

KRONİK PİLONİDAL SİNÜS ZEMİNİNDE GELİŞMİŞ EPİDERMOİD KARSİNOM: İKİ OLGUDA GÖZLENEN NADİR BİR KOMPLİKASYON

Akın YÜCEL*, Yağmur AYDIN*, Tayfun TÜRKASLAN*, İbrahim YILDIRIM *,
Salih PEKMEZCİ**, Murat HIZ ***

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, ** Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
*** Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Kronik pilonidal sinüs zemininde malign dejenerasyon gelişmesi nadir olarak karşılaşılan bir komplikasyondur. Literatürde bu güne kadar 44 olgu bildirilmiştir. Bunların %88'i epidermoid karsinomlardır. Genellikle düşük grade'li tümörler olmalarına karşın cerrahi rezeksiyon sonrasında oldukça agresif seyrederekler. Nüks ve metastaz oranları diğer non-melanotik karsinomlara göre çok yüksektir. Tedavisi esas olarak geniş cerrahi eksizyondur. Radyoterapi, kemoterapi ve koruyucu lenf düğümü diseksiyonunun tedavideki yerleri tartışmalıdır. Bu çalışmada, kronik rekürren pilonidal sinüs zemininde gelişmiş epidermoid karsinom nedeni ile tedavi edilen iki olgu sunulmaktadır. Her iki olguya da geniş cerrahi eksizyon uygulandı ve bilateral fasyokütan V-Y ilerletme flepleri ile rekonstrüksiyon yapıldı. Kemik tutulumu olan bir olguda sakrumun distal yarısı ile koksiks de rezeksiyona katıldı ve ameliyat sonrasında radyoterapi uygulandı. Olgulardan birisi, 9 ay sonra tümör nüksü ve bilateral lenfatik metastaz ile başvurdu. Bilateral inguinal lenf düğümü diseksiyonu, tümör rezeksiyonu, radyoterapi ve kemoterapi uygulanan bu olgu 4 ay sonra kaybedildi. Kronik ve nüks etmiş olgularda ortaya çıkan bu nadir fakat ağır komplikasyon, pilonidal sinüs tedavisinde yetersiz eksizyonlardan kaçınmanın ve tüm eksizyon materyallerinin histopatolojik olarak incelenmesinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pilonidal sinüs, epidermoid karsinom, kronik yara karsinomu.

Pilonidal sinüs oldukça sık karşılaşılan benign bir patoloji olmasına karşın, kronik olgularda malign dejenerasyon çok nadir gözlenen bir durumdur. Literatürde bugüne değin 44 olgu bildirilmiştir ve bunların %88'i epidermoid karsinomlardır¹. Bu çalışmada pilonidal sinüs zemininde gelişmiş 2 epidermoid karsinom olgusu sunulmaktadır.

SUMMARY

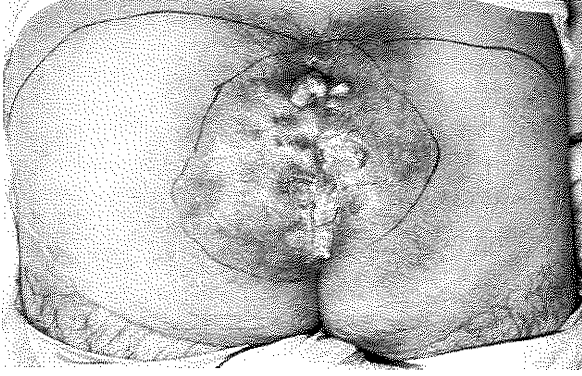
Squamous Cell Carcinoma Arising in Chronic Pilonidal Sinus- Report of Two Cases.

Malignant degeneration is a rare complication of chronic pilonidal sinus. There are only 44 reported cases in the literature and 88% of these are squamous cell carcinomas. Although they are generally low-grade tumors, they behave very aggressively after surgical resection. Recurrence and metastases rates are very high compared to other non-melanotic skin carcinomas. The mainstay of therapy is wide surgical excision. The role of radiotherapy, chemotherapy or prophylactic lymph node dissection is controversial. In this study, two cases with squamous cell carcinoma developed in chronic recurrent pilonidal sinus are presented. Wide surgical resection was performed for each case and resultant defects were reconstructed with bilateral fasciocutaneous V-Y advancement flaps. In one case with bone invasion, distal half of the sacrum and coccyx were also resected and postoperatively radiotherapy was administered. Tumor recurrence and bilateral lymphatic metastases occurred in the other case, 9 months later. This patient died 4 months after recurrent tumor resection, bilateral inguinal lymph node dissection, postoperative radiotherapy and chemotherapy. This rare but severe complication of chronic recurrent pilonidal sinus indicates the importance of the appropriate primary therapy of the pilonidal disease and histopathological examination of every resection specimen.

Key Words: Pilonidal sinus, squamous cell carcinoma, chronic wound carcinoma.

OLGULAR

Olgu 1. 61 yaşında erkek hasta sakral bölgede iyileşmeyen akıntılı yara yakınması ile başvurdu. Yaklaşık 30 sene önce ortaya çıkan akıntılı lezyon nedeni ile 27 ve 25 sene önce 2 kez ameliyat geçirmiş, ancak hastalık yinelenmiş. İlk muayenesinde sakrokoksigeal bölgede yaklaşık 10x15 cm'lik bir alan içerisinde yaygın



Şekil 1: Sakral bölgede yaygın sinüs ağızları, ülserasyon, abse odakları ile başvuran 61 yaşındaki erkek hastanın ameliyat öncesi görünümü.



Şekil 2: Bilateral fasyoküten V-Y ilerletme flepleri ile kapatılan defektin 3 hafta sonraki görünümü.

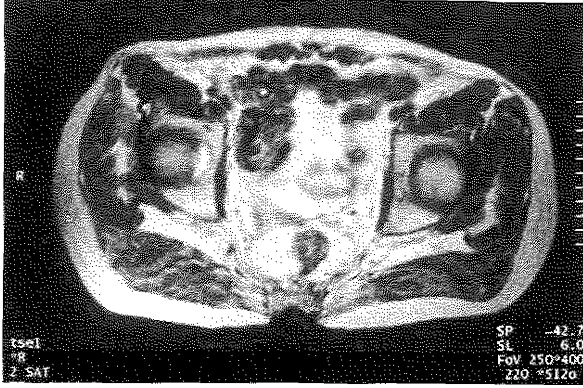
fistül ağızları, ülser alanlar, abse odakları ve nedbe dokusu mevcuttu (Şekil 1). Alınan insizyonel biyopsilerde epidermoid karsinom saptandı. Radyolojik olarak kemik tutulumu ve uzak metastaz mevcut değildi. Her iki inguinal bölgede patolojik lenf nodu saptanmadı. Hasta ameliyata alınarak etkilenmiş alan sağlam cilt, presakral fasya ve gluteal fasya ile birlikte çıkarıldı. Ameliyat sırasında yapılan frozen kesitlerde eksizyon sınırlarında ve tabanda tümöre rastlanmaması üzerine oluşan defekt her iki taraftan kaldırılan fasyoküten V-Y ilerletme flepleri ile kapatıldı (Şekil 2). Ameliyat sonrası erken dönemde bir komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik tanı Grade I epidermoid karsinom olarak geldi. Ameliyat sonrasında takiplere gelmeyen hasta, 9 ay sonra her iki inguinal bölgede, sağ tarafta cilde fistülize olmuş çoklu lenfadenopatiler ve sakrum üzerinde kitle ile tekrar başvurdu. Biyopsi sonucunun tümör metastazı olarak gelmesi üzerine hasta tekrar ameliyata alınarak kitle eksizyonu ve bilateral inguinal lenf düğümü diseksiyonu yapıldı. Radyolojik olarak uzak metastaz mevcut değildi. Ameliyat sonrasında



Şekil 3: Sakral bölgede iyileşmeyen akıntılı ülser nedeni ile başvuran 56 yaşındaki erkek hastanın ameliyat öncesi görünümü.

radıyoterapi ve kemoterapi uygulanan hasta 4 ay sonra tümör nüksü ve lenfatik metastaz nedeni ile kaybedildi.

Olgu 2. 56 yaşında erkek hasta sakrokoksigeal bölgede kötü kokulu akıntıya ve ağrıya neden olan iyileşmeyen ülser yakınması ile başvurdu. İlk olarak 36 sene önce sakral bölgede gelişen bir abse nedeni ile hekime başvuran hastaya abse drenajı uygulanmış, ancak ardından başka bir tedaviyi kabul etmemiş. 12 sene ve 4 sene önce 2 kez ameliyat geçirmiş, ancak her seferinde hastalık kısa sürede tekrarlamış. İlk muayenesinde sakrokoksigeal bölgede etrafı nedbe dokusu ile çevrili 4x4 cm boyutlarında ülser mevcuttu (Şekil 3). Ele gelen inguinal lenf düğümü yoktu. Alınan insizyonel biyopsilerin sonucu epidermoid karsinom olarak geldi. BT ve MR incelemesinde kitlenin sakrumun alt bölümü ve koksikte destrüksiyona yol açtığı ve perirektal yağlı dokuya spiküler uzanım gösterdiği saptandı (Şekil 4). Kolon ve rektum endoskopik olarak normaldi. Batın-toraks BT incelemesinde ve kemik sintigrafisinde uzak metastaz gözlenmedi. Hasta genel cerrahi ve ortopedi ile birlikte ameliyata alındı. Tümör, sakrumun alt yarısı, koksiks ve sağlam ciltle birlikte geniş olarak çıkarıldı. Perirektal yağlı dokularda makroskopik invazyon mevcut değildi ve bu bölgeden alınan frozen kesitlerde tümör saptanmadı. Oluşan defekt bilateral fasyoküten V-Y ilerletme flepleri ile kapatıldı (Şekil 5).



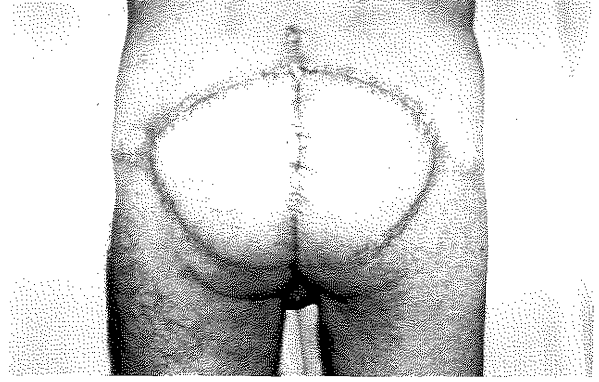
Şekil 4: Ameliyat öncesi tümörü ve kemik invazyonunu gösteren BT görünütüsü.

Erken dönemde bir komplikasyon gelişmedi. Patolojik tanı Grade I epidermoid karsinom olarak geldi ve eksizyon sınırlarında tümör mevcut değildi. Postoperatif dönemde ameliyat sahasına 30 gün içerisinde toplam 6000 cGy radyoterapi uygulandı. Hasta 14 aydır sorunsuz olarak izlenmektedir.

TARTIŞMA

Nöroenterik kanal kalıntısı kongenital koksigeal sinüslerin tıkanmasına bağlı olarak geliştiği düşünülen pilonidal sinüs için %5'e varan prevalans oranları bildirilmektedir². Doğumdan beri var olmasına karşın klinik tablo genellikle erken erişkinlik dönemlerinde ortaya çıkar. Klinik görünümü bir ya da daha fazla sinüs ağzı, sinüs traktusu, abse kavitesi, nedbe dokusu ya da bunların kombinasyonları şeklindedir. Asemptomatik olgularda takip yeterliken, semptomatik olgularda sinüs traktusları açılarak marsupiyalize edilir ya da lezyonun tamamı eksize edilir. Oluşan defekt sekonder iyileşmeye bırakılabilir, primer suture edilebilir, greftlenebilir ya da lokal fleplerle örtülebilir. Tedavi sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar patolojinin tekrarlaması ve açık bırakılan defektin kapanmayarak kronik yaraya dönüşmesidir. Bildirilen nüks oranları %5-20 arasında değişmektedir². Kronik olgularda çok nadir olarak gelişebilen bir diğer komplikasyon ise malign dejenerasyondur. Literatürde bugüne kadar pilonidal sinüs zemininde gelişmiş 44 karsinom olgusu bildirilmiştir ve bunların %88'i epidermoid karsinomlardır^{1,3,4}.

Kronik ve iyi tedavi edilmemiş yaralarda malign dejenerasyon gelişimi bilinen bir patolojik durumdur⁵. Daha çok yanık nedbeleri için tanımlanmış olan bu patoloji, kronik osteomyelit başta olmak üzere diğer kronik yaralarda da gelişebilir. Yanık nedbeleri için %2'ye varan görülme sıklıkları bildirilmiştir⁶. Tümörün gelişmesi için geçmesi gereken süre sıklıkla 30 yılın üzerindedir⁵. Tümör tipi hemen her zaman epidermoid



Şekil 5: Bilateral fasyokütan V-Y ilerletme flepleri ile kapatılan defektin 3 hafta sonraki görünümü.

karsinomdur. Genellikle düşük grade'li tümörler olmalarına ve başlangıçta yavaş ilerlemelerine karşın cerrahi rezeksiyon sonrasında oldukça agresif seyrederek⁶. Nüks ve metastaz oranları aktinik zeminde gelişmiş non-melanotik karsinoma göre çok yüksektir. Yanık nedbesi karsinomları için %30-75 metastaz ve %10-50 nüks oranları bildirilmiştir^{1,7-9}. Bostwick ve ark.⁶ bu durumu tümörün görece avasküler bir bölgede gelişmesine ve immünojenik mekanizma ile ilk olarak bölgesel lenf düğümlerinde karşılaşmasına bağlamışlardır.

Pilonidal sinüs zemininde karsinom gelişme insidansı %0,1-0,01 kadardır¹. Bildirilmiş olguların %88'i epidermoid karsinomlardır¹. Tanı konduğu sırada lenfatik metastaz oranı %3, kemik tutulumu sıklığı ise %8 kadardır¹. Hastaların %70'inde 10 yıldan uzun sürmüş pilonidal hastalık öyküsü mevcuttur ve %43'ü nüks etmiş olgulardır¹. Çoğu düşük grade'li tümörler olmalarına karşın sinüs traktusları boyunca derin dokulara kolaylıkla invazyon gösterebildiklerinden radikal tedavi gerektirirler. Tedavi sonrası nüks ya da metastaz oranları %44 gibi yüksek değerlerde seyrederken mortalite oranları %22 olarak bildirilmiştir^{2,3}.

Tedavi esas olarak geniş eksizyondur. Eksizyon sınırlarının güvenilirliği histopatolojik olarak doğrulanmalıdır. Presakral ve gluteal fasyanın da eksizyona dahil edilmesi lokal nüks riskini azaltmaktadır¹. Tutulum varsa kemik ve adele de çıkarılmalıdır. Postoperatif radyoterapiyi savunan yazarlar olmakla birlikte¹ rutin uygulanması tartışmalıdır². Adjuvan kemoterapi kemik tutulumu olan ya da metastaz saptanan olgularda uygulanır¹. Koruyucu lenf düğümü diseksiyonu ise önerilmemektedir¹⁻³.

Malign dejenerasyon pilonidal hastalığın çok nadir bir komplikasyonu olmakla birlikte, oluştuğunda oldukça ağır seyrederek. Bu durumda böyle bir komplikasyondan korunmanın önemi daha da artmaktadır. Eksize edilen

tüm pilonidal sinüs materyalleri histopatolojik olarak incelenmeli ve malign dejenerasyon ya da skuamoz metaplazi varlığında hastalar tekrar değerlendirilmelidir. Hastalığın tekrarlaması ile sonuçlanabilecek yetersiz eksizyonlardan kaçınılmalı, yaygın hastalığı olan ve geniş defekt oluşabilecek hastalar için önceden Plastik Cerrahlara danışılmalı ve tedavisi birlikte planlanmalıdır.

Dr. Aktın YÜCEL
P.K. 41 Cerrahpaşa
34303 İSTANBUL

KAYNAKLAR

1. Kulaytat MN, Gong M, Doerr RJ. Multimodality treatment of squamous cell carcinoma complicating pilonidal disease. *Am Surg*; 62: 922, 1996.
2. Karulf RE. Hidradenitis suppurative and pilonidal disease. Beck DE, Wexner SD (ed). *Fundamentals of Anorectal Surgery*. McGraw Hill Inc.; s: 183-191, 1992.
3. Bark T, Wilking N. Squamous-cell carcinoma in a pilonidal sinus. Case report. *Acta Chir Scand*; 152: 703, 1986.
4. Lineaweaver WC, Brunson MB, Smith JF et al. Squamous carcinoma arising in a pilonidal sinus. *J Surg Oncol*; 27: 239, 1984.
5. Giblin T, Pickrell K., Pitts W, Armstrong D. Malignant degeneration in burn scars: Marjolin's ulcer. *Ann Surg*; 162: 291, 1965.
6. Bostwick J, Pendergrast J, Vasconez LO. Marjolin's ulcer: an immunologically privileged tumor? *Plast Reconst Surg*; 57: 66, 1976.
7. Hahn SB, Kim DJ, Jeon CH. Clinical study of Marjolin's ulcer. *Yonsei Med J*; 31: 234, 1990.
8. Ames FC, Hickey RC. Squamous cell carcinoma of the skin of the extremities. *Int Adv Surg Oncol*; 3:179, 1980.
9. Novick M, Gard DA, Hardy SB et al. Burn scar carcinoma: A review and analyses of 46 cases. *J Trauma*; 17: 809, 1977.