

Yanığa Bağlı Marjolin Ülser; Olgu Sunumu ve Literatür İncelemesi

A. Ezer¹, S. Yıldırım¹, T. Canpolat², A. Parlakgümüş¹, K. Çalışkan², K. Kavak³, M. Haberal¹

Özet

Marjolin ülseri terimi; yanık skarı, kronik yara, inflamasyon ve irritasyon alanlarından köken alan deri kanserlerine verilen isimdir. Değişik deri kanser türleri bildirilmiş olmasına rağmen en sık görülen türü skuamöz hücreli karsinomdur. Çok agresif klinik gidiş, yüksek metastaz oranı ve kötü prognoz gibi nedenlerle erken evrede teşhis etmek ve erken cerrahi tedavi yapmak önemlidir. Cerrahide, lezyonun geniş eksizyonu ve bölgesel lenf nodu diseksiyonu önerilir. Cerrahi tedavi öncesinde hastalığın yaygınlığını saptamak, tedavi planlaması için önemlidir. Bu çalışmada yakın bölgesel lenf bezlerinde yayılım olmaksızın uzak bölge lenf bezlerinde metastaz oluşturmuş yanık skarına bağlı Marjinal ülser olgusu sunulmuş ve bu hastalığa ait klinik, tanı ve tedavi yöntemleri son literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Marjolin ülseri, Cilt kanseri, Yanık skar dokusu

Summary

Marjolin Ulcer Developing in Burn Scar Tissue: A Case Report and Review of the Literature

A Marjolin ulcer is skin cancer that emerges on the surfaces of burn scars, chronic wound lesions, and inflamed and irritated skin. Although different types of skin cancers have been reported, the most-common type is squamous cell carcinoma. Early diagnosis and prompt surgical treatment are essential because of the aggressive nature of this tumor, its high metastasis rate, and its poor prognosis. Wide excision of the lesion and regional lymph

node dissection are recommended. Before treatment is planned, however, the whole body must be scanned to determine the extent of the disease. In this case report, a Marjolin ulcer, originating from a burn scar that had spread to distant lymph nodes without regional lymph node metastases is reported. Clinical diagnosis and treatment of this disease are evaluated; a review of the recent literature is also included.

Key words: Marjolin ulcer, skin cancer, burn scar tissue.

Giriş

Yanık, hidradenitis süpurativa, radyoterapi, travma gibi nedenlere bağlı oluşan skar dokuları ve kronik yaralar cilt kanseri oluşma riskini artırmaktadır. Travmaya bağlı skar dokusunda tümör oluşumu, ilk kez 1828 yılında Jean-Nicholas Marjolin tarafından tanımlanmış ve Marjolin Ülseri (MÜ) olarak isimlendirilmiştir. En sık görülen histopatolojik tipi skuamöz hücreli karsinom (SHK) olup kendiliğinden gelişen cilt tümörlerine göre klinik olarak daha agresif seyir göstermektedirler (1,2). MÜ az karşılaşılan bir klinik durum olmasından dolayı, bu hastalıkta uygulanacak tedavi yaklaşımları tam olarak netleşmemiştir. Bu yazıda otuz yıl önce alev yanığı sonucu oluşan skar dokusunda bölgesel lenf metastazı yapmadan uzak lenf metastazı yapan SHK gelişen olgu sunularak bu hastalığa ait klinik, tanı ve tedavi yöntemleri tartışılmıştır.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Genel Cerrahi Anabilim Dalı,

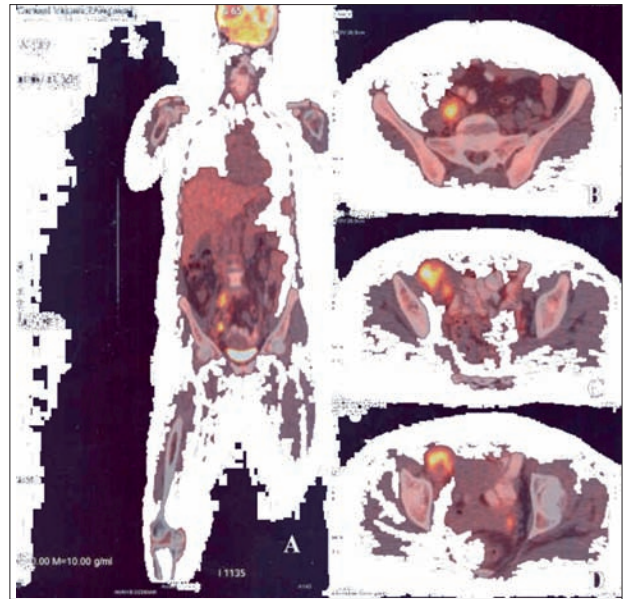
²Patoloji Anabilim Dalı, ³Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Adana

Olgu Sunumu

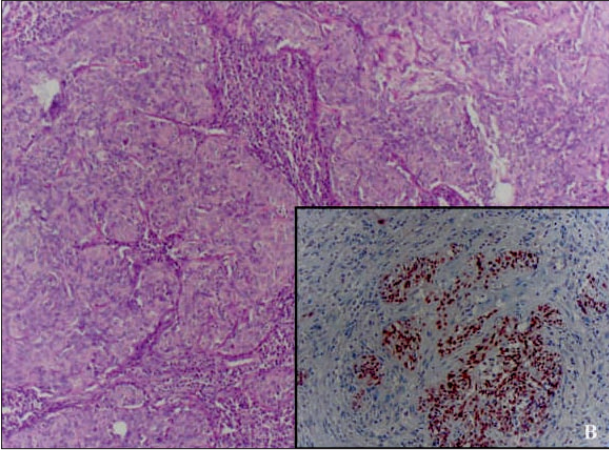
Otuz altı yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır sağ uyluk ön ve yan bölgelerinde pansumanlarla iyileşmeyen, giderek büyüyen iki adet yara şikayeti ile hastaneye müracaat etmiş. Hastanın özgeçmişinde otuz yıl önce karın her iki alt bölgesi, sağ uyluk ve sağ gluteal bölgede alev yanığı olduğu ve yaralarının pansumanlarla iyileştiği öğrenildi. İyileşmeyen yaralardan hastanemize müracaatından iki ay önce yapılan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde SHK saptandığı ve yaraların, temiz cerrahi sınır oluşturacak şekilde çıkartılarak, fizik bakıda ele gelen lenf bezi olmamasına rağmen sağ inguinal lenf nodu diseksiyonu yapılarak cerrahi eksizyon yapılan yerlerin cilt grefti ile kapatıldığı öğrenildi (Resim 1). Cerrahi olarak çıkartılan yaraların histopatolojik incelemesinde, az diferansiye SHK ve iyi diferansiye SHK saptanmış, çıkarılan 13 adet lenf nodunda ise metastaz saptanmamıştı. Hasta adjuvan tedavi amacıyla hastanemize geldiğinde, tedavi öncesi ilk evreleme ve Radyoterapi (RT) planlama amaçlı tüm vücut flourodeoxyglucose- pozitron-emission tomography (FDG-PET) tetkiki yapıldı. Bu tetkikte sağ iliyak zincirde yoğun düzeyde artmış FDG tutulumu gösteren hipermetabolik lenfadenopatiler izlendi (Resim 2 A,B,C,D). Hastaya cerrahi olarak sağ retroperitoneal bölgeye girilerek sağ iliyak lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Bu bölgeden çıkarılan ve en büyüğü 2,5 cm'ye varan 13 lenf bezinin altısında SHK metastazı saptandı. Mikroskopik olarak metastatik tümör hücreleri geniş veya poligonal vesiküller içeriyordu ve az differansiye olup immunhistokimyasal olarak p63ve sitokeratin ile boyanmış olup, S-100, vimentin ve HMB-45 negatif saptanmıştı. (Resim 3 A,B). Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçen hasta, üçüncü gün taburcu edildi ve adjuvan tedavi olarak RT ile eşzamanlı 2 kür Cisplatinum 75mg/m² verildi. 3 aylık takipte yinelemeye rastlanmadı.



Resim 1: Lenf nodu diseksiyonu yapılmış ve temiz cerrahi sınır oluşturacak şekilde çıkartılan greftlenmiş alanlar.



Resim 2(A) FDG PET/CT MIP(Maximum Intensity Projection) görüntüsü, (B) FDG PET/CT füzyon görüntüleri aksial kesitlerde; sağ ana iliak zincirde yaklaşık 2.5 cm çapında yoğun düzeyde artmış FDG tutulumu gösteren hipermetabolik LAP, (C) Sağ iliak zincirde yaklaşık 1.5 cm çapında orjini net ayırt edilemeyen fokal hipermetabolik alan (LAP?, sağ over?), (D) Sağ eksternal iliak zincirde yaklaşık 5_3.5 cm boyutlarında santralinde yer yer ametabolik alanlar içeren yoğun düzeyde FDG tutulumu gösteren LAP



Resim 3(A) Lenf nodunda az differansiye skuamöz karsinom metastazı, **(B)** p63 ile immun boyama

Tartışma

Skar dokusu üzerinde oluşan ve MÜ nadir rastlanan bir durumdur. Skar dokusundan MÜ gelişme süreci 25 yıl gibi uzun bir zaman içinde olabilmektedir. Bu yaralardan malignite gelişmesinin mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, hasarlanmış dokudan salınan toksinler, immunolojik faktörler, iritasyon, kötü lenfatik rejenerasyon, antikorlar veya DNA mutasyonları sorumlu tutulmaktadır(2-4). Genel popülasyonda, SHK gelişme oranı %0,1-0,5 olarak bildirilirken, skatris dokusu varlığında bu oranın yaklaşık %2 olduğu belirtilmektedir(1). Olgumuzun hikayesinde de 30 yıl önce yanığa bağlı skar dokusu geliştiği öğrenilmiştir.

Marjinal ülserli olgularda sıklıkla SHK görülmekle beraber malign melanom, bazal hücreli karsinom ve mezenkimal tümörlerde gelişebilmektedir (3,5,6). Bizim olgumuzda da az ve iyi diferansiye olmak üzere iki ayrı odakta SHK geliştiği görülmüştür. Tümörün az diferansiye olması ve tanı esnasında lenf nodu metastazı olması kötü prognoz belirteçleridir (7). Kronik yara nedeniyle uzun süre pansuman yapılması ve iyileşme sürecini beklerken gecikme, MÜ tanısının geç konulmasına neden olmaktadır. Bu olguda da yara oluşumundan sonra on ay kadar bir süre pansumanlarla zaman kaybedilmiş ve MÜ tanısını koymada zaman kaybedilmiştir. Bu nedenle iyileşmeyen yaralarda

histolojik kanıt olmadan sürekli bir şekilde pansumanlarla tedavi edilmeye çalışılmamalıdır. Bu tür yaralarda, yaranın birçok yerinden derin biyopsi yapılması en önemli tanı metodudur.

MÜ olgularında esas tedavi en az 2 cm sağlam doku ile birlikte lokal eksizyon yapılmasıdır (8,9). Ekstremitelerde eklem aralığını tutan ve kemik invazyonu yapan MÜ olgularında ekstremit amputasyonu cerrahi tedavi seçeneğidir (10). Literatürde genellikle proflaktik lenf nodu diseksiyonu (PLND) önerilmemekle birlikte, Novick ve arkadaşlarının çalışmasında alt ekstremit yerleşimli tümörlerin tedavisinde PLND yapılması savunulmaktadır(11). Civelek ve arkadaşlarının çalışmasında ise fizik bakıda lenf nodu saptanan hastalara bölgesel lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır. Bu yaklaşımla patolojik lenf nodu saptanmayan olgulara bölgesel lenf diseksiyonu yapılmayarak olası komplikasyonlardan kaçınıldığı vurgulanmıştır(8). Bir çalışmada tümörün temiz cerrahi sınır ile lokal eksizyon yapılması ve tanı anında fizik bakıda lenf nodu saptanmış ise lenf nodu diseksiyonu yapılması önerilmektedir (9). Onkolojik tedavi öncesinde PET-CT ile tüm vücudun taranması tedavideki yaklaşımı etkileyebilmektedir(12). Bizim olgumuzda ilk ameliyatta yapılan bölgesel lenf nodu diseksiyonunda metastatik lenf nodu saptanmamış, ameliyat sonrası dönemde elde olunan PET-CT de sağ iliyak bölgede tutulum saptanması üzerine sağ iliyak lenf nodu diseksiyonu eklenmiş ve 13 lenf ganglionunun altısında SHK metastazı saptanmıştır. Cerrahi yaklaşımda sadece fizik bakıyla lenf diseksiyonu yapıp yapmamaya karar vermek veya PLND yapmak yerine hastalığın yayılma düzeyini saptamak amacıyla tüm vücudun taranması ve sonuca göre cerrahinin planlanması önerilir.

Yanık yaralarındaki uzamış iyileşme sürecinin malignite riskini arttırması nedeniyle iyileşme süresini kısaltacak ve skar dokusunu azaltacak debridman ve greftleme gibi işlemlerin en etkin şekilde yapılması skar ve malignite oluşumunu azaltmaktadır (4,13).

MÜ'in tedavisi cerrahi olmakla beraber uygun hastalarda neo-adjuvan ve adjuvan RT ve/veya kemoterapi (KT) kombinasyonları uygulan-

bilmektedir. Büyük tümörlerde evreyi küçültmek (downstage) amacıyla neo-adjuvan tedavi (RT ve KT) önerilmektedir. Adjuvan kemoterapide Methotrexate, Bleomycin ve Cisplatinum kullanıldığı bildirilmiştir (14). Bizim olgumuzda uzak bölgesel lenf metastazı saptandığı için RT ile eşzamanlı 3 kür Cisplatinum 75 mg/m² verilmiştir.

Sonuç olarak, yanık skar dokularının kansere dönüşebileceği akılda tutulmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarına vücudun yanık alanlarında malignite gelişme riskinin olduğu açıklanmalıdır. Bu lezyonların düzenli olarak takip edilmesi ve şüpheli durumlarda biyopsi yapılması, tedavinin gecikmesini önleyerek, etkinliğini arttıracaktır. Cerrahi tedavi öncesi tüm vücudun taranması, ameliyatın planlanmasında önemli rol oynayacaktır.

Kaynaklar

1. Trent JT, Kirsner RS. Wounds and malignancy. *Adv Skin Wound Care*. 2003; 16:31-34
2. Konigova R, Rychterova V. Marjolin's ulcer. *Acta Chir Plast*. 2000; 42: 91-94
3. Celikoz B, Demiriz M, Selmanpakoglu N. A shorter lag period of mesenchymal malignancy on Marjolin's ulcer. *Burns*. 1997; 23: 72-74
4. Özek C, Çankayalı R, Bilkay U, Guner U, Gundogan H, Songur E, et al. Marjolin's ulcers arising in burn scars. *J Burn Care Rehabil*. 2001; 22:384-389
5. Fleming MD, Hunt JL, Purdue GE, Sandstad J. Marjolin's ulcer: a review and reevaluation of a difficult problem. *J Burn Care Rehabil*. 1990;11:460-469
6. Ozyazgan I, Kontacs O. Basal cell carcinoma arising from surgical scars: a case and review of the literature. *Dermatol Surg*. 1999;25: 965-968
7. Gupta SK, Sandhir RK, Jaiswal AK, Kumar S. Marjolin's ulcer of the scalp invading calvarial bone, dura and brain. *J Clin Neurosci*. 2005;12:693-696
8. Civelek B, Celebioglu S. Marjolin's Ulcer: A Retrospective Study of 28 Cases of Marjolin's Ulcer Due to Burn Injury and A Review of the Literature. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2004; 24:603-607
9. Sabin SR, Goldstein G, Rosenthal HG, Haynes KK. Aggressive squamous cell carcinoma originating as a Marjolin's ulcer. *Dermatol Surg*. 2004; 30:229-230
10. Chiang KH, Chou AS, Hsu YH, Lee SK, Lee CC, Yen PS, et al. Marjolin's ulcer: MR appearance. *AJR Am J Roentgenol*. 2006;186:819-820
11. Novick M, Gard DA, Hardy SB, Spira M. Burn scar carcinoma: Review and analysis of 46 cases. *J. Trauma*. 1977; 17: 809-817
12. Shintani SA, Foote RL, Lowe VJ, Brown PD, Garces YI, Kasperbauer JL. Utility of PET/CT imaging performed early after surgical resection in the adjuvant treatment planning for head and neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008;70:322-329.
13. Gelik E, Eroglu S, Karacaoglan N, Uzunismail A. Case Report: Early arising Marjolin's Ulcer in the scalp. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2003;16:217-221
14. Friedman R, Hanson S, Goldberg LH. Squamous cell carcinoma arising in a Leishmania scar. *Dermatol Surg*. 2003; 29:1148-1149