

گزارش مورد

ملانوم ولو در سن قبل از منوپوز (گزارش مورد)

دکتر سیما کدخدایان*^۱، دکتر فاطمه همایی^۲، دکتر سیدحسین فتاحی معصوم^۳، دکتر لیلا پور علی^۴، دکتر علی تقی زاده^۲
۱- دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۲- استادیار گروه رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
۳- استاد گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. ۴- دستیار تخصصی زنان و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

چکیده

ملانوم ولو تومور بسیار بدخیم و نادری با شیوع ۰/۱-۰/۱۹ در صدهزار نفر بوده و اغلب بعد از منوپوز اتفاق می افتد. در این مقاله بیماری ۴۳ ساله معرفی شده است که با شکایت پیدایش ضایعه کوچک خارش دار از ۲ ماه قبل در ناحیه ولو مراجعه نمود. ضایعه مذکور به قطر ۵ میلی متر قهوه ای تیره در روی لایبالیس مینور چپ به فاصله بیش از ۲ سانتی متر از خط وسط وجود داشت. بیوپسی ملانوم بدخیم با عمق ۳/۵ میلی متر طبق تقسیم بندی *berslow* نوع حد وسط گزارش گردید. حذف جراحی با حاشیه بیش از ۲ سانتی متر و لنفادنکتومی اینگونیا و فمورال در طرف ضایعه انجام شد و تا ۴ ماه بعد از عمل جراحی علائمی از عود تومور دیده نشد.

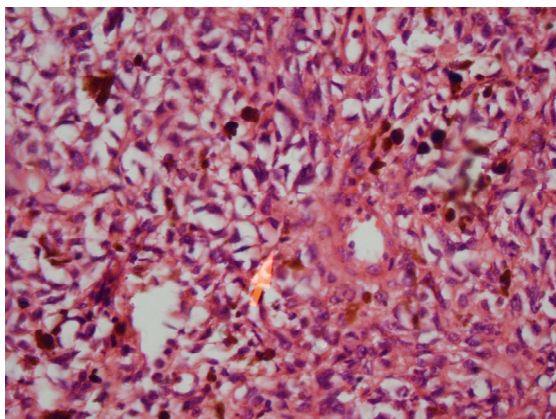
کلید واژه ها: تومور ولو، ملانوم، لنفادنکتومی

* نویسنده مسؤول: دکتر سیما کدخدایان، پست الکترونیکی: kadkhodayans@mums.ac.ir

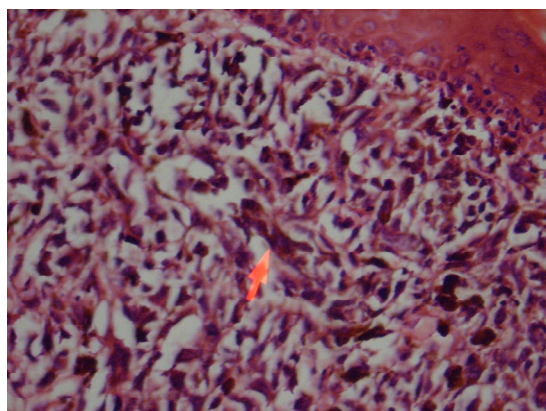
نشانی: مشهد، بیمارستان قائم (عج)، دفتر گروه زنان، تلفن: ۸۰۱۲۴۷۷ (۰۵۱۱)، نمابر: ۸۴۳۰۵۶۹

وصول مقاله: ۸۷/۱۰/۲۵، اصلاح نهایی: ۸۸/۴/۱۰، پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۲۱

به فاصله بیشتر از ۲ سانتی متر از خط وسط و کلیتوریس، بیمار تحت جراحی نگهدارنده ولو (wide local excision) با مارژین بیشتر از ۲ سانتی متر و لنفادنکتومی غدد اینگوینال و فمورال همان طرف قرار گرفت.



شکل ۱: تصویری از آسیب‌شناسی ضایعه اولیه ولو (ملانوم) رنگ‌آمیزی H&E و بزرگ‌نمایی ۱۰×۱۰۰



شکل ۲: تصویری از آسیب‌شناسی ضایعه اولیه ولو (ملانوم). سلول‌های ملانوسیتیک به خوبی مشخص می‌باشند. رنگ‌آمیزی H&E و بزرگ‌نمایی ۲۰×۴۰

فقدان تومور در نمونه‌های بررسی شده از ولو و عدم درگیری میکروسکوپی غدد لنفاوی در آسیب‌شناسی گزارش شد. بعد از جراحی بیمار با حال عمومی خوب مرخص شد. حدود یک هفته بعد از عمل بیمار دچار تورم بدون علائم عفونت در ناحیه کشاله ران چپ شد که با تشخیص لنفوسیت تحت درناژ استریل موضعی قرار گرفت. تا ۴ ماه بعد عمل عود تومور وجود نداشت.

مقدمه

ملانوم ولو توموری بسیار نادر با شیوع ۰/۱-۰/۱۹ در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد. این تومور ۱۰-۴ درصد تمام موارد سرطان ولو است و بعد از اسکواموسل کارسینوم دومین سرطان شایع این ناحیه است. ملانوم اغلب در لایبالیس مینور و کلیتوریس پیدا می‌شود. انتشار به مجرای ادرار و واژن در زمان تشخیص غیر شایع نیست (۱). سن شیوع در موارد گزارش شده اغلب بعد از یائسگی است (۴-۱). پیش‌آگهی بیماری بسیار بد است و تشخیص و حذف جراحی به موقع در طولانی کردن عمر بسیار اهمیت دارد (۵و۶). نمونه‌گیری یا حذف کامل جراحی هر ضایعه پیگمانته‌ای موجود در ناحیه ولو؛ بهتر است که صورت گیرد (۱). شیوع تومور در مناطق مختلف جهان تفاوتی ندارد و موارد کمی در مقالات از نقاط مختلف گزارش شده است که در آن موارد نیز اکثراً سن بیمار بعد از منوپوز بود (۲و۳و۶). در این مقاله یک مورد ملانوم ولو در یک زن ۴۳ ساله به دلیل نادر بودن نوع تومور و سن غیر معمول تظاهر یافته گزارش شده است.

معرفی بیمار

بیمار زنی ۴۳ ساله بود و با شکایت توده کوچکی به شکل خون‌مردگی در ناحیه لبیا مینور چپ و خارش از ۲ ماه قبل به درمانگاه زنان بیمارستان قائم (عج) مشهد در بهمن‌ماه ۱۳۸۷ مراجعه نمود. توده مذکور در قسمت تحتانی و جانبی لبیا مینور و با اندازه حدود ۵ میلی‌متر و بدون اولسر و به رنگ قهوه‌ای تیره بود. توده بی‌ویسی و به روش هماتوکسیلین اتوزین رنگ‌آمیزی شد و ملانوم با ضخامت ۳/۵ میلی‌متر از سطح پوست گزارش گردید (شکل‌های ۱ و ۲).

در شرح حال بیمار هیچ‌گونه سابقه‌ای از بیماری، عمل جراحی و یا سابقه فامیلی سرطان وجود نداشت. قاعدگی‌های بیمار منظم بود و دوبار زایمان طبیعی داشت. از IUD برای جلوگیری از بارداری استفاده نموده بود. در معاینه بالینی سایر نواحی ولو و غدد لنفاوی کشاله ران، واژن، سرویکس، رحم و آدنکس‌ها و نیز معاینه آتورکتال طبیعی بود. بیمار هیچ‌گونه شکایتی از سایر سیستم‌های بدن نداشت.

پاپ اسمیر انجام شده P1 بود. با توجه به طبقه‌بندی با سیستم Berslow بیماری از نوع Intermediate بود و با توجه

بحث

ملانوم ولو دومین تومور شایع ولو بعد از اسکواموسل کارسینوم است که حدود ۱۰-۵ درصد موارد سرطان ولو را شامل می‌شود. این ضایعه بیشتر در زنان سفیدپوست و دهه هفتم زندگی رخ می‌دهد (۵). در حالی که سن بیمار مورد نظر ما بسیار پایین تر از سن شایع ملانوم بود. سن شایع ملانوم ولو بعد از یائسگی است (۴-۲).

Rasamilia در سال ۲۰۰۶ ملانوم ولو را در دختر ۱۰ ساله‌ای گزارش نمود که هیچ‌گونه سابقه فامیلی از ملانوم یا خال‌های دیسپلاستیک نداشت (۶).

شایع‌ترین محل ملانوم ولو در لبیا مینور و کلیتورس است که ضایعه بیمار ما نیز در لبیا مینور بود. سابقه فامیلی ملانوم ولو در درصد اندکی از موارد گزارش شده (۵)؛ وجود دارد که در بیمار ما چنین سابقه‌ای وجود نداشت.

اکثر خال‌های ولو جانکشنال هستند و ممکن است ضایعه پیشتاز برای ملانوم باشند. لذا هر خالی بر روی ولو بایستی برداشته شده و از نظر آسیب‌شناسی بررسی شود. در بیمار ما نیز ضایعه اولیه خود را به شکل خال جدیدی نشان داده بود که با بیوپسی تشخیص ملانوم داده شد.

مرحله‌بندی FIGO که برای اسکواموسل کارسینوم ولو استفاده می‌شود؛ برای ملانوم معمولاً استفاده نمی‌گردد. زیرا ضایعات معمولاً کوچک‌تر هستند و پیش‌آگهی بیشتر بستگی به عمق تهاجم دارد تا قطر ضایعه. در مورد ملانوم ولو بیشتر تقسیم‌بندی Broslow به کار می‌رود که براساس تهاجم میلی‌متری تومور از سطحی‌ترین لایه گرانولار اپیدرمیس تا عمیق‌ترین ناحیه انوازویون تومور است (۷و۸). در بیمار ما نیز طبقه‌بندی بر همین اساس صورت گرفت.

درمان ملانوم ولو مانند ملانوم پوستی به سمت جراحی نگهدارنده متمایل شده است (۴و۸) که روش جراحی برای بیمار مورد نظر نیز به همین شکل انجام شد.

ضایعات با عمق تهاجم کمتر از یک میلی‌متر را با جراحی رادیکال موضعی به تنهایی می‌توان درمان کرد (۱).

در مطالعه‌ای که طی سال ۱۹۸۷ روی ۳۲ بیمار مبتلا به ملانوم ولو انجام شد؛ مشخص گردید که روش‌های برداشت موضعی (۱۴ نفر)، ولوکتومی ساده (۷ نفر) و یا برداشت

رادیکال (۱۱ نفر) ارجحیتی نسبت به یکدیگر از جهت افزایش طول عمر ندارند و میزان طول عمر ۵ ساله، ۲۵ درصد بود (۸).

در مطالعه Trimbl ۵۹ بیمار ولوکتومی رادیکال شدند و ۱۹ بیمار تحت جراحی نگهدارنده قرار گرفتند. طول عمر در افرادی که جراحی رادیکال شدند؛ بیشتر نبود. Trimbl توصیه نمود؛ تومورهای اولیه با جراحی رادیکال موضعی درمان شوند و در مورد آنهایی که تهاجم بیشتر از یک میلی‌متر وجود دارد؛ بایستی لنفادنکتومی کشاله ران صورت گیرد (۹). در مورد بیمار ما نیز با توجه به عمق درگیری ۳/۵ میلی‌متر لنفادنکتومی یک‌طرفه انجام شد.

در صورت درگیری ماکروسکوپی غدد لنفاوی کشاله ران (بیشتر مساوی یک لنف نود) و یا درگیری میکروسکوپی (بیشتر مساوی ۲ لنف نود) اندیکاسیون رادیوتراپی بعد از عمل وجود دارد (۱۰). در مورد بیمار ما با توجه به عدم درگیری ماکروسکوپی و میکروسکوپی غدد لنفاوی کشاله ران این درمان انجام نشد.

هرچه تعداد غدد لنفاوی مثبت اینگونال همان طرف ضایعه بیشتر باشد؛ به همان نسبت تعداد غدد لنفاوی مثبت در طرف مقابل هم بیشتر خواهد بود (۱۱). لذا توصیه می‌شود؛ در بیمارانی که یکی از غدد لنفاوی کشاله ران در سمت ضایعه بزرگ شود و یا چندین غده لنفاوی همان طرف از نظر میکروسکوپی مثبت باشد؛ لنفادنکتومی اینگونال-فمورال در سمت مقابل نیز انجام شود (۱).

برای ملانوم لوکالیزه سطحی با ضخامت تومور Berslow کمتر از ۰/۷۶ میلی‌متر، یک حاشیه یک سانتی‌متری سالم از پوست کافی است. در حالی که برای ضایعات بینابینی (۴-۱ میلی‌متر) حاشیه ۲ سانتی‌متری کفایت می‌کند. در بیمار ما نیز با توجه به ضخامت بینابینی تومور (۳/۵ میلی‌متر) حاشیه ۲ سانتی‌متر سالم در نظر گرفته شد.

برای ضایعات سطحی با ضخامت تومور کمتر از ۰/۷۶ میلی‌متری نیازی به لنفادنکتومی کشاله ران نیست؛ ولی برای ضایعات بینابینی لنفادنکتومی سبب افزایش طول عمر می‌شود (۱۱و۱۲). برای بیمار ما نیز با توجه به بینابینی بودن عمق ضایعه این کار انجام شد.

برای بیمارانی که مشخصات پرخطر عمق تهاجم بیشتر از

موارد بعد از جراحی اولیه رخ می‌دهد که در این حالت پروگنوز بد است. متاستاز به غدد لنفاوی نیز با پروگنوز بد همراه است. ملانوم ولو تمایل به عود دیرس دارد و لذا بقای ۵ساله شاید پیش‌بینی دقیقی از درمان مؤثر این بیماران نباشد. در مطالعه Irvin بیماران مبتلا به ملانوم ولو از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ در مرکز پزشکی دانشگاه ویرجینیا بررسی شدند. میانگین زمان بین درمان و عود بیماری ۷/۵ ماه و بقای متوسط بعد از عود ۱۷ ماه بود (۱۴).

نتیجه‌گیری

ملانوم ولو ضایعه نادر و بدخیمی است. توجه به هر ضایعه مشکوک و انجام بیوپسی برای تشخیص و درمان زودرس ملانوم ولو بسیار بااهمیت است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات صمیمانه دستیاران تخصصی و پرستاران محترم بخش جراحی زنان بیمارستان قائم (عج) که در درمان و مراقبت‌های بعد از عمل بیمار نقش ارزنده‌ای داشتند؛ کمال تشکر را داریم.

References

1. Berek JS. Berek and Novak's Gynecology. 14th. Philadelphia: Published by LWW. 2007;pp:1564-1565.
2. Parara S, de Bree E, Takos D, Giannikaki E, Melissas J, Tsiftsis DD. Melanoma of the vulva: a pigmented lesion is also significant in a non-sun-exposed area. Arch Gynecol Obstet. 2009 Nov; 280(5):831-834.
3. Mahjoub S, Ben Brahim F, Ben Hmid R, Zghal D, Kallel N, Sébai N, et al. [Management of malignant vulvar tumors] Tunis Med. 2008 Dec;86(12):1055-1059. [Article in French]
4. Gungor T, Altinkaya SO, Ozat M, Bayramoglu H, Mollamahmutoglu L. Primary malignant melanoma of the female genital tract. Taiwan J Obstet Gynecol. 2009 Jun;48(2):169-175.
5. Hoffman MS. Te Linde's Operative Gynecology. In: Rock JA, Jons HW: Malignancies of the Vulva. 10th. Philadelphia: Published by LWW. 2008; p:1187.
6. Rosamilia L, Schwartz J, Lowe L, Gruber S, Quint E, Johnson T, et al. Vulvar melanoma in a 10-year-old girl in association with lichen sclerosus. Journal of the American Academy of Dermatology. 2006; 54(2): S52-S53.
7. Podratz KC, Gaffey TA, Symmonds RE, Johansen KL, O'Brien PC. Melanoma of the vulva: an update. Gynecol Oncol. 1983 Oct;16(2):153-168.
8. Davidson T, Kissin M, Westbury G. Vulvo-vaginal melanoma--

۴ میلی‌متر، سن بالا، نواحی زخمی و غدد لنفاوی درگیر را دارند؛ درمان مؤثر کمکی هنوز مشخص نشده است. رادیوتراپی ممکن است در کنترل موضعی بیماری مؤثر باشد (۵). در مورد بیمار ما با توجه به عدم وجود معیار تشخیصی پرخطر رادیوتراپی انجام نشد.

در مطالعه انجام شده مرکز سرطان Anderson ایالات متحده طی سال ۲۰۰۱؛ بیمارانی که بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۷ به عنوان سرطان ولو تشخیص داده شده بودند؛ از نظر مشخصات دموگرافیک و مدت بیماری و نوع سرطان بررسی شدند. حدود ۵۰ درصد بیماران در مرحله ۲ بودند و پیش‌بینی کننده اصلی بقا، ضخامت Berslow بود؛ ولی روش جراحی نقشی در پروگنوز نداشت (۱۳).

تقریباً یک‌سوم موارد ملانوم ولو طول عمر ۵ ساله دارند و این میزان کمتر از طول عمر بیماران مبتلا به اسکواموسل کارسینوم ولو می‌باشد (۵). بدترین پروگنوز مربوط به سنین بالا، تهاجم عمیق ضایعه و تومورهای پیشرفته است. بقای بیمار مبتلا به ملانوم ارتباط بسیار نزدیکی با عمق تهاجم دارد. عود موضعی شایع است و در حدود یک‌سوم

should radical surgery be abandoned? Br J Obstet Gynaecol. 1987 May;94(5):473-6.

9. Trimble EL, Lewis JL Jr, Williams LL, Curtin JP, Chapman D, Woodruff JM, et al. Management of vulvar melanoma. Gynecol Oncol. 1992 Jun;45(3):254-258.

10. Hoffman JS, Kumar NB, Morley GW. Prognostic significance of groin lymph node metastases in squamous carcinoma of the vulva. Obstet Gynecol. 1985 Sep;66(3):402-405.

11. Nasu K, Kai Y, Ohishi M, Kato A, Sato H, Fujiwara S, et al. Conservative surgical treatment for early-stage vulvar malignant melanoma. Arch Gynecol Obstet. 2009 May 27. [Epub ahead of print]

12. Sugiyama VE, Chan JK, Kapp DS. Management of melanomas of the female genital tract. Curr Opin Oncol. 2008 Sep; 20(5):565-569.

13. Verschraegen CF, Benjapibal M, Supakarpongkul W, Levy LB, Ross M, Atkinson EN, et al. Vulvar melanoma at the M.D. Anderson Cancer Center: 25 years later. Int J Gynecol Cancer. 2001 Sep-Oct;11(5):359-364.

14. Irvin WP Jr, Legallo RL, Stoler MH, Rice LW, Taylor PT Jr, Andersen WA. Vulvar melanoma: a retrospective analysis and literature review. Gynecol Oncol. 2001 Dec;83(3):457-465.