

DEV BOYUTLARDA DERİ VE YUMUŞAK DOKU KANSERLERİ

Aykut MISIRLIOĞLU, Hüseyin KARANFİL, Tayfun AKÖZ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

İnsan vücudunda tümörler en sık deri ve yumuşak dokulardan kaynaklanırlar. Büyük deri ve yumuşak doku tümörleri, belirgin mortalite ve morbidite ile birlikte önemli anatomik yapıları etkileyebilirler. Bu çalışmada, çok büyük boyutlu deri ve yumuşak doku tümörleri klinik görünüm, tanı, patolojik tipler ve tedavi yaklaşımları açısından araştırıldı. Bu çalışmaya geriye dönük olarak incelenen 1016 deri ve yumuşak doku kanser olgusunda, tümör boyutları herhangi bir planda 15 cm ve üzeri olan 18 hasta alındı. Lezyonlar geniş şekilde cerrahi olarak çıkarıldı ve oluşan defektler karmaşık rekonstrüktif girişimlerle onarıldı. Hastalar beş yıla kadar takip edildi. Üç tip deri ve yumuşak doku kanseri ortaya kondu. Bunlar: Skuamöz hücreli kanser sekiz olgu, sarkom beş olgu ve bazal hücreli kanser beş olgu. En iyi sağ kalım değerleri bazal hücreli kanserlerde, en kötü sağ kalım değerleri ise sarkomlarda görüldü. Büyük tümörlerde artmış mortalite ve morbidite özellikleriyle cerrahi yaklaşım son derece güçtür. Skuamöz hücreli kanser ve sarkomlarda, tümör boyutu sağ kalımı etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Cerrahi yaklaşım bu grup hastalarda hayat kalitesini iyileştirse de sadece palyatiftir. Bununla birlikte bazal hücreli kanser olgularında sonuçlar daha iyidir ve küratif cerrahi mümkün olabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Deri kanserleri; sarkom; yumuşak doku kanserleri.

GIANT SKIN AND SOFT TISSUE CANCERS

In the human body, most tumors originate from skin and soft tissues. Giant skin and soft tissue tumors cause significant morbidity and mortality and they may also affect important anatomical structures. In this study, we examined the clinical presentations, diagnoses, pathological types, and treatment approaches for giant skin and soft tissue tumors. This study included 18 patients with tumor sizes greater than 15 cm who were identified during a retrospective evaluation of 1016 cases with skin and soft tissue cancer. Lesions were removed using wide resection and treated with complex reconstructive procedures. Patients were followed up to five years. Three cancer types were identified: eight cases with squamous cell cancer; five cases with sarcoma; and five cases with basal cell cancer. Cases with basal cell cancer had the best survival and cases with sarcomas had the worst. The surgical approach is very difficult in giant tumors due to their characteristically high morbidity and mortality. Tumor size is an important factor for survival in squamous cell cancers and sarcomas. Although surgery improves quality of life in these patients, it is only a palliative approach. Nevertheless, results are better in cases with basal cell cancer, and curative surgery is sometimes possible.

Key Words: Skin neoplasms; sarcoma; soft tissue neoplasms.

Başvuru tarihi: 17.9.2008 **Kabul tarihi:** 1.11.2008

İletişim: Dr. Aykut Mısırlıoğlu. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, 34865 Cevizli, Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1910 **e-posta:** aykmis@hotmail.com

İnsan vücut yüzeyi birçok fonksiyonlarıyla en büyük organımız olan deri dokusu ile örtülü olup, alt seviyede ise her anatomik bölgeye göre farklılıklar olmakla beraber, yumuşak dokularla devamlılık gösterir. Bu örtünün, iç organların dış dünyaya karşı korunması işlevinin yanı sıra, aktif metabolik yapısıyla başka birçok fonksiyonları da vardır.^[1] Deri ve deri altını oluşturan yumuşak dokular içerisinde, farklı embriyolojik yapılardan köken alan hücreler mevcut olup, vücut yüzeyinden çok farklı tiplerde tümör dokuları gelişebilmektedir. Deriden kaynaklanan tümörler normal dermal tabakalardan veya bu dokulardaki deri eklerinden, yumuşak doku tümörleri ise daha alt seviyedeki yağ, kas ve diğer konnektif dokulardan kaynaklanabilir.^[1]

İnsan vücut yüzeyinde gelişen tümörlerle, tüm diğer organların tümörlerine oranla çok daha sık karşılaşılmaktadır. Bunlar arasında deri tümörleri her iki cinste de insanda görülen en sık tümör grubunu oluşturur.^[1] Bu tümörler genellikle küçük iyi huylu kitleler olup, lezyonun klinik seyri ve makroskopik görünümü beraber değerlendirildiğinde çoğu lezyonda doğru bir ön tanı konulabilmektedir. Yumuşak dokulardan köken alan kimi tümör yapıları, hızlı büyüme ve daha saldırgan karakterleriyle, dermal dokuları da etkileyerek karşımıza deri tümörü görüntüsüyle gelebilmekte ve kesin tanı patolojik çalışmalarla bile güçlük gösterebilmektedir.^[1-4] Günümüzde, bu tümörlere ait literatürde çok fazla bilgi birikimi mevcuttur.^[1,3-5] Nadiyen, deri ve yumuşak doku tümörleri çok fazla bir büyüklüğe ulaşmakta ve mevcut kitle hastanın önemli bazı anatomik yapılarını ileri derecede etkileyebilmektedir. Hastanın dış görünüşünü ileri derecede bozabilen büyük bazı tümör olguları, bu konuyla ilgili olan klinisyenleri bile bazen terdirgin edebilmektedir.

Tümör dokuları çok büyük boyutlara ulaştıklarında davranış değiştirebilmekte ve daha saldırgan bir karakter gösterebilmektedir.^[6,7] Farklı hücre tiplerinde olsalar da, hepsi ortak olarak önemli anatomik yapıları etkilemekte ve ortaya çıkan deformatenin derecesine bağlı olarak hastalarda belirgin derecede sosyal yalıtıma neden olmaktadır. Cerrahi tedavileri sırasında çok büyük doku defektlerinin ortaya çıkması yine bu hastalarda sayı-

labilecek diğer bir ortak özelliktir. Çok büyük boyutlu deri ve yumuşak doku tümörleri ile ilgili yapılmış çeşitli çalışmalar olsa da, bunlar genellikle tek olgu sunumları veya bir tümör tipine ait incelenmiş serilerdir.^[6-10] Literatürde büyük tümör olgularını inceleyen genel bir klinik çalışma mevcut değildir. Bu tümörlerin genel olarak değerlendirilmesi yukarıda belirtilen bazı ortak özellikleri nedeniyle literatüre katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada, vücut yüzeyinde çok büyük boyutlarla karşımıza gelen kanser olguları incelendi. Bu amaçla vücut yüzeyinde herhangi bir planda 15 cm ve daha büyük kitle oluşturan tümörler ele alınarak, tipleri, tedavi yaklaşımları, klinik seyirleri incelendi.

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışmaya insan vücut yüzeyinde görülen en, boy ve derinlik olarak herhangi bir planda 15 cm ve daha büyük boyutlara ulaşmış tümör olguları dahil edildi. Bu amaçla 1999-2008 yılları arasında kliniğimize başvurmuş 1016 kanser olgusu arasında herhangi bir planda 15 santimetre ve büyük boyutlu tümör gelişimi gösteren 18 hasta incelendi (Tablo I). Olgularda tümörün büyüklüğü, yerleşimi, tipi, uygulanan tedaviler ve tümörlerin klinik davranışı değerlendirildi. Takip süresi en kısa dört ay ile en uzun beş yıl olarak gerçekleşti. Hastalarda yapılan histopatolojik incelemeler sonucunda tümör tipleri açısından üç grup lezyon belirlendi.

1- Skuamöz hücreli kanserler

Tablo I'de yer alan ilk sekiz olgu histopatolojik olarak skuamöz hücreli kanser tanısı alan olgulardır. Bu grupta; baş ve boyunda dört olgu, göğüs arka duvarında, sakral, inguinal (Şekil I) ve lomber bölgede ise birer olgu yer almaktadır. Göğüs arka duvarı, lomber ve sakral bölgelerdeki lezyonlar eski yanık veya skarlı dokulardan gelişen marjolin ülserlerdir (Şekil II). Marjolin ülserli hastaların lezyonları bu grupta diğer lezyonlarda karşılaştırıldığında daha büyük lezyonlardır. Tüm hastalarda tümör nekrozuna bağlı kötü koku oluşumu, özellikle baş ve boyunda ortaya çıkan kötü görünüm hastaların toplumdan yalıtımlarına neden olmaktadır. Baş ve boyundaki lezyonlarda görme ve solunum fonksiyonları iki hastada etki-



Şekil I. İnguinal bölgede skuamoz hücreli kanser olgusu ve lokal flep ve deri greftleriyle onarım sonrası görünümüdür.

lenmişti. Tedavi yaklaşımında; tüm lezyonlar sağlam cerrahi sınır elde edilecek şekilde geniş olarak çıkarıldı, oluşan defektler bir olguda duraplasti ilave edilmekle birlikte, kas-deri flepleri veya deri greftleriyle onarıldı. Lomber bölgede lezyonu olan bir olgu peritoneal tutulum gösterdiğinden prolen mesh ile batın duvarı rekonstrüksiyonunu takiben, antero-lateral serbest uyluk flebiyle onarıldı. Hastaların tümü ameliyat sonrasında ışın tedavisi aldı.

2- Yumuşak doku kanserleri

Tablo I'de gösterilen 9 ile 13 numara arasındaki olgular mezenkimal doku kökenli kanserlerdir. Bu grupta yer alan üç olgu gövde üzerinde (Şekil III), iki olgu ise baş boyun bölgesinde gelişen tümörlerden oluşmaktadır. Baş ve boyundaki lezyonlar bir hastada nörofibromatozise bağlı sekonder gelişen sinir kılıfı kaynaklı sarkom olup (Şekil IV), diğer hasta ise saçlı derinin hemen tamamını kaplayan dermatofibrosarkomdur. Geriye kalan olgular patolojik olarak yüksek grade malign mezenkimal tümör olarak rapor edildi. Dört olguda tümör dokusu üzerinde bir veya birkaç adet ülserleşme mevcut olup aralıklı olarak zor kontrol edilen kanamalar mevcut idi. Gövde üzerinde gelişen iki malign mezenkimal tümör olgusu genel durumları nedeniyle ameliyat edile-



Şekil II. Üstte, gövde arka yüzde skar dokusu üzerinde gelişmiş olan bir marjolin ülser; altta, eksizyon ve deri greftleriyle onarım ardından ameliyat sonrası görünüm izlenmektedir.

Tablo I. Olguların yaş, cinsiyet, tümör boyut ve yerleşimi, uygulanan tedaviler ve elde edilen sonuçlara göre dağılımı görülmekte

No	Y / C	Anatomik bölge	Boyut (cm)	Histolojik tanı	Cerrahi teknik	Takip süresi	Klinik seyir
1	42 / K	Periorbital	15x9	SHK	Serbest ALT flep	2 yıl	8. ay nüks 2. yıl eks.
2	64 / E	Sakral	19x18	Marjolin	Deri grefti	1 yıl	6. ay nüks 1. yıl eks.
3	61 / E	Inguinal	17x9	SHK	Regional flep + Greft	2 yıl	2. yıl eks.
4	58 / K	Lomber	21x19	Marjolin	Prolen mesh + Serbest ALT flep	1 yıl	1. yıl eks.
5	68 / E	Skalp	16x18	SHK	Duraplasti + Serbest ALT flep	2 yıl	2. yılda eks.
6	71 / E	Frontal	15x6	SHK	Temporal fasyal flep + Deri grefti	3 yıl	3. yıl eks.
7	56 / K	Toraks	25x18	Marjolin	Deri grefti	1 yıl	1. yıl eks.
8	47 / E	Frontal	15x9	SHK	Serbest ALT flep	2 yıl	2. yıl eks.
9	39 / E	Frontal	20x20x18	MMT	Deri grefti	1 yıl	1. yıl eks.
10	31 / K	Toraks	28x22	MMT	-	8 ay	8. ayda eks.
11	38 / E	Toraks	26x21x18	Nörosarkom	Deri grefti	1 yıl	1. yıl eks.
12	36 / K	Skalp	33x30x15	DFS	Deri grefti	5 yıl	1. yıl lokal nüks
13	24 / K	Lomber	22x19	MMT	-	4 ay	4. ayda eks.
14	62 / E	Toraks	20x35	BHK	Serbest omentum flebi + Deri grefti	5 yıl	Nüks yok
15	78 / K	Frontal	15x8	BHK	-	3 yıl	3. yıl eks.
16	59 / E	Lomber	16x5	BHK	Deri grefti	2 yıl	Nüks yok
17	68 / K	Toraks	15x12	BHK	Deri grefti	2 yıl	Nüks yok
18	72 / E	Periorbital	18x10	BHK	Serbest ALT flebi	1 yıl	Nüks yok

Y: Yaş; C: Cinsiyet; SHK: Sküamöz hücreli kanser; MMT: Malign mezankimal tümör; DFS: Dermatofibrosarkoma; BHK: Bazal hücreli karsinom; ALT: Antero-lateral uyuk flebi.

mediler ve konservatif olarak takip edildiler. Diğer olgularda geniş tümör rezeksiyonları uygulanarak mevcut defektlerin tümü için kısmi kalınlıkta deri greftleri kullanıldı (Şekil IV). Ameliyatlarda esnasında tümör dokularında artmış vaskülariteye bağlı kontrolü güç olan kanamalar meydana

na geldi ve kan replasmanı gerekli oldu. Bu grupta 12. olgu skalp dokusunda dermatofibrosarkoma protuberans zemininde gelişen fibrosarkom tanısı alan 36 yaşındaki kadın hasta idi. Hastaya subgaleal plandan yapılan geniş rezeksiyon sonrasında lokal flepler uygulandı. Bir yıl sonra temporopar-



Şekil III. Solda gövde arka yüzde gelişmiş olan malign mezenkimal tümör olgusu, sağda ise sinir kılıfı kaynaklı bir nörosarkom olgusu görülmektedir.



Şekil IV. Üstte, frontal, orbital ve infraorbital bölgelerini etkilemiş çok hızlı büyüme gösteren bir fibrosarkom olgusu. Altta eksizyon ve deri grefti uygulamasını takiben erken ameliyat sonrası görünüm izlenmekte.

rietal bölgede birden fazla sayıda nüks saptandı, subperiosteal geniş eksizyon ve greftleme ile beş yıllık takiplerinde tekrar nüks izlenmedi.

3- Bazal hücreli kanserler

Bu grupta 14, 15, 16, 17 ve 18 nolu olgular yer almaktadır (Tablo I). Tümörler hastalardan ikisinde baş ve boyunda, diğerlerinde ise gövdede yer almaktadır. Bu grup hastalarda da tümör büyüklüğü hastanın sosyal yaşantısını etkilemekle birlikte bu durum diğer iki grupta yer alan hastalar kadar belirgin değildi. Ayrıca, hastaların genel durumları daha az etkilenmişti. Torakolomber bölgeden gelişen bir olguda üç adet kostal kemik ve parietal plevra dahil edilerek yapılan rezeksiyon sonrasında göğüs cidarı alloplastik materyal, serbest omentum flebi ve kısmi kalınlıkta deri greftleri ile onarıldı. Periorbital alanda tümörü olan 18 nolu olguda ise orbital dokuları da içine alan geniş rezeksiyon sonrasında onarım için serbest uyluk flebi kullanıldı (Şekil V). Diğer hastalarda ise deri greftleriyle onarım yapıldı. Hastalarda tümörlerin mevcut boyutlarına ulaşma süreleri ortalama dört yıl ile en yüksek seviyede hesaplandı. Diğer kanser türlerine göre en iyi sağ kalım bu grupta elde edildi. Yapılan cerrahi girişim hastalarda yaşam kalitesini iyileştirdi. Hastaların beş yıla kadar yapılan takiplerinde nüks izlenmedi.



Şekil V. Solda periorbital bölgeden gelişen bir basal hücreli kanser olgusunda geniş eksizyon sonrası oluşan defekt izlenmekte, sağda ise antero-lateral serbest uyluk flebi ile onarım sonrasında geç dönem görünüm izlenmektedir.

BULGULAR

Skuamöz hücreli kanser tanısı alan olgularda, ameliyat sonrası takiplerde en çok üç yıla kadar sağ kalım elde edildi. En kötü prognoz marjolin ülserli olgularda en uzun sağ kalım ise nispeten daha küçük olan lezyonlarda elde edildi. Bu grupta yaş ortalaması $59\pm 8,25$ olarak ölçüldü. Genellikle tümör boyutuyla orantılı bir prognoz elde edildi. Hastalarda ameliyat sonrası dönemde daha önce bahsedilen yaşam kalitesindeki düşüklük iyileşme gösterdi. Özellikle kötü kokuya bağlı olan sorunlar tamamen olmak üzere, diğer fonksiyonel işlevlerde de düzeltilmeler olduğu hastalar tarafından belirtildi.

Yumuşak doku kanseri olan hasta grubunda, dermatofibrosarkom olan bir olgu dışındaki tüm olgular, ilk bir yıl içerisinde lokal nüks ve uzak metastazlara bağlı olarak kaybedildi. Bu grupta en büyük tümör boyutlarıyla birlikte, hastaların yaş ortalamalarının da diğer tümörlere göre daha düşük olması dikkat çekmektedir (ortalama yaş $33,6\pm 8,25$). Olguların tümünde büyüme evresi diğer tümörlerle kıyaslandığında daha kısa olup, genellikle aylar içerisinde büyük boyutlara ulaşmıştır. Hastalarda önceki gruba benzer şekilde kötü koku ve görüme bağlı sosyal yalıtım mevcuttu. Ülserleşme gözlenen hastalarda kontrolü güç olan kanama atakları hastaların yaşam kalitesini düşürmekle birlikte, genel durumlarını olumsuz etkilemekteydi. Cerrahi yaklaşım sonrasında dermatofibrosarkom olgusu dışında uzun dönem sağ kalım elde edilemeyen bu grupta, terminal dönem dışında hastalarda yaşam kalitesinde belirgin derecede iyileşmeler gözlemlendi.

Bazal hücreli kanserli olgular, yaş ortalaması en yaşlı grubu oluşturdu (ortalama yaş $67,8\pm 5,84$). Bunun yanı sıra hastalarda tümörlerin mevcut boyutlarına ulaşma süreleri ortalama dört yıl ile yine en yüksek seviyede hesaplandı. Diğer kanser türlerine göre en iyi sağ kalım bu grupta elde edildi. Yapılan cerrahi girişim hastalarda yaşam kalitesini iyileştirdi. Hastaların beş yıla kadar yapılan takiplerinde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Çalışmada incelenen lezyonların ortak özelliği, köken aldıkları hücre tipinden bağımsız olarak insan vücut yüzeyinde belirgin deformite oluştu-

ran, herhangi bir planda en azından 15 santimetrelilik boyutlara ulaşmış ve hastalarda belirgin derecede hayat konforunu bozan deri ve yumuşak doku tümörleridir. İnsan vücudundan gelişebilen tüm tümör tiplerine genel olarak baktığımızda sadece deri dokusundan kaynaklı tümörlerin diğer tüm tümörlerin yarısından fazlasını oluşturduğunu görürüz.^[1,3] Bu grupta yer alan tümör tipleri arasında ise en sık rastlanan tür bazal hücreli kanserlerdir.^[1,3]

Sunulan olgular tümör tiplerine göre ele alındığında ise deri kökenli olan skuamöz ve bazal hücreli kanserler sayıca ön plana çıkmaktadırlar. İnsanda en sık rastlanan tümörlerin deri kökenli olması ile bunların dev boyutlara ulaşanlar arasında en sık grubu oluşturması beklenen bir bulgudur. Bununla birlikte, bazal hücreli kanserler tümör tipleri arasında en sık görülmesine rağmen, çalışmada sadece beş olgu vardır. Burada muhtemel neden bazal hücreli kanserlerin yavaş ve yıllar içerisinde büyüme gösteren karakterde olmalarıdır.^[3] Buna karşılık skuamöz hücreli kanserler daha hızlı büyüme hızı gösterirler ve çalışmada en sık rastlanan kanser türü olarak ortaya çıkmışlardır.^[1,3]

Bazal hücreli kanserler insanda görülen en sık kanser türü olup, genellikle yavaş büyüyen, metastaz yapmayan ve iyi prognozlu lezyonlardır.^[3] Dev boyutlu bazal hücreli kanser, bu kanserler içinde ayrı bir başlık altında incelenen, büyüklüğü 5 cm'den fazla olan lezyonlar için kullanılan bir terimdir.^[11-13] Bu konuda yapılan güncel bir araştırmada Lorenzini,^[14] son 40 yılda dünyada toplam 29 adet olgu yayımlandığını belirtmiştir. Kikuchi^[15] yine bu konuda son 35 yılda 10 cm boyutlarına ulaşan toplam 13 adet olgu bulunduğunu bildirmiştir. Dev bazal hücreli kanserler hakkında çok fazla bilgi birikimi olmamasına karşılık, yapılan çalışmalarda histopatolojik olarak her hücre alt tipinde dev boyutlar ortaya çıkabildiği, daha saldırgan karakterde oldukları farklı çalışmalarda benzer olarak ortaya konmuştur.^[6,7,13-15] Bu grup kanserlerde büyük boyutların nedeni ihmal ve tümörün yerleşimi ile ilişkilidir.^[13-15] Özellikle vücutta posterior göğüs cidarı, lomber bölge gibi hastanın fark etmesinin güç olduğu ve kapalı kalan bölgelerde tümör daha büyük boyutlara ulaşmaktadır.^[6,7] Çalışmamızda sunulan olguların

hepsinde geniş rezeksiyonlar uygulandı ve cerrahi girişim yapılamayan bir hasta dışında uzun dönem sağ kalım elde edildi. Bu gruptaki tümörlerde diğerlerine kıyasla daha iyi sonuçlar elde edilmesi, bazal hücreli kanserlerin daha yavaş bir seyir göstermeleri ve nadir metastaz yapmalarıyla açıklanabilir.

Skumöz hücreli kanser olgularında en çok üç yıla kadar sağ kalım elde edildi. Bu kanserlerin genel olarak tümör büyüklükleri arttıkça sağ kalım oranlarının düştüğü gözlemlendi. Bu çalışmada olguları incelediğimizde, bu kanserlerin hangi bölgeden köken alırlarsa alsınlar, tümör büyüklüğünün sağ kalımı ve morbiditeyi doğrudan etkilediğini söyleyebiliriz. Skumöz hücreli kanser olgularında da tümörün büyük boyutlara ulaşmasında, genellikle ihmal ve muhtemel bir cerrahi müdahale ile tümörün daha kötüleşmesi korkusundan dolayı hastaların doktora gitmeme nedeni ön plandadır.

“Sarkoma” terimi ilk defa Morgagni tarafından 1600’lerde kullanılan bir terim olup, yumuşak tümör anlamına gelmektedir.^[5,16,17] Malign mezenkimal tümör terimi ise ilk defa 1948 yılında Stout tarafından ortaya konmuş, iki veya daha fazla birbirinden farklılaşmamış hücre tipi ve fibrosarkomatöz elementlerin birlikte bulunduğu malign tümörler olarak tanımlanmıştır.^[4,5,17] Sarkomlar malign fibröz histiyositom, malign filloides tümör, malign fibrosarkom, anjiyosarkom, leiomyosarkom, liposarkom, osteojenik sarkom, rabdomiyosarkom ve stromal sarkom gibi birçok çeşitli heterojen bir gruba oluşturur. Malign yumuşak doku tümörleri çeşitli farklılaşma dereceleri gösterirler. Bu tümörlerin bir kısmı iyi tanımlanmış olsa da, çoğu iyi bilinen hücre tiplerine farklılaşmazlar.^[2,16-17] Çalışmada sunulan sarkom olgularından üç tanesi hücre alt tipi tanımlanamayan malign mezenkimal kanser olarak, diğer ikisi ise dermatofibrosarkom ve sinir kılıfı kaynaklı sarkom olarak rapor edilmiştir. Yumuşak doku kaynaklı kanserler nispeten ender görülen tümörler olup tüm kanserlerin %2’sinden azını oluştururlar.^[5] Sadece çok büyük tümörlerin incelendiği 18 olguluk bu çalışmada beş adet yumuşak doku kökenli kanser yer almaktadır. Bu yüksek oran ancak bu tip kanser hücrelerinin genellikle çok daha hızlı mitoz bölünme göstermesi ve buna bağlı hızlı büyü-

mesi ile açıklanabilir. Sunulan olguların çoğunda mevcut tümör dokuları aylar içerisinde bu büyüklüklere ulaşmış ve yine bir hasta dışında bir yılı geçen bir sağ kalım elde edilememiştir.

Çalışmada ortaya çıkan ilginç bir bulgu, incelenen tümör olguları arasında nispeten nadir görülen sarkomların neredeyse olguların üçte birini oluşturmasına karşılık, tüm deri kanserleri arasında üçüncü sıklıkla görülen malign melanom kanserlerinin hiç olmamasıdır. Bunun olası nedeni, primer tümör büyüme hızının metastaz ve komplikasyonların gelişme hızına göre daha yavaş olmasıdır. Malign mezenkimal kanserler de hızlı metastaz yaparak komplikasyonlar ortaya çıkarmakla beraber, primer tümörün büyüme hızı çok fazla olduğundan, hasta için ölümcül komplikasyonlar çıkmadan önce çok büyük boyutlarla karşımıza çıkabilmektedirler.

Büyük boyutlu tümörler genellikle bir veya birden fazla önemli anatomik veya fonksiyonel yapıyı etkilemektedir ve burada karşılaşılan en büyük problem tümör eksizyonu sonrasında yapılacak onarımdır. Olgular genel olarak gözden geçirildiğinde, büyük boyutlu kanser olguları için kalıcı bir iyileşme elde edilmesi oldukça güçtür. Özellikle mezenkimal kaynaklı kanserler en kötü grup olmak üzere, skuamöz hücreli kanserlerde de genellikle ilk birkaç yıl içerisinde uzak metastazlara bağlı olarak hastalar kaybedilmektedir. Bunun istinası bazal hücreli kanserlerdir. Bu olgular yeterli cerrahi tedavi sonrasında ameliyat sonrası daha iyi sağ kalım göstermektedir. Bu nedenle bu kanser tipinde öncelikle düşünülecek olan tümörün tamamen çıkarılmasıdır.

Genel olarak bu hastalar kliniğe bir ya da birden fazla organlarını etkileyen tümör dokusu ve bunun sonucu olarak zorunlu sosyal yalıtım ve bozulmuş bir psikoloji ile gelmektedirler. Kalıcı bir iyileşme şansı çoğu hastada mümkün olmayan bu kanserlerde hastaya en doğru yaklaşım hekim açısından güçtür. Hastalarda kalıcı bir iyileşme şansı olmasa bile, en azından yaşam konforlarını arttırıcı tedaviler planlanmalıdır. Çalışmamızda metastazlar veya tümör tipi nedeniyle kötü prognozu olan hastalarda öncelikle tümör dokusu çıkarıldı. Oluşan defektler için karmaşık doku

rekonstrüksiyonları yerine hastanın morbiditesini daha az etkileyecek deri greftleriyle onarım gibi daha basit yöntemler tercih edildi. Bu yaklaşım zaten genel durumun çok iyi olmadığı ileri evre olgularda komplikasyon riskini en aza indirme avantajını sağlamaktadır.

Sunulan çalışma onkolojik hasta yoğunluğu yüksek olan bir klinik tarafından, 1016 kanser olgusunda, bir veya birden fazla önemli anatomik yapıyı etkileyecek derecede büyük tümörü olan hastalar üzerinde yapıldı. Genel olarak büyük boyutlara ulaşan tümör tipleri sıklık sırasıyla skuamöz hücreli kanser, malign mezenkimal tümör ve bazal hücreli kanser olarak bulundu. Malign melanomlar deri kanserleri arasında sık görülmesine rağmen, büyük tümörler arasında yer almadı. Yapılan cerrahi tedavilerde en iyi sonuçlar bazal hücreli kanserlerde ortaya konurken, sarkom grubu en yüksek derecede mortalite gösterdi. Hastaların tümünde cerrahi yaklaşım sonrası daha iyi bir yaşam kalitesi elde edildi.

Sonuç olarak, büyük boyutlu deri ve yumuşak doku kanser olgularında, cerrahi yaklaşım genellikle daha fazla risk içeren yine büyük boyutlu karmaşık rekonstrüksiyonlar gerektirmektedir. Hastalarda uygun cerrahi tedavilerle, kalıcı tam iyileşme her zaman mümkün olmasa da, daha iyi bir yaşam kalitesi sağlanması mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Culliford A, Hazen A. Dermatology for plastic surgeons. In: Charles H. Thorne, editor. *Grabb and Smith's Plastic Surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 105.
2. Çıralık H, Ezberci F, Bülbüloğlu E, Çitil R. Leiomyosarcoma of The Breast: Differential Diagnosis. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2007;27(2):298-300.
3. Ronald M, Barton RM. Malignant tumors of the skin. In: Mathes SJ, editor. *Plastic Surgery*. Philadelphia: Elsevier; 2006. p. 282.
4. Wirbel RJ, Feifel G, Mutschler WE. Soft tissue tumors. 1. Epidemiology, classification and diagnosis. *Unfallchirurg* 1997;100(12):970-8.
5. Ross JA, Severson RK, Davis S, Brooks JJ. Trends in the incidence of soft tissue sarcomas in the United States from 1973 through 1987. *Cancer*. 1993;72(2):486-90.
6. Betti R, Inselvini E, Moneghini L, Crosti C. Giant basal cell carcinomas: report of four cases and considerations. *J Dermatol* 1997;24(5):317-21.
7. Mısırlıoğlu A, Karanfil H, Akan M, Aköz T. Giant basal cell carcinomas: analysis of 12 cases. *Türk Plast Rekonstr Est Cer Der* 2007;15(2):73-8.
8. Koçer U, Uysal A, Sungur N, Gümüş M, Tiftikçioğlu ÖZ, Aksoy HM ve ark. Giant malignant hemangiopericytoma of the forearm: case report. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2005;25(1):133-6.
9. Matsushita S, Uemura T, Imayama S, Sugihara H, Yamasaki M. Giant microcystic adnexal carcinoma of the scalp. *J Dermatol* 2008;35(11):726-8.
10. Cakir B, Misirlioğlu A, Gideroğlu K, Aköz T. Giant fibrosarcoma arising in dermatofibrosarcoma protuberans on the scalp during pregnancy. *Dermatol Surg* 2003;29(3):297-9.
11. Hajdu SI. Benign soft tissue tumors: classification and natural history. *CA Cancer J Clin* 1987;37(2):66-76.
12. Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg* 1996;22(3):255-61.
13. Randle HW, Roenigk RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk? *Cancer* 1993;72(5):1624-30.
14. Lorenzini M, Gatti S, Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoracic wall: a case report and review of the literature. *Br J Plast Surg* 2005;58(7):1007-10.
15. Kikuchi M, Yano K, Kubo T, Hosokawa K, Yamaguchi Y, Itami S. Giant basal cell carcinoma affecting the lower abdominal, genital and bilateral inguinal regions. *Br J Plast Surg* 2002;55(5):445-8.
16. Munitiz V, Rios A, Canovas J, Ferri B, Sola J, Canovas P, et al. Primitive leiomyosarcoma of the breast: case report and review of the literature. *Breast* 2004;13(1):72-6.
17. Barr LC, Stotter AT, A'Hern RP. Influence of local recurrence on survival: a controversy reviewed from the perspective of soft tissue sarcoma. *Br J Surg* 1991;78(6):648-50.