

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE MALIGNEGA MELANOMA KOŽE

Franc Lukič

POGOSTNOST OBOLEVANJA

V Sloveniji oboli letno skoraj 6000 ljudi za rakavimi obolenji, od tega 107 za malignim melanomom kože, in sicer 24 moških in 62 žensk. Bolezen postaja vse pogostejša. Na Švedskem se je število primerov povečalo od 200 primerov letno na 1600. To pripisujejo predvsem dvigu življenjskega standarda, ki ljudem omogoča potovanja iz hladnih severnih dežel v sončne južne pokrajine, kjer se največkrat v pretirani meri sončijo. To jasno dokazuje, kako je pretirano sončenje kože škodljivo in kako lahko pripomore k razvoju kožnega malignega obolenja. V etiologiji melanoma je ta dejavnik zagotovo zelo pomemben, obstajajo pa seveda še drugi vzroki za to obolenje.

DIAGNOZA

Osnovno dogajanje pri malignem melanomu so spremembe na koži, ki trajajo nekaj tednov ali mesecev. To so spremembe v premeru ali barvi kožnega znamenja, krvavitve, srbenje in ulceracije, ali pa celo tipne bezgavke v bližnjih regionalnih predelih. V 70 % zgodnjih oblik obolenja sta prva znaka pospešena rast in sprememba barve. Pri teh znakih, pa tudi pri vseh drugih, zgoraj navedenih, je treba spremembe klinično ovrednotiti in izvršiti biopsijski pregled. Le tako bomo obolenje spoznali pravočasno. Pogosto sicer ob kirurški odstranitvi lezije ugotovimo, da gre le za dobročudno kožno spremembo, vendar pa velja zlato pravilo: vsako kožno tvorbo, ki raste in spreminja barvo, je treba izrezati. Če tega ne storimo, smo zagrešili napako.

PREOPERATIVNE PREISKAVE IN KLASIFIKACIJA

Metastatski melanom kože ima od vseh malignih obolenj najbolj različen kliničen potek, zato je za klinika važno, da pozna metode za spoznavo morebitnega metastatskega obolenja. Poleg skrbnega kliničnega pregleda celega telesa, tudi vseh področnih in ostalih bezgavk, moramo določiti, katere preiskave je še treba opraviti pred operativnim posegom. Razločevati pa moramo med rutinskimi preiskavami in drugimi specialnimi pregledi. Med rutinske preiskave štejemo: rentgensko slikanje pljuč, hematološke in biokemične preiskave. Iz obsega primarnega obolenja in njegove lokalizacije

sklepamo, ali so potrebne še katere druge preiskave, zaradi ugotovitve obsežnosti obolenja.

Od specialnih preiskav pridejo v poštev: tomografija (CT) pljuč, UZ jeter, CT trebuha, zaradi ugotovitve morebitnih zasevkov v bezgavkah, rentgenske in endoskopske kontrastne preiskave prebavnega trakta, če obstajajo znaki obolenja tega sistema, CT možganov, sken kosti, pielografija in cistoskopija.

Zasevki se pri malignem melanomu pojavijo prav povsod, vendar so najpogostejši v regionalnih bezgavkah. Oddaljeni zasevki so najpogostejši v koži, podkožju in pljučih. Pri oceni obolenja je pred operacijo potrebno razmisliti o prognozi in riziku ponovitve bolezni.

Dejavniki, ki napovedujejo slabše preživetje, so:

- debelina kožnega tumorja več kot 1,5 mm
- ranice v tumorju
- moški spol bolnika
- metastatske bezgavke v regionalnem predelu
- visceralne metastaze
- število oddaljenih zasevkov.

Najpomembnejši dejavnik pri klasifikaciji tega obolenja je trenutno debelina kožnega tumorja, ki je zelo važen prognostični dejavnik.

Razlikujemo: - plitke melanome, debeline 0,1 mm do 0,75 mm
 - srednje globoke, od 0,76 mm do 3,99 mm
 - debele melanome, nad 4 mm.

Za klinično porabo je najenostavnejša delitev v 3 skupine:

- a) lokalizirano obolenje
- b) regionalno razširjeno obolenje in
- c) obolenje, kjer so že prisotne oddaljene metastaze.

Zgoraj opisani delitvi sta za razumevanje najbolj dostopni, obstajajo pa še tudi druge možnosti razdelitve.

Bolniki z malignim melanomom na udih imajo boljšo prognozo kot oni z obolenjem na trupu. Bolniki z melanomom na glavi imajo slabšo prognozo kot tisti z obolenjem na obrazu ali vratu. Prognoza obolenja na roki in stopalu je 5-krat slabša kot na zgornjem delu okončin.

Pred operativnim posegom kirurg bolezni oceni klinično in z drugimi preiskavami ter napravi načrt operativnega postopka. To je izredno pomembno, saj je najboljše zdravljenje vedno prvo zdravljenje, ki spada v roke izkušenega terapevta. To trdijo in zahtevajo tudi ameriški onkologi, člani združenja za zdravljenje raka. Terapevt mora s predvidenim operativnim postopkom seznaniti tudi bolnika. Kirurški posegi pri zdravljenju malignega melanoma običajno niso prav veliki, vendar pa je dobro načrtovana operacija že sama po sebi odločujoč dejavnik za prognozo preživetja.

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE

Običajno obsega operativno zdravljenje malignega melanoma naslednje posege:

- A - operativno zdravljenje primarnega melanoma,
- B - operativno zdravljenje zasevkov v regionalnih bezgavkah,
- C - zdravljenje oddaljenih zasevkov in paliativno zdravljenje.

A) Operativno zdravljenje primarnega melanoma

Lokalen izrez malignega melanoma kože obsega široko ekscizijo tvorbe, skupaj s kožo v okolici tumorja. Velike radikalne ekscizije smo v današnji dobi nadomestili s konzervativnimi ekscizijami, z varnostnim robom do 3cm. Za maligni melanom in situ zadošča varnostni rob 0,5 do 1 cm. Pri malignih melanomih, katerih debelina je manj kot 0,76 mm, je dovolj širok varnostni rob 1 do 2 cm. Za to velikost tumorjev je namreč znano, da le redko lokalno recidivirajo. Gre za eliptični izrez kože, ki ga običajno lahko neposredno zašijemo. Študija 1000 bolnikov s kožnim malignim melanomom, manjšim od 1 mm, je pokazala, da ni niti pri enem bolniku prišlo do lokalnega recidiva.

Pri tumorjih, debelejših od zgoraj navedene globine, mora biti varnostni rob 3 cm, zaradi nevarnosti ponovitve bolezni in pojava satelitov. Če so potrebni večji izrezi kože, prekrijemo kožne defekte po principih plastične kirurgije. Melanome pod nohti prstov na novi ali roki zdravimo z amputacijo prsta distalne falange. Pri malignih melanomih, debelejših od 1 mm, je potrebno odstraniti tudi podkožno fascijo, dasi nekatere študije ugotavljajo, da je preživetje bolnikov takó pri odstranjeni fasciji, kot če to ni bilo storjeno, enako.

Nevarnost lokalnega recidiva je posebno velika pri tumorjih, debelejših od 4 mm, pri ulceriranih tumorjih in tumorjih na roki in obrazu.

B) Operativno zdravljenje zasevkov v regionalnih bezgavkah

a) Zdravljenje zasevkov, če so bezgavke povečane

Ti zasevki so najpogostejši. Pojavijo se lahko kot povečane bezgavke, ali pa kot mikroskopske metastaze, ki klinično niso dokazljive. Ti dve vrsti zasevkov zahtevata različno klinično in kirurško strategijo.

Pri klinično povečanih bezgavkah je kirurška terapija radikalna odstranitev regionalnih bezgavk. Delna odstranitev bezgavk nikakor ne zadošča. Pri skoraj dveh tretjinah bolnikov je metastatska bolezen prisotna tudi v drugih bezgavkah. Pri povečanih ingvinalnih bezgavkah odstranimo skupaj z njimi tudi retroperitonealne bezgavke, in to pri isti operaciji. Če je primarni maligni melanom v bližini dimelj, pazduhe ali vratnih bezgavk, običajno odstranimo kožni tumor in bezgavke pri isti operaciji. 25-50 % bolnikov ima pri povečanih dimeljskih bezgavkah povečane tudi retroperitonealne iliakalne bezgavke. Pri tumorjih v predelu pazduhe odstranimo pazdušne bezgavke. Pri vratnih bezgavkah napravimo radikalno vratno disekcijo

bezgavk, pri kateri je pogosto potrebna tudi superficialna parotidektomija. Pri kožnih tumorjih v zatilju moramo odstraniti tudi bezgavke v tem področju. Bezgavke v parotidni žlezi so lahko povečane v žlezi sami ali pa izven nje. Obseg operativnega posega je odvisen od velikosti in oblike primarnega tumorja.

b) Zdravljenje klinično normalnih bezgavk

Zdravljenje teh bezgavk je težje, ker po kliničnem pregledu ne vemo, ali so te bezgavke zdrave ali pa gre morda le za mikrometastaze, ki jih klinično nismo zaznali.

Kirurg ima na voljo dve možnosti: ali pri operaciji odstrani tudi klinično netipljive bezgavke, ali pa počaka, dokler se ne pojavijo v bezgavkah zasevki in se le-te povečajo, nakar jih terapevtsko odstrani.

Še danes je nerešeno vprašanje, ali je bolje narediti le preventivno, elektivno disekcijo bezgavk ali terapevtsko disekcijo. Dejstvo je, da tudi po terapevtski disekciji preživi 10 let samo 25 % bolnikov. Zato se sam po sebi vriva odgovor, da je bolj smotrnno že pri prvi operaciji odstraniti tudi bezgavke, kadar gre za napredovali, razpadajoč ali velik tumor oz. na splošno za tumor, ki ima slabe prognoistične pokazatelje. Bolniki s kožnimi tumorji do debeline 0.76 mm imajo dobre možnosti, saj se pri njih bolezen le redko pojavi v regionalnih bezgavkah. Zato pri njih preventivna disekcija bezgavk ni smotrna. Priporočljiva pa je pri večjih tumorjih, ki v regionalne bezgavke pogosto zasevajo in je pri njih tudi nevarnost zasevanja v oddaljene organe večja.

O vrsti disekcije bezgavk odloča tudi lokalizacija tumorja. Preživetje bolnikov z malignim melanomom na okončinah je boljše kot pri tistih, ki imajo tumor na trupu, glavi ali vratu.

Maligni melanomi kože na okončinah pri ženskah imajo biološko najmanjšo možnost zasevanja v regionalne bezgavke. Satelitne metastaze imajo slabšo prognozo kot sam tumor, vendar pa je prognoza seveda boljša, če je število satelitnih tumorjev manjše. Njihovo zdravljenje pogosto kombiniramo še z drugimi posegi: izolirano perfuzijo okončin, regionalno kemoterapijo ali hipertermijo. Kot paliativno zdravljenje prihaja v poštev tudi obsevanje, lahko pa tudi kemoterapija, imunoterapija, kriokirurgija ali laserska kirurgija. Adjuvantna terapija pri malignem melanomu do sedaj ni dala signifikantnih rezultatov.

Zgoraj opisani način zdravljenja uporabljamo tudi pri napredovalih stadijih bolezni in ponovitvi obolenja.

c) Zdravljenje oddaljenih zasevkov

Zdravljenje bolnikov z napredovalo boleznijo in oddaljenimi zasevki je odvisno od številnih dejavnikov: od stopnje rasti tumorja in zasevkov, od načinov prejšnjega zdravljenja, od starosti in telesne kondicije ter tudi od bolnikove želje. Bolnik naj ne bo le slepo orodje v zdravnikovih rokah, temveč sodelavec pri skupnem prizadevanju za zdravljenje. To naj nam bo vodilo pri vrednotenju cilja, ki ga želimo z zdravljenjem doseči in pri tem upoštevati tako uspehe kot tudi nevarnosti zdravljenja.

Načelni principi zdravljenja v tej fazi so:

- boj proti bolečini,
- podaljševanje življenja, kadar je to dovolj kvalitetno,
- načrtovanje zdravljenja.

Tudi zasevke lahko uspešno zdravimo, zlasti zasevke v visceralnih organih in možganih, izolirane zasevke v pljučih ter zasevke v gastrointestinalnem traktu, ki povzročajo težave, predvsem ileus. Razen teh zdravimo tudi kožne zasevke in zasevke v bezgavkah. Seveda je za vsako operacijo potrebna skrbna ocena vsakega posameznega bolnika. Pomembno je, da se pri bolnikih, pri katerih od zdravljenja ne pričakujemo uspeha, oni pa živijo brez posebnih težav, znamo odločiti, da jih v tej fazi ne bomo zdravili.

Pri bolnikih z oddaljenimi zasevki prihaja poleg kirurškega zdravljenja v poštev še obsevalno zdravljenje, pa tudi sistemsko, to je, kemoterapija in imunoterapija.

ZAKLJUČKI

1. Vsaka kožna sprememba, ki spreminja barvo in raste, je lahko sumljiva za maligni melanom in zahteva zdravniško oskrbo.
2. Najvažnejši kriterij za način zdravljenja, s katerim dosežemo najboljše preživetje, je rast kožne spremembe v globino.
3. Obstoj zasevkov ugotavljamo s kliničnim pregledom, splošnim in rentgenskim, ter s hematološkimi in biokemičnimi testi, pa tudi s specialnimi pregledi, če je bolezen napredovala oz. če so po mišljenju klinika potrebne.
4. Primarna terapija je vedno kirurški izrez tumorja z varnostnim robom.
5. Regionalne bezgavke lahko odstranimo preventivno ali terapevtsko. O času operacije odloča terapevt.
6. V napredovalem stadiju obolenja je potrebno kombinirano zdravljenje.