm ruchomy w stosunku do otoczenia oraz guzek na tylnej ścianie cewki moczowej o średnicy 1 cm. W lewym podbrzuszu wybadano wyczuwalny opór dochodzący do talerza biodrowego, potwierdzony badaniem USG — stwierdzono wychodzącą z narządu rodno zmianę litą o średnicy 10 cm. Stwierdzono ponadto powiększone węzły chłonne w okolicy pnia trzewnego o średnicy do 4 cm. 03.10.1991 usunięto guz przerzutowy z lewej ściany pochwy — hist.-pat. *melanoma malignum amelanoticum*. W trakcie pobytu zaostrzyły się dolegliwości internistyczne — u chorej stwierdzono zaawansowaną cukrzycę, dolegliwości ze strony serca na tle dławicy piersiowej i nadciśnienia, z tego powodu odstąpiono od dalszego leczenia. Chora zmarła 30.12.1991 w szpitalu rejonowym z powodu postępu choroby.

Wyniki leczenia chirurgicznego lub radioterapii w czerniaku pierwotnym i przerzutowym pochwy są ogólnie złe. Opisujący przypadek chorej leczonej przez wiele lat z powodu licznych wznów i przerzutów czerniaka skóry dowodzi czasami obserwowanego nieprzewidywalnego przebiegu tej choroby. Chora przeżyła 8 lat pomimo częstych wznów i przerzutów czerniaka.

W przypadku pierwotnego i przerzutowego czerniaka pochwy ze względu na małą grupę chorych i często nieprzewidywalny przebieg choroby powinno się do każdej chorej podejść indywidualnie. Konieczne są dalsze badania nad doбором optymalnej metody leczenia u tych chorych.

THE CASE OF METASTATIC MELANOMA MALIGNANT OF VAGINA ON THE BACKGROUND OF PRIMARY MELANOMA OF VAGINA — CLINICAL CASE

J. Skowronek, A. Roszak

Summary

Primary vaginal malignant melanoma is an uncommon disease with poor prognosis. As compared with malignant melanoma of the skin, vaginal melanoma infiltrates early deep into tissues and in the abundant lymph and blood vascularisation. Epidemiology, clinical and histopathological data and treatment methods of primary and metastatic vaginal melanoma are discussed. A case of 53 years old women with malignant melanoma of the skin with metastasis to vagina treated in Wielkopolska Center of Oncology is presented. According to the literature aggressive surgical therapy can improve greatly the outlook for patients with vaginal melanoma.

PISMIENICTWO

1. Ariel I. M.: J. Surg. Oncol., 1981, 16, 371. — 2. Berman M. L., Tobon H., Surti U.: Am. J. Obstet. Gynecol., 1981, 139, 963. — 3. Bonner J. A. i wsp.: Cancer, 1988, 66, 2066. — 4. Brand E. i wsp.: Gynecol. Oncol., 1989, 33, 54. — 5. Chung A. F. i wsp.: Obstet. Gynecol., 1980, 55, 720. — 6. Chung A. F., Woodruff J. M., Lewis J. L.: Obstet. Gynecol., 1975, 45, 6, 638. — 7. Hoskins W. J., Perez C. A., Young R. C.: Gynecologic tumors. In: De Vita V. T. Jr., Hellman S., Rosenberg S. A., Cancer. Principles and Practice of Oncology, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1933, 1163. — 8. Iversen K., Robins R. E.: Am. J. Surg., 1980, 139, 660. — 9. Karlen J. R., Piver M. S., Barlow J. J.: Obstet. Gynecol., 1975, 45, 2, 181 — 10. Kostadoulakis M. M. i wsp.: Eur. J. Surg. Oncol., 1994, 20, 141.

11. Levitan Z. i wsp.: Gynecol. Oncol., 1989, 33, 85. — 12. Liu L. Y., Hou Y. J., Li J. Z.: Obstet. Gynecol., 1987, 70, 569. — 13. Morrow C. P., Di Saia P. J.: Obstet. Gynecol. Surv., 1976, 31, 233. — 14. Morrow C. P., Rutledge F. N.: Obstet. Gynecol., 1972, 39, 745. — 15. Nathanson L. (ed.): Management of advanced melanoma. Churchill Livingstone, New York, 1986. — 16. Norris J. H., Taylor H. B.: Am. J. Clin. Pathol., 1966, 46, 420. — 17. Ragnarsson-Olding B. i wsp.: Cancer, 1993, 71, 1893. — 18. Reid G. C. i wsp.: Obstet. Gynecol., 1989, 74, 190. — 19. Weinstock M. A.: Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, 171, 5, 1225.

Otrzymano: 1996-12-03

ADRES AUTORÓW: ul. Garbary 15, 61-866 Poznań

HASŁA PRZEDMIOTOWE: czerniak złośliwy, pochwa, metody leczenia

KEY WORDS: malignant melanoma, vagina, methods of treatment