



Saçlı deride ve boyunda yerleşimli multipl bazal hücreli karsinom

Ali Okan Gürsel, Cüneyt Kucur, Ahmet Karavuş

ÖZET:

Saçlı deride ve boyunda yerleşimli multipl bazal hücreli karsinom

Bazal hücreli karsinom (BHK) primer cilt tümörlerinin en yaygın olanıdır ve etyolojisindeki en önemli faktör ultraviyole ışığa maruziyettir. Tipik olarak güneş gören yerlerde ortaya çıkar. Eş zamanlı multipl lezyonlar nadir olarak gözlenir ve görüldüklerinde genellikle bir sendroma eşlik ederler. Kliniğimize boyun ve saçlı derisinde, ülsereasyon ve kabuklanmalar gösteren, maküler ve nodüler lezyonlar ile başvuran 58 yaşında bayan hastanın tespit edilen bütün lezyonları eksize edildi ve patolojik incelemelerin neticesi BHK olarak bildirildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde eşlik eden herhangi bir sendromik bulguya rastlanmadı. Literatürde bir sendroma eşlik etmeyen multipl BHK olguları nadirdir. Ultraviyole ışığın ilerleyen yaşla birlikte artan etkisi birden fazla tümör oluşumuna yol açabileceği için bu hastaların takibi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Multipl bazal hücreli karsinom, etyoloji, güneş ışığına maruziyet

ABSTRACT:

Multiple basal cell carcinoma localized on neck and scalp

The most important etiologic factor of basal cell carcinoma, which is the most frequent primer skin cancer, is ultraviolet light exposure. Typically it occurs in areas of chronic sun exposure. Synchronous multiple tumors are exceptional and if present, they are commonly associated with a syndrome. In a 58 years-old woman, ulcerated and crusted, macular and nodular lesions on neck and scalp were excised and pathologic examination of all lesions revealed as basal cell carcinoma. No accompanying syndromic finding was found. Non-syndromic multiple basal cell carcinomas are rare in the literature. Since increasing effect of ultraviolet light with aging may cause multiple tumors, the follow up of these patients are significant.

Key words: Multiple basal cell carcinoma, etiology, sun light exposure

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010;44;113-115

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Dr. Cüneyt Kucur, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-532-796-1000

E-posta / E-mail: dr.suna@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
15 Nisan 2010 / April 15, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance:
29 Haziran 2010 / June 29, 2010

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK) genel olarak insanlarda en sık görülen malignansidir ve insidansı giderek artmaktadır. BHK gelişme riski genetik yatkınlık, immun yetmezlik, iyonize radyasyon ve yoğun güneş maruziyeti gibi faktörlerle ilişkilidir. Açık renk saç, göz ve deriye sahip kişiler ultraviyole ışığa daha hassas olduklarından BHK açısından da daha yüksek riske sahiptirler. Epitelin bazal tabakasındaki hücrelerden köken alır ve daha çok pilosebase bezlerin yoğun olduğu bölgelerde gözlenirler. Vücudun her yerinde görülebilmekle beraber %85 olarak baş ve boyun bölgesinde gözlenir (1). BHK yavaş büyüyen, lokal olarak invaziv ve çok nadiren metastaz yapabilen bir tümördür. Hastalar cerrahi tedavi sonrası şifaya kavuştuklarından, BHK prognozu genel olarak

iyidir (2). Multipl BHK genellikle bazal hücreli nevus sendromu, Rombo sendromu, kseroderma pigmentosum, Bazex-Dupre-Christol sendromu, multipl herediter infundibulokistik bazal hücreli karsinom sendromlarının bir parçası olarak veya herediter olarak görülebilmektedir. Genetik yatkınlık olmadan ve bir sendromla ilişkili olmadan multipl BHK görülmesi çok nadirdir.

OLGU SUNUMU

Saçlı deride ve boyunda çok sayıda ülsere lezyonu bulunan 58 yaşında bayan hastanın, yapılan muayenesinde 7 adet lezyon tespit edilmiştir. Hastanın öyküsünde ilk olarak sağ preauriküler bölgede mevcut olan lezyonun bir yıl kadar önce çıktığı, sonrasında yaklaşık 6 ay önce saçlı deride bir çok farklı



Resim 1: Ensede tabanlı ülser, hiperemik plak şeklinde lezyon



Resim 2: Saçlı deride taanı ülser, krutlu lezyon



Resim 3: Sağ pre-auriküler bölgede yaklaşık 2 cm çapında, krutlu ve hemorajik lezyon

alanda ve sol servikal bölge ile ensesinde birer tane olmak üzere diğer lezyonların çıktığını öğrendik. Preauriküler bölgede yaklaşık 7x8 mm boyutlarında tabanı ülser, yüzeysel kabarıklık ve kurutlu bir lezyon mevcuttu. Diğer lezyonlar yaklaşık 3x3 mm boyutlarında, tabanı ülser, hiperemik plak şeklinde lezyonlardı. Hasta lezyonların kaşıntılı olduğunu, zaman zaman kanama ve kabuklanma yaptığını ifade etmekteydi. Hastanın diğer fizik muayene bulguları ve yapılan laboratuvar, radyolojik incelemeleri normal bulunmuştur. Hastanın daha önce geçirmiş olduğu bir operasyonu yok. Ailesinde deri kanseri öyküsü yok. Hastanın öncelikli olarak sağ preauriküler bölgede, sol servikal bölgede ve ensede yerleşimli olan lezyonları eksize edildi, sağ preauriküler bölgedeki defekt rotasyon flebi ile onarıldı ve diğer defektler primer olarak suture edildi. Patoloji sonucu Bazal Hücreli Karsinom gelmesi üzerine hastanın saçlı derisinde mevcut olan 4 adet lezyonu da eksize edildi ve defektler primer olarak suture edildi. Spesmenlerin mikroskopik incelenmesinde; tümör hücrelerinin bazaloid yapıda oldukları ve nodüler, fokal kistik formasyon gözlemlendi. Hastanın postoperatif takiplerinde cerrahi alanlarda problem saptanmadı ve sonuçlar kozmetik olarak kabul edilebilirdi.

TARTIŞMA

BHK, vücudun en sık görülen deri tümörüdür ve tüm deri kanserlerinin %70-75'ini oluşturur (3). Ultraviyole solar ışına maruziyet en sık etiyolojik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Vücudun her alanında görülebilmekle beraber en sık güneş ışınlarına en çok maruz kalan baş ve boyun bölgelerinde ortaya çıkar (4). Bazal hücreli nevus sendromu, Rombo sendromu, Bazex-Dupre-Christol sendromu, kseroderma pigmentosum, multipl herediter infundibulokistik bazal hücreli karsinom sendromları gibi herediter geçişli hastalıklar dışında BHK multipl formu nadiren görülmektedir. Bu sendromların klinik bulguları genellikle hayatın erken dönemlerinde kendini gösterir fakat sendromik olmayan BHK büyük çoğunlukla 40-80 yaşları arasında görülmektedir.

Gorlin-Goltz sendromu olarak bilinen, bazal hücreli nevus sendromu otozomal dominant geçiş

gösterir. Klinik bulgular sıklıkla 2. veya 3. dekada kendini gösterir. Maksiler bölgede ve çenede multipl kistler, yüzde multipl BHK, ektojik dural kalsifikasyon ve hamartomlar, spina bifida, bifid kosta, karakteristik yüz görünümü ve vücudun farklı yerlerinde lipom ve fibrom gibi benign tümörlerin olması ile karakterizedir (5).

Bazex-Dupre-Christol sendromu hem otozomal dominant hem de X'e bağlı dominant kalıtsal geçiş göstermektedir. Özellikle hayatın 2. dekadında ortaya çıkan yüzde multipl BHK, el sırtı ve dirseklerde folliküler atrofoderma, konjenital yaygın hipotrikozis ve vücudun bazı bölgelerinde görülen anhidrozis ile karakterizedir (6).

Rombo sendromu otozomal dominant kalıtsal geçiş gösterir. Cilt değişiklikleri ilk olarak 7-10 yaşları arasında görülmeye başlar. Yüzde vermikulat atrofoderma, milia benzeri papül, hipotrikozis, el-ayak ve dudakların siyanotik eritemi, multipl BHK ve çok sayıda trikoepitelyoma ile karakterizedir (7).

Kseroderma pigmentozum otozomal resesif kalıtsal geçiş gösterir, nadir olarak görülen bu hastalıkta DNA tamir mekanizmasında genetik bir defekt mevcuttur. Hastalığın klinik bulguları erken çocukluk döneminde görülmeye başlanır. Hastalarda güneş ışınlarına karşı aşırı bir hassasiyet mevcuttur ve güneş ışınlarına maruz kalan bölgelerde ciddi yanıklar

oluşur. Çocukluk döneminde skuamoz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom ve malign melanom görülür ve hastaların bir çoğu metastazlar nedeniyle çocuk yaşta ölür (8).

Bu sendromlar dışında iyonize radyasyon maruziyeti, arsenik maruziyeti, skar dokusu veya kronik ülser mevcudiyeti, immünsupresyon gibi durumlar (9) ve ayrıca travma ile direkt invazyon (10) BHK multipl formu açısından etiyolojik faktör olarak değerlendirilmektedir. Sunmuş olduğumuz bu vakada, sendromik olgularda görülen klinik bulgular, etiyolojik faktörler ve deri kanseri riski açısından aile öyküsü mevcut değildi. Literatürde sendromlar ile ilişkili olmayan ve genetik yatkınlık olmadan görülen multipl BHK olgusu oldukça nadirdir. Bu olgularda etyolojik faktörler olarak gösterilen kronik UV-B maruziyeti ve açık ten rengine sahip olma, bizim olgumuzda da muhtemel etyolojik faktörler olarak görülmektedir.

Bugün karşılaştığımız en yaygın maligniteler deri kanserleridir ve bu kanserlerin yaklaşık %70'ini bazal hücreli karsinom oluşturmaktadır. Klinik prezentasyonları farklılık gösterebilen bu karsinomun atlanmaması için uzun süre sebat eden veya daha önce mevcut olup morfolojik değişiklikler gösteren cilt lezyonlarının yakından takip edilmesi ve gerektiğinde patolojik incelemelerinin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wollenberg A, Peter RU, Przybilia B, Multiple superficial basal cell carcinomas (basalomatosis) following cobalt irradiation. *Br. J. Dermatol.* 1995; 133: 644-6
2. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part I). *J Am Acad Dermatol* 1991;24:1-13
3. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part II). *J Am Acad Dermatol* 1991;24:161-75
4. Koplin L, Zaren HA. Recurrent basal cell carcinoma. A review of the incidence, behavior, and management of recurrent basal cell carcinoma, with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr Surg.* 1980, 65: 656-664.
5. Diaz-Fernandez JM, Infante-Cossio P, Belmonto-Caro R. Basal cell nevus syndrome. *Med Oral Patol Cir Bucal.* 2005 Apr 1; 10 Suppl 1: E57-66
6. Suzanne M. Olbricht, Joel M. Noe. Cutaneous carcinomas. In; Gregory S. Georgiade, Nicholas G. Georgiade, Ronald Riefkohl, William J. Barwick eds. *Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, second edition.* William-Wilkins Publ 1999: 141-58
7. Michaelsson G, Olsson E, Westermark P The Rombo syndrome: a familial disorder with vermiculate atrophoderma, milia, hypotrichosis, trichoepitheliomas, basal cell carcinomas and peripheral vasodilation with cyanosis. *Acta Derm Venereol* 1981; 61(6): 497-503
8. Norgauer J, Idzko M, Panther E. Xeroderma pigmentosum. *Eur J Dermatol* 2003 Jan-Feb;13(1): 4-9
9. Happle R. Nonsyndromic type of hereditary multipl basal cell carcinoma. *Am J Med Genet* 2000; 13;95 (2) 161-3
10. Yenidunya MO, Yilmaz S, Askar I, Ercocen AR, Ozbek MR) Linear basal cell carcinoma. *J Clin Derm,* 1998,1:8-10