

Hamilelikle Provake Olan Keloid Formasyonu: Olgu Sunumu

KELOID FORMATION IN PREGNANCY: A CASE REPORT

Dr. Naci KARAÇAL,^a Dr. Mesut ÜNSAL,^b Dr. Ömer AMBARCIOĞLU,^a
Dr. Umut TOPAL,^a Dr. Necmettin KUTLU^a

^aPlastik Cerrahi AD, ^bKadın Hastalıkları ve Doğum AD, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, TRABZON

Özet

Hipertrofik skar ve keloidler anormal yara iyileşmesinin değişik formlarıdır. Bu patolojik formlar genel olarak vücudun her yerinde oluşabilmekteyse de sıklıkla görüldüğü yerler omuz, sternal bölge ve kulak lobülleridir. Bugüne kadar birçok teori öne sürülmüş olmasına karşın bu lezyonların patogenezi açıklayacak net bir teori ortaya konamamıştır. Keloid oluşumu üzerinde hormonal etkiler daha önce de gösterilmiştir. Burada, hamilelik sırasında ortaya çıkan ve hastanın yaşam kalitesini etkileyecek derecede ileri boyutta bir keloid olgusu sunulmuş ve keloid oluşumunun diğer nedenleri gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hamilelik, keloid

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005, 15:34-37

Abstract

Hypertrophic scars and keloids are different forms of abnormal wound-healing process. Although no area of the body is immune, certain body regions shows increased susceptibility to abnormal scarring. Despite numerous studies, there is no valid theory or explanation to indicate which factor(s) initiate keloid or hypertrophic scar formation. As certainly showed that the hormonal influences on keloid formation, the case presented here had exuberant keloids, which exist during her pregnancy. The patient was managed with pressure garments due to her pregnancy. Various causes of keloids are reviewed.

Key Words: Pregnancy, keloid

Hipertrofik skar ve keloid, sıklıkla insanlarda görülen anormal yara iyileşmesi formlarıdır. Her iki cinste de eşit sıklıkla ve genellikle 2. dekatta görülürler.^{1,2} Keloidler albinolar dışında bütün ırklarda görülmelerine karşın siyah ırkta, beyaz ırka nazaran 15 kat daha sık ortaya çıkmaktadır.^{1,3} Afrika, İspanyol ve Asya ırkları, keloid oluşumu için daha meyillidirler ve bu ırklardaki olguların %4,5-16'sı keloid formasyonu gösterirler.^{1,4}

Her ne kadar keloid oluşumlarının büyük bir çoğunluğu travma veya yaralanmaya sekonder ortaya çıkarsa da, herhangi bir travma olmaksızın oluşan spontan keloid formasyonları da rapor edilmiştir.⁵ Sinek ısırıkları, akneler, follikülitler, "piercing", dövme ve BCG aşısı gibi minör trav-

malar bile keloid oluşumuna neden olabilirler.⁵ Kan grubu, lökosit antijenleri, immünglobülin E, M, G, A seviyeleri, kompleman faktör C3 ve C4 seviyelerinin de keloid oluşumu üzerinde etkili olduğu rapor edilmiştir.⁶⁻¹⁴ Son olarak keloid oluşumu üzerine hormonal etkiler de araştırılmıştır. Bu lezyonların pubertede ortaya çıkma, hamilelikte ilerleme ve menopozda gerileme eğiliminde olmaları, patogenezi östrojenin etkisinin olduğu fikrinin savunulmasına neden olmaktadır.^{2,7} Burada hamileliği sırasında ortaya çıkan ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Polikliniğimize başvuran ve ellerindeki kabarıklıklardan şikayet eden hasta, 33 yaşında bir bayandı. Hasta hikayesinde; 5 yıl önce sıcak sıvı ile yandığını ve bu yanığa bağlı oluşan alın defektinin sol kol lateralinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile tedavi edilmesini sonrasında; yüzünde, boynunda ve el sırtlarında yanık izi kaldığını, başka tedavi almadığını ve bu izlerin son 6 ayda ka-

Geliş Tarihi/Received: 14.05.2004

Kabul Tarihi/Accepted: 21.12.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Naci KARAÇAL
KTÜ Lojmanları 22/1
61080, TRABZON
nkaracal@yahoo.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

bardığını belirtti. Hasta bize başvurduğunda 7 aylık hamile idi. Yapılan fizik muayenede hastanın alnında, boynunda ve el dorsumlarında aşırı keloid formasyonu gözlemlendi. Hastanın asıl şikayeti el dorsumu olduğu için özellikle bu bölgenin yapılan fizik muayenesinde; her iki el dorsumunda yaklaşık 13x13 cm boyutlarında, oldukça sert, üzerindeki epidermisi incelmış ve telanjiektaziler olan keloid oluşumları tespit edildi. El ekstansiyonlarında kısıtlılık olmadığı ama özellikle 2-4. parmakların fleksiyonunun kısıtlı olduğu ve hastanın bir bardağı tutarken bile güçlük çektiği tespit edildi (Şekil 1). Hastanın yanık tedavisi için kullanılan kısmi kalınlıkta deri grefti donor alanı olan sol kolda da keloid oluşumu gözlemlendi (Şekil 2).

Hasta 0 kan grubundaydı ve serum immunoglobulin E, M, G, A seviyeleri, lökosit antijenleri, kompleman faktör C3 ve C4 seviyeleri normal olarak rapor edildi.

Hastanın doğum sonrası bebeğini emzirmek ve bakımını yapmak için elini kullanması gerektiğinden elinin tedavisinin daha acil olduğu düşünüldü. Fakat hamileliği nedeniyle bası eldiveni ve silikon jel tabaka uygulamak dışında herhangi bir tedavi modalitemiz yoktu. Maksimum etkinin sağlanabilmesi için bu kombine tedavinin en az 6 ay boyunca ve günde en az 18-24 saat süreyle uygulanması gerektiği önerildi. Keloidlerin cerrahi eksizyonu, erken dönemde radyoterapi uygulanması ve gerek görülürse yine silikon jel tabaka uygulanması planlandı. Hastanın postpartum 1. yıldaki



Şekil 1. Bilateral el dorsumundaki aşırı keloid oluşumları.



Şekil 2. Kısmi kalınlıkta deri grefti alınan donor alanlardaki keloidler.

kontrollerinde özellikle ellerindeki lezyonlarının daha çok olmak üzere bütün lezyonlarında bir gerileme gözlenmiştir.

Tartışma

Keloid ve hipertrofik skar oluşumları yüzyıllardır insanlar için bir sorun teşkil etmiş olmasına karşın; ekzisyon, radyoterapi, intralezyonel steroid enjeksiyonu, lazer cerrahisi, retinoik asitler, bası terapileri ve silikon jel tabaka uygulamaları dahil olmak üzere ortaya konan hiçbir tedavi modalitesi tam tedavi edici olamamıştır.

Keloid oluşumunun neden bazı vücut bölgelerinde daha sıklıkla görüldüğü net olarak açıklanamamıştır. Ama hipertrofik skarların yara gerilimine zıt yöndeki kuvvetlerle ilgili olduğu; eklemelerin ekstansör yüzlerde hemen hemen hiç görülmemelerine karşın, fleksör yüzlerde olduğu ve derinin gerilim çizgilerine paralel seyreden yaraların da normal skar oluşumu ile sonuçlandığı bilinmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Keloidler albinolar dışında her ırkta görülebilirler ve siyah ırkta beyaz ırka göre 15 kat daha sık ortaya çıkarlar.^{1,3} Göğüs, omuzlar, kulak lobülleri, kol ve yanaklarda daha sıklıkla görülebilmelerine karşın; göz kapakları, genital bölgeler, avuç içi, ayak tabanı, kornea, müköz membranlar ve hatta umbilikal kord bile daha az sıklıkla etkilenen anatomik bölgelerdir.^{3,4,7,18-21}

Hipertrofik skar oluşumu ile ilgili değişik teoriler ve bilgiler elde edilmişse de bu durum

keloidler için aynı değildir ve bu lezyonların patogenezi hakkındaki yoğun çalışmalar devam etmektedir. Keloidlerin otozomal resesif veya dominant geçişi savunulmuş ve A grubu kana sahip insanlarda daha sıklıkla gözlemlendiği rapor edilmiştir.^{6,7} Bazı otörler de lökosit antijenleri B14, B21, BW16, BW35, DR5, DQW3'ün keloid oluşumundan sorumlu olduğunu savunmuş, bazı otörler de bu fikre karşı gelmiştir.⁸⁻¹⁰

Keloid oluşumunda immün sistem de suçlanmış ve serum immunoglobulin E seviyesinin ırk, cinsiyet ve yaşa bağımlı olarak aşırı skar oluşumundan sorumlu olduğu savunulmuştur.¹¹ Keloid formasyonu gösteren hastaların hipertrofik skarları olan hastalara göre daha allerjik semptomlar gösterdikleri rapor edilmiştir.¹² Keloid oluşumu sergilemeyen hastalara göre keloid oluşumu olan hastalarda serum immunoglobulin A seviyelerinde azalma,¹³ immunoglobulin M ve G seviyelerinde^{10,13,14} ve compleman C3 ve C4 seviyelerinde artma^{13,14} olduğu bildirilmiştir.

Keloid oluşumu hormonlardan da etkilenmektedir. Öyle ki, serum testosteron seviyesi yüksek olan hastaların daha sıklıkla keloid oluşumu sergiledikleri ve bu durumun da keloidlerin daha fazla testosteron bağlayıcı reseptör taşımalarından kaynaklandığı savunulmuştur.²² Bu teori ile keloidlerin neden pubertede ortaya çıktığı,⁷ hamilelikte arttığı ve menopozda azaldığı açıklanabilmiştir.² Keloidlerin genişlemesi veya var olanların daha da kötüleşmesinin serum östrojen seviyeleri ile de ilgili olduğu ve bu lezyonların hormon seviyesindeki düşüş ile gerileyeceği ön görülmüştür.

Burada sunulan olguda, keloidler ağırlı ve hastanın hayatını etkileyen bir yapıdaydı. Hastanın aile hikayesinin olmayışı, serum immunoglobulin, lökosit antijeni, compleman C3 ve C4 seviyelerinin normal oluşu nedeniyle bu lezyonların hamileliğe sekonder oluşan yüksek östrojen seviyelerinden kaynaklandığı kanısına varılmıştır. Bası tedavisi ve silikon jel tabaka uygulama dışındaki tedavi modaliteleri morbiditeleri nedeniyle düşünülmemiştir. Bu olgu bize, skarların puberte ve hamilelik

dönemlerinde keloid oluşumuna dönüşebileceğini ve bu yöndeki en küçük bir belirtinin bile hemen tedaviye başlanması için yeterli bir neden olduğunu göstermiştir.

KAYNAKLAR

1. Oluwasanmi JO. Keloids in the African. *Clin Plast Surg* 1974;1:179-95.
2. 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;56:450-3.
3. Alhady SM, Sivanantharajah K. Keloids in various races: A review of 175 cases. *Plast Reconstr Surg* 1969;44:564-6.
4. Ketchum LD. Hypertrophic scars and keloids. *Clin Plast Surg* 1977;4:301-10.
5. Abrams BJ, Benedetto AV, Humeniuk HM. Exuberant keloidal formation. *J Am Osteopath Assoc* 1993;93:863-5.
6. Elliot D, Cory-Pearce R, Rees GM. The behaviour of presternal scars in a fair-skinned population. *Ann R Coll Surg Engl* 1985;67:238-40.
7. Ramakrishnan KM, Thomas KP, Sundararajan CR. Study of 1000 patients with keloids in South India *Plast Reconstr Surg* 1974;51:276-80.
8. Castagnoli C, Peruccio D, Stella M, et al. The HLA-DR beta 16 allotype constitutes a risk factor for hypertrophic scarring. *Hum Immunol* 1990;29:229-32.
9. Castagnoli C, Stella M, Magliacani G, Alasia ST, Richiardi P. Anomalous expression of HLA class II molecules on keratinocytes and fibroblasts in hypertrophic scars consequent to thermal injury. *Clin Exp Immunol* 1990;82:350-4.
10. Cohen IK, McCoy BJ, Mohanakumar T, Diegelmann RF. Immunoglobulin, complement, and histocompatibility antigen studies in keloid patients. *Plast Reconstr Surg* 1979;63:689-95.
11. Placik OJ, Lewis VL, Jr. Immunologic associations of keloids. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:185-93.
12. Smith CJ, Smith JC, Finn MC. The possible role of mast cells (allergy) in the production of keloid and hypertrophic scarring. *J Burn Care Rehabil* 1987;8:126-31.
13. Bloch EF, Hall MG, Jr., Denson MJ, Slay Solomon V. General immune reactivity in keloid patients. *Plast Reconstr Surg* 1984;73:448-51.
14. LeFlore I, Antoine GA. Keloid formation on palmar surface of hand. *J Natl Med Assoc* 1991;83:463-4.
15. Buchwald C, Nielsen LH, Rosborg J. Keloids of the external ear. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1992;54:108-12.

16. Curtis AS, Seehar GM. The control of cell division by tension or diffusion. *Nature* 1978;274:52-3.
17. Su CW, Alizadeh K, Boddie A, Lee RC. The problem scar. *Clin Plast Surg* 1998;25:451-65.
18. Buchwald C, Nielsen LH, Rosborg J. Keloids of the external ear. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 1992;54:108-12.
19. Ford T, Widgerow AD. Umbilical keloid: An early start. *Ann Plast Surg* 1990;25:214-5.
20. LeFlore I, Antoine GA. Keloid formation on palmar surface of hand. *J Natl Med Assoc* 1991;83:463-4.
21. Mullaney PB, Teichmann K, Huaman A, Heinz G. Corneal keloid from unusual penetrating trauma. *J Pediatr Ophthal Strabismus* 1995;32:331-4.
22. Schierle HP, Scholz D, Lemperle G. Elevated levels of testosterone receptors in keloid tissue: An experimental investigation. *Plast Reconstr Surg* 1997;100: 390-5.