

Bazal Hücreli Deri Karsinomalarının Klinik ve Histopatolojik Değerlendirilmesi (301 Hastanın Geriye Dönük İncelemesi)

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL EVALUATION OF BASAL CELL SKIN CARCINOMAS (A RETROSPECTIVE STUDY OF 301 CASES)

Kenan AYDOĞAN*, Emel BÜLBÜL BAŞKAN*, Gülaydan FİLİZ**, Necdet TOKGÖZ***, Hayriye SARICAOĞLU****, Şükran TUNALI ***

* Uz.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
** Yrd.Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,
*** Prof.Dr. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
**** Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, BURSA

Özet

Amaç: Bazal hücreli karsinomalar (BHK) primer deri tümörlerinin en yaygın olanıdır. Bu çalışmada 1980-2000 yılları arasında BHK tanısı almış 301 olgu retrospektif olarak gözden geçirildi.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Uludağ Üniversitesi Tıp fakültesi Dermatoloji Anabilim dalı,

Materyel ve Metod: Lokalizasyon, yaş, cinsiyet dağılımı, histopatolojik tip, tümör çevresindeki dokuda tümör invazyonu ve lenfosit infiltrasyonu, ülserasyon varlığı ile mikroskobik pigmentasyon olup olmadığı incelendi.

Bulgular: Erkek kadın oranı 1.3 olarak tespit edildi. Yaş ortalaması erkeklerde 58.8, kadınlarda 59.3 idi. Güneşe fazla maruz kalan bölgelerde diğer bölgelere göre 4 kat daha sık saptandı. Tümörün % 93.7'si baş boyun bölgesinde ve en sıklıkla da buruna lokalizeydi. Histopatolojik olarak tümör sırasıyla noduloülseratif (% 31.8), nodüler (%31.5), adenoid (%6.3), bazoskuamöz (%5.3), nodüler pigmente (%5.3), infiltratif (%4.9) idi. Tümörün çevresinde olguların % 11.6'sında lenfosit infiltrasyonu vardı. Tümörlerin % 45.5'inde klinik olarak ülserasyon bulunurken % 36.8'inde mikroskobik ülserasyon saptandı. Tümörlerin % 6.9'unda mikroskobik pigmentasyon bulundu.

Sonuç: Bazal hücreli kanserlerin patolojik tarafından ayrıntılı incelenmesi klinisyen için genel yaklaşıma ve tedaviye yön verebilir. Bu nedenle klinikopatolojik ilişkiler önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinoma, Histopatolojik alt tipler

T Klin Dermatoloji 2002, 12:71-78

Summary

Purpose: Basal cell carcinomas (BCC) are by far the common primary cutaneous malignant neoplasm. In this study, 301 cases, diagnosed as BCC in our department between 1980-2000 were retrospectively reviewed.

Place of the Study: Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Dermatology

Materials and Methods: We analyzed age and sex distribution, localization of the lesions, histopathological type of BCC, tumor invasion into surrounding skin, lymphocytic infiltration, presence of clinical ulceration and the presence or absence of microscopic pigmentation and microscopic ulceration. The male and female ratio was 1.3 and the average age of patients was 58.8 in the males and 59.3 in the females. Lesions in the sun exposed areas were four times more frequent than lesions in sun covered areas. Ninety percent of the tumors occurred on the head and neck, most commonly on the nose. The histopathological pattern of the tumor were, in order of frequency, noduloulcerative(31%), nodular (31.5%), adenoid(6.3%), basosquamous (5.3%), nodular pigmented (5.3%), infiltrative (4.9%). Noduloulcerative BCC's have a higher incidence of positive tumor margins after excision. In 11.6% of the cases, lymphocytic infiltration was observed in areas adjacent to tumor. Clinical and histological ulceration were found in the tumoral lesions (45.5% and 36.8%, respectively). Microscopic pigmentation was observed in 6.9% of the tumors.

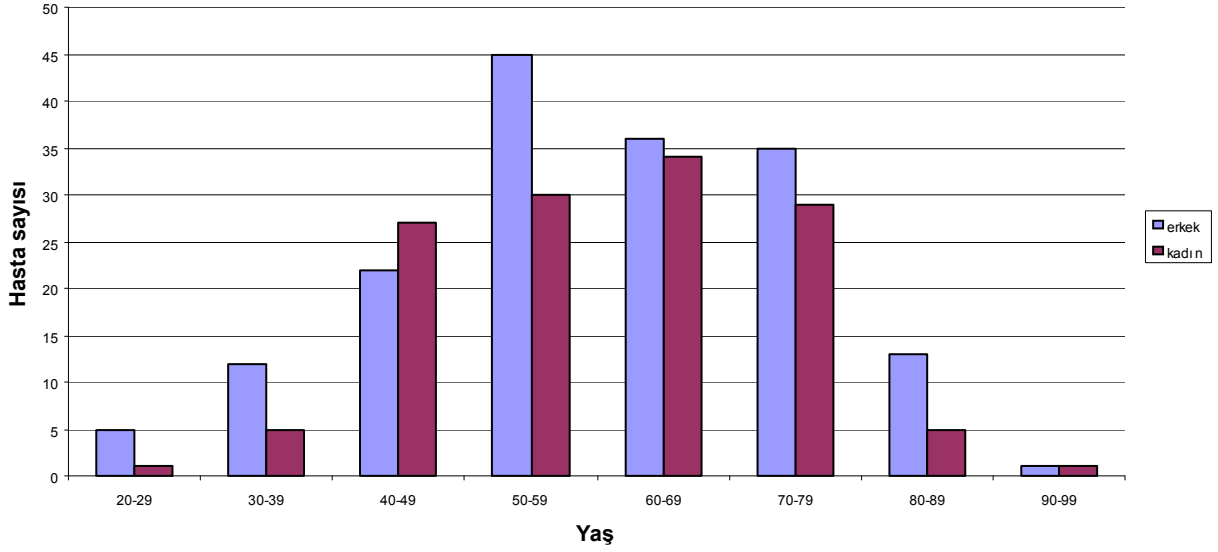
Conclusion: Overall descriptions of histologic pattern of the BCC may be done by pathologist. These identified features can guide management and treatment for the clinicians. For this reason clinicopathologic collaboration is important.

Key Words: Basal cell carcinoma, Histopathologic subtypes

T Klin J Dermatol 2002, 12:71-78

Bazal hücreli karsinoma (BHK) epidermis ve eklerinin bazal hücrelerinden köken alan, yavaş büyüyen, lokal olarak invaziv ve nadiren metastaz

yapabilen derinin malign epitelyal bir tümördür. Bütün deri kanserlerinin %50-75'ini oluşturmaktadır. Tümör hücrelerinin orijini hakkında farklı görüş-



Şekil 1. Olguların yaş ve cinsiyet dağılımı.

ler ve tümörün histolojik görünümünde farklılıklar vardır. Bugün BHK histogenezinde en çok kabul gören Pinkus'un ileri sürdüğü fikirdir. Buna göre yaşam boyunca oluşan ve aynı primer epitelyal germ hücreleri gibi kıl follikülleri, ter bezleri, yağ bezleri ve apokrin bezleri oluşturan pluripotansiyel hücrelerin eksik farklılaşması sonucu bazal hücreli karsinoma gelişmektedir. Bu görüş BHK'ların farklı histolojik tiplerini de açıklamaktadır(1-3). Etyolojik faktörler arasında ultraviyole (UV), iyonize radyasyon, kimyasal karsinojen, fokal travmalar ve skarlar, immun disfonksiyon, human papilloma virus enfeksiyonları sayılmaktadır (3-4).

Bu çalışmada kendi arşivimizde bulunan 21 yıllık dönemi kapsayan 301 BHK olgusunu inceleyerek yaş, cinsiyet, tümörün lokalizasyonu, histopatolojik tipler ve agresif özellikleri retrospektif olarak gözden geçirilmektedir .

Materyal ve Metod

Bu çalışmada Ocak 1980- Aralık 2000 tarihleri arasında eksizyonel biyopsi ile BHK tanısı konmuş 301 olgu yeniden incelendi. İncelemeler klinik ve histopatolojik özelliklere göre yapıldı.

A) *Klinik özellikler:* Yaş, erkek/ kadın oranı, hasta yaşlarına göre tümör görülme sıklığı, tümör

lokalizasyonları, boyutu, süresi, multipl lezyon varlığı , tümör rekürrensleri, klinik pigmentasyon ve ülserasyon incelendi

B) *Histopatolojik özellikler:* Hematoksilin eosin ile boyalı kesitler ışık mikroskobu altında 11 majör histopatolojik patern (noduler / noduloülser, adenoid, keratotik, infiltratif, pigmente, morfeaform, kistik, yüzeysel, bazoskuamöz, sebace differansiyasyon gösteren, miks tip) belirlendi. Bir olgu nevoid BHK sendromu idi. Tümöral hücre grupları kenarlarında palizatlaşma, nükleus ve hücre şekilleri incelendi. Lokal bağışıklığı ve doku reaksiyonunu göstermesi nedeni ile tümör çevresi dokuda hücresel infiltrat, eksizyonun yeterli olup olmamasını ve tümörün agresif özelliğini göstermesi açısından cerrahi tedavi sonrası eksizyon marjında tümöral hücre varlığı araştırıldı. Ayrıca mikroskopik ülserasyon ve pigmentasyon gibi tümör stromasındaki değişiklikler incelendi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 301 BHK olgusunun 132'si (%43.8) kadın ve 169'u (%56.2) erkek, erkek/kadın oranı 1.3 idi. Yaş ortalaması erkeklerde 58.8, kadınlarda 59.3 olup yaş ve cins dağılımı Şekil 1'de verilmektedir.

Tablo 1. Olguların histolojik tiplerinin lokalizasyona göre dağılımı

Histopatolojik tip	L o k a l i z a s y o n													TOPLAM
	Saçlı deri	Alın	Burun	Çene	Dudak	Göz çevresi	Kulak	Yanak	Boyun	El	Kol	Gövde	E/ K	
Histopatolojik tip	E/ K*	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	E/ K	Toplam
Nodüler	4/2	8/4	13/22	1/0	3/1	7/3	5/3	8/4	1/0	-	-	4/2	54/41	95
Noduloülser	3/2	9/8	11/17	1/1	0/1	8/6	7/4	10/6	-	-	-	2/0	51/45	96
Yüzeyel	-	-	1/2	-	-	0/1	-	0/1	-	-	-	2/0	3/4	7
Morfeaform	-	0/1	0/4	-	1/0	-	-	1/0	-	-	-	-	2/5	7
Keratotik	-	1/1	4/3	0/1	-	-	0/1	-	-	1/0	-	1/0	7/6	13
Adenoid	0/1	0/2	2/4	0/1	1/2	0/1	-	1/3	-	-	-	1/0	5/14	19
Pigmente	1/0	1/0	1/4	1/0	1/0	-	-	3/1	-	-	1/0	2/0	11/5	16
Kistik	-	2/0	0/3	-	1/0	-	1/1	1/0	-	-	-	-	5/4	9
Bazoskuamöz	1/0	2/0	3/2	-	-	2/0	1/0	2/1	-	-	-	1/1	12/4	16
İnfiltratif	-	1/0	5/4	-	-	1/0	1/0	1/0	1/0	-	-	1/0	11/4	15
Sebase farklılaşma	-	-	1/0	1/0	-	-	1/0	1/0	-	-	-	-	4/0	4
Miks (adenokistik)	-	-	2/0	-	-	-	1/0	-	-	-	-	-	3/0	3
Nevoid BCC**	-	-	-	-	-	-	-	1/0	-	-	1/0	1/0	1/0	1
TOPLAM	9/5	24/16	43/65	4/3	7/4	18/11	17/9	29/16	2/0	1/0	2/0	15/3	169/132	301

*E / K: Erkek Kadın oranı

**: Aynı olguda multipl lezyon

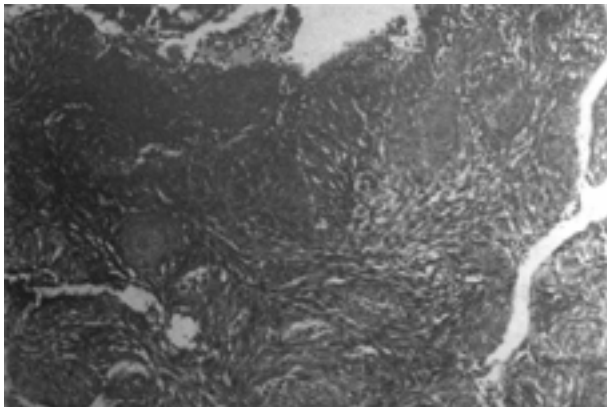
Tümörlerin en fazla baş- boyun bölgesinde(%93.3) en çok da burun da lokalize olduğu (%35.9) dikkat çekti. Tablo 1’de olguların cinsiyet, tümör histopatolojik tiplerinin lokalizasyonlarına göre ayrıntılı dağılımları verilmektedir. Adenoid tip BHK’in kadınlarda daha fazla görüldüğü dikkat çekicidir.

Tümörün en küçüğü 0.5 cm x 0.5 cm, en büyüğü 8 cm x 10 cm olmak üzere olguların 278’inde (%92.4) tumoral lezyon 0.5-2.5 cm ebatlarında idi. Tümör süresi ortalama 3.7 yıl (6 ay- 15 yıl) idi.

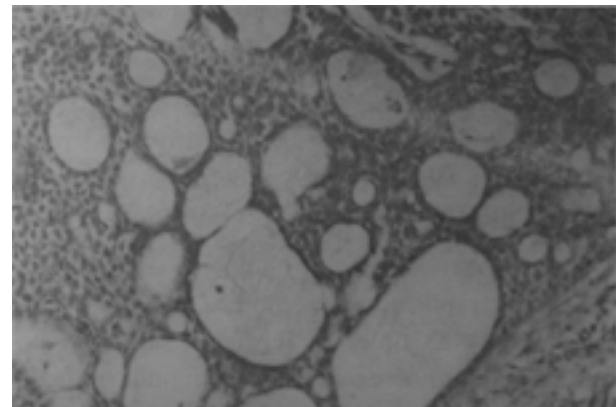
Histopatolojik olarak değerlendirildiğinde 96 olgu(%31.8) noduloülser, 95 olgu (%31.5) nodüler,

19 olgu (%6.3) adenoid, 16 olgu (%5.3) pigmente, 16 olgu (%5.3) bazoskuamöz, 15 olgu (%4.9) infiltratif, 13 olgu (%4.3) keratotik, 7 olgu (%2.3) morfeaform, 7 olgu (%2.3) yüzeyel, 9 olgu (%2.9) kistik, 4 olgu (%1.3) sebase differansiyasyon gösteren BHK, üç olgu(%0.9) adenokistik BHK, bir olgu (%0.3) bazal hücreli nevus sendromunda BHK (Nevoid BHK sendromu) olgusu idi. Şekil 2-5’de BHK’lerin histopatolojik görünimleri sunulmaktadır.

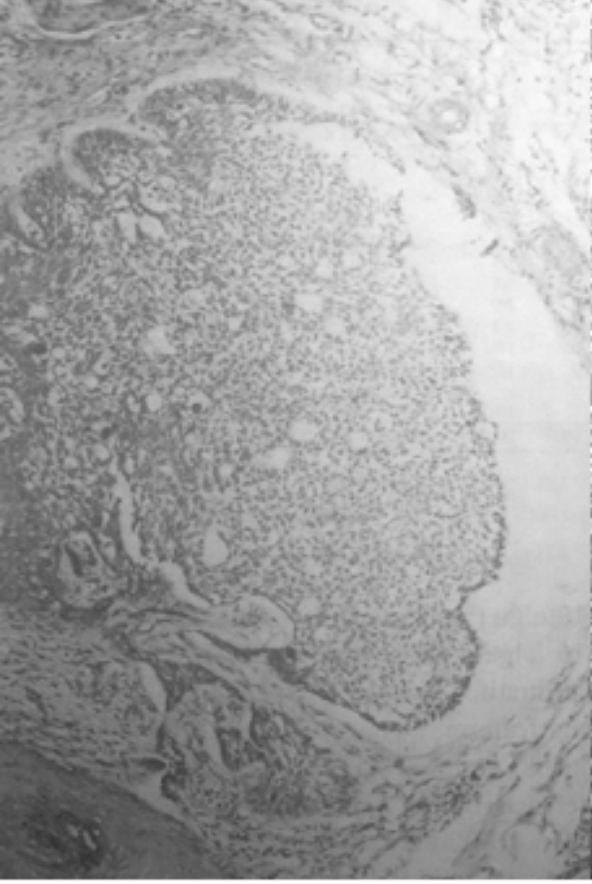
Tümör hücreleri genellikle (%80.4) bazaloid (oval, yuvarlak, poligonal) şekilde olup 58 olgu



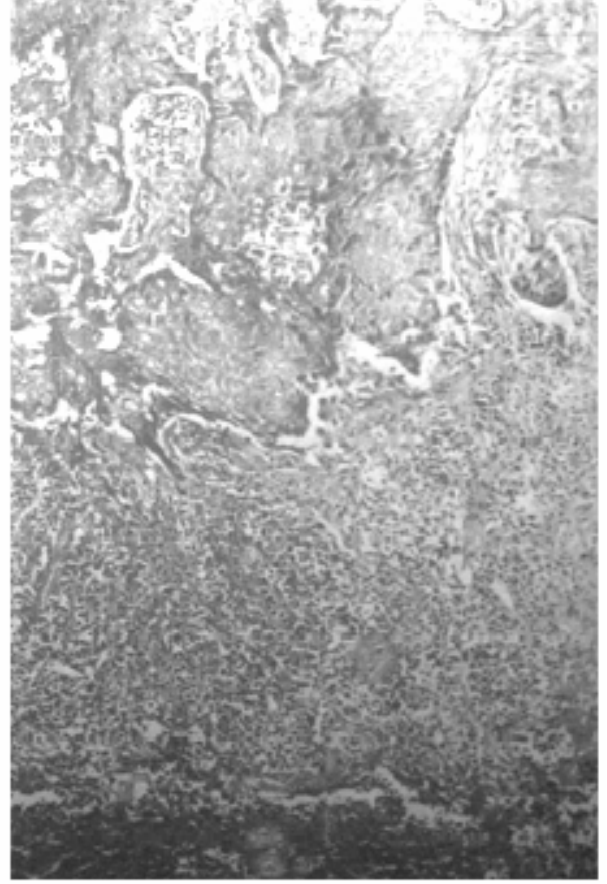
Şekil 2. Noduloülseratif BHK, HE X100. Yüzeyi ülser olmuş, oval ya da poligonal şekilli, hiperkromatik nükleuslu, dar eozinofilik sitoplazmalı malign bazaloid hücrelerin yuvarlak, küçük topluluklar ve diziler yaparak oluşturdukları tumoral dokunun stromasında az sayıda mononükleer iltihabi hücreler görülmektedir.



Şekil 3. Adenoid BHK, HE X100. Yüzeyi ülser olmuş, oval ya da poligonal şekilli, hiperkromatik nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı bazaloid hücrelerin yer yer kribriform (adenoid) yapılanmaları, yer yer ise küçük adalardan oluşan tumoral doku görülmektedir.



Şekil 4. Pigmente BHK, HE X100 . Oval-fuziform, iri, hiperkromatinize nukleuslu atipik bazal tabaka hücrelerinin düzensiz gruplar yaparak oluşturdukları tümoral dokunun stromasında ve hücrelerinin sitoplazmasında melanin pigmenti görülmektedir.



Şekil 5. Bazoskuamöz hücreli kanser, HE X100. Yüzeysel ülsere, yüzeysel başlayıp dermise infiltrasyon yapmış küçük gruplar, kordonlar yaparak gelişim gösteren tümoral doku görülmektedir. Tümör hücreleri poligonal ya da oval şekilli, bir kısmı hiperkromatik, bir kısmı veziküler nukleuslu, çoğunluğu bazoloid, bir kısmı ise skuamoid karakterdeki malign epitel hücrelerinden oluşmuştur. Dermiste yoğun lenfoplazmositer iltihabi hücre infiltrasyonu görülmektedir.

(%19.6) fuziform şeklinde idi. Fuziform hücreler genellikle nodüler tipte mevcuttu. Periferik palizatlanma 208 olguda (%69.2) bulundu.

Eksizyonel biyopside toplam 24 olguda (%7.9) cerrahi sınırdaki tümör mevcut olup histopatolojik alt tipler ile lezyonun sağlam doku sınırında tümör hücresi karşılaştırıldığında en fazla morfeaform tipte (%28.5) olup bunu yüzeysel (%14.3) ve infiltratif tip (%13.3) izlemiştir. Nodüler tipte bu oran %8.4 ,noduloülser tipte ise %9.3'dür. Tümör çevresindeki dokuda lenfosit ağırlıklı olmak üzere mononükleer hücre infiltrasyonu toplam %11.6 oranında olup

histopatolojik alt tipler ile karşılaştırıldığında en fazla yüzeysel tipte (%28.6), daha sonra bunu sırasıyla %25 ile bazoskuamöz hücreli kanser (BSHK) ve sebace differansiyasyon gösteren BHK ile %14.1 ile nodüler-noduloülseratif BHK izlemekte idi.

Tüm olguların 137'sinde (%45.5) klinik ülserasyon varken; 96'sı noduloülseratif olmak üzere 15'i diğer tip BHK (altı BSHK, üç sebace differansiyasyon gösteren BHK, iki kistik , birer olgu ile yüzeysel, keratotik, ve adenoid tip BHK) toplam 111 olguda (%36.8) tümör dokusunda mikroskobik ülserasyon bulundu. Pigmente BHK tanısı

Tablo 2. Olgularımızda histopatolojik tiplere göre tümör çevresinde lenfosit infiltrasyonu, tedavi sonrası sağlam dokuda tümöral hücre varlığı ve sekonder stromal değişiklikler

Histopatolojik tipler	Tümör çevresinde lenfosit infiltrasyonu	Tedavi sonrası sağlam dokuda tümör hücresi	Stromal değişiklikler (Mikroskobik)	
			Pigmentasyon	Ülserasyon
Nodul (95)	14(%14.7)	8(%8.4)	16(%5.3)*	---
Noduloülser(96)	13(%13.5)	9(%9.3)	2(%2.1)**	96(%31.8)****
Nodül-noduloülser(191)	27(%14.1)	17(%8.9)	18(%9.4)***	---
Basoskuamöz(16)	4(%25)	1(%6.3)	-	6(%37.5)
Yüzeyel(7)	2(%28.6)	1(%14.3)	3(%42.8)	1(%14.3)
İnfiltratif(15)	1(%6.6)	2(%13.3)	-	1(%6.6)
Sebase farklılaşma(4)	1(%25)	-	-	3(%75)
Morfeaform(7)	-	2(%28.6)	-	-
Adenoid(19)	-	1(%5.3)	-	1(%5.3)
Kistik(9)	-	-	-	2(%22.2)
Keratotik(13)	-	-	-	1(%7.7)
TOPLAM(301)	35(%11.6)	24(%7.9)	21(%6.9)	115(%36.8)

*: Nodüler pigment bazal hücreli kanserlerin tüm olgular arasındaki oranı**: Noduloülser BKH'lerdeki pigmentasyon oranı

: Nodular-noduloülser tip BHK'li olgularda pigmentasyon oranı,*: Noduloülser tip BHK olgularının tüm olgular arasındaki oranı

konan 16 olgu dışında 2'si noduloülser, 3'ü yüzeyel toplam 21 olguda (%6.9) mikroskobik pigmentasyon saptandı.

Olguların 7'sinde (%2.3) rekürren lezyon olduğu saptandı. Rekürrens gösteren BHK'lerin histopatolojik tipleri incelendiğinde ikisi BSHK, ikisi noduloülser, birer olgu ile infiltratif, morfeaform ve yüzeyel BHK idi. Biri nevoid bazal hücreli kanser olmak üzere toplam dört olguda multipl lezyon vardı

Tablo 2'de olgularımızda tedavi sonrası sağlam dokuda tümöral hücre varlığı, tümör çevresinde lenfosit infiltrasyonu ve stromal değişikliklerin histopatolojik tiplere göre dağılımı görülmektedir.

Tartışma

Bazal hücreli karsinomaların epidemiyolojik, klinik ve histopatolojik özelliklerine ilişkin pek çok incelemeler ve istatistiksel analizler yapılmıştır (5-35).

BHK çocuk ve gençlerde oldukça nadirdir (5-14). Hastaların %90-95'i 40-79 yaşları arasında olup yaş ortalaması 62'dir. Ancak yaş ortalamaları, ırksal özellikler ve iklim şartlarına göre değişiklik göstermektedir (15-22). Tropikal bölgelerdeki hastalar ve aile öyküsü bulunanlarda daha erken yaşlarda görüldüğü bildirilmiştir (15-18). Lokalizasyonla yaş ilişkisinde, güneşe maruz kalan baş boyun bölgelerinde daha erken yaşta görül-

mektedir (11,14,18,23-25). Histopatolojik tiplere göre de yaş ortalaması değişmekte olup superfisial tip BHK daha genç yaşta, noduler BHK daha ileri yaşlarda görülmektedir (18,23). Olgularımızda yaş ortalaması erkeklerde 58.8, kadınlarda 59.3 idi ve literatür verileri ile (11,14,24) uyumlu olarak erkeklerde daha genç yaşlarda görülmüştür.

BHK için literatürde erkeklerde kadınlara göre biraz daha fazla görüldüğü (erkek/kadın oranı 1.1-2.6) bildirilmektedir (11-18,20,21,30). Süperfisial tip ve infiltratif tip BHK kadınlarda daha sık görülmektedir (23). Nakjang ve ark. (33) kadınlarda solid ve adenoid tipin daha belirgin olduğunu bildirilmişlerdir. Bizim olgularımızda da BHK erkeklerde daha fazla görüldüğü ve kadınlarda adenoid tipin daha fazla olduğu ve bunların da baş boyun bölgesinde lokalize olduğu saptanmıştır. Histopatolojik tiplere göre lokalizasyon incelendiğinde yüzeyel tip BHK erkeklerde gövdede, kadınlarda ise bacaklarda daha sıktır (7,18,23). Morfea benzeri her yerde aynı oranda iken diğer tipler baş boyun bölgesinde daha sıktır (11,18,23,25,31,35). BHK erkeklerde %55.6-77.5 oranında, kadınlarda ise %61.2-81.4 oranında baş boyun bölgesinde görülür (7,18,22,23,30,32). Bizim olgularımızda toplam baş boyun lokalizasyonu oranımız (%93.3) ile oldukça yüksek orandadır.

BHK'nın morfolojik, anatomik, klinikomakroskobik ve histopatolojik tiplerine göre çeşitli

klasifikasyonlar yapılmış ve bir çok sınıflama önerilmişse de hiç biri geniş kabul görmemiştir (36,37). WHO'nun klasifikasyonunda BHK'nın on varyantı bildirilmektedir. Biz de bu klasifikasyona uygun olarak olgularımızı inceledik. Buna göre; multifokal süperfial tip BHK (süperfisial multisentrik), nodüler BHK (solid, adenoid, kistik), infiltratif (sklerotik, nonsklerotik - *desmoplastik, morfea benzeri*), fibroepitelyal BHK, adneksoid diferansiyasyonlu BHK (ekrin, folliküler), bazoskuamöz hücreli karsinoma, keratotik BHK, pigmente BHK, bazal hücreli nevus sendromunda BHK, mikronodüler BHK şeklinde sıralanmaktadır (38).

Histopatolojik olarak BHK'lerin ortak özelliği büyük, oval ya da iğ şekilli, az sitoplazmalı ve uniform özellikte tümöral hücrelerin arasında köprü göstermeyen lobuler adalar ve şeritler görülmektedir. Hücreler tümör adasının periferinde palizadik dizilim gösterirken, tümör adası içinde rastgele bir dizilim gösterir. Tümör parankimasını bir konnektif doku stroması çevreler. Bu komşu stromada fibroblastlar vardır ve musinöz görünüm oluşturur. Ayrıca tümör etrafında inflamatuvar infiltrat bulunur. Tümör stromasındaki değişiklikler önemli olup histopatolojik tiplerde önem arzeder (sklerotik stroma, ülserasyon, amiloid formasyonu, kalsifikasyon, osseoz metaplazi gibi). Bu temel özelliklere göre tümör dokusunda hücrel ve stromal yapıların miktarları ve hücrelerin çok veya az farklılaşma gösterip göstermediklerine göre histopatolojik subtipler tanımlanmaktadır (8, 36,37).

Literatürde histopatolojik olarak en sık %21-63.8 ile nodüler BHK görülmekte bunu %6.7-35.3 ile yüzeysel BHK, %4-8 ile kistik, %1-7 ile adenoid, %6 ile pigmente, %0.5-8.9 ile morfeaform, %1- 4.1 ile bazoskuamöz ve %7 ile miks tip BHK görülmektedir (2,5-9,11,12,14,18, 23,24,26,28-30). Bizim çalışmamızda da nodüler- noduloülseratif tip BHK en sık (%63.3), bunu sırasıyla adenoid, pigmente, bazoskuamöz ve infiltratif tip BHK izlemektedir. Literatürden farklı olarak bizim olgularımızda BSHK biraz daha fazla bulunmuştur.

Tümörün agresif patern gösterip göstermediği tümör rekürrensi ve derinliği (5,6,34), histopatolo-

jik olarak büyüme şekli, hücre şekli, palizatların varlığı, stromanın varlığı, stromanın yapısı, skuamöz metaplazi ve cerrahi sonrası eksizyon sonrası sağlam doku sınırında tümöral hücre varlığı ile belirlenmektedir (5,6,8,11,14,22, 24,25). Baş boyun bölgesinde, 2 cm'den büyük ve morfeaform, infiltratif, ve metatipik BHK'lerde rekürrens oranı %2-28.8 iken nodüler BHK'de bu oran %6'dır (6,14,25,34). Rekürrens gösteren 7 olgumuzun (2'si BSHK, 2'si noduloülser, birer olgu ile infiltratif, morfeaform ve yüzeysel BHK) tamamında BHK baş boyun bölgesinde lokalizedi. Literatürde BHK'lerde histopatolojik tip ayırt edilmeksizin %17.1 (8), %50 (29), %51 (7), %58.1 (30) oranlarında cerrahi sınırdaki tümöral hücre varlığı bildirilmiştir. Bizim olgularımızda ise bu oran %7.9 ile literatürden daha az bulunmuştur. Sexton ve ark. (8) histopatolojik tiplere göre cerrahi sınırdaki tümöral hücre varlığını morfeik tipte %33.3, miks ve infiltratif tipte %30, infiltratif tipte %26.5, mikronodüler tipte %18.6, nodüler/ mikronodüler tipte %16.5, nodüler tipte %6.4, yüzeysel tipte %3.6 oranında saptarken, Akgün ve ark. (29) ise bu oranları infiltratif tipte %71.4, nodüler tipte %52.9, miks-infiltratif tipte %50, yüzeysel tipte %50 olarak bildirmişlerdir. Biz çalışmamızda bu oranları morfeik tip %28.5, yüzeysel tipte %14.1, infiltratif tipte %13.3, nodüler tipte %8.9, bazoskuamöz tipte %6.2, adenoid tipte %5.2 olarak tespit ettik. Elde ettiğimiz bu sonuçlar histopatolojik tiplere göre cerrahi sınırdaki tümöral hücre varlığı konusunda ayrıntılı inceleme yapılan bu iki çalışma ile uyum göstermektedir.

Nodüler ve yüzeysel BHK'ler daha az agresif özellik taşıırken, infiltratif ve morfeik tip ile bazoskuamöz tip BHK'ler daha fazla agresif eğilim gösterebilen tiplerdir ve rekürrens görülme ihtimalleri daha fazladır (5-8). Tedavi kararları tümörün lokalizasyonu, boyutu, diğer medikal problemler ve daha önceki tümörün rekürrens öykülerine göre verilmektedir. Ancak günümüzde histopatolojik alt tipler de tedaviye yön vermektedir. Daha agresif histolojik tiplerde rekürrens özelliğinin ve ileride oluşabilecek doku hasarının önlenmesi için çeşitli tedavi seçeneklerinden daha etkili ve agresif olanları tercih edilmelidir. Bu an-

lamda infiltratif, morfeik ve bazoskuamöz tip BHK'lerde minimal relaps riski için konvansiyonel cerrahide geniş eksizeyon marjı (0.3-1 cm) kullanılmalıdır. Bu tip BHK'lerde mikroskopik kontrollü yapılan Mohs cerrahi tedavi şanslarını arttırır (8)

Olgularımızda incelediğimiz bir diğer parametre tümöre karşı kişinin bağışıklık yanıtını gösteren tümör dokusu çevresindeki lenfosit infiltrasyonudur. Konu ile ilgili olarak literatürde %42 (27), %72 (7), %77.8 (29), %85 (30) oranında lenfosit infiltrasyonu bildirilmektedir Olgularımızda bu oran %11.6 ile literatürdeki oranlardan daha azdır .

Tümoral dokuda gelişen sekonder değişiklikler olarak mikroskopik ülserasyon %30.3 (30), %32.6 (8), %41.1 (29), %55.8 (7) oranlarında, pigmentasyon %6.7 (8), %12.3 (30), %69.1 (14), %69.2 (25) oranlarında bildirilmiştir. Bizim olgularımızda ise bu oranlar ülserasyon için %36.8, pigmentasyon için %6.9 olarak literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak en sık karşılaşılan deri tümörü olan BHK'in tedavi ve takibinde histopatolojik incelemeler büyük önem taşımaktadır. Bu incelemelerde tümörün büyüme paternlerinin belirtilmesi hem hastalığın tedavi şeklinin seçiminde hem de tümör takibinde rekürrens ve agresif olma gibi özelliklerin belirlenmesinde klinisyene ışık tutmaktadır. Bu nedenle klinisyen ve patoloğun işbirliği yaparak çalışmalarının büyük önemi bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Pollack SV, Goslen JB, Sheretz EF, Jegasothy BV. The biology of basal cell carcinoma: A review. *J Am Acad Dermatol* 1982;7:569-77.
- Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part I). *J Am Acad Dermatol* 1991;24:1-13.
- Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part II). *J Am Acad Dermatol* 1991;24:161-75.
- Kricker A, Armstrong BK, English DR, Heenan PJ. Pigmentary and cutaneous risk factors for skin cancer: a case control study. *Int J Cancer* 1991;48:650-2.
- Jacobs GH, Rippey JJ, Altini M. Prediction of aggressive behavior in basal cell carcinoma. *Cancer* 1982;49:533-7.
- Dixon AY, Lee SA, Mc Gregor DH. Factors predictive of recurrence of basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1989;11:222-32.
- Abreo F, Sanusi ID. Basal cell carcinoma in North American blacks: clinical and histopathologic study of 26 patients. *J Am Acad Dermatol* 1991;25:1005-11.
- Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma : study of a series of 1039 consecutive neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:1118-26.
- Mora RG, Burris R. Cancer of the skin in blacks. *Cancer* 1981;47:1436-8.
- Itayemi SO, Oluwasanmi JO. Basal cell carcinoma in negro Nigerians. *Trop Geogr Med* 1974;26:425-8.
- Mahmoud SF, Azadeh B. Basal cell carcinoma in Qatar. *Int J Dermatol* 1996;35:704-6.
- Zhang B, Wang N, He W. Clinicopathologic analysis of 60 cases of basal cell carcinoma. *Chin Med Sci J* 1993;8:121-2.
- Ikeda S, Kiyohara Y, Mizutani H. Comparative aspects of melanoma and non-melanoma skin cancer in japan. *J Invest Dermatol* 1989;92:204S-209S.
- Kikucki A, Shimuzi H, Nishikawa T. Clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in Japanese patients. *Arch Dermatol* 1996;132:320-4.
- Reizner GT, Chuang TY, Elpern DJ, Stone JL, Farmer ER. Basal cell carcinoma in Kauai, Hawaii: the highest documented incidence in the United States. *J Am Acad Dermatol* 1993;29:184-9.
- Green AJ. Basal cell carcinoma in Queensland: a new trend. *Aust N Z Surg* 1982;52:63-5.
- Czarnecki D, Collins N, O'Brien T, Leahy S, Nash C. Basal cell carcinoma in temperate and tropical Australia. *Int J Cancer* 1992;50:874-5.
- Mc Cormack CJ, Kelly JW, Dorevitch AP. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma: A possible indicator of differing causes. *Arch Dermatol* 1997;133:593-6.
- Chuang TY, popescu A, Su WPD, Chute CG. Basal cell carcinoma: a population-based incidence study in Rochester Minnesota. *J Am Acad Dermatol* 1990;22:413-7.
- Swerdlow AJ. Seasonality of presentation of cutaneous melanoma, squamous cell cancer and basal cell cancer in the Oxford region. *Br J Cancer* 1985;52:893-900.
- Gallagher RP, Ma B, Mclean DI, Yang CP, Ho V, Carruthers JA et al. Trends in basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin from 1973 through 1987. *J Am Acad Dermatol* 1990;23:413-21.
- Dahl E, Aberg M, Rausing A, Rausing EL. Basal cell carcinoma: An epidemiologic study in a defined population. *Cancer* 1992;70:104-8.
- Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, Westendorp RGJ, Vermeer BJ, Bauwes bavinck JN. Differences in age ,sex, distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinomas indicate different types of tumors. *J Invest Dermatol* 1998;110:880-4.
- Pearson G, King LE, Boyd AS. Basal cell carcinoma of the lower extremities. *Int J Dermatol* 1999;38:852-4.
- Cho S, Kim MH, Whang KK, Hahn JH. Clinical and histopathological characteristics of basal cell carcinoma in Korean patients. *J Dermatol* 1999;26:496-501.

26. Emmett AJJ: Surgical analysis and behaviour of 2277 basal cell carcinomas. Aust N Z J Surg 1990;60:855-63.
27. Dellon AL. Histologic study of recurrent basal cell carcinoma. Plast Reconstr Surg 1985;75:853-9.
28. Roenigk RK, Ratz JL, Bailin PL, Wheeland RG. Trends in the presentation and treatment of basal cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol 1986;12:860-5.
29. Akgün N, Görgülü A, Şeker V. 90 Bazal Hücre Epitelyomalı Olguda Histopatolojik Değerlendirme. Türkderm 1996;30:82-5.
30. Gürsan N, Kabalar ME, Yıldırım Ü. Bazal hücreli karsinomaların klinik ve histopatolojik değerlendirmesi. Turk J Dermatopathol 2000;9:23-8.
31. Lear JT, Smith AG. Basal cell carcinoma. Postgrad Med J 1997;73:538-42.
32. Bahbari H, Mehregan AH. Basal cell epithelioma (carcinoma) in children and teenagers. Cancer 1982;49:350-3.
33. Nakjang Y, Kullavanijaya P. Basal cell carcinoma: seven years experience at the institute of Dermatology in Bangkok. J Dermatol 1994;21:660-3.
34. Sloane JR. The value of typing basal cell carcinomas in predicting recurrences after surgical excision. Br J Dermatol 1977;96:127-32.
35. Nguyen AV, Whitaker DC, Frodel J. Differentiation of basal cell carcinoma. Otolaryngol Clin of North Am 1993;26:37-56.
36. Kirkham N. Tumors and Cysts of the epidermis. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Jr, eds. Lever's Histopathology of The Skin. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publ, 1997;719-31.
37. Rippey JJ. Why classify basal cell carcinomas. Histopathology 1998;32:393-8.
38. Heenan PJ, Elder DE, Sobin LH. Basal cell carcinoma. In: Histological typing of skin tumours. WHO International Histological Classification of Tumours. 2nd ed. New York: Springer Verlag 1996;48-51.

Geliş Tarihi: 25.09.2001

Yazışma Adresi: Dr. Kenan AYDOĞAN
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji AD,
16059 Görükle, BURSA
mutlukenan@superonline.com