

# Czerniak złośliwy wyrostka zębodołowego szczęki – opis przypadku

## Malignant Melanoma of the Dental Alveolus in the Maxilla – Description of Case

Janusz Skowronek<sup>1</sup>, Krzysztof Osmola<sup>2</sup>, Waldemar Wiśniewski<sup>2</sup>

### Streszczenie

Opisano przypadek 42-letniego chorego z czerniakiem złośliwym wyrostka zębodołowego szczęki. Guz głęboko naciekający błonę śluzową oraz podłoże kostne usunięto chirurgicznie wykonując częściową resekcję szczęki oraz obustronną lymfangiektomię nadgnykową.

Ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego zastosowano leczenie cytotatykami – chory otrzymał w 10 seriach 14000 mg DTIC. Omówiono ponadto cechy kliniczne i histopatologiczne czerniaka jamy ustnej oraz proponowane w piśmiennictwie metody leczenia.

### Summary

The case of 42 years old patient with malignant melanoma of the alveolus is described. The tumour, which deeply invaded the mucous membrane and underlying bone, was surgically removed by partial maxillary resection together with bilateral excision of the suprahyoid lymph nodes.

Because of the advanced state of the tumour chemotherapy was used – the patient received 14000 mg DTIC divided into 10 applications. In addition the clinical and histopathological features of oral melanoma are discussed together with proposed methods of treatment as found in the literature.

---

### HASŁA INDEKSOWE:

czerniak błon śluzowych, jama ustna, leczenie chirurgiczne, chemioterapia

---

---

### KEY WORDS:

mucosal malignant melanoma, oral cavity, surgical treatment, chemotherapy

---

Czerniak złośliwy jest nowotworem o wysokiej dynamice przyrostu zachorowalności ustępującej jedynie rakowi płuc u kobiet (1). Należy do nowotworów o trudnym do przewidzenia przebiegu klinicznym. Pomimo niewielkiego

zaawansowania w momencie rozpoznania choroba często cechuje się agresywnym przebiegiem klinicznym. W innych przypadkach pomimo wznów miejscowych lub przerzutów "in transit" choroba jest przewlekła i uzyskuje się przeżycie wieloletnie. Za leczenie z wyboru uważa się usunięcie chirurgiczne ogniska pierwotnego z odpowiednim marginesem zdrowych tkanek.

Pierwotny czerniak błony śluzowej jamy ustnej jest chorobą występującą rzadko. W Europie zachorowalność sięga od 0,2 do 5,6% ogólnej liczby czerniaków (11), natomiast czerniak błon śluzowych występuje częściej w Japonii i Afry-

---

Z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu  
Dyrektor: dr inż. J. Malicki

Z Kliniki Chirurgii Szcękowo-Twarzowej AM w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. med. L. Lewandowski

Adres autorów: 61-866 Poznań, ul. Garbary 15.

ce (3, 9, 15). W Japonii częstość występowania czerniaka błon śluzowych wynosi nawet od 21 do 30% (12, 14), z tego w 14% w jamie ustnej (14).

Częstość występowania czerniaka w jamie ustnej stanowi mniej niż 4% wszystkich nowotworów tej okolicy (11). Najczęściej ognisko pierwotne stwierdza się na błonie śluzowej podniebienia miękkiego lub twardego, następnie w okolicy żuchwy, policzka i języka (4, 10, 11, 13). Klinicznie czerniak prezentuje się zwykle najczęściej jako miękki, ciemny, dobrze unaczyniony, często pulsujący guzek na błonie śluzowej jamy ustnej. Zmiana może być krucha, krwawiąca. Skargi chorych dotyczą głównie krwawień z guza, natomiast ból występuje rzadko (9, 10).

Prezentujemy chorego z czerniakiem wyrostka zębodołowego szczęki leczonego w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AM w Poznaniu oraz w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

## Opis przypadku

Chory lat 42 (nr hist. choroby 1650/96) został przyjęty do Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w lutym 1996 r. z podejrzeniem czerniaka błony śluzowej wyrostka zębodołowego szczęki w okolicy zębów 13-21 (ryc. 1). Guz pojawił się przed 6 miesiącami, początkowo był barwy sinej, potem ściemniał rosnąc powoli.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono na wyrostku zębodołowym szczęki w okolicy zębów 13-21 guz barwy czarnej powodujący de-



Ryc. 1. Obraz kliniczny czerniaka przed leczeniem. Widoczna masa guza na ciemno przebarwionym podłożu.

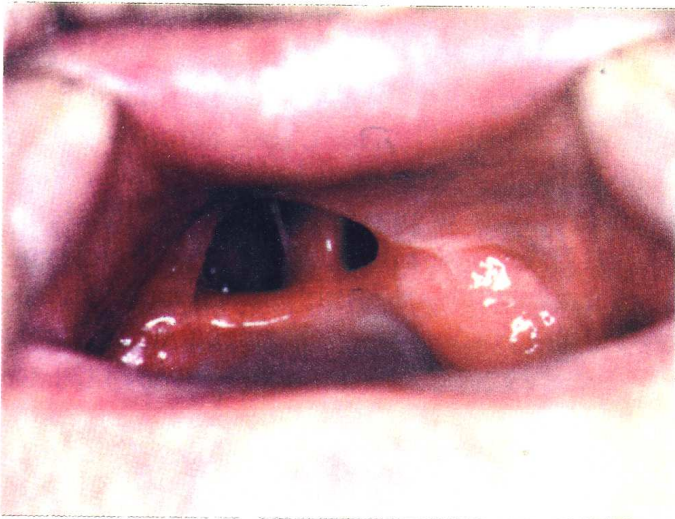
strukcję brzegu dziąsłowego i odsłonięcie korzeni zębów objętych zmianą, o powierzchni nierównej, ziarnistej, dobrze odgraniczony. Przebarwienie brzegu dziąsłowego sięgało do zęba 23. Wyraźne ciemne zabarwienie występowało również na części podniebiennej brzegu dziąsłowego w odcinku zębów 13-23. Stwierdzono powiększenie węzła chłonnego podżuchwowego grupy C po stronie prawej (węzeł Stahra). Inne węzły chłonne były niewyczuwalne. Wykonano ortopantomogram szczęki i żuchwy (ryc. 2). Wyniki badań dodatkowych były prawidłowe.



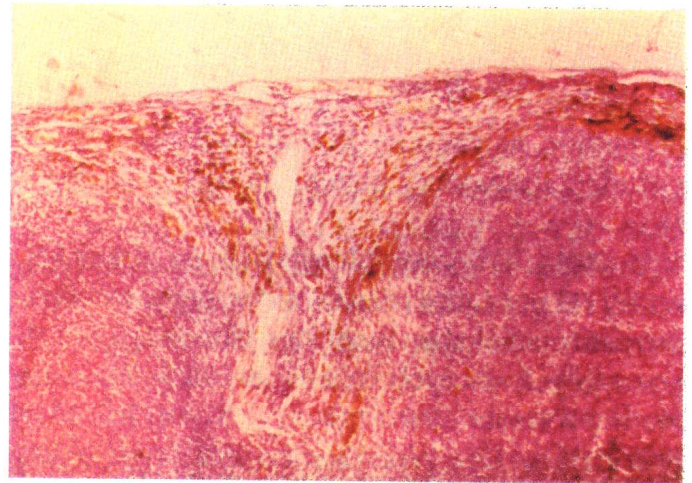
Ryc. 2. Ortopantomogram szczęki i żuchwy.

W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym wykonano resekcję szczęki w zakresie zębów 15-25, a następnie usunięto węzły chłonne podżuchwowe po stronie lewej i prawej. Ubytek szczęki zaopatrzono płytką akrylową (ryc. 3 i 4). Wynik badania hist-pat: *melanoma malignum fusocellulare, meta melanomatosis in uno lymphonodo* (ryc. 5). Zmianę o powierzchni 3 x 1,2 cm naciekającą podłoże kostne, usunięto z marginesem niezmiennych tkanek (preparat nr 887022 z Zakładu Histopatologii AM w Poznaniu).

Wykonano pomiar cytometryczny wartości ploidi DNA w komórkach czerniaka metodą cytometrii przepływowej i uzyskano zawartość diploidalną DNA (ryc. 6). Dnia 29.02.96 r. wypisano chorego do domu i skierowano do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, gdzie ze względu na przerzut do węzła chłonnego został zakwalifikowany do chemioterapii uzupełniającej. W Centrum Onkologii chory rozpoczął leczenie cytostatykami. Podano DTIC (Dacarba-



Ryc. 3. Obraz kliniczny szczęki po zabiegu.



Ryc. 5. Komórki nabłonkowe czerniaka z guza. Barwienie H+E, powiększenie 400x.

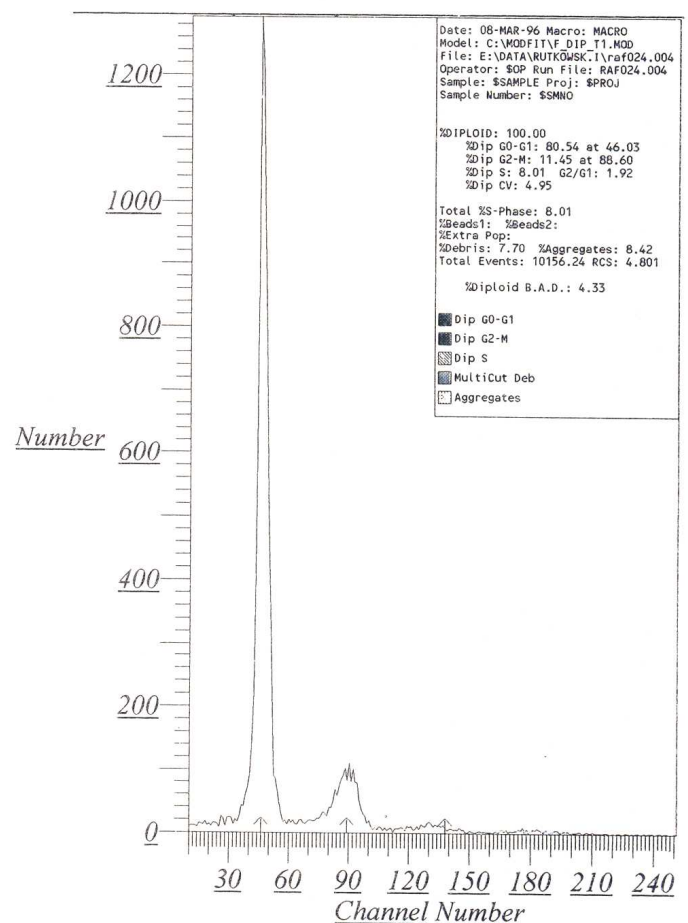


Ryc. 4. Obraz usuniętego fragmentu wyrostka zębodołowego szczęki z czerniakiem.

zyna) w dawce 1400 mg, przeciwwymiotnie podano Zofran 8 mg. Łącznie do dnia 18.09.96 r. chory otrzymał w odstępach 3 tygodniowych 10 podań DTIC o łącznej dawce 14000 mg. W badaniu klinicznym po 12-miesięcznej obserwacji popartej częstymi badaniami USG szyi i brzucha nie stwierdzono cech wznowy miejscowej oraz obecności przerzutów odległych.

## Dyskusja

Czerniak jamy ustnej wykazuje heterogenność histologiczną oraz dużą różnorodność



Ryc. 6. Uzyskany metodą cytometrii przepływowej histogram zawartości DNA w komórkach czerniaka. Widoczny dominujący pik w obszarze 2n (diploidalnym) – (cytometr Cytoron Absolute).

przebiegu klinicznego (13). Rozwijają się często (około 30%) na podłożu komórek znamienia barwnikowego (pre-existing mole) lub hyperplazji melanocytarnej. Niestety zmiany te są

rozpoznawane najczęściej dopiero po usunięciu rozwiniętego nowotworu (9, 13). Za stan przednowotworowy uważa się melanoplakię, która przyjmuje najczęściej kształt brunatnej, intensywnie zabarwionej plamki na błonie śluzowej (8).

U około 70% chorych czerniak na błonie śluzowej od początku rozwija się w pionowej fazie wzrostu naciekając tkanki podśluzowe (13). U pozostałych chorych rośnie powoli w fazie poziomej wzrostu nawet przez 5 i więcej lat zanim przejdzie w fazę pionową wzrostu (10). W stadium *melanoma in situ* trudno jest odróżnić czerniaka od hyperplazji melanocytarnej. Pomocne są tu metody immunohistochemiczne oceny obecności specyficznego antygeny czerniaka HMB-45 oraz białka S-100.

Rokowanie w czerniaku błony śluzowej jamy ustnej jest gorsze od rokowania w czerniaku skóry niezależnie od stopnia zaawansowania. Wpływa na to prawdopodobnie wcześniejsze naciekanie w głąb oraz rzadkie wykrycie czerniaka we wczesnej fazie rozwoju. Ponadto na rokowanie w czerniaku wpływa także utrudnione uzyskanie radykalności zabiegu ze względu na budowę anatomiczną jamy ustnej (9, 13). Rokowanie zależy od stopnia zaawansowania klinicznego, i tak w stopniu I zaawansowania klinicznego (poziom nacieku wg *Clarka* II i III, grubość nacieku wg *Breslowa* <1,5 mm) w jednym z badań 5 lat przeżyło 50% chorych, w stopniu II zaawansowania klinicznego (*Clark* IV, V *Breslow* > 1,5 mm, bez przerzutów do węzłów chłonnych) tylko 6% (poziom istotności  $p < 0,01$ ) (13).

Za najważniejszy czynnik rokowniczy uważa się, podobnie jak w czerniaku skóry, grubość nacieku w milimetrach wg skali *Breslowa*. *Bartkowski* i wsp. (2) uważają, że bogate unaczynienie krwionośne i limfatyczne, złożona budowa anatomiczna jamy ustnej oraz urazy mogą wpływać na gorsze rokowanie w tej lokalizacji. Zajęcie węzłów chłonnych wg niektórych autorów ma mniejsze znaczenie rokownicze niż w przypadku czerniaka skóry (7, 9). *Iversen* (9) uważa, że lokalizacja oraz wielkość guza nie wpływają na długość przeżycia.

Większość chorych jest leczona chirurgicznie,

najczęściej zabieg obejmuje usunięcie guza z marginesem tkankowym lub zastosowanie elektrokoagulacji podobnie jak w czerniaku jamy nosowej (9, 10, 11, 16). Część autorów zaleca maksilektomię oraz usuwanie węzłów chłonnych szyjnych w przypadku ich powiększenia (2, 9, 17). Brak jest dowodów wpływu elektywnego usuwania węzłów chłonnych na wyleczalność (9). U osób starszych zaleca się unikanie zabiegów z resekcją kości (11). *Buchner* (5) zaleca usuwanie wszystkich plam i guzków ciemno zabarwionych w jamie ustnej ze względu na częstość występowania czerniaka na podłożu tych zmian.

Nowe metody radioterapii z podawaniem wysokich dawek frakcyjnych wpłynęły na zmianę poglądów na temat radiooporności czerniaka, jednakże częstość rozwoju martwicy kości po napromienianiu niweluje korzyści z tego rodzaju leczenia (11). Chemioterapia odgrywa jedynie niewielką rolę w leczeniu czerniaka błon śluzowych, najczęściej jako leczenie uzupełniające lub paliatywne (6, 9). W leczeniu czerniaka złośliwego jamy ustnej nie stosuje się, jeszcze, immunoterapii za pomocą autoszczepionek modyfikowanych genetycznie.

W okresie 2 lat po leczeniu jest konieczna kontrola chorego co miesiąc. W badaniu kontrolnym należy pamiętać o wykonaniu USG szyi. Badanie kontrolne rtg klatki piersiowej należy wykonać co 6 miesięcy. Po dwóch latach kontrolę należy wykonywać co 3 miesiące, a po 5 latach co 6 miesięcy.

Przedstawiany przypadek chorego z czerniakiem wyrostka zębodołowego szczęki wskazuje na późne rozpoznanie choroby. Pomimo to, po zastosowaniu leczenia chirurgicznego i chemioterapii uzyskano 12-miesięczne bezobjawowe przeżycie chorego.

## Piśmiennictwo

1. *Balch Ch. M., Houghton A., Peters L.*: Cutaneous Melanoma. W: DeVita V. T. Jr, Hellmann S., Rosenberg S. A.: Cancer, Principles and Practice of Oncology. JB Lippincott. New York, 1993, 1612-1661. – 2. *Bartkowski S. B., Panaś M., Wilczańska H., Dubiel-Bigaj M.*: Primary malignant melanoma

- of the oral cavity. *Am. J. Surg.*, 1984, 148, 362-368. – 3. *Broomhall C., Lewis M. G.*: Malignant melanoma of the oral cavity in Ugandan Africans. *Br. J. Surg.*, 1967, 54, 581-584. – 4. *Buchner A., Hansen L. S.*: Pigmented nevi of the oral mucosa: a clinicopathologic study of 32 new cases and review of 75 cases from literature. *Oral Surg.*, 1980, 49, 55-62. – 5. *Buchner A., Leider A. S., Merrell P. W., Carpenter W. M.*: Melanocytic nevi of the oral mucosa: A clinicopathologic study of 130 cases from Northern California. *Oral Pathol. Med.*, 1990, 19, 197-205. – 6. *Conley J., Pack G. T.*: Melanoma of the mucous membranes of the head and neck. *Arch. Otolaryngol.*, 1974, 99, 315-319. – 7. *Eneroth C. M., Lundberg C.*: Mucosal malignant melanoma of the head and neck. *Acta Otolaryngol.*, 1975, 80, 452-458. – 8. *Hattowska H.*: Nowotwory jamy ustnej. Sanmedia, Warszawa 1994, 101-105. – 9. *Iversen K., Robins R. E.*: Mucosal Malignant Melanomas. *Am. J. Surg.*, 1980, 139, 660-664. – 10. *Milton G. W.* (red.): Czerniak złośliwy skóry i błon śluzowych. PZWL, Warszawa 1982, 161-167.
11. *Milton G. W., Shaw H. M.*: Rare Variants of Malignant Melanoma. *World J. Surg.*, 1992, 16, 173-178. – 12. *Mori W.*: A geo-pathological study on malignant melanoma in Japan. *Pathol. Microbiol.*, 1979, 37, 169-180. – 13. *Ohashi K., Kasuga T., Tanaka N., Enomoto N., Horiuchi J., Okada N.*: Malignant melanomas of the oral cavity: heterogeneity of pathological and clinical features. *Virchows Archiw A*, 1992, 420, 43-50. – 14. *Ohsumi T., Seji M.*: Statistical study on malignant melanoma in Japan (1970-1976). *Tohoku J. Exp. Med.*, 1977, 121, 355-364. – 15. *Pliskin M. E.*: Malignant melanoma of the oral cavity. W: *Clark W. H. Jr, Goldman L. I., Mastangelo M. J.* (red.): Human malignant melanoma. Grune and Stratton. New York, 1979, 125-137. – 16. *Rapini R. P., Golitz L. E., Greer R. O. Jr, Krekorian E. A., Poulson T.*: Primary malignant melanoma of the oral cavity. *Cancer*, 1985, 55, 1543-1551. – 17. *Snow G. B., Van der Esch E. P., Van Slooten E. A.*: Mucosal melanomas of the head and neck. *Head Neck Surg.*, 1978, 1, 24-30 – 18. *Takagi M., Ishikawa G., Mori W.*: Primary malignant melanoma of the oral cavity in Japan: with special reference to mucosal melanosis. *Cancer*, 1974, 34, 358-370.

Otrzymano: dnia 5.XII.1996 r.