

Vulvar Bazal Hücreli Karsinom: Nadir Bir Yerleşim

Vulvar Basal Cell Carcinoma: A Rare Localization

**Seval Doğruk Kaçar¹, Pınar Özügüz¹, Bekir Serdar Ünlü², Merve Demir¹,
Betül Demirciler Yavaş³**

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri Ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

² Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

³ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Yrd. Doç. Dr. Seval Doğruk Kaçar, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD 03200 Afyonkarahisar - Türkiye
Tel: 5333133885 Mail: sevaldogruk@hotmail.com

Özet

Başvuru Tarihi: 01.11.2013 **Kabul Tarihi:** 03.12.2013

Bazal hücreli karsinom (BHK) sıklıkla güneşe maruz kalan yerlerde görülür ancak nadiren vulva gibi atipik lokalizasyonlarda da bildirilmiştir. Vulvar yerleşimde etyolojide özellikle enfeksiyonlar, kronik irritasyon, radyasyon ve kronik arsenik maruziyeti düşünülmüştür. Çok yavaş büyüyen bu tümörlerde uzak metastaz oldukça nadirdir. 75 yaşında yüz ve saçlı deride BHK'ları sebebiyle operasyonu kabul etmediği için kriyoterapi ve topikal imikimod kombinasyonu ile takip ettiğimiz kadın hastanın vulvada gelişen ülsere nodülü BHK ile uyumlu olarak geldi. Burada iki farklı anatomik bölgede, arsenik veya radyasyon gibi tetikleyicilere maruziyet öyküsü olmadan BHK lezyonlarının gelişmesi BHK yayılımında primer inokülasyonun rolü olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, primer inokülasyon, vulva

Abstract

Application: 01.11.2013 **Accepted:** 03.12.2013

Although basal cell carcinoma (BCC) is often seen in sun-exposed areas, rare atypical locations as vulva have been reported. Infections, chronic irritation, radiation and chronic arsenic exposure are considered in the etiology of vulvar BCC. A seventy-five year old female patient who is on follow ups for multiple facial and scalp BCCs that are treated with topical imiquimod and cryotherapy because the patient rejected surgical interventions, had vulvar ulcerated nodule which was diagnosed as BCC. This case of BCC was located in two different anatomical regions, without a history of exposure to triggers as arsenic or radiation, thus we considered a role of primary inoculation in the spread of BCC.

Keywords: basal cell carcinoma, primary inoculation, vulva

Giriş

Bazal hücreli karsinom (BHK) insanda en sık görülen malignite olup, melanom dışı deri kanserlerinin yaklaşık % 75' ini oluşturmaktadır. Sıklıkla yaşlılarda güneş maruziyeti fazla olan baş boyun bölgesinde ortaya çıkmakla beraber, nadiren genital ve perianal deri gibi güneşten korunmuş bölgelerde de karşımıza çıkabilir ^{1,2}. BHK vulvada görülen kanserlerin %2-4 kadarını oluşturmakta ve genellikle postmenapozal bayanlarda ortaya çıkmaktadır. Literatürde 300'den fazla vulvar BHK vakası bildirilmiştir. Tüm BHK'ler içinde vulvar BHK oranı ise yaklaşık %1 civarındadır ^{2,3}.

Olgu Sunumu

Yetmişbeş yaşında kadın hasta genital bölgesinde giderek büyüyen ve kanama yapan yara sebebiyle başvurdu. İlk olarak 2 yıl önce polikliniğimize, 8 yıldır saçlı deri frontotemporal bölgede sağda yaklaşık 6x5cm, solda 2 adet 2x1cm ve 3x2cm boyutlarında toplam 3 adet plağı sebebiyle başvuran hastanın bu dönemde yapılan histopatolojik incelemeleri süperfisyel tip BHK ile uyumlu idi. Bunun üzerine hastaya cerrahi tedavi önerilmiş ancak hasta ve yakınları cerrahi kabul etmediği için İmikimod %5 krem günde bir kere, 16 hafta boyunca ve takip eden haftalarda kriyoterapi ile kombine edilerek haftada 3 kere verilmişti (Şekil Ia-b). 24. haftadan itibaren kriyoterapi tek başına 2-4 haftada bir uygulamalar ile yaklaşık 12 seans devam etti. Lezyon hipopigmente skar ile geriledi (Şekil Ic).



Şekil Ib. Saçlı deri sağ frontotemporal bölgede imikimod tedavisi sonrası plak.



Şekil Ic. Saçlı deri lezyonu kriyoterapi sonrası hipopigmente skar ile gerilemiş.



Şekil Ia. Saçlı deri sağ frontotemporal bölgede tedavi öncesi plak.

Son 6 ayda gelişen genital lezyonun dermatolojik muayenesinde sol labium majus üzerinde 8x8x5mm boyutlarında, ortası ülser nodüler bir lezyon izlendi. (Şekil II). Sistemik muayenesi normal olan hastada servikal, supraklaviküler ve inguinal lenfadenopati saptanmadı. Yapılan abdominopelvik ultrasonografi de normal olarak saptandı. Lezyon total eksize edildi. Histopatolojik incelemede çok katlı yassı epitel altında periferde palizadik dizilimi belirgin, monoton görünümlü bazaloid hücre adacıklarından oluşan tümöral doku izlendi (Şekil III). Tümör ile stroma arasında yer yer artifisiyel retraksiyon klefti vardı ve

bazı tümör hücreleri melanin pigmenti içermekteydi. Ayrıca tümör adalarının santralinde fokal kistik değişiklik vardı. Bu bulgularla olguya BHK tanısı konuldu. Cerrahi sınırları intakt olan hasta ileri bir yaklaşımı kabul etmedi. Postoperatif 3. ay kontrolünde operasyon skarı mevcuttu (Şekil IIb).



Şekil IIa. Sol labium majus üzerinde ülser nodül.



Şekil IIb. Sol labium majus üzerinde ülser nodül.



Şekil III. Çok katlı yassı epitel altında periferde palizadik dizilimi belirgin, monoton görünümlü bazaloid hücre gruplarından oluşan tümöral doku (HEx40).

Tartışma

Ultraviyole (UV) maruziyeti, BHK etyolojisinde en önemli faktördür. Ancak UV maruziyeti olmayan bölgelerde ortaya çıkan BHK'da patogenezi net değildir. Kronik arsenik maruziyeti, bazal hücreli nevus sendromu, kronik irritasyon gibi faktörler vulvar BHK gelişimine zemin hazırlayabilir. UV, bu bölgedeki tümörlerde direkt role sahip olmasa da, UV maruziyeti ile baskılanmış immünite lokal travma, radyoterapi gibi ekzojen faktörler eklendiğinde, uzak alanlarda da kanser gelişimine neden olabilir⁴. Tümör supresor genlerde mutasyon, artmış BHK riski açısından önemli bir faktördür. Son yapılan çalışmalarda BHK vakalarının yaklaşık %50'sinde p53 tumor supresor gen mutasyonu saptanmıştır⁵.

İmmün sistemin BHK gelişimi üzerindeki rolü net değildir. Lösemi, lenfoma gibi malignitelere sahip olan ya da transplantasyon sonrası immünyüpresyonu olan hastalarda, bu durumun daha çok skuamöz hücreli karsinom (SHK) riskini artırmakla beraber, BHK riskinde de hafif yükselmeye sebep olduğu bilinmektedir⁶. Agresif ve infiltratif seyreden BHK'larda HIV enfeksiyonu birlikteliği sık görülebilir. Benedet ve ark. tarafından yapılan 28 hastalık bir çalışmada, vulvar BHK'lu hastaların yaklaşık %36'sında başka bir malignite daha tespit edilmiş ancak bu oran aynı yaş grubunda beklenen sıklıktan daha fazla bulunmamıştır⁷. Ayrıca human papilloma virüs enfeksiyonunun da BHK ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Ancak halen bu ilişki SHK kadar güçlü değildir⁸.

Yapılan bazı çalışmalarda, vulvar BHK'lı hastaların %36'sında eş zamanlı baş-boyun BHK'u saptanmış, bu da sistemik UV maruziyetinin immün sistemde baskılanmaya yol açarak bu duruma yol açacağı şeklinde yorumlanmıştır^{1,7,9}. Hastamızda önceden arsenik ya da radyasyon maruziyeti olmadan çok odaklı gelişen BHK'lar böyle bir olasılığı düşündürmektedir. Bunun yanında tümörün otonokülasyon yoluyla yayılma potansiyelinin de göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir. Nitekim Yenidünya ve ark.'ları da travma ile direkt invazyonun multipl BHK gelişiminde rolü üzerinde durmuştur¹⁰.

Vulvar BHK'larda en sık başlangıç semptomu kaşıntı ve rahatsızlık hissidir. Vakaların büyük bir kısmında tanı anında lezyon yaşı 1 yılın üstündedir. Vulvar BHK en sık labium majus olmak üzere, non mukozal deride genellikle tek lezyon olarak ortaya

çıkarak. Klinikte ekzofitik, ülser, pedinküle, infiltrat, nodüler ve pigmente lezyonlar bildirilmiştir^{7,11,12}. Vulvar BHK'nın histopatolojik özellikleri ile güneş gören alanlarda ortaya çıkan BHK arasında fark saptanmamıştır. Vulvar BHK yavaş büyüyen, lokal invaziv ve destrüktif bir tümördür. Agresif özellik ve rekürrens riski histolojik alt tiplerle ilişkilidir. Vulvar BHK'nın tedavisi lokal eksizyondur. Lenfadenektomi genellikle endike değildir. Ancak çapı 5 cm üzerinde ve subkutan dokuya invaze tümörlerde aynı taraf yüzeyel lenfadenektomi önerilir. Tam eksizyon yapılmayan hastalarda rekürrens sıkır^{4,7,11}. Tanı ve tedavide geç kalınırsa lokal yayılımın yanı sıra lenfatik ve hematojen ola-

rak yayılım yapabileceği gösterilmiştir¹³.

Sonuç olarak,

Vulvar BHK son derece nadir olmakla birlikte bu bölgede gelişen tümörlerin %2-4'ünü oluşturur. Literatürde sendromik özellik göstermeyen ve multipl BHK'ları sebebiyle takip edilen benzer olgular vardır. Ancak burada iki farklı anatomik bölgede, arsenik ve radyasyon gibi tetikleyicilere maruziyet öyküsü olmadan BHK lezyonlarının gelişmesi sebebiyle BHK yayılımında primer inokülasyonun rolü olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Gibson GE, Ahmet I. Perianal and genital basal cell carcinoma: a clinicopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:68-71.
2. Pisani C, Paggiali S, De Padova L, Andreassi A, Bilenchi R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20(4):446-448.
3. Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2005;97:192-194.
4. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Surg Oncol* 1999;70:172-176.
5. Barrett TL, Smith KJ, Hodge JJ, Butler R, Hall FW, Skelton HG. Immunohistochemical nuclear staining for p53, PCNA, and Ki-67 in different histologic variants of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:430-437.
6. DiGiovanna JJ. Posttransplantation skin cancer: scope of the problem, management, and role for systemic retinoid chemoprevention. *Transplant Proc* 1998;30:2771-2778.
7. Benedet JL, Miller DM, Ehlen TG, Bertrand MA. Basal cell carcinoma of the vulva: clinical features and treatment results in 28 patients. *Obstet Gynecol* 1997;90:765-768.
8. Nehal KS, Levine VJ, Ashinoff R. Basal cell carcinoma of the genitalia. *Dermatol Surg* 1998;24:1361-1363.
9. Strickland PT, Craesia D, Kripke ML. Enhancement of two stage skin carcinogenesis by exposure of distant skin to UV radiation. *J Natl Cancer Inst* 1985;74:1129-1134.
10. Yenidunya MO, Yilmaz S, Askar I, Ercocen AR, Ozbek MR. Linear basal cell carcinoma. *J Clin Derm* 1998;1:8-10.
11. Feakins RM, Lowe DG. Basal cell carcinoma of the vulva: a clinicopathologic study of 45 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1997;16:319-324.
12. Mateus C, Fortier-Beaulieu M, Lhomme C et al. Basal cell carcinoma of the vulva: 21 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2001;128:11-15.
13. Mulayim N, Foster Silver D, Tolgay Ocal I, Babalola E. Vulvar basal cell carcinoma: two unusual presentations and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2002; 85:532-537.