

12 yaşındaki bir olguda marjolin ülser

Zekeriya TOSUN¹, Adem ÖZKAN¹, Sadık ŞENTÜRK¹, Mustafa Cihat AVUNDUK², Nedim SAVACI¹

¹Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı,

²Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Marjolin ülser, skar dokusunda ve özellikle de yanık skarlarında gelişen malignensiyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Başlangıç yanık yaralanmasından uzun yıllar sonra yanık skar dokusunda görülür. Bu grup hastalarda en sık görülen malignite skuamoz hücreli karsinom (SCC)'dir. Bazal hücreli karsinom, melanom ve sarkom daha az sıklıkta bildirilmiştir. Biyopsi en önemli tanı prosedürüdür. Tedavi geniş eksizyondur ve bölgesel lenf nodu disseksiyonudur.

12 yaşında bir olgu aksiller bölgede 10 aydır mevcut olan ve iyileşmeyen yara şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın aksiller bölgeden toraksa uzanan lezyonu mevcuttu. İnsizyonel biyopsi uygulandı. Histopatolojik inceleme SCC olduğunu gösterdi. Geniş cerrahi eksizyon yapıldı. Defektli alan flep ile kapatıldı. Mevcut aksiller kontraktür Z-plastilerle açıldı. Olgu, 10 yıl gibi erken sürede Marjolin ülser gelişmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Marjolin ülser, yanık skar karsinomu

Selçuk Tıp Derg 2004,20:119-122

SUMMARY

12 year-old case with marjolin's ulcer

Marjolin's ulcer is a term to describe a malignancy arising from scar tissue, especially burn scars. It appears on burn scar a long period after initial burn injury. The most common malignancy is squamous cell carcinoma (SCC) for these type of patients. Basal cell carcinoma, melanoma and sarcoma have less frequently been reported. Biopsy is the most important diagnostic procedure. The treatment is wide excision and regional lymph node dissection.

A 12 year old child admitted to our clinic with unhealed wound in the axillary region for ten months. The patient had an ulcer axillary region through thorax. Incisional biopsy was performed. Histopathologic examination revealed that SCC. Wide surgical excision was done. The defect area was covered with flap. Axillar contracture was reconstructed with Z-plasties. The case was presented due to early development of Marjolin's ulcer as in ten years.

Key words: Marjolin's ulcer, burn scar carcinoma

Marjolin ülser, özellikle yanık skarları olmak üzere cildin kronik ülserlerine bağlı gelişen maligniteleri tanımlamak için kullanılan terimdir (1). Yanık alanlarına tekrarlayan travma, kronik ülserasyonlara ve malign transformasyon riskinin artmasına neden olmaktadır (2). Ağır yanık yaralarının uzayan iyileşmesi de karsinom gelişmesi için potansiyel risk faktörüdür. Yanık skarına sekonder gelişen karsinomlar genellikle skuamoz hücreli karsinom (SCC)'dir. İki klinik formu vardır: Akut formunda yaralanmadan sonra bir yıl içinde malignite görülür. Kronik formunda yaralanmadan on yıllar sonra malignite meydana gelir (1). Akut karsinomlar yanık skar karsinomlarının yaklaşık % 13-22'sini oluşturmaktadır. Kronik karsinomlar ise yanık skar

karsinomlarının % 78-87'sini oluşturur (3).

Yanık zemininde marjolin ülser gelişimi sık görülen bir olay ise de, bunun bizim olgumuzda olduğu gibi erken dönemde ve küçük yaşta görülmesi nadirdir. Yine olgumuzdaki gibi tümörün tam kontraktür hattında olması tanı koymayı zorlaştırmaktadır. Tümörün bu lokalizasyonu ve hasta yaşının küçük olması nedeniyle ilginç bulunan vaka sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

12 yaşındaki bir olgu, aksiller bölgesinde 10 aydır mevcut ancak iyileşmeyen ülser yara şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinden 2 yaşında

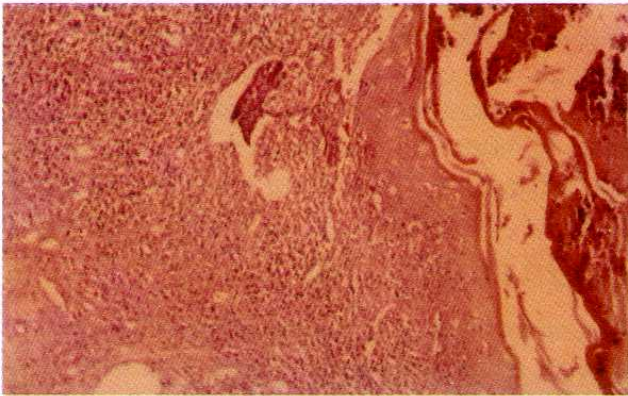
Haberleşme Adresi: Dr. Zekeriya TOSUN, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

Geliş Tarihi : 12.01.2004 Yayına Kabul Tarihi : 23.06.2004 e-posta: ztosun@selcuk.edu.tr

sıcak su ile yandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sol aksiller ön çizgideki kontraksiyon hattında ülserle yarasa mevcuttu (Şekil 1). Metastazi düşündürülecek lenfadenopatiye ve sistemik başka bir patolojiye rastlanmadı. Lezyon ortasından ve kenarından insizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu SCC tanısı konulması üzerine (Şekil 2), hastaya geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Defektli alan flep ile kapatıldı (Şekil 3). Eksize edilen dokunun histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırlarda tümör dokusu yoktu. Mevcut aksiller kontraktür de Z-plastilerle açıldı. Lenfadenopati olmayan hastaya lenf nodu disseksiyonu yapılmadı. Histopatolojik inceleme amacıyla alınan lenf bezlerinde metastaza ait bulguya rastlanmadı. İki yıl süreyle takip edilen hasta da lokal nüks ve metastaz görülmedi.



Şekil 1. 12 yaşındaki hastada yanık skarına bağlı kontraksiyon hattı üzerindeki 10 aydır iyileşmeyen yara.



Şekil 2: Çok katlı yassı epitelin geniş alanlarda displazik değişim gösterdiği ve bir alanda epitel altına invazyon gösterip tümöral ada oluşturduğu izlendi. Epitel altındaki yoğun iltihabi infiltrasyon dikkat çekmektedir. (HE; x20)

TARTIŞMA

Ultraviyole ışınları, iyonize radyasyon, arsenik, polihidrokarbon ve benzeri ajanlarla tekrarlayan temas ciltte SCC gelişimi için risk oluşturmaktadır. Maligniteler, yanıkların neden olduğu kronik lezyonlarda, ülserlerde veya travmatik yara infeksiyonlarında da görülebilir (4). Kütanöz skarların malign dejenerasyonu ilk defa 1928'de Marjolin tarafından tanımlanmıştır (5).

Yanık skar zemininde gelişen SCC'ler, diğer SCC'lerden daha agresif seyretmektedir (6). Yanık skarında SCC insidansı % 2 iken (7), yanık skar karsinomu % 75-96 oranında SCC'dir. Olgumuzda da histopatolojik inceleme sonucu SCC olarak değerlendirilmiştir. % 1-25 oranında da bazal hücreli karsinom (BCC) görülür. Meianom ve sarkom daha az sıklıkta bildirilmiştir (8). Tipik olarak % 71 oranında ekstremitelerde görülür (9). Bu, ekstremitelerin yanığa daha fazla maruz kalmasıyla ilgilidir.

Bu karsinomlar stabil olmayan yanık skarları gibi, uzun süredir var olan irritasyon alanlarında da gelişebilmektedir. Yanık karsinomları genellikle otuz yıldan daha fazla bir sürede gelişmektedir. Yaş ortalaması 58 olan 31 olgu ile yapılan bir çalışmada (10) travmadan sonra tanı süresi 23 yıl olarak bulunmuştur. 37 olgulu bir başka seride yanıktan SCC teşhisine kadar geçen süre ortalama 35 yıl olarak bulunmuştur (8). Özek ve arkadaşlarının (2) 40 olgulu bir serisinde ortalama skar yaşı 34.5 yıl olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada ise 4 yıl gibi kısa bir sürede gelişen marjolin ülser olgusu sunulmuştur. Bu süre 74 yıla kadar uzayabilmektedir. Olgumuz, yaşının küçük olması ve 10 yıl gibi kısa sürede skar dokusunda karsinom gelişmesi bakımından ilginç bir olgudur.

Yanık skarlarında karsinom gelişme patogenezi



Şekil 3: Eksizyon sonrası oluşan defektli alanın kapatıldıktan sonraki görünümü.

bilinmemektedir. Yanan dokudan malign dejenerasyon yapan karsinogenik toksinler üretilmekte, bunlar skatrisyel dokuda kontrolsüz tümör büyümesine izin vermektedir. Kronik irritasyon da maligniteye neden olabilmektedir(11). Yanık nedeniyle oluşan DNA hasarı da malign transformasyon nedenlerinden biridir (12).

Yanık skar karsinomunun iki klinik tipi vardır:

1- Sınırları kalkmış, ülseratif, infiltratif düz lezyonlar, etrafı enduredir. Bu tip daha sıktır.

2- Eksofitik, papiller, granülasyon dokusu şeklindedir ve nadir görülür (11). Diğer özellikleri; kanama, ağrı ve kötü kokudur. Olgumuzda 10 aydır yara şikayeti olmasına rağmen bu tip semptomlar gözlenmemiştir. Ancak klinik olarak tip I 'e uymaktadır.

Malign dejenerasyon skar içerisinde iyileşmeyen yara kenarından başlayarak, tabana ve dışa doğru yavaş büyür. Biyopsi en önemli tanı prosedürüdür. Biyopsi yara ortasından ve kenarından alınmalıdır (3). Marjolin ülser tanısından sonra histolojik evreleme önemlidir. Evre I karsinomlar yavaş yayılır ve nadir lenf nodu metastazı yapar, evre 2-3 karsinomlar ise daha hızlı yayılım gösterir. Operasyon öncesi alınan biyopsi ile yapılan evreleme bölgesel lenf nodu diseksiyonu yapma kararı konusunda bize yön verecektir. Lenf nodu diseksiyonu yapılmamış olsa da olgumuzda histopatolojik incelemeye alınan lenf bezlerinde metastaz bulgusunun olmaması literatürle uyumludur (2). Histolojik görünüm olarak psödoepitelyamatoz hiperplazi ile SCC arasındaki ayırım zorluğundan dolayı tanı bazen karışabilir (13). Bu durumda klinik muayene ve anamnez önem kazanır.

Yanık skarı karsinomları için ideal tedavi yara kenarından en az 2 cm olmak üzere geniş cerrahi eksizyondur. Erken radikal cerrahi önemlidir (14). Olgumuzda geniş cerrahi eksizyon uygulandı, defekti alan lokal fleple kapatıldı. Bölgesel lenf nodu tutulumu olmadığı için diseksiyon yapılmadı. Bölgesel lenf nodu diseksiyonu tartışmalıdır. Bir grup ancak klinik olarak lenf nodu palpasyonu veya histolojik olarak malinite yüksek evrede ise tavsiye ederken (15), diğer bir grup, yanık skar karsinomlarının yüksek derecede metastazından dolayı özellikle de alt ekstremitede ise profilaktik olarak lenf nodu diseksiyonunu savunmaktadır (16). Baş-boyun kanserlerinde profilaktik veya elek-

tif lenf nodu diseksiyonu önerilmez (3). Bostwick ve arkadaşları (17), geniş marjolin ülser eksizyonundan 2-4 hafta sonra rejional lenf nodu diseksiyonunu savunmakta ve skar çevresindeki kronik ülserin tümöre antikor cevabı oluşmasına izin vermediğine, tümör çıkarıldığında da bölgesel ve uzak lenf nodlarına hızlı metastaz olduğuna inanmaktadırlar. Tümörün grade I olarak değerlendirilmesi, 10 aylık bir hikayeye sahip olması, lenf bezi biyopsilerinde metastaz yönünde bulgu olmaması nedeniyle olgumuzda lenf nodu diseksiyonu yapılmadı.

Adjuvan radyoterapi, cerrahi sınırlarda tümör olan olgular ile lenf nodu tutulumu olan hastalara önerilmektedir (10). Olgumuzda radyoterapiye ihtiyaç duyulmamıştır.

Ryan ve arkadaşları (18), SCC olan üç marjolin ülseri topikal ve parenteral 5-Fluorourasil (5-FU) ile tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Onlara göre 5-FU, hücre çevresi infiltrasyonu ile marjolin ülser etrafında özel bir immünolojik alan oluşturmakta ve vücutun tamamını duyarlı hale getirmektedir. Kanaatimizce cilt tümörlerinde lokal ya da sistemik antineoplastik tedavi yeterli olmayabileceği gibi cerrahi eksizyon kadar kesin sonuçlara da dayanmamaktadır. Bu yaklaşımımız birçok yazar tarafından da desteklenmektedir; Yanık skar karsinomu, titiz bir şekilde yanık yara bakımı, erken cilt greftlenmesi, enfeksiyonların tedavi edilmesi, skar kontraktürünün önlenmesi veya minimize edilmesi ve yanık skarından gelişmiş dejeneratif lezyonların erken eksizyonu ile önlenabilir (2).

En önemli prognostik gösterge bölgesel lenf nodu metastazıdır (8). Tüm olgularda rejional lenf nodu metastazı oranı % 34-36'dır. Metastaz insidansı % 15 ile 75 arasında geniş bir aralık göstermektedir. İki yıllık takip ile hastada lokal nüks veya metastaz bulgusuna rastlanmadı. Marjolin ülser genellikle karaciğer, akciğer, beyin ve böbreklere metastaz yapar. Alt ekstremitte lezyonlarında yaşam süresi daha kısadır. Karsinomun akut olması, baş-boyun veya üst ekstremitte lokalizasyonu, eksofitik olması, iyi diferansiyasyon ve metastaz olmaması iyi prognoz kriterleridir (7). 5 yıllık yaşam süresi % 50-75 olarak bildirilmektedir (4).

Marjolin ülser yanıktan uzun yıllar sonra gelişmekte ise de bunun daha erken dönemde ve daha küçük yaşlarda gelişebileceği unutulmamalı ve cerrahi tedavide geç kalınmamalıdır. Erken

müdahale ile hem tümör küçük iken hem de bölgesel lenf nodu tutulumu olmadan eksizyon yapılabilecektir. Böylece lokal nüks ve lenf nodu

tutulumu da oldukça azaltılmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Dupree MT, Bayer JD, Cobb MW. Marjolin's ulcer arising in a burn scar. *Cutis* 1998; 62:49-51.
2. Özek C, Cankayali R, Bilkay U, Guner U, Gundogan H, Songur E ve ark. Marjolin's ulcers arising in burn scars. *J Burn Care Rehabil* 2001; 22:384-9.
3. Spring PM, Myers JN, El-Naggar AK, Langstein HN. Malignant melanoma arising within a burn scar case report and review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110:369-76.
4. Fleming MD, Hunt JL, Purdue GF, Sandstad J. Marjolin's ulcer: a review and reevaluation of a difficult problem. *J Burn Care Rehabil* 1990; 11: 460-9.
5. Özek C, Çelik N, Bilkay U, Akalin T, Erdem O, Çağdaş A. Marjolin's ulcer of the scalp: report of 5 cases and review of the literature. *J Burn Care Rehabil* 2001; 22: 65-9.
6. Clairmont AA, Hanna DC, Gaisford JC, Richardson GS. Marjolin's ulcer. *PaMed* 1979; 82:31-3.
7. Phillips TJ, Salman SM, Bhawan J, Roges GS. Burn scar carcinoma. Diagnosis and management. *Dermatol Surg* 1998; 24: 561-5.
8. Novick M, Gard DA, Hardy SB, Spira M. Burn scar carcinoma: a review and analysis of 46 cases. *J Trauma* 1977; 17: 809-17.
9. Arnes FC, Hickey RC. Squamous cell carcinoma of the skin of the extremities. *Int Adv Surg On coll*1980;3: 179-99.
10. Edwards MJ, Hirsch RM, Broadwater JR, Netscher DT, Ames FC. Squamous cell carcinoma arising in previously burned or irradiated skin. *Arch Surg* 1989; 124: 115-7.
11. Coburn RJ. Malignant ulcers following trauma. *Cancer of the Skin* 1976; 2: 939-49.
12. Dinehart SM, Pollack SV. Metastasis from squamous cell carcinoma of the skin and lip. *J Ann Acad Dermatol* 1989; 21: 241-8.
13. Akguner M, Barutçu A, Yılmaz M, Karatas O, Vayvada H. Marjolin's ulcer and chronic burn scarring. *J Wound Care* 1998; 7: 121-2.
14. Morton CE, Crawford HH, Love HG, Loeffler RA. The malignant potential of burn scar. *Plast Reconstr Surg* 1958; 22: 348-53.
15. Alexander S J. Squamous cell carcinoma in chronic hydradenitis suppurativa: a case report. *Cancer* 1979; 43: 745-8.
16. Smith J, Mello LF, Nogueira Neto NC, Meoas W, Pinto LW, Campos VA et al. Malignancy in chronic ulcers and scars of the leg (Marjolin's ulcer): a study of 21 patients. *Skeletal Radiol* 2001; 30: 331-7.
17. Bostwick J, Pendergrast WJ Jr, Vasconez LO. Marjolin's ulcer: an immunologically privileged tümör? *Plast Reconstr Surg* 1976; 57: 66-9.
18. Ryan RF, Litwin MS, Krenientz ET. A new concept in the management of Marjolin's ulcers. *Ann Surg* 1981; 193: 598-605.