

# СЛУЧАЈ НА ГАСТРИЧЕН МЕТАСТАТСКИ МЕЛАНОМ 2 ГОДИНИ ПО ПОЧЕТНА ДИЈАГНОЗА НА КОЖЕН МЕЛАНОМ

Арзана Хасани Јусуфи, Мери Трајковска, Урим Исахи, Росалинда Попова Јованова, Викторија Чаловска Иванова, Ѓорѓи Јаневски.

Medicus 2021, Vol. 26 (1): 106-109

## АПСТРАКТ

Меланомот е најчестиот карцином кој метастазира во гастроинтестиналниот тракт, сепак, метастазите во желудникот е ретка појава. Ние го претставуваме случајот на пациентка со повеќе коморбидитети, дијагностицирана а потоа оперирана од бенка во дел на левото рамо 2 години пред презентацијата на неспецифични гастроинтестинални симптоми и редукција на крвната слика. На горно дигестивна ендоскопија најдени се нејасно ограничени полипозни формации со васкуларна структура, кои хистопатолошки се потврдени за метастатски меланом во желудникот. Често неспецифични гастроинтестинални симптоми се причина за одложување на дијагностицирање на овој вид тумор, или воопшто не се дијагностицира ниту по обдукција[2,3].

Заради ова, секој неспецифичен гастроинтестинален симптом заслужува една горно дигестивна ендоскопија во најкраток временски период, со цел рано дијагностицирање, спречување на напредување на болеста а по можност и навреме преземање на соодветен третман.

## ВОВЕД

Меланомот е вид на рак на кожата, кој брзо се шири и има лоша прогноза. Се јавува кога меланоцитите, односно клетките кои продуцираат пигмент мутираат и почнуваат неконтролирано да се делат. Како главни ризик фактори за меланом се лица со светла кожа, прекумерно изложување на сонце, како и фамилијарна анамнеза за меланом. Одредување на стадиумот на ширење на туморот помага во одлучување за соодветна терапија и прогноза на болеста. Во моментот кога се шири болеста, познато е како метастатски меланом. Обично може да се појави за време на III или IV фаза и најчесто ги опфаќа: лимфните жлезди, белите дробови, црниот дроб, мозокот и коските [1].

Метастатскиот меланом во желудникот е ретка појава и претставува лоша прогноза со просечно преживување од 4 до 6 месеци [2]. Дијагнозата ретко се поставува без ендоскопија или операција, бидејќи придружните симптоми се неспецифични (замор, гадење, повраќање, грчеви или болка во stomакот,

губење на телесна тежина, мелена и анемија) и се манифестираат само кај 1-4 % од пациентите со метастази [1-5]. Најголем број на пациенти се асимптоматски се додека болеста не напредува што доведува до одложување на дијагнозата или целосно пропуштање до обдукција. Доколку постои сомневање за метастаза во желудникот, треба да се направи езофагогастроуденоскопија (ЕГД), и биопсија на промената доколку се открие истата. Сензитивноста на КТ при откривање на метастази е 60-70%, затоа треба да се направат дополнителни испитувања кај пациентите со уреден КТ наод [2,4]. По голем број на гастрични метастази се јавуваат во телото и фундусот на желудникот, а најчесто на големата кривина на желудникот[12,13]. Ендоскопскиот изглед на туморот може да се класифицира во три вида: 1. Улцерирани меланотични нодули во нормалната вјуга. 2. Субмукозни маси со улцерации. 3. Масовни лезии со некроза и меланоза[10]. Хистопатолошкиот наод од биопсијата ја потврдува дијагнозата.

Важно е да се направи разлика помеѓу примарниот меланом на мукозниот гастроинтестинален тракт и метастатскиот меланом. Кај пациентите со примарен меланом во желудникот или во другиот дел на гастроинтестиналниот тракт нема доказ за истовремен меланом или атипична меланоцитна лезија на кожата, нема екстраинтестинално метастатско ширење на меланом и присатни се интрамукозни лезии во епителот на желудник или на другиот дел на гастроинтестиналниот тракт. Опциите за третман за метастази во желудникот вклучуваат: хируршка ресекција, хемотерапија и радиотерапија[3].

Нема утврдени критериуми за хируршка интервенција. Ресекција на метастазите во желудникот дури и ако се нецелосни, нудат симптоматска корист, исто така може да го продолжи преживувањето. Хемотерапија исто така се користи како начин на лекување кај овие пациенти, но може да доведе до тешки компликации како последица на имунокомпромитирана состојба. Историски гледано, се верува дека меланомот е радио резистентен тумор. Радиотерапија се користи како адјувантна терапија после хируршка ресекција, со добри ветувачки резултати[13,14,15].

### ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Пациентка на 58 годишна возраст со низа коморбидитети и тоа, прележано цереброваскуларен инсулт, симптоматска епилепсија, атријална фибрилација, вграден вештачки електростимулатор, десна нефректомија, на антикоагулантна и кардиолошка терапија. Во јуни 2017 година консултирала на Клиника за Дерматовенерологија поради крварење на голема бенка на левото рамо месец дена, бенка за која пациентката тврдила дека е со променета структура и пораснала последните 2-3 години. По еден месец истата е оперирана на Клиника за Пластична и реконструктивна хирургија. Во текот на овој период иследувана со имиџинг методи, истите со уреден наод. После две години забележала израсок на капилициум поради што повторно консултирала на Клиника за Дерматовенерологија. Пациентка веќе со силни нејасно опишани дифузни абдоминални болки, гадење и повраќање, замор и слабост. Беше иследувана на Клиника за Токсикологија, лабораториски со редуција на крвната слика, сонографски наод на абдомен за перипанкреатични зголемени лимфни жлезди и гастроскопски наод за нејасно опишани васкуларни-тм формации. Истиот месец беше примена

на нашата Клиника за понатамошни иследувања и терапија. Комплетната крвна слика на прием откри редуција на крвната слика со Хгб 63g/L, тромбоцитоза  $511 \times 10^9/L$  и нарушен коагулационен статус (протромбинско време 51сек, протромбински индекс 5.6), поради што пациентката беше трансфундирана со крвни деривати, примаше кристалоидни раствори, нискомолекулрен хепарин, инхибитори на протонска пумпа и останатата нејзина хронична терапија. Пациентка со висок титар на антитела за Хеликобактер пилори во серум, но и покачен алфа фетопротеин и специфичниот тумор маркер за меланом S100. Во наредниот период направена е гастроскопија при што се видени две топчести формации, од кои едната е на големата кривина и е поголема околу 3 cm и втората на малата кривина со дм 2 cm. Од поголемата се земено 4 биопсии за хистопатолошка анализа.



Слика 1. Ендоскопски приказ на малата формација на малата кривина на желудникот на пациентката.



Слика 2.



Слика 2 и 3 . Ендоскопски приказ на две топчести формации на големата кривина на желудникот на пациентката. Земени се 4 биопсии за хистопатолошка анализа

Доставениот материјал микроскопски го сочинуваат фрагменти од желудочната лигавица кои се дифузно инфилтрирани од малигно неопластично ткиво сочинето од крупни, плеоморфни клетки, со обилна еозинофилна цитоплазма и крупни јадра во дел со видливи проминентни јадренца и изразита митотска активност. Во цитоплазмата на дел од туморските клетки се гледаше и жолто-кафеникав пробоен пигмент.

Дополнително е направена имунохистохемиска анализа која покажа дифузен позитивитет на туморските клетки за Melan A и HMB45, додека истите беа негативни за LCA I CK AE1/AE3 .

Хистопатолошкиот наод од доставениот материјал оди во прилог на метастатски меланом.

Сонографски детектирани две нејасно ограничени хипоехогени промени во левиот и десниот лобус на црниот дроб, кои одат во прилог на секундарни депозити и наголемени лимфни жлезди перипанкреатично и параортално. Поради тешката општа состојба и сомнение за дифузно метастатско заболување, испишана со препорака да консултира онколог. Во амбулантски услови реализирано е КТ на белите дробови, абдомен и малата карлица со контраст, кои ги потврдија сомнежите за дисеминирана малигна болест, односно покажа секундарни депозити во базата на белите дробови обострано, понагласени десно, секундарни промени на црниот дроб, пакети на наголемени лимфни жлезди дифузно во абдоменот и

голема фокална промена во ложата на отстранетиот бубрег.

Поради повраќање на крвава содржина, без редукција на крвната слика повторно консултирала во амбулантката на нашата клиника, каде и е даден совет за исхрана.

Пациентка започна со третман со Зелбораф на Клиника за Онкологија. Поради редукција на крвната слика беше хоспитализирана на Клиника за Онкологија за трансфузија со крвни деривати.

## ДИСКУСИЈА

При сомнение за метастатски меланом на гастроинтестиналниот тракт треба се направат низа испитувања и тоа горно дигестивна и долно дигестивна ендоскопија, со биопсија на лезијата доколку се најде.

Бидејќи меланомот најчесто метастазира во тенкото црево, потребно се освен горенаведените испитувања да се изведе и капсулна ендоскопија [6,7,9].

Хистопатолошкиот наод од биопсија, ја потврдува дијагнозата и е супериорна метода за диференцирање на стадиумите, во однос на ендоскопските иследувања.

КТ имиџинг методите задолжително се за рано откривање на новонастанатите метастази во телото.

Времетраењето од дијагностицирање на примарниот тумор до појава на метастази, во различни студии различно е прикажано. Во најголем број на студии ново настанати метастатски меланом на желудникот се пронајдени во рок од една година од времето на дијагностика на примарниот тумор (вклучувајќи и рак на белите дробови, карцином на дојка и меланом) а најдолгиот период изнесува 48 месеци. Другата студија се приближува со нашата студија односно 3 години по дијагностицирање на примарниот тумор е појавен метастатски меланом. [10,11]

## ЗАКЛУЧОК

Кај пациент со историја на меланом со неспецифични гастроинтестинални симптоми и редукција на крвната слика, метастатски меланом треба да се исклучи со горно и долно дигестивна ендоскопија но и со ендоскопска капсула за испитување на тенкото црево. За жал неспецифични гастроинтестинални симптоми ја маскираат болеста, поради тоа се одложуваа навремено дијагностика и третирање

кај овие пациенти. Кај нашата пациентка 2 години пред појава на метастазите и беше дијагностициран меланом на кожата. Раната дијагноза е клучно за навремено преземање на сите мерки за спречување на унапредување на болеста.

## РЕФЕРЕНЦИИ

1. P V D, Gershenwald JE. 2011. Staging and prognosis of cutaneous melanoma. *Surg Oncol Clin N Am.* 20(1):1-17. doi:10.1016/j.soc.2010.09.007. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
2. K. V. Liang, S. O. Sanderson, G. S. Nowakowski, and A. S. Arora, "Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract," *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 81, no. 4, pp. 511-516, 2006. View at: Publisher Site | Google Scholar
3. Blecker D, Abraham S, Furth EE, Kochman ML. Melanoma in the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:3427-33. [PubMed] [Google Scholar]
4. Liang KV, Sanderson SO, Nowakowski GS, Arora AS. Metastatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. *Mayo Clin Proc.* 2006;81:511-16. [PubMed] [Google Scholar]
5. McDermott VG, Low VH, Keogan MT, Lawrence JA, Paulson EK. Malignant melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Am J Roentgenol.* 1996;166:809-13. [PubMed] [Google Scholar]
6. Patel K, Ward ST, Packer T, Brown S, Marsden J, Thomson M, et al. Malignant melanoma of the gastro-intestinal tract: A case series. *Int J Surg.* 2014;12:523-7. [PubMed] [Google Scholar]
7. Bresalier RS, Lance MP, Yamada T, Alpers DH, Laine L, Kaplowitz N, Owyang C, Powell DW, editors. *Atlas of gastroenterology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. Tumors of the small intestine; pp. 362-78. [Google Scholar]
8. K. Wong, S. W. Serafi, A. S. Bhatia, I. Ibarra, and E. A. Allen, "Melanoma with gastric metastases," *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives (JCHIMP)*, vol. 6, no. 4, p. 31972, 2016. View at: Publisher Site | Google Scholar
9. A. A. Bailey, H. S. Debinski, M. N. Appleyard et al., "Diagnosis and outcome of small bowel tumors found by capsule endoscopy: a three-center Australian experience," *American Journal of Gastroenterology*, vol. 101, no. 10, pp. 2237-2243, 2006. View at: Publisher Site | Google Scholar
10. Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg.* 1996;131:975-9. [PubMed] [Google Scholar]
11. L. M. Schuchter, R. Green, and D. Fraker, "Primary and metastatic diseases in malignant melanoma of the gastrointestinal tract," *Current Opinion in Oncology*, vol. 12, no. 2, pp. 181-185, 2000. View at: Publisher Site | Google Scholar
12. Goral V, Ucmak F, Yildirim S, Barutcu S, Ileri S, Aslan I, et al. Malignant melanoma of the stomach presenting in a woman: A case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:94. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. J. A. Sosman, M. B. Atkins, and M. E. Ross, "Cytotoxic chemotherapy for metastatic melanoma," in *UpToDate*, Waltham, Mass, USA, 2017, <https://www.uptodate.com>. View at: Google Scholar
14. G. G. Caputy, J. H. Donohue, J. R. Goellner, and A. L. Weaver, "Metastatic Melanoma of the Gastrointestinal Tract: Results of Surgical Management," *JAMA Surgery*, vol. 126, no. 11, pp. 1353-1358, 1991. View at: Publisher Site | Google Scholar
15. H. Gutman, K. R. Hess, J. A. Kokotsakis, M. I. Ross, V. F. Guinee, and C. M. Balch, "Surgery for abdominal metastases of cutaneous melanoma," *World Journal of Surgery*, vol. 25, no. 6, pp. 750-758, 2001. View at: Publisher Site | Google Scholar