

# Przerzuty czerniaka złośliwego do skóry brzucha i klatki piersiowej imitujące infekcję wirusem *herpes zoster* – opis przypadku

Metastases of malignant melanoma to the skin of abdomen and thorax mimicking *herpes zoster* infection – case report

Beata Bergler-Czop, Mariola Wyględowska-Kania, Ligia Brzezińska-Wcisło

Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Przegl Dermatol 2011, 98, 280–284

## STRESZCZENIE

**SŁOWA KLUCZOWE:**  
czerniak złośliwy, przerzuty,  
*herpes zoster*.

**KEY WORDS:**  
melanoma malignum,  
metastases, *herpes zoster*.

**Wprowadzenie.** Czerniak złośliwy jest nowotworem z komórek melanocytowych. Częstość występowania w Europie i USA szacuje się na 1/100 000 do 1/200 000.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku licznych przerzutów czerniaka złośliwego do skóry brzucha i klatki piersiowej o nietypowym obrazie imitującym infekcję wirusem *herpes zoster*.

**Opis przypadku.** Chory, lat 77. Pierwotna zmiana, która pojawiła się pół roku wcześniej, miała charakter ciemnobrązowego guzka o wymiarach 2 cm. Zmianę usunięto w znieczuleniu miejscowym. Po niecałych 2 miesiącach na skórze lewej połowy klatki piersiowej i brzucha pojawiły się liczne, niebolesne, brązowo-brunatne guzki, które zostały rozpoznane jako półpasiec. W badaniu histopatologicznym stwierdzono przerzuty *melanoma malignum*.

**Wnioski.** Przedstawiono przypadek bardzo szybkiego pojawienia się przerzutów czerniaka złośliwego o układzie przypominającym infekcję wirusem *herpes zoster*. Chociaż taki układ przerzutów jest rzadki, należy zawsze brać go pod uwagę u osób z „półpaścem” opornym na właściwą terapię przeciwwirusową, przebiegającym bez bólu oraz u chorych ze znanym ogniskiem pierwotnym czerniaka w wywiadzie.

## ABSTRACT

**Introduction.** Melanoma is a malignant neoplasm of melanocytic origin. The risk of melanoma among the white race in Europe and USA is from 1/100 000 to 1/200 000.

**Objective.** To present a case with multiple melanoma metastases to the skin of the thorax and abdomen with an atypical clinical picture mimicking *herpes zoster* infection.

**Case report.** Male patient 77 years old. The primary lesion – a dark brown nodule, 2 cm in diameter – appeared half a year earlier. Under local anaesthesia, the nodule was removed with a 3 cm skin margin. Two months later, multiple, non-painful, brown nodules appeared on the left part of the chest and abdomen and were diagnosed as *herpes zoster*. The histopathological examination revealed melanoma metastases.

**ADRES DO KORESPONDENCJI:**  
dr n. med. Beata Bergler-Czop  
Katedra i Klinika  
Dermatologii  
Śląski Uniwersytet Medyczny  
ul. Francuska 20/24  
40-027 Katowice  
e-mail: bettina2@tlen.pl

**Conclusions.** We present a case of very fast appearance of malignant melanoma metastases, resembling *herpes zoster* infection. Although such a picture is rare, it is important to take this diagnosis into account in patients with "zoster" with no pain, resistant to antiviral treatment, and especially in patients with known melanoma history.

## WPROWADZENIE

Czerniak złośliwy jest nowotworem wywodzącym się z komórek melanocytowych. Ryzyko zachorowania wśród osób rasy białej w Europie i USA wynosi około 1/100 000 do 1/200 000 [1]. Schorzenie najczęściej występuje u kobiet w średnim wieku na kończynach dolnych lub twarzy. Czerniak złośliwy u mężczyzn rokuje gorzej i najczęściej pojawia się na tułowiu. U 30% rodzin, w których obserwowano występowanie czerniaka, stwierdzono obecność genu CDKN2A zlokalizowanego na chromosomie 9q21. Czynniki ryzyka składają się na akronim MMRISK: M – obecność znamion atypowych, M – liczba znamion melanocytowych, R – rude włosy i piegi, I – typ skóry I, II, S – oparzenia słoneczne w dzieciństwie, K – występowanie czerniaka złośliwego w rodzinie [1].

Czerniak złośliwy jest nowotworem o dużej skłonności do tworzenia przerzutów. W ponad połowie przypadków czerniak powstaje w skórze klinicznie niezmienniej. W innych przypadkach do rozwoju zmian nowotworowych dochodzi najczęściej w obrębie małych, wrodzonych znamion melanocytowych lub znamion dysplastycznych. Wyróżnia się kilka typów kliniczno-histopatologicznych *melanoma malignum*, z których najgorzej rokującą postacią jest czerniak guzkowy. Według klasyfikacji czerniak rozwijający się w obrębie istniejącego znamienia melanocytowego, pomimo wyglądu guzka, z definicji nie jest jednak postacią guzkową, a należy do grupy tzw. pozostałych [1].

Melanocyty w obrębie czerniaka nie mają połączeń komórkowych, co sprzyja ich migracji. W przypadku tego nowotworu ponad 44% przerzutów dotyczy skóry. Niejednokrotnie zmiana pierwotna jest niezauważana przez pacjenta [2]. Około 80% przerzutów rozwija się w ciągu 3 lat od pojawienia się ogniska pierwotnego. Tak zwane przerzuty *in-transit* zajmują skórę pomiędzy zmianą pierwotną a regionalnymi węzłami chłonnymi [1]. Z reguły przerzuty epidermotropowe klinicznie przypominają znamiona melanocytowe lub błękitne i zajmują całą grubość skóry, a także tkankę podskórną.

W diagnostyce różnicowej bierze się pod uwagę m.in.: znamiona Spitz, barwnikowe raki pod-

stawnomórkowe, brodawki łojotokowe, barwnikowe torbielaki potowe, barwnikowe rogowacenie słoneczne, rogowce krwawe, naczyńniaki, ziarniniaki naczyńniowe, mięsaki Kaposiego, guzy splotowe i włókniaki twarde [1].

## CEL PRACY

Przedstawienie przypadku 77-letniego mężczyzny z licznymi przerzutami czerniaka złośliwego do skóry brzucha i klatki piersiowej o nietypowym obrazie imitującym infekcję wirusem *herpes zoster*.

## OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, emerytowany górnik. Pierwotna zmiana pojawiła się pół roku wcześniej. Miała ona charakter guzka barwy czarno-brunatnej, o średnicy 2 cm, z krwawiącą nadżerką pokrytą częściowo strupem w części centralnej. Guzek znajdował się w obrębie owalnego znamienia barwnikowego o średnicy około 6 cm, zlokalizowanego w dolnej części tułowia, nad lewym talerzem biodrowym. W otoczeniu zmiany oraz na całym tułowiu widoczne były liczne ogniska rogowacenia słonecznego, brodawki łojotokowe oraz znamiona barwnikowe. W obu dołach pachowych stwierdzono konglomeraty niebolesnych węzłów chłonnych. W Klinice Dermatologii w Katowicach na podstawie obrazu klinicznego guzka ustalono wstępne rozpoznanie czerniaka złośliwego i pacjenta skierowano do chirurgicznego usunięcia zmiany. W znieczuleniu miejscowym usunięto guzek z 3-centymetrowym marginesem skóry otaczającej. W badaniu histopatologicznym rozpoznano: *melanoma praecipue amelanoticum epithelioides exulceratus, typus nodularis, diameter tumoris 1.5 cm. Clark II, Breslow III (grubość nacieku 0,5 cm)*. U podstawy guza odnotowano mierny nacieki zapalny. Nie zaobserwowano inwazji nerwów i naczyń krwionośnych. Ponadto stwierdzono ogniska satelitarne w tkance podskórnej, w sąsiedztwie utkanie znamienia brzeźnego, a w marginesach poprzecznych i podłużnych ogniska nowotworowe na granicy i w tkance podskórnej.



Ryc. 1. Pacjent 77-letni. Przerzuty czerniaka złośliwego na brzuchu

Fig. 1. Patient, 77 years old. Metastases of melanoma malignum on abdomen



Ryc. 2. Pacjent 77-letni. Przerzuty czerniaka złośliwego na plecach

Fig. 2. Patient, 77 years old. Metastases of melanoma malignum on the back

Przeprowadzono badania laboratoryjne. Odczyn Biernackiego wynosił 70/90. Wyniki morfologii krwi obwodowej z rozmazem, badań dotyczących elektrolitów, aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), alaninowej (ALAT),  $\gamma$ -glutamylotransferazy (GGTP), bilirubiny, kreatyniny, mocznika, glukozy i ogólnego moczu były prawidłowe. Markery nowotworowe CEA, CA 125, total PSA były w granicach normy. W badaniach obrazowych – rentgenograficznych (RTG) klatki piersiowej, ultrasonograficznych (USG) jamy brzusznej i tomografii komputerowej (TK) głowy – nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości.

Ze względu na wynik badania histopatologicznego pacjenta skierowano do dalszego leczenia w Instytucie Onkologii.

Miesiąc po usunięciu zmiany pierwotnej w Instytucie Onkologii do badania pobrano węzły chłonne w prawym i lewym dole pachowym. W lewym dole

pachowym potwierdzono przerzuty czerniaka złośliwego. W tym samym czasie rozpoczęto ambulatoryjną radioterapię paliatywną na obszar klatki piersiowej i jamy brzusznej, którą jednak przerwano przy dawce 14 Gy (planowano 20 Gy) ze względu na pogorszenie stanu ogólnego pacjenta. Po 2 tygodniach od przerwania radioterapii chory trafił z objawami narastających zaburzeń świadomości na Oddział Neurologiczny. W wykonanym badaniu TK głowy uwidoczniono ogniska niedokrwienne w pniu mózgu, natomiast w RTG klatki piersiowej stwierdzono poszerzenie śródpiersia górnego, najprawdopodobniej odpowiadające powiększonym węzłom chłonnym. W tym czasie na skórze lewej części klatki piersiowej i brzucha pojawiły się liczne, niebolesne, brązowo-brunatne guzki, które zostały zinterpretowane jako półpasiec. W poradni lekarza rodzinnego u pacjenta włączono acyklowir doustnie w dawce  $4 \times 800$  mg. Chory nie zgłaszał się ani do dermatologa, ani do onkologa. Stosował lek ambulatoryjnie przez 2 miesiące (?!).

Ze względu na brak poprawy stanu klinicznego i dalsze pojawianie się brązowo-brązowych guzków na lewej stronie tułowia pacjent zgłosił się do Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej Kliniki Dermatologii w Katowicach. Przy przyjęciu stwierdzono bardzo liczne rozsiane guzki barwy czarnej oraz czarno-brunatnej, w większości pokryte krwawiącymi nadzerkami i strupami. Zmiany zlokalizowane były na skórze lewej połowy klatki piersiowej i powłok brzusznych, ciągnęły się ku tyłowi do linii kręgosłupa oraz z przodu do linii mostka. Układ guzków przypominał klinicznie nasilone zmiany w przebiegu półpaśca (ryc. 1., 2.).

U chorego zastosowano leczenie zewnętrzne oraz zlecono dodatkowe badania obrazowe – TK klatki piersiowej oraz jamy brzusznej. Pacjent nie zgłosił się jednak na te badania. Zmarł z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej 2 tygodnie później.

W badaniu histopatologicznym, którego opis autorzy otrzymali, potwierdzono przerzuty *melanoma malignum*.

## OMÓWIENIE

Przerzuty nowotworowe o układzie półpaśca są znanym, ale niezbyt częstym zjawiskiem. Występują nie tylko w przypadku czerniaka złośliwego. Podobne zmiany obserwowano w gruczolakoraku płuc, raku prostaty, mięsaku Kaposiego i raku pęcherza moczowego [2, 3]. Obraz kliniczny jest dość charakterystyczny – zmiany mają jednostronny układ dermatomalny, utworzony przez pęcherzyki, guzki, grudki na podłożu rumieniowym. W niektórych przypadkach zmiany są bolesne. Podobieństwo do infekcji wirusem *herpes zoster* prowadzi często do

błędnych rozpoznań. U pacjenta mylną diagnozę półpaśca postawiono prawie 2,5 miesiąca przed przyjęciem do Kliniki Dermatologii. W obrazie klinicznym przeważały guzki na skórze lewej części klatki piersiowej i brzucha. Zmiany częściowo pokryte strupami i nadżerkami nie były bolesne. Po 2 miesiącach stosowania acyklowiru nie obserwowano żadnej poprawy klinicznej, a wręcz stwierdzono progresję zmian. Podobne zmiany opisali Evans i wsp. u 73-letniego mężczyzny, u którego od 3 tygodni na skórze prawej okolicy czołowej, w obszarze unerwienia gałązki ocznej nerwu trójdzielnego, pojawiały się bolesne pęcherzyki i guzki na podłożu rumieniowym [2]. U pacjenta 5 lat wcześniej usunięto zmianę typu *melanoma malignum*. Podobnie jak u przedstawionego chorego włączono acyklowir i także nie uzyskano poprawy. Badanie histopatologiczne potwierdziło przerzuty czerniaka złośliwego.

Savoia i wsp. przeprowadzili metaanalizę przerzutów o układzie półpaśca od 1970 roku [3]. U 18% pacjentów z grupy 4774 przeanalizowanych przypadków były to przerzuty czerniaka złośliwego. Namikawa i Yamazaki opisali 36-letnią chorą z licznymi przerzutami *melanoma malignum* do ściany jamy brzusznej, które pojawiły się 2 lata i 5 miesięcy po usunięciu czerniaka złośliwego rozwijającego się w obrębie znamienia wrodzonego [4]. Klinicznie przerzuty układały się wzdłuż jednego dermatomu. U 32-letniej pacjentki przedstawionej przez Dereure'a i wsp. 3 lata po usunięciu czerniaka złośliwego szerzącego się powierzchownie w obrębie lewego pośladka na lewej stronie klatki piersiowej, brzucha i kończynie dolnej lewej pojawiły się zmiany przypominające naczyńniaki i zmiany krwotoczne [5]. W tym przypadku również badanie histopatologiczne potwierdziło przerzuty nowotworowe.

Podobieństwo do naczyńniaków ognisk przerzutowych czerniaka przedstawili także Bylicki i wsp. [6].

U części pacjentów rozróżnienie ogniska pierwotnego od ognisk przerzutowych czerniaka złośliwego jest trudne. W przypadku opisanym przez Erkurta i wsp. u 51-letniego mężczyzny w ciągu 2 miesięcy pojawiły się liczne ciemno zabarwione guzki w okolicy prawego dołu pachowego i prawej strony klatki piersiowej [7]. U pacjenta wcześniej nie obserwowano zmian typu *melanoma malignum*. Biopsja wykazała, że liczne guzki mają budowę odpowiadającą czerniakowi złośliwemu. U pacjenta wykryto ponadto liczne ogniska w płucach, węzłach chłonnych i mózgu. Chory zmarł z powodu niewydolności oddechowej tydzień po postawieniu diagnozy.

Dalhaug i wsp. przedstawili chorego, u którego nie udało się zlokalizować ogniska pierwotnego [8]. Pierwsze objawy miały charakter przeczulicy lewej kończyny dolnej, a następnie porażenia połowicznego po stronie lewej. W badaniu metodą rezonansu

magnetycznego stwierdzono liczne guzy w prawej półkuli mózgu. Badanie histopatologiczne wykazało przerzuty czerniaka z pozytywnym badaniem immunohistochemicznym dla białka S100, HMB45 i winnetyny.

Pacjent Pinho i wsp. był hospitalizowany z powodu napadowej duszności i tachykardii [9]. W badaniach wykazano obecność przerzutów czerniaka złośliwego w prawym przedsionku serca. Nigdy nie wykryto ogniska pierwotnego. Jednostronny układ przerzutów *melanoma malignum* na lewej kończynie dolnej u pacjenta Shekhela i wsp. imitował dodatkowo limfangiektazję, co również utrudniało początkowo rozpoznanie [10]. U tego pacjenta także nie zidentyfikowano ogniska pierwotnego.

Bezpośrednie przerzuty do kości w przypadku czerniaka są bardzo rzadkie. U 75-letniej chorej przedstawionej przez Mula i wsp. zmiana pierwotna była zlokalizowana na prawym podudziu, a badanie metodą rezonansu magnetycznego potwierdziło przerzuty do prawej kości strzałkowej [11]. Podobną rzadkością są ogniska przerzutowe w gałce ocznej. U 72-letniej pacjentki w ciągu 2 tygodni doszło do utraty wzroku w lewym oku. Cztery lata wcześniej u chorej usunięto czerniaka złośliwego skóry. Badanie metodą magnetycznego rezonansu jądrowego potwierdziło liczne przerzuty w obrębie lewej gałki ocznej [12].

Przerzuty czerniaka złośliwego jedynie w 5% pojawiają się powyżej 5 lat od usunięcia ogniska pierwotnego. W ponad 80% przypadków tworzą się one w okresie do 3 lat. U przedstawionego pacjenta pojawienie się zmian przerzutowych było procesem bardzo szybkim. Zmiany zaobserwowano już 3 miesiące po usunięciu ogniska pierwotnego, natomiast Toba i wsp. opisali pacjenta, u którego liczne przerzuty płucne rozpoznano po ponad 10 latach od usunięcia czerniaka złośliwego w obrębie podeszwy lewej stopy [13].

Przerzuty czerniaka z reguły rokują źle. Leczenie nie daje dobrych wyników. W przypadku zmian *in-transit* najlepszą metodą jest ich chirurgiczne usunięcie wraz z węzłami chłonnymi. W terapii stosuje się również: radioterapię, perfuzję hipertermiczną z zastosowaniem chemioterapeutyków, immunoterapię, terapię wspomagającą IFN- $\alpha$ , leczenie ogólne (dakarbazyna, dimetylotriazenoimidazolokarboksyamina - DTIC, windezyna, fotemustyna, IL-2) [1, 2]. W przedstawionym przypadku rozpoczęto ambulatoryjnie radioterapię paliatywną na obszar klatki piersiowej i jamy brzusznej jeszcze przed pojawieniem się przerzutów na skórze, którą jednak przerwano przy dawce 14 Gy (planowano 20 Gy) ze względu na pogorszenie stanu ogólnego pacjenta.

Z piśmiennictwa wynika, że u 1 na 400 pacjentów obserwuje się spontaniczną regresję przerzutów

*melanoma malignum*. Kalialis i wsp. przedstawili 61-letnią pacjentkę 5 lat po całkowitym, samoistnym ustąpieniu przerzutów skórnych, płucnych, wątrobowych i mózgowych [14]. Autorzy rozważają w takich przypadkach liczne czynniki, które mają wpływ na samoistne ustępowanie nowotworu, takie jak: procesy immunologiczne, endokrynne i zapalne oraz zaburzenia w dostarczaniu substancji koniecznych do wzrostu guza.

Autorzy przedstawili przypadek bardzo szybko go pojawienia się przerzutów czerniaka złośliwego o układzie przypominającym infekcję wirusem *herpes zoster*. Chociaż taki układ przerzutów jest rzadki, zawsze należy brać go pod uwagę u osób z „półpaścem” opornym na włączoną terapię przeciwwirusową, przebiegającym bez bólu oraz u chorych ze znanym ogniskiem pierwotnym *melanoma* w wywiadzie.

### Piśmiennictwo

1. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf W.H.C.: Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2002, 1441-1462.
2. Evans A.V., Child F.J., Russel-Jones R.: Zosteriform metastasis from melanoma. *BMJ* 2003, 326, 1025-1026.
3. Savoia P., Fava P., Deboli T., Quaglino P., Bernengo M.G.: Zosteriform cutaneous metastases: a literature meta-analysis and a clinical report of three melanoma cases. *Dermatol Surg* 2009, 35, 1355-1363.
4. Namikawa K., Yamazaki N.: Metastatic melanoma of the abdominal wall. *Jpn J Clin Oncol* 2009, 39, 336.
5. Dereure O., Batiere V., Guillot B.: Multiple haemorrhagic-like cutaneous metastases of malignant melanoma. *Eur J Dermatol* 2005, 15, 409-410.
6. Bylicki C., Leva T., Guennoc B., Fournier B., Souraud J.B., Soulard R. i inni: Hematoma-like metastasis of melanoma. *Ann Dermatol Venereol* 2009, 136, 754-755.
7. Er Kurt M.A., Aydogdu I., Kuku I., Kaya E., Basaran Y.: Nodular melanoma presenting with rapid progression and widespread metastases: a case report. *J Med Case Rep* 2009, 3, 50.
8. Dalhaug A., Pawinski A., Norum J., Nieder C.: An uncommon presentation and course of metastatic malignant melanoma. *J Med Case Rep* 2007, 1, 151.
9. Pinho T., Rodrigues-Pereira P., Araújo V., Oliveira N.P., Macedo F., Graça A.: Cardiac metastasis of melanoma as first manifestation of disease. *Rev Port Cardiol* 2009, 28, 633-639.
10. Shekhel T., Glick R.M., Cranmer L.D.: In-transit metastasis from melanoma presenting as lymphangiectasis: a case report. *Cutis* 2009, 84, 151-158.
11. Mula V., Mandal A., Britton E., Shanker V.S.: Direct bony invasion of malignant melanoma. *Indian J Orthop* 2009, 43, 420-423.
12. Ullah T., Gurwood A.S., Myers M.D.: Ocular metastasis of cutaneous malignant melanoma. *Optometry* 2009, 80, 572-578.
13. Toba H., Kondo K., Kenzaki K., Miyoshi T., Sakiyama S., Tangoku A.: Late pulmonary metastases from malignant melanoma of the left planta. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2009, 57, 558-561.
14. Kalialis L.V., Drzewiecki K.T., Mohammadi M., Mehlsen A.B., Klyver H.: Spontaneous regression of metastases from malignant melanoma: a case report. *Melanoma Res* 2008, 18, 279-283.

Otrzymano: 21 II 2011 r.

Zaakceptowano: 28 III 2011 r.