

KADIN ÜRETRASININ PRİMER MALİN MELANOMU: OLGU SUNUMU PRIMARY MALIGNANT MELANOMA OF THE FEMALE URETHRA: A CASE REPORT

Bilal ERYILDIRIM*, Erkan ERBAY*, Uğur KUYUMCUOĞLU*, Fatih TARHAN*,
Dilek YAVUZER**

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Primary malignant melanoma of the female urethra is extremely rare and has poor prognosis. A 57-year-old woman who admitted urethral mass underwent incisional biopsy. The case is regarded as a primary malignant melanoma of urethra according to histopathologic and immunohistochemical findings. The case is presented and the relevant literature is reviewed and discussed.

Key words: Malignant melanoma, urethra, female

ÖZET

Kadın üretrasının primer malin melanomu çok nadir görülür ve prognozu kötüdür. Üretral kitle yakınmasıyla başvuran ve insizyonel biyopsi yapılan 57 yaşındaki kadın hasta histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgularla birlikte malin melanom olarak değerlendirilmiştir. Olgu sunulmuş ve literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Malin melanom, üretra, kadın

GİRİŞ

Malin melanom kadın üretrasının nadir görülen tümörlerinden birisidir. Üretra malin melanomu tüm malin melanom olgularının %0.2'sini ve üretra tümörlerinin %2.9'unu oluşturur¹⁻³. Kadının üretrasının malin melanomu ilk kez Reed tarafından 1896'da bildirilmiştir⁴. Bugüne kadar İngilizce yayınlanmış literatürde 100'e yakın olgu bildirilmiştir².

Klinik olarak dizüri, pollaküri, terminal hematuri ve kitle varlığı ile birliktedir. Bu nedenle benin ve malin lezyonlarla karışabilir^{3,5}.

Bildirilen olgularda tümör genellikle distal üretra yerleşimlidir ve erken dönemde komşu organ, bölgesel lenf nodları ve bazı olgularda hematogen yolla uzak organ metastazı yaptığı için prognozu oldukça kötüdür¹⁻⁴. Üretral malin melanomlu kadınların çoğu uzak metastaz nedeniyle kaybedilirler.

Biz, üretral malinite ön tanısı ile yatırılarak histopatolojik olarak malin melanom tanısı konulan ve 30 ay takip edilen bir olguyu sunuyoruz.

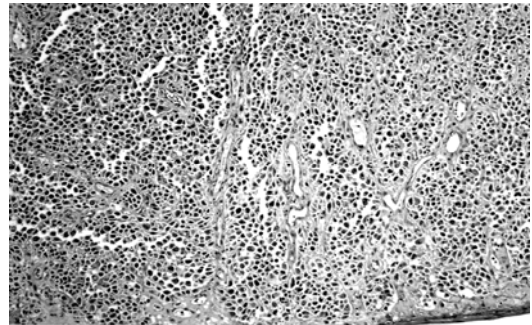
OLGU

57 yaşında kadın hasta 4 ay önce başlayan dizüri, intermitant üretral kanama ve vajinal kitle yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede eksternal üretral meatusu çevreleyen, koyu kahverengi renkli, yer yer nekrotik ve hemorajik alanlar içeren, 4x4 cm boyutlarında, yu-

varlak, solid kitle tespit edildi (Resim 1). Ayrıca sağ inguinal bölgede 2 cm çaplı, sert, fiks lenfadenopati mevcuttu. Hastanın jinekolojik muayenesi, akciğer ve direkt üriner sistem grafisi, rutin kan testleri normaldi.



Resim 1. Üretra yerleşimli malin melanomun makroskopik görünüşü.



Resim 2. Üretral malin melanom. Epitel altında lamina propriayı infiltrate eden tümör hücreleri (H+E, x100)

Kitleden insizyonel biyopsi alındı ve histopatolojik tanı malin melanom olarak rapor edildi (Resim 2). Olguda uygulanan immünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde HMB-45 ve S-100 ile yaygın pozitif boyama saptandı. Ayrıca sağ inguinal bölgedeki kitlenin de histopatolojik tanısı malin melanom invazyonu olarak değerlendirildi.

Hastanın daha sonra çekilen toraks ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografilerinde metastaza dair bulgu yoktu. Radikal sistoüretrektomi ve üriner diversiyon operasyonu planlanan hastaya yapılan iki taraflı inguinal ve pelvik lenf nodu diseksiyonunda ameliyat öncesi sağ obturator bölge lenf nodu frozen inceleme sonucu pozitif olarak geldi. Bunun üzerine üretral kitle eksizyonunu takiben mesane boynu kapatıldı ve sistostomi uygulanarak işleme son verildi.

T₃N₂M₀ olarak kabul edilen hastaya α -interferon+dakarbazin ile immünokemoterapi uygulandı. Hastada ameliyat sonrası 25. ayda beyin metastazı ve lokal tümör nüksü gelişti ve bu komplikasyonlar nedeniyle ameliyat sonrası 30. ayda kaybedildi.

TARTIŞMA

Primer malin melanom genitoüriner sistemde en sık üretradan kaynaklanır^{3,4}. Üretral malin melanom diğer üretral tümörlerde olduğu gibi kadınlarda erkeklerden 3 kat daha fazla görülür. Sıklıkla 5 dekattan sonra görülmesine rağmen daha genç yaşlarda da bildirilmiştir. Hem kadın hem erkekte genellikle distal üretrayı tutar^{3,5}.

Genitoüriner sistem veya diğer mukozal yüzeylerden kaynaklanan melanomun histogenezi hala tartışmalı bir konudur. Bazı yazarlar ürotelyumdaki ektoptik melanositlerin neoplastik transformasyonundan köken aldığını ileri sürerken, diğerleri ise melanositleri içerebilen endokrin polipeptit (APUD) sistemi ve transisyonel epitelyumdaki prekürsör hücrelerden kaynaklanabileceği hipotezini ileri sürmüşlerdir^{6,7}. Bu malinite-nin agresif biyolojik davranışı ve kötü prognozu cilt kaynaklı melanom ile benzerdir.

Tümör sıklıkla polipoid yapıdadır ve üretral polip, karünkül, mukozal prolapsus, şankr veya diğer sık görülen malin üretral tümörlerle karışabilir. Multifokalite sık değildir⁸. Klinik olarak dizüri, pollaküri, terminal hematurî ve kitle varlığı

ile birlikte⁵. Makroskobik olarak tümör siyah-tan mavi ve kahverengiye kadar değişik renklerde olabilir.

Ürotelyal primer melanom tanısı başka yerde primer lezyonların olmadığına tespiti ile konulabilir. S-100 ve HMB-45 ile immünohistokimyasal boyama tanı için kullanılır. S-100 malin melanositik lezyonların ayırıcı tanısında sınırlı değere sahip bir antikordur^{7,8}. S-100 boyası düşük spesifitesinden dolayı HMB-45 gibi diğer boyalarla kombine edilmelidir. Nitekim olgumuzun immünohistokimyasal değerlendirilmesinde her iki yöntem de kullanılmıştır.

Primer üretral malin melanom olgularının tedavisi konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Bu konuda literatür araştırması yapıldığında değişik araştırmacılar tarafından subtotal üretrektomiden anterior pelvik eksenterasyona kadar çeşitli tedavi seçenekleri önerildiği görülmektedir. Ayrıca yayınlarda olgu sayıları da oldukça azdır. Ancak şu söylenebilir ki, üretral malin melanom erken evrede metastaz yaptığı için, erken tanı ve metastaz oluşmadan önce yapılacak geniş bir cerrahi girişim hastalara kür şansı verebilecek güvenilir tek tedavi seçeneği olarak görülmektedir.

Rikaniadis ve arkadaşları distal üretra yerleşimli seçilmiş malin melanom olgularında lokal eksizyonu, hastanın yaşam kalitesini koruyan konservatif bir tedavi seçeneği olarak önermişlerdir². Ancak bu konudaki diğer yayınlar incelendiğinde ağırlıklı görüşün daha agresif bir cerrahi uygulanması gerekliliği yönünde olduğu belirtilebilir.

Sonuç olarak primer üretral malin melanom olgularının tedavisi konusunda şunlar söylenilebilir; TNM'e göre T₂ evresinden düşük lokalize hastalıkta parsiyel veya total üretrektomi önerilirken, T₂'den yüksek evreli tümörlerde ise total üretrektomi ile birlikte radikal sistektomi önerilmektedir^{3,6}. İnguinal bölgede şüpheli lenf nodu varsa biyopsi yapılmalıdır. Eğer pelvik lenf nodlarına metastaz var ise radikal cerrahiden kaçınılmalıdır. Bölgesel lenf nodu diseksiyonunun yapılması radikal cerrahi uygulananlarda rutin olarak önerilmektedir⁷. Bizim olgumuzda pelvik lenf nodu metastazı saptandığı için hasta metastatik kabul edilerek radikal bir cerrahi işlem uygulanmamıştır.

Metastatik malin melanomun tedavisinde radyoterapi ve kemoterapi etkisiz görünmektedir⁶. Malin melanom α -interferonun önemli anti-tümör aktivite gösterdiği tümörlerden biridir, α -interferona cevap oranı %3-23 (ortalama %15) arasında bildirilmiştir⁶. Ancak α -interferon tek başına yeterince etkili değildir. Kemoterapi ve α -interferon arasında sinerji rapor edilmiştir⁶. α -interferon, dakarbazin, vinkristin ve siklofosfamid içeren adjuvan immünokemoterapi lezyon lokalize görülse dahi cerrahiye ek olarak palyatif tedavide önerilmektedir⁷. Bizim olgumuza da adjuvan immünokemoterapi (α -interferon+dakarbazin, 18 ay) uygulandı.

Erken evrede komşu organ (yüzeyel lenfatikler yoluyla vajen ve vulvaya), bölgesel lenf nodları (derin lenfatikler yoluyla inguinal lenf nodlarına) ve bazı olgularda hematojen yolla uzak organ metastazı yaptığı için prognozu oldukça kötüdür^{1,2,4,6}. Tanıdaki gecikme bölgesel lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz olasılığını artırır. Bu iki durum da prognoz üzerinde önemli derecede olumsuz etkiye sahiptir. Genellikle kadınlarda anteriör üretranın melanomunda prognoz posteriyör üretra veya tüm üretrayı tutan melanoma göre daha iyidir⁴. Tümörün boyutu, invazyon derinliği ve nodların tutulumu hastalık için temel prognostik faktörlerdir⁴. Literatürde 5 yıldan fazla yaşayan sadece 6 olgu rapor edil-

miştir⁷. Primer malin melanomlu kadın hastaların çoğu uzak metastaz sonucu ölürlür.

KAYNAKLAR

- 1- **Girgin C, Tarhan H, Sezer A, et al:** A large primary malignant melanoma of the female urethra. Urol Int. 63: 198-200, 1999.
- 2- **Rikaniadis N, Konstadoulakis MM, Kymionis GD, et al:** Long-term survival of the patient with primary malignant melanoma of the urethra. Eur J Surg Oncol. 24: 607-8, 1998.
- 3- **Narayan P, Konety B:** Surgical treatment of female urethral carcinoma. Urol Clin North Amer. 19: 373-82, 1992.
- 4- **Nissenkorn I, Servadio C, Avidor I, et al:** Malignant melanomas of female urethra. Urology. 29: 562-5, 1987.
- 5- **Lopez JI, Angulo JC, Ibanez T:** Primary malignant melanoma mimicking urethral caruncle. Case report. Scand J Urol Nephrol. 27: 125-6, 1993.
- 6- **Kim CJ, Pak K, Hamaguchi A, et al:** Primary malignant melanoma of the female urethra. Cancer. 15; 71: 448-51, 1993.
- 7- **Aragona F, Maio G, Piazza R, Salmaso R:** Primary malignant melanoma of the female urethra: A case report. Int Urol Nephrol. 27: 107-111, 1995.
- 8- **Oliva E, Quinn TR, Amin MB, et al:** Primary malignant melanoma of the urethra. Am J Surg Pathol. 24: 785-96, 2000.