

Yüzde Eşzamanlı Ortaya Çıkan Multibl Bazal Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

İbrahim Aşkar*, Müzeyyen Yıldırım**

ÖZET

Bazal hücreli karsinom cildin en sık görülen malign tümörüdür. Ancak, aynı hastada ikincil bazal hücreli karsinom çok nadirdir. Literatürde, yüzün bir tarafında eş zamanlı ortaya çıkan multibl bazal hücreli karsinoma rastlanmamıştır.

Yetmişyedi yaşında erkek hasta, bir yıldır yüzünün sağ tarafındaki dört lezyondan şikayetçiydi. Hasta bir çiftçiydi ve 30 yıldan beri çalışıyordu. Arsenik ve radyasyona maruz kalma öyküsü yoktu. Bütün lezyonlar eksize edildi. Yapılan histopatolojik değerlendirmede bazal hücreli karsinom tanısı konuldu. Postoperatif 6. ayda nüks yoktu ve sonuçlar kozmetik olarak kabul edilebilir idi.

Yüzünün sağ tarafında eş zamanlı olarak ortaya çıkan, dört adet bazal hücreli karsinom lezyonu bulunan bir hastayı, literatürü gözden geçirerek sunduk. Multibl bazal hücreli karsinom gelişiminde kaşımının, güneşe maruz kalma kadar etkili olduğuna inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Multibl Bazal Hücreli Karsinom, Kaşıma, Güneşe Maruz Kalma, Travma

Multiple Basal Cell Carcinomas Concurrently Appearing on the Face:

A Case Report

SUMMARY

Basal cell carcinoma is the most common skin malignancy. However, the second basal cell carcinoma is very rare in the same patient. In literature, there is no report of multiple basal cell carcinoma concurrently involving on one side of face.

A 77-year-old male patient had been suffering from four lesions of the right side of the face for one year. The patient was a farmer and had worked for thirty years. There was no exposure of arsenic and radiation in past history. All the lesions were excised. Histopathologic examination of all lesions revealed the diagnosis as "basal cell carcinoma". On the sixth postoperative month, there was no recurrence and the result was cosmetically acceptabl.

We believed that scratching may e play a role in development of multiple basal cell carcinomas as well as sun exposure.

Key Words: Multiple Basal Cell Carcinoma, Scratching, Sun Exposure, Trauma

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom cildin en sık görülen malign tümörüdür. Bütün cilt malign tümörlerinin %75'inden fazlasını oluşturmaktadır (1). Ancak, nevoid bazal hücreli karsinom

Rombo sendromu, multibl herediter infundibulokistik bazal hücreli karsinomu, Bazex-Dupré-Christol sendromu, ailesel trikoepitelyoma gibi hastalıklar haricinde aynı

* Dicle Üniv. Tıp Fak., Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi / Diyarbakır ** Özel Reel Tıp Merkezi, K. B. B./Diyarbakır



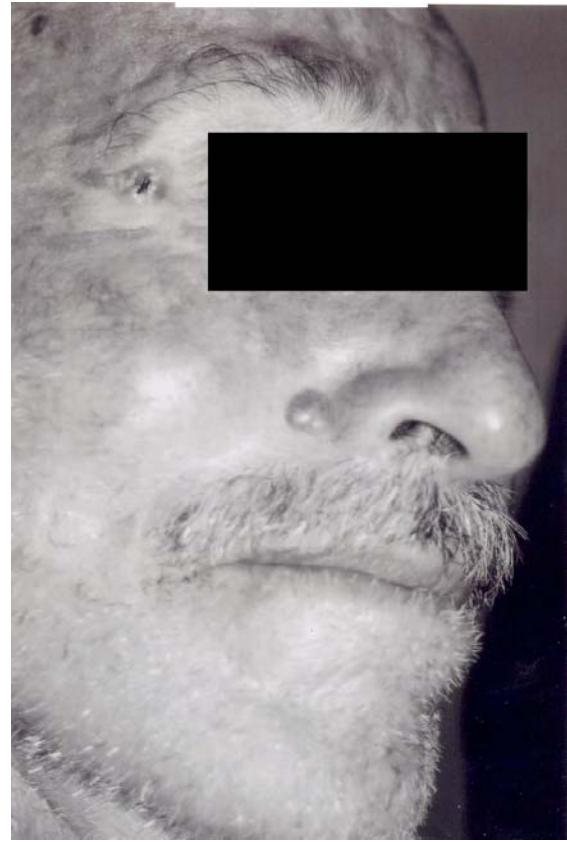
hastada birden fazla bazal hücreli karsinom oluşması oldukça nadirdir (2,3). Bazal hücreli karsinom gelişmesinde UV ışını, X-ışını radyasyonu, skar dokusu, sebase nevus, arsenik ile temas öyküsü, immunsupresyon gibi predispozan faktörler rol oynamaktadır (4). Bazal hücre karsinomunun multifokal cilt malignensisi gibi düşünülmesi gerektiği önerilmektedir ve sistemik olarak değerlendirilmesi gerekir (5). Ancak, birden fazla bazal hücreli karsinom olgularından bahsedilmemiştir. Literatürde, herhangi bir sendrom ile ilişkisi olmaksızın, yüzün tek tarafında multibl bazal hücreli karsinom olguları yayınlanmamıştır. Yüzün tek tarafında eş zamanlı dört bazal hücreli karsinom lezyonu bulunan hastayı sunduk.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize yüzünün sağ tarafında oluşan 4 lezyonu bulunan 77 yaşında erkek hasta başvurmuştur. Lezyonların ikisi sağ frontal bölgeye, bir tanesi sağ lateral kantusa ve diğeri nazolabial sulkus üzerine lokalizeydi. Hasta çiftçi ve 30 yıldan beri çalışıyordu. Hasta sağ elini kullanıyordu. Arsenik ve radyasyona maruz kalma öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde, frontal saç çizgisinde 10 mm çapında çevresi hiperemik ülseratif lezyon mevcuttu. Sağ temporal saç çizgisinde 10 mm çapında pigmente nodüler lezyon mevcuttu. Sağ lateral orbital rim üzerinde 15 mm çapında çevresi hiperemik ülseratif nodüler lezyon, sağ nazolabial sulkus üzerinde 15 mm çapında nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1a,b). Yüzde papül veya nodül yoktu. Radyolojik görüntüleme yöntemleriyle mandibuler kist veya iskelet anomalileri saptanmadı. Bütün lezyonlar eksize edildi. Saç çizgisi ve lateral orbital rim üzerindeki defekt primer olarak kapatıldı. Sağ nazolabial sulkus üzerindeki defektin ise V-Y ilerletme flebi ile onarımı yapıldı. Spesmenler patolojiye gönderildi. Histopatolojik değerlendirme de dermiste lobüler yapılar ve solid kitleler oluşturan tümöral oluşum izlendi. Tümör hücreleri periferde palizatlanma gösteren üniform görünümde bazal hücrelerden oluşmaktaydı. Bütün bu bulgular bazal hücreli karsinom ile uyumluydu (Resim 2). Postoperatif 6 ay sonra nüks yoktu ve sonuçlar kozmetik olarak kabul edilebilir idi (Resim 3).

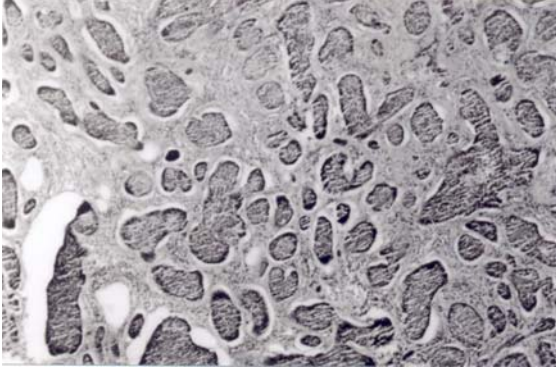


Resim 1a

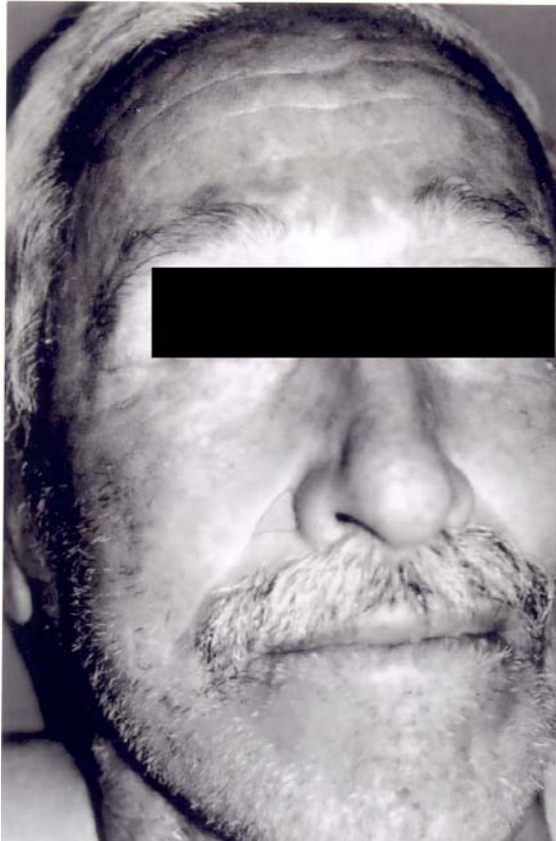


Resim 1b

Resim 1a,b. 77 yaşında erkek hasta yüzünde ülseratif lezyon şikayetiyle başvurdu. Frontal saç çizgisinde, 10 mm çapında çevresi hiperemik ülseratif lezyon (1a); sağ temporal bölgede 10mm çapında pigmente nodüler lezyon; sağ lateral orbital rim üzerinde 15 mm çapında çevresi hiperemik ülseratif nodüler lezyon; sağ nazolabial kıvrım üzerinde 15 mm çapında düzgün yüzeyli kubbe şeklinde nodüler lezyon mevcut(1b).



Resim 2. Dermiste irregüler lokalizasyonlu lobüle bazofilik bazal hücreler; periferde palizat hücreler ve lobül merkezinde dejeneratif değişiklikler (H-E,x100).



Resim 3. Postoperatif 6 ay sonra kozmetik olarak kabul edilebilir sonuçlar.

TARTIŞMA

Bazal hücreli karsinom, vücudun en sık görülen deri tümörüdür. Bu tümör, UV solar ışımına maruz kalan alanlarda kümülatif olarak artış gösterir. Şüpheli kişilerde güneş ışığının UV birikimine maruz kalan alanlarında ortaya çıkar. Bazal hücreli karsinomun %93'ü baş-

boyunda ortaya çıkar (6). Bazal hücreli karsinom gelişimine eğilim yaratan predispozan faktörler güneş ışımındaki UV, X-ışını radyasyonu, skarlar, sebace nevus, arsenik alımı ve immunsupresyondur (4). Travmanın direk invazyonda belirleyici rol oynadığı bildirilmiştir (7). Hastamızda güneşe maruz kalma ve kaşımının predispozan faktör olabileceği gözönünde tutuldu. Hastanın sağ elini kullanması ve lezyonların yüzün sağ tarafında olmasından dolayı kaşıma travmatik faktör olabilir.

Bazal hücre karsinom ile bağlantılı hastalıklar, nevoid bazal hücreli karsinom sendromu, kseroderma pigmentozum, Rombo sendromu, multibl herediter infundibulokistik bazal hücreli karsinom, Bazex-Dupré-Christol sendromu, ailesel trikoepitelyomadır (2,3). Nevoid bazal hücreli karsinom sendromu, çenede kist ve özellikle kostal kemikte olan iskelet anomalileriyle karakterizedir. Kseroderma pigmentozumun klinik özellikleri, hayatın ilk iki dekadında ortaya çıkan multibl bazal ve yassı hücreli karsinom ve aktinik keratoz ile karakterizedir. Rombo sendromunun 3 ana karakteristik özelliği vermikulat görünümlü cilt, milia benzeri papül, hipotrikozis ve el-ayak ve dudakların siyanotik eritemi, multibl bazal hücreli karsinom ve çok sayıda trikoepitelyomadır. Multibl herediter infundibulokistik bazal hücreli karsinomu bir genodermatozistir. Nevoid bazal hücreli karsinomdan farklıdır. Nazolabial sulkusta yoğun olan multibl küçük incimsi papüllerle kaplı bir yüz olur. Bazex-Dupré-Christol sendromunun üç ana özelliği foliküler atroforoderma (özellikle el ve ayak sırtında), özellikle hayatın 2. dekadında ortaya çıkan yüzde multibl bazal hücreli karsinom, konjenital yaygın hipotrikozistir. Bazen birlikte pili torti ve trikoheksiz nodoza bulunur. Ailesel trikoepitelyoma, yüzde multible papül, nodül ve multibl bazal hücreli karsinomu içerir (2). Hastamızda, bu hastalıkların çenede kist, yüzde papül veya nodül, foliküler atrofoderma gibi bu hastalıkların klinik bulguları yoktu.

Robins ve Albom, genç bayanlarda yüksek nüks oranı bildirmişlerdir (8). Hastamız yaşlıydı ve bütün lezyonlar aynı zaman periyodunda eşzamanlı olarak ortaya çıkmıştı.

Bu, Robins'in çalışmasındaki bulgularla benzer değildi. Wesley ve Colins, herhangi bir risk faktörü bulunan hasta sıklıkla bazal hücreli karsinomun ek fokusa sahip olduğunu ve bu risk faktörlerinin önceki deri kanseri (melanom dahil), nüks lezyonu, medial kantall lezyon, sklerozan histolojik lezyon veya cinsiyetin kadın olduğunu bildirmişlerdir (5). Bizim hastamızda saydığımız bu risk faktörlerinden herhangi biri yoktu. Cohen, multibl bazal hücreli karsinomun, kafada (yüz ve skalp üzerinde) bir yıl süreyle immünsüpresif tedavi almış hastalarda dermis ve subkutanöz dokuya lenfomatöz infiltrasyon ile yayılabildiğini bildirmektedir (9). Bazı otorler bazal hücreli karsinom gelişiminde HLA antijenlerinin rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Rompel ve ark. ise bazal hücreli karsinom ile HLA arasında zayıf bir ilişki olduğunu saptamışlardır (4).

Bazal hücreli karsinomun tedavisinde ideal klinik özellikler şunlardır: Eksternal lokalizasyon, nadir metastaz, yavaş büyüme ve lokal tedaviye cevaptır. Lokal tedavi seçenekleri arasında olan kriyocerrahi, lazer terapi, fotodinamik terapi, radyoterapi, topikal 5 florourasil tedavisi ve intralezyonel interferon tedavisi yüksek nüks oranına sahiptir. Cerrahi eksizyon en etkili yöntemdir (10). Hastamızdaki dört lezyonun tamamı cerrahi olarak tedavi edildi. Postoperatif 6. ayda nükse rastlanmadı.

Sonuç olarak; yüzün bir tarafında eş zamanlı ortaya çıkan multibl bazal hücreli karsinom olgusunu sunduk. Literatürde eş zamanlı bazal hücreli karsinom rapor edilmediğinden bu olgu ilk olması açısından ilginçtir. Biz inanıyoruz ki, kaşıma, multibl bazal hücreli karsinomun gelişiminde güneşe maruz kalmak kadar önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Yiannis JA, Goldberg LH, Carter-Campbell S. The ratio of basal cell carcinoma to squamous cell carcinoma in Houston, Texas. *J Dermatol Surg Oncol*, 1988,14:886-889.
2. Okada M, Tanaka M, Horiuchi N, Kato T, Tagami H. Coexistence of xeroderma pigmentosum with sarcoidosis and adenocarcinoma of the digestive organs. *Acta Derm Venereol*, 2000, 80:376-377.

3. Requena L, Farina MC, Robledo M, et al. Multiple hereditary infundibulocystic basal cell carcinomas: a genodermatosis different from nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Arch Dermatol*, 1999,135:1227-1235.

4. Rompel R, Petres J, Kaupert K, Mueller-Eckhardt G. HLA phenotypes and multiple basal cell carcinomas. *Dermatology*, 1994,189:222-224.

5. Wesley RE, Collins JW. Basal cell carcinoma of the eyelid as an indicator of multifocal malignancy. *Am J Ophthalmol*, 1982,94:591-593.

6. 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.

7. Yenidunya MO, Yilmaz S, Askar I, Ercocen AR, Ozbek MR) Linear basal cell carcinoma. *J Clin Derm*, 1998,1:8-10.

8. Robins P, Albom M. Recurrent basal cell carcinoma in young women. *J Dermatol Surg*,1975, 1:49-51.

9. Cohen C. Multiple cutaneous carcinomas and lymphomas of the skin. *Arch Dermatol*,1980, 116:687-689.

10. Fritsch C, Becker-Wegerich PM, Menke H, et al. Successful surgery of multiple recurrent basal cell carcinomas guided by photodynamic diagnosis. *Aesthetic Plast Surg*, 1997, 21:437-439.

Yazışma Adresi

İbrahim AŞKAR

Dicle Üniv., Tıp Fak., Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D. / Diyarbakır

E-mail: iaskar@superonline.com

