LETTER TO THE EDITOR

Преаурикуларно локализиран нодуларен меланом в напреднала възраст

Н. Цекова-Трайкович[1], Г. Пехливанов[2], У. Волина[3], Г. Чернев[4]

Late onset preauricular located nodular melanoma

N. Tsekova-Traykovich[1], G. Pehlivanov[2], U. Wollina[3], G. Tchernev[4]

[1]Dr. Natasha Tsekova-Traykovich
Resident in Department of Dermatology and Venereology
Medical University
University Hospital "Alexandrovska"
1, Sv. Georgi Sofiyski St.
Bg – 1431 Sofia
e-mail: natasa_cekova@yahoo.com

[2]Assoc. Prof. Dr. Georgi Pehlivanov
Department of Dermatology and Venereology
Medical University
University Hospital "Alexandrovska"
1, Sv. Georgi Sofiyski St.
Bg – 1431 Sofia
e-mail: joropehlivanov@abv.bg

[3]Prof. Dr. Uwe Wollina
Department of Dermatology and Allergology
Teaching Hospital Dresden-Friedrichstadt
Academic Friedrichstrasse 41
01067 Dresden, Germany
e-mail: wollina-uw@khdf.de

[4]Prof. Dr. Georgi Tchernev – *corresponding author*
Department of Dermatology, Venereology and Dermatologic Surgery
Medical Institute of Ministry of Interior (MVR)
79, General Skobelev Blvd.
"Onkoderma" – Policlinic for Dermatology and Dermatologic Surgery
26 General Skobelev Blvd.
Bg – 1606 Sofia
e-mail: georgi_tchernev@yahoo.de

Key words: late onset, nodular melanoma, surgical approach, prognosis, staging

Малигнените меланоми (ММ) представляват най-злокачествените и агресивни тумори, чиято честота се повишава значително през последните години предимно в страни с интезивно слънчево облъчване и светъл фенотип на популацията [1]. 20% от ММ са с локализия в областта на главата и шията [1].

Представяме случай на 67-годишна жена с давност на оплакванията от около 8 месеца, характеризиращи се с поява на леко надигнат над кожната повърхност нодул, локализиран преаурикуларно вдясно, с диаметър от 0,8-1 cm, който постепенно увеличава размерите си и променя цвета си. Подобна лезия, но с по-малки размери се появила по същото време и ретроаурикуларно вдясно. Пациентката не съобщава за придружаващи заболявания, съпътстваща медикация и отрича фамилна анамнеза за меланом.

В рамките на дерматологичния преглед обективно се установиха два нодула, локализирани пери- и ретроаурикуларно с размери 1/1 cm, с налобена хиперкератотична повърхност, с нееднородна пигментация, вариращa от тъмнокафяво до черно, мековата консистенция и слаба болезненост при палпация (фиг. 1a, 1b). Не се установиха увеличени регионални лимфни възли. По останалата част на кожата по лицето се наблюдават lentigo solaris и единични пунктиформени хемангиоми (фиг.1a). Дерматоскопично изследване установи еднороден тъмносин, на места до черен цвят на лезията, липса на периферна псевдомрежа, липса на кръвоносни съдове, липса и на черни точки и глобули в периферията.

При пациентката се проведе елиптична ексцизия под локална анестезия с поле на оперативна сигурност 0.5 cm във всички посоки и адаптация на раневите ръбове посредством разтегателна пластика. На кожата се положиха единични кожни шевове. Постоперативният период протече спокойно, без компликации.

Хистологичното изследване на лезията, локализирана периаурикуларно, даде данни за нодуларен малигнен меланом. Наблюдава се зоново линейно изтъняване на епидермиса с намален брой редове за

сметка на str. spinosum и str. granulosum, огнищна акантоза и навлизане в дермата на туморни маси от меланомни епителоидни и вретеновидни клетки [фиг. 1c, d, e, f]. Туморната дебелина по Breslow бе определена на 4,04 mm, ниво V по Wallace Clark с радиална растежна фаза 10,17 mm. Лезията, локализирана ретроаурикуларно, показа хистологично данни за себорейна кератоза. От направеното патологично стадиране по AJCC туморът бе класифициран като pT4a N0 M0 V0 L0 R0. След обсъждане на получения резултат от хистологичното изследване, се реши да бъде извършена реексцизия с поле на оперативна сигурност от 2 cm във всички посоки, както и изследване на дрениращ лимфен възел. В направените параклинични и апаратни изследвания липсваха данни за прогресия на заболяването.

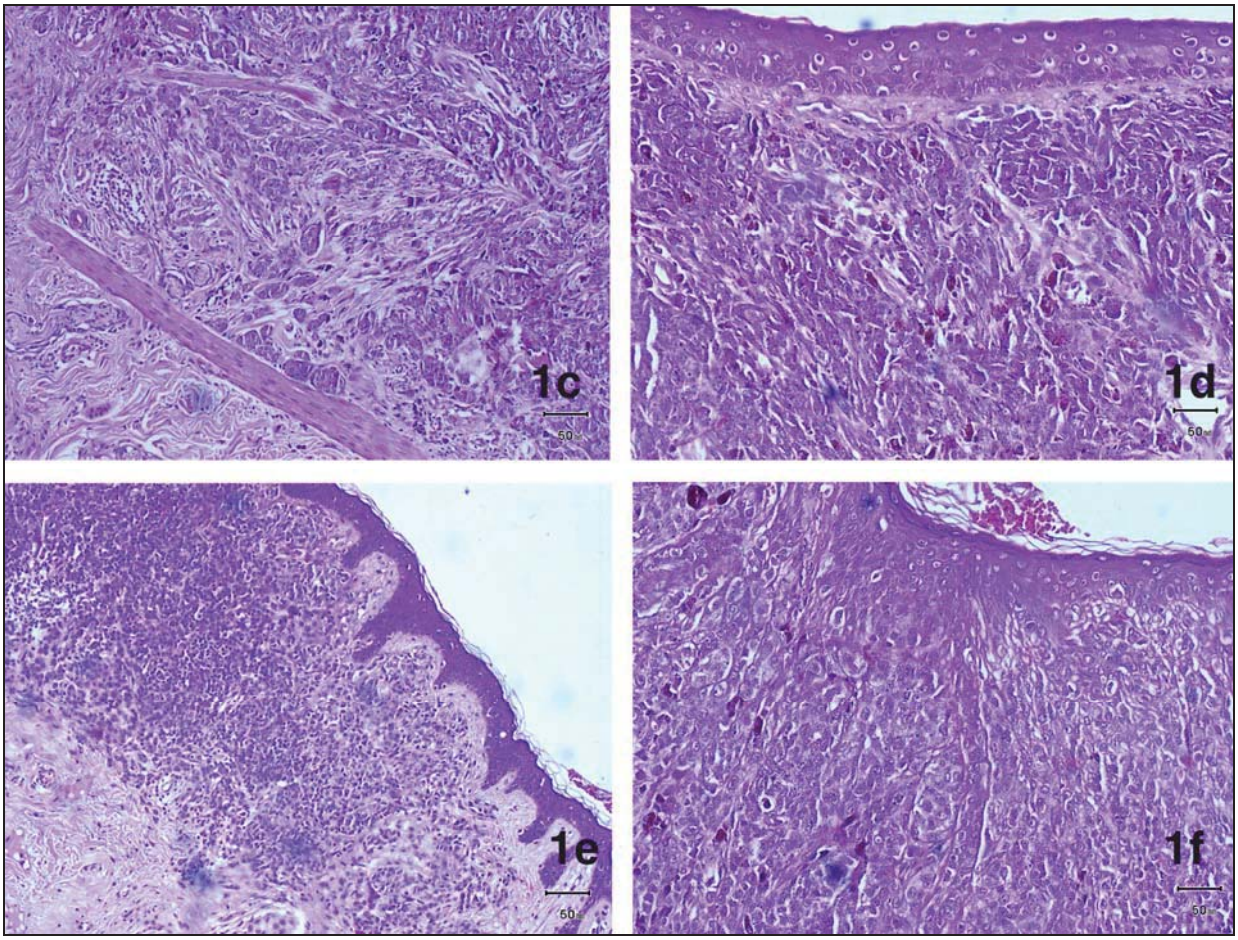
Нодуларният меланом заема 10-15% от всички варианти на ММ и е втори по честота след повърхностно разпространяващия се меланом, характеризиращ се с фулминантно протичане и по-лоша прогноза [2]. Засяга по-често мъже на възраст до 50 години [2]. Клиничната картина се представя от надигнати, куполообразни или пендикулирани образувания с червеникаво-кафяв цвят, с предилекционна локализация по трункуса при мъжете и долните крайници при жените [2]. Интензивното интермитентно слънчево облъчване е главен етиологичен фактор за развитие на късно проявилите се меланоми, за разлика от меланомите, които се срещат в по-ранна възраст и се свързват главно с генетичната предиспозиция или спонтанни мутации [3]. ММ с късно начало засягат основно мъжката популация и клинично се проявяват като лентиго малигна меланоми, локализирани по главата и шията [3]. Меланомите с локализация по главата и шията се характеризират с по-агресивно протичане и по-лоша прогноза в сравнение с развилите се такива по други части на тялото [3]. Засягат предимно мъже във възрастта над 70 год. [3]. Най-често (70-90%) се локализират по лицето и особено по бузите [4]. ММ по шията (7%), скалпа (3%) и външния слухов канал (3%) се наблюдават по-рядко [5]. Ранната диагностика и точното стадиране се базират на основните принципи за диагностика на меланомите: 1) ABCD класификацията, 2) дерматоскопското изследване, 3) данните от хистологичното изследване със стадиране на туморната дебелина по Breslow и ниво на инвазия по Clark, както и 4) (при необходимост) изследване на сентинелен лимфен възел при тумори с дебелина над 1 mm [6]. Сложната анатомия на лимфните съдове в областта на главата и шията с множество лимфни басейни и връзките помежду им, са причина, от една страна, за бързото разпространение на туморните клетки и/или метастазите в тези региони, а от друга – за необходимостта от провеждане на тежки оперативни интервенции с оглед саниране на лимфни възли в шийната област и гарантиране на максимална сигурност за пациентите [7].

Около 25-30% от сентинелните възли са локализирани в паротидната жлеза и могат да засегнат и n. facialis (при по дебели тумори), поради което нерядко се препоръчва и отстраняване на жлезата при последващите хирургични интервенции [8]. В дерматоскопската картина на нодуларния меланом често липсват глобули и меланоцитна мрежа, което затруднява мениджмънта на младите клиницисти.

Сътрудничеството между клиницист, опитния хистопатолог и специалиста по образна диагностика, е незаменимо и е от първостепенна важност за стадирането, лечението и проследяването на пациента. Меланомите на лицето и шията подлежат на агресивна терапия както по отношение на хирургичната ексцизия (със съответното поле на оперативна сигурност), така също и по-отношение на последващата адювантна терапия [9, 10].



Фиг. 1a, 1b. Нодул, локализиран преаурикуларно с налобена повърхност и нееднородна хиперпигментация



Фиг. 1c, 1d, 1f. Навлизане в дермата на туморни маси от меланомни епителоидни и вретеновидни клетки

Фиг. 1d, 1e, 1f. Зоново линейно изтъняване на епидермиса с намален брой редове за сметка на str. spinosum и str. granulosum, огнищна акантоза

Библиография

1. Barbe C, Hibon E, Vitry F. et al. Clinical and pathological characteristics of melanoma: a population-based study in a French regional population. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011; 26: 159-164.
2. Bergenmar M, Ringborg U, Mansson Brahme E, Brandberg Y. Nodular histogenetic type the most significant factor for thick melanoma: implications for prevention. Melanoma Res. 1998; 8:403-411.
3. Anderson WF, Pfeiffer RM, Tucker MA, Rosenberg PS. Divergent cancer pathways for early-onset and late-onset cutaneous malignant melanoma. Cancer. 2009 Sep 15; 115(18): 4176-85.
4. Helsing P, Robsahm TE, Vos L et al. Cutaneous head and neck melanoma (CHNM): A population-based study of the prognostic impact of tumor location. J Am Acad Dermatol. 2016 Nov; 75(5):975-982.
5. Jahn V, Breuninger H, Garbe C, Moehrle M. Melanoma of the ear: prognostic factors and surgical strategies. Br J Dermatol. 2006 Feb;154(2):310-8.
6. Barth A, Wanek LA, Morton DL. Prognostic factors in 1521 melanoma patients with distant metastases. J Am Coll Surg. 1995;181:193-201.
7. Pathak I, O'Brien CJ, Petersen-Schaeffer K, et al. Do nodal metastases from cutaneous melanoma of the head and neck follow a clinically predictable pattern? Head and Neck. 2001; 23(9):785-790.
8. Bron LP, Traynor SJ, McNeil EB, O'Brien CJ. Primary and metastatic cancer of the parotid: comparison of clinical behavior in 232 cases. Laryngoscope. 2003; 113:1070-1075.
9. Chokoeva AA, Tchernev G, Philipov S et al. Wrong melanoma thickness measurement: check it or leave it? Int J Immunopathol Pharmacol. 2014 Oct-Dec; 27(4):639-44.
10. Chokoeva AA, Tchernev G, Wollina U, Lotti T. Cutaneous melanoma: how to improve the quality of diagnosis and treatment – a regional experience. Dermatol Ther. 2015 Nov-Dec; 28(6):344-5.