Bakırköy Tıp Dergisi 2019;15:123-5
DOI: 10.4274/BTDMJB.galenos.2018.20180221112130

Olgu Sunumu / Case Report

Sternotomi Skarından Köken Alan ve Tiroid İnvazyonu Gösteren Skuamöz Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Squamous Cell Carcinoma Originating from the Sternotomy Scar and Showing Thyroid Invasion: Case Report

Gökhan Pösteki, Alican Güreşin, Veysel Sarı, Sertaç Ata Güler, Nihat Zafer Utkan

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Deri kanserleri dünya genelinde çok yaygın görülmektedir. Bunların içerisinde en çok görülen türü skuamöz hücreli karsinomdur. Marjolin ülseri olarak tanımlanmış olan kronik skar dokularında skuamöz hücreli karsinom yüksek oranda görülmektedir. Bu çalışmada insizyon skarına bağlı ve tiroid invazyonu gösteren skuamöz hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz hücreli karsinom, tiroid, skar, marjolin ülser

ABSTRACT

Skin cancers are very common worldwide. Among these, squamous cell carcinoma is the most common type. Squamous cell carcinoma is seen in chronic scar tissue which is defined as marjolin ulcer. In this study, we present a case of squamous cell carcinoma due to incision scar and thyroid invasion.

Keywords: Squamous cell carcinoma, thyroid, scar, marjolin ulcer

Geliş tarihi/Received: 21.02.2018 | **Kabul tarihi/Accepted:** 14.05.2018

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Alican Güreşin, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
Telefon/Phone: +90 530 261 73 64 **E-posta/E-mail:** alicanguresin@icloud.com **ORCID-ID:** orcid.org/0000-0002-7724-2724

Atıf/Citation: Pösteki G, Güreşin A, Sarı V, Güler SA, Utkan NZ. Sternotomi Skarından Köken Alan ve Tiroid İnvazyonu Gösteren Skuamöz Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu. Bakırköy Tıp Dergisi 2019;15:123-5. https://doi.org/10.4274BTDMJB.galenos.2018.20180221112130

GİRİŞ

Skuamöz hücreli karsinom (SHK) deri ve mukozalardaki epitelyal keratonisitlerden köken alan TTPD 11 bir tümördür (1). Kimyasal ürünler, human papilloma virüs, immünosüpresyon, skar dokusu ve diğer kronik ülsere dermatozlar kutanöz SHK gelişiminde risk faktörleri arasındadır (2,3). Skar dokularında çok yaygın olarak SHK görülmektedir (4). Marjolin ülseri olarak bilinen kronik ülsere skar dokusu zemininden SHK gelişimi de yaygın olarak görülmektedir (5).

Olgumuzda sternotomi skar dokusundan köken alan ve tiroid invazyonu gösteren SHK'nın cerrahi tedavisi anlatılmıştır.

OLGU SUNUMU

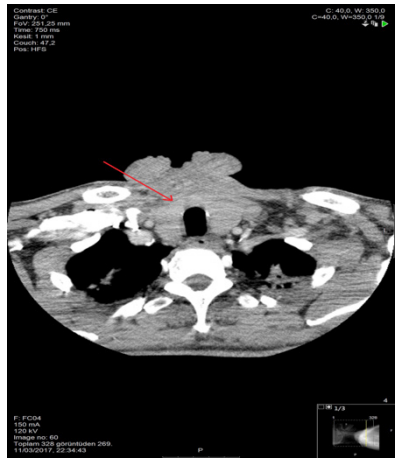
Altmış dokuz yaşında erkek hasta 4 sene önce koroner arter bypass ameliyatı olmuştu. Hastadan alınan anamnezde hastanın sternotomi skarını devamlı kaşıdığı ve skar dokusundan akıntılı, kötü kokulu bir kitle meydana gelmiş olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde boyun anteriorunda yaklaşık 15x20 cm boyutlarında immobil-enfiltratif ve ülseratif makroskopik nekrotik odaklar içeren kitle görüldü (Resim 1). Bu kitlenin çekilen boyun bilgisayarlı tomografisinde sağ tiroid lobuna invaze olduğu ancak boyunda büyük damarlara invazyon bulunmadığı saptandı (Resim 2). Bu verilerle hastanın cerrahisi planlandı.

Kitlenin etrafına deri insizyonu yapıldı. Eksplorasyonda kitlenin süperiorda sağ tiroid lobu ve sağ sternocleidomastoid kasa invaze olduğu görüldü. Künt ve keskin disseksiyon sonrası Berry ligamanına invaze olduğu görüldü ve bu yüzden sinir monitörizasyonu kullanılarak sinir diseksiyonu sağlandı ve rekürren sinir korundu.



Resim 1: Boyun anteriorunda yaklaşık 15x20 cm boyutunda kitle

Kitle sağ lobektomi de yapılarak unblok olarak çıkarıldı (Resim 3). Daha sonrasında pektoral kas flebi ve deri grefti ile defekt kapatıldı (Resim 4). Patoloji sonucu SHK gelen hastaya postoperatif radyoterapi planlandı ama hasta tedaviyi kabul etmedi. Hasta post-op ikinci yıl kontrolde nüks saptanmadı. Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.



Resim 2: Sağ tiroid lobuna invaze olduğu görülen skuamöz hücreli karsinomun boyun tomografisi görüntüsü



Resim 3: Unblok sağ tiroid lobu ile birlikte çıkarılan spesmenin posteriordan görüntüsü



Resim 4: Pektoral kas flebi ve greft ile kapatılan defektin görüntüsü

TARTIŞMA

Skar dokusu varlığında SHK gelişme oranının arttığı belirtilmektedir ve bu durum Marjolin ülseri olarak tanımlanmaktadır (6). Marjolin ülseri agresif bir SHK tipidir. Yüksek oranda nodal metastaz ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Farklı büyüme modellerine sahip iki klinik tipi mevcuttur. Bunlardan ilki endurasyonlu, enfiltratif, ülseratif karsinom ve diğeri ise seyrek ve genellikle daha az şiddetli egzofitik papiller formudur (7). Özellikle ülseratif tipte etrafın dokuda şiddetli enflamasyon içermesinden dolayı komşu organlarda şiddetli fibrozis gelişimine yol açması nedeniyle doku ve organ yaralanması riskini arttırmaktadır. Olgumuz ülseratif tipti ve kitlenin sağ tiroid bezi inferior lobu ve Berry ligaman invazyonu yapmıştı. Bu da rekürren sinir paralizisi riskini artıran bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bilinmektedir ki malignensi nedeniyle yapılan tiroidektomilerde rekürren sinir paralizisi riski benign patolojiler nedeniyle yapılan tiroidektomilere göre 5 kata varan oranda daha yüksektir. Malignensi nedeniyle yapılan tiroidektomilerde bu nedenle sinir monitörizasyonu kullanılması önerilmektedir (8) . Özellikle olgumuzda da görüldüğü gibi enferior tiroid lob invazyonu ve Berry ligaman invazyonu olan olgularda rekürren larengeal sinir monitörizasyonu kullanılması operasyon morbiditesini azaltacaktır. Biz de tiroidektomi ve sinir diseksiyonunu sinir monitorizasyonu kullanarak gerçekleştirdik ve sağ tiroid bezini kitle ile birlikte diseke ettik.

Genel olarak yara ve kronik yaralarda gelişen skuamöz hücreli karsinom tedavisinde geniş lokal eksizyon ve birçok durumda geniş ampütasyon, komşu doku, organ ve uzuvların eksizyonu ve kapsamlı rekonstrüktif cerrahi kombinasyonu gerektirir. Olgumuzda da rezeksiyon sonrası oluşan defekt ancak pektoral kas flebi ve deri grefti kullanılarak kapatılabildi.

Skuamöz hücreli karsinomun tüm vücut bölgelerinde görülmesi mümkündür. Özellikle boyun bölgesi gibi mortalite ve morbiditesi yüksek cerrahi alanlarda görüldüğünde, multidisipliner yaklaşım ve gelişmiş cerrahi teknolojinin akılcı kullanımının, hem hastanın hem de cerrahların lehine olacağı düşüncesindeyiz.

Etik

Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: S.A.G., G.P., Konsept: A.G., N.Z.U., Dizayn: G.P., V.S., Veri Toplama veya İşleme: N.Z.U., G.P., Analiz veya Yorumlama: V.S., G.P., Literatür Arama: S.A.G., N.Z.U., Yazan: G.P.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Odom RB, James WD, Berger TG. Andrews' Diseases of the skin. 9'uncu bask›. Philadelphia, WB Saunders Com- pany, 2000;800-68.
2. Veness MJ, Palme CE, Morgan GJ. High-risk cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck: results from 266 treated patients with metastatic lymph node disease. Cancer 2006;106:2389-96.
3. Sampaio SAP, Rivitti EA. Tumores Epiteliais Malignos. In: Sampaio SAP, Rivitti EA, editores. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas Ltda; 2007. p. 1163-9.
4. Kowal-Vern A, Criswell BK. Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. Burns 2005;31:403–13.
5. Wallingford SC, Olsen CM, Plasmeijer E, Green AC. Skin cancer arising in scars: a systematic review. Dermatol Surg 2011;37:1239-44.
6. Trent JT, Kirsner RS. Wounds and malignancy. Adv Skin Wound Care 2003;16:31-4.
7. Aydogdu E, Yildirim S, Akoez T. Is surgery an effective and adequate treatment inadvanced Marjolin's ulcer?. Burns 2005,31:421-31.
8. Dralle H, Sekulla C, Haerting J, Timmermann W, Neumann HJ, et al. Risk factors of paralysis and functional outcome after recurrent laryngeal nerve monitoring in thyroid surgery. Surgery 2004,136:p.1310-22.