

Nadir Bir Sünnet Komplikasyonu Keloid ve Nüksünün Silikon Jel ile Önlenmesi

A Rare Circumcision Complication Keloid and Prevention the Recurrence By Silicone Gel

Dr. Ahmet Bora GÜL,^a
Dr. Alper AKSOY,^b
Dr. Bülent ALTUNOLUK,^c
Dr. Rana ÇİTİL^d

^aÜroloji Kliniği, ^bPlastik Cerrahi Kliniği,
^cPatoloji Kliniği, Kahramanmaraş
Devlet Hastanesi

^dÜroloji AD, Kahramanmaraş Sütçü
İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kahramanmaraş

Geliş Tarihi/Received: 10.12.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 25.01.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ahmet Bora GÜL
Kahramanmaraş Devlet Hastanesi,
Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş,
TÜRKİYE/TURKEY
ahmetgabbar@mynet.com

ÖZET Keloidler anormal fibröz yara iyileşimi sürecidir. Yara iyileşmesinde doku rejenerasyon mekanizmalarının kaybolması keloide neden olur. 30 yaşından genç ve koyu tenli hastalar keloid yönünden yüksek risklidirler. Sternal deri, omuzlar, üst kollar, kulak memeleri ve yanaklar keloid oluşumunda en hassas yerlerdir. Sıklıkla piercing, travma, yanık gibi olaylardan sonra normal doku-yara sınırında oluşur. Keloid doku orjinal yara sınırlarının ötesine kadar uzanır, genelde spontan gerileme göstermez ve eksizyondan sonra tekrarlamaya meyillidir. Keloidler benign doğalarına rağmen, sıklıkla önemli kozmetik etkilere ve fonksiyonel problemlere yol açarlar. Keloidler genelde semptom vermezler; fakat hassas, ağrılı, kaşıntılı olabilirler veya yanma hissine neden olabilirler. Keloid doku sıklıkla kozmetik manada rahatsızlığa neden olur. Bundan dolayı semptomatik rahatlamaya ek olarak kozmetik kaygı, tıbbi müdahaleyi arayan hastaların birincil nedenidir. Tedavi için cerrahi ve cerrahi olmayan teknikler uygulanabilir. Penis sünnet gibi cerrahi manipulasyonlara sık maruz kalsa bile, peniste keloid oluşumu oldukça nadirdir. Sünnetin geç döneminde keloid oluşumu gösteren bizim olgumuzun klinik görüntüsü ve tedavi yaklaşımımız burada literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Keloid; sünnet, erkek; silikon; nüks

ABSTRACT Keloids are abnormal fibrous wound healing process. Tissue regeneration mechanism loss in wound healing cause keloid formation. Patients who are younger than 30 years and have darker skin are usually at higher risk of keloids. Sternal skin, shoulders and upper arms, earlobes, and cheeks are most susceptible to developing keloids. It is formed frequently at the border of tissue-wound after the events like; piercing, traumas and burning. Keloid tissue extends beyond the borders of the original wound, does not usually regress spontaneously, and tends to recur after excision. Despite their benign nature, keloids are usually associated with considerable cosmetic effects and may lead to functional problems. Keloids do not usually cause symptoms, but they may be tender, painful, pruritic or they may cause a burning sensation. Keloid tissue often cause discomfort in terms of cosmetics. Therefore in addition to symptomatic relief, cosmetic concern is the primary reason for patients who seek medical intervention. Surgical and non-surgical techniques can be applied for the treatment. Even though penis is an organ that is frequently exposed to surgical manipulations such as circumcision, keloid formation in the penis is extremely rare. The clinical picture and our treatment approach in a case who presented with keloid formation in the late period of circumcision is hereby discussed with a literature review.

Key Words: Keloid; circumcision, male; silicon; recurrence

Türkiye Klinikleri J Urology 2010;1(1):27-30

Keloid ağrı, kaşıntı, hassasiyet gibi yakınmalara ve bazen hareket kısıtlılığına yol açan, daha çok koyu tenlilerde ve kadınlarda görülen benign deri lezyonlarıdır.¹ Sıklıkla deri gerginliğinin fazla olduğu

göğüs, omuz, sırt gibi bölgelerde yerleşir.² Penis sünnet gibi cerrahi manipulasyonlara sık maruz kalsa da, peniste keloid oluşumu oldukça nadirdir.³

OLGU

Yedi yaşındaki erkek çocuğu peniste kaşıntı ve şişlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde koronal sulkusta, glansı sirküler tarzda saran keloid dokusu saptandı. (Resim 1-3)

Anamnezinde yaklaşık bir yıl önce koter ile giyotin tarzında sünnet edildiği ve sünnet hattında ki doku büyümesinin yaklaşık ikinci ayda başlayıp gittikçe arttığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde keloid ve hiperplastik doku oluşumu öyküsü yoktu. Keloid dokusu sedoanaljezi altında eksize edildi, histopatolojik incelemede düzensiz kalın kollajen demetleri içeren keloid olarak rapor edildi (Resim 4).

Cerrahi rezeksiyondan hemen sonra silikon jelli baskılı pansuman üç gün, ardından da bir ay boyunca ince film tabaka şeklinde silikon jel (Xeragel Ointment, Biodermis Corporation; USA) eksizeyon hattına günde iki kez uygulandı. Hastanın post op altıncı aya kadar takibinde keloid oluşumu tekrarlamadı.

TARTIŞMA

Keloid sadece insanlarda görülen, konjuktivanın nadir tutulumu dışında genelde deriye sınırlı aşırı skar dokusu oluşumuyla karakterize anormal bir yara cevabı olup; predispoze kişilerde spontan ola-



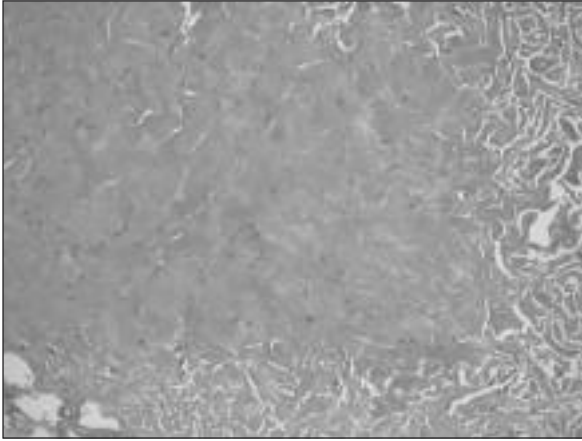
RESİM 1: Koronal sulkusta koter insizyon hattını aşan keloid doku.

rak da gelişebilir.⁴ Her iki cinste de eşit sıklıkta ve genelde ikinci dekatta görülür.⁵ Hiperτροφik skar ve keloid, tipik yara iyileşmesinin varyasyonları sayılabilir. Hiperτροφik skar ve keloid dokusunun yapısal ünitesi olarak kollajen nodülün tanımlanması gerektiği açıklanmıştır.⁶ Olgun skar dokusunda bulunmayan bu nodül, yüksek yoğunlukta fibroblast ve yüksek organizasyonlu, tek yöne uzanımlı kollajen fibriller içerir. Normal ciltten farklı olarak, yüksek vaskülarite, yüksek mezenkimal hücre yoğunluğu ve kalın epidermal hücre tabakası içerir. Oluşumun erken fazında hiperτροφik skar ve keloidi birbirinden ayırmak zordur. Olgun lezyonlarda klinik olarak ayırım yapmak daha kolaydır. Histolojik ayırmada ise keloid dokuda bulunan geniş, cansız, pake yapmış kollajen dokunun hiperτροφik skarda bulunmaması önemlidir.⁷



RESİM 2 ve 3: Glansı sirküler tarzda saran keloid doku.





RESİM 4: İrregüler dağılım gösteren kalın, hipereozinofilik kollajen demetleri (HEx20).

Klinik olarak keloid ve hipertrofik skarlar en sıklıkla kalın deri bölgelerinde ortaya çıkan kabarıklık, kırmızı nodüler lezyonlardır. Sıklıkla yanık, aşırı gerilimli yara kapatma, yara enfeksiyonu, hipoksi veya diğer travmatik deri hasarının ilk 8 haftasında gelişir.^{8,9} Normal seyri, 6 aya kadar hızlı büyüme fazını takiben, 12-18 ay boyunca gerilemeyi kapsar.⁹ Bizim olgumuzda da sünnet hattında doku büyümesinin 2 ay sonra başladığını, 6 ay boyunca giderek arttığını fakat son 6 ayında doku büyümesinin sabit kaldığını öğrendik.

Yara iyileşme süreci 3 aşamadan oluşur, inflamasyon, granülasyon ve matriksin tekrar yapılması. Yara iyileşmesinin son aşaması olan matriksin tekrar yapılmasında fibroblastlar çoğalır ve yara yerinde yeni kollajen ve matriks materyalleri birikir. Kollajen sentezi ve lizisten oluşan tekrar yapılanma süreci doku hasarından 2 yıl sonraya kadar uzayabilir.⁸

Keloidler predispoze kişilerde spontan olarak ortaya çıkabilirler buna rağmen tipik olarak travmadan sonraki 1 yıl içinde oluşurlar. Keloidler yara iyileşme sürecinin uzamış 3. fazı ve aşırı fibroblast çoğalımı sonucu oluşurlar¹⁰ ve orijinal yara boyutlarını aşarlar. Tedavileri oldukça güç ve nüks oranları yüksektir. Hipertrofik skarlar ise yara boyutlarını aşmazlar ve tedaviye daha iyi yanıt verirler.

Cerrahi eksizyon, kortikosteroidlerin sistemik, intralezyonel veya oklüzyon yoluyla uygulanması,

silikon jel örtüler, basınç uygulanması, radyoterapi, intralezyonel interferon, lazer ve kriyoterapi keloid tedavisinde kullanılan başlıca yöntemlerdir.⁷

Sünnet dünyadaki en eski cerrahi müdahalelerden biridir. Birçok toplum ve kültürde tıbbi amaçlı olmadan dini inanç ve gelenekler nedeniyle uygulanan sünnette amaç; penis glansını ortaya çıkarmak için prepusyumun yeterince eksize edilmesidir. Çeşitli sünnet yöntemleri vardır. Yenidoğanlarda ve küçük çocuklarda genellikle Gomco klemp, Mogen klemp veya çan kullanılarak gerçekleştirilirken, daha büyük çocuklarda dorsal slit ve sleeve rezeksiyon teknikleri uygulanır.¹¹

Yenidoğan sünneti için %0.2-3 oranında komplikasyon oranı bildirilmektedir.¹¹ Erken sünnet komplikasyonları; kanama, yara enfeksiyonu, penil adezyonlar, derinin az ya da fazla çıkarılması, üretra veya penis shaftının dikkatsiz kesi veya termal hasarla yaralanmasıdır.¹¹ Erken komplikasyonlardan en sık görülenleri kanama ve yara yeri enfeksiyonu olup genellikle uygun steril koşullar sağlanmadan yetersiz hemostaz yapılmasına bağlıdır. En sık görülen geç komplikasyon ise mea darlığıdır.¹¹

Sünnet sonrası keloid oluşumu ise literatürde çok az hastada rapor edilmiştir.¹² Keloid tedavisinde tek başına cerrahi uygulanması ile bölgesel nüks oranları %100 kadar yükselmektedir. Keloid nüksünü azaltmak için çok sayıda tedavi modelleri tanımlanmıştır. Kombine tedavilerde daha önce literatürde bildirilen eksizyon sonrası intralezyoner steroid uygulanması hem ağırlı hem de çocuklarda zor olacağından dolayı; biz hastamızda ilk üç gün silikon jelli baskılı bandaj ile pansuman yaptık, daha sonra da bir ay boyunca günde iki kez ince film tabaka şeklinde silikon jeli yara yerine uyguladık. Revizyondan sonra nüksü değerlendirmede 1 yıllık takip ideal olsa da biz olgumuzu ilk 6 ay aylık takibe aldık ve keloid nüksü ilk 8 hafta en sık olmasına rağmen olgumuzda nüksü 6. ayın sonunda dahi saptamadık. Daha sonraki randevularına hastamız ne yazık ki gelmedi; fakat söz öğrendiğimiz keloid nüksünün gerçekleşmediği yönünde idi.

Silikon uygun süreli kullanıldığında keloid oluşumunu %70 oranında önlemektedir.¹³ Etki me-

kanizmasını açıklayan birçok teori vardır. En akla yakın olanı ise silikonun epidermal su kaybını önlemesi ve artmış yara hidrasyonunun keloid oluşumunu inhibe etmesidir.¹⁴ Kompresyon uygulanan dokuda kollagen liflerinin azalan adezivliği elektron mikroskopu ile gösterilmiştir. Bizim vakamızda olduğu gibi örtücü pansuman silikon sürülerek yapıldığında örtülme ve hidrasyon kombinasyonu na bağlı bir antikeloid etki sağlanabilir; bu da lite-

ratürde farklı başarı yüzdeleri gösteren bir tedavi şekli olarak bildirilmiştir.¹⁵

SONUÇ

Sünnet sonrası keloid oluşumu literatürde nadir bildirilse de; cerrahi eksizyon ile yetinmeyip silikon jel ile kombine bir tedavi uygulamanın nüksü önlemede ve hasta memnuniyetini sağlamada önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Sahl WJ, Clever H. Cutaneous scars: Part I. *Int J Dermatol* 1994;33(10):681-91.
2. Berman B, Bieleley HC. Keloids: periodic synopsis. *J Am Acad Dermatol* 1995;33(1):117-23.
3. Sharon WW, John RG. Benign Fibrous Tissue Tumors. In: Strauss M, ed. *Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors*. 4th ed. Philadelphia: Mosby; 2001. p. 295-99.
4. Erbağcı Z, Akçalı C, Özgöztaşı O, Kırtak N. [Treatment of keloids and hypertrophic scars with combined cryotherapy and intralesional triamcinolone]. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2000;10(2):77-81.
5. Moustafa MF, Abdel Fattah MA, Abdel Fattah DC. Presumptive evidence of the effect of pregnancy estrogens on keloid growth. Case report. *Plast Reconstr Surg* 1975;56(4):450-3.
6. Lee Y, Minn K, Baek R, Hong J. A new surgical treatment of keloid: keloid core excision. *Ann Plastic Reconstr Surg* 2001;46(2):135-40.
7. Burrows NP, Covel CR. Disorders of connective tissue: Keloids and hypertrophic scars. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, eds. *Rook's Textbook of Dermatology*, 7th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2004. p.54-7.
8. Alster TS, West TB. Treatment of scars: a review. *Ann Plast Surg* 1997;39(4):418-32.
9. Gold MH. Topical silicone gel sheeting in the treatment of hypertrophic scars and keloids. A dermatologic experience. *J Dermatol Surg Oncol* 1993;19(10):912-6.
10. Bran GM, Goessler UR, Hormann K, Riedel F, Sadick H. Keloids: current concepts of pathogenesis. *Int J Mol Med* 2009;24(3):283-93.
11. Anafarta K, Bedük Y, Arıkan N. [In the diseases of the urogenital system requiring urgent approach]. *Temel Üroloji*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.p.401.
12. Gürünlüoğlu R, Bayramiçli M, Numanoğlu A. Keloid of the penis after circumcision. *Br J Plast Surg* 1996;49(6):425-6.
13. Fulton JE. Silicone gel sheeting for the prevention and management of evolving hypertrophic scar and keloid scars. *Dermatol Surg* 1995;21(11):947-51.
14. Ahn ST, Monafó WW, Mustoe A. Topical silicone gel for the prevention and treatment of hypertrophic scar. *Arch Surg* 1991;126(4): 499-504.
15. Shea R, Prieto VG. Fibrous lesions of dermis and soft tissue: Hypertrophic scars and keloids. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York: McGraw-Hill Co. 2003. p.998-1001.