

İhmal Edilmiş Dev Yüzeysel Bazal Hücreli Karsinoma Olgusu

A Case of Neglected Giant Superficial Basal Cell Carcinoma

Dr. Ali Murat CEYHAN,^a
Dr. Yıldız KILINÇ,^b
Dr. Mehmet YILDIRIM,^a
Dr. Nilgün KAPUCUOĞLU,^c
Dr. Vahide BAYSAL AKKAYA^a

^aDermatoloji AD,
^cPatoloji AD,
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Isparta
^bDermatoloji Kliniği,
Diyarbakır Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Diyarbakır

Geliş Tarihi/Received: 17.04.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 22.06.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ali Murat CEYHAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Dermatoloji AD, Isparta,
TÜRKİYE/TURKEY
amurateceyhan@yahoo.com

ÖZET Bazal hücreli karsinom (BHK), tüm dünyada en sık karşılaşılan deri tümörüdür ve çeşitli klinik ve histolojik formlarda görülebilmektedir. Yüzeysel BHK, BHK'nin histolojik alt tiplerinden birisidir ve diğer tiplerinden farklı olarak genellikle gövdede yerleşim göstermektedir. Uzun süren radyal büyüme evresi ile invazyon ve ülserasyon eğilimi düşük olmakla birlikte geleneksel tedavilere yanıt oranı yüksektir. Ancak tedavi edilmediği veya ihmal edildiği takdirde tümör 10 cm'yi aşan büyük boyutlara ulaşabilir ve beklenmedik agresif biyolojik davranışla birlikte metastaz ve derin invazyon eğilimi gösterebilir. Bu makalede 15 yıllık süre içerisinde ihmal sonucu yavaş bir şekilde genişleyerek 16 x 12 cm boyutlarına ulaşan dev yüzeysel BHK'li 74 yaşındaki erkek hastayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri; bazal hücreli karsinom

ABSTRACT Basal cell carcinoma (BCC) is the most common form of skin cancer in the whole world and it can be seen various clinical and histological forms. Superficial BCC (SBCC) is the one of the histologic subtypes of BCC and in contrast to the other types of BCC, it mainly locates on the trunk. It shows a long-term radial growth, minimal tendency to invasion or ulceration, and a high response rate to conventional therapies. However, if it untreated or neglect, SBCC can become giant sized, with a diameter of 10 cm or more, and assume unusual aggressive biological behaviour, with a tendency towards deep invasion and metastasis. In this article, we present a case of 74-year-old male patient with giant superficial BCC, which slowly evolved to 16 x 12 cm diameter in a period of 15 years as a result of neglect.

Key Words: Skin neoplasms; carcinoma, basal cell

Türkiye Klinikleri J Dermatol 2009;19(3):156-9

Bazal hücreli karsinom (BHK), melanom dışı deri kanserlerinin %75'inden daha fazlasını oluşturan ve beyaz ırkta en sık görülen malign deri tümörüdür.¹ Metastaz riski oldukça düşük olarak kabul edilen BHK'de lezyonlar genellikle takip eden birkaç yıl içerisinde en fazla 1-2 cm çapına ulaşabilmektedir.² Tümör çapı 5 cm'den daha büyük boyutlara ulaşan BHK'ler dev BHK olarak tanımlanmaktadır. Tümör boyutlarındaki artışa paralel olarak metastaz ve lokal invazyon riskinde de belirgin bir artış söz konusudur. Tanı veya tedavide gecikme, lezyonun inkâr veya ihmal edilmesi ve agresif seyirli histolojik alt tipler tümörün dev boyutlara ulaşmasına neden olan en önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır.^{3,4}

Bu makalede, ilk olarak 15 yıl önce sırt bölgesinden başlayan ve bu süre içerisinde oldukça yavaş bir şekilde büyüyerek 16 x 12 cm boyutlarına ulaşan, lokal invazyon ve metastaz odağı saptanmayan, ihmal edilmiş dev yüzeysel BHK'li bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yetmiş dört yaşında erkek hasta sırtında uzun süredir iyileşmeyen yara yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hasta bu şikâyetinin ilk olarak 15 yıl önce küçük bir kırmızılık şeklinde başladığını ve bu süre içerisinde yavaş yavaş çevreye doğru büyüme gösterdiğini ifade etti. Hafif şiddette kaşıntı dışında herhangi bir subjektif yakınma tarif etmeyen hastanın bu şikâyetinden dolayı daha önce hiç doktora başvurmadığı öğrenildi. Geçirilmiş apendektomi operasyonu dışında öz geçmişi olağan olan hastanın soygeçmiş sorgulamasında erkek kardeşinin akciğer kanserinden öldüğü öğrenildi. Dermatolojik muayenede sol skapular bölgede 16 x 12 cm boyutlarında, deriden hafif kabarık, yer yer hemorajik kurutlu ve ortasında sağlam deri alanlarının bulunduğu, keskin sınırlı, ince bir kenarla çevrili eritematöz plak saptandı (Resim 1). Sistem sorgulaması ve sistemik muayene bulguları olağan olarak değerlendirildi. Lezyon periferinden yapılan KOH incelemesinde mantara ait hücresel elemanlara rastlanmadı. Lezyon kenarından ve merkezinden yüzeysel BHK ve Bowen hastalığı ön tanıları ile alınan iki adet biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde epidermis üst kısmından dermise doğru uzanan periferik palizatlanma gösteren bazaloid hücrelerden oluşan tümör adacıkları gözlemlendi (Resim 2). Klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde hastaya dev yüzeysel BHK tanısı konuldu. Yapılan rutin laboratuvar incelemelerinde (hemogram, rutin biyokimya ve sedimentasyon) patolojik bulgu saptanmayan hastanın, servikal ve aksiller ultrasonografik incelemelerinde lenf nodu tutulumu tespit edilmedi. Akciğer grafisi, tüm abdomen ultrasonografik incelemesi ve toraks tomografisinde metastaza yönelik herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Tedavi olarak haftada üç gün topikal imikvimod krem başlandı. Ancak tedavinin üçüncü seansında belirgin olarak

ortaya çıkan kaşıntı, kızarıklık ve yanma hissi gibi irritasyon bulgularından dolayı hasta bu tedaviyi tolere edemedi ve bunun üzerine radyoterapi planlanarak radyasyon onkolojisi birimine yönlendirildi. Poliklinik takiplerine ve kontrollerine gelmeyen hastanın radyoterapi tedavisini de kabul etmediği öğrenildi.

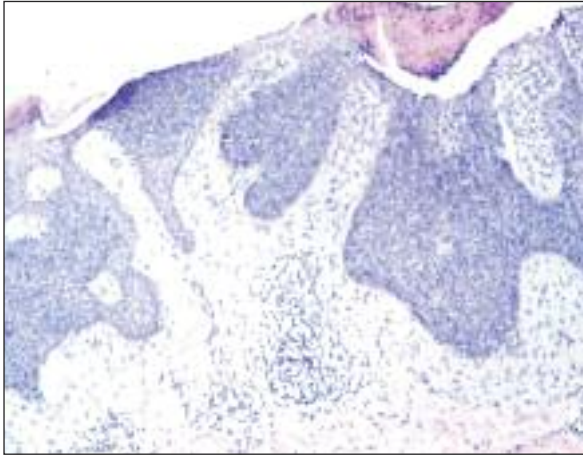
TARTIŞMA

BHK'lerin %1'den daha az bir kısmı büyük boyutlara erişebildiğinden dev BHK oldukça nadir olarak görülmekte ve diğer BHK'lerin aksine genellikle gövdede yerleşim göstermektedir.³ Her ne kadar dev BHK'ler histolojik olarak diğerlerine göre farklılık göstermeseler de, kanser hücrelerinin biyolojik davranışları daha farklı olabilmekte ve agresif bir seyir göstererek dermis ve ekstradermal dokularda sıklıkla infiltrasyon görülebilmektedir. Literatürde dev BHK'ler hakkında sınırlı sayıda yayın mevcuttur. Bu nedenle; tanımlanmaları, muhtemel klinik davranışları, malignite potansiyelleri, ulaştıkları boyutlarıyla veya klinik tipleriyle ilişkileri, tedavi yaklaşımı ve nüks etme ihtimalleri üzerinde çok net ve yeterli bilgi birikimi yoktur.⁴⁻¹⁰ Lorenzini ve ark. 2005 yılında toraks duvarında 6 x 2 cm boyutlarında dev BHK'li bir olgu sunarak, 1966-2004 yılları arasında toplam 29 adet dev BHK olgusunun yayınlandığını belirtmiştir.⁵ Ülkemizden yapılan başka bir çalışmada Mısıroğlu ve ark. en küçüğü 5 x 6 cm, en büyüğü 20 x 35 cm boyutlarında metastatik yayılım göstermeyen toplam 12 adet dev BHK olgusu rapor etmişlerdir.¹⁰

Tümör çapı esas alındığında hangi boyuttaki BHK'lerin dev BHK olarak kabul edilmesi gerektiği ile ilgili olarak literatürde farklı veriler mevcuttur.^{4,7,8} "American Joint Commite"nin 1988 yılında yapmış olduğu sınıflandırmaya göre 2 cm'den küçük boyutta olan BHK'ler küçük çaplı (T1), 2-5 cm arasında olanlar orta çaplı (T2) ve 5 cm'den daha büyük çapta olanlar ise dev BHK (T3) olarak sınıflandırılmaktadır.⁴ Ancak literatürde tanımlanan bazı olgu raporlarında 10 cm'den daha büyük boyuttaki tümörler dev BHK olarak tanımlanmıştır.^{7,8} Destruksiyon, lokal invazyon ve metastatik yayılım riski diğer klinik tiplere kıyasla dev BHK'de belirgin olarak yüksektir. Tümör çapı 3 cm'den daha



RESİM 1: Deriden hafif kabarık, yer yer hemorajik krutla kaplı ve ortasında sağlam deri alanlarının izlendiği, keskin sınırlı, ince bir kenarla çevrili eritematoz plak.



RESİM 2: Periferik palizatlanma gösteren bazaloid hücrelerin oluşturduğu epidermiste sınırlı yüzeysel BHK (HE, x100).

büyük olduğunda bu risk %2 iken, 5 cm'den daha büyük boyutlardaki lezyonlarda bu risk %25'e, 10 cm'den geniş lezyonlarda ise %50'lere kadar çıkabilmektedir. Metastatik yayılımı takip eden sağkalım süresi ortalama 8-10 aydır.^{11,12}

Agresif histolojik tip, tedavi sonrası rekürrens, radyasyon maruziyeti öyküsü, yanlış tanı ve tedavi ve lezyonun inkâr veya ihmal edilmesi tümörün dev boyutlara ulaşmasına neden olan risk faktörleri arasında yer almaktadır.^{3,11} Randle ve ark. tümörün büyük boyutlara ulaşmasında en önemli faktörün eğitim düzeyi ile ilişkili ihmalin olduğunu belirtmişlerdir.⁴ Dev BHK'li olguların 1/3'ünde ihmalin tümörün dev boyutlara ulaşmasından so-

rumlu olduğu rapor edilmiştir.¹³ Olgumuzda da yakınmaların 15 yıldır mevcut olması ve öncesinde bundan dolayı hiç doktora başvurulmamış olması, tümörün dev boyutlara ulaşmasında esas nedenin ihmali faktörü olduğunu düşündürmektedir.

Morfeik ve mikronodüler tip BHK, dev BHK'ler arasında en sık karşılaşılan ve agresif seyir izleyen histolojik alt tipler iken, yüzeysel tip BHK'nin dev boyutlara ulaşması oldukça nadirdir ve metastaz riski diğerlerine kıyasla daha düşüktür.^{2,5,11} Dev BHK'li 50 olgunun histolojik alt tiplerinin analiz edildiği bir çalışmada hastaların 36 (%72)'sında agresif histolojik tip (morfeik, mikronodüler, metatipikal), 13 (%26)'ünde nodüler tip (agresif olmayan) saptanırken sadece 1 (%2) hasta da yüzeysel histolojik tip (agresif olmayan) saptanmıştır.⁴ Olgumuzda her ne kadar tümör boyutları 16 x 12 cm ebadında olsa da BHK alt tipinin histopatolojik olarak yüzeysel tiplere uyumlu olması, kliniğin daha yavaş seyretmesini, tümörün derin dokulara invazyon göstermemesini ve metastaz yapmamasını açıklayabilir.

BHK tedavi seçenekleri arasında Mohs cerrahisi, cerrahi eksizyon, küretaj, elektrodesikasyon, kriyocerrahi, radyoterapi, CO2 lazer, fotodinamik tedavi, 5-fluorourasil ile topikal kemoterapi, interferon-alfa ve imikvimod gibi biyolojik cevap düzenleyicileri yer almaktadır.^{2,5,13,14} Radyoterapi histolojik alt tiplere göre değişmekle birlikte cerrahi eksizyonu reddeden veya tümör çapının büyük olduğu hastalarda en uygun tedavi seçeneğidir.¹³ İmikvimod, in vivo ve in vitro olarak antiviral ve antitümör aktivitesi gösterilmiş olan topikal bir immünomodülatördür ve yüzeysel BHK'nin tedavisinde güvenilir ve etkili olduğuna dair yayınlar mevcuttur.¹⁵

Sonuç olarak, her ne kadar BHK'de histoloji alt tiplere göre değişmekle birlikte lokal invazyon veya metastaz riski düşük olsa da ihmali, yanlış tanı veya teşhiste gecikme sonucunda dev boyutlara ulaşan tümörlerde bu risk oldukça artmakta ve tümör daha fazla destrüktif ve agresif seyir göstererek mortaliteye neden olabilmektedir. Bu makale, oldukça nadir görülen yüzeysel tip dev BHK'de tümörün dev boyutlara ulaşmasında ihmali faktörünün ne denli önemli olduğunu vurgulamak için sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353(21):2262-9.
2. Gabbi TV, de Lacerda DA, Maruta CW, de Almeida Pimentel ER. Giant superficial basal cell carcinoma treated with cryosurgery. *Dermatol Surg* 2008;34(10):1441-2.
3. Balcı DD, Serarslan G, Hakverdi S. [Delayed diagnosis: giant basal cell carcinoma of scalp]. *Turkderm* 2008;42(2):67-9.
4. Randle HW, Roenig RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk? *Cancer* 1993;72(5):1624-30.
5. Lorenzini M, Gatti S, Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoracic wall: a case report and review of the literature. *Br J Plast Surg* 2005; 8(7):1007-10.
6. Kikuchi M, Yano K, Kubo T, Hosokawa K, Yamaguchi Y, Itami S. Giant basal cell carcinoma affecting the lower abdominal, genital and bilateral inguinal regions. *Br J plast Surg* 2002;55(5):445-8.
7. Sahl WJ JR, Snow SN, Levine NS. Giant basal cell carcinoma. Report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1994;30(2):856-9.
8. Betti R, Inselvini E, Moneghini L, Crosti C. Giant basal cell carcinomas: report of four cases and considerations. *J Dermatol* 1997;24(5): 317-21.
9. Mainella M, Majewski WT, Latkovich P, Michaels BM. Two giant basal cell carcinomas presenting simultaneously in the same patient, one resulting in lower extremity limb loss. *Ann Plast Surg* 1998;41(4):444-7.
10. Mısıroğlu A, Karanfil H, Akan M, Aköz T. [Giant basal cell carcinomas: the analysis of 12 patients]. *Turk Plast Rekonstr Est Cer Derg* 2007;15(2):73-8.
11. Kokavec R, Fedeles J. Giant basal cell carcinomas: a result of neglect? *Acta Chir Plast* 2004;46(3):67-9.
12. Fresini A, Rossiello L, Severino BU, Del Prete M, Satriano RA. Giant basal cell carcinoma. *Skinmed* 2007;6(4):204-5.
13. Rossi R, Campolmi P, Giomi B, Massi D, Capugli P. Giant exophytic basal cell carcinoma treated with radiotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002;16(4):374-6.
14. Adışen E, Gürer MA. [Basal cell carcinoma]. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2007;3(22):10-9.
15. Karve SJ, Feldman SR, Yentzer BA, Pearce DJ, Balkrishnan R. Imiquimod: a review of basal cell carcinoma treatments. *J Drugs Dermatol* 2008;7(11):1044-51.