



IJBCM

International Journal of Basic and Clinical Medicine  
Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi

Research Article / Araştırma Makalesi

## Kronik Yara Görünümlü Karsinomlar

### Carcinomas with the Appearance of Chronic Wounds

Bilsev İnce<sup>1</sup>, Mehmet Dadacı<sup>1</sup>, Zeynep Altuntaş<sup>1</sup>, Fatma Bilgen<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Elbistan Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş

#### Özet

#### Amaç

Kutanöz maligniteler sıklıkla travmatize, degeneratif ve kronik inflamme cilt veya skar dokusundan gelişir. Yapılan incelemelerde kutanöz malignitelerin sıklıkla yanık skarları (Marjolin ülser), venöz ülserler, bası yaraları, sistostomi alanları, kronik pilonidal sinüs, hidradenitis süpurativa, lupus skarları, kronik lenfödem, travmatik yaralar, kronik osteomyelit alanlarında geliştiği gösterilmiştir.

Bu çalışmamızda kronik yara görünümü nedeniyle yara bakımı tedavisi almasına rağmen iyileşme göstermeyen, biyopsi sonucunda malignite tespit edilen hastalarda ayırıcı tanı ve uygulanan tedavi yaklaşımlarımız sunulmaktadır.

#### Materyal ve Metot

2008-2012 yılları arasında kliniğimize kronik yara nedeniyle başvurup biyopsi sonucu karsinom çıkan beş hasta çalışmaya alındı. Hastalar daha önce aldıkları tedavi, patolojik tanıları, predispozan faktörler, malign dejenerasyon süresi, rekonstrüksiyon teknikleri, komplikasyon ve nüks açısından retrospektif incelendi.

**Bulgular:** Patolojik inceleme sonucunda 3 hastada verrüköz karsinom, 2 hastada skuamoz hücreli karsinom belirlendi. Malign dejenerasyon süresi ortalama 8 yıl (5-12) idi.

#### Sonuç

Ciltteki kronik irritasyonun veya yumuşak dokunun farklı büyüme faktörlerine maruz kalmasının, aynı zamanda inflamasyona bağlı olarak bu bölgede ortaya çıkan sitotoksik faktörlerin malign transformasyonda önemli rol oynadığı düşünülmektedir.

Kronik yaralı hastalarda karsinom gelişimini engellemede, iyi yara bakımı, travmadan kaçınmak, iyileşmeyen ülserlerden biyopsi alarak erken tanı konulması önemlidir. En yaygın rastlanan histolojik tümör tipi skuamoz hücreli karsinomdur. Uzun süreli iyileşmeyen açık yarası olan ve risk faktörleri bulunan hastalarda kutanöz malignite gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

#### Abstract

#### Aim

Cutaneous malignancies often develop in traumatized, degenerative, and chronically inflamed skin or scar tissues. The observations indicated that cutaneous malignancies often arise in burn scars (Marjolin's ulcer), venous ulcers, compression wounds, cystostomy sites, chronic pilonidal sinus, hidradenitis suppurativa, lupus scars, chronic lymphedema, traumatic wounds, and sites of chronic osteomyelitis.

The current study presents a differential diagnosis and treatment approach in patients who received wound care and treatment due to the presence of chronic wounds and in whom biopsy revealed malignancy.

#### Material and Methods

Five patients who presented to the clinic due to chronic wounds between 2008 and 2012 and in whom biopsy revealed carcinomas were included in the study. The patients were retrospectively reviewed in terms of previously administered therapies, pathological diagnosis, predisposing factors, time to malignant degeneration, reconstruction techniques, complications, and recurrence.

#### Results

The pathological examination revealed verrucous carcinoma in three patients and squamous cell carcinoma in two patients. The mean of malignant degeneration time was 8 years (5-12).

#### Conclusion

Chronic skin irritation and exposure of the soft tissues to different growth factors, and cytotoxic factors arising due to inflammation are thought to play an important role in malignant transformation.

Providing good wound care, avoiding traumas, and obtaining biopsy from non-healing wounds to establish early diagnosis are very important in patients with chronic wounds. Squamous cell carcinoma was the most commonly encountered histological tumor type. Moreover, it must also be remembered that cutaneous malignancies can develop in patients with sustained open wounds and risk factors.

**Anahtar kelimeler:** kronik yara, malignite, kutanöz

**Key words:** chronic wound, malignancy, cutaneous

#### Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Dr. Bilsev İnce  
Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Konya.  
Telefon: +90 (332) 223 6706  
E-mail: bilsevince@yahoo.com

#### Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 14.02.2014  
Date Accepted / Kabul Tarihi: 26.06.2014

## Giriş

Kutanöz maligniteler sıklıkla travmatize, degeneratif ve kronik inflame cilt veya skar dokusundan gelişir<sup>1</sup>. Yapılan incelemelerde kutanöz malignitelerin sıklıkla yanık skarları (Marjolin ülser), venöz ülserler, bası yaraları, sistostomi alanları, kronik pilonidal sinüs, hidradenitis süpürativa, lupus skarları, kronik lenfödem, travmatik yaralar, kronik osteomyelit alanlarında geliştiği gösterilmiştir<sup>2</sup>. Ayrıca malignite riski, yara enfeksiyonu, immun sistemde zayıflık durumlarında ve fragil, kolay travmatize doku alanlarında daha fazla artmaktadır<sup>1,3</sup>.

Kronik ülser zemininde en sık rastlanan malignite skuamoz hücreli karsinomdur ve epidermiste subrabazal tabakadaki keratinositlerden köken almaktadır<sup>4</sup>. Kronik ülserlerin malign transformasyonu yavaş olmakta ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Ciltteki kronik irritasyonun veya yumuşak dokunun farklı büyüme faktörlerine maruz kalmasının malign transformasyonda önemli rol oynadığı düşünülmektedir<sup>5</sup>.

Bu çalışmamızda kronik yara görünümü nedeniyle yara bakımı tedavisi almasına rağmen iyileşme göstermeyen, biyopsi sonucunda malignite tespit edilen hastalarda ayırıcı tanı ve uygulanan tedavi yaklaşımlarımız sunulmaktadır.

## Materyal ve Metot

2008-2012 yılları arasında kliniğimize kronik yara nedeniyle başvurup biyopsi sonucu karsinom çıkan beş hasta çalışmaya alındı. Hastalar daha önce aldıkları tedavi, patolojik tanıları, predispozan faktörler, malign dejenerasyon süresi, rekonstrüksiyon teknikleri, komplikasyon ve nüks açısından retrospektif incelendi.

Tüm hastalarda anamnezin alınmasını takiben maligniteyi ekarte etmek için yara kenarları ve zemininden biyopsi alınarak patolojik incelemeye gönderildi. Biyopsi sonucu karsinom gelen hastalarda radyolojik inceleme yapıldı. Radyolojik incelemede karsinomun kemik invazyonu, lenf nodu veya uzak organ metastazı değerlendirildi. Yapılacak anestezi tekniği karsinomun bulunduğu anatomik bölge, planlanan rekonstrüksiyon tekniği ve hastanın genel durumuna göre seçildi. Kemik invazyonu tespit edilen hastalarda kemik eksize edilerek geniş cerrahi eksizyon yapıldı. Rekonstrüksiyonda kısmi kalınlıkta deri grefti ve flepler kullanıldı. Parmakta karsinom tespit edilen hastalara amputasyon yapıldı.

## Bulgular

Çalışmaya alınan 5 hastanın (4E, 1K) yaş ortalaması 60 (48-69) idi (Tablo 1). 1 hastada spinal kord yaralanmasına bağlı paraplejik durum nedeniyle sakral bölgede meydana gelen bası yarası zemininde (Resim 1), üç hastada da diyabetus mellitusa bağlı kronik yara zemininde malignite geliştiği tespit edildi (Resim 2, 3). Bir hastada her hangi bir predispozan faktör bulunmadı.



**Resim 1.** Dekübit ülser tanısıyla takip edilen sakrokoksigeal bölgede 20x15 cm.lik, kötü kokulu ve akıntılı, ülserovegetatif görünümlü, kenarları düzensiz lezyon



**Resim 2.** Sağ ayak 1.parmakta iyileşmeyen yara



**Resim 3.** Her iki ayak bileği anteriorda kronik yara görümlü verrüköz karsinom

Malign dejenerasyon süresi ortalama 8 yıl (5-12) idi. 2 hasta lokal anestezi altında opere edilirken 2 hasta spinal anestezi altında 1 hasta ise genel anestezi altında opere edildi. Tüm hastalara geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Üç hastada kemik invazyonu tespit edilerek kemik eksizyonu yapıldı. Bunlardan ikisinde ayak başparmak metatarsofalangial eklem seviyesinden ampute edilerek güdük kapatıldı. İki hastada kısmi kalınlıkta deri grefti, bir hastada flep ile rekonstrüksiyon yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda 3 hastada verrüköz karsinom, 2 hastada skuamöz hücreli karsinom belirlendi. Tüm hastaların alınan tümörlerinde cerrahi sınır negatifti. Hastaların lenf nodları ve uzak metastaz açısından değerlendirildiğinde her hangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaların hiçbirinde komplikasyon ve nüks gelişmedi.

**Tablo 1.** Hastalara ait demografik bilgiler

No	Yaş/ Cinsiyet	Predispozan Faktör	Yara Süresi (yıl)	Anestezi Tekniği	Kemik invazyon	Cerrahi Teknik	Tanı	Sonuç
1	48/E	Dekübit ülser	10	Genel	+	Flep	Squamöz hücreli karsinom	Tam
2	52/E	DM	5	Lokal	+	Amputasyon	Verrüköz Karsinom	Tam
3	65/E	DM	7	Spinal	-	Greft	Verrüköz Karsinom	Tam
4	69/E	DM	12	Lokal	+	Amputasyon	Squamöz hücreli karsinom	Tam
5	66/K	-	6	Spinal	-	Greft	Verrüköz Karsinom	Tam

## Tartışma

Kronik yara görünümlü maligniteler sıklıkla basınça maruz kalan alanlar da uygulanan alanlar, kronik venöz ülserler, travmatik yaralar, osteomyelit, fistüller, yanık skarların bulunduğu alanlarda ortaya çıkmaktadır. Ülserlerde malign dönüşümde rol oynayan predispozan faktörler arasında, kronik irritasyon ve travmatizasyon, kronik enfeksiyon, osteomyelit, kötü hijyen, çevresel faktörler, genetik faktörler, kriyoterapi ve küretaj gibi destrüktif işlemler yer almaktadır<sup>1,3,10</sup>.

Malign transformasyon patogenezi hala bilinmemektedir. Ancak bu hastalarda yara enfeksiyonu, immun sistem zayıflığı ve fragil, kolay travmatize doku alanlarında olmasının riski artırdığı gösterilmiştir. Ciltteki kronik irritasyonun veya yumuşak dokunun farklı büyüme faktörlerine maruz kalmasının, aynı zamanda inflamasyona bağlı olarak bu bölgede ortaya çıkan sitotoksik faktörlerin malign transformasyonda önemli rol oynadığı düşünülmektedir<sup>5,6</sup>.

En yaygın rastlanan histolojik tümör tipi squamoz hücreli karsinomdur. Bazal hücreli karsinom, melanom ve sarkomda görülebilmektedir<sup>1-4</sup>.

Skuamoz hücreli karsinom etyolojisinde birçok faktör rol oynamakta olup en sık nedenler arasında ultraviyole maruziyeti, açık deri rengi, DNA onarım defektleri, Human papilloma virüs enfeksiyonu, immunsupresyon, iyonize radyasyon, uzun süreli ülserler, arsenik gibi çevresel karsinojenler yer almaktadır<sup>7,8</sup>. Kronik ülserlerde ekzofitik değişiklikler veya deri infiltrasyonu olması malign kutanöz dönüşümü gösterir<sup>9,10</sup>.

Malignite sıklıkla orta yaşlarda ortaya çıkmasına rağmen her yaşta görülebilmektedir.

Erkeklerde kadınlara oranla 2 kat fazla görülmektedir ve malign dejenerasyon süresi ortalama 10 yıl olarak tespit edilmiştir<sup>4,5</sup>. Çalışmamızdaki hastaların çoğu erkek iken malign dejenerasyon süresi ortalama 8 yıl idi. Tümörlerde en sık görülen bulgu karnıbahar benzeri büyüme olmasıdır. Aynı zamanda hafif ağrı ve kolay kanama, ülserin hızlı büyümesi ve kenar düzensizliklerinin olması maligniteden şüphelendirmelidir. Ayrıca enfeksiyon veya metastaz nedeniyle bölgesel lenf nodu büyümesi de gözlenebilir. Bu hastalarda temel tanı yöntemi biyopsidir<sup>6,14,15</sup>. 4 aydan daha uzun süre iyileşmeye göstermeyen, şiddetli ağrı, yara kenarlarında aşırı granülasyon dokusu ve düzensizlik oluşan, kolay kanaması olan veya ekzofitik büyüme gösteren tüm yaraların yara kenarlarından ve yaranın zemininden biyopsi alınmalıdır<sup>11</sup>. Biyopsi sonucunda 3 hastamızda gözlenen verrüköz kanser ise iyi diferansiye skuamöz hücreli karsinom varyantıdır. Bulduğu yere göre de 4 tipi bulunmaktadır<sup>12,13</sup>. Tip 1 bukkal mukozada, tip 2 anogenital bölgede, tip 3 ayak tabanında ve tip 4 ise diğer vücut bölgelerinde görülendir<sup>12,13</sup>.

Kronik ülser zemininde gelişen karsinom tedavisinde, iyi diferansiye, küçük ve invaziv olmayan tümörlerde cerrahi eksizyon ve greftleme yeterli iken, orta veya kötü diferansiye veya büyük ve invazif iyi diferansiye tümörlerde geniş cerrahi eksizyon, ekstremitelere ise amputasyon önerilmektedir<sup>14,15</sup>. Ayrıca skuamöz hücreli karsinom tespit edilen olgularda lenf nodu veya uzak organ metastazı değerlendirilmelidir. Metastaz oranı yaklaşık %15 olup genellikle bölgesel lenf nodlarına olmaktadır. Uzak organ metastazları da akciğer, beyin ve dalağa olmaktadır. Lenf nodu veya viseral organ metastazı olduğu durumlarda yaşam şansı %35-50'ye gerilemektedir<sup>14-17</sup>. Hastalarımızın hiç birinde

bölgesel lenf nodlarına veya uzak metastaz bulunmamaktaydı. Lenf nodlarına veya uzak viseral organlara metastaz bulunan, ileri evre hastalarda adjuvan veya palyatif olarak radyoterapi veya kemoterapi verilebilmektedir<sup>1,16,17</sup>.

Kronik yaralı hastalarda karsinom gelişimini engellemede, iyi yara bakımı, travmadan kaçınmak, iyileşmeyen ülserlerden biyopsi alarak erken tanı konulması önemlidir. Uzun süreli iyileşmeyen açık yarası olan ve risk faktörleri bulunan hastalarda kutanöz malignite gelişebileceği akılda tutulmalı, patolojik inceleme yapılmalı ve tedavisinin güvenli sınırlarda cerrahi eksizyon olduğu bilinmelidir.

#### Kaynaklar

1. Daya M, Balakrishan T. Advanced Marjolin's ulcer of the scalp in a 13-year-old boy treat by excision and free tissue transfer: Case report and review of literature. *Indian J Plast Surg* 2009; 42(1): 106-11.
2. Onesti MG, Fino P, Fioramonti P, Amorosi V, Scuderi N. Ten tears of experience in chronic ulcers and malignant transformation. *Int Wound J* 2013, doi: 10.1111/iwj.12134.
3. Kerr-Valentic MA, Samimi K, Rohlen BH, Agarwal JP, Rockwell WB. Marjolin's Ulcer: modern analysis of an ancient problem. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123(1): 184-91.
4. Cocchetto V, Magrin P, Paulo RA, Aidé M, Monte Razo L, Pantaleão L. Squamous cell carcinoma in chornic wound: Marjolin ulcer. *Derm Online J* 2013; 19(2):7.
5. Alamı M, Mahfoud M, El Bardouni A, Berrada MS, El Yaacoubi M. Squamous cell carcinoma arising from chronic osteomyelitis. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2011; 45(3): 144-8.
6. Burns T, Breatnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. Massachusetts: Blackwell; 2004.
7. Kundakçı N, Erdem C. Lepra ve diğer mikobakteriyel deri infeksiyonları. *Dermatoloji'de*. Ed. Tüzün Y, Güner MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008; 433-58.
8. Dormand EL, Ridha H, Vesely MJ. Long-term outcome of Squamous Cell Carcinoma of the upper and lower limbs. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2010; 63: 1705-11.
9. Samira Y, Sérgio H, Michalany NS, de Almeida FA, Jane T. Squamous cell carcinoma in chronic ulcer in lepromatous leprosy. *Dermatol Surg* 2009; 35: 2025-30.
10. Enoch S, Miller DR, Price PE, Harding KG: Early diagnosis is vital in the management of squamous cell carcinomas associated with chronic non healing ulcers: a case series and review of the literature. *Int Wound J* 2004; 1: 165-75
11. Trent JT, Kirsner RS. Wound and Malignancy. *Adv Skin Wound Care* 2003; 16: 31-4.
12. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 7ed. United States : McGraw-Hill, 2008; 319-74.
13. Melo CR, Melo SR. Carcinoma cuniculatum of the buttock: an unusual case with an inverted growth. *Dermatologica* 1989; 179: 38-41.
14. Karadağ AS, Akdeniz N, Çalka Ö, Çeçen İ, Bayram İ, Ceylan F. Plantar Ülser Zemininde Skuamöz Hücreli Karsinom Gelişen Bir Lepra Olgusu. *Dermatoz* 2010; 1(4): 185-7.
15. Kumaravel S. Neoplastic transformation of chronic ulcers in leprosy patients: a retrospespective study of 23 consecutive cases. *Indian J lepr* 1998; 70: 179-87.
16. Combemale P, Bousquet M, Kanitakis J, Bernard P. Malignant transformation of leg ulcer: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21: 935-47.
17. Weedon D. *Weedon's Skin Pathology*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone Elsevier, 2010: 982-95.