Ulusal Cerrahi Dergisi 2009; 25(2): 68-71

OLGU SUNUMU

İki verrüköz kanser olgusu ve cerrahi yaklaşım

Two verrucous tumor cases and surgical approach

Metin Ertem*, Özgür Bakar, Emel Özveri*, Süleyman Yılmaz***

Verrüköz kanser, lokal olarak agresif yapıda, klinik olarak ekzofitik olan, düşük dereceli ve minimal metastaz potansiyeli olan iyi diferansiye skuamöz hücreli kanserdir. Verrüköz kanser, Ackerman tarafından tanımlanan, iyi differansiye skuamöz hücreli karsinomun bir varyantıdır. Genel olarak, verrüköz kanser yavaş ve devamlı olarak büyüme göstermesine rağmen iyi prognoza sahiptir. Günümüzde yerleşimine göre 4 tipi tanımlanmıştır. Bu makalede iki farklı yerleşim gösteren ve cerrahinin en sık uygulandığı bölgelerde gelişen verrüköz kanser olguları sunulmuştur. Bu kanserlere yaklaşım ve uygulanan cerrahi teknikler irdelenmiştir.

Anahtar sözcükler: *Verrüköz tümör, flep, perianal, sakrokoksigial*

*Acıbadem Hastanesi Cerrahi Servisi, İstanbul
**Acıbadem Hastanesi Dermatoloji Servisi, İstanbul

Dr. Metin Ertem
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İstanbul
E-posta: mertem@hotmail.com

Makale Geliş Tarihi: 09.02.2009
Makale Kabul Tarihi: 06.03.2009

Verrüköz kanser, Ackerman tarafından tanımlanan, iyi differansiye skuamöz hücreli karsinomun bir varyantıdır (1). Günümüzde yerleşimine göre 4 tipi tanımlanmıştır (1-3). Bu makalede iki farklı yerleşim gösteren ve cerrahinin en sık uygulandığı bölgelerde gelişen verrüköz kanser olguları sunulmuştur. Bu kanserlere yaklaşım ve uygulanan cerrahi teknikler irdelenmiştir.

OLGULAR

Birinci olgu 42 yaşında erkek hasta, kuyruk sokumunda kötü kokulu, aralıklı olarak kanama ve akıntıya neden olan yara ile başvurdu. Fizik muayenede sakrokoksigial bölgede karnıbahar şeklinde ekzofitik büyüme göstermiş, uzun ekseni 12 cm olan dev kitle gözlendi. Kitle palpasyonla kolaylıkla kopmakta ve kanamakta idi. Ayrıca sol gluteus cildini kaplayan tipik hidradenitis süpürativa görünümü mevcuttu. Hastanın hikayesinde 1984 ve 1993 yıllarında iki defa pilonidal sinüs ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Lezyondan lokal anestezi ile alınan biyopsinin histopatolojik incelemesi "Verrüköz Epitelyal Proliferasyon" olarak değerlendirildi. Hasta ameliyata alınarak kitle etrafındaki sağlam doku sınırlarından eksize edildi ve oluşan defekt alanı rotasyon flebi (Fishbein flep) ile kapatıldı (Resim 1, 2). Hastanın serolojik tetkiklerinde HPV pozitif saptandı. Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde verrüköz kanser saptandı.

İkinci olgu 45 yaşında kadın hasta, makatta ele gelen sertlikler ve kanama şikayeti ile başvurdu. 10 yıldır bulunan bu lezyonlar nedeniyle hasta yaklaşık 1 yıldır hemoroid tedavisi görmekteydi. Fizik muayenede perianal bölgede sert papillamatöz lezyonlar ve vulvada sklerotik alanlar saptandı. Lokal anestezi ile lezyondan yapılan punch biyopside "Liken Sklerozis ve Atrofikus komşuluğunda gelişmiş Verrüköz Kanser" tanısı konuldu. Hastanın lezyonu donuk kesit eşliğinde Mohs cerrahi prensiplerine uygun olarak ve güvenli cerrahi sınırlar sağlanarak eksize edildi. Oluşan defekt alanı house flep ile kapatıldı (Resim 3, 4). Hastanın serolojik tetkiklerinde HPV negatif saptandı.Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde verrüköz kanser saptandı. Maksimum invazyon derinliği 6 mm olan tümörde perinöral ve lenfovasküler boşluk invazyonu görülmedi. Cerrahi sınırlarda lezyon saptanmadı ve en yakın sınır tabanda 2 mm olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Verrüköz kanserin yerleşimine göre 4 tip tanımlanmıştır (1,2). Tip 1 oral florid papillomatozis olup özellikle tütün çiğneyen erişkin erkeklerde bukkal mukozada görülür. Tip 2 anogenital bölgede olup Buschke-Löwenstein tümörü ile eşanlamlı olarak kullanılmaktadır. Tip 3 erişkin erkeklerde ayak tabanında görülür ve epitelyoma kunikulatum diye bilinmektedir. Tip 4 diğer vücut bölgelerinde gözlenen tipidir (larinks, el bileği,



Resim 1. Sakrokoksigial verrüköz kanser (ilk olgu)

parmak, tırnak yatağı, kulak, burun, saçlı deri, karın duvarı, sırt) (1-3). Her iki olguda yerleşim olarak tip 2 paterninde yer almaktadır.

Anogenital lezyonlar daha fazla ekzofitik büyüme paterni gösterme eğilimindedir(1). Dış görünümleri viral siğillerle karışır. Sıklıkla var olan bir kondiloma aküminata zemininde gelişir (1,2). Fistül, abse ve sinüs formasyonları gösterir (3). Her iki olgu farklı tanılarıyla tedavi edilmeye çalışılmıştır. Sakral bölge yerleşimli olgu iki defa pilonidal sinüs tanısı, anal bölgede yerleşen ise hemoroid tanısı konmuştur. Anal ve perianal bölgede gözlenen verrüköz kanserlerde rekürens %70 ve mortalite oranı bölgesel yayılım göstermeleriyle %20-30 arasında bildirilmiştir (3). Metastaz nadir gözlenir (3). Verrüköz karsinom, hem ekzofitik hem de endofitik büyüme paterni göstererek alttaki kemik yapıları invaze edebilir (3). Her iki olgu uzun süreli (10 yıl ve üzeri) bulunmalarına rağmen yüzeyel kalmış ve uzak metastaz oluşturmamıştır (1-3). Olguların her ikisinde de takip süreleri içinde nüks görülmemiştir.



Resim 2. Sakrokoksigial verrüköz kanser- cerrahi sonrası (Fishbein flep)

Pilonidal sinüs zemininde kanser gelişme oranı %0,1 olarak bildirilmektedir (4-6). Oldukça düşük olan bu oranda etken uzun süreli kronik infeksiyona maruz kalmak gibi genel kanser gelişme prensipleri içindedir. Kronik inflamasyon, skar oluşumu, travma, kötü hijyen en sık etyolojide rolü olduğu düşünülen faktörlerdir (1). Anogenital lezyonlarda etyoloji değişkendir . Liken planus, liken sklerosis, hidradenitis supurativa, pilonidal sinüs, verrüköz karsinomun üzerinde geliştiği bildirilen diğer kronik inflamatuvar hastalıklardır (1,7-9).

Olguların bir çoğunda HPV tipleri pozitif bulunurken bazılarında negatiftir. Anogenital bölge yerleşimlerinde kanserleşmede HPV pozitifliğinin etkenler arasında olduğu düşünülmektedir (4). Anal bölgede yerleşim gösteren olgumuzda HPV negatif saptandı. Sakral bölge yerleşimli olgumuzda ise pozitif olarak bulundu.

Pilonidal sinüsden sıklıkla gelişen kanser tipleri, skuamöz kanser, bazal hücreli karsinom, adenokarsinom ve ender olarak verrüköz karsinom olarak bildirilmiştir (1,4-6). Olgumuzda ki gibi, sakral bölgede görülen verrüköz kanserin gelişiminin aynı bölgede yerleşimli hidradenitis süpürativa zemininden olma ihtimali daha yüksektir. Vücudun çeşitli yerlerinde görülebilen hidradenitis süpürativanın aksiller yerleşiminde kanserleşme görülmemektedir (4). Perianal yerleşimli hidradenitis süpürativalarda skuamöz kanser gelişme olasılığı % 3 olarak verilirken verrüköz kanser gelişimi literatürde sayılıdır (4-6).

Dar ve sıkı elbise giyinmekten kaçınmak, hijyene dikkat etmek hidradenitis süpürativa alevlenerek seyretmesinin önlemesinde konservatif olarak önerilebilir. Akut infeksiyon durumunda antibiyotik kullanılabilir.

Verrüköz kanser tespit edildiğinde önerilen tedavi erken ve güvenli cerrahi eksizyondur (4-6). Yeni lezyonların önlenmesinde cerrahi sınırın pozitifliğinde retinoidler nüks önleme açısından önerilebilir. Tedavi seçenekleri arasında geniş cerrahi eksizyon en iyi seçenektir. Geniş cerrahi eksizyon uygulanamayan yerleşimlerde aşama aşama güvenli cerrahi sınıra ulaşılan Mohs cerrahisi uygulanabilir. Radyoterapi seçeneği tartışmalıdır (9). Özellikle



Resim 3 Perianal verrüköz kanser (ikinci olgu)



Resim 4. Perianal verrüköz kanser- cerrahi sonrası (House flep)

oral kavitede görülen verrüköz kanserlerde radyoterapi bu düşük gradeli kanserleri anaplastik forma dönüştürebilmektedir (9). Bu nedenle bazı araştırmacılara göre anaplastik transformasyona neden olabileceğinden önerilmemektedir (1). Cerrahinin ulaşılamadığı noktalarda topikal imikimod, CO2 lazer ablasyon, fotodinamik tedavi, intralezyoner interferon, kemoterapi ve sistemik asitretin tedavisi ile de başarılı sonuçlar bildirilmiştir (10).

Pilonidal sinüs cerrahisinde uygulanan cerrahi teknikler bu bölgede yerleşen kanser olgularında da uygulanabilir. Küçük lezyonlarda Limberg flep veya sekonder iyileşme uygulanabilirken büyük lezyonlara da rotasyon flebi ile bizim olgumuzda olduğu gibi uygulanmalıdır. Pilonidal sinüs cerrahi tedavisinde sıklıkla uygulanan Limberg ve Karydakis gibi fleplerin hepsinde prensip nüksün etyolojisinde rol oynayan gluteal sulkusun ortadan kaldırılmasıdır (11,12). Dev sakrokoksigial lezyonlarda gluteusun daha geniş kullanılmasını sağlayan rotasyon flepleri (Fishbein flap) tercih edilmelidir (13). Rezeksiyon sınırları 12 cm'yi aşan lezyonlarda özellikle Limberg- romboid fleplerde flep pedikülü asimetrik fold oluşturarak anüse doğru uzanım gösterebilmektedir (14). Olgumuzda olduğu gibi iki defa nüks hikayesi bulunan lezyonlarda pilonidal sinüs patolojisinin gözden geçirilmesi gerekmektedir (5,6). Dev bir lezyon oluşumu söz konusu olan olgumuzda rotasyon flebi (Fishbein) ile alan örtülmüştür. Cerrahi sınırların negatifliği donuk kesit ile kontrol edilerek Mohs cerrahisi uygulanmıştır.

Anal kanal girişinde yer alan verrüköz kanser olgumuzda cerrahi alan house flep ile kapatılmıştır. Stenoz, anal-perianal fistül, anal fissür, ektopion, anal neoplazm gibi anal kanal ve perianal bölge problemlerinde house flep anoplasti basit ve emniyetli bir yöntem olup başarıyla uygulanabilir (15). V-Y ilerletme flebi , C , Z ve S plasti, U-şeklinde ada flebi bu amaçla kullanılan diğer tekniklerdir. House flepte diğerlerine göre daha az disseksiyondan ve gereksiz undermining'den kaçınılmakta ve sütür alanına binen tansiyon azalmaktadır. Sentovich ve ark. (16) dikdörtgen şeklindeki house ilerletme flebinin V-Y fleplerinin kombinasyonu olarak tarif etmişler ve %90 'a yakın başarı ile uygulamışlardır. Christensen ve ark. (17) tek bir ilerletme flebinin anal kanal çevresinin %25'ini aşmaması gerektiğni vurgulamışlardır. Bizim olgumuzda anal kanal çevresinin %50'sini içine alan bir house flep uygulanmış olup problem yaşanmamıştır. Her iki olguda cerrahi tedavi yeterli görülmüş ve hastalar periyodik takibe alınmıştır.

Sonuç olarak, genel cerrahinin sık uygulandığı iki bölge olan anal ve sakrokoksigial alanlarda karşılaşılan lezyonların kesinlikle patolojik incelenmesinin yapılması, ender de olsa verrüköz kanser olasılığının akılda bulundurulması ve bu kanser türünün başarılı tedavisinin güvenli cerrahi sınırlardan oluştuğunun bilinmesi önemlidir.

SUMMARY

Two verrucous tumor cases and surgical approach

Verrucous carcinoma refers to a clinicopathologic concept implying a locally aggressive, clinically exophytic, low-grade, well-differentiated squamous cell carcinoma with minimal metastatic potential. Verrucous tumor, as described by Ackerman, is a variant of well differentiated squamous-cell carcinoma. Overall, patients with verrucous carcinoma have a favorable prognosis, although the course of verrucous carcinoma lesions is characterized by slow, continuous local growth. Four subtypes have been defined according to the location. Here, we present two verrucous tumor cases which are found in different locations. Both tumors were originated in areas where surgery is mostly utilized. Several treatment modalities and surgical techniques of these tumours also have been discussed in this article.

Key Words: *verrucous tumor, flap, perianal, sacrococcygeal*

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmesi ve planlanması:
Metin Ertem

Verilerin elde edilmesi:
Metin Ertem, Emel Özveri, Süleyman Yılmaz

Verilerin analizi ve yorumlanması:
Metin Ertem, Emel Özveri, Süleyman Yılmaz

Yazının kaleme alınması:
Emel Özveri, Özgür Bakar

İstatistiksel değerlendirme:
-

KAYNAKLAR

1. Wolff K, Goldsmith LA, Katz ST, et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New york: Mc Graw-Hill 2008; 319-374.
2. Melo CR, Melo SR, Carcinoma cuniculatum of the buttock: an unusual case with an inverted growth. Dermatologica 1989; 179: 38-41.
3. Chu QD, Vezeridis MP, Libbey NP, et al. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. Dis Colon Rectum 1994; 37: 950-957.
4. Cosman BC, O'Grady TC, Pekarske S. Verrucous carcinoma arising in hidradenitis suppurativa. Int J Colorectal Dis 2000; 15: 342-346.
5. Mentes O, Akbulut, M, Bağci M. Verrucous carcinoma (Buschke-Lowenstein) arising in a sacrococcygeal pilonidal sinus tract: report of a case. Langenbecks Arch Surg 2008; 393: 111-114.
6. Anscombe AM, Isaacson P. An unusual variant of squamous cell carcinoma (inverted verrucous carcinoma) arising in a pilonidal sinus. Histopathology. 1983; 7: 123-127.
7. Weber P, Rabinovitz H, Garland L. Verrucous carcinoma in penile lichen sclerosis et atrophicus. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 529-532.
8. Castano E, Lopez-Rios F, Alvarez-Fernandez SG, et al.Verrucous carcinoma in association with hypertrophic lichen planus. Clin Exp Dermatol 1997; 22:23-25.
9. Thytherleigh MG, Birtle AJ, Cohen CE, et al. Combined surgery and chemoradiation as a treatment for Buschke-Löwenstein tumour. Surgeon 2006; 4: 378-383.
10. Heinxerling LM, Kempf W, Kamarashev J, et al. Treatment of verrucous carcinoma with imiquimod and CO2 laser ablation. Dermatology 2003; 207: 119-122.
11. Akın M, Gokbayır H, Kılıç K, ve ark. Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus: long term results in 411 patients. Colorectal Disease 2008; 10; 945-948.
12. Mentes O, Bağci M, Bilgin T, ve ark. Does technique alter quality of life after pilonidal sinus surgery? Langenbecs Arch Surg 2008; 393:11-114.
13. Fishbein RH, Handelsman JC. A metohod for primary reconstruction following radical exision of sacrococcygeal pilonidal disease. Ann Surg 1979; 190:231-235.
14. Saray A, Dirlik M, Çağlıkuleci M, Turkmenoğlu Ö.: Gluteal V-Y advancment fasciocutaneous flap for treatment of chronic pilonidal sinus disease. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2002; 36: 80-84.
15. Alver O,Ersoy Y,Aydemir İ, Ergüney S, Teksöz S,Apaydın B, Ertem M.: Use of 'House' Advancement Flap in Anorectal Disease. World J Surg 2008, 32:2281-2286.
16. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA.: Operative results of house advancment anoplasty . Br J Surg 1996; 83:1242-1244.
17. Christensen MA, Pitsh RM Jr, Cali RH.: House advancement pedicle flap for anal stenosis. Dis Colon Rectum 1992; 35:201-203.