

# Memede Hipertrofik Skar

## *Hypertrophic Scar of Breast*

Aybala Ağaç Ay<sup>1</sup>, Kuzey Aydınuraz<sup>1</sup>, Vural Sözen<sup>1</sup>, Oral Saygun<sup>1</sup>, Çağatay Erden Daphan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., Kırıkkale

### ÖZET

Keloid ve hipertrofik skarlar, ilgili hekim için son derece zorlu bir durum arzietmekte olup kısaca abartılı yara iyileşmesi olarak tanımlanabilir. Bu makalede memeden fibroadenom eksizyonu sonrası 5. yılında insizyon skarı lokalizasyonunda keloid oluşan ve meme ultrasonografisinde skar dokusu arkasında multikistik-adenomatöz doku rapor edilmesi üzerine lezyonun eksize edildiği bir olgu sunuyoruz. Keloid, bir kez oluşmasının ardından tedaviye son derece dirençli ve rekürrense yatkın olduğundan, silikon ile kaplama, basınçlı pansuman ve kortikosteroid enjeksiyonu gibi birinci basamak tedaviler dikkatle değerlendirilmelidir. Keloidin cerrahi olarak çıkarılması ise, diğer tedavi metodlarıyla kombine edilmediği takdirde rekürrens açısından yüksek risklidir. Burada sunulan olgu ışığında, eski skar alanlarında yeni oluşan keloid varlığında, skar dokusunun ardında yara gerginliğini artıran bir patolojinin akılda tutulmasının faydalı olacağı görüşündeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Keloid, skar gerginliği, fibrokistik meme

### GİRİŞ

Fizyolojik yara iyileşmesinin abartılı hali olarak tanımlayabileceğimiz keloid, ağrıya ve kaşıntıya sebep olması, belirgin kontraktürler ve skar oluşturması sebebiyle hastaların gerek fiziksel gerekse de psikolojik olarak yaşam kalitesini düşüren bir durum olarak karşımızda durmaktadır (2). Bu olgu sunumunda 5 yıl önce yapılan bir meme biyopsisine ait insizyon skarında yeni oluşmuş keloid olgusunu sunuyoruz.

### OLGU

49 yaşında kadın hasta sol memede kaşıntılı yara şikâyetiyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Sistemik fizik muayenesi normal olan hastanın, yapılan meme muayenesinde sol meme saat 8 hizasından 4 hizasına kadar uzanan, 7 cm uzunluğunda, areolaya yaklaşık 2 cm uzaklığında hiperemik, yer yer granüle ve sert keloid dokusu görüldü (Resim1). Hastanın memeyi sarma yönündeki uygulamasına sekonder

### ABSTRACT

Keloids and hypertrophic scars represent an exuberant healing response that poses a challenge for physicians. (1). We present a case of keloid formation on a surgical site 5 years after surgical excision of fibroadenoma from breast. Breast ultrasonography revealed multicystic-fibroadenomatous tissue behind the scar area and surgical excision was performed. Once established, however, keloids are difficult to treat, with a high recurrence rate regardless of therapy. Evidence supports silicone sheeting, pressure dressings, and corticosteroid injections as first-line treatments. Surgical removal of keloids poses a high recurrence risk unless combined with one or several of these standard therapies. In the light of our case we think that, a pathology which increase scar tension must be kept in mind when new onset keloid on an old scar is seen.

**Keywords:** Keloid, scar tension, fibrocystic breast

meme altı sulkus ile lezyon masere ve hiperemikti. Meme muayenesinde palpasyonla sağ meme normal iken sol memede keloid dokusunun arkasına uyan lokalizasyonda cilt altı mesafede, dağınık olarak palpe edilen noduler lezyonlar bulunmaktaydı. Hastanın öyküsünden hipertrofik olarak gelişmiş insizyon skarının 5 yıl önce memeden fibroadenom eksizyonuna ait olduğu, 5 senedir çizgi şeklinde belli belirsiz görünen skar dokusunun son birkaç ayda büyüyerek kaşıntılı bir hal aldığı öğrenildi. Aynı memeden meme başı akıntısı şikâyeti de başlamış olan hastanın Dermatoloji ve Plastik Cerrahi kliniklerinde görüldüğü, lezyondan yüzeysel biyopsi yapıldığı, biyopsi sonucunun keloidle uyumlu gelmesi üzerine kortikosteroid tedavisine başlandığı ve hastanın kız kardeşinin meme kanseri tanısı olması sebebiyle bölümümüze yönlendirildiği öğrenildi. Yapılan meme ultrasonografisinde skar dokusu arkasında fibrokistik-adenomatöz doku artışı raporlanması ve bu bulguların bir önceki kontrol ultrasonografisinde bulunmaması üzerine, lezyonun keloid dokusuyla birlikte total

çıkartılması planlandı. Genel anestezi altında total eksizyon yapılan hastanın postoperatif patoloji raporu ciltte keloid, meme dokusunda ise fibrozis, kistik duktus formasyonu, adenozis, sekretuar metaplazi olarak raporlandı. İntraoperatif olarak cilt gerginliğini azaltmaya yönelik kontinü ciltaltı sütür konulan olgu, yeni keloid oluşumunu engelleyici kombine tedavisinin planlanması amacıyla Dermatoloji ve Plastik Cerrahi kliniklerine yönlendirilen hasta halen nüksüz takiptedir.



Resim 1

### TARTIŞMA

Dünyada her yıl 55 milyonu elektif, 25 milyonu acil operasyona sekonder olmak üzere yaklaşık 100 milyon kişi insizyon skarına sahip olmaktadır. Fizyolojik yara iyileşmesinin abartılı hali olarak tanımlayabileceğimiz keloid ise bu olguların takibinde sıklıkla karşımıza çıkmaktadır (2).

Keloid açısından en önemli risk faktörü koyu ten rengine sahip olmak olup, bu kişiler normal popülasyona kıyasla neredeyse 15-20 kat daha fazla risk taşımaktadır. Genetik geçişle ilgili otozomal dominant ve resesif varyantlar tanımlanmış olup, beyaz tenli kişilere kıyasla Asyalı, İspanyol ve Afrika kökenli Amerikan ırklarında belirgin sıklık göstermektedir (1).

Keloidler travma veya insizyon sonrası gelişmekte olup, nadiren lazer uygulaması sonrası ya da masseter hipertrofinine sekonder gelişmiş olgular da bildirilmiştir (3,4). Travma sonrası 4 ila 8 hafta arasında gelişmeye başlayan keloid dokusu neredeyse 6 aya kadar hızlı gelişimini sürdürerek, sonrasında stabil kalma eğilimindedir. Klinik olarak bazen telenjektazilerin eşlik ettiği, pürüzsüz ve parlak yüzeyli noduler oluşumlar şeklinde görülürler.

Epitel incelmış ve yer yer hiperpigmente ve lokal ülser alanlarla karakterizedir (2). Olgumuzda da özellikle telenjektaziler ve yer yer hiperpigmente alanlar mevcuttu.

Olgumuzla ilgili olarak keloid oluşumunda cerrahi açıdan üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biri ise, gerginliksiz yara kapatma olmalıdır. Zira birçok pcr (polimerase chain reaction) çalışması göstermiştir ki büyüme faktörleri ve nöropeptidler gerginlikli yaralarda gerginliksiz kapatılanlara göre çok daha fazla salgılanmakta ve bu yolla hipertrofik skar ve keloid oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle cerrahi sonrası gerginlik azaltıcı fasya veya ciltaltı sütürlerin konması keloid oluşumunu engellemeye yardımcı olmakta, hatta bazı olgularda keloidin eksizyonu ile beraber tedaviye yardımcı olmaktadır. Ancak hipertrofik skar açısından riskli kişilerde maksimum gerginliksiz yara kapatmayı sağlamak için flep veya greftle onarım seçeneklerinin de göz önünde bulundurulması gerekliliği vardır (5,6). Olgumuzda yeni gelişen gergin fibrokistik alanların eski bir skarda bile olsa keloid gelişimini tetiklediği inancındayız, zira eksizyon sonrası cerrahi alan çift kat cilt altı sütürlerle gerginliksiz kapatılmış ve postoperatif medikal tedavi desteğiyle de hastada nüks gözlenmemiştir.

Bu noktada tedavi modalitelerini gözden geçirmek gerekirse, önceliğin "korunma"ya verilmesi gerektiği açıktır. Herhangi bir girişimden önce hasta, risk faktörleri açısından gözden geçirilmeli, daha önce geçirilmiş travma veya cerrahi varsa skar dokusuyla ilgili bir sorun gelişip gelişmediği öğrenilmelidir. Keloid gelişmesi halinde ise intradermal kortikosteroid enjeksiyonu ile başlayıp, fokal radyoterapi, silikon kaplama, bası giysileri kullanma, immunomodulör bir ajan olan "imiquimod" uygulanması gibi metodlar kullanılabilir olup, bu yöntemlerin tek başlarına etkinliği tartışmalıdır (1). Cerrahi eksizyonun tedavide kullanılabilirliği bulunmakla birlikte postoperatif dönemde medikal tedavi ile desteklenmediği takdirde nüks ya da daha agresif bir keloid oluşumu ile karşılaşmak olası olduğundan tüm tedavi modalitelerinin dikkatle gözden geçirilmesi ve en önemlisi gerginliksiz yara kapatma gibi basit ve etkili korunma önlemlerinin yaygın olarak kullanımına geçilmesinin kritik öneme sahip olduğunu düşünmekteyiz.

**KAYNAKLAR**

1. Juckett G, Hartman-Adams H. Management of keloids and hypertrophic scars. *Am Fam Physician*. 2009; 80(3): 253-60.
2. Gauglitz GG, Korting HC, Pavicic T, Ruzicka T, Jeschke MG. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. *Mol Med*. 2011; 17(1-2): 113-25. doi: 10.2119/molmed.2009.00153. Epub 2010 Oct 5.
3. Avram MM, Tope WD, Yu T, Szachowicz E, Nelson JS. Hypertrophic scarring of the neck following ablative fractional carbon dioxide laser resurfacing. *Lasers Surg Med*. 2009; 41(3): 185-8. doi: 10.1002/lsm.20755.
4. Shetty N, Malaviya RK, Gupta MK. Management of unilateral masseter hypertrophy and hypertrophic scar-a case report. *Case Rep Dent*. 2012; 2012: 521427. doi: 10.1155/2012/521427. Epub 2012 Jul 10.
5. Ogawa R, Akaishi S, Huang C, Dohi T, Aoki M, Omori Y, Koike S, Kobe K, Akimoto M, Hyakusoku H. Clinical applications of basic research that shows reducing skin tension could prevent and treat abnormal scarring: the importance of fascial/subcutaneous tensile reduction sutures and flap surgery for keloid and hypertrophic scar reconstruction. *J Nippon Med Sch*. 2011; 78(2): 68-76.
6. Pai VB, Cummings I. Are there any good treatments for keloid scarring after sternotomy? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011; 13(4): 415-8. doi: 10.1510/icvts.2010.264887.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Aybala Ağaç AY

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Genel Cerrahi A.D. / Kırıkkale

E-posta: draybala.a@gmail.com

Faks:0318 2254634 Cep Tel: 0505 230 15 66