

## METASTAZE HEMATOGENE REGIONALE ÎN MELANOMUL MALIGN SUBUNGVEAL

Camelia Tamaş<sup>1</sup>, Doinița Rădulescu<sup>2</sup>, L. Popa<sup>1</sup>, Cristina Stănescu<sup>1</sup>, T. Stamate<sup>1</sup>, R. Niță<sup>1</sup>,  
Mihaela Perța<sup>1</sup>, Shaukat Sherjeel<sup>1</sup>

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

<sup>1</sup> Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență Iași

<sup>2</sup> Departamentul de Morfopatologie

### *THE REGIONAL METASTATIC TUMORS IN THE MALIGNANT MELANOMA OF THE NAIL*

**(Abstract):** The malignant melanoma of the nail is relatively rare and the regional metastatic tumors appear even with less frequency. The paper relates the case of an old patient female, 67-year-old diagnosed with malignant melanoma of the left index nail in 1994. No secondary tumour has been diagnosed at that moment and transmetacarpal amputation of the second finger has been done. The patient followed a complete therapy with interferon and was re-examined each month, three six and then twelve month. In 1996 the first secondary melanoma developed on a superficial dorsal vein situated over the deep fascia that covered the remnant second metacarpian and was excised. Some other metastatic tumours developed during the following period, all of them being situated on the same cephalic vein, first in the forearm and than in the arm. The lymphnodes were not invaded. The decision of the excision of the remnant cephalic vein has been taken in 1999. The histological examination confirmed the presence of tumoral cells. In 2000 axillary adenopathy has been detected so an excision of the left axillary lymphnodes has been performed, together with skin which seemed to be pigmented. The histological exam revealed lymphnodes invasion and cutaneous metastatic cells.

KEY WORDS: MELANOMA, ADENECTOMY, CEPHALIC VEIN EXCISION

Correspondență: Camelia Tamaş, Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență, Str. Gen. Berthelot nr. 2, Iași; e-mail: nita\_radu2002@yahoo.com\*

### INTRODUCERE

Melanomul este o tumoră malignă care se formează din melanocitele epidermice și care metastazează rapid pe cale limfatică sau hematogenă. Cea mai mare incidență este citată în Australia (40 cazuri la 100.000 de locuitori), cu o rată de creștere în majoritatea zonelor geografice. Melanomul reprezintă aproximativ 57% din totalul tumorilor maligne cutanate și 1% din totalul cancerelor înregistrate [1].

Incidența melanomului variază în funcție de diferiți factori de risc:

- expunerea la soare, considerată ca fiind factorul de risc principal;
- fenotipurile cutanate I și II, cu pigment melanic redus;
- factorul genetic (există familii în care s-a descris boala la mai mulți membri din generații diferite; agregarea familială este considerată a fi 8-11% [1]);
- prezența nevilor melanocitari sau a altor leziuni pigmentate, apreciată în corelație cu riscul fenotipic [2].

Melanomul malign subungveal a fost descris pentru prima dată de Boyer în 1834 și Hutchinson în 1886. Incidența variază între 0,7-3,5% din totalul cazurilor de melanom. Este mai frecvent la rasa neagră și apare foarte rar la copii [2].

Suspiciunea de melanom malign subungveal apare când decelăm o pată hiperchromă sau o bandă longitudinală, de culoare brună, care se dezvoltă în grosimea lamei ungueale sau la nivelul patului ungueal.

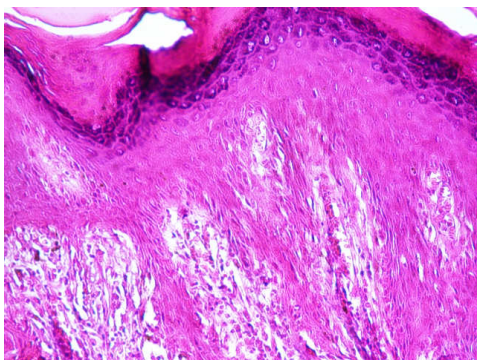
---

\* received date: 19.04.2006  
accepted date: 15.08.2006

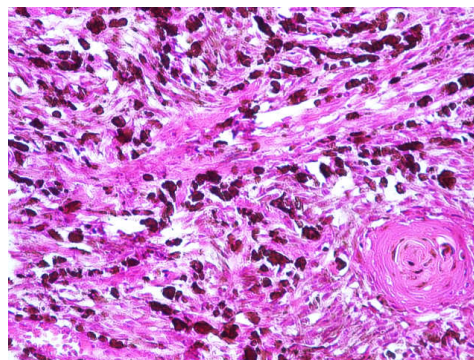
### PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm o pacientă în vârstă de 63 de ani, care s-a prezentat în Clinica de Chirurgie Plastică din Iași în noiembrie 1994, când a fost diagnosticată cu melanom malign subungveal la nivelul indexului stâng. S-a practicat amputația degetului afectat, la nivelul articulației metacarpofalangiene (AMF).

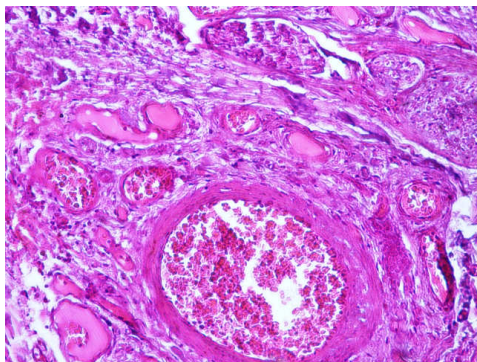
Examenul microscopic al tumorii primare a evidențiat numeroase melanocite tumorale prezente la nivelul joncțiunii epiderm-derm, precum și la nivelul dermului (stadiul Clark III). Melanocitele tumorale erau voluminoase, cu numeroase atipii nucleare și citoplasma încărcată cu pigment melanic. Ele erau dispuse în cuiburi, plaje sau cordoane (Fig. 1). S-au identificat aspecte de invazie de-a lungul trunchiurilor nervoase (Fig. 2), o structură angiomatoasă a tumorii (Fig. 3), precum și permeație în vasele limfatice superficiale (Fig. 8.). Postoperator pacienta a fost dirijată către Clinica de Oncologie, urmând tratament cu citostatice și interferon.



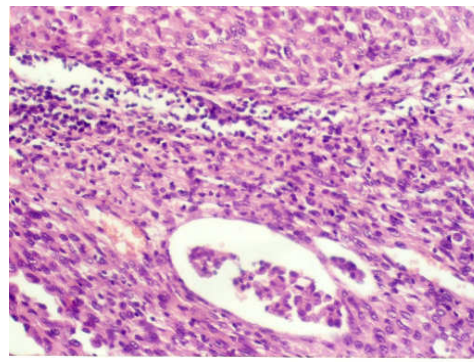
**Fig. 1 Melanom malign**  
Melanocite tumorale la nivelul joncțiunii epiderm-derm și în dermul superficial.



**Fig. 2 Melanom malign**  
Melanocite tumorale dispuse de-a lungul unui trunchi nervos.



**Fig. 3 Melanom malign cu importantă structură angiomatoasă**



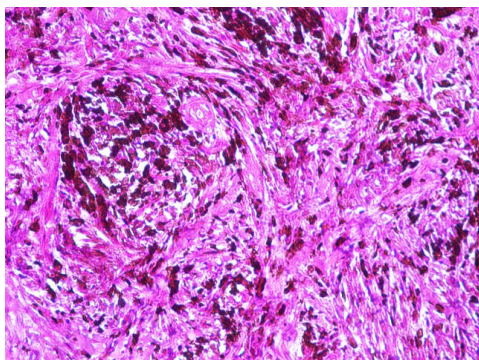
**Fig. 8 Melanom malign**  
Metastaze în vasele limfatice superficiale ale tumorii.

La aproximativ un an și șapte luni de la amputație, s-a constatat apariția unui nodul de permeație pe fața dorsală a mâinii stângi, pentru care s-a realizat excizia în limite oncologice și acoperirea cu un lambou de piele liberă despicată. Pacienta prezenta de aproximativ 30 de ani un ganglion axilar stâng care nu s-a modificat în timp și pe care a refuzat să-l excizeze după ce a fost diagnosticată cu melanom malign.

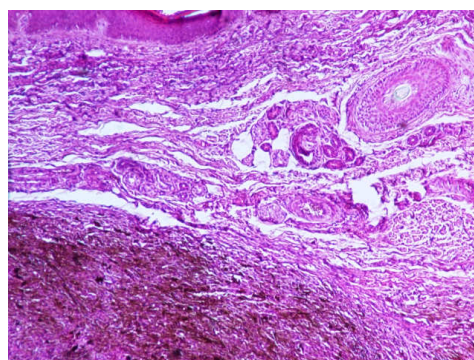
Ulterior, la intervale regulate, de aproximativ un an, respectiv 1998, 1999, evoluția a fost marcată de apariția a numeroși noduli de permeație la nivelul brațului și antebrățului, pe traiectul venei cefalice, practicându-se excizii seriate, inclusiv excizia venei cefalice.

La 6 ani de la debut, pacienta a revenit în clinică cu adenopatie axilară stângă. S-a intervenit chirurgical, practicându-se eviscerare ganglionară și excizia tegumentului suprajacent (avea aspect modificat, cu pigmentări punctiforme la nivelul dermului și țesutului celular subcutanat). Examenul histopatologic a decelat prezența pigmentului melanic, iar în metastaza ganglionară, melanocitele tumorale acromice formau plaje compacte și prezentau un aspect epitelioid (Fig. 4,5).

Pacienta a fost dispensarizată până în 2002, având o supraviețuire de 8 ani de la debut.



**Fig. 4 Melanocite tumorale înconjurate de benzi de collagen**



**Fig. 5 Prezența unei metastaze cutanate la nivelul dermului delimitată de o capsulă conjunctivă**

## DISCUȚII

Melanomul malign subungveal are următoarele caracteristici [1-3]:

- incidență maximă între 50-70 de ani;
- reprezintă o pată hiperchromă cu margini neregulate, care o dată cu creșterea în dimensiuni își modifică aspectul;
- cele mai frecvente localizări s-au semnalat la police, index și haluce;
- extinderea zonei hiperchrome periungveal (sindromul Hutchinson) și distrucția lamei ungueale este frecventă;
- frecvent există un istoric familial.

Prognosticul în această formă de melanom este mai sumbru decât în celelalte forme cutanate, rata de supraviețuire la 5 ani fiind de 16-87% [4].

În diagnosticul histopatologic al melanomului sunt luate în considerare criteriile arhitecturale și criteriile celulare.

Criteriile arhitecturale se referă la relația celulelor melanomatoase cu epidermul, țesutul conjunctiv și anexele. Celulele melanomatoase, izolate sau grupate în cuiburi sau teci, pot invada epidermul, anexele sau dermul. Se pot observa fenomene de neoangiogeneză sau prezența celulelor tumorale intravasculare, semn de metastazare hematogenă sau limfatică, în funcție de vasul embolizat cu celule tumorale. [5]

Criteriile celulare, se referă la aspectul și gruparea celulelor tumorale. Masele tumorale sunt formate din melanocite maligne, grupate în cuiburi și teci, care invadează dermul și epidermul suprajacent. Celulele tumorale au pleomorfism celular, anizocitoză, anizocarioză, numeroase mitoze atipice sau vacuolizări intranucleare [5].

Nivelul Clark stabilește profunzimea tumorii și este un important factor pronostic [6]:

- I. intraepidermic sau in situ,

- II. invazia dermului papilar,
- III. invazia joncțiunii dermului papilar cu dermul reticular,
- IV. invazia dermului reticular,
- V. invazia hipodermului,

Indicele Breslow se calculează prin măsurarea grosimii tumorii, de la nivelul stratului granular în jos, cu ajutorul micrometrului asociat ocularului. Grosimea tumorii sub 0,75mm se corelează cu un prognostic bun (supraviețuire de 100% la 5 ani); între 0,76- 1,5 mm . supraviețuire de 80% la 5 ani; 1,6-3mm grosime, 40-80% supraviețuire, iar peste 3mm, 40% supraviețuire la 5 ani [6].

Prognosticul melanomului subungveal este mai sever decât în celelalte forme cutanate de melanom, cu o rată de supraviețuire la 5 ani de 16-87% [1-6].

Prognosticul depinde de numărul ganglionilor cu metastaze: supraviețuire la 5 ani de 51% pentru un ganglion metastazat și de 17% pentru 4 sau mai mulți. Apariția metastazelor hematogene este corelată cu un prognostic defavorabil [7].

### **PARTICULARITATEA CAZULUI**

Particularitățile cazului prezentat constau în: prezența metastazelor hematogene regionale tegumentare și subcutanate, aspect destul de rar întâlnit în literatură; supraviețuire de 8 ani de la diagnosticare, ținând cont că a fost un melanom malign Stadiul Clark III și invazia mai multor ganglioni. Intervențiile chirurgicale au fost seriate în funcție de evoluția bolii.

### **BIBLIOGRAFIE**

1. Kopf AW, Rigel DS, Friedman RJ. The rising incidence and mortality rate of malignant melanoma. *J Dermatol Surg Oncol*. 1982; 8: 760.
2. Elwood JM, Lee JAH. Recent data on the epidemiology of malignant melanoma. *Semin Oncol*. 1975; 2: 149.
3. Agarwala SS, Kirkwood JM. Adjuvant interferon treatment for Melanoma. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1998; 12(4): 823-833.
4. Feibleman CE, Stoll H, Maize JC. Melanomas of the palm, sole and nailbed. *Cancer*. 1980; 46: 2492.
5. Larsen TE, Grude TH. A retrospective histological study of 669 cases of primary cutaneous malignant melanoma in clinical stage I-IV. The relation of cross-sectional profile, level of invasion, ulceration and vascular invasion to tumor type and prognosis. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand*. 1979; [A] 87: 131.
6. Clark WH. Clinical diagnosis of cutaneous malignant melanoma. *JAMA*. 1976; 236: 484.
7. Alex JC, Weaver DL, Fairbank JT, Rankin BS, Krag DN. Gamma - probe - guided lymph node localization in malignant melanoma. *Surg Oncol*. 1993; 2(5): 303-308.