

Dr. Szitkay Sándor

Malignus tumor krónikus fekélyben

Bevezetés

A lábszárfekély gyakori megbetegedés (a felnőtt lakosság mintegy 4%-át érinti), malignus tumor előfordulása viszonylag ritka, viszont irodalmi adatok vannak viszonylagos gyakoriságáról is, egy elemzésben 981 beteg (2448 ulcus) esetében a malignus tumor 4,4% volt (75% basalioma, 25% spinalioma).

Esetismertetés

H. A., 63 éves férfibeteg, 10 éve diabeteses (2. típusú), 5-6 éve alakult ki fekély PTS talaján a bal lábszár feszítő és mediális felszínén. A terápia-rezisztens ulcust több bőrgyógyászati intézményben is kezelték. Az elmúlt években számos nodularis basalioma került eltávolításra az arc, a hát és a jobb lábszár területéről. A bal lábszár nem gyógyuló fekélyeinek kezelése céljából került felvételre osztályunkra. Felvételekor a bal lábszár középső, feszítő – mediális harmadában 12 x 10 cm nagyságú, szabálytalan alakú, 2-4 mm mély, lepedékes alapú, kraterszerűen felhányt szélű fekély volt. Tekintettel az anamnézisére, vagyis a hosszabb ideje lege artis kezelt fekély jelenlétére és a klinikai képre, vagyis a granulatiós szövetnek imponáló széli túlsarjadásra, a tömött szegélyből biopszia történt. Szövettan: a metszetben tumorszövet látható, melyet ovális, orsó alakú magvú sejtek alkotnak, helyenként palisade elrendeződést mutatva. Látóterenként 2-3 mitózis. A tumort körülvevő kötőszövet ödémás, tágult nyirokerek, hyalinisált falú vérerek láthatók, kiskókú kereksejtes beszűrődés van. Dg.: cc. basocellulare. A tumor kimetszése helyi érzéstelenítésben a fastiával együtt történt, a sebet félvastag bőrrel fedtük.

Differenciáldiagnózis

Két alapvető elváltozás jöhet szóba: malignus tumor (basalioma vagy a gyakoribb spinalioma) és a granulatiós szövet, azaz a krónikus sebek esetében

szintén gyakori túlsarjadás. A lápiszkezelése bár nem ellenjavalt, de még nehezebbé teszi a diagnózist. Esetünkben az anamnézis alapján még egy lehetőség felmerül, a basalsejtes naevus syndroma. A basalsejtes naevus syndroma (Howell-Caro, 1959., Gorlin-Goltz, 1960.) autosomalis-dominans módon öröklődő, már gyermekkorban kezdődő, disseminált, pigmentált tumorok jelenlétét feltételezi, ami több mesodermális és neuralis rendellenességgel szövődik, mint állkapocs-ciszta, hypertelorismus, (kypho)scoliosis, spina bifida occulta, bordakettőződés, corpus callosum agenesise, falx cerebri calcificatio. Naevoid (a pigmentált tumorok) és oncogeneticus (a basaliomák) fázisa van. Az anamnézis és rgt vizsgálatok alapján ennek lehetőségét kizártuk.

Összefoglalás

Az eset felhívja a figyelmet arra, hogy korszerű sebkezelés esetén nem gyógyuló, progrediáló lábszárfekély területében malignus tumor kialakulására gondolni kell. A beteg esetében a diabetes mellitus és a multiplex basalioma rizikófaktorként szerepelt.

1. kép

Felvétel a bal lábszárról, a feszítő – mediális – középső harmadban egy 12 x 10 cm nagyságú, részben lepedékes, részben granulált felszínű fekély van, keskeny erythemás szegéllyel



2. kép

Közele felvétel a bal lábszár feszítő – mediális – középső harmadáról, jól látható a meredeken kiemelkedő gyöngyház fényű szegély, centrális irányban fokozott „granulációval”



Plasztikai sebészeti megoldás javasolt. Minden nem gyógyuló lábszárfekélyből biopsziát kell venni. A korai diagnózis kritériumai: 1. a vascularis status analysise, 2. a fekély klinikai jellemzői, 3. heg megjelenése. Basalioma megjelenése krónikus fekélyben ritka. Gyakori viszont, hogy granulatiós szövetet utánzó, de dús és áttetsző. A krónikus seb és gyulla-

3. kép

Műtét utáni állapot, a megtapadt lebenyek között egyenetlen felszínnel



Dr. Szitkay Sándor
Fővárosi Szent István Kórház
II. Bőrgyógyászati Osztály
1195 Budapest, Jahn Ferenc u. 62.

dás fakultatív praecancerosis, de felvetődik, hogy a krónikus vénás stásisnak szerepe lehet a gyakoriság tekintetében.

Irodalomjegyzék:

1. Blank AA, Schnyder uw.: *Squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma within the clinical picture of a chronic venous insufficiency in the third stage* Dermatologica 1990;181. 248-50
2. Y ang D, Morrison BD, Vandongen YK, Singh A, Stacey MC.: *Malignancy in chronic leg ulcers* Med. J. Aust. 1996 164. 718-20
3. Voisard JJ , Lazareth I, Baviera E, Priollet P.: *Leg ulcers and cancer. 6 case reports* J. Mal. Vasc. 2001 26. 85-91
4. Harris B, Eaglstein WH, Falanga V.: *Basal cell carcinoma arising in venous ulcers and mimicking granulation tissue* J Dermatol. Surg. Oncol. 1993 19. 150-2
5. Black MM, Walkden VM.: *Basal cell carcinomatous changes on the lower leg: a possible association with chronic venous stasis* Histopathology 1983 7. 219-27
6. Phillips TJ, Salman SM, Rogers GS.: *Nonhealing leg ulcers: a manifestation of basal cell carcinoma* J. Am. Acad. Dermatol. 1991 25. 47-9
7. Lutz ME, Davis MD, Otley CC.: *Infiltrating basal cell carcinoma in the setting of a venous ulcer* Int. J .Dermatol. 2000 39. 519-20
8. Fleegler EJ.: *Tumors involving the skin of the upper extremity* Hand. Clin. 1987 3. 197-212
- 9 .Gosain A, Sanger JR, Y ousifNJ, Matloub HS.: *Basal cell carcinoma of the lower leg occurring in association with chronic venous stasis* Ann. Plast. Surg. 1991 26. 279-83