

Oral Skuamoz Hücreli Kanser (2 Vaka Raporu)

ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA (TWO CASES REPORT)

İlkay ÇELİK*, Gülten USALAN*, Meryem TORAMAN*, Müzeyyen ÖZAYDIN*

* Dt.,Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi, Oral Diagnoz ve Radyoloji BD, ANKARA

Özet

Amaç: Oral skuamoz hücreli kanserin insan kanserleri içinde görülme insidansı %3, ağız kanserleri içinde görülme insidansı %95'tir. Bu makalede 2 adet skuamoz hücreli kanser vakası incelenmiştir.

Olgu Sunumu: 1. vakada protez yaptırmak amacıyla kliniğimize başvuran 58 yaşındaki bir erkek hastada ve 2. vaka- da, çekim yarasının iyileşmesinde gecikme nedeniyle kliniğimize başvuran 45 yaşındaki erkek hastada skuamoz hücreli kanser olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Ağız kanserlerinin erken evrede teşhis ve tedavi edilmesi, hastaların yaşama şansı ve yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir. Ancak, ağız kanserleri toplumumuzda çoğunlukla bilinmemekte ve ağız lezyonları önemsenmemektedir. Toplumun bu konuda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi için yetkili kurumlara, hastalığın erken teşhisi için de dişhekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Oral kanser, Erken teşhis

T Klin Diş Hek Bil 2003, 9:55-60

Summary

Purpose: Oral squamous cell carcinoma, accounts 3% of human carcinomas and 95% of oral carcinomas. In this study, 2 oral squamous cell carcinoma cases are reported.

Case Report: The first case is a 58 years old male patient who attended to our clinic for the purpose of prosthodontic treatment and the second case is a 45 years old male patient who attended to our clinic for the delayed extraction wound healing, in both of the cases squamous cell carcinoma is diagnosed.

Conclusion: Early diagnosis of oral carcinomas is essential for increasing the survival rates and life quality of the patients. In our society, oral carcinomas commonly are not known and oral lesions usually are not considered to be important. There is much work to do, for authorized foundations about informing and training the society about the subject and for dentists about early diagnosis.

Key Words: Oral carcinoma, Early diagnosis

T Klin J Dental Sci 2003, 9:55-60

Ağız kanserlerinin %95 kadarı skuamoz hücreli kanserdir. Ağız kanserleri insan kanserlerinin %3'ünü, erkeklerde 6. en sık, kadınlarda 12. en sık kanseri oluşturur (1).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada beyaz yetişkin insanlarda, ağız mukozasında görülen her 25 lezyondan birinin ağız kanseri olduğu belirlenmiştir. Ağız kanseri riski 65 yaş üzeri beyaz erkeklerde daha fazla iken, Afrika ve Amerikalılarda orta yaşlarda görülme oranı daha yüksektir. Kadınlarda ise tüm yaş gruplarında erkeklere göre 3 kat daha az risk söz konusudur (2).

Dudak kanserleri patofizyolojisi güneş ışığı ile ilişkili iken, ağız içi kanserleri etyolojisi

multifaktöriyeldir. Sigara kullanımı bilinen en önemli etken olup, akciğer kanserlerine benzer şekilde risk, sigara kullanım miktarıyla da ilişkilidir. Ultraviyole radyasyonu dudak kanseri etyolojisinde en önemli faktördür. Demir eksikliği anemisi, A vitamini eksikliği, sifiliz tedavisinde kullanılan arsenikli ilaçlar, oral kandidiyazis, HPV (Human Papilloma Virüs), immün yetmezliğe neden olan hastalıklar da oral kanser riskini artırmaktadır. Kalıtım, ağız kanserleri için önemli bir etyolojik etken değildir (3). Ülkemizde oral kanser etyolojisinde çok önemli bir etken de, kötü oral hijyen ile yanlış ve hekim dışı protetik uygulamaların oluşturduğu kronik mekanik irritasyonlardır (1).

Son 30 yıldır tüm dünyada özellikle üst solunum yolları ve üst gastrointestinal sistemde skuamoz hücreli kanser görülme insidansı önemli bir artış göstermiştir (4).

Baş-boyun bölgesindeki skuamoz hücreli kanser gelişimi, malign bir fenotipten meydana gelen bir dizi genetik formasyonu kapsamaktadır (5). Bu malign fenotip, otonom olarak ilerlemekte, öncelikle lokal dokuları istila etmekte ve daha sonra yakın ve uzak bölgelere metastaz yapmaktadır (6).

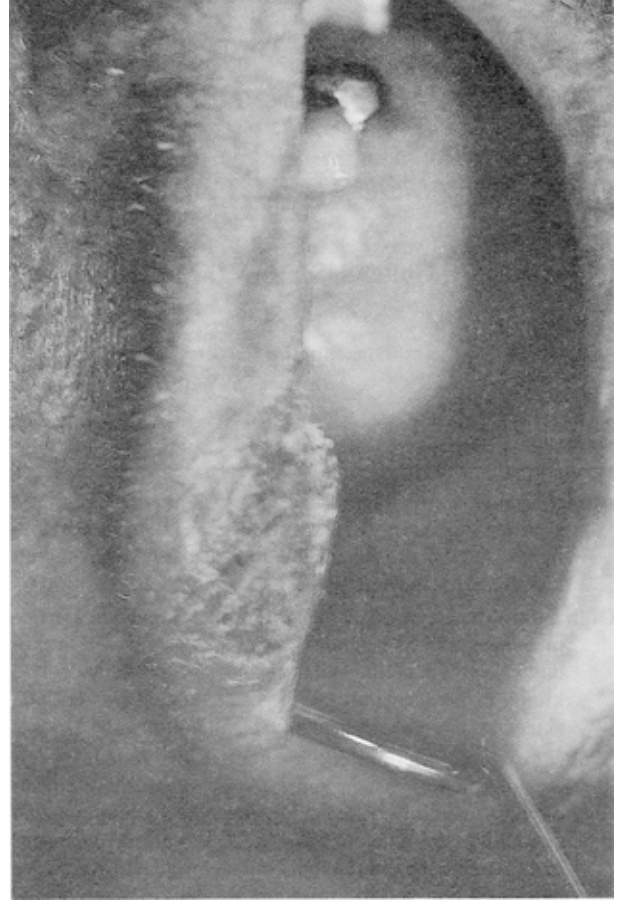
Bu çalışmada G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Oral Diagnoz ve Radyoloji kliniğine çeşitli dental nedenlerle başvuran 2 hastada rutin klinik muayene sırasında belirlenen skuamoz hücreli kanser vakaları incelenmiştir.

Vaka Raporu (1)

58 yaşındaki erkek hasta (S.K.), protez yaptırmak amacıyla kliniğimize başvurdu. Sistemik yönden sağlıklı olan hastanın klinik muayenesi sırasında, alt dudakta sol ağız köşesine yaklaşık 0.3 cm uzaklıkta ve 3.5 cm çapında, yüzeyi düzensiz, ülserli, ekzofitik sarı-kırmızı-kahverengi renkte bir lezyon ile, sağ ağız köşesinde yaklaşık 1 cm çapında ülserli, yüzeyi düzensiz sarı-kahverengi renkte bir lezyon olduğu görüldü. (Şekil 1)

Hasta, günde 1 paket sigara kullanmaktaydı. Submental lenf nodülleri palpasyonda sert ve ağrısızdı.

Hastadan alınan anamnezde, ağız köşesindeki lezyonun 1 yıl önce meydana geldiği ve ağrısız olduğu anlaşıldı. Hasta, lezyonun üzerini kendisinin, bir bıçağı yakarak kazıdığını ve bu işlemden sonra lezyonun bir miktar küçüldüğünü belirtti. Alt dudak orta hattına yakın olan diğer lezyonun ise 6 ay önce meydana geldiğini ve hasta, bu lezyonu da makasla kestiğini söyledi. Hasta, ayaklarında mevcut olan mantarı tedavi etmek amacıyla dermatolog tarafından verilen Advanten isimli pomadı bu lezyonlar için 4-5 ay süreyle kullandığını ve 1 aydır da herhangi bir ilaç kullanmadığını ve başka bir işlem uygulamadığını belirtti.



Şekil 1.

İntraoral muayenede hastanın ağızında 13, 22, 43, 44, 46 nolu dişlerinin mevcut olduğu görüldü. 12, 44, 46 nolu dişlerinde metal destekli veneer kron, 13 nolu dişinde aşırı kron harabiyeti ve kötü ağız hijyeni nedeniyle tüm dişlerde periodontal harabiyet mevcuttu.

Radyografik inceleme için hastadan panoramik ve periapikal radyografiler çekildi. Radyografik incelemede 13 nolu dişin kök ucunda periapikal lezyon ve ağızdaki tüm dişlerde periodontal kemik harabiyeti olduğu görüldü.

Hastadan alınan anamnez ve klinik muayene bulguları dikkate alınarak alt dudak lezyonlarının skuamoz hücreli kanser olabileceği düşünüldü ve hasta biyopsi için cerrahi kliniğine sevk edildi.

Alt dudaktaki lezyonlar rezeke edilerek histopatolojik inceleme yapıldı. Patoloji raporunda

makroskobik incelemede; lezyonun üzerinde 2.0 x 1.0 x 0.8 cm boyutlarında, yüzeyi düzensiz, ülser, ekzofitik sarı-kahverengi lezyon bulunduran, 3.5 x 3.0 x 1.0 cm boyutlarında bir yüzeyinde deri, bir yüzeyinde mukoza bulunduran alt dudak rezeksiyon materyalinin, sol ağız köşesine olan uzaklığı 0.3 cm, orta hat cerrahi sınıra olan uzaklığının 0.4 cm olduğu, anterior yüzeyde lezyonun deri-mukoza birleşim hattına uzandığı belirlendi. Materyal dilimlendiğinde en derin yerinde 2.0 x 0.6 cm boyutlarında kirli beyaz renkte sert kıvamlı tümöral oluşumlara rastlandığı ve materyalin cerrahi sınırlarının indian mürekkebiyle işaretlenip tümünün kodlanarak takibe alındığı belirtildi.

Lezyonun mikroskobik incelemesinde rezeksiyon materyalinin kesitlerinde, bazı alanlarda ülserasyon gösteren, papiller projeksiyon içeren ekzofitik yapıda yüzey skuamoz epitelinden başlayarak bağ doku derinliklerine ilerleyen lamina propriayı tümüyle kaplamış malign tümöral gelişim olduğu, tümör dışı alanlarda deride, epidermiste retelerde kayıp ve dermiste bazofilik boyanmada karakterli değişim meydana geldiği, yan ve taban cerrahi sınırlarda tümör olmadığı belirtildi.

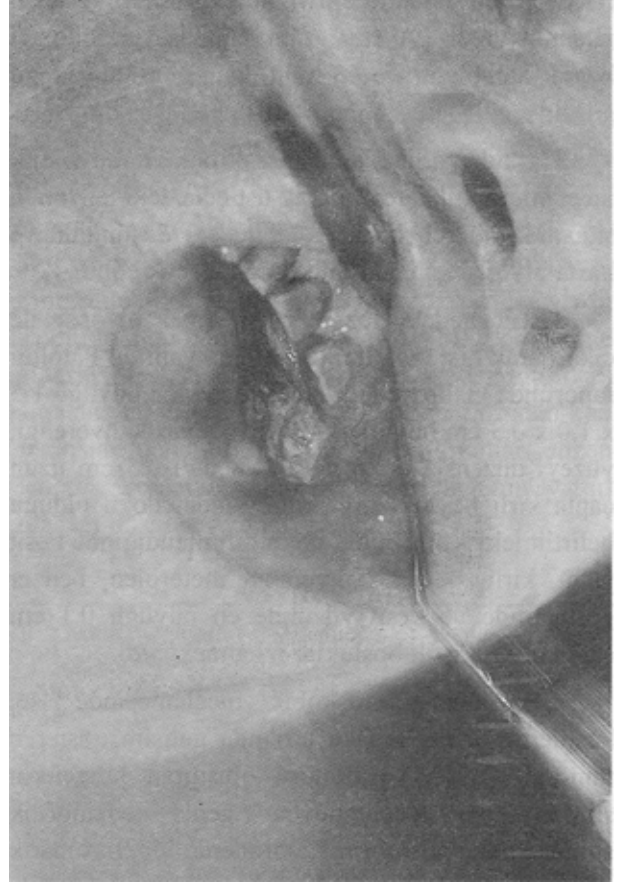
Lezyonun histopatolojik tanısının iyi diferansiye skuamoz hücreli kanser, invazyon derecesinin evre II olduğu anlaşıldı. Cerrahi sınırlarda tümör bulunmadığı ve deride solar elastoz meydana geldiği belirlendi.

Hastada belirlenen skuamoz hücreli kanserin yayılımını saptamak amacıyla BT (Bilgisayarlı Tomografi) ve MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) tetkikleri istendi.

Vaka Raporu (2)

45 yaşındaki erkek hasta (M.G.), sol üst arka dişler bölgesindeki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hasta sistemik yönden sağlıklıydı ve günde 1.5 paket sigara kullanmaktaydı.

Alınan anamnezde hastanın 1 ay önce sol üst arka bölgeden diş çekimi yaptırdığı, çekim yarasının iyileşmediği ve çekim sonrası bölgede ağrı ve şişlik meydana geldiği anlaşıldı. Hasta,



Şekil 2.

ağrıyı dindirmek için yara yerine 4-5 defa Panalgin bastırıldığını belirtti. Son 10 gündür de dişhekimi tarafından verilen Largopen 1 gr tablet, Ponstan fort ve Flagyl kullanılmaktaydı.

İntraoral muayenede palatinal bölgede 24 nolu dişin alveol kreti tepesinden başlayıp tübere kadar uzanan yaklaşık 1.5 cm çapında, yüzeyi düzensiz, ülserli, sarı-beyaz-kahverengi renkte, ağrılı, ödemli mukoza olduğu görüldü (Şekil 2).

Ağızda 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 31, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 47 nolu dişler bulunmaktaydı. Tüm ağızda kötü ağız hijyeni nedeniyle şiddetli halitosis ve periodontal harabiyet mevcuttu.

Radyografik inceleme için hastanın panoramik ve periapikal radyografileri çekildi. 26, 27 nolu dişler bölgesinde yaklaşık 1 cm çapında, sınırları

radyoopak olarak belirli radyolusent bir alan izlenmekteydi. Ayrıca tüm ağızda periodontal kemik harabiyeti ile 45 nolu dişin gömülü olduğu görüldü.

Hastadan alınan anamnez, klinik ve radyolojik incelemeler dikkate alınarak üst çenedeki lezyonun skuamoz hücreli kanser olabileceği düşünüldü ve hasta biyopsi için cerrahi kliniğine sevk edildi.

Üst çenedeki lezyon insizyonel biyopsi ile çıkarılarak histopatolojik inceleme yapıldı. Patoloji raporunda makroskobik incelemede; en büyüğü 1.5 x 1.0 x 0.3 cm boyutlarında kirli beyaz kahverengi, yüzeyi düzensiz doku ve en küçüğü 0.5 cm uzun çapta kirli beyaz kahverengi 3 adet doku olduğu belirtilmekteydi. Büyük doku dilimlendiğinde kesit yüzü kirli beyaz kahverengi heterojen benzer görünümde ve kesit yüzünde en büyüğü 0.1 cm çapta mikrokistik boşluklar izlenmekteydi.

Lezyonun mikroskobik incelemesinde ise; kesitlerde diffüz tabaka tarzında gelişim gösteren tümöral yapıda ve tümörü oluşturan hücrelerin sınırları iyi seçilemeyen geniş eozinofilik sitoplazmalı, belirgin nükleol içeren hiperkromatik yer yer veziküle nükleuslu atipik görünümde olduğu belirtilmekteydi. Sınırlı alanda izlenen tümör stromasında mikst tipte inflamatuvar hücre infiltrasyonu mevcuttu. Lezyonun histopatolojik tanısının orta derecede diferansiye skuamoz hücreli kanser olduğu belirlendi.

Hastada tespit edilen oral skuamoz hücreli kanserin yayılımını belirlemek için BT ve MRG tetkikleri istendi.

Tartışma

Oral kanser, önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), oral kanserli hastaların dünya çapında artış gösterdiğini ve hastalığın özellikle ileri dekatlarda daha fazla görüldüğünü belirtmektedir. Amerika'da her yıl oral ve orofaringeal kanser teşhisi konan 31.000 yeni vaka olduğu bildirilmektedir (7).

Üst solunum yolları ve üst gastrointestinal sistemde meydana gelen skuamoz hücreli kanser, supraklavikuler lokal ve reyonel yayılım ve tekrarlama eğilimi gösteren bir malignansidir. Bu

kanserlerin lokal ve reyonel yayılımları genellikle kontrol altına alınmış olmakla birlikte, uzak metastazların mortalite ve morbidite oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (8).

Baş-boyun bölgesinde görülen skuamoz hücreli kanserden kaynaklanan uzak metastazların gelişimi, lenfohematojen yayılımla meydana gelir. Hematojen metastaz en sık olarak akciğer, kemik ve karaciğere olmaktadır(6). Gath ve arkadaşları ve Wollenberg ve arkadaşları, baş-boyun bölgesinde ileri evre tümör belirlenen skuamoz hücreli kanser teşhisi konan hastalardan kemik iliği aspirasyonu yapmışlar ve tümör hücreleri izole ettiklerini belirlemişlerdir (9,10).

Preoperatif incelemeler hastalığın yayılımını belirlemede önemlidir. Geniş yayılım gösteren vakalarda radikal boyun diseksiyonu yapılmaktadır. Metastazların erkeklerde daha fazla görüldüğü, özellikle dil ve ağız tabanı tümörlerinin erkeklerde daha yüksek oranda metastaza neden olduğu, kadınlarda ise alveoler yapı tümörlerinin daha çok metastaz yaptığı belirlenmiştir (11,12).

Oral ve orofaringeal bölgede oluşan skuamoz hücreli kanser, en sık olarak servikal lenf nodlarına reyonel metastaz yapmaktadır (13). Servikal lenf nodu metastazı meydana gelen vakalarda standart radikal boyun diseksiyonu ve selektif boyun diseksiyonu önerilmektedir (11). Metastaz beklenmeyen bölgelerdeki yayılımı belirlemek için rutin BT ve MRG tetkiklerinin istenmesi önerilmektedir (12,14).

Baş ve boyun bölgesi kanserlerinde uzak metastaz insidansı oldukça düşüktür. Ancak, uzak metastazların morbidite ve mortalite oranı önemli düzeyde yüksek olduğu için, mutlaka lokal ve reyonel kontrol gereklidir (6).

Hayatta kalma oranı, erken teşhis edilen ve vücudun herhangi bir bölgesine metastaz yapmamış olan ağız kanserlerinde %76, servikal lenf nodu metastazı yapan olgularda %41 ve boynun altındaki bir bölgeye metastaz yapmış lezyonlarda ise %9'dur (15).

Eğer erken teşhis ve tedavi edilmezse displastik oral mukozal lezyonlardan skuamoz hücreli kanser gelişebilmektedir. Evre I ve II

aşamasında erken teşhis edilen vakalarda yaşama oranı evre III ve IV ile karşılaştırıldığında büyük oranda 5 yıla kadar yükselmektedir. Skuamoz hücreli kanserli hastalarda cerrahi yaklaşım, tedavinin önemli bir kısmını oluşturur. Diğer tedaviler yardımcı ve palyatif olarak radyoterapi ve kemoterapiyi kapsamaktadır. Baş-boyun bölgesi kanserlerinde ikinci primer kanser gelişme riski önemli ölçüde arttığı için tedavinin takibi çok önemlidir (7,16).

Ağız köşesi kanserleri, genellikle cerrahi eksizyonla tedavi edilir ve nüks görülme oranı %8, beş yıl yaşama oranı ise %95'tir (17).

Son 10 yıl içinde 60 yaş üzeri insanlarda teşhis edilen tüm ağız köşesi kanserlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların hiçbirinin skuamoz hücreli kanser nedeniyle ölmediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada 5 yıllık yaşama oranı %58 ve tedaviden sonraki lezyonun nüks oranı ise %25 olarak bildirilmektedir (2).

Bu çalışmada çeşitli dental nedenlerle kliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler ve incelemeler sonucu skuamoz hücreli kanser olduğu belirlenen iki vaka incelenmiştir. Vakalardan birincisinde, hastanın dudak lezyonu nedeniyle değil, protez yaptırmak amacıyla gelmiş olması ve mekanik travma dikkat çekicidir. Bunun nedeni, lezyonun asemptomatik olmasıdır. İkinci vakada ise hasta, çekilen dişin yara yerinin iyileşmemesi nedeniyle başvurmuştur. Bu vakada da hem çekim travması hem de mekanik travma ve sigara hikayesi dikkat çekicidir. Ancak hastalar sosyoekonomik düzeyleri nedeniyle istenen tetkikleri yaptırmamış ve tedaviye devam etmemişlerdir.

Klinik muayene, laboratuvar incelemeleri ve anamnez bulgularının birlikte değerlendirilmesi özellikle erken evre asemptomatik lezyonların teşhisinde oldukça önemlidir. Erken teşhis edilen oral kanserlerin çoğu hastada iyi bir tedavi planlaması sonucu memnun edici sonuçlar verdiği bildirilmektedir (7). Bu nedenle dişhekimlerine oral mukoza lezyonlarının değerlendirilmesinde önemli görevler düşmektedir. Böylelikle birçok hastalık erken evrede teşhis edilerek tedavi şansı ve yaşam kalitesi yükselecektir.

Baş-boyun bölgesi ve özellikle oral mukoza kanserleri toplum tarafından bilinmemekte ve bu nedenle çoğu zaman ağız lezyonları önemsenmemektedir. Halbuki baş-boyun bölgesi kanserleri, insan kanserlerinin %3 gibi önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Erken teşhis edilen vakalarda iyi sonuçlar alınmasına rağmen, özellikle ileri evre ağız kanserleri ve uzak metastazlarda mortalite ve morbidite oranı küçümsenmeyecek düzeydedir. Toplumun bu konuda eğitilmesi ve bilgilendirilmesi, erken teşhis açısından son derece önemlidir. Bu amaçla yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından konferanslar, paneller, halk eğitim programları düzenlenerek konunun gündeme getirilmesinin yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Günhan Ö: Oral ve Maksillofasiyal Patoloji. Atlas Kitapçılık, Ankara, 2001.
2. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral & Maxillofacial Pathology. WB Saunders Company, USA, 1995.
3. Choi SY, Kahyo H: Effect of cigarette smoking and alcohol consumption in the aetiology of cancer of the oral cavity, pharynx and larynx. Int J Epidemiol 20: 878, 1991
4. Bryne M: Is the invasive front of an oral carcinoma the most important area for prognostication. Oral Dis 4: 70, 1998
5. Medina JE, Weisman RA: Management of the neck in head and neck cancer, part I. Otolaryngol Clin North Am 31: 586, 1998
6. Hoffman GR, Hayter JP: Widespread subcutaneous distant metastases from a head and neck squamous cell carcinoma. J Oral Maxillofac Surg 60: 954, 2002
7. Sciubba JJ: Oral cancer. The importance of early diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2: 239, 2001
8. Vikram B, Strong EW, Shah JP, et al: Failure at distant sites following multi-modality treatment for advanced head and neck cancer. Head Neck Surg 6: 730, 1984
9. Gath HJ, Heissler E, Hell B, et al: Immunocytologic detection of isolated tumour cells in bone marrow of patients with squamous cell carcinoma of the head and neck region. Int J Oral Maxillofac Surg 24: 351, 1995
10. Wollenberg B, Ollesch H, Maag K: Micrometastases in bone marrow patients with cancers in the head and neck area. Larngorhionootologie 73: 88, 1994
11. Woolgar JA: Detailed topography of cervical lymph-node metastases from oral squamous cell carcinoma. Int J Oral Maxillofac Surg 26: 3, 1997
12. Woolgar JA, Berne JC, Vaughan ED, Lewis-Jones HG, Scott J, Brown JS: Correlation of histopathologic findings with clinical and radiologic assessments of cervical lymph-node metastasis in oral cancer. Int J Oral Maxillofac Surg 24: 30, 1995

13. Alavi S, Namazie A, Wang MB, et al: Distant lymphatic metastases from head and neck cancer. Ann Otol Rhinol Laryngol 108: 860, 1999
14. Woolgar JA: Lymph-node metastasis in oral cancer. PhD thesis. University of Liverpool, 1994.
15. Bouquot JE, Weiland LH, Kurland LT: Metastases to and from the upper aerodigestive tract in the population of Rochester, Minnesota, 1935-1984. Head Neck 11: 212, 1989
16. Beahrs OH, JB Lippincott, et al: Manual for staging of cancer, 4th ed. Philedelphia, , 1992.

17. Kleinman DV, et al: Cancer of the Oral Cavity and Pharynx: A statistics review monograph, 1973-1987. NIH Monograph. Bethesda, Md, National Institute of Dental Research, 1992.

Geliş Tarihi: 07.03.2003

Yazışma Adresi: Dt.İlkay ÇELİK
Gazi Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi
Oral Diağnoz ve Radyoloji BD
8. Cad. 06510 Emek/ANKARA
dtilkay@hotmail.com