

Atipik yerleşimli bazal hücreli karsinom

Atypical located basal cell carcinoma

Cenk Yazkan¹, Kağan Gökçe¹, Cihan Aydın¹, Serkan Akbulut²

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Muğla, Türkiye

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

İletişim: kgngkc@hotmail.com

ÖZET

Bazal hücreli karsinom en yaygın görülen malign kutanöz tümör tipidir. Etiyolojisinde kronik güneş ışığına maruziyet temel faktördür. Sıklıkla yüz ve boyun gibi güneş maruziyetinin yoğun olduğu alanlarda oluşmaktadır. Daha nadir olarak önkol ve kol derisinden köken aldığı olgular da mevcuttur. Bu olgu sunumunun amacı sol lomber bölgeden köken alan atipik yerleşimli bazal hücreli karsinomlu 69 yaşında cerrahi tedavi uygulanmış kadın hastayı sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, sol lomber bölge, atipik lokalizasyon

SUMMARY

Basal cell carcinoma is the most common type of malignant cutaneous tumor. Chronic sun exposure is the main etiological factor. Basal cell carcinoma usually occurs in sun-exposed areas such as the face and neck. There are also some rarely cases originated from forearm and arm skin. The aim of this case report is to present a 69 years old, female patient with atypical located basal cell carcinoma on the left side of lumber region, who underwent surgery.

Keywords: Basal cell carcinoma, left lumber region, atypical localization

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom yavaş büyüme paternine sahip olan, lokal invaziv karakterde epidermal malign kutanöz tümördür(1). Deride en sık görülen kanser tipidir(2). En sık açık ten renkli insanlarda görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde beyaz erkeklerde yaşam boyu görülme riski % 33 ile % 39 arasında iken beyaz kadınlarda % 23 ile % 28 arasındadır(3). Sıklıkla 50 yaş üzerinde görülür ve etyolojisinde en önemli faktör güneş ışığına kronik maruziyettir. Bu sebepten sıklıkla baş ve boyun, daha nadiren de kol ve önkolda görülmektedir(4). Bu çalışmada sol lomber bölgede yerleşimli, güneş ışığına kronik maruziyet öyküsü olmayan bazal hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

69 yaşında kadın hasta herhangi bir aktif şikayeti olmadan; sol lomber bölgesinde lezyonu fark etmesi sonucunda polikliniğimize başvurdu. Asemptomatik olan hastanın dermatolojik muayenesinde; sol lomber bölgede 3x2 cm boyutlarında, yuvarlak şekilli, sınırları düzensiz, sağ alt köşesinde pigmentasyon alanı izlenen eritematöz plak lezyon görüldü(Resim1).



Resim1: Eksizyon öncesinde lezyonun görünümü

Soygeçmişinde ve özgeçmişinde bazal hücreli karsinom öyküsü yoktu. Lezyondan yapılan punch biyopsi sonucu; lezyonun bazal hücreli karsinom olduğu tespit edildi. İmmunhistokimyasal değerlendirmede; Bcl-2 (+), BerEP4 (+), EMA (-) izlendi. Hastanın başvuru öncesinde ultraviyole (UV) ve radyasyon maruziyeti, immunsupresyon hikayesi yoktu. Hastaya en az 6 mm sağlam lateral cerrahi sınır sağlanacak şekilde ve lomber kas fasyası da piyese dahil edilerek geniş eksizyon uygulandı(Resim2).



Resim2: Eksizyon sonrası kavitenin görünümü

Defekt fasiyokutan flep ile kapatıldı. Eksizyon materyalinin histopatolojik değerlendirilmesi sonucunda sağlam cerrahi sınırlar elde edildi. En yakın cerrahi sınır 6 mm idi. Hasta ameliyat sonrası 2. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA

Epitelyal tümörlerin yaklaşık % 65' ini oluşturan bazal hücreli karsinom en yaygın kutanöz malignitedir(5). Gelişiminden sorumlu temel etyolojik faktör UV ışınlarına olan kronik maruziyettir. Ancak olguların % 20 kadarı UV maruziyeti dışındaki sebeplerden kaynaklanmaktadır. Özellikle arsenik, kömür katranı gibi karsinojenlere maruziyet, lokal travma öyküsü, kronik ülser, yanık sonrası gelişen skarlar, bazı kalıtsal sendromlar, radyoterapi öyküsü ve immün yetmezlik ultraviyole dışı sebeplerdendir(6-8). Yüksek yağlı diyet, erkek cinsiyet ve ileri yaş diğer risk faktörleridir(9). Vakamızda UV maruziyeti olmadığı gibi diğer risk faktörleri sorgulandığında da özellikli bir durum tespit edilmedi.

Bazal hücreli karsinomun lokalizasyonunda; en sık burun ucu olmak üzere yüz % 75 ile birinci sırada iken, gövde % 25 ile ikinci sıradadır. Vulva, penis, perianal bölge % 5 ile lezyonun sık tespit edildiği üçüncü alandır(9,10). Olgumuzda ise daha nadir görülen sol lomber alanda tutulum görülmüştür.

UV maruziyetinin bazal hücreli karsinom gelişimindeki rolünü araştıran bir çalışmada; özellikle 290-320 nm dalga boyundaki UV ışınlarının karsinogenezde hem başlatıcı hem de ilerletici önemli bir faktör olduğu görülmüştür(11). UV maruziyeti sonucu oluşan serbest radikaller DNA hasarlarına neden olmakta birlikte; Langerhans hücrelerinde yapısal ve fonksiyonel bozukluklara da yol açmaktadır(12). Bunun yanında p53 gen mutasyonunun da kritik öneme sahip olduğu

görülmüştür(8). Bizim olgumuzda sol lomber alanda sırt yerleşimli bazal hücreli karsinom görülürken etyolojide UV maruziyetine rastlanmadığı gibi UV dışındaki sık görülen risk faktörleri de sorumlu tutulamamıştır.

Temel tedavi seçeneği lezyonun sağlam cerrahi sınırlarla eksizyonudur. Tedavide yön verdirici bazı parametreler önemlidir. Bunlar aynı zamanda prognozda da belirleyici olabilmektedir. Tümör büyüklüğü, tümörün lokalizasyonu, kenar özellikleri, histolojik alt tipler, perivasküler ve perinöral invazyon varlığı dikkate alınmalıdır. Sınırları belirgin lezyonlarda 5 mm' lik sağlam periferik cerrahi sınır yeterli görülmele birlikte; % 95 oranında kür sağlayabilmektedir. Olgumuzda en az 6 mm' lik sağlam lateral cerrahi sınır sağlanacak şekilde, kas fasyası piyese dahil edilerek geniş eksizyon uygulanmıştır. Lokalizasyon, hasta tercihi, sık nüks eden tümörler gibi nedenlerle kullanılabilir cerrahi dışı tedavi yöntemleri ise; kriyoterapi, küretaj, radyoterapi, fotodinamik terapi ve topikal medikal tedavilerdir(13).

SONUÇ

Bazal hücreli karsinom en sık görülen malign kutanöz tümördür. Sıklıkla baş ve boyun bölgesinde UV maruziyetinin yoğun olduğu alanlarda görülmesine rağmen; gövde bölgesinde daha nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Bizim olgumuzda UV maruziyeti hikayesi yoktur, ancak sol lomber alanda bazal hücreli cilt kanseri punch biyopsi ile tespit edilmiştir. Bunun yanında erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmesine rağmen olgumuzda kadın cinsiyet ön plana çıkmaktadır. Tedavide esas olan cerrahi eksizyondur. Sağlam cerrahi sınırlarla eksizyon sonrasında kür şansı % 95 gibi yüksek oranlardadır. Bazal hücreli cilt kanseri açısından daha düşük risk taşıyan bölgelerdeki hiperemik, düzensiz sınırları olan, ülserle cilt lezyonlarının dikkate alınmasının ve bazal hücreli cilt kanseri açısından değerlendirilmesinin küratif cerrahi tedavi şansı açısından faydalı olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1.Cigna E, Tarallo M, Maruccia M, et al. Basal cell carcinoma: 10 years of experience. *J Skin Cancer* 2011;2001:476362
- 2.Buljan M, Bulat V, Situm M, et al. Variations in clinical presentation of basal cell carcinoma. *Acta Clin Croat*, 2008;47(1):25-30
- 3.Miller D.L, Weinstock M.A. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1994;30(5):774-778
- 4.Gunes AT, Akarsu S. Bazoselüler karsinom. *Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics* 2013;6:1-10
- 5.Niwa ABM, Pimentel ERA. Basal cell carcinoma in unusual locations. *An Bras Dermatol* 2006;81:281-284
- 6.Raghurama Rao G, Amareswar A, Kumar YHK, et al. Pigmented basal cell carcinoma of the scrotum: An unusual site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:508-509
- 7.Rallis E, Nasiopoulou A, Arvanitis A. Interdigital basal cell carcinoma of the hand: a rare site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:593-595
- 8.Woo SH, Kim IH, Son SW. Axillary basal cell carcinoma. *J EADV* 2006;20:222-223
- 9.Vandeweyer E, Herszkowicz A. Basal cell carcinoma of the dorsum of the hand. *Acta Chir Belg* 2003;103:300-303
- 10.Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol*. 2011;86:292-305
- 11.Downs N, Parisi A. Measurements of the anatomical distribution of erythemal ultraviolet: a study comparing exposure distribution to the site incidence of solar keratoses, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Photochem Photobiol Sci* 2009;8:1195-1201
- 12.Kumar N, Saxena YK. Two cases of rare presentation of basal cell and squamous cell carcinoma on the hand. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:349-351
- 13.Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2008;159:35-48