

MALİNGN MELANOMLAR VE RADYOTERAPİSİ

Doç. Dr. Osman ALDEMİR(*) ● Doç. (Yard). Dr. Gökhan TÖRE(*) ● Doç. (Yard).
Erkan TOPUZ(*) ● Doç. (Yard.) Dr. Münir KINAY(*)

Son yıllarda artış gösteren malign melanomlar, embriyonal nöral kanaldan menşe alıp epidermis, mezankim ve sinir sisteminden çıkabilen malign tümörlerdir (15).

M.Melanom hücrelerinin birbirlerine gevşek bağlanmaları, ekseri kan ve lenf damarlarına çok yakın bulunmaları ve yalnız bir endotel ile ayrılmış olmalarından dolayı erken metastaz yaparlar ve metastazlar her organa olabilir (16).

Walter M.Melanomu malignite indeksi en yüksek tümör olarak (10 numara) bildirmektedir. (17).

Raven'e göre (1952) her ayrılan tümör hücresi, otonom bir ünit olarak diğer bir dokuya yerleşme özelliği gösterir. Bir hücre ya da hücre gurubunun lenf ya da kan yoluna geçmesi neticesi çabucak metastaz yapabileceğinden çok zaman primer tümör ile birlikte metastazlarda meydana çıkmaktadır. Storck'a göre: Stage I ve II'de metastaz oranı % 60 (16), Makoski ve arkadaşlarına göre ise Stage I'de dahi % 20-50 arasında regional ganglion metastazı yapabilmektedir (10). Çok zaman da primeri belli olmayan metastaz şeklinde görülmektedir. M.Melanomun bu özelliği ile Bronş Ca ve Meme Ca'dan sonra % 16 ile üçüncü sırayı almaktadır (1-2-14).

M.Melanomalarda tedavi başarısı ve hastalığın seyri, bazı faktörlere bağlıdır. Bnlardan başta stage durumu (ki tümörün büyüklüğü, kalınlığı, ganglion olup olmaması, metastaz durumu), Lokalisasyon, travma olup olmaması, yaş, cins, endokrinolojik ve immünolojik durum vs. önem taşımaktadır (6-7-8-16).

Malign Melanomalarda RADYOTERAPİ:

- 1— Küratif olarak yapılabilir.
 - 2— Cerrahi ile kombine olabilir (ki bu ya preoperatif ya da daha genelde postoperatif olmaktadır).
 - 3— Palyatif olarak uygulanabilir.
 - 4— Ayrıca endolenfatik yoldan da ışınlama yapılabilir (10).
- ABD'de M.Melanomalarda cerrahi ön planda yer almaktadır. ve kanımca da daha etkili bir tedavidir, ancak tecrübeli ve bu işi bilen cerrahların elinde (En block) geniş cerrahi yapılmalıdır.

Orta avrupa ülkelerinde daha çok Primer radyoterapi yapılmaktadır ve kür bildiren çalışmalar da mevcuttur.

1952'de Reitman 7 olguya küratif radyoterapi yapmış ve 3 olguda kür elde etmiştir. 1963'te Hellriegel Frankfurt Üniversitesinde 342 olguda küratif, cerrahi ve radyoterapi kombinasyonu ile % 68 5 yıllık sürvi bildirmiştir.

Fletcher ise 1978'de burun içerisinde gelişen 5 m. melanom olgusunda küratif radyoterapi ile bir hastada 5 yıllık sürive tesbit etmiş geri kalan 4 olunun ise lenf ve kan metastazı ile kaybedildiğini rapor etmiştir (3).

1958'de Dickson Toronto Üniversitesi ve Johns Hopkins Hastanesinde iki grup tedavi edilen hastaların neticesi hakkında yaptığı retrospektif çalışmada yalnız cerrahi ile tedavi olan hastalarda % 26 ve cerrahi ile radyoterapi kombine tedavi olanlarda % 41 yaşam oranı tesbit etmiştir. Bu; radyoterapinin tamamlayıcı bir tedavi olduğunu göstermektedir.

Preoperatif radyoterapi de (4) hasta operasyona gitmeden ışınlanmaktadır. Burda amaç yayılma olmayanlarda metastaz olasılığını azaltmak ve dolaşıma geçen hücrelerde metastaz yapamayacak şekilde hasar yapmaktır.

Primer tedavi olarak radyoterapi seçilmemeli fakat cerrahi kabul etmeyen hastalarda yahut yetersiz operasyonu müteakip yardımcı metod olarak radyoterapi uygulanmalıdır. Çünkü, özellikle melanositlerden menşe alan tümörler radyasyona çok iyi cevap verirler, yani radyosensitivedirler fakat radyokürabl değildirler (Ackerman, Del Regato).

(*) İst. Üni. İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoterapi Bilim Dalı, İstanbul

Küratif ışınlama için Teknik ve Doz:

Elimizdeki imkânlar bu gün için daha mükemmelleşmiştir. Kullanılan ışınlar X ışınları, Gama ışınları, Elektron ve Beta ışınlarıdır.

Cilt ve sathi lezyonlar için X ışınları ve Elektron kullanılmaktadır. Lezyona göre sağlam ciltten کافی emniyet marjı alınarak yapılır. Satelit olan olgularda bu marj 5 cm. ye kadar alınabilir. Burada saha çok geniş olacağı için total dozda bir düşme olabilir, çünkü sağlam cilt toleransını aşmamak gereklidir. Aksi takdirde ilerde yine plastik cerrahi gerekecektir.

Özellikle göz ve konjonktiva lezyonlarında Beta ışını (SrAplikatörleri) kullanılmaktadır. Bundan maksat lensi korumaktır. Ganglionlar için ise Kobalt-60 uygundur.

Günlük Doz, 230-500 rad arasında, ya da 600 rad 3-4 tedavi (12) ve Total doz 6000-8000 rad arasında olmalıdır. Yumuşak ışınlarla ise 12.000 rad'a kadar çıkılabilir. Dozlar hastanın ve hastalığın durumuna ve lokalisyona göre seçilir.

Diğer bir ışınlama şekline de bahsetmek gerek. Bu da 1969'da Edward ve 1971'de Ariel Lenfangiografi ile Radyoaktif izotopu endolenfatik olarak vermişler ve subklinik metastatik ganglionları sterilize etmeyi düşülmüşlerdir.

Makoski ve Scherer çalışma arkadaşlarıyla 1970-1976 arasında 139 hastada endolenfatik ışınlama yapmışlar. Alt ekstremitte tümörlerinde (5 mCi P³², Tri-n-octylphosphat ve 0,5 mCi. I¹³¹ triolein 3,5 ml lipiodol içinde) ve üst ekstremiteler için (2 mCi. P³² tri-n-octylphosphat, 0,5 mCi. I¹³¹ triolein gene lipiodol içinde verip doz ölçümü v.s. fizikçiler takip etmişler. Bu metodla özellikle P³² ile mikrometastazlar çok yararlanmaktadır. Evre I'de bu uygulama cerrahiden sonra mutlaka yapılmalı, Evre II'de ise ganglion diseksionundan sonra eğer ganglionda metastaz müsbet ise 4 hafta sonra aynı tedavi önerilmektedir. Bu netice ile Evre I'de, Evre II'de % 26 ve tüm olgularda % 74 50 aylık yaşam elde edilmiş.

Bu tedavi metodu ile Erlangen çalışma gurubunda 195 hasta da Evre I'de % 58 ve Evre II'de % 28 yaşam oranı tesbit edilmiştir.

Bütün bunlara rağmen, en iyi tedavi erken olgularda geniş (En block) cerrahi ve ganglion pozitif ise ışın tedavisi olarak belirginleşmektedir.

PALYATİF TEDAVİ: Özellikle metastazlı hastalara tatbik edilmektedir. M.Melanon her organa metastaz yapan bir tümördür. Metastaz görülme % si bir seriye göre: % 28.8 Kemik, % 19./ Beyin, % 16.6 Cilt, % 10 İntraabdominal, % 20 Kraciğer, % 4 Akciğer.

Genelde Metastatik Ca. teşhisiyle gelen olgularda ise akciğer ve meme kanserinden sonra üçüncü sırayı almakta ve % 2,5-16 arasında metastaz görülmektedir (2-5).

Metastatik kemik, beyin ve cilt lezyonlarında radyoterapi ile çok iyi palyasyon elde edilmektedir.

Bilhassa kemik lezyonlarında (Vogler, Perdue ve Wilkins'e göre) çok iyi palyasyon elde edilmekte ve kısa sürede ağrı ortadan kalkmakta, kırılabilir kemiklerde bu önlenilmekte özellikle vertebra basısı ile paralejiler önlenilmektedir. 45 metastazlı böyle bir hasta grubunda % 60-80 cevap alındığı bildirilmektedir (13).

Beyin metastazları ise genellikle multipl olur. Soliter olan lezyonlarda başka lokalisyasyon yoksa cerrahi ile çok daha iyi sonuç alınmaktadır (9).

Multipl beyin metastazlarında kranyal ışınlama ile KIBAS ortadan kalkmakta ve yeterli palyasyon sağlanmaktadır. Yaşam ise ortalama 5 ay artmaktadır. Işınlama yapılmaz ya da cevap alınmazsa hasta ortalama 1,7 ayda kaybedilmektedir.

Diğer beyin metastazları ile bir mukayese yapacak olursak; Işınlama ile bronş kanserinde 1 yıllık sürüvi % 20, Meme Ca.'da % 9,5 ve Malign melanomada ise % 12,5'tur (11).

KAYNAKLAR:

- 1- Andrade R. MD. et.al.: Cancer of the skin Vol. 11, WB Saunders Comp. Phil. London, Toronto (1976).
- 2- Armando E.G. et.al.: Year book of Cancer 1984, Year book medical Publishers, inc. Chicago (1984).
- 3- Fletcher G.H. MD., Text book of Radiotherapy: Lea and Febiger Philad. (1978).
- 4- Habermatz H.J.M.D. and Fischer J.J.M.D.: Radiation Therapy of Malignant Melanoma. Cancer 38:2285- (1976).
- 5- Hilaris B.S. et.al.: Value of Radiation Therapy for distant metastases from malignant melanoma. Cancer

June Vol. 16. (1963).

6- Hinds Ward M.MD. et al: Malignant melanoma of the skin in Hawaii 1960-1977. *Cancer* 45:811-817. (1980).

7- Keyhani A.MD.: Comparison of clinical Behavior of melanom of the Hands and Feet. *Cancer P*:3168. (1977).

8- Lang J.R. et al.: The prognostic significance of Lymphocytic infiltration in malignant melanoma of the choroid. *Cancer* 40: 2388-2394 (1977).

9- Magid H. et al.: Malignant melanoma and central nervous system metastases. *Cancer* 42:660-668-(1980).

10- Makoski H.Br.et.al: Edolymphatische Radionuklidtherapie des malignen melanoms. *Strahlentherapie* 154: NO: 3.169-173(1978).

11- Melvin Deutsch et al.: Radiotherapy for intracranial metastases. *Cancer* 34: 1607-1611-(1974).

12- Overgaard Jens MD.: Radiation treatment of malignant melanoma *Int.J.Radiation oncology Biol.Phis*.Vol.6.P.41-44. Pergamon press Ltd. USA.(1980).

13- Philip A.Lobo MD. et al.: Radiotherapy in the Manegement of malignant melanoma: *Int.J.Radio Onc.Phys*. Vol 7 P.21-26 Pergamon press Ltd.(1981).

14- Sandeman T.F. MD.: The radical treatment of enlarged lymph nodes in malignant melanoma. *Am.J.Roentgenology* 97:967.(1966).

15- Scherer von E.: *Strahlen-Therapie Radiologische Onkologie*. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg;New-York.(1976).

16- Storck H., Ott F.und Schwars K.: *Spezielle Strahlentherapie Maligner Tumoren Teil I*: Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, New-York (1972).

17- Walter H.E.: *Krebsmetastasen*. Schwabe-Basel (1948).