

## Κακήθες μελάνωμα κατά την κύηση: παρουσίαση περιστατικού

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την επιτυχή αντιμετώπιση ασθενούς με κακήθες μελάνωμα κατά την κύηση. Έγκυος πρωτοτόκος διανύοντας την 25η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη επώδυνη δερματική αλλοίωση στην περιοχή του δεξιού μηρού. Με την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε η παρουσία εξέλκωσης σε έδαφος προϋπάρχοντος σπίλου. Η κλινική υποψία κακοήθειας οδήγησε στην απόφαση για την ιστολογική εξέταση της βλάβης η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε οργανωμένο κέντρο, όπου υποβλήθηκε σε ευρεία εκτομή του κακοήθους μελανώματος του δέρματος. Δεν κρίθηκε αναγκαία η λεμφαδενεκτομή των επιχώριων λεμφαδένων και η εφαρμογή συμπληρωματικής θεραπείας. Διανύοντας την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, μετά από αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων η ασθενής μας υποβλήθηκε σε καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής του εμβρύου. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού μας επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση, αναφορικά κυρίως με τη σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση.



**Λέξεις ευρητηρίου:** κακήθες μελάνωμα, εγκυμοσύνη, διάγνωση



Ιωάννης Κ. Θανασάς. Κακήθες μελάνωμα κατά την κύηση: παρουσίαση περιστατικού. *Επιστημονικά Χρονικά* 2018; 23(2): 232-239

doi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.2.10>

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανεύρεση καρκίνου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι σήνηθες φαινόμενο. Ο καρκίνος στις έγκυες εμφανίζεται περίπου με συχνότητα μιας περίπτωσης κάθε 1000 εγκυμοσύνες [1]. Νεότερα δεδομένα έδειξαν ότι η επίπτωση

του καρκίνου στην εγκυμοσύνη είναι ακόμη μεγαλύτερη και υπολογίζεται ότι αφορά σε 145.4 περιπτώσεις κάθε 100000 κύσεις [2]. Οι καρκίνοι που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, αύξηση η οποία κατά κύριο λόγο οφείλεται στην

αύξηση της ηλικίας τεκνοποίησης των σύγχρονων γυναικών. Επίσης, οι εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται σήμερα οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα διάγνωσης του καρκίνου. Οι κακοήθειες που παρατηρούνται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη είναι ο καρκίνος του μαστού, οι κακοήθειες του γεννητικού συστήματος, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένα, η λευχαιμία, το λέμφωμα και το κακόηθες μελάνωμα [3].

Το κακόηθες μελάνωμα αναπτύσσεται από τα μελανοκύτταρα τα οποία είναι νευρικής προέλευσης και έχουν μεταναστεύσει κατά την οντογένεση από την νευρική ακρολοφία στις θέσεις του δέρματος που παράγουν μελανίνη. Το μελάνωμα στην πλειονότητα των περιπτώσεων (91.2%) εμφανίζεται στο δέρμα και κυρίως στον κορμό και τα κάτω άκρα (δική μας περίπτωση). Μικρό ποσοστό 5.2% αφορά στους οφθαλμούς, ενώ σε ποσοστό 1.3% των περιπτώσεων εμφανίζεται στους βλεννογόνους [4]. Το κακόηθες μελάνωμα αποτελεί τη σοβαρότερη μορφή καρκίνου του δέρματος [5]. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου ποικίλει ανάλογα με την γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού. Έτσι, ενώ στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία η νόσος αναφέρεται με τη μεγαλύτερη επίπτωση (40 - 60 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος), στις ΗΠΑ η συχνότητα εμφάνισης της νόσου κατέρχεται στις 18 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος. Στην Ευρώπη η επίπτωση του μελανώματος είναι ακόμη χαμηλότερη και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου σε 10 - 15 περιπτώσεις ανά 100000 του γενικού πληθυσμού ανά έτος [6].

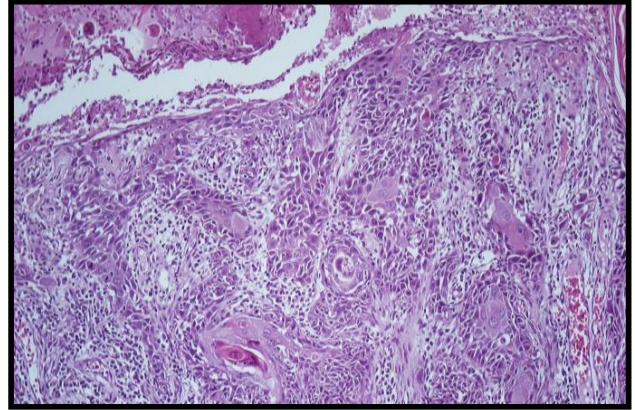
Το μελάνωμα αποτελεί βασική αιτία θανάτου για γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας. Είναι ένα από τα συχνότερα κακοήθη νεοπλασμάτα που εκδηλώνονται κατά την εγκυμοσύνη μετά τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο στις ωοθήκες [7]. Κατά άλλους συγγραφείς το κακόηθες μελάνωμα είναι πιο συχνό από τον καρκίνο του μαστού και τον καρκίνο των ωοθηκών. Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση εκτιμάται ότι αφορά περίπου σε 1: 3000 έως 1: 10000 εγκυμοσύνες, το κακόηθες μελάνωμα σε 1: 1000 έως 1: 10000 και ο καρκίνος των ωοθηκών υπολογίζεται ότι αφορά περίπου σε 1: 10000 έως 1: 100000 κύσεις [8,9,10,11]. Κατά άλλους η συχνότητα εμφάνισης του κακοήθους μελανώματος στην εγκυμοσύνη εκτιμάται ότι αφορά σε 2.8 - 8.5 περιπτώσεις ανά 100000 κύσεις [12]. Άλλοι ερευνητές εκτιμούν ότι τα κακοήθη μελανώματα αποτελούν το 8% περίπου όλων των κακοήθων νεοπλασμάτων που εμφανίζονται κατά την εγκυμοσύνη [13]. Το μελάνωμα εμφανίζεται κυρίως σε νέες γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και φαίνεται να σχετίζεται με τον αριθμό των κύσεων. Πιο συγκεκριμένα, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι οι πολυτόκες έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης μελανώματος σε σύγκριση με τις άτοκες γυναίκες (δική μας περίπτωση) [14,15].

Στην παρούσα εργασία μετά την περιγραφή του περιστατικού μας επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία της βιβλιογραφίας μια σύντομη ανασκόπηση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση, αναφορικά με τη σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση, η ορθή γνώση της οποίας είναι δυνατόν να συμβάλλει στη διασφάλιση κατά το μέγιστο δυνατό της

καλύτερης υγείας της μητέρας και του καλύτερου περιγεννητικού αποτελέσματος.

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε έγκυο πρωτοτόκο η οποία διανύοντας την 25η εβδομάδα της εγκυμοσύνης προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη επώδυνη δερματική αλλοίωση με εντόπιση στην έσω επιφάνεια και στο άνω τριτημόριο του δεξιού μηρού. Η εμφάνιση της δερματικής αλλοίωσης από την ίδια την ασθενή χρονολογήθηκε από μιας εβδομάδας περίπου. Με την προσεκτική επισκόπηση της περιοχής διαπιστώθηκε η παρουσία εξέλκωσης επί εδάφους προϋπάρχοντος σπίλου. Η εξέλκωση συνοδευόταν από μικρή αιμορραγία και κνησμό. Η κλινική υποψία κακοήθειας οδήγησε στην απόφαση για την ιστολογική εξέταση της βλάβης η οποία επιβεβαίωσε τη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος του δέρματος (εικόνα 1). Η ασθενής παραπέμφθηκε σε οργανωμένο κέντρο, όπου υποβλήθηκε σε ευρεία εκτομή της δερματικής αλλοίωσης. Δεν κρίθηκε αναγκαίος ο λεμφαδενικός καθαρισμός των επιχώριων λεμφαδένων, ούτε η εφαρμογή συμπληρωματικής θεραπείας. Διανύοντας την 37η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, μετά από αυτόματη ρήξη των εμβρυικών υμένων η ασθενής μας γέννησε με καισαρική τομή λόγω ισχιακής προβολής του εμβρύου. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Ένα χρόνο μετά από την ολοκλήρωση της αντινεοπλασματικής θεραπείας, η ασθενής μας είναι σε πλήρη υγεία και παρακολουθείται στο εξωτερικό ογκολογικό ιατρείο.



**Εικόνα 1.** Ιστολογική εικόνα συμβατή με επιφανειακά επεκτεινόμενο μελάνωμα με πιθανή διήθηση χορίου. Παρατηρείται ανισότιμη υπερπλασία τη επιδερμίδας με επιμήκυνση των ακάνθων. Αναγνωρίζεται μελανοκυτταρική αλλοίωση που αναπτύσσεται σε ομάδες στην βαθύτερη επιδερμίδα με εστιακή επέκταση μεμονωμένων κυττάρων στις επιφανειακές μοίρες (παζετοειδής επέκταση). Αντιπροσωπεύεται από μεσαίου και μεγάλου μεγέθους κύτταρα με ηωσινόφιλο κυτταρόπλασμα και κυστοειδή πυρήνα.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διάγνωση του κακοήθους μελανώματος στις έγκυες δεν είναι εύκολη. Οι φυσιολογικές μεταβολές που υφίσταται το δέρμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δυσχεραίνουν την κλινική διάγνωση της νόσου. Η διάγνωση στηρίζεται στο ιστορικό, την κλινική εξέταση, τον απεικονιστικό έλεγχο για τη διερεύνηση απομακρυσμένων μεταστάσεων και επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση της δερματικής αλλοίωσης, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1). Η διερεύνηση της εγκύου με ύποπτη μελαγχρωματική βλάβη είναι παρόμοια με αυτή των μη εγκύων γυναικών. Η υποψία για την πιθανή παρουσία μελανώματος πρέπει να τίθεται σε κάθε περίπτωση αιφνίδιας εμφάνισης μελαγχρωματικής αλλοίωσης με ταχεία

- ιστορικό
- κλινική εξέταση
- βιοψία του δέρματος
- βιοψία του λεμφαδένα φρουρού
- ακτινογραφία θώρακος
- αξονική τομογραφία
- μαγνητική τομογραφία
- τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου

**Πίνακας 2.** Σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση του κακοήθους μελανώματος στην κύηση.

ανάπτυξη καθώς και σε περιπτώσεις αιφνίδιας μετατροπής ενός επίπεδου σπίλου σε οζώδη σπίλο. Επιπλέον, η παρουσία φλεγμονώδους αλλοίωσης ενός σπίλου, η παρουσία εξέλκωσης ή αιμορραγίας σε προϋπάρχοντα σπίλο και η μεταβολή του χρώματος προϋπάρχουσας μελάγχρωσης ή προϋπάρχοντα μελαγχρωματικού σπίλου από το καφεοειδές προς το μαύρο, το ερυθρό, το ερυθρόφαιο ή το λευκό χρώμα συνηγορούν υπέρ της κλινικής διάγνωσης του μελανώματος [16]. Επίσης, στην καθημερινή κλινική πράξη αρκετά χρήσιμος φαίνεται να είναι ο κανόνας ABCD (A: asymmetry - ασυμμετρία, B: border - όρια μη σαφή, C: color - διαταραχές χρώματος, D: diameter - διάμετρος). Τα κλασικά κριτήρια του συστήματος ABCD θεσπίστηκαν το 1985 από την αμερικανική καρκινική εταιρεία (American Cancer Society) και έκτοτε αποτελούν τη βάση της κλινικής εξέτασης για τη διάγνωση του μελανώματος και τη διαφορική διάγνωση από τις καλοήθεις βλάβες του δέρματος [17]. Η εισαγωγή των ABCD κριτηρίων φαίνεται ότι έχει αυξήσει

σημαντικά τον αριθμό των μελανωμάτων που διαγιγνώσκονται σε θεραπεύσιμο στάδιο χωρίς εξέλκωση [18].

Γενικά, η αλλαγή των χαρακτηριστικών ενός σπίλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική. Η εκτέλεση άμεσης βιοψίας με τοπική αναισθησία κρίνεται απαραίτητη σε όλες τις περιπτώσεις. Το τοπικό αναισθητικό που συνήθως χρησιμοποιείται είναι η λιδοκαΐνη στην οποία είναι δυνατόν να προστεθεί επινεφρίνη, προκειμένου να αυξήσει την αιμόσταση και να επιμηκύνει τον χρόνο δράσης της λιδοκαΐνης στο χειρουργικό πεδίο [19,20]. Στις περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητη η ανίχνευση και βιοψία του λεμφαδένα φρουρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχει αρκετή διχογνωμία σχετικά με την ασφάλεια των τεχνικών. Στην κλινική πράξη ο τρόπος και ο χρόνος εκτέλεσης της μεθόδου εξαρτάται από τον χειρουργό και το ιατρικό κέντρο. Συνήθως χρησιμοποιείται είτε ένα ραδιενεργό κολλοειδές (τεχνητό 99m), είτε χρώση μπλε ισοσουλφάνης 1% ή μπορούν να χρησιμοποιηθούν και τα δύο. Ορισμένοι χειρουργοί αποφεύγουν τη χρήση ραδιοσημασμένων κολλοειδών κατά την κύηση, προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση του εμβρύου στην ακτινοβολία [21]. Άλλοι ερευνητές πιστεύουν ότι η μέση δόση ακτινοβολίας είναι χαμηλή και επομένως είναι ασφαλής για το έμβρυο [22]. Το ραδιενεργό κολλοειδές μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο του για τον εντοπισμό του λεμφαδένα φρουρού, καθώς το έμβρυο εκτίθεται σε ακτινοβολία η οποία θεωρείται αμελητέα και δεν αυξάνει τον κίνδυνο για εμβρυικές ανωμαλίες [22]. Σε περίπτωση που



κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια λεμφοσπινθηρογραφήματος συνιστάται να αποφεύγεται δόση μεγαλύτερη των 10MBq και η χειρουργική εκτομή να γίνεται μέσα σε έξι ώρες. Σε αυτή την περίπτωση το έμβρυο εκτίθεται σε ακτινοβολία που ισούται με την έκθεση έξι ημερών στην ακτινοβολία του περιβάλλοντος [23]. Η χρήση της χρώσης του μπλε της ισοσουλφάνης με σκοπό την ανίχνευση και τη βιοψία του λεμφαδένα φρουρού κατά ορισμένους ερευνητές θα πρέπει να αποφεύγεται λόγω του αυξημένου κινδύνου αναφυλαξίας [24,25,26].

Η διερεύνηση της εγκύου για απομακρυσμένες μεταστάσεις χρήζει ιδιαίτερης προσοχής δεδομένων των κινδύνων για το έμβρυο που εμπεριέχονται στο πλάνο της διαγνωστικής προσέγγισης του μελανώματος. Η ακτινογραφία θώρακος μπορεί να γίνει με ασφάλεια σε όλα τα τρίμηνα της εγκυμοσύνης μετά από την απαραίτητη προστασία της πυέλου. Για την απεικόνιση της κοιλιάς είναι προτιμότερη η χρήση της υπερηχογραφίας από την αξονική τομογραφία, προκειμένου να αποφευχθεί η έκθεση του εμβρύου σε ιονίζουσα ακτινοβολία [27]. Παρόμοια, η μαγνητική τομογραφία είναι προτιμότερη από την αξονική τομογραφία και θεωρείται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ωστόσο όμως, μερικοί υποστηρίζουν ότι η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού καλό είναι να αποφεύγεται στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, λόγω της ανόδου της θερμοκρασίας των εμπλεκόμενων ιστών από τα πεδία ραδιοσυχνοτήτων της μαγνητικής

τομογραφίας. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου (Positron Emission Tomography - PET) αποτελεί αντένδειξη στην εγκυμοσύνη [28].

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το κακόηθες μελάνωμα στην εγκυμοσύνη αποτελεί μια σπάνια, αλλά ταυτόχρονα υπαρκτή και απειλητική για τη ζωή της εγκύου νοσολογική οντότητα την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος μαιευτήρας - γυναικολόγος σε συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων σε ειδικά οργανωμένα κέντρα. Η διάγνωση του κακοήθους μελανώματος στις έγκυες, λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που υφίσταται το δέρμα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι εύκολη. Το ιστορικό και η προσεκτική κλινική εξέταση συμβάλλουν στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, ωστόσο όμως η κλινική υποψία κακοήθειας επιβεβαιώνεται με την ιστολογική εξέταση της δερματικής αλλοίωσης. Επιπλέον, η ακτινογραφία θώρακος, το υπερηχογράφημα, η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία βοηθούν σημαντικά στη διάγνωση του κακοήθους μελανώματος κατά την κύηση και κυρίως στη διερεύνηση των απομακρυσμένων καρκινικών μεταστάσεων. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου (Positron Emission Tomography - PET) αποτελεί αντένδειξη στην εγκυμοσύνη.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Pariyar J, Shrestha B, Rauniyar BP, Regmi SC, Shrestha J, Jha AK, Shrestha S. Cancer with pregnancy in a cancer hospital. *J Nepal Health Res Counc* 2012; 10(22): 224 - 228.
2. Lee YY, Roberts CL, Young J, Dobbins T. Using hospital discharge data to identify incident pregnancy-associated cancers: a validation study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1): 37.
3. Lee YY, Roberts CL, Dobbins T, Stavrou E, Black K, Morris J, Young J. Incidence and outcomes of pregnancy - associated cancer in Australia, 1994 - 2008: a population - based linkage study. *BJOG* 2012; 119(13): 1572 - 1582.
4. Chang AE, Karnell LH, Menck HR. The National Cancer Data Base report on cutaneous and noncutaneous melanoma: a summary of 84836 cases from the past decade. The American College of Surgeons Commission on Cancer and the American Cancer Society. *Cancer* 1998; 83(8): 1664 - 1678.
5. Sladden MJ, Balch C, Barzilai DA, Berg D, Freiman A, Handiside T, Hollis S, Lens MB, Thompson JF. Surgical excision margins for primary cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 7(4): CD004835.
6. Garbe C, Leiter U. Melanoma epidemiology and trends. *Clin Dermatol* 2009; 27(1): 3 - 9.
7. Stensheim H, Moller B, van Dijk T, Fosså SD. Cause - specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry - based cohort study. *J Clin Oncol* 2009; 27(1): 45 - 51.
8. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist* 2002; 7(4): 279 - 287.
9. Pereg D, Koren G, Lishner M. Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev* 2008; 34(4): 302 - 312.
10. Hoellen F, Reibke R, Hornemann K, Thill M, Luedders DW, Kelling K, Hornemann A, Bohlmann MK. Cancer in pregnancy. Part I: basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285(1): 195 - 205.
11. Alexander A, Samlowski WE, Grossman D, Bruggers CS, Harris RM, Zone JJ, Noyes RD, Bowen GM, Leachman SA. Metastatic melanoma in pregnancy: risk of transplacental metastases in the infant. *J Clin Oncol* 2003; 21(11): 2179 - 2186.
12. O'Meara AT, Cress R, Xing G, Danielsen B, Smith LH. Malignant melanoma in pregnancy. A population - based evaluation. *Cancer*. 2005; 103(6): 1217---1226.
13. Gottschalk N, Jacobs VR, Hein R, Fischer T, Schneider KT, Pildner von Steinburg S. Advanced metastatic melanoma during pregnancy: a multidisciplinary challenge. *Oncologie* 2009; 32(12): 748 - 751.

14. Lens M, Betaille V. Melanoma in relation to reproductive and hormonal factors in women: current review on controversial issues. *Cancer Causes Control* 2008; 19(5): 437 - 442.
15. Candini S, Iodice S, Koomen E, Di Pietro A, Sera F, Caini S. Hormonal and reproductive factors in relation to melanoma in women: current review and meta - analysis. *Eur J Cancer* 2011; 47(17): 2607 - 2617.
16. Σαλαμαλέκης ΕΕ. Νοσήματα του δέρματος. Στο: Σαλαμαλέκης ΕΕ. Κυήσεις υψηλού κινδύνου. Ιατρικές Εκδόσεις ΠΙΧ Πασχαλίδης, Αθήνα 1995: 397.
17. Friedman RJ., Rigel DS., Kopf AW. Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. *CA Cancer J Clin* 1985; 35(3): 130 - 151.
18. Rigel DS., Russak J., Friedman R. The evolution of melanoma diagnosis: 25 years beyond the ABCDs. *CA Cancer J Clin*. 2010; 60(5): 301 - 316.
19. Gormley D. Cutaneous surgery and the pregnant patient. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 23(2 Pt 1): 269 - 279.
20. Rosenberg P., Veering B., Urmev W. Maximum recommended doses of local anesthetics: A multifactorial concept. *Reg Anesth Pain Med*. 2004; 29(6): 564 - 575.
21. Squatrito R., Harlow S. Melanoma complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998; 25(2): 407 - 416.
22. Pandit - Taskar N., Dauer LT., Montgomery L., St Germain J., Zanzonico PB., Divgi CR. Organ and fetal absorbed dose estimates from 99mTc-sulfur colloid lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer patients. *J Nucl Med*. 2006; 47(7): 1202 - 1208.
23. Morton DL., Thompson JF., Cochran AJ., Mozzillo N., Elashoff R., Essner R., Nieweg OE., Roses DF., Hoekstra HJ., Karakousis CP., Reintgen DS., Coventry BJ., Glass EC., Wang HJ; MSLT Group. Sentinel - node biopsy or nodal observation in melanoma. *N Engl J Med*. 2006; 355(13): 1307 - 1317.
24. Mondt MM., Cuenca RE., Ollila DW., Stewart JH 4th, Levine EA. Sentinel lymph node biopsy during pregnancy: Initial clinical experience. *Ann Surg Oncol*. 2007; 14(1): 218 - 221.
25. Cimmino VM., Brown AC., Szocik JF., Pass HA., Moline S., et al. Allergic reactions to isosulfan blue during sentinel node biopsy--a common event. *Surgery*. 2001; 130(3): 439 - 442.
26. Albo D., Wayne JD., Hunt KK., Rahlfs TF., Singletary SE., et al. Anaphylactic reactions to isosulfan blue dye during sentinel lymph node biopsy for breast cancer. *Am J Surg*. 2001; 182(4): 393 - 398.
27. Shapiro R. Surgical approaches to malignant melanoma. Practical guidelines. *Dermatol Clin*. 2002; 20(4): 681 - 699.

28. Campbell F., Campbell C. Magnetic resonance imaging for stage IV melanoma during pregnancy. Arch Dermatol. 2006; 142(3): 393.

---

**CASE REPORT**

## *Malignant melanoma during pregnancy: a case report*

**Ioannis K. Thanasas**

Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Trikala, Greece

### ABSTRACT

We herein present a case report concerning the early diagnosis and successful treatment of a patient with malignant melanoma during pregnancy. Pregnant firstborn covering the 25th week of pregnancy was admitted to the outpatient clinic with cutaneous painful skin lesion in the region of the right thigh. On clinical examination revealed the presence of ulceration in soil preexisting nevus. The clinical suspicion of malignancy led to the decision for histological examination of the lesion confirmed the diagnosis. The patient was referred to an organized center, where he underwent wide resection of malignant melanoma of the skin. There were no need lefadenectomy local lymph nodes and the application of complementary treatment. Now in its 37th week of pregnancy, after spontaneous rupture of the fetal membranes our patient underwent cesarean section due to breech. The postoperative course was smooth. In this work, after the presentation of the event we attempted literature review of malignant melanoma during pregnancy, in particular in the modern diagnostic approach.



**Keywords:** malignant melanoma, pregnancy, diagnosis



Citation

I. Thanasas. Malignant melanoma during pregnancy: a case report. Scientific Chronicles 2018; 23(2): 232-239

eoi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2018.2.11>

---

Συγγραφέας επικοινωνίας: Ιωάννης Κ. Θανασάς, E-mail: [thanasasg@hotmail.com](mailto:thanasasg@hotmail.com)