

Gonca Elçin

Deri Tümörlerinin Cerrahi Tedavisi

Surgical Treatment of Skin Tumors

Özet

İster iyi huylu, ister kötü huylu olsun deride yerleşen herhangi bir tümörünün cerrahi tedavisi denildiğinde akla ilk gelen yöntem eksizyondur. Eliptik eksizyon dermatolojik cerrahinin temel yapı taşıdır. Her eksizyondan geriye fonksiyonel ve kozmetik olarak onarmakla yükümlü olduğumuz bir deri defekti kalır. Defektin boyutunu eksize ettiğimiz tümörün boyutu ve kullandığımız güvenlik sınırı belirler. Yan ve derin cerrahi sınırlar uygun cerrahi yöntemle tümörsüz hale getirildikten sonra oluşan defektin boyutu ve yerleşimi gözetilerek sekonder yara iyileşmesi, primer onarım, flepler veya tam veya kısmi kalınlıkta greft yöntemlerinden o defekt için en iyi kozmetik ve fonksiyonel sonucu verecek olanla onarım yapılır. Bu derlemede deri tümörleri için sık kullanılan dermatolojik cerrahi yöntemlerin yanı sıra, ülkemizde henüz rufin olarak kullanılmayan ancak yüksek riskli bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinomun (SHK) cerrahi tedavisinde ilk seçenek olarak önerilen Mohs cerrahisi de anlatılacaktır.

Anahtar kelimeler: Dermatolojik cerrahi girişimler, Mohs cerrahisi, rekonstrüktif cerrahi teknikler, bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, melanom

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Abstract

When we mention about surgical treatment of any tumor residing on the skin independent of its benign or malignant nature, the first method we recall is excision. Elliptical excision is the mainstay of the dermatologic surgery. Each excision ends with a defect for which we are responsible to repair functionally and cosmetically. The diameter of the tumor we excised and the safety margin used for excision determine the diameter of the final defect. After achieving tumor free lateral and deep margins with the appropriate surgical method, we decide between the repair options of second intention healing, primary repair, flaps, full or split thickness grafts, considering the diameter and the anatomic localization of the defect, for the best functional and cosmetic result for that specific defect. This review overviews not only the most common dermatologic surgical methods, but also Mohs surgery which is a method rarely used in our country, although it is the treatment of choice for the treatment of high risk basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC).

Key words: Dermatologic surgical procedures, Mohs surgery, reconstructive surgical procedures, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, melanoma

Conflicts of Interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Giriş

Uzmanlık alanımız var olduğu günden bu yana tanı ve tedavide daima cerrahi yöntemlerden faydalanmıştır (1). Deri tümörlerinin tedavisinde tercih ettiğimiz cerrahi yöntemler arasında kriyoterapi, küretaj ve koterizasyon, makas eksizyon, tıraş eksizyon, ekstirpasyon, lazer ablasyon, standart eksizyon ve Mohs cerrahisi

seralanabilir. Uzmanlık alanımızın çekirdek eğitim programında girişimsel yetkinlikler başlığı altında bu cerrahi yöntemlerin tümü ve daha fazlası yer almaktadır. Yani bu yöntemleri kullanma hakkımız ve bu yöntemleri öğrenme yükümlülüğümüz söz konusudur.

Cerrahi yöntemleri hemen her gün karşılaştığımız akrokordon, epidermoid kist,

Hacettepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Gonca Elçin,
Hacettepe Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Deri ve Zührevi
Hastalıkları Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
E-posta: goncaelcin@hacettepe.edu.tr
Geliş Tarihi/Submitted: 07.05.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 07.05.2015

@Telif Hakkı 2015 Türk Dermatoloji
Derneği Makale metnine www.
turkdermatolojidergisi.com web
sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015 by Turkish Society
of Dermatology - Available on-line
at www.turkdermatolojidergisi.com

seboreik keratoz, lipom, piyojenik granülom ve benzeri benign deri kist ve tümörlerinin tedavisinde veya aktinik keratoz, bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) gibi premalign veya malign deri tümörlerinin tanı ve tedavisinde kullanıyoruz. Cerrahi tanısal nedenle kullandığımız özel bir durum ise melanom şüphesi uyandıran pigmentli veya pigmentsiz lezyonların dar sınır ile total eksizyonudur. Eksizyon dermatolojik cerrahinin özüdür. Tanısı "punch", tıraşlama veya insizyonel biyopsi ile kesinleşmiş deri tümörlerinin tedavisinin yanı sıra, tanısı henüz kesin olmayan şüpheli lezyonların histopatolojik tanısına ulaşmamıza da hizmet eder.

Bir deri tümörü cerrahi olarak tedavi edilecekse tümörün histopatolojik tanısı ve yerel rekürrens açısından taşıdığı risk gözetilerek uygun cerrahi yöntem belirlenir. Deri tümörlerinin cerrahi tedavisi yapılırken tümörün hemen periferindeki sağlam görünen doku da destrüksiyona veya eksizyona dahil edilir, buna güvenlik sınırı denir. Deriden uzaklaştırılmak istenen tümör için uygun güvenlik sınırları kullanıldığında kür oranları artar.

Bu derlemede deri tümörleri için sık kullanılan dermatolojik cerrahi yöntemlerin yanı sıra, ülkemizde henüz rutin olarak kullanılmayan ancak yüksek riskli BHK ve SHK'nin cerrahi tedavisinde ilk seçenek olarak önerilen Mohs cerrahisi de anlatılacaktır. Cerrahi yöntemleri anlatmaya başlamadan önce melanom dışı deri kanserlerinde riskin nasıl belirlendiğini kısaca hatırlayalım.

Cerrahi tedavisi planlanan her BHK veya SHK için önce risk grubunu belirlemek uygulanacak cerrahi yöntemi belirlemek açısından kritik öneme sahiptir. Tablo 1'de BHK ve SHK için yüksek riski tanımlayan özellikler sıralanmıştır. Bu özelliklerden sadece bir tanesinin varlığı sorgulanan tümörün yüksek riskli kabul edilmesi için yeterlidir. BHK'nin metastaz riski %0,0028 ile %0,55 arasında tanımlanmıştır (2) ve pratikte metastaz yapmayan bir kanser olarak kabul görmektedir. Bu

nedenle BHK için risk ile kastedilen yerel rekürrens riskidir. SHK ise BHK'den farklı olarak bölgesel lenf nodlarına veya uzak organlara metastaz yapabilir, bu ihtimal primer ve rekürren SHK için sırasıyla %5,2 ve için %30,3 olarak bildirilmiştir (3). Yani SHK için risk ile kastedilen sadece yerel rekürrens riski değil, aynı zamanda bölgesel ve uzak metastaz riskidir.

Sık Kullandığımız Cerrahi Yöntemler

Epidermoid Kist Eksizyonu

Epidermoid kistlerin cerrahi tedavisinde standart eksizyon tercih edilir, çünkü kist duvarının tam eksizyonu nükslerin önlenmesi için gereklidir. Ancak kist duvarı intakt ise deri altında palpe edilen kistin deri yüzeyindeki iz düşümü işaretleme kalem ile işaretlendikten sonra elips bu alanın içinde kalacak şekilde dar olarak planlanır (Resim 1) (Oysa standart eliptik eksizyon lezyonu içine alacak şekilde geniş planlanır, bakınız Resim 2). Yan cerrahi sınırların insizyonunda subkutan yağ dokuya inilmez ve kistin duvarını kesmeyecek şekilde yüzeysel kalınır, böylece kist duvarı zedelenmez, sonrasında künt uçlu diseksiyon makası kullanılarak kistin yan ve taban duvarları çevre dokudan nazikçe diseke edilir (Resim 1).

Kriyoterapi

Kriyojen olarak sıvı nitrojene sıklıkla açık sprey tekniği ile kullanıyoruz. Malign hücreleri yok edebilmek için kabaca malign lezyonun deri yüzeyindeki çapı kadar bir derinlikte -30 °C'ye varan derecelere ulaşmak gereklidir (4). Bu da ancak hızlı dondurma ve yavaş erime ile gerçekleşebilir. Benign tümörler için tek donma erime siklusu yeterli olabilir, ancak premalign lezyonlar için 2 siklus (5-10 saniye, 1 mm güvenlik sınırı ile) BHK ve SHK için ise 3 siklus önerilmektedir. BHK ve SHK için ancak tümörler düşük riskli olduğunda tercih edilirler. Düşük riskli BHK ve SHK için önerilen güvenlik sınırı 4-6 mm gözetilmeli ve donma halkasının bu sınırı yakalaması sağlanmalıdır. Güvenlik sınırının erimesi için en az 60 saniye,

Tablo 1. Bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) için yüksek riski tanımlayan parametreler (10)

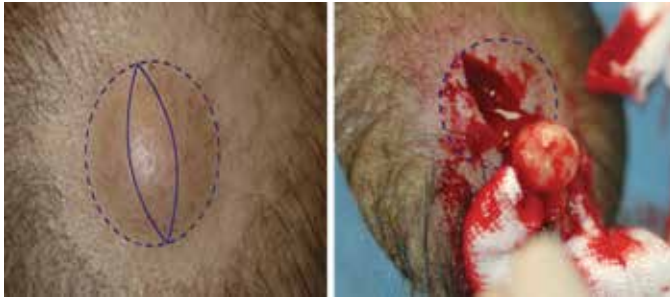
Yüksek Riski Tanımlayan Parametreler	BHK*	SHK**
Yüzün ve başın H bölgesi, el, ayak, genital bölgede ≥ 6 mm boyut	+	+
Yüzün ve başın H bölgesi dışında kalan kısımları, boyun ve pretibial bölgede ≥ 10 mm boyut	+	+
Gövde ve ekstremitelerde (el, ayak, tırnak ünitesi, pretibial bölge ve ayak bileği hariç) ≥ 20 mm boyut	+	+
Tümör sınırlarının belirsiz olması	+	+
Rekürren tümör	+	+
Hastada immünsüpresyon varlığı	+	+
Daha önce radyoterapi uygulanan alanda ortaya çıkma	+	+
Hızlı büyüme		+
Nörolojik semptomlar (ağrı, yanma, batma, parestezi vb.)		+
Patolojik özellikler:		
Metamorfik, infiltratif, mikronodüler veya morfeik alt tip	+	
Adenoid, adenoskuamöz veya desmoplastik alt tip		+
Perinöral tutulum	+	+
Perivasküler tutulum		+
Breslow tümör kalınlığı ≥ 2 mm		+
Clark seviyesi ≥ 4		+

BHK: bazal hücreli karsinom, SHK: skuamöz hücreli karsinom, *Bazal hücreli karsinom için yüksek risk ile kastedilen yerel rekürrens riskidir. **Skuamöz hücreli karsinom için yüksek risk ile kastedilen yerel rekürrens, bölgesel ve/veya uzak metastaz riskidir.

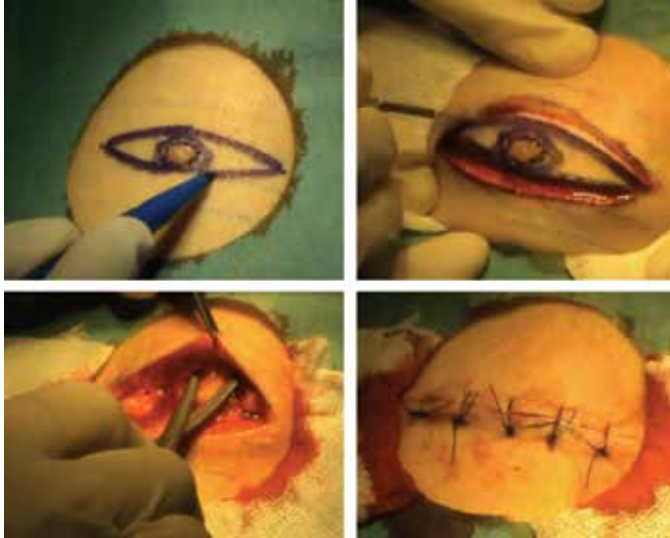
tüm tümörün erimesi için ise en az 90 saniye sürelerle ulaşılması önerilir (4).

Tıraş Eksizyon

Tıraş eksizyon başta seboreik keratozlar olmak üzere, pedinküllü, papüler veya ekzofitik tümörlerin cerrahi tedavisi için kullanmayı tercih ediyoruz. Histopatolojik değişikliklerin epidermisve/veyapapillerdermistesınırlı olduğu dermatolojik hastalıkların tanısı için uygun bir biyopsi yöntemidir. Lokal anestezi infiltrasyonu ile oluşan distansiyon lezyonu eleve eder. Bu distansiyon ve deri turgorunu arttırarak lezyonun bistüri ucuna daha fazla direnç uygulamasını sağlar. Böylece lezyonun distalinden deri yüzeyine paralel yapılan insizyon



Resim 1. Epidermoid kist eksizyonu. Sol resimde eksizyon planlanırken standart eliptik eksizyondan farklı olarak elipsin lezyonu içerecek şekilde geniş değil, lezyon alanı içine yerleşecek kadar dar çizildiği görülüyor. Sağda kistin duvarıyla birlikte doğuşu izleniyor



Resim 2. Deri çizgilerine paralel olarak çizilmiş en/boy oranı 1/3 olan elips kılavuzluğunda, güvenlik sınırları gözetilerek eksizyonun planlanması. Sol üst resimde kalem ile tümör periferine nokta nokta işaretlenen daire tümörün gözle görülen sınırlarını, bu dairenin dışındaki 2. daire ise güvenlik sınırını gösteriyor. Sağ üst resimde yan cerrahi sınırların bistüri deriye 90 derece dik tutularak subkutan yağ dokuya kadar insizyonu izleniyor. Sol alt resimde yara dudaklarını gerginlik olmadan bir araya getirmek için uygun planda künt uçlu makasla diseksiyon yapılışı ve sağ alt resimde anatomik bölgeye uygun sütür materyali ile yara dudaklarının bir araya getirilişi izleniyor

kolaylaşır. Melanom ön tanısı olan lezyonlarda tercih edilmez. Rekürrenleri azaltmak amacıyla tıraş biyopsi yapıldıktan sonra bistüri ucu deriye dik tutularak alana kontrollü küretaj uygulanabilir. Bası ile ya da %35 alüminyum klorit solüsyonu veya Monsel solüsyonu ile hemostaz sağlanır.

Makas Eksizyon

Anestezi kullanmadan keskin bir İris makas yardımıyla pedinküllü bir lezyonunun kesilmesidir. Akrokordonların tedavisinde tercih edilir.

Küretaj ve Elektrodesikasyon

Küretaj, çoğu zaman frajil olan tümörün, tümöre oranla belirgin olarak daha sağlam ve sıkı yapıda olan normal dermise kadar bir küret yardımı ile kazınmasıdır. Küretaj tamamlandıktan sonra işlem yapılan alan elektrokoter ile yakılır. Malign lezyonların tedavisinde yöntemin tek seferde 3 siklus tekrarlanması önerilir. Düşük riskli BHK ve SHK için bildirilen 5 yıllık kür oranları sırasıyla %92 ve %96'dır (5,6). Ancak yerleşim ve histopatolojik alt tip açısından yüksek risk taşıyanlarda rekürrens oranları sırasıyla %21 ve %27'ye kadar yükselmektedir (7,8).

Düşük riskli BHK ve SHK için küretaj ve elektrodesikasyon yöntemini güvenle kullanabilmek için aşağıda sıralanan 3 durum akılda tutulmalıdır (8-10).

- 1- Saçlı deride ve erkekte sakalda tümörün kıl foliküllerini izleyerek derinleşebileceği düşünülerek uygulanmamalıdır.
- 2- Eğer küretaj sırasında yağ doku görünürse işlem standart eksizyon ile tamamlanmalıdır çünkü küretaj işleminin etkili yapılmasında uygulayıcının sağlam dermisten aldığı ses ve dokunuş özellikleri temel oluşturur, bu özellikler yumuşak yağ dokuda hissedilemez.
- 3- Kürete edilen materyal mutlaka histopatolojik incelemeye gönderilmeli ve ek tedavi gerektirecek yüksek risk taşıyan histopatolojik özellikler açısından değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Standart Eksizyon

Çoğu zaman tümör ve tümör periferindeki bir miktar normal deri fuziform bir elips şeklinde eksize edilir. Bu elipsin uzun eksenini deri çizgilerine paralel olarak yerleştirildiğinde kozmetik ve fonksiyonel açıdan daha iyi sonuçlar elde edilir. Elipsin karşılıklı 2 kenarının eşit uzunlukta olması, yan cerrahi sınırların insizyonları yapılırken bistürinin deriye dik tutulması ve elips köşesindeki açının 30 dereceden geniş olmaması önemlidir. Resim 1'de görüldüğü gibi çoğu benign deri tümörü, tümör çevresindeki normal deriyi 1-2 mm içerecek şekilde standart eliptik eksizyon ile çıkarıldığında tam olarak tedavi edilmiş olur. Melanom dışı deri kanserleri için önerilen güvenlik sınırları ise benign deri tümörleri için önerilen 1-2 mm'den daha geniştir. İki santimetreden küçük düşük riskli BHK ve SHK'nin 4 mm güvenlik sınırı ile eksize edildiklerinde %95 güvenilirlikle temizlendiği tanımlanmıştır. Araştırmacılar bu tanımlamayı yapabilmek için tümörleri progresif olarak 1 mm marjin kullanarak eksize ederek Mohs cerrahisi yöntemiyle tümör varlığını incelemiş ve tümörlerin %95'inin 4 mm'de temizlendiğini tespit etmişlerdir (11,12). SHK için tümörün periferindeki ince eritemli halkanın da tümör olarak kabul edilip güvenlik sınırının bu halkanın dışından başlayarak belirlenmesi uygun görülmüş ve düşük riskli SHK için güvenlik

sınırının 4-6 mm olması önerilmiştir (12). Oysa 2 santimetreden büyük BHK ve SHK için subklinik yayılım öylesine değişken ve öngörülemez bulunmuştur ki, araştırmacılar kesin bir güvenlik sınırı önerisi yapamamışlar ancak yüksek riskli tümörlerin düşük riskli tümörlerden daha geniş güvenlik sınırı kullanılarak eksize edilmesini önermişlerdir. BHK ve SHK'nin çoğu zaman yüzde, estetik ve fonksiyonel olarak kıymetli göz, burun, kulak, ağız gibi organların yakın komşuluğunda yerleştiği düşünüldüğünde 4 veya 6 mm'den daha geniş güvenlik sınırlarının kolay uygulanabilir olmadığı hemen fark edilir.

Günlük pratiğimizde düşük veya yüksek riskli BHK veya SHK uygun güvenlik sınırı ile eksize edildikten sonra, eksize edilen doku rutin patolojik inceleme için patolojiye gönderildiğinde yaklaşık 7-10 gün içerisinde elimize ulaştığında şu 2 ihtimalden biri gerçekleşir. Ya sınırlar tümörsüz ve intaktır, ya da sınırdaki tümör devam etmektedir. Bugünkü bilgilerimiz ışığında biliyoruz ki ilk ihtimal gerçekleştiğinde bile yeterince güvende değiliz. Çünkü rutin patolojik inceleme için eklemek dilimi şeklinde hazırlanan vertikal kesitler ile yan ve derin cerrahi sınırların en iyi ihtimal ile ancak %2'si incelenebilmektedir (13). Bu nedenle düşük veya yüksek riskli BHK ve SHK'nin cerrahi tedavisinde standart eksizyon kullanıldığında defekt onarımı için seçeneklerimiz yaranın ikincil yara iyileşmesine bırakılması veya defektin çizgisel olarak uç uca dikilmesi (eliptik eksizyon) veya en fazla deri grefti ile yamanması ile sınırlıdır (10). Cerrahi sınırların %100'ü ile ilişkili kesin bilgi olmadığı durumlarda kompleks onarımlardan (komşu dokunun döndürüldüğü ve normal deri üzerinden atlatıldığı flepler) kaçınılması önerilmektedir (10). Bu öneri kompleks onarımlar sonrasında varsa rezidüel tümör alanlarının yer değiştireceği ve olası rekürrens takip edilmesini güçleştireceği öngörüsüyle yapılmaktadır. Düşük riskli BHK ve SHK için standart eksizyon ile 5 yıllık kür oranları sırasıyla %90 ve %92 olarak, yüksek riskli BHK ve SHK için standart eksizyon ile 5 yıllık kür oranları ise sırasıyla %82 ve %77 olarak bildirilmiştir (3,14).

Mohs Cerrahisi

Bu başlığı anlatmaya Mohs cerrahisinin standart eksizyonu güvenle uygulayan her dermatolog tarafından rahatlıkla uygulanabilecek bir yöntem olduğunu belirterek başlamak istiyorum. Mohs cerrahisi çoğumuzun algıladığı gibi sadece kitaplarda adı geçen ve aslında uygulanabilirliği olmayan, ulaşılamaz bir yöntem değildir. Bu yöntemin en temel özelliği intraoperatif mikroskop kontrollü bir cerrahi olmasıdır. Mikroskopik inceleme öncesi basit bir manevra ile (relaksasyon kesileri) yan ve derin cerrahi sınırlar tek bir düzleme getirilir (Resim 3). Bu düzlem horizontal frozen tek bir kesit alınarak hematoksilen eozinle boyanarak incelendiğinde tümör görülmez ise işlem tamamdır. Eğer tümör varsa Mohs cerrahisinin renkler ile kodlama ve haritalama özelliği nedeniyle yeri tam olarak saptanarak ö bölgeye re-eksizyon uygulanır ve işlem basamakları tümörün tamamı çıkıncaya kadar tekrarlanır. İşin içine Mohs cerrahisi girince genellemelere dayanan güvenlik sınırlarına duyulan ihtiyaç ortadan kalkar. Mikroskop kontrolünde tümör neredeyse eksizyon dar sınırlar ile orada gerçekleştiği için, tümörsüz sağlam deri en yüksek oranda korunur, tümör olabilecek en küçük defekt ile tamamıyla elimine edilir. Mohs cerrahisi BHK ve SHK için en yüksek 5 yıllık kür oranlarına sahiptir ve özellikle yüksek riskli BHK ve SHK için ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Mohs cerrahisi

ile primer ve rekürren BHK için 5 yıllık kür oranları sırasıyla %99 ve %94'tür (13). Primer SHK ve rekürren SHK için ise 5 yıllık kür oranları sırasıyla %97 ve %90 olarak rapor edilmiştir (3). Bu rakamlar tesadüf değildir, Mohs cerrahisinin %100 sınır kontrolü yapan özel tekniğinden kaynaklanmaktadır.

Mohs cerrahisi ile tümör eksizyonu standart eksizyondan sadece ince ayrımlarla farklıdır.

1- Yan cerrahi sınırlar tümörün merkezine doğru 45 derece eğimle kesilir (standart eksizyonda bistüri 90 derece açıyla kullanılır).

2- Eksizyon sırasında ve sonrasında hem deri üzerine hem de şema üzerine işaretlemeler ve eksize edilen dokuya renklerle kodlamalar yapılarak topografik olarak eksize edilen tümör ve çevre doku ilişkisi korunur (Resim 4).

3- Relaksasyon kesileri ile eksize edilen tümörün yan ve derin cerrahi sınırları tek düzleme indirilir.

4- O tek düzlemin tamamını içerecek şekilde horizontal frozen bir kesit yapılarak tüm sınırları aynı anda görüntülenir, %100 sınır kontrolü (Resim 4).

Yöntemin dezavantajları zaman alıcı ve emek yoğun bir işlem olmasıdır. Yöntemin başarısı eksizyonel biyopsiyi yapan ve patolojiyi değerlendiren doktorların deneyiminin yanı sıra horizontal frozen kesitleri hazırlayan histoteknisyenin deneyimiyle de yakından ilişkilidir.

Defekt Onarım Teknikleri

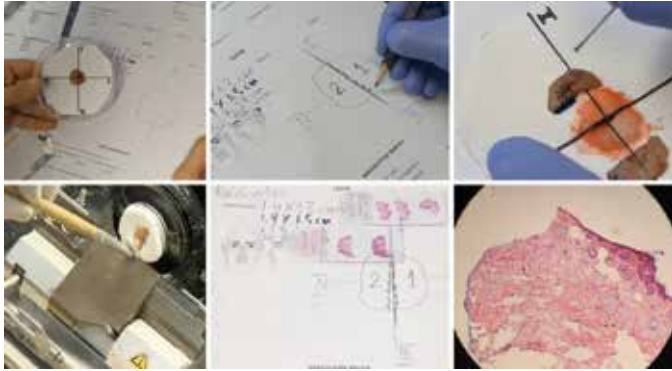
İster iyi huylu, ister kötü huylu olsun deride yerleşen herhangi bir tümörünün eksizyonel cerrahisi sonrasında geriye fonksiyonel ve kozmetik olarak onarmakla yükümlü olduğumuz bir deri defekti kalır. Melanom dışı deri kanseri eksizyonu sonrası defekt onarımına geçmeden önce yanıtlanması gereken bir soru vardır. Cerrahi sınırlar temiz mi? Mümkünse yüksek riskli BHK veya SHK'nin cerrahi tedavisi için %100 sınır kontrolü yapan bir yöntem tercih edilmesinin en ideal yaklaşım olacağından yukarıda bahsetmiştik. Eğer ideal şartlar yoksa ve yüksek riskli bir BHK veya SHK'yi standart eksizyon ile çıkardysak kompleks onarımları yapmamamız konusunda uyarı olduğunu da biliyoruz (10).



Resim 3. Relaksasyon kesilerini anlamak için portakal modeli. Relaksasyon kesileri ile tümörün yan ve derin cerrahi sınırlarının tek düzleme indirilişi ya da portakal modelinde kabuğun düzleştirilmesi (sol resim). Portakalın tek düzleme inen kabuğu frozen aletinde dakikalar içerisinde dondurup ters çevrilirse ve bu yüzeyden horizontal bir kesit alınırsa tüm sınırların aynı anda görülebileceğini hayal edebilirsiniz mi?

Boyut, derinlik ve yerleşim uygunsa, yara sekonder yara iyileşmesine bırakılabilir. Özellikle yüzeysel defektler, konkav alanlara yerleşenler (göz iç kantus, kulak dış yolunda kıkırdak çanak, burun ve çenenin birleşim çizgisi) sekonder yara iyileşmesi için uygundur. Sekonder yara iyileşmesinde yara bakımı kolaydır ve postoperatif dönemde hastaya uygulanan sınırlamalar minimumdur. Yine de yüzdeki kritik organların serbest kenar ve köşelerine çok yakın defektlerde yara iyileşmesinin kontraksiyon fazında serbest kenarın çekilmesi riski göz ardı edilmemelidir.

Fonksiyonel açıdan en iyi sonuçlar sıklıkla primer onarım ile elde edilir. Primer onarımda defekt çoğu zaman deri çizgilerine paralel yerleşen, boyu eninin 3 katı olan bir elips şeklindedir (Resim 2). Bazen M veya S şeklinde de planlanabilir. Primer



Resim 4. Mohs cerrahisinin aşamaları. Eksizyon sonrasında tümörün anatomik yerleşimi ve topografik lokalizasyonunu şematik olarak gösteren laboratuvar kağıtlarına çizim yapılır (sol üst resim). Tek düzleme indirmeyi kolaylaştırmak için tümör ortadan ikiye kesilir (orta üst resim) epidermis üzerine relaksasyon kesileri yapılarak doku tek düzleme indirilir. Boyalar yardımıyla işaretlenerek haritalanır (sağ üst resim). Tek düzleme indirilen eksizyon materyali ters yüz edilerek frozen aletinde dondurulur, horizontal frozen bir kesit alınır ve hematoksilin eozin ile boyanarak derin ve yan cerrahi sınırların tümü tek camda mikroskopta incelenir (sol alt, orta ve sağ alt resimler). Tümör izlenirse, tümörün izlendiği kısma derhal re-eksizyon uygulanır (resimdeki örnekte tümör izlenmiyor)



Resim 5. Alında yerleşen büyük bazal hücreli karsinomun Mohs cerrahisi sonrası oluşan nihai defektinin 2 taraflı ilerletme flebi ile onarımı ve onarımdan 1 yıl sonraki durumu (sağ alt resim)

sütürasyon ile yara dudaklarının birbirine kavuşmasının mümkün olmadığı daha geniş defektlerde, komşu gevşek deriyi defekt alanına ilerleterek (ilerletme flebi) (Resim 5), komşu deriyi döndürerek (rotasyon flebi) veya komşu deriyi normal deri üzerinden atlatarak (transpozisyon flepleri) defekt onarılabilir. Bazı durumlarda flep yerine greft ile onarım yapılabilir.

Melanom Şüphesi Taşıyan Pigmente veya Pigmente Olmayan Deri Lezyonlarının Tanısal Eksizyonu

Deri ve Zührevi Hastalıklar uzmanlık alanının melanomdaki en kritik görevi melanomun erken tanısıdır. Henüz ABCDE özellikleri belirginleşmeden önce melanomu tanıyabilmek çoğu zaman sadece göz ile yapılan dermatolojik incelemeye, el dermatoskopu ile yapılan muayene ve dijital dermatoskopik takip eklenmesi ile mümkün olabilmektedir. Melanom olabileceğinden şüphe duyduğumuz bir lezyona tanı amaçlı bir biyopsi uygulayacağımız zaman 1-3 mm dar sınır ile total eksizyonu tercih ederiz. Bunun nedeni total eksizyonun, hücrelerdeki atipinin derecesi, mitoz sayısı ve tümör kalınlığının tümörün her yerinde aynı şekilde dağılmamış olabileceği ön görüşüyle patoloğun lezyonun tamamını incelemesine fırsat vermesidir. Total eksizyonun özellikle dar sınırlar ile yapılması ise, patolojik tanı netleştiğinde sentinel lenf nodu biyopsisi ihtiyacı doğarsa bölgenin lenfatik drenajının değişmemiş olmasını sağlamaktır. Böyle bir durumda plastik rekonstrüktif cerrahi veya genel cerrahi uzmanı tarafından sentinel lenf nodu biyopsisinin yapıldığı seansta melanomun tümör kalınlığına göre yönergelerde önerilen güvenlik sınırı ile re-eksizyonu yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Adışen E, Aksakal B. Dermatolojik cerrahinin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2007;17:192-200.
- Ting PT, Kasper R, Arlette JP. Metastatic basal cell carcinoma: report of two cases and literature review. J Cutan Med Surg 2005;9:10-5.
- Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. Implications for treatment modality selection. J Am Acad Dermatol 1992;26: 976-90.
- Pascali P. Cryotherapy. In: Rigel DS, Robinson JK, editors. Cancers of the skin. 2nd ed. St Louis: Saunders.2011. p.450-461.
- Neville JA, Welch E, Leffell DJ. Management of nonmelanoma skin cancer in 2007. Nat Clin Pract Oncol 2007;4:462-9.
- Samarasinghe V, Madan V. Nonmelanoma skin cancer. J Cutan Aesthet Surg 2012;5:3-10.
- Blixt E, Nelsen D, Stratman E. Recurrence rates of aggressive histologic types of basal cell carcinoma after treatment with electrodesiccation and curettage alone. Dermatol Surg 2013;39:719-25.
- Rodriguez-Vigil T, Vazquez-Lopez F, Perez-Oliva N. Recurrence rates of primary basal cell carcinoma in facial risk areas treated with curettage and electrodesiccation. J Am Acad Dermatol 2007;56:91-5.
- Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2: Curettage-electrodesiccation. J Dermatol Surg Oncol 1991;17:720-6.
- www.nccn.org
- Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. Arch Dermatol 1987;123:340-4.
- Brodland DG, Zitelli JA. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 1992;27:241-8.
- Kimyai-Asadi A, Goldberg LH, Jih MH. Accuracy of serial transverse cross-sections in detecting residual basal cell carcinoma at the surgical margins of an elliptical excision specimen. J Am Acad Dermatol 2005;53:469-74.
- Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. J Dermatol Surg Oncol 1989;15:315-28.