

## Genç Yaşta Basınç Ülseri Zemininde Gelişen Epidermoid Karsinom Olgusu

### Development of Epidermoid Carcinoma in a Young patient with Pressure Ulcer

Ebru Güler, Ayten Ferahbaş, Ekrem Aktas, Olgun Kontaş\*  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ve \*Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

#### Özet

Epidermoid karsinom, uzun süreli kronik granülomlar sonucunda veya skar oluşumuna yol açan hastalıkların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabildiği gibi, termal faktörler, kimyasal karsinojenler, kronik radyasyon ve Human Papilloma Virus (HPV) gibi bazı etkenler de hastalığın etyolojisinde sorumlu tutulmaktadır. Meningosele bağlı operasyon sonrası paraplejik olan ve 6 yıldır gluteal bölgesinde basınç ülserleri bulunan 23 yaşındaki erkek hasta, son 3 aydır bu bölgede akıntılı, kötü kokulu, deriden kabarık kitle nedeni ile başvurdu. Klinik ve histopatolojik olarak epidermoid karsinom tanısı aldı. Paraplejik hastalarda uzun süre iyileşmeyen basınç ülseri üzerinde karsinom gelişme riskinin yüksek olmasından dolayı bu hastaların erken tanı açısından yakın takipleri önemlidir. (*Türkderm 2006; 40 (Özel Ek B): B71-B73*)

**Anahtar Kelimeler:** Epidermoid karsinom, basınç ülseri

#### Summary

Epidermoid carcinoma may occur as a complication in chronic granulomas or scars of various diseases, and also thermal injury, chemical carcinogenesis, chronic radiation and HPV. A 23-year-old man, who became paraplegic after meningocele operation, had a 6-year history of pressure ulcers at the gluteal region, and complained about a draining and bad smelling tumor at the same region for last three months. He was clinically and histopathologically diagnosed as epidermoid carcinoma. It is important to follow paraplegic patients with pressure ulcer closely, because there is high risk of progression to epidermoid carcinoma. (*Turkderm 2006; 40 (Suppl B): B71-B73*)

**Key Words:** Epidermoid carcinoma, pressure ulcer

Epidermoid karsinom, deri ve müköz membranların epitelyal keratinositlerinden kaynaklanan, yüz ve el sırtı gibi güneşe maruziyetin fazla olduğu bölgelerde görülebilen malin bir neoplazidir. Ayrıca; yanık, skar, kronik ülser, hidradenitis süpurativa, osteomyelit sikatrisleri, deri tüberkülozları, sifiliz, lepra, lupus eritematozus, iyonize radyasyon, HPV ve kimyasal karsinojenler gibi durumlara sekonder olarak da gelişebilirler. Lezyon sert, eritemli, üzeri telenjektazik bir nodül şeklinde başlayıp indurasyon ve ülserleşme gösterebildiği gibi verrüköz veya ekzofitik bir görünümle de ortaya çıkabilir<sup>1</sup>.

#### Olgu

Yirmüç yaşındaki erkek hasta, 3 aydır kalçadaki akıntılı, kötü kokulu yara şikayetiyle polikliniğimize baş-

vurdu. 3 aylıkken meningosele bağlı operasyon sonrası parapleji gelişen hastada yaklaşık 6 yıldır sürekli kalça bölgesinde basınç ülserlerinin olduğu ve bu süre içerisinde hastanın sürekli sistemik ve topikal antibiyotikler kullandığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde sağ inguinal bölgede 1x2 cm'lik lenfadenopatisi tespit edildi. Bilateral pes ekinovarus deformitesi saptandı. Nörolojik muayenesinde, bilateral ayak bileği anestezik, bilateral alt ekstremitelerde derin tendon refleksi hipoaktif olarak saptandı ve patolojik refleksi yoktu. Diğer sistemlere ait fizik muayene bulguları normaldi. Dermatolojik muayenesinde sağ gluteal bölgede 4 adet 4X5cm, 3X3cm, 3X3cm, 2X3cm'lik, kenarları deriden kabarık, 1-2 cm derinlikte, pürülan akıntılı ülserle vejetan lezyonları mevcuttu (Şekil 1). Bilateral alt

**Yazışma Adresi:** Dr. Ebru Güler, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı 38039 Kayseri, Türkiye  
Tel.: 0352 437 76 15 Fax: 0352 437 76 15/15 E-mail: ebruguler@erciyes.edu.tr **Alındığı tarih:** 25.06.2004 **Kabul tarihi:** 02.11.2004

**Not:** Bu makale 31 Ağustos-4 Eylül tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen olan XVI. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu'nda yazılı bildiri olarak sunulmuştur.



ekstremiteleri daha önce geçirilen operasyonun sekeli olarak rudimenterdi ve sol ayak 2. ve 5. parmaklarda tırnak gelişimi yoktu. Bilateral dış malleollerde hiperkeratoz mevcuttu. Sol ayak 1., 3. ve 4. ayak tırnaklarında diskolorasyon ve subungual hiperkeratoz vardı (Şekil 2). Lumbal bölgede hipertrikoz ve operasyon skarı mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı, açlık kan şekeri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, total protein ve albümin düzeylerini içeren biyokimyasal incelemeler ve tam idrar tetkiki normal olarak değerlendirildi. Eritrosit sedimentasyon hızı 82 mm/saat idi. Pürülan akıntılardan yapılan Gram boyamada Gram pozitif ve Gram negatif ikili kok görülürken, kültürlerinde Klebsiella ve Staphylococcus epidermidis üredi. Histopatolojik inceleme için epidermoid karsinom, piyoderma vejetans, derin mantar enfeksiyonu ve derinin T hücreli lenfoması ön tanılarıyla lezyondan biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede, yüzeyde keratinize çok katlı yassı epitel altında hiperkromatik, yer yer veziküler nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerin küçük adalar oluşturduğu ve bazı alanlarda glob korne yapıları ile tek hücre keratinizasyonu gösterirken, bazı alanlarda stromayı tek tek infiltre ettiği görüldü (Şekil 3,4). Gluteal bölgenin magnetik rezonans incelemesinde, sağ gluteal bölgede gluteal kasları ve sağ iskiyon kolunu infiltre eden tümöral kitle ve sağ inguinal ve iliak zincir boyunca multipl lenfadenopati saptandı. Batın ultrasonografisinde karaciğerin homojen olarak büyüdüğü ve bilateral böbrek sinüs ekosunun arttığı izlendi. Hastaya klinik ve laboratuvar bulguları sonucu epidermoid karsinom tanısı konuldu.



Şekil 1. Sağ gluteal bölgedeki tümöral lezyonların görünümü

Hastanın pürülan akıntılarında yapılan Gram boyama ve mikrobiyolojik kültür antibiyogram sonuçlarına uygun olarak parenteral antibiyotik tedavisi verildi. Enfeksiyon bulguları 20 gün içerisinde geriledi. Plastik ve rekonsrütif cerrahi, genel cerrahi ve ortopedi bölümlerinden istenen konsültasyonlar sonucu hastanın operasyon kriterlerine uymadığı saptandı. Medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi bölümleri tarafından değerlendirilen hastaya 50 mg/hafta cisplatin ve radyoterapi başlanması planlandı. İlk doz 50 mg cisplatin uygulamasından sonra hasta tolere edemediği için devam edilemedi. Sağ gluteal bölgeye 27 seansta total 5400 cGy radyoterapi uygulandı. Bu tedavi sonrası lezyonlarda belirgin gerileme tespit edildi, ancak hasta 3 ay sonra iç organ metastazı nedeniyle kaybedildi.

## Tartışma

Epidermoid karsinom, insidansı 55-59 yaştan sonra belirgin olarak artan bir deri karsinomudur. Toplumda insidansı %0.006-0.030 arasında değişmektedir. Ancak açık tenlilerde, albinolarda ve güneşe bağlı DNA hasar tamir mekanizmasında bozukluk olanlarda daha erken yaşlarda görülebilir. Güneş ışını başta olmak üzere çok sayıda tetikleyici faktör etyolojide rol oynamaktadır<sup>1,2</sup>. Uzun süreli kronik granülomlar sonucunda veya skar oluşumuna yol açan hastalıkların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkabildiği gibi, termal faktörler, kimyasal karsinojenler, kronik radyasyon ve HPV gibi bazı etkenler de etyolojide sorumlu tutulmaktadır<sup>3,4</sup>. Bizim olgumuzun yaşı epidermoid karsinom için oldukça gençti ve lezyon güneşe maruz kalmayan bir lokalizasyonda bulunuyordu. Tümör için hazırlayıcı faktörün tekrarlayan basınç ülserine bağlı olarak gelişen kronik inflamasyon olduğu düşünüldü. Literatürde, bizim olgumuza benzer şekilde parapleji sonrası basınç ülseri üzerinde epidermoid karsinom gelişiminin bildirildiği raporlar bulunmaktadır<sup>5-7</sup>.

Epidermoid karsinom tanısı, klinik ve histopatolojik incelemelerle konur. Histopatolojisinde, dermisi değişik derecelerde infiltre eden, hiperkromatik ve hiperplazik nükleus içeren eozinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerin adalar yaptığı ve yer yer glob korne yapıları oluşturmak üzere hücrelerin keratinizasyon gösterdikleri izlenebilir<sup>1</sup>. Klinik ve histolojik olarak çok sayıda varyasyon gösterdiği unutulmamalıdır<sup>8</sup>.

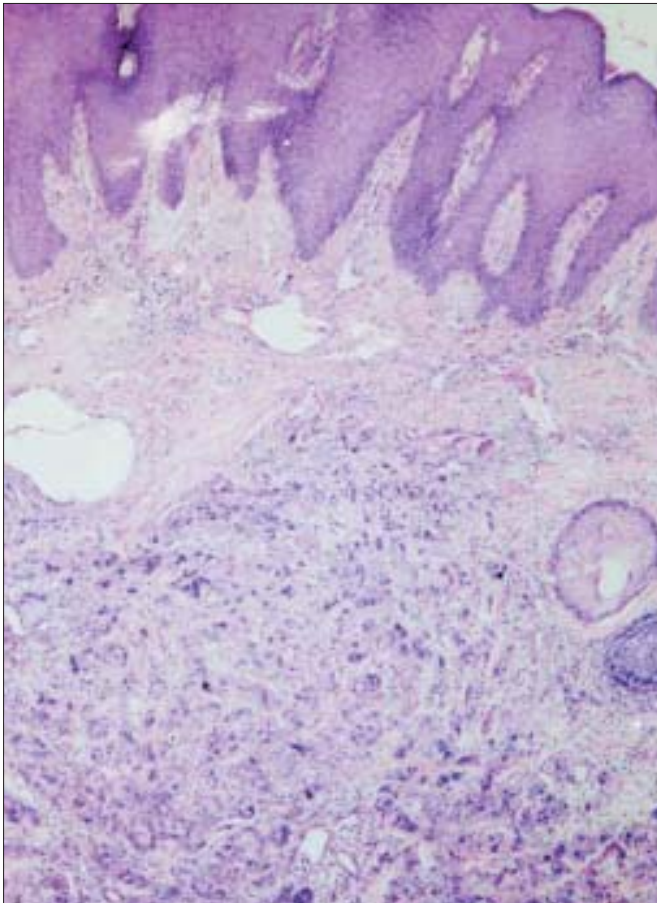
Epidermoid karsinomun metastaz oranı %0.5 ile %5.2 arasındadır. Ancak basınç ülserleri başta olmak üzere skar üzerinden gelişenlerde metastaz riski daha fazla ve seyir de oldukça



Şekil 2. Olgunun paraplejiye bağlı gelişme geriliği ve ayak deformitesi

agresiftir<sup>5,7</sup>. Bu durum göz önünde bulundurularak lezyonun drene olduğu bölgesel lenf nodlarının dikkatli incelenmesi gerekmektedir<sup>1</sup>. Bizim olgumuzda da bölgesel lenf nodu tutulumu vardı ve magnetik rezonans inceleme ile kemik infiltrasyonu tespit edildi.

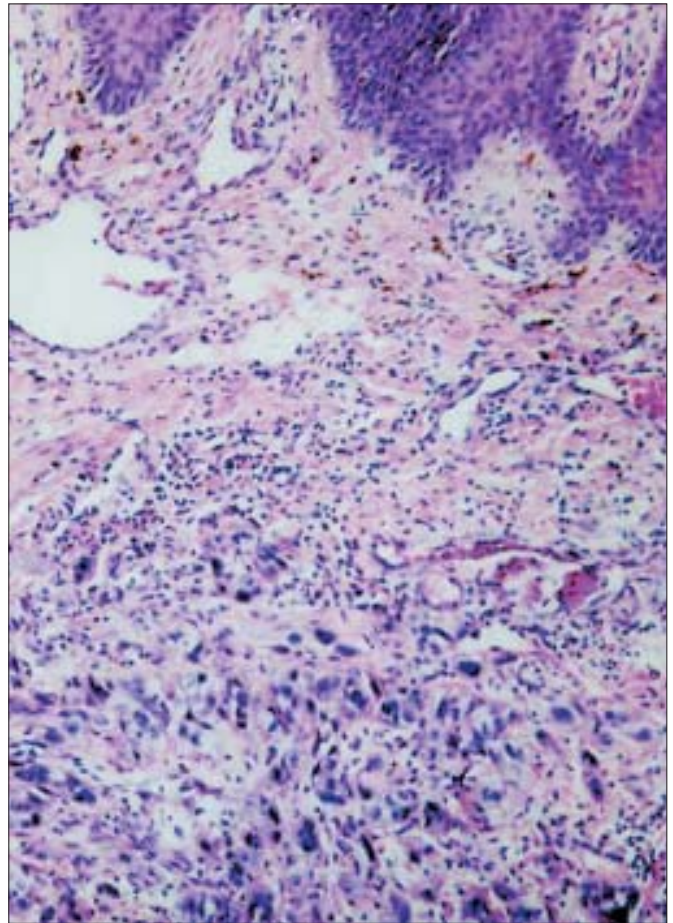
Tedavide en geçerli olan ve en çok başvurulan yöntem cerrahi tedavidir. Özellikle tekrarlayan geniş lezyonlarda, postaurikular sulkus veya kulak yerleşimli lezyonlarda, radyasyona maruz kalmış veya skar gelişmiş alanlarda, penis veya parmak gibi alanlarda Mohs mikrocerrahi yöntemi tercih edilmelidir. Radyasyon tedavisi de seçilmiş vakalarda oldukça etkilidir<sup>1,9</sup>. Bizim olgumuzda uzak metastaz tespit edilmemesine rağmen lezyonun büyük olması ve lokal olarak gluteal kaslar ile iskiyum pubise infiltrasyon göstermesi nedeniyle cerrahi eksizyon yapılamadı. Bu nedenle radyoterapi tedavisi uygulandı. Paraplejik hastalarda uzun süre iyileşmeyen ülser üzerinde karsinom gelişme riski bulunacağından bu hastaları takip eden hekimlerin yara bakımına gerekli özeni göstermesi ve dikkatli olması, erken tanı ve tedavi seçenekleri açısından oldukça önemlidir.



**Şekil 3:** Hiperkromatik, yer yer veziküler nukleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerin oluşturduğu, küçük tümör adaları (HEX20)

## Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TG: Andrews' disease of the skin. 9th edition. Philadelphia, WB Saunders Company 2000; 832-6.
2. Armstrong BK, Krickler A, English DR: Sun exposure and skin cancer. *Australas J Dermatol* 1997 ; 38 ( Suppl ) 1: S1-6.
3. Trent JT, Kirsner RS: Wounds and malignancy. *Adv Skin Wound Care* 2003 Jan-Feb; 16(1):31-4.
4. Gjersvik PJ: Etiology of non-melanoma skin cancer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001 Jun 30;121(17): 2052-6.
5. Ratliff CR: Two case studies of Marjolin's ulcers in patients referred for management of chronic pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2002 Sep; 29(5): 266-8.
6. Dumurgier C, Pujol G, Chevalley J, Bassoulet H, Ucla E, Stchepinsky P: Pressure sore carcinoma: a late but fulminant complication of pressure sores in spinal cord injury patients: case reports. *Paraplegia* 1991Jul;29(6):390-5.
7. Grotting JC, Bunkis J, Vaskonez LO: Pressure sore carcinoma. *Ann Plast Surg* 1987 Jun; 18(6):527-32.
8. Lohmann CM, Solomon AR: Clinicopathologic variants of cutaneous squamous cell carcinoma. *Adv Ant Pathol* 2001 Jan; 8(1): 27-36.
9. Nguyen TH, Ho DQ: Nonmelanoma skin cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2002 Jun; 3(3): 193-203.



**Şekil 4:** Bazı alanlarda glob korne yapıları ile tek hücre keratinizasyonu (HEX40)