

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΣ ΜΕΛΑΝΩΜΑ ΠΡΩΚΤΟΥ.

Τζιγκαλίδης Θεόδωρος ¹, Ακριτίδου Δέσποινα ²

(1)Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

(2)Τεχνολόγος, Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο πρωκτικός σωλήνας αποτελεί σπάνια θέση ανάπτυξης πρωτοπαθούς μελανώματος, αποτελώντας λιγότερο από το 1% επί του συνολικού αριθμού περιπτώσεων μελανώματος και χαρακτηρίζεται από επιθετική συμπεριφορά και κακή πρόγνωση για τον ασθενή.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η επισήμανση των διαγνωστικών παγίδων που μπορούν να προκύψουν με συνηθέστερους τύπους καρκινώματος της περιοχής, κυρίως ενός χαμηλής διαφοροποίησης πλακώδους, και τον καθοριστικό ρόλο της ανοσοϊστοχημείας για τον σκοπό αυτό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πολυποειδής βλάβη από το έξω στόμιο του πρωκτικού σωλήνα σε άνδρα 66 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό. Πραγματοποιήθηκε ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος τόσο με τη χρώση H&E όσο και με τις κατάλληλες ανοσοϊστοχημικές χρώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην επιφάνεια του πολύποδα, σε έκταση 7x2 mm, αναγνωριζόταν διηθητική νεοπλασματική εξεργασία υψηλού βαθμού κακοήθειας με μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά χαρακτηριστικά αμελανωτικού διηθητικού μελανώματος ατρακτοκυτταρικού τύπου, παρουσία εστιών ενδοβλεννογόνιου (in situ) μελανώματος σε παρακείμενες θέσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το σημαντικότερο ζήτημα για το συγκεκριμένο νεόπλασμα, ιδιαίτερος επί αποουσίας μελανίνης, συνίσταται στη διαφορική του διάγνωση από ένα χαμηλής διαφοροποίησης πλακώδες καρκίνωμα, η οποία είναι εφικτή εφόσον τεθεί ο αρχικός προβληματισμός και εφαρμοστεί ο ενδεδειγμένος ανοσοϊστοχημικός έλεγχος. Η ορθή και έγκαιρη διάγνωση μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη αντιμετώπιση του ιδιαίτερα επιθετικού αυτού νεοπλάσματος και τη βελτίωση της πρόγνωσης για τον ασθενή.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΤΖΙΓΚΑΛΙΔΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
Γ.Ν.Θ. «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»
Email: theo.tzig.80@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

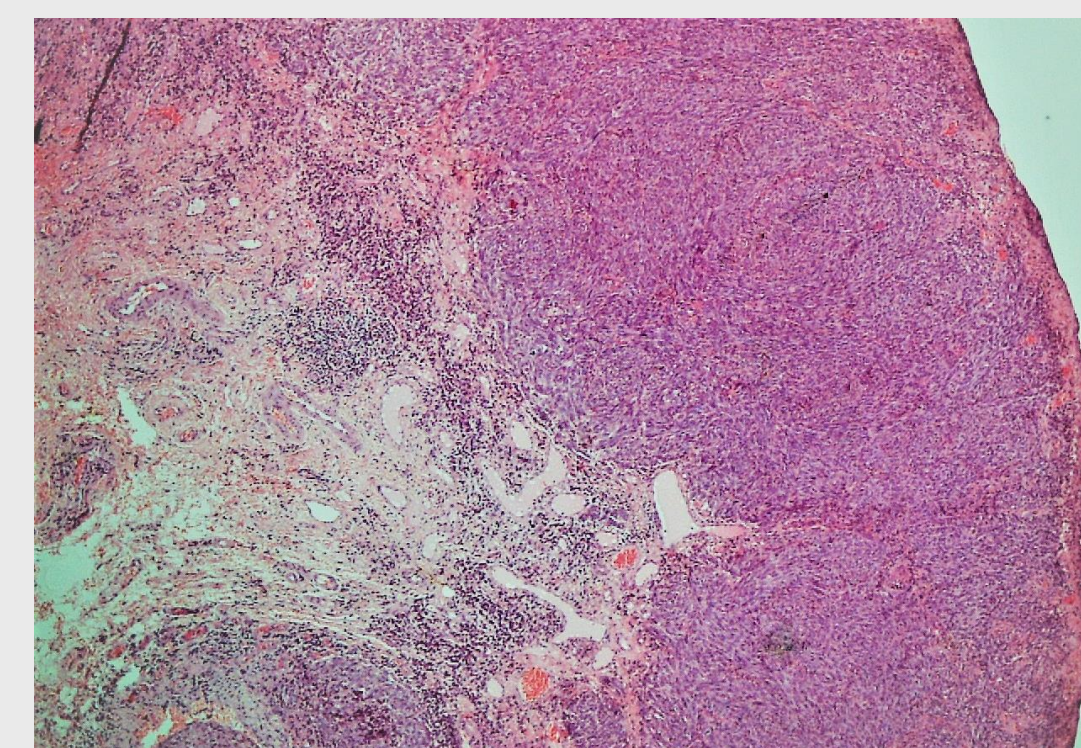
Παρουσιάζουμε μία περίπτωση πρωτοπαθούς μελανώματος του πρωκτικού σωλήνα. Πρόκειται για εξαιρετικά σπάνια εντόπιση, αποτελώντας ποσοστό μικρότερο από το 1% στο σύνολο των μελανωμάτων και περίπου 1% των νεοπλασμάτων του πρωκτικού σωλήνα. Η βασικότερη διαφορική διάγνωση είναι αυτή του χαμηλής διαφοροποίησης πλακώδους καρκινώματος καθώς και αν αφορά πρωτοπαθή ή μεταστατική εστία. Η πρόγνωση είναι εξαιρετικά κακή για την πλειοψηφία των περιπτώσεων και σε αυτό συμβάλει και η μη έγκαιρη διάγνωση εξαιτίας της εντόπισης της βλάβης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

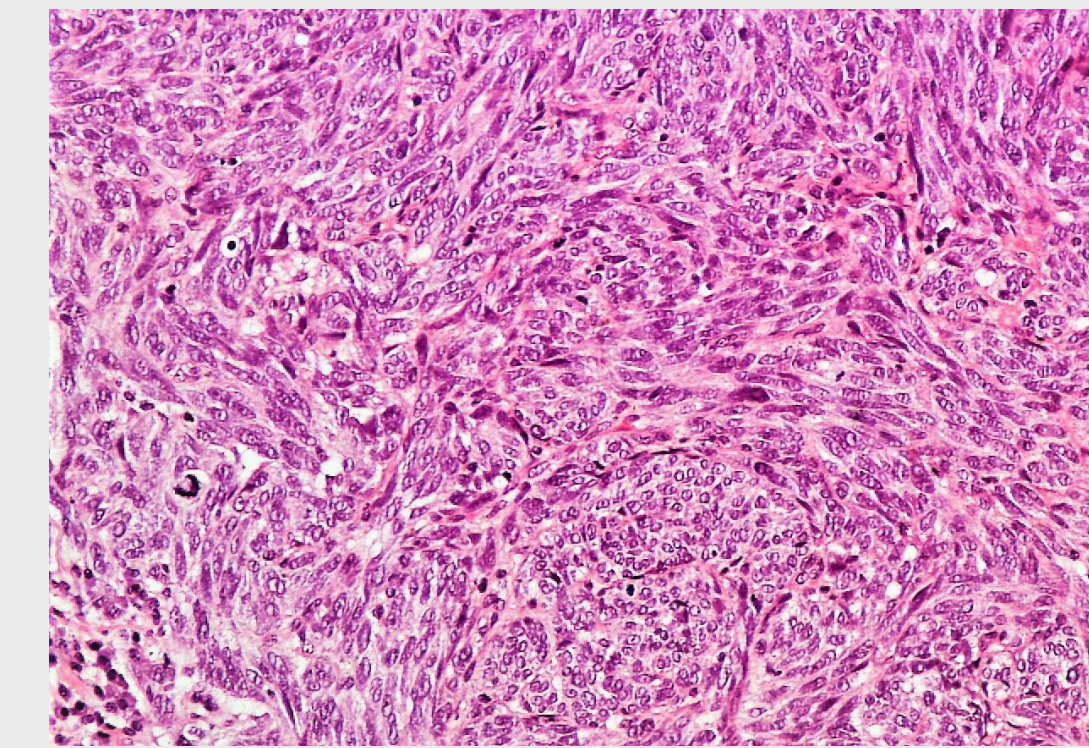
Παραλάβαμε δύο λευκόφαια ελαστικής σύστασης ιστοτεμάχια διαμέτρου 1,7 και 1,2 εκ, με την ένδειξη «πολύποδα πρωκτού» προς ιστολογική εξέταση. Τα ιστοτεμάχια είχαν αφαιρεθεί χειρουργικά από άρρενα ασθενή 66 ετών, χωρίς να αναφέρεται στο ιστορικό του προηγούμενη νεοπλασματική βλάβη. Πραγματοποιήθηκε εξέταση όλου του διαθέσιμου υλικού με εν σειρά τομές αρχικά με τη χρώση αιματοξυλίνης-ηωσίνης ενώ στη συνέχεια διενεργήθηκαν οι κατάλληλες ανοσοϊστοχημικές χρώσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

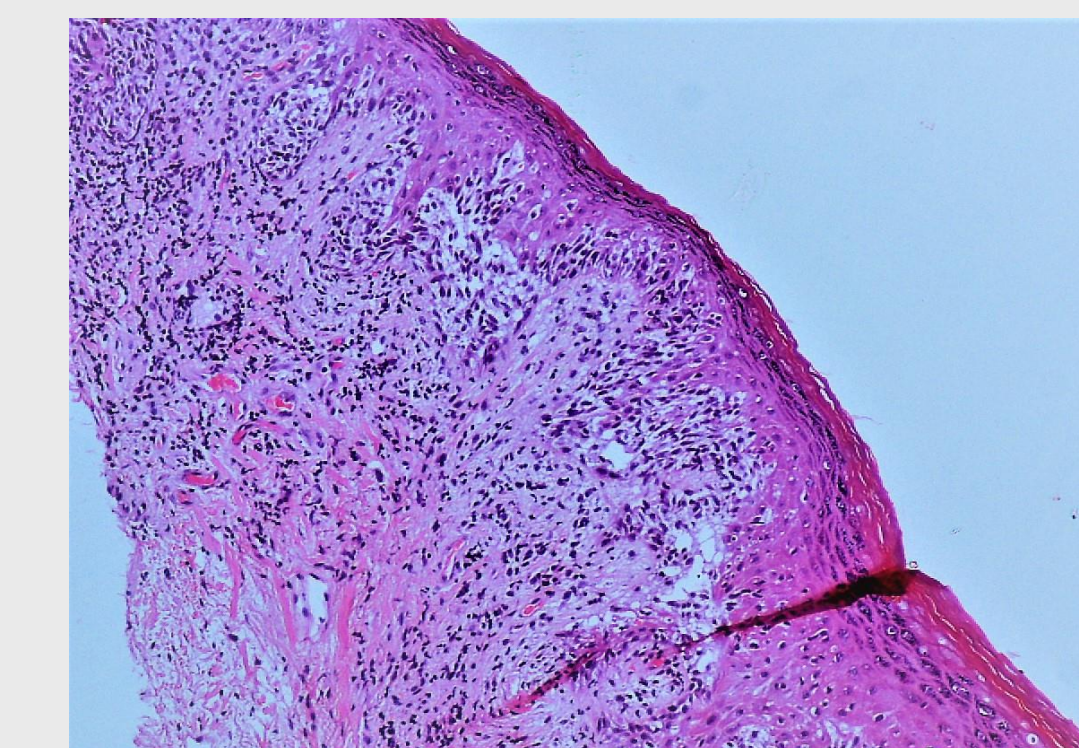
Τα ιστοτεμάχια εμφάνιζαν πολυποειδή διαμόρφωση, μερικώς καλυπτόμενα επιφανειακά από πολύστιβο μη κερατινοποιημένο πλακώδες επιθήλιο. Κεντρικά ωστόσο διαπιστωνόταν η παρουσία διηθητικής νεοπλασματικής εξεργασίας διαμέτρου έως 7mm και μέγιστου βάθους διήθησης 2 mm, με εξελκωμένη επιφάνεια (Εικόνα 1). Το νεόπλασμα ήταν εξαιρετικά κυτταροβριθές, αποτελούμενο από δεσμίδες ατρακτοειδών κυττάρων με έντονη πυρηνική ατυπία και πολυάριθμες μιτώσεις, συχνά άτυπες (έως 3-4/mm²) (Εικόνα 2). Σε παρακείμενες θέσεις, στο πλακώδες επιθήλιο παρατηρήθηκε η ανάπτυξη μη διηθητικής βλάβης από μεμονωμένα ή σε φολεές κυττάρων με άτυπα χαρακτηριστικά και διαυγές κυτταρόπλασμα, χωρίς εναποθέσεις μελανίνης, τα οποία επεκτείνονταν κατά θέσεις στο υπερκείμενο επιθήλιο (παζετοειδής διήθηση) (Εικόνα 3). Τα όρια εκτομής των ιστοτεμαχίων ήταν ελεύθερα νεοπλασματικών διηθήσεων.



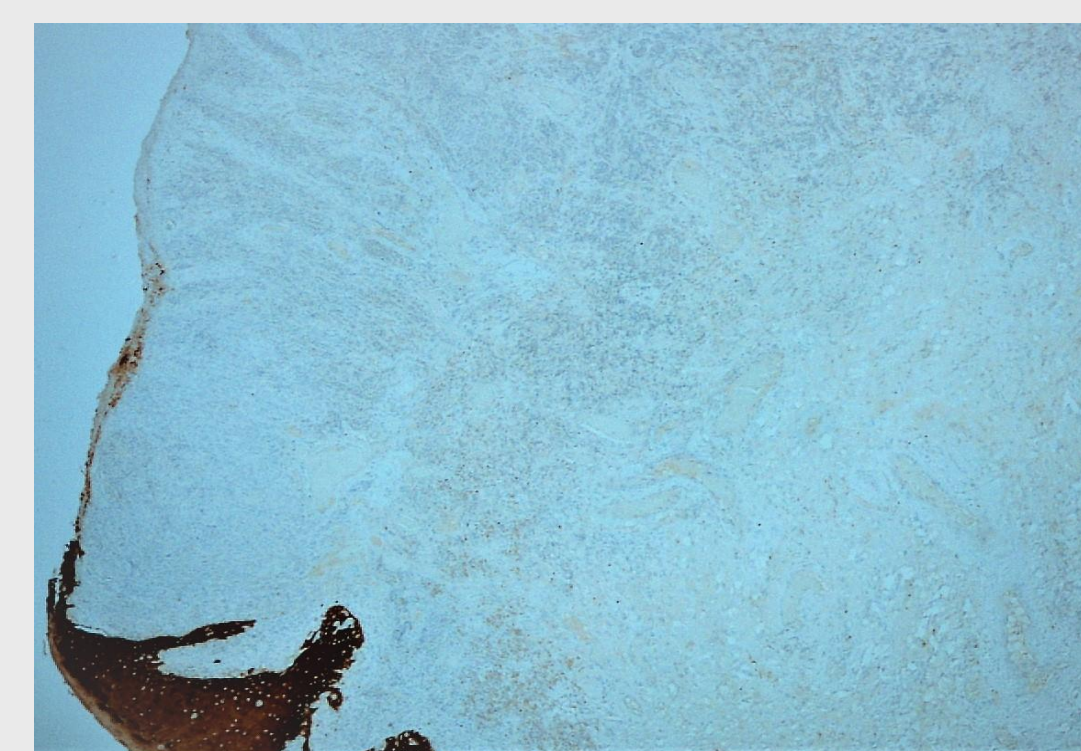
ΕΙΚΟΝΑ 1 H&E x40.



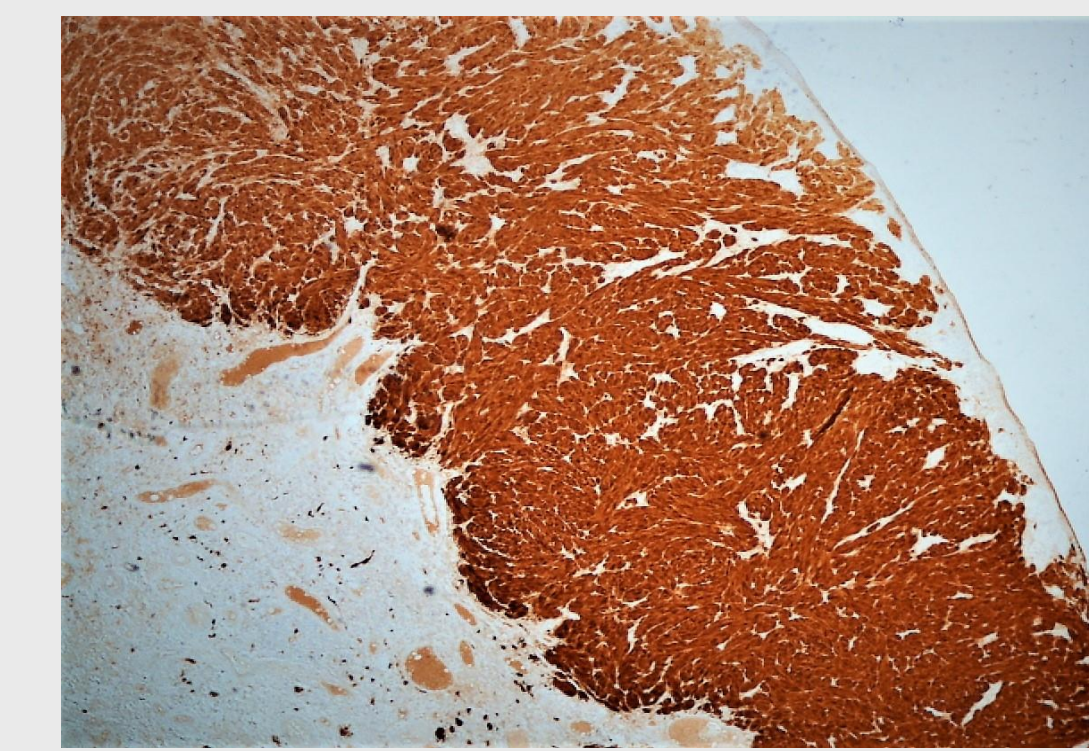
ΕΙΚΟΝΑ 2 H&E x200



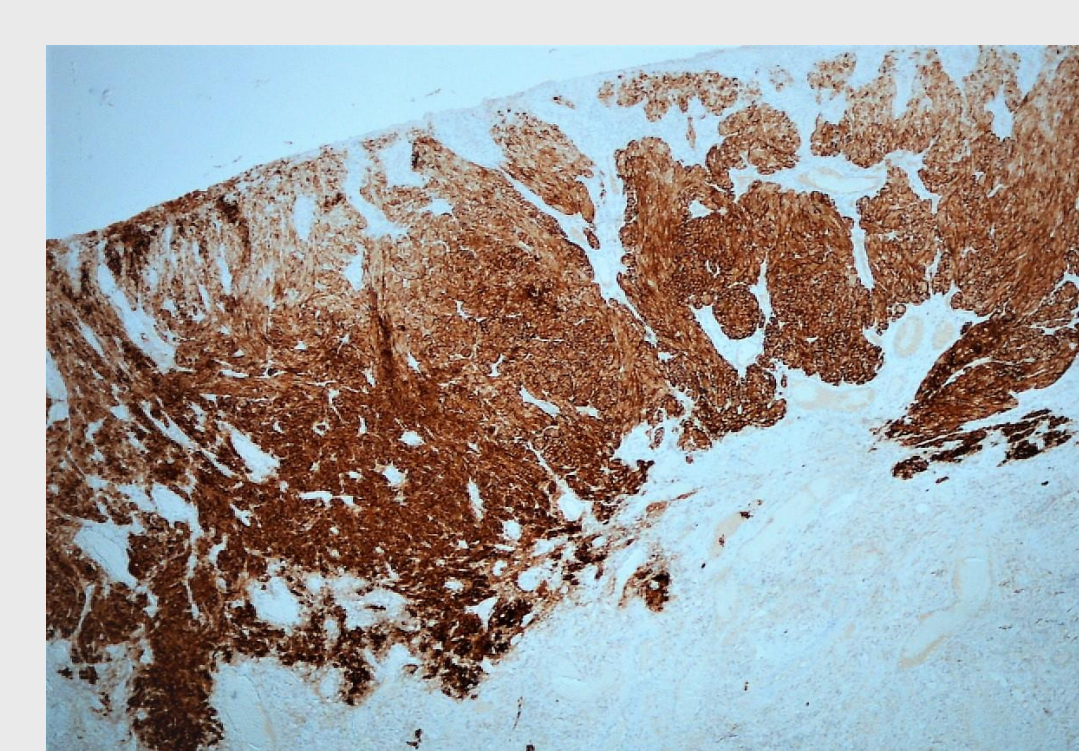
ΕΙΚΟΝΑ 3. H&E x100.



ΕΙΚΟΝΑ 4. AE1/AE3



ΕΙΚΟΝΑ 5. S-100.



ΕΙΚΟΝΑ 6. HMB-45

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο ανοσοϊστοχημικός έλεγχος απέβη πλήρως αρνητικός στα νεοπλασματικά κύτταρα (in situ και διηθητικά) για τις κερατίνες AE1/AE3 (Εικόνα 4), το EMA και το p63 ενώ αντίθετα παρουσίαζε έντονη διάχυτη θετικότητα για την πρωτεΐνη S-100 (Εικόνα 5), το Melan-A και για το HMB-45 (Εικόνα 6). Ο δείκτης κυτταρικού πολλαπλασιασμού Ki-67 (MIB-1) εκφραζόταν πυρηνικά σε ποσοστό της τάξεως του 40-50% των νεοπλασματικών κυττάρων. Με βάση τα μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά αυτά ευρήματα, δόθηκε η διάγνωση του πρωτοπαθούς μελανώματος του πρωκτικού σωλήνα από ατρακτοειδή κύτταρα (spindle cell melanoma). Έναν χρόνο περίπου μετά την αρχική διάγνωση, ο ασθενής δεν είχε παρουσιάσει τοπική υποτροπή ή μεταστατικές εστίες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το κυριότερο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα που μπορεί να προκύψει, ειδικά σε αμελανωτικές βλαβες, όπως και στη δική μας περίπτωση, είναι η ομοιότητα με ένα διηθητικό ατρακτοειδές χαμηλής διαφοροποίησης πλακώδες καρκίνωμα του πρωκτικού σωλήνα. Ωστόσο, η εφαρμογή των κατάλληλων ευρέως χρησιμοποιούμενων ανοσοϊστοχημικών χρώσεων επιλύει σχετικά εύκολα και αποτελεσματικά το συγκεκριμένο ζήτημα. Επιπλέον, είναι σημαντικό να διαπιστωθεί αν πρόκειται για πρωτοπαθή ή μεταστατική εστία, ερώτημα που δεν είναι πάντοτε εφικτό να απαντηθεί με ασφάλεια. Το ιστορικό και η συνύπαρξη in situ μελανώματος συνεπικουρούν στην σωστή διάγνωση σε αυτή την περίπτωση. Η πρόγνωση είναι πολύ πτωχή για τους περισσότερους ασθενείς. Οι κυριότεροι προγνωστικοί παράγοντες είναι το μέγεθος και το βάθος διήθησης του νεοπλάσματος, η παρουσία ή όχι εξελκωσης καθώς και ο αριθμός των πυρηνοκινησιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρωτοπαθές μελάνωμα του πρωκτού αποτελεί σπάνια οντότητα με δυσμενή εξέλιξη για τον ασθενή, ενώ ταυτόχρονα εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες τόσο στη διάγνωση όσο και στην ενδεδειγμένη αντιμετώπισή της. Είναι απαραίτητη η περαιτέρω μελέτη της βιολογικής συμπεριφοράς του νεοπλασματος μελλοντικά για τη βελτίωση της πρόγνωσης αλλά και της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. David E. Elder WHO Classification of Skin Tumors, 4th edition (2018)
2. Khan M, Bucher N, Elhassan A, Barbaryan A, Ali AM, Hussain N, Mirrakhimov AE. Primary anorectal melanoma. Case Rep Oncol. 2014 Mar 13;7(1):164-70.
3. Jehangir W, Schlacter N, Singh S, Enakua S, Islam MA, Sen S, Yousif A. Anorectal Melanoma: A Case Report and an Update of a Rare Malignancy. World J Oncol. 2015 Feb;6(1):308-310.