

# MALİGN MELANOMDA SENTİNEL LENF NODU BİOPSİSİ

## Bu makale tıp doktorları için hazırlanmıştır . (Tıbbi terminoloji içermektedir)

Primer kutanöz malign melanom cerrahi tedavisi üzerinde iki nokta önemlidir: 1-Kutanöz lezyonun tedavisi, 2-Bölgesel lenf nodlarının tedavisi .Seçilmiş vakalarda metastatik hastalığı yapılacak cerrahi girişimle mortalite değişir.

1857’de Norris 8 vakalık seride yeterli eksizyon yapılamadığında malign melanomun rekürrense eğilimi olduğunu tanımlamıştır. 1907’de Handley uygun eksizyon olmasına rağmen tümörün rezidü kaldığını belirtmiş. Handley’in önerileri bu yüzyılın büyük kısmında malign melanom yönetimini düzenlemiştir. Virchow ve ark. yaptığı mikroskopik çalışmada rejyonel bölgesel lenf nodlarının bir filtre gibi çalıştığını, geçici bir bariyer olduğunu, böylece sistemik yayılımın engellendiğini belirtmişler. Handley’in düşüncelerinde erken ve düzenli lenfatik permeasyon ve disseminasyon ön plandaydı ve şunları söyleyerek metastazların major mekanizmalarını anlattı:

“Primer büyümeyi çevreleyen ince lenfatikler boyunca hücrelerin tendril silindirik şekilde çoğalması”

“Embolik yayılım daha sonra ortaya çıkan bir olay olup yandaş lenfatiklerden arter ve venlerin infiltrasyon ve invazyonuna bağlıdır”

Handley primer melanom etrafındaki cilt kenarının uygun eksizyonunu şu şekilde tariflemiştir: “Şimdiki standartlarla güvenli ve uygun mesafe” Bu 5 cm olarak kabul edildi. Her ne kadar Handley böyle bir mesafe belirtmese de bu şekilde kabul edilmiş. Handley ilk ameliyatın bir parçası olarak lenfatik bezlerin uzaklaştırılması, derin fasya, kasın bir parçasının eksize edilmesini önermiştir. 1908’de Pringle bu önerileri genişleterek lokal cilt, subkutan doku ve fasya ile birlikte lenfatik permeasyon alanları olan primer neoplazm ve rejyonel lenf nodları arasının da eksizyonunu önerdi. Bu cerrahi yaklaşımlar malign melanomun bölgesel lenf nodlarına yayıldığı, ya da okkült odak olarak kaldığı ve bir sonraki lokal veya uzak metastaz için kaynak teşkil ettiği inancını yansıtır. Bu fikirler tümör biyolojisinin anlaşılmasıyla dramatik olarak değişmiştir. Tümör biyolojisinin fokal ya da hastalıktan bağımsız hematogen yayılımla ilgisi olduğu ve tümör biyolojisindeki farklılıkların metastazın belirgin lenfatik invazyon olan yada olmadan oluşmasını sağlar.

### EVRELEME:

Clark’ın histopatolojik çalışmaları göstermiştir ki melanomun potansiyel metastatik yayılımı orjin aldığı epidermisten invazyon derinliği ile ilgilidir. Clark ve ark. 5 evreden oluşan invazyonu tariflemişlerdir:

Level 1: Atipik melanositler epidermiste sınırlıdır.(in-situ melanom)

Level 2: Atipik melanositler papiller dermise kadar yayılmışlardır. Retiküler dermise ulaşmamıştır.

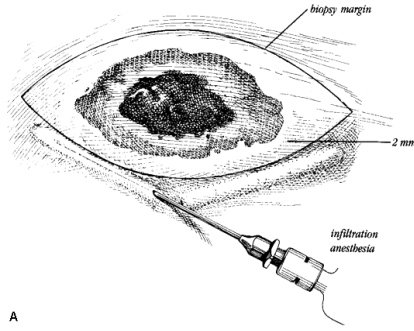
Level 3: Atipik melanositler retiküler dermisse papiller dermis arasındaki mesafeye ulaşmış, fakat retiküler dermise ulaşmamıştır.

Level 4: Atipik melanositler retiküler dermise yayılmıştır.

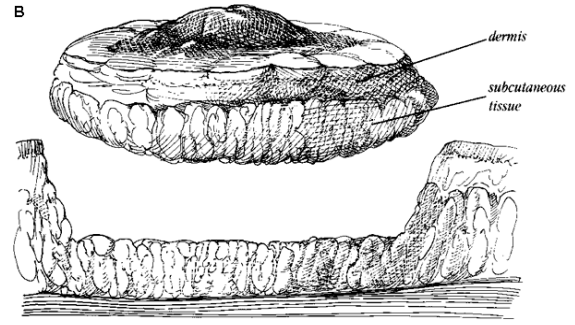
Level 5: Atipik melanositler subkutanöz yağ dokuya ulaşmıştır.

Clark'ın fikri daha sonra Brestlow tarafından tekrar gözden geçiriliyor ve tümörün maximum kalınlığının granüler bölgenin tepesinden (epidermiste) neoplazmın tabanına kadar olan mesafenin oküler mikrometre ile ölçülmesiyle hesaplanarak prognozda asıl etkili faktör olduğunu belirtmiştir. 10 yıllık survey Level 1'de ve kalınlığı 0.76 mm'den az olan Level 2'de % 95 iken, Level 5 veya 4 mm kalın lezyonda % 50'den azdır.

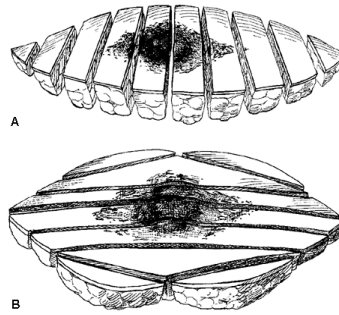
Doğru histopatolojik bilginin değerlendirilmesi; doğru yapılmış ve seri sectional biopsi spesmenleri ile optimum olarak yapılmış olan total eksizyon materyalinin incelenmesiyle sağlanır. (Şekil 1,2)



Şekil 1 A



Şekil 1 B



Şekil 2

Ayrıca tanımlayıcı tedaviden önce iyi bir fizik muayene yapılmalıdır. İnceleme ve cildin palpasyonu (subkutan doku ve lenf nodu) yanısıra tüm cilt yüzeyi ve major lenf nodları muayene edilmelidir. Malign melanom vakalarının % 5'inde tarif edilemeyen lezyonu olan bir metastaz ile prezente olabilir. Bu metastazda en sık görülen bölgeler regresyona uğrayan primer melanomun lenf nodudur. Hasta tarafından var olan daha sonra kaybolduğu gözlenen pigment lezyon hikayesi vardır. Sistemik metastaz için göğüs grafisi ve KCFT çalışmalıdır. Kafanın, göğsün, abdomenin ve pelvisin CT çalışmaları yapılmalıdır. Yine de klinik ve histolojik değerlendirmeleri yüksek riskli sistemik hastalığı düşündüren hastalarda (kalın primer lezyon yada klinik nodal hastalık ) sistemik değerlendirme yapılması uygundur.

American Joint Committee on Cancer' in TNM sınıflaması aşağıdaki gibidir:

Stage	Kriterler
IA	Lokalize melanom $\leq 0.75$ mm veya level II (T1N0M0)
IB	Lokalize melanom 0.76-1.5 mm veya level III (T2N0M0)
IIA	Lokalize melanom 1.5-4 mm veya level IV (T3N0M0)
IIB	Lokalize melanom $>4$ mm veya level V (T4N0M0)
III	Limitli nodal metastaz, tek rejyonel lenf bezi veya 5'ten az intransit metastaz veya nodal metastaz (Herhangi T, N1M0)
IV	Birden fazla bölgesel veya uzak metastaz (Herhangi T, N2M0) veya (Herhangi T, Herhangi N

## **Primer malign melanomun eksizyonu:**

Modern histopatolojik çalışmalar yapılmaya başlandıktan sonra farklı kalınlıkta ve bölgesel metastaz potansiyeli farklı olan tümörlerde eksizyon sınırları farklı olmaya başlamıştır. Brestlow sisteminin yaygın kullanımıyla melanomların lokal satellit olarak rekürrenslerinin büyük oranda kalınlıkla alakalı olduğu gözlenmiştir. Çalışmalar göstermiştir ki 1 mm'nin altındaki lezyonlarda konservatif eksizyon ile lokal rekürrens çok düşüktür. 2 mm altındaki lezyonlara histopatolojik olarak tespit edilen mikrosatellitosisin eşlik etmesi nadirdir. WHO melanom programı 2 mm'den küçük lezyonu olan 1 – 3 cm eksizyon marjini olan 612 hastayı Milan'daki toplantıda prospektif randomize bir çalışma ile değerlendirilmiştir. 612 hastanın 4'ündeki melanom 1 cm'den daha kalın olup dar kenar grubuna dahil edilen hastalarımız ve lokal rekürrens görülmüş. Bu rekürrensler 1 cm'den daha fazla kalınlığı olan lezyonlarda 1 cm'yi geçen kenarlı eksizyon yapılması gerektiğini akla getirir. Bu çalışma, uzun zamandan beri inanılan 1 cm'den küçük kalınlığı olan lezyonlarda uygulanan uniform geniş eksizyonların uygun olmadığını ortaya çıkartmıştır.

Takibeden multienstitü randomize 486 hastadan oluşan çalışmada lezyon kalınlığı 1-4 mm olan lezyonların gövdede ve ekstremitelerde 2-4 cm'lik marjinle eksizyon yapılmıştır. Lokal rekürrens yada intransit metastaz oranlarında bir farklılık bulunamamıştır. 4 cm marjinli gruplarda deri grefti % 47 , 2 cm marjinli gruplarda % 11 oranında uygulanma gerekliliği doğmuştur. Bu bilgiler göstermiştir ki ara kalınlıktaki lezyonlarda (1-4 mm) eksizyon marjininin 2 cm 'e azaltılabileceği uygundur.

Kozmetik ve fonksiyonel olarak vital bölgeler (göz, kulak, ağız, parmak vs.) için uniform geniş eksizyon sınırlarının revizyonu ve redüksiyonu daha kozmetik ve fonksiyonel optimal cerrahiye müsaade eder. Skalp lezyonları her hastanın kozmetik ihtiyacına göre ilerletme flepleri yada cilt greftleri ile kapatılır.

En sık baş-boyunda görülen histopatolojik varyant olan Desmoplastik melanom özel ilgiyi hakeder. Orijinal tanımlamasında, malign desmoplastik işsi stromal komponentine eşlik eden melanositik displazi ve sıklıkla stromal süreçler ile gölgeli görülürler. Bir diğer varyantı Nötropik melanom olup nötropik ve nöral transformasyona uğramış lezyonlardır yada işsi komponentlerin dominant olduğu histolojik sarkomatöz değişikliklerinden dolayı bu şekilde isimlendirilir. Desmoplazi nötropik lezyonlarda sadece fookal olarak gösterilebilir. Desmoplastik ve nötropik melanom formları sıklıkla nonpigmente nodüller yada plaklar olarak karşımıza çıkar. Histolojik olarak problemlidirler ve sıklıkla melanom hücrelerini diğer spindle hücre şekillerinden ayırmak için immünohistokimyasal boyama gerekir. Özellikle baş-boyundaki kalın desmoplastik melanomlarda eksizyon kenarları tehlike içindedir ve radyoterapi düşünülmelidir. Günümüzde kutanöz malign melanom için uygun marjinli eksizyon sınırı şunlar olmalıdır:

- 1- Melanoma in-situ: Komplet ablasyonun sağlanabilmesi için 0.5 cm'lik eksizyon marjini olmalıdır.
- 2- 1 mm'den daha az kalınlıktaki lezyonlar: Konservatif eksizyonla 1 cm'den büyük olmayacak. Böylece tüm vakalarda primer kapanmaya müsaade eder.
- 3- Orta kalınlıktaki (1-4 mm) lezyonlar: 2 cm marjin uygundur.
- 4- Kalın ( 4 mm'den kalın) lezyonlar: Optimize lokal kontrol için 2 cm'den daha geniş marjinler gerekebilir.

Gözardı edilmemelidir ki definitif eksizyondan sonra görülen lokal metastaz, sıklıkla dissemine sistemik metastazın habercisidir. Her vakada böyle olmadığı için ve daha da ötesi lokal metastaz morbiditenin anlamlı bir kaynağı olduğu için primer melanom için geniş cerrahi düşünülmelidir.

## Rejyonel lenf nodlarının cerrahisi:

Bölgesel lenf nodlarının disseksiyonu melanomun rejyonel lenf nodlarına, oradan da uzak bölgelere yayıldığı için yapılır. Retrospektif çalışmalarda, klinik palpabl lenf nodu metastazı olan ve lenf disseksiyonu yapılan hastalarla, non-palpabl mikrometastazı olan ve rejyonel lenf disseksiyonu yapılan hastalar kıyaslandığında ; mikrometastazı olanlarda survey'da daha iyi sonuç gözlenmiştir. (Tablo 1)

	evre-I(%)	evre-II(%)	Fark(%)
McNeer ve Das Gupta 23, 1964	52	19	33
Cohen ve ark. 13,1977	55	38	17
Das Gupta 15, 1977	69	20	49
Balch ve ark. 6, 1981	48	24	24
Callery ve ark. 10, 1982	48	36	12
Morton ve ark. 25, 1991	59	43	16
Roses ve ark. 33, 1985	44	20	24
Average	54	28	26

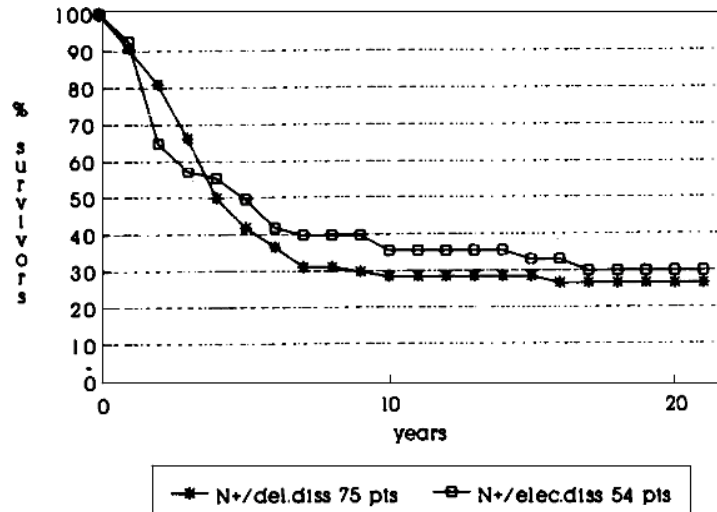
Tablo 1: Evre 1 ve 2'deki hastaların 5 yıllık survey (Cohen ve ark. 10 yıllık) sonuçları

Spesifik histopatolojik determinantlar ile birlikte yapılan son çalışmalar elektif lenf nodu disseksiyonunun yüksek rejyonel metastaz ve düşük uzak metastaz ihtimali olan hastalara yapılmasını savunmuştur. İnce melanomlu hastaların (1 mm'den küçük kalınlık) lenf nodu metastazı açısından düşük riskli olduğu, kalın melanomlu (4 mm'den fazla kalınlık) hastaların lenf nodu metastazı açısından daha yüksek risk altında olduğu ancak bununla birlikte yüksek sistemik hastalık riski olduğunu bildirmişlerdir. Her iki grup da elektif lenfadenektomiden fayda görür. Orta kalınlıkta (1-4 mm) grupta retrospektif çalışmalar göstermiştir ki geniş eksizyon ve elektif lenf nodu disseksiyonu yapılan hastalar survey açısından tek başına geniş eksizyon yapılan hastalardan daha avantajlı olmuşlardır.

WHO'nun yaptığı geniş bir çalışmada geniş eksizyon ve elektif lenf nodu disseksiyonu yapılan hastalar, tek başına geniş eksizyon yapılan hastalarla karşılaştırılmıştır. Eğer klinik olarak pozitif nod varsa rezeke edilmiştir. Bu iki grup arasında anlamlı survey farklılık tespit edilememiştir. (% 36.8, % 30.2)

286 hastanın 75'i (% 25) tek başına eksizyon yapılmış ve nodal disseksiyon gerektiren metastazları gelişmiştir. Histolojik olarak tespit edilen mikrometastazlı 54 hastada da 10 yıllık survey anlamlı

olarak farklı değildir. (Tablo 2)



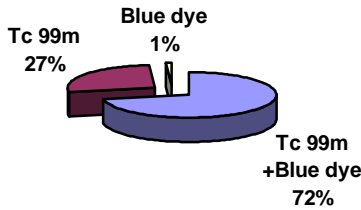
(Tablo 2): Tek başına geniş eksizyon yapılan ve geniş eksizyon + lenf disseksiyonu yapılan hastaların 10 yıllık survey'leri

Sidney Melanom Ünitesinde yapılan retrospektif bir çalışmada gövde ve ekstremitelerde 1.5 mm'den daha fazla kalınlıkta melanom olan hastalardan, lenf nodu disseksiyonu yapılmış olmalarına rağmen survey açısından avantajlı olduklarını göstermekte başarısız olmuşlardır. ABD Cooperative Group'un yaptığı bir çalışmada elektif lenf nodu disseksiyonu ihtiyacı olan hastalar yayın edilmiştir. (Tümör kalınlığı intermediate olan grup). Tümör kalınlığı 1.1-2 mm olan 60 yaş ve aşağısı olan hastalarda 5 yıllık survey % 96 ki bu gruba elektif lenf nodu disseksiyonu yapılmış olup, elektif lenf nodu disseksiyonu yapılmamış hastalarla kıyaslandığında 5 yıllık survey % 84 bulunmuştur.

Morton ve ark. yaptığı bir çalışmada lenfadenektomiye yapmak için lenf nodlarına metastazı olan hastalar belirlenmeye çalışılmıştır. Bu yaklaşım mikrometastaz açısından yüksek riskli olan bölgelerin radyo izotopik lenfosintigrafi ile preop belirlenmesini gerektirir. Cerrahi esnasında blue-dye definitif eksizyondan önce biopsi kenarlarına sıkılır. Boyanmanın görüldüğü ilk nod veya nodlar sentinel nod veya nodlardır. Bu nodlar immünohistokimyasal boyanma yöntemi kullanılarak mikrometastaz açısından değerlendirilmelidir. Eğer mikrometastaz içeriyorsa full bölgesel lenfadenektomi yapılır. Eğer yok ise takibe alınır. Sonuçlar göstermiştir ki nod yada nodların belirlenmesinin güvenilirliği yüksek risk altındadır.

## Sentinel Lenf Nodu Biopsisi

Mount-Zion Melanoma Center/ San Francisco'da yapılan 163 hastalık bir seride eksizyon yapılacak olan bölgenin etrafına preoperatif Tc<sup>99m</sup> sülfür colloid intradermal olarak yapılmış. Tc<sup>99m</sup> sülfür colloid hidrojen sülfid tekniği ile hazırlanmış. Bu teknik tiosülfat metoduna oranla daha küçük parçalar halinde hazırlanmaya müsaade eder.En son 22 mikrometrelik filtre ile Tc<sup>99m</sup> sülfür colloid filtrelenmiş. Ortalama 20.7 MBq dozunda enjeksiyon yapılmış. Radyoizotop enjeksiyonundan insizyona kadar 60-413 dakika (ortalama 139 dakika) geçmiş. Riskli lenfatik bezler tanımlanmış. SLN olanlar işaretlenmiş. Daha sonra hasta ameliyathaneye gönderiliyor ve İsoulfan Blue operasyon öncesi intradermal enjekte ediliyor. Primer melanomun çevresine 0.5-10 ml (ortalama 3.4 ml) dozunda enjeksiyon yapılıyor. Gamma prob (Neoprobe 1000, Neoprobe Corp, Dublin, Ohio) ile lenfatik haritalama gerçekleştirilmiş.



Şekil: Tc 99m sülfür kolloid ve mavi boya ile işaretlenmiş lenf nodlarının karşılaştırılması

İşaretlenen bölgenin üzerine 2-4 cm insizyonla girilerek subkutan yağa ulaşılmış. Superficial fasya eksize edilmiş. Gamma prob ile bakıldığında saniyedeki radyoaktivite sayısında artış olduğu görülmüş. Bu alanlardan disseksiyon yapıldığında genellikle maviye boyanmış lenfatikler görünecektir. SLN gamma prob, Blue-dye yada herikisi birlikte kullanılarak tespit edilebilir. SLN çıkarılmasıyla gamma prob ile rezeksiyon yatağında radyoaktivite kalıp kalmadığına bakılır. Eğer

radioaktivite rezeksiyon bölgesinde hala yüksekse daha fazla eksplorasyon yapılır. SLN incelemeleri Hematoksilen-Eozin kullanılarak incelenmiş ve mikrometastazlar daha sonra immünohistokimyasal boyanma veya polimeraz zincir reaksiyonu ile doğrulanmış. Mikrometastaz görülen hastalarda lenf nodu disseksiyonunun tamamlanması daha sonra yapılmış. Çalışma 95 erkek, 68 kadın yaş dağılımları 51.2 olan ortalama Breslow kalınlığı 2.45 olan 163 hasta ile yapılmış.

Çalışmada SLN görüntülenmesi %98 oranında başarıyla tamamlanmış.163 hastadan 133'ünde SLN (-) çıkmış ve (% 81.6) bunlardan 5 tanesinde (%3.8) rekürrens (1 lokal, 1 nodal, 2 lokal ve nodal, 1 nodal ve akciğer) gözlenmiş. SLN (+) çıkan 30 hastanın (18.4) 22 tanesine tamamlayıcı lenfadenektomi yapıldı. 22 hastanın 4'ünde lenf nodunda metastatik hastalık bulundu. (18.2) ve takipte bunlardan 1 tanesinde (%25) rekürrens (lokal ve nodal) gözlendi. Diğer 18 tamamlayıcı lenfadenektomi sonrasında (-) lenf bezi çıkan hastaların takibinde 1 hastada (%5.5) akciğer ve abdominal metastaz gözlendi.

Sonuç olarak bölgesel lenf nodu haritalamasında preop lenfosintigrafi ve intraop haritalama yönteminin kullanılması güvenli bir yoldur. SLN mikroskopik malign melanom metastazı frekansı % 18.4 bulunmuştur. Gamma prob ile rezeksiyon lenf nodu disseksiyonunun genişletilmesini en aza indirger. Bölgesel ve sistemik metastazların tespiti için hastaların takibi önemlidir. (Arch surg/Vol 132 June 1997 Stanley P.L. Leong ve ark.)

P. Carcoforo ve ark. Ferrara Univeritesi/İtalya'da yapmış olduğu 110 hastalık kutanöz malign melanomda sentinel lenf nodu biopsisinin doğruluk ve güvenilirliği konulu çalışmada şu iki soruya cevap aramışlar:

1- M. Melanomda metastatik hastalığın erken teşhisini saptama metodu SLN biopsisi mi?

2- M. Melanoma sahip hastaların rejonel lenfadenektomiden ne kadar fayda gördüğü?

Bu amaçla stage 1 ve 2 olan 110 hastaya ( 63 erkek, 57 kadın. ) Tc<sup>99m</sup> ile işaretlenmiş insan serum albumini ve isosulfan blue ile preop intradermal enjeksiyon yapılmış. Gamma prob ile (Scintiprobe MR 100) ile görüntülenmiş. Tüm hastalarda palpabl lenf nodu yoktu, küçük cerrahi sınırla (2 cm'den küçük) eksizyon yapılmış ve 90 günden az süre geçmişti. 10 hastada baş-boyun, 21 hastada üst ekstremitte, 36'sı gövde, 43 alt ekstremitede lezyonu olan hastalardı.

SLN ları histopatolojik incelemesi Cohrans metoduna göre yapıldı. 2 mm derinlik için 100 mikron aralıklı olan 3 mikronluk seri kesim çiftlerine ayrıldı ve hematoksilen-eozin ile boyandı. Melanom için immünohistokimyasal boyanmanın en yaygın hedefleri S-100 proteini ve HMB-45 antijenidir.

Sonuç olarak 110 hastanın 108'i (% 98.18) kombine lenfosintigrafi ile saptanmış. SLN'larının 90'ı (%81.81) mavi ile boyanmış. 108 hastanın 13'ünde SLN (+) çıkmış. (% 12.03).ve rejonel ve distal lenfadenektomi hepsine uygulanmış. 13 pozitif hastanın 6'sına lenfadenektomi uygulanmış ve 5'inde mikro, 1'inde makrometastaz saptanmış.1'den fazla (+) SLN içeren diğer hastalarda makrometastaz görülmüş.

Pozitif SLN'larının lezyon kalınlığına göre dağılımı:

Lezyon kalınlığı	Hasta sayısı	Pozitif SLN	Pozitifite yüzdesi
0.76-1.5 mm	44	1	% 2.27
1.5-4 mm	51	6	% 11.7
> 4 mm	15	6	% 40

108 hastada 129 bölgeye yayılım saptanmış. Tek drenajlı durum 95 hastada (%87.96), 2'li drenajlı durum 13 hastada (12.03) görülmüş. 7 hastada drenaj beklenenden farklı alana olmuş.(1 hasta sağ boyundaki melanom sol servikale, 6 hasta ise gövdedeki lezyonun beklenmedik alana

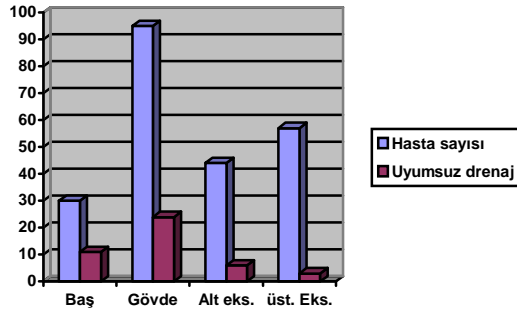
drenajı olmuş). Takiplerde 4 hastanın (4 mm'den kalın lezyonlu ve SLN (-) olan) hastalığının ilerlediği görülerek radikal lenfadenektomi gerekmiş.

Primer kutanöz melanomlu hastalarda metastatik hastalığın mevcudiyeti, alakalı bölgelerdeki lenf nodlarındaki SLN'lerinin varlığı veya yokluğuna bağlıdır.(+) SLN olan hastalara lenf nodu disseksiyonu yapılmalıdır. Lezyonu 4 mm'den büyük olan hastalarda hastalığın rekürrensi artmıştır ve sistemik hastalıktan ölüm insidansı artmıştır. Bu hastalarda SLN biopsisinin kullanımı sorgulanmalıdır. Erken lenf nodu disseksiyonundan faydalanacak hastaların tespitinde sentinel nod haritalama yöntemi gerçekçi bir yaklaşımdır.

(Radioguided and radioimmunguided oncology , P. Carcoforo ve ark.)

Stanley P. L. Leong ve ark. yaptığı 226 hastalık çalışmada primer kutanöz malign melanomun sentinel lenf nod drenajının intraoperatif ve kliniksel tahminlerle olan uyumsuzluğunu konulu makalelerinde; primer melanomun anatomik bölgesini temel alan preoperatif kliniksel tahminlerle, preoperatif lenfosintigrafi ile belirlenen lenfatik drenaj örnekleri ve ameliyat esnasındaki SLN'lerinin ilişkisini değerlendirmişlerdir.

Sonuç olarak baş-boyun melanomlarında 30 hastanın 11'inde (% 36.7) kliniksel olarak tahmin edilen dışında kalan bir bölgeye drenaj, gövde melanomlarında 95 durumun 24'ünde (%25.3) görülmüştür. Alt ekstremitedeki 44 hastanın 6'sı (% 13.6) , üst ekstremitede 57 hastanın 3'ünde (%5.3) beklenmedik lenf noduna drenaj saptanmıştır. Ortalama uyumsuzluk oranı 226 hastanın 44'ünde olmuştur. (%19.5)

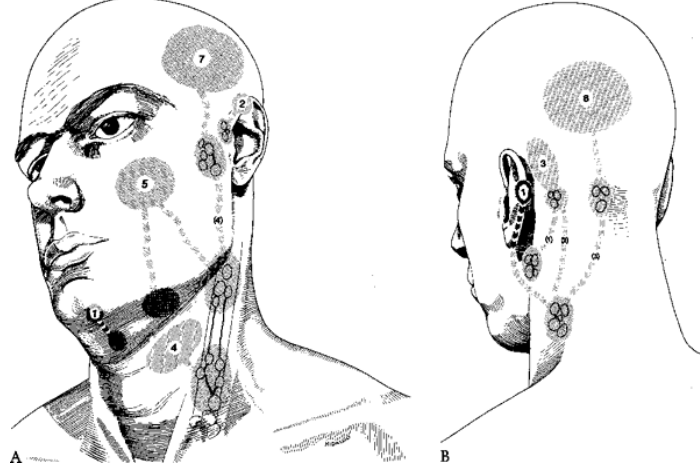


Tablo : Bölgelere göre klinik olarak tahmin edilen lenf nodlarının lenfosintigrafik olarak karşılaştırıldıklarında saptanan uyumsuzluk oranları . (Arch surg/Vol 135, December 1999 Stanley P.L. Leong ve ark.)

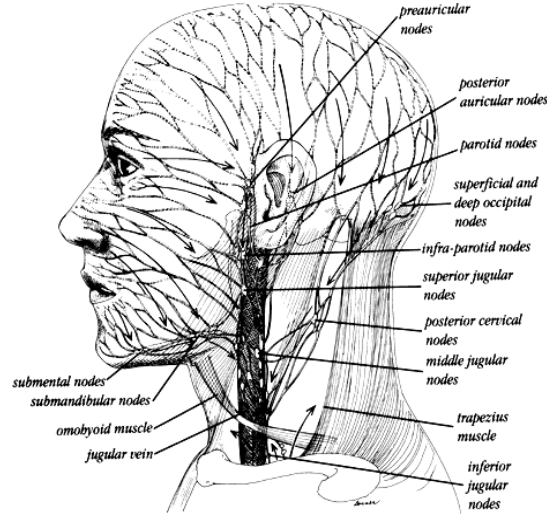
Uyumsuzluk baş-boyun melanomları ve takiben gövdedeki melanomlarda en sık görülür. Gövdede standart drenaj örnekleri bilateral ve ipsilateral drenajı içerebilir ve uyumsuz drenaj intransit ve alışılmadık drenaj bölgelerini içerebilir. Bu yüzden lenfosintigrafi cerraha klavuz olan güvenilir bir araçtır. Preoperatif lenfosintigrafi büyük ölçüde SLN disseksiyonu seçiminin başarısını sağlar. (Arch surg/Vol 135, December 1999 Stanley P.L. Leong ve ark.)

Baş-boyun bölgeleri elektif nod disseksiyonu için tartışmalı bölgelerdir. Bu bölgedeki melanomlar için dominant prognostik faktör lenf nodu metastazının varlığıdır. New-York üniversitesinde bir çalışmada metastazların melanom bölgesine komşu lenf nodlarında olduğu gösterilmiştir. Bazı vakalarda daha ileriye de gittiği görülmüştür. Fakat hiçbir zaman başlangıç drenaj yolunu atlamaz. Ayrıca sectional elektif lenf nodu disseksiyonları (tüm anatomik bölgeler) göstermiştir ki 1 mm altında kalınlığı olan lezyonlarda nodal metastaz histolojik olarak hiçbir zaman yoktur. Bu yüzden baş-boyun melanomlarında prosedürü sınırlayarak 1 mm ve altındakilere radikal lenf nodu disseksiyonundan uzaklaşmıştır. Özellikle primer lezyonu komşu bölgelerdeki lenf nodu ile sınırlanmış vakalarda nodal disseksiyon yapılır. Daha ileriye gidilmez.

Örneğin forehead'daki lezyon için lenfadenektomi superficial paratidektomi, mandibula bölgesindeki lezyonlar için supraomohyoid disseksiyon , posterior skalpteki lezyonlar için occipital ve posterior servikal üçgen disseksiyonu spinal sinirleri koruyarak yapılır.



Şekil 3: Baş-boyun bölgesi lenf nodları



Şekil 4:Baş-boyun bölgesi lenf nodları

Grant W. Carlson ve ark. Emory Üniversitesi , Atlanta'da yapmış oldukları baş-boyun bölgesinde karşılaşılan malign melanomun dinamik lenfosintigrafi ve gamma prob kullanılarak yapılan sentinel lenf nodu biopsi yapılması konulu makalelerinde klinik stage'i 1 ve 2 olan, tümör stage'leri T2 (11), T3 (24), T4 (23) olan 58 hasta ( 47 erkek, 11 kadın ) ile yapılan çalışmada 43 vakada tek drenajlı SLN (% 75), 14 vakada çoklu drenajlı SLN tespit edilmiş. Sonuç olarak SLN tespitinde % 96 başarı sağlanmış ve 57 hastanın 10'unda SLN (+) çıkmıştır. Bu hastalara lenfadenektomi yapılmış olup takiplerinde 7'sinde rekürrens saptanmıştır. SLN (-) olan 47 hastanın takiplerinde ise 10'unda rekürrens çıkmıştır.



(Grant W.Carlson ve ark. / Arch Otolaryngol. Head Neck Surg/ Vol 126, Mar 2000)

Primer saha	Hasta sayısı	Anterior boyun	Parotid	Posterior boyun	Axilla	Toplam
Skalp	21	7	9	12	0	28
Kulak	8	8	1	0	0	9
Yüz	13	12	5	1	0	18
Boyun	14	9	3	5	2	19
Göz kapağı	1	1	0	0	0	1
<b>Toplam</b>	<b>57</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>2</b>	<b>75</b>

Tablo: Baş-boyun melanomlarında 57 hastadaki lenfatik drenaj örnekleri  
(Grant W.Carlson ve ark. / Arch Otolaryngol. Head Neck Surg/ Vol 126, Mar 2000)

T- Stage	Hasta sayısı	SLN negatif	SLN pozitif	% pozitiflik
T2	11	11	0	0.0
T3	24	20	4	16.7
T4	22	16	6	27.3
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>10</b>	<b>17.5</b>

Tablo: T-stage durumuna göre sentinel lenf nodu pozitifitesi  
(Grant W.Carlson ve ark. / Arch Otolaryngol. Head Neck Surg/ Vol 126, Mar 2000)

Komşu nodal drenaja metastazı olan 1 mm kalın lezyonlu hastalarda primer lezyon tedavi edilirken lenf nodu da eksiz edilir. Bölgede nodal rekürrens geliştiğinde bir sonraki cerrahi ihtiyacını da azaltır. Lenfatik haritalama ve sentinel lenfadenektomi bu grup hastalar için faydalı olur.

#### Kaynaklar:

- 1- Arch surg/Vol 132 June 1997 Stanley P.L. Leong ve ark.
- 2- Grabb&Smith 5. edition
- 3- Arch surg/Vol 135, December 1999 Stanley P.L. Leong ve ark
- 4- Arch Otolaryngol. Head Neck Surg/ Vol 126, Mar 2000, Grant W.Carlson ve ark.

