

Terapötik Küretaj ve Elektrodosikasyonu

Canan SOLAK*, Seher BOSTANCI**

* Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD,

** Doç.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji ABD, ANKARA

Küretaj ve elektrodosikasyon, uzun yıllardan beri kullanılan değerli bir dermatolojik tekniktir, Küretaj ile lezyonun kaba kitlesi ortadan kaldırıldıktan sonra dokuya direkt elektrik akımı verilerek lezyon artıkları yok edilir (1).

KÜRETAJ

Lezyon bir küret yardımıyla kazınarak çevredeki normal deriden ayrılır (1).

Küret

Küret hem şekil olarak hem de fonksiyon olarak oldukça basit bir alettir. Çelikten yapılmıştır. Kalem şeklinde bir sap, koni şeklinde bir boyun ve halka şeklinde bir uç içerir. Halkanın sadece bir tarafı keskin-dir. Aletin iş gören kısmı bu keskin tarafın iç yüzüdür (0).

Genellikle bir sette, halkanın iç çapına göre numaralandırılmış 6 değişik boyutta küret vardır. Numaralar halkanın iç çapını tam olarak göstermez. Ancak 2 numaralı küretin iç çapı 1 numaralı küretin iç çapından büyük ve 3 numaralı küretin iç çapından küçüktür (1).

Küretaj Teknikleri

Çok küçük ve yüzeysel lezyonlar haricinde küretaj öncesinde lokal anestezi yapılır (2).

2 tür küretaj tekniği vardır (1,2).

1) Kalem tekniği: Alet, boynun hemen altından; başparmak işaret parmağı ve orta parmak arasında tutulur, elin ulnar tarafı ve küçük parmak deri üzerinde tutularak sağlam bir kaide oluşturulur. Diğer el deriyi sabitleştirir. Küretin keskin kenarı içeri doğru bakmaktadır. Küret aşağı doğru kaydırılarak avuç içine yaklaştırılır, parmaklar bükülüp açılarak kazıma hareketi yapılır.

Bu hareket, hasta doku tamamen uzaklaştırılmaya kadar tekrarlanır. Küret daha sonra ters döndürülür, keskin kenar dışarıya bakar ve kazıma hareketi avuç içinden dışarıya doğru uygulanır (Şekil 1).

2) Patates Soyma Tekniği: Daha az kullanılan bir tekniktir. Kürete eden elin 2-5. parmakları birleştirilir ve bükülür; böylece bir cep oluşur. Küretin sapı bu cep içinde tutulur. Başparmak sağlam kaide olarak rol oynar. Metakarpal-falangial eklemlerden parmaklar bükülerek kaydırılır. Bu tekniğin avantajı küret ile daha fazla kuvvet uygulanabilmesidir (Şekil 2).

Küretajın Terapötik ve Kozmetik Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

1-lezyonun Lokalizasyonu

Altında kemik ve kırıkta bulunmayan anatomik yapılarda (örneğin gözkapağı, dudak ve genital bölgede), yeterli doku direnci olmadığı için küretle yeterince doku uzaklaştırılmaz (2).

Baş ve boyundaki konkav bölgelerde (örneğin medial kantusta, burun ve yanağın birleşim noktasında) bulunan lezyonların kozmetik sonuçları, konveks bölgelerde bulunan lezyonların kozmetik sonuçlarından daha iyidir (2).

2-Lezyonun Kıvamı

Küret bisturi kadar keskin olmadığından epidermisi geçip dermise ulaşması çok da kolay olmaz. Bu nedenle küretaj daha çok yumuşak kıvamdaki lezyonların tedavisinde kullanılır (2).

3-Küretin Büyüklüğü:

Çok küçük küret biyopsi materyalinin yetersiz olmasına ve parçalanmasına yolaçar. Çok büyük küret ise normal dokuyu da zedeler (2).

4-Cerrahin Beceri ve Tecrübesi (2)

ELEKTRODESİKASYON

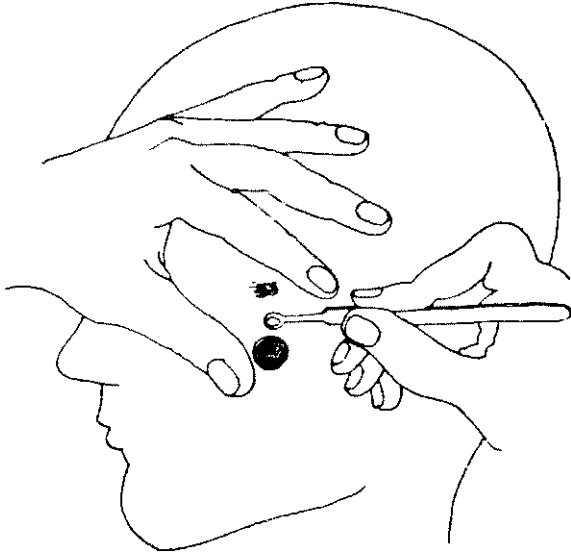
Elektrodosikasyonda dokuya direkt elektrik akımı3 verilerek doku yıkımı yapılır (1).

Elektrodosikasyon akımı üreten birçok alet vardır. Bu aletler 100 voltluk, 60 HZ'lik standart çıkışlı alterna-

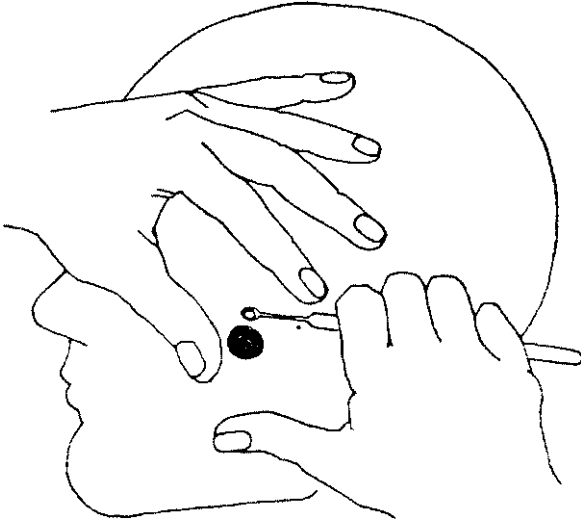
Geliş Tarihi: 08.09.1995

Yazışma Adresi: Dr.Canan SOLAK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ABD, ANKARA



Şekil 1. Kalem tekniği.



Şekil 2. Patates soyma tekniği.

öf akımı, yüksek voltajlı (2000 volttan büyük), yüksek frekanslı (500.000–1.000.000) ve düşük amperli (100–1000 mA) akıma dönüştürür. Aletin tek bir çıkan elektrotu vardır. Elektrot deriye dokununca, deri elektrik akımına direnç gösterir. Akım ısı enerjisine dönüşür. Isı tems noktasındaki dokuyu harap eder (1-4).

Elektrodesikasyon aynı zamanda hemostazı da sağlar (1,2,3,4).

Tedavi Elektrotları

Genellikle büyük lezyonların tedavisinde büyük elektrot uçları kullanılır (3).

Eskiden elektrot ucunun, kullanım sırasında meydana gelen ısının etkisiyle sterilize olduğu kabul edilirdi. Günümüzde bu görüş tartışılmaktadır. Elektrot ile hastadan hastaya enfeksiyon geçişi bildirilmemiş olmakla birlikte; yapılan deneysel çalışmalarda, elektrot ile hepatit B ve S. aureus transferinin mümkün olduğu gösterilmiştir. Bu konu tam olarak aydınlığa kavuşuncaya kadar, elektrodesikasyon sırasında steril ve disposable elektrotlar kullanılmalıdır (3,5-7).

Elektrodesikasyon Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

1- Operasyon öncesinde dikkatli bir anamnez alınmalıdır. Hastaya topik antiseptiklere ve anestetiklere duyarlılığı olup olmadığı sorulmalıdır (3).

2- Kardiyak pacemakeri olan hastalarda elektrodesikasyon dikkatle uygulanmalıdır. Direkt pacemaker üzerindeki deri lezyonlarının tedavisinde elektrodesikasyon kullanılmamalıdır (3).

3- Elektrodesikasyon hasta yatar pozisyonunda iken uygulanmalıdır (3).

4- Elektrodesikasyon akımı: alkol, oksijen ve barsak gazlarının varlığında ateş ve patlamaya yol açar. Elektrodesikasyon öncesinde lezyon ve çevresindeki deri alkolsüz bir madde (örneğin hibiclen veya povidoneidene) ile temizlenmelidir. Perianal bölgedeki işlemler dikkatle uygulanmalıdır (3).

5- Elektrodesikasyon öncesinde %1'lik lidokain ile lokal anestezi yapılmalıdır (3).

6- Elektrodesikasyon sırasında doku yıkımını sınırlı tutmak amacıyla düşük amperli akım uygulanmalıdır (1,4).

7- İstenen etkiye ulaşabilmek için akım kısa süreli uygulanmalıdır (3).

8- Elektrot kanla temas ettiğinde kaynama ve buharlaşma ile ısı kaybolur. Onun için elektrodesikasyon sırasında operasyon bölgesi kuru tutulmalıdır (1).

9- Elektrodesikasyon sonrasında standart yara bakımı uygulanmalı, antibiyotikli bir merhem sürülüp petle kapatılmalıdır (3).

10- Elektrot ve duman inhalasyonu yoluyla operatöre mikroorganizma geçme riski vardır. Bu riski azaltmak için operatör gözlük, maske ve eldiven kullanmalıdır.

KÜRETAJ VE ELEKTRODESİKASYON

Küretaj ve elektrodesikasyon dönüşümlü olarak uygulanırsa bu tekniğe küretaj ve elektrodesikasyon denir (1).

Küretaj ve Elektrodesikasyon Tekniği

Küretaj üe ana tümör kitlesi ortadan kaldırıldıktan sonra elektrodesikasyon ile geride kalan tümör kitlesi ortadan kaldırılır (1).

Küretaj ve elektrodeseikasyon öncesinde biyopsi ile tanı konur. Punch subkutan yağ dokusunu perfore edebileceğinden punch biyopsi yapılmamalıdır. Shave biyopsi yapılacaksa, önceden o bölgenin polaroid resimleri çekilmeli veya o bölge işaretlenmelidir. Çünkü biyopsi bölgesi tamamen iyileştiğinde lezyon lokalize edilemeyebilir (1).

İlk olarak uygun büyüklükteki bir küretle ana tümör kitlesi uzaklaştırılır. Küretle kuvvetli bir biçimde, önce merkezden perifer, sonra periferden merkeze doğru tüm kadranlarda kazıma hareketi yapılır. Bu arada serbest elin baş ve işaret parmağı ile operasyon bölgesi gerilir, işlem sırasında tümörü besleyen ana damarlar kesildiği için şiddetli kanamalar olabilir. Elektrodeseikasyon ile hemostaz sağlandıktan sonra tüm lezyon tabanı ve lezyon çevresindeki 1 mm'lik normal doku hafifçe desike edilir (1).

Malın lezyonlarda ana tümör kitlesinden çevreye doğru uzanan parmak şeklindeki tümör çıkıntılarını ortadan kaldırmak için, aynı işlem gittikçe küçülen küretlerle 3 kere tekrarlanmalıdır. Böylece işlem tamamlandığında lezyon ve çevresindeki 3 mm'lik normal doku tahrip edilmiş olur (1,8).

Bazı otörler bu işlemin 3 kere tekrarlanmasına karşıdır. Onlara göre bu işlemin 3 kere tekrarlanması zaman kaybına, emek kaybına ve kozmetik sonuçların kötü olmasına yolaçmakta, iyileşme oranını da çok fazla artırmamaktadır (2).

Tüm tümör kitlesi ortadan kalkıp normal dermise ulaşıldığında küret dirençle karşılaşır, sert bir kazıma sesi duyulur, kanamanın karakteri değişir; toplu iğne başı büyüklüğünde noktasal kanamalar görülür (1).

Küretaj ve Elektrodeseikasyon Endikasyonları

Küretaj ve elektrodeseikasyon kör bir işlemdir. Doku sınırları mikroskopik olarak incelemeyebilir. Canlı tümör crelerinin kalmadığı garanti edilemez. Onun için bu tedavi yöntemi sadece özel bazı lezyonlar için kullanılabilir (3).

1- Primer bazal hücreli karsinoma

2- Verruka vulgaris: Önce elektrodeseikasyon, sonra küretaj uygulanır. Lokal anestezi yapıldıktan sonra tedavi elektrotunun ucu ile verrünün ortasına dokunulur. Akım uygulandığında verrü siyahlaşır ve retrakte olur. Küret ile desike edilmiş doku kolaylıkla uzaklaştırılır. Böylece, parlak beyaz renkte epidermis-dermis birleşim bölgesi ortaya çıkar. Geride verrü kaldığından şüphelenirse aynı işlem tekrarlanır.

3- Molluskum contagiosum

4- Seboreik keratoz

5- Pyojenik granülom

6- Siringoma: Çok az skar dokusu bırakan ve sağlam deriyi koruyan bir yöntem olduğundan siringomala-

rın tedavisinde küretaj ve elektrodeseikasyon yöntemi tercih edilir,

7- Bowen hastalığı

8- Karato akan torna

9- Hipertrofik aktinik keratoz

10- Aktinik keratoza uğrayan deride oluşan küçük skuamöz hücreli karsinoma (1,9-11).

Vaka Seçimi

Küretaj ve elektrodeseikasyonun başarısında en önemli faktör; uygun vaka seçimidir. Büyük ve tekrarlayan lezyonların iyileşme oranı düşük olduğundan küretaj ve elektrodeseikasyon tedavisi için küçük ve primer lezyonlar seçilmelidir (1,12,13).

Vaka seçiminde göz önünde bulundurulacak noktalar:

1 - Lezyonun histopatolojik tipi

2- Lezyonun büyüklüğü ve süresi

3- Lezyonun yeri

4- Daha önce uygulanan tedaviler (1,12,14).

1- Lezyonun Histopatolojik Tipi

Bazal hücreli karsinomaların histopatolojik tipi önemlidir. Morfea benzeri bazal hücreli karsinoma, küretaj ve elektrodeseikasyon tedavisinden sonra sıklıkla tekrarlar; çünkü küret bu tümörlerin fibröz stromasından geçemez. Yine aynı şekilde, tekrarlayan bazal hücreli karsinomalarda, önceki tedavilere bağlı olarak skar dokusu oluştuğu ve küret bu skar dokusunu geçemediği için, tedaviden sonra tümörün tekrarlama şansı yüksektir. Sınırları keskin olmayan, infiltrate bazal hücreli karsinomaların tedavisinde kör bir yöntem olan küretaj ve elektrodeseikasyon seçilmemelidir (1,12,15).

2- Lezyonun Büyüklüğü ve Süresi

Büyük lezyonların küretaj ve elektrodeseikasyon ile iyileşme şansı azdır. Maksimum 2-4 cm çapındaki lezyonlar bu yöntemle tedavi edilebilir. Tipik nodüler bazal hücreli karsinomanın büyüme şekli bir dereceye kadar tahmin edilebilir. Tümör başlangıçta yavaş yavaş büyür. Tümör hasta tarafından farkedildiğinde yaklaşık 6 ay geçmiş ve tümör 3-4 mm. çapa ulaşmıştır. Tümörün çapı 1 yılda 2 katına ve 2 yılda 4 katına çıkar. Tümör başlangıçta dışarıya doğru büyür. 1 cm. veya daha büyük çapa erişince derine ve periferde infiltrate olmaya başlar. Tümör subkutan yağ dokusu, kas fasiası, galea aponeuragica, burun ve kulak kıkırdak perikondriumu gibi bir bariyerle karşılaşınca laterale doğru büyüme başlar. Böyle bir tümörün küretaj ve elektrodeseikasyon ile tedavisi sırasında küret; ana tümör kitlesinden çevreye doğru uzanan çıkıntıları hissedemediği için, tedavi sonrasında rekürrensler olur (1,12,14,16,17).

3- Lezyonun Yeri

Genel olarak boyun, gövde ve ekstremitelerde lokalize bazal hücreli karsinomaların prognozu iyi, başta-

ki bazal hücreli karsinomaların prognozu kötüdür (1,12,14).

Küretaj ve elektrodesikasyon tedavisi için yüksek riskli bölgeler; Burun, paranzal ve nazolabial çizgi, kulak, çene, mandibular bölge, ağız çevresi ve göz çevresidir.

Küretaj ve elektrodesikasyon tedavisi için orta riskli bölgeler; Skalp, alın, preauriküler bölge, postauriküler bölge ve malar bölgedir.

Küretaj ve elektrodesikasyon için düşük riskli bölgeler: Boyun, gövde, üst ve alt ekstremitelerdir (13,14).

Kulak ön kısmı, göz kapağı, medial kantus ve burun medial kantusa bakan kısmında dermiş ve subkutan doku çok az olduğundan deri çok ince ve dayanıksızdır. Küret sertçe uygulanırsa alttaki kas ve perikondrium parçalanabilir. Böyle bir durumda artık küretaj başarısız olacağından küretaj bırakılır, defektin altındaki ve çevresindeki doku eksizye edilir (1).

Gözkapağı kenarı ve dudak vermillonu gibi serbest kenarlar immobilize edilemediğinden bu bölgedeki tümörlerin ortadan kaldırılması güç olur (1).

Fetal gelişim sırasında bir sürü karmaşık açılmalar ve katlanmalar sonucunda baş oluşur. Doku kitleleri birleşirken tüm yaşam boyunca devam edecek birtakım yarıklar meydana gelir. Bu yarıklar vertikal tümör invazyonuna en az direnç gösteren bölgelerdir. Bu nedenle bu bölgelerin üzerinde yer alan tümörler beklendiğinden ve küretin ulaşabileceğinden daha derinlere yayılır. Bu durum özellikle göz, burun, ağız ve kulak açıklıklarının çevresinde belirgindir (örneğin preauriküler sulkus, postauriküler sulkus, burun ucu, kolumella, filtrum ve alar çizgiler) (1,18).

Burun alt kısmı da yüksek riskli bir bölgedir. Bu bölgedeki lezyonlar çok küçük olsa bile küretaj ve elektrodesikasyon ile ortadan kaldırılamaz. Bunun nedeni burun lobülünün çok hareketli olması ve alana belirgin bir subkutan dokunun bulunmamasıdır (1,18).

İyileşme Oranları

Küretaj ve elektrodesikasyon anında kürete edilen dokunun sınırları mikroskopik olarak incelenmediğinden tedavinin etkili olup olmadığını gösterecek tek kanıt iyileşme oranlarıdır. Deneyimli doktorlar tarafından uygulandığında başarı oranı %90'ın üzerindedir (1,12,19).

Kozmetik Sonuçlar

Kozmetik sonuçlar genel olarak iyidir. Ancak nadiren hipertrofik skar dokusu, hipopigmentasyon ve depresyon gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir. İşlem dikkatle uygulandığında yüzde nadiren skar kalır. Gövde ve ekstremitelerde skar oluşma ihtimali daha

fazladır, derin ve kenarları köşeli defektler skartis bırakarak iyileşirler. Bunu önlemek için defektin yüzeysel ve kenarlarının hafif eğimli olmasına özen gösterilmelidir (1,14).

Küretaj ve elektrodesikasyon tedavisi az gerekle ve hızlı olarak uygulanabilir; sık kontrol ve pansuman gerektirmez; çevredeki normal deriye zarar vermez. Ancak kozmetik sonuçları cerrahi eksizyona göre daha kötüdür ve elde edilen materyalin cerrahi sınırlarını da incelemek mümkün değildir.

Küretaj ve elektrodesikasyon tedavisi çok basit gibi görünmekle beraber tedavinin başarılı olabilmesi için uzun bir eğitime ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Salasche SJ. Therapeutic curettage and electrodesiccation. In: Friedman RJ, Rigel DS, Kapf AW, Harris MN, Baker D. Cancer of the Skin. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders CO: 1991:434-50.
2. Grekin RC. Physical modalities of dermatologic therapy. In: Arnold HL, Odom RB, James WD. Andrews Disease of the Skin Clinical Dermatology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders Co: 1990: 1008-9. 1012-13.
3. Pollack SV. Electrosurgery. In: Moschella SL, Hurley HJ. Dermatology. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co: 1992-2419-31.
4. Sebben JE. Electrosurgery high-frequency electrosurgery. J. Dermatol Surg Oncol 1989, 14: 367-71.
5. Sebben JE. Electrodes for high-frequency electrosurgery. J. Dermatol Surg Oncol 1989, 15: 805-10.
6. Sherertz EF, Davis GL, Rice RW, Harris BA, Francini DA. Transfer of hepatitis B virus by contaminated reusable needle electrodes after electrodesiccation in simulated use. J Am Acad Dermatol 1986, 15:1242-6.
7. Bennett RG, Kraffert CA. Bacterial transference during electrodesiccation and electrocoagulation. Arch Dermatol 1990, 126: 751-5.
8. Edens BL, Bartlow GA, Haghghi P, Astarita RW, Davidson TM. Effectiveness of C a ED in the removal of basal cell carcinoma. J. Am Acad Dermatol 1983, 9: 383-8.
9. Stevenson TR, Swanson NA. Syringoma: removal by electrodesiccation and curettage. Ann Plast Surg 1985, 15:151-4.
10. Beacham BE. Solar induced epidermal tumors in the elderly Am Fam Physician 1990, 42:153-60.
11. Nedwich JA. Evaluation of curettage and electrodesiccation in the treatment of keratoacantoma. Australas J Dermatol 1991, 32: 137-41.

12. Suhge d'Aubermont PC, Bennet RG. Failure of curettage and electrodesiccation for removal of basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1984, 120:1456-60.
13. Hacker SM, Browder JF, Ramos Caro FA. Basal cell carcinoma. Choosing the best method of treatment for a particular lesion. *Postgrad Med* 1993; 93:101-4,106-8,111.
14. Silverman MK, Koof AW, Grin CM, Bart RS, Levenstein MJ. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2: curettage-electrodesiccation. *J. Dermatol Surg Oncol* 1991, 17: 720-6.
15. Lang PG Jr, Maize JC. Histologic evolution of recurrent basal cell carcinoma and treatment implications. *J Am Acad Dermatol* 1986, 14:186-96.
16. Dubin N, Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1983, 119: 373-7.
17. Spiler WF, Spiller RF. treatment of basal cell epithelioma by curettage and electrodesiccation. *J Am Acad dermatol* 1984,11.808-14.
18. Salasche SJ. Curettage and electrodesiccation in the treatment of midfacial basal cell epithelioma. *J Am Acad Dermatol* 1983, 8:496-503.
19. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma; implications for patient follow up. *J Dermatol Surg Oncol* 1989, 15: 315-28.