

## BÖLÜM 9.1

### KRONİK YARADA DİĞER NADİR AYIRICI TANILAR

Hilmi Anıl DİNÇER<sup>1</sup>

Kaya YORGANCI<sup>2</sup>

#### GİRİŞ

Cilt veya yumuşak dokuların normal yapı ve fonksiyonunun harabiyete uğraması “yara” olarak tanımlanmaktadır. Yaralar klinik olarak akut ve kronik yara olarak iki şekilde karşımıza çıkarlar. Akut yaralar, travma veya cerrahi gibi nedenlerle oluştuktan hemen sonra inflamasyon, proliferasyon ve maturasyon aşamalarıyla normal şekilde iyileşmesi beklenen yaralardır (1). Kronik yaralar ise yetersiz anjiogenez, innervasyon veya hücrel migrasyon gibi nedenlerle iyileşmede bozulmayla giden, uygun tedaviye rağmen uzun süre iyileşmeyen yaralar olarak tanımlanmaktadırlar(2). Akut ve kronik yarayı birbirinden ayırmada kesin bir zaman dilimi bulunmasa da yarada haftalık %15 oranında küçülme olmaması veya 1 ayda yaranın %50’den daha az küçülmesi kronik yara lehine yorumlanmaktadır (3). Kronik yara etyolojisinde diyabet, otoimmünite, obezite, periferik arter hastalığı gibi birçok neden bulunmakla birlikte, maligniteler de akılda bulundurulması gereken etyolojilerden biridir. Çok merkezli prospektif bir çalışmada kronik bacak ülserlerinde malignite görelme oranı %10,4 olarak saptanmıştır(4). Kronik yara ile maligniteler arasındaki ilişki

birkaç formda karşımıza çıkmaktadır (Tablo 1) (5). Malign yaraların konservatif tedaviyle iyileşemeyecekleri ve tedavi gecikmesinin sağ kalım üzerine etkileri düşünüldüğünde malignite ayırıcı tanısının yapılabilmesi oldukça önem kazanmaktadır.

**Tablo 1: Kronik yarada görülen malignite senaryoları**

Yara olarak kendini gösteren maligniteler (primer tümörler)
Maligniteye dönüşen yaralar (sekonder tümörler)
Malignite tedavisi sonucu oluşan kronik yaralar

#### ETYOLOJİ

Malign yaralar, sağlıklı ciltte gelişen primer ülsere tümörler ve bacak ülserleri, yanık skarları, osteomyelit sinüsleri, hidraadenitis süpurativa ve pilonidal sinüs zemininde gelişen sekonder ülsere tümörler olarak sınıflandırılabilirler. Primer tümörler sekonderlere göre daha sık görülmekle birlikte sekonder tümörler primerlere göre daha agresif seyirli dirler (6). Primer tümörler esas olarak bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC)’dan

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi AD., anildincer@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi AD., yorganci@hacettepe.edu.tr

elde edilecek şekilde geniş eksizyon yapılmamıştır. Derin doku invazyonu, kemik ve eklem ilişkisi, enfeksiyon, kanama, lokal eksizyon sonrası fonksiyon kaybı potansiyeli bulunması gibi durumlarda amputasyon da gerekebilmektedir(14) . Uzak organ ve lenf nodu metastazı olmayan lokalize SCC'lerde mikrocerrahi yöntemlerle lokal eksizyonlar uygulanabilmektedir. Lenf nodu diseksiyonu gerekliliği ise halen tartışmalıdır.

Melanomlar invazyon derinliğine göre eksize edilebilirken, Kaposi sarkomlarında cerrahi eksizyon, kemoradyoterapi ve interferon tedavileri ile sonuçlar oldukça iyidir (24) . Lenfomalar da eksizyon ve kemoterapi ile tedavi edilebilmektedir (25) .

Oluşacak doku defektinin onarımında serbest flep ve greft ihtiyacı olabilmektedir. Malign yaralara arteriyel ve venöz dolaşım problemleri de eşlik edebileceği için yapılacak onarımın yavaş ve yetersiz olabileceği unutulmamalıdır(6) .

Radyoterapi özellikle palyasyon amaçlı kullanılmakla birlikte özellikle geniş radyoterapi sahası ve yüksek doz radyoterapi uygulaması durumlarında yara iyileşmesi ileri derecede bozulmaktadır (26) .

Hastalar rekürrens açısından yakın takip edilmelidir. SCC'lerde rekürrens %20-50 arasındadır ve %75'i tanıdan sonraki ilk 2 yıl içerisinde görülmektedir (27,28) . Bu nedenle hastalar ilk 2 yıl 3-6 ay, sonraki 3 yıl boyunca 6 ay-1 yıllık aralıklarla takip edilmeli ve yıllık lenf nodu muayenesi ve görüntüleme yapılmalıdır.

Primer malign yaralar komplet rezeksiyon sonrası genellikle kür kabul edilirken, sekonder malign yaralar daha agresif ve metastatik olma eğilimindedir. Bir çalışmada marjolin ülserlerinde mortalitenin %37'den fazla olduğu gösterilmiş olup (13) , başka bir çalışmada ortalama 5 yıllık sağ kalım %30 olarak belirtilmiştir (29) .

### Erken Tanı Önerileri ve Sonuç

Malign kronik yaralar çoğu zaman malign oldukları bilinmeden uzunca süreler takip edil-

mektedir. Yara etyolojisini erken dönemde ortaya koymak için her vizitte yaranın karakteristiği kaydedilmeli, kişiye özel sistemik değerlendirme yapılarak risk analizi yapılmalı, nutrisyon durumu monitörize edilmeli, laboratuvar testleri ve kültür sonuçlarına göre yara iyileşmesinde gecikme olup olmadığına karar verilerek görüntüleme ve biyopsi kararı verilmelidir. Biyopsinin yanlış negatif sonuç verebileceği unutulmamalı ve tekrar tekrar biyopsi yapılmalıdır(30).

### KAYNAKLAR

1. George Broughton, I., et al. (2006). "The basic science of wound healing." *117*(7S): 12S-34S.
2. Golinko, M. S., et al. (2009). "Wound emergencies: the importance of assessment, documentation, and early treatment using a wound electronic medical record." *55*(5): 54.
3. Kim, P. J., et al. (2014). "The impact of negative-pressure wound therapy with instillation compared with standard negative-pressure wound therapy: a retrospective, historical, cohort, controlled study." *133*(3): 709-716.
4. Senet, P., et al. (2012). "Angio-Dermatology Group of the French Society of Dermatology. Malignancy and chronic leg ulcers: The value of systematic wound biopsies: A prospective, multicenter, cross-sectional study." *148*(6): 704-708.
5. Trent, J. T., et al. (2003). "Wounds and malignancy." *16*(1): 31-34.
6. Isoherranen, K., et al. (2019). "Atypical wounds. Best clinical practice and challenges." *28*(Sup6): S1-S92.
7. Hansson, C. and E. J. A. d.-v. Andersson (1998). "Malignant skin lesions on the legs and feet at a dermatological leg ulcer clinic during five years." *78*(2): 147-148.
8. Lindelöf, B., et al. (2000). "Incidence of skin cancer in 5356 patients following organ transplantation." *143*(3): 513-519.
9. Xiang, F., et al. (2014). "Incidence of nonmelanoma skin cancer in relation to ambient UV radiation in white populations, 1978-2012: empirical relationships." *150*(10): 1063-1071.
10. Da Costa, J. C. J. A. o. s. (1903). "III. Carcinomatous changes in an area of chronic ulceration, or Marjolin's ulcer." *37*(4): 496.
11. Kirsner, R. S., et al. (1994). "Squamous cell carcinoma arising from chronic osteomyelitis treated by Mohs micrographic surgery." *20*(2): 141-143.
12. Reich-Schupke, S., et al. (2015). "Squamous cell carcinomas in chronic venous leg ulcers. Data of the German Marjolin Registry and review." *13*(10): 1006-1013.
13. Combemale, P., et al. (2007). "Malignant transforma-

- tion of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases.” **21**(7): 935-941.
14. Onesti, M. G., et al. (2015). “Ten years of experience in chronic ulcers and malignant transformation.” **12**(4): 447-450.
  15. Powell, H. B., et al. (2018). “Squamous cell carcinoma arising in a chronic perineal wound in a patient with long-standing cutaneous Crohn’s disease.” **4**(4): 346-348.
  16. Schmidt, M. E., et al. (1992). “Rapidly progressive penile ulcer: an unusual manifestation of Kaposi’s sarcoma.” **27**(2): 267-268.
  17. TAMGUCHI, S., et al. (1992). “Secondary T-cell lymphoma presenting as a giant ulcer.” **17**(5): 379-381.
  18. Hall, G., et al. (2003). Chronic ulceration in a radiotherapy site-The history and physical examination combined with the biopsy results revealed a diagnosis of BCC, HMP COMMUNICATIONS 83 GENERAL WARREN BLVD, STE 100, MALVERN, PA 19355 USA.
  19. Manning, M. P. (1998). Metastasis to skin. Seminars in oncology nursing, Elsevier
  20. Panuncialman, J., et al. (2010). “Wound edge biopsy sites in chronic wounds heal rapidly and do not result in delayed overall healing of the wounds.” **18**(1): 21-25.
  21. Enoch, S., et al. (2004). “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.” **1**(3): 165-175.
  22. Kowal-Vern, A. and B. K. J. B. Criswell (2005). “Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis.” **31**(4): 403-413.
  23. Khan, K., et al. (2016). “Marjolin’s ulcer complicating a pressure sore: the clock is ticking.” **17**: 111.
  24. Endean, E. D., et al. (1987). “Kaposi’s sarcoma appearing as a rectal ulcer.” **101**(6): 767-769.
  25. Cribier, B., et al. (1997). “Genital ulceration revealing a primary cutaneous anaplastic lymphoma.” **73**(4): 325.
  26. Cox, N. and P. J. B. J. o. D. Dyson (1995). “Wound healing on the lower leg after radiotherapy or cryotherapy of Bowen’s disease and other malignant skin lesions.” **133**(1): 60-65.
  27. Thio, D., et al. (2003). “Malignant change after 18 months in a lower limb ulcer: acute Marjolin’s revisited.” **56**(8): 825-828.
  28. Schmults, C. D., et al. (2013). “Factors predictive of recurrence and death from cutaneous squamous cell carcinoma: a 10-year, single-institution cohort study.” **149**(5): 541-547.
  29. Esther, R., et al. (1999). “Marjolin ulcers: secondary carcinomas in chronic wounds.” **8**(3): 181-187.
  30. Hess, C. T. J. A. i. s. and w. care (2019). “Misdiagnosis of wounds.” **32**(3): 144.