

Gebelik Hipertrofik Skar ve Keloid İçin Ortak Bir Tetikleyici Olabilir mi? Vaka Sunumu

Could Pregnancy be a Common Trigger Factor for Hypertrophic Scar And Keloid? A Case Report

Soner TEZCAN¹, Fatih TEKİN¹, Mehmet SÜRMEİ²,

Mehmet Çağatay FALCIOĞLU¹, Ömer Faruk TANER¹, Furkan Erol KARABEKMEZ¹

Öz

Hipertrofik skar ve keloid, anormal yara iyileşmesinin sonucu olarak ortaya çıkan başlıca patolojilerdir. Tedavi seçeneklerinin kısıtlılığı ve sonuçlarının estetik açıdan yetersizliği bu patolojilerin klinik önemini artırmaktadır. Bu nedenle cerrahi girişimler öncesinde, yara iyileşmesini etkileyecek etiyolojik faktörler detaylı olarak sorgulanmalıdır. Bu vaka sunumuyla, gebeliğin bu süreçteki olumsuz etkilerine ve bu sonuçlar için alınması gereken tedbirlerle dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Hipertrofik skar, keloid, gebelik.

Abstract

Hypertrophic scar and keloid are the main pathologic results after an abnormal wound healing process. Limited treatment options and unsatisfactory outcomes make the pathologies in need of more clinical interest. For this reason, etiological factors must be detailly questioned before the surgical procedures. With this case report, we aimed to highlight the role of pregnancy and the precautions for unexpected outcomes in this process.

Key Words: Hypertrophic scar, keloid, pregnancy.

İletişim Adresi:

Soner Tezcan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Tel: +90 312 356 90 00 • E-posta: soner.md@hotmail.com

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

² Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği

Giriş

Hipertrofik skar ve/veya keloid, cilt bütünlüğünü bozan her türlü yaranın iyileşme evresinden sonra ortaya çıkan, birbirinden farklı patolojik tablolardır. Etiyolojide aşırı skar dokusu üretimine neden olabilecek faktörler (genetik yatkınlık, mekanik stres, endokrinolojik ve metabolik faktörler) ortak neden olarak gösterilmektedir. Fakat özellikle keloid dokusunun genetik, hormonal ve immünojenik faktörlerle olan yakın ilişkileri dikkati çekmektedir^{1,5}. Her ikisinde de skar dokusunda var olan kollajen ve glikoproteinlerin aşırı üretimi söz konusu olmasına karşın, klinik görünüşleri ve davranışları birbirinden farklıdır. Keloid dokusu yara kenarlarından taşan ve nadiren gerileme gösteren bir davranış sergilerken, hipertrofik skarda sıklıkla gerileme görülmektedir^{4,5}. Kesin tanı, histopatolojik yöntemler sayesinde konulabilmektedir. Tedavide ise güncel olarak en sık kullanılan metodlar eksizyon sonrasında radyoterapi, kriyoterapi ve lazer uygulamaları olmasına karşın, yeni bir patolojik sürecin başlamasına neden olmamak adına doku bütünlüğünü bozan her türlü faktörden kaçınılması önerilmektedir^{6,7}.

Keloidin endokrinolojik problemlerle olan birlikteliği, sebasöz glandların hiperaktivitesi ve hipertansiyon ile ilişkilendirilmiş teoriler olarak literatürde yerini almaktadır. Gebelik sürecinde oluşan endokrinolojik değişikliklerin aşırı yara iyileşmesi üzerinde tetikleyici olabileceği düşünülse de, bu konuda yapılmış detaylı bir çalışma bulunmamaktadır^{8,9}.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 16 ay önce otoplasti nedeniyle opere olmuş 31 yaşında kadın hasta, postaurikuler alandaki insizyon hattında oluşan kaşıntı ve kabarıklık şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinden 20 haftalık gebe olduğu ve kaşıntıların 10 gündür başlamış olmasıyla bu durumu fark ettiği öğrenildi. Yapılan ayrıntılı fizik muayenesinde bilateral postaurikuler otoplasti insizyon hattı boyunca uzanan, sınırları insizyon hattından dışarı taşma eğiliminde bulunan keloid dokusu ve aynı zamanda sağ proksimal önkol dorsal yüzünde, yaklaşık 4 cm uzunluğunda, eritematöz, sınırları insizyon hattından taşmayan hipertrofik skar dokusu fark edildi. Önkolda fark edilen bu patolojinin gebelik süreci başlamadan 3 ay önce yanık nede-

niyle yapılmış skar revizyonuna bağlı olduğu ve yine gebelikle birlikte daha belirgin hale geldiği öğrenildi. Postaurikuler bölgede bulunan insizyonun ise gebelik sürecinden 11 ay önce oluştuğu belirlendi. (Resim 1a, 1b, 2) Hastanın mevcut gebeliği dikkate alınarak, aşırı yara iyileşme problemlerinin tedavisinde sistemik etki yaratabilecek yöntemlerden uzak duruldu. Önkol için günde 3 kez 1 saat çıkaracak şekilde gün boyu silikon bazlı tabaka tedavisi ve postaurikuler bölge için ise günde 2 kez 2 dakikalık masajla uygulanan silikon bazlı jel tedavisi başlanarak hasta klinik takibe alındı.



Resim 1a (sol) ve 1b (sağ): postaurikuler insizyon skarı



Resim 2: Sağ önkol dorsalinde revizyon skarı



Resim 3a (sol) ve 3b (sağ): postaurikuler insizyon skarı (postpartum)

Hastanın hamilelik süreci ve sonrası aylık periyodlarla yapılan uzun dönem takiplerinde, gebeliğin sağlıklı şekilde sonlanması neticesinde her iki yara probleminin hızlı şekilde normal skar dokusuna dönüşmeye başlaması ve kaşıntı ve kızarıklık şikayetinin gerilediği dikkati çekti. Halen emzirme döneminde olması nedeniyle sistemik etki yaratacak tedaviler yerine lokal silikon bazlı tedavilere devam edilmektedir (Resim 3a, 3b, 4).



Resim 4: Sağ önkol dorsalinde revizyon skarı (postpartum)

Tartışma

Patolojik yara iyileşmesinin iki örneği olan hipertrofik skar ve keloidler normal skar dokusundan, aşırı kollajen üretimi ve anormal kollajen dizilimi ile ayrılırlar. Keloidlerde oluşan skar dokusu yara sınırlarını aşır normal dokuya invaze olma eğilimi gösterirken, hipertrofik skar mevcut skar dokusunun genişlemesiyle sınırlıdır. Özellikle etiolojisinin yeterli derecede ortaya konamamış olmasıyla bağlantılı olarak tedavi seçeneklerinin kısıtlı oluşu da, bu patolojik süreçlerin yönetimini zorlaştıran başlıca nedenlerdir^{3,10}.

Hormonal etkilerin aşırı skar dokusu oluşumuyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Keloidlerin sıklıkla pubertede oluştuğu ve özellikle hipertrofik skarlar menopozdan sonra gerilediği gösterilmiştir^{1,11,13}.

Hamilelik, anabolik metabolizmanın fizyolojik olarak arttığı bir süreç olmasına rağmen, aşırı yara iyileşmesi örnekleri literatürde nadir olarak bulunmaktadır. Teratojeniteye fazlasıyla özen gösterilme gerekliliği nedeniyle, hamilelikte karşılaşılabilecek bu tabloların tedavisi bir kat daha zor hale gelmektedir. Genel itibarıyla cerrahi prosedürlerin noninvaziv yöntemlerle birlikte kullanılması rekürrens oranını azaltmaktadır^{14,17}.

Hastamızda görülen hipertrofik skar ve keloid dokusu, bugüne kadar ortaya konan etiolojik faktörler, klinik davranış açısından literatürle uyumluluk gös-

termektedir. Ancak bu patolojik süreçlerin aynı hastada eş zamanlı olarak bulunduğu bir vaka literatürde gösterilmemiştir.

Sonuç ve öneriler

Sunmuş olduğumuz vaka dikkate alındığında, özellikle estetik operasyonlar sonrasında ortaya çıkabilecek tedavisi zor olan bu tabloların, hastaya operasyon öncesinde anlatılması ve yazılı onamının alınması önem arz etmektedir. Ayrıca yapılacak operasyonlar öncesinde kadın hastaların hormonal patolojisi ve/veya gebelik düşüncesinin sorgulanması, böyle bir durumda hastaya özellikle yara iyileşme problemiyle karşılaşılabileceğinin vurgulanması ve mümkünse elektif operasyonların ertelenmesi uygun olacaktır. Literatürde anabolik sürecin anormal yara iyileşmesine etkisi belirtilmiş olmasına karşın, ileri araştırmalar sonucunda pek çok bilinmeyene sahip bu süreçlerin aydınlatılması mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. Huang, C., et al., Keloids and hypertrophic scars: update and future directions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 2013; 1:e25.
2. Nakashima, M., et al., A genome-wide association study identifies four susceptibility loci for keloid in the Japanese population. *Nat Genet*, 2010; 42: 768-71.
3. Miller, M.C. and J. Nanchahal, Advances in the modulation of cutaneous wound healing and scarring. *BioDrugs*, 2005; 19: 363-81.
4. Ogawa, R., S. Akaishi, and M. Izumi, Histologic analysis of keloids and hypertrophic scars. *Ann Plast Surg*, 2009; 62: 104-5.
5. Ogawa, R., S. Akaishi, and H. Hyakusoku, Differential and exclusive diagnosis of diseases that resemble keloids and hypertrophic scars. *Ann Plast Surg*, 2009; 62: 660-4.
6. Ogawa, R., et al., Keloids and Hypertrophic Scars Can Now Be Cured Completely: Recent Progress in Our Understanding of the Pathogenesis of Keloids and Hypertrophic Scars and the Most Promising Current Therapeutic Strategy. *J Nippon Med Sch*, 2016; 83: 46-53.
7. Akaishi, S., et al., Nd:YAG Laser Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars. *Eplasty*, 2012; 12: e1.
8. Moustafa, M.F., M.A. Abdel-Fattah, and D.C. Abdel-Fattah, Presumptive evidence of the effect of pregnancy estrogens on keloid growth. Case report. *Plast Reconstr Surg*, 1975; 56: 450-3.
9. Park, T.H. and C.H. Chang, Keloid recurrence in pregnancy. *Aesthetic Plast Surg*, 2012; 36:1271-2.

10. Ziegler, U.E., [International clinical recommendations on scar management]. *Zentralbl Chir*, 2004; 129:296-306.
11. Fong, E.P. and B.H. Bay, Keloids - the sebum hypothesis revisited. *Med Hypotheses*, 2002; 58: 264-9.
12. Arima, J., et al., Hypertension: a systemic key to understanding local keloid severity. *Wound Repair Regen*, 2015;23: 213-21.
13. Huang, C. and R. Ogawa, The link between hypertension and pathological scarring: does hypertension cause or promote keloid and hypertrophic scar pathogenesis? *Wound Repair Regen*, 2014;22: 462-6.
14. Branski, L.K., H.O. Rennekampff, and P.M. Vogt, [Keloid and hypertrophic scar treatment modalities. An update]. *Chirurg*, 2012; 83: 831-4, quiz 845-6.
15. Huang, D., K.H. Shen, and H.G. Wang, Pressure therapy upregulates matrix metalloproteinase expression and downregulates collagen expression in hypertrophic scar tissue. *Chin Med J (Engl)*, 2013; 126:3321-4.
16. Rabello, F.B., C.D. Souza, and J.A. Farina Junior, Update on hypertrophic scar treatment. *Clinics (Sao Paulo)*, 2014; 69:565-73.
17. Rha, E.Y., et al., Topical Application of a Silicone Gel Sheet with Verapamil Microparticles in a Rabbit Model of Hypertrophic Scar. *Plast Reconstr Surg*, 2016;137: 144-51.