

Daha Önce Kısmi Kalınlıkta Deri Grefti Uygulan Alanda Yerleşimli Sıra Dışı Dev Keratoakantom

Unusual Huge Keratoacanthoma in Sites of in the Previous Split-Thickness Skin Grafted Area

Fatih Uygur¹, Rahmi Evinç¹, Zafer Küçükodacı², Haluk Duman¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Plastik Cerrahi Servisi ve Yanık Merkezi, İstanbul, Türkiye

²Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

Özet

Keratoakantom (KA) oldukça sık karşılaşılan keratinize yassı hücreli tümördür. KA'nın kesin etyolojisi bilinmemektedir. Buna karşın ultraviyole ışınları, travma, kimyasal karsinojenler, viral enfeksiyonlar, immünoşüpresyon, genetik faktörler, radyasyon ve termal yanıklar patogeneizde suçlanmaktadır. Burada, ayak dorsumunda daha önce kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım uygulanan alandan köken alan sıra dışı dev bir KA olgusunu sunmaktayız. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2009; 3: 67-69*)

Anahtar kelimeler: Keratoakantom, travma, greft alanı

Geliş Tarihi: 29. 12. 2008

Kabul Tarihi: 04. 03. 2009

Abstract

Keratoacanthoma (KA) is a fairly common keratinizing, squamous neoplasm. The exact etiology of KA is unknown. However, ultraviolet radiation, trauma, chemical carcinogens, viral infections, immunosuppression, genetic factors, radiation and thermal burns have been accused of pathogenesis. In here, we represent an unusual huge KA arising from the previous reconstructed with split-thickness skin graft on the dorsal foot. (*Turkish Journal of Dermatology 2009; 3: 67-69*)

Key words: Keratoacanthoma, trauma, graft area

Received: 29. 12. 2008

Accepted: 04. 03. 2009

Giriş

Keratoakantom (KA), Hutchinson tarafından tanımlanan nadiren invaziv yassı hücreli karsinomaya dönüşen epidermal bir tümördür (1). Orta yaş grubunda ve erkeklerde daha sık gözlenir (1, 2). Etiyolojide ultraviyole ışınları, travma, kimyasal karsinojenler, viral enfeksiyonlar, immünoşüpresyon, genetik faktörler, radyasyon ve termal yanıklar sorumlu tutulmaktadır (3-10).

KA tipik olarak hızlı büyüyen, pembe renkte ağrısız papül şeklinde başlar. Tümörün en belirgin özelliği 2-6 haftalık sürede hızlı şekilde büyümesi, 2-4 cm lik boyuta ulaştığında büyümenin durması ve 2-8 hafta içinde geride atrofik skar dokusu bırakarak iyileşmesi-

dir (1, 2, 11). KA histolojik olarak yassı hücreli karsinomayla benzerlik gösterir. Buna karşın, keratin dolu krater ve atipik yassı hücre proliferasyonu gibi özellikler lezyonun yassı hücreli karsinomadan ayrımını sağlar (12, 13).

Burada daha önce kısmi kalınlıkta deri grefti (KKDG) uygulanan alanda 15 yıl sonra ortaya çıkan dev boyutta bir KA olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Yetmiş beş yaşında erkek hasta sağ ayak üzerinde hızla büyüyen nodüler lezyon nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hasta, öyküsünde 15 yıl önce bir trafik kazası nedeniyle sağ ayağında yumuşak doku kaybı



Şekil 1 (a, b). Ayak dorsal yüzde yerleşimli keratoakantom

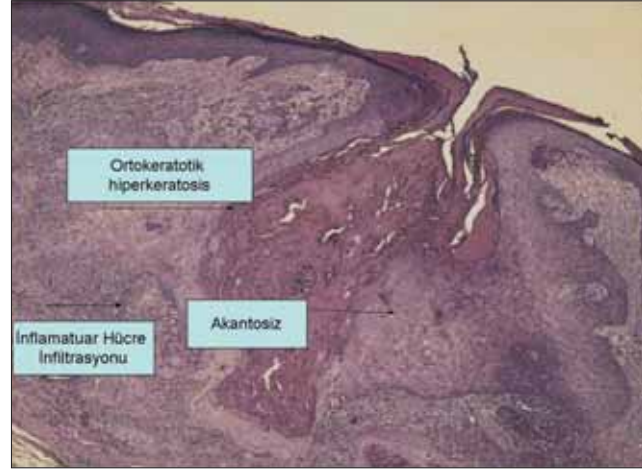
oluştüğünü ve uyluktan alınan KKDG ile bu alanın onarıldığını belirtiyordu. Yeni lezyon 3 hafta önce ortaya çıkmış, bu süreçte hızlı büyüme göstererek boyutu sürekli artmış ve üzerinde ülserasyon oluşmuştu. Hastanın cilt kanseri yönünden aile hikayesi yoktu ve radyasyon veya kimyasal karsinojenlere maruziyeti saptanmadı. Fizik muayenede sağ ayak dorsal yüzde, KKDG uygulanan alanın distal kenarında, üzerinde 6 cm çapında iyi sınırlı, merkezinde ülserasyon bulunan, papüler lezyon izlendi (Şekil 1). Popliteal ve ingiunal alanda lenfadenopati saptanmadı. Lezyonun periferinden ve santralinden insizyonel biopsi uygulandı. Patolojik incelemede KA ile uyumlu epidermis ve eklerinin proliferasyonu ve psödoepitelyomatöz hiperplazi saptandı (Şekil 2).

Lezyon genel anestezi altında bir cm'lik cerrahi sınır ile çıkartıldı, defekt alanı uyluk alanından hazırlanan KKDG ile onarıldı. Bir yıllık takipte herhangi bir problem ve nöksle karşılaşılmadı.

Tartışma

KA oluşumunda farklı etkenler rol oynamaktadır. Günümüzde ultraviyole ışınları en önemli etyolojik ajan olarak kabul edilmektedir (1, 3). Lezyonlar daha çok açık tenli kişilerde güneş ve ultraviyole ışınına sıklıkla maruz kalan yüz ve üst ekstremitte alanlarında ortaya çıkmaktadır (1). Travma ikinci önemli etyolojik faktördür. KA'nın travmadan bir hafta ile bir yıl sonrasında ortaya çıktığı bildirilmiştir (4, 5). Kimyasal karsinojenler, KA oluşumunda rol oynayan diğer bir etkidir. Zift, katran türevleri, kayganlaştırıcı yağlar gibi kimyasal karsinojenlere maruz kalan kişilerde KA insidansında artış saptanmıştır (6). Bunun yanısıra genetik faktörler, immünsupresyon, termal yanıklar, virüsler, aşılarda etiyolojide bildirilen diğer önemli faktörlerdir (2, 7-9).

KA gözlenen bölgeler arasında deri grefti uygulama alanı, literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Şimdiye kadar Dibden (10), el dorsumuna deri grefti uygulanan alanda 2 ay sonra KA gelişen bir olguyu, Pillsbury (11) ve Schwartz (12) deri grefti uygulanan alanda KA olan birer olguyu bildirmiştir. KA; sıklıkla soliter yapıda olmakta nadiren dev boyutlu KA tipine rastlanmaktadır. Karşılaştığımız olgu lezyonun köken aldığı alan ve büyüklüğü nedeniyle sıra dışıdır. KA



Şekil 2. Lezyonun histolojik görünümü. Lezyonda hiperkeratoz, akantoz ve dermisin üst tabakasında lenfositlerin baskın olduğu inflamasyon izlenmektedir (HEX40)

sürekli olarak progresyon göstererek büyümeye devam etmiş ve literatürde nadir rastlanan boyutlara ulaşmıştır. Olgumuzda ayak dorsumunda KKDG uygulanan alanın ayakkabı ile sürtünmeye bağlı kronik iritasyonu, KA dönüşümü tetikleyen olası mekanizmadır.

KKDG uygulaması yumuşak doku kayıplarının onarımında plastik cerrahlar tarafından sıklıkla tercih edilen onarım yöntemidir. KKDG ile onarım uygulanan alanlarda, geç dönemde KA gelişim potansiyeli göz önünde tutulmalıdır. Özellikle travmaya yoğun olarak maruz kalan alanlarda, KKDG yerine defekt alanın cilt-fasya flepleri kullanılarak yapılan onarımının KA oluşum riskini azaltacağını düşünürüz.

Kaynaklar

1. Schwartz RA. Keratoacanthoma. J Am Acad Dermatol 1994;30:1-19.
2. Weedon, D. Keratoacanthoma: a personal perspective. Curr Diagnost Pathol. 2003;9:259-65.
3. Chuang TY, Heinrich LA, Schultz MD, Reizner GT, Kumm RC, Cripps DJ. PUVA and skin cancer: a historical cohort study on 492 patients. J Am Acad Dermatol 1992;26:173-7.
4. Janik JP, Bang RH. Traumatic keratoacanthoma arising in a 15-year-old boy following a motor vehicle accident. Pediatr Dermatol. 2006;23:448-50.
5. Pattee SF, Silvis NG. Keratoacanthoma developing in sites of previous trauma: a report of two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 2003;48:35-8
6. Letzel S, Drexler H. Occupationally related tumors in tar refinery workers. J Am Acad Dermatol 1998; 39: 712-20.
7. Niebuhr M, Gutzmer R, Hirschfeld D, Kupsch E, Völker B, Kapp A, Werfel T. Giant keratoacanthoma in an immunocompetent patient with detection of HPV 11. Hautarzt. 2009; 60: 229-32.

8. Kim DK, Kim JY, Kim HT, Han KH, Shon DG. A specific chromosome aberration in a keratoacanthoma. *Cancer Genet Cytogenet* 2003;142:70-2.
9. Tamir G, Morgenstern S, Ben-Amitay D, Okon E, Hauben DJ. Synchronous appearance of keratoacanthomas in burn scar and skin graft donor site shortly after injury. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:870-1.
10. Dibden FA, Fowler M. The multiple growth of molluscum sebaceum in donor and recipient sites of skin graft. *Aust N Z J Surg* 1958;25:157-9.
11. Pillsbury DM, Beerman H. Multiple keratoacanthoma. *Am J Med Sci* 1958;236:614-23.
12. Schwartz RA. Multiple persistent keratoacanthomas. *Oncology (Basel)* 1979;36:281-5.