

## Bazal Hücreli Karsinomada Tanı ve Tedavi Prensiplerimiz

### Our Principles of Diagnosis and Treatment in Basal Cell Carcinoma

Hakan Uzun, Ozan Bitik

Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği,  
Ankara

Received: 15.06.2014 Accepted: 28.06.2014• DOI: [10.5505/aot.2014.65375](https://doi.org/10.5505/aot.2014.65375)

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma ile Ankara Onkoloji Hastanesi'nde gerçekleştirilen bazal hücreli karsinoma (BHK) ameliyatlarını retrospektif olarak değerlendirmek ve elde edilen deneyim sonucunda tanı ve tedavi prensiplerini oluşturmak amaçlandı.

**Gereç Ve Yöntem:** 2010-2012 yılları arasında plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine, travma hastaları hariç, 7018 hasta başvurdu. BHK tanısı ile ameliyat edilen 423 hastanın dosyaları ve patoloji raporları retrospektif olarak ve cinsiyet, yaş, semptom, lokalizasyon, uygulanan cerrahi yöntem, rekürrens gibi değişkenler göz önüne alınarak tarandı.

**Bulgular:** BHK nedeniyle ameliyat edilen hastalar, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran hastaların %6'sını oluşturdular. Hastaların %63,1'i erkek, %36,9'u kadındı. Ameliyat edilen hastalardan toplam 491 malign lezyon eksizyonu yapıldı. Lezyonların en sık baş boyun bölgesinde yerleştiği görüldü (%89,2). Hastaların %26,2'si eksizyon ve primer onarım ile, %64,3'ü eksizyon ve lokal flep ile, %9,5'i eksizyon ve greftleme ile tedavi edildi. Ameliyat sonrası tüm hastaların %1,9'unda rekürrens saptandı ve 9 hasta rezidü tümör nedeniyle yeniden ameliyat edildi.

**Sonuç:** Çalışmamız kliniğimizin 2 yıllık tecrübesini yansıtmaktadır. Erken tanı ve tedavi lezyonların yayılımının engellenmesi ve rekürrensin azaltılması açısından çok önemlidir. Radyasyon onkolojisi bölümü ile koordinasyon halinde çalışılmalıdır. Buna benzer çalışmaların yapılması, tanı ve tedavi prensiplerinin standardize edilmesini sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Deri Kanseri; Bazal Hücreli Karsinoma; Rekürrens.

#### ABSTRACT

**Objective:** In this study, authors aimed to retrospectively analyse the surgeries performed for basal cell carcinoma (BCC) in Ankara Oncology Hospital and they also aimed to settle the principles for diagnosis and treatment of BCC through the experiences gained.

**Methods:** 7018 patients, excluding the trauma cases, were admitted to plastic, reconstructive and aesthetic surgery clinic between 2010 and 2012. 423 patients with the diagnosis of BCC were retrospectively reviewed by means of sex, age, symptom, location, type of surgery and recurrence.

**Results:** The patients who were operated for BCC constituted 6% of the patients who admitted to Plastic and Reconstructive surgery clinic. 63.1% of the patients was male and 36.9% was female. 491 malignant tumor excisions were performed from the patients. It was seen that the lesions were most commonly located on head and neck region (89,2%). 26.2% of the patients was treated with excision and primary closure. 64.3% of the patients was treated with excision and local flap. 9.5% of the patients was treated with excision and grafting. Of the patients who were operated, 1.9% had recurrence and 9 patients were reoperated due to residual tumor.

**Conclusion:** Our study reflects the 2-year experience of our clinic. Early diagnosis and treatment are very important to prevent the spread of the lesions and to decrease the recurrence. We should always work in coordination with radiation oncology department. Executing these kind of studies provides standardization of the principles for the diagnosis and treatment.

**Key Words:** Skin Cancer; Basal Cell Carcinoma; Recurrence.

#### Giriş

Bazal hücreli karsinom (BHK) en sık karşılaşılan melanom olmayan deri kanseridir (1). Bu deri kanseri türü hem hasta için ciddi

bir morbidite kaynağı olmakta; hem de sağlık sunucuları için ciddi bir ekonomik yük getirmektedir. Sıklığı giderek artan BHK'nın



etiyojisinde en önemli yeri ultraviyole ışınlar maruz kalmak tutmaktadır. Güneşe maruz kalan insanlarda en belirleyici faktör ise Fitzpatrick deri tipidir (2).

BHK, yavaş büyüme ve oldukça düşük metastaz yapma potansiyeli ile karakterize olmasına rağmen yetersiz rezeksiyon veya geç tanı konulması hastalığın agresifliğini artırmaktadır. Tüm BHK olgularının %85'i baş boyun bölgesinde lokalizedir (3).

Dünyada ve ülkemizde BHK sıklığının artması, bu tümörler için yapılan rezeksiyonların, plastik cerrahi pratiğinde çok sık yapıldığı hipotezini doğurmaktadır. Bu çalışma ile Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilen BHK ameliyatlarını retrospektif olarak değerlendirmek ve elde edilen deneyim sonucunda tanı ve tedavi prensiplerini oluşturmak amaçlandı.

#### Materyal ve Metod

01.01.2010- 31.12.2011 tarihleri arasında plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine, travma hastaları hariç, 7018 hasta başvurdu. BHK tanısı ile ameliyat edilen 423 hastanın dosyaları ve patoloji raporları retrospektif olarak ve cinsiyet, yaş, semptom, lokalizasyon, uygulanan cerrahi yöntem, rekürrens gibi değişkenler göz önüne alınarak tarandı.

#### Bulgular

BHK nedeniyle ameliyat edilen hastalar, plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğine başvuran hastaların %6'sını oluşturdu. Hastaların %63,1'i erkek (n=267), %36,9'u kadındı (n=156). Kliniğe en sık başvuru şikayeti iyileşmeyen yara (Resim-1) (%83.6) (n=354) ve deride pigmente lezyonu (Resim-2) (%10.2) (n=43). Ameliyat edilen hastalardan toplam 491 malign lezyon eksizyonu yapıldı. Lezyonların en sık baş boyun bölgesinde yerleştiği görüldü (n=339, %80.1). Hastaların %26.2'si eksizyon ve primer onarım ile (n=111), %64.3'ü eksizyon ve lokal flep (Resim 3-4) ile (n=272), %9.5'i eksizyon ve greftleme ile (n=40), tedavi edildi. Ameliyat sonrası tüm hastaların %1.9'unda rekürrens saptandı (n=8). Dokuz hasta rezidü tümör nedeniyle yeniden ameliyat edildi. Yirmi dört hasta ise ameliyat sonrası radyoterapi (RT) aldı. Hastaların demografik özellikleri ve tümörlerin vücuttaki dağılımı Tablo-1 ve Tablo-2'de verilmiştir.

#### TARTIŞMA

BHK, tüm deri kanserlerinin %70- %80'ini oluşturmaktadır (4). Yavaş büyüme, düşük metastaz potansiyeli (vakaların %0.01'inden az) ve lokal invaziv davranış ile karakterize olup erken tanı konulduğu zaman kolayca tedavi edilebilir bir tümördür (5).

BHK genellikle yaşlılarda ortaya çıkar. 40 yaşın altında nadir olarak ortaya çıkar. BHK olan hastaların %95'i 40-79 yaş arasında olup ortalama yaş 62 olarak bildirilmiştir (6). BHK insidansı yaşlanma ile birlikte artar. Erkekler kadınlara kıyasla daha sık etkilenirler (7). (1,5-2:1). Bizim hasta grubumuzun %89.8'i 40-79 yaş aralığında olup, erkekler kadınlara oranla 1.7 kez daha sık etkilenmiştir.

BHK genellikle derinin güneşe sık maruz kalan yerlerinde oluşur. Hastaların %85'inde tümör baş boyun bölgesinde lokalizedir (8). Bununla birlikte genital bölgede, aksillada, umblikusta, saçlı deride ve müköz membranlarda da tanımlanmıştır (9-10). BHK'nın güneşe maruz kalmayan alanlarda da görülmesi, patofizyolojisinde ve genetiğinde başka faktörlerin de etkili olduğu tezini doğurmaktadır (11).

Hastalarımızın %80.1'inde BHK'nın, baş boyun bölgesinde yerleştiği tespit edilmiştir. Baş boyun bölgesinde de en sık burnun etkilendiği görülmüştür (%32.1). BHK'nın prognozu geçtiğimiz on yıl içerisinde, artan farkındalık ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması nedeniyle, giderek iyileşmiştir (4). Ancak güneşe maruz kalmayan bölgelerde ortaya çıkan BHK'lar genellikle geç tanı aldığı için daha büyük olurlar, prognozları daha kötü olup metastaz yapmaya meyillidirler (9). Bizim serimizde ise 2 yıllık takibimizde metastaz yapan olguyla karşılaşılmadı.

Evrensel olarak kabul edilmiş bir sınıflaması bulunmamakla birlikte Dünya Sağlık Örgütü tarafından 8 alt tipte incelenmiştir (12). Bunlar; yüzeysel BHK, nodüler BHK, mikronodüler BHK, infiltratif BHK, fibroepitelyal BHK, adneksal farklılaşma gösteren BHK, bazoskuamöz karsinom ve keratotik BHK'dır. En sık karşılaşılan alt tipi nodüler BHK ve yüzeysel BHK'dır (4,13). Çalışmamızda da en sık karşılaşılan alt tip nodüler BHK olmuştur (n=237). Ancak, patoloji raporlarında alt tipin belirtilmediği veya tespit edilemediği olgular bulunduğu için BHK'nın tüm alt tipleri için karşılaştırma yapılamamıştır.





**Resim 1:** Sağ burun kanadında lokalize nodüler BHK

**Resim 2a:** Sol medial kantall bölgede lokalize pigmente BHK

**Resim 2b:** Eksizyon sonrası oluşan doku defekti VY ilerletme deri flebi ile onarıldı.

**Resim 3a:** Sağ medial kantall bölgede lokalize pigmente BHK

**Resim 3b:** Eksizyon sonrası oluşan medial kantusta oluşan doku defekti

**Resim 3c:** Eksizyon sonrası oluşan doku defekti glabellar flep ile onarıldı.

**Resim 4a:** Sağ lateral periorbital bölgede nodüler BHK

**Resim 4b:** Eksizyon sonrası oluşan doku defekti Limberg flebi ile onarıldı.



	Kadın	Erkek	Toplam
<b>Yaş Aralığı</b>			
<40	2	3	5
40-49	21	36	57
50-59	47	56	103
60-69	53	74	127
70-79	28	65	93
>80	5	33	38
<b>Genetik Hastalık</b>	3	-	3
<b>Aile Hikayesi</b>	17	28	45
<b>Fitzpatrick Deri Tipi</b>			
Tip 1	2	-	2
Tip 2	27	21	48
Tip 3	95	148	243
Tip 4	32	98	130
Tip 5	-	-	-
Tip 6	-	-	-

**Tablo 1:** Hastaların Demografik Analizi

BHK, kinetik olarak benign tümör özelliği gösterir. Yavaş büyür ve 1 cm çapa ulaşması yaklaşık 6 ay alır (14). Kopke ve ark. her iki cinsiyet için de tanı alma süresini, lezyonların başlangıcından itibaren 37.1 ay olarak bildirmişlerdir (15). Aynı çalışmada total kür oranının %90'ın üzerinde olduğu ve BHK'ya spesifik mortalite oranının %0.1'in altında olduğu bildirilmiştir (15).

	Kadın	Erkek	Toplam
<b>Baş boyun</b>			
Skalp	7	18	25
Alın	9	19	28
Perioküler	16	11	27
Burun	50	59	109
Yanak	12	29	41
Kulak	14	37	51
Dudak	7	24	31
Boyun	11	16	27
<b>Gövde</b>			
Ön	5	9	14
Arka	4	7	11
Üst ekstremité	13	27	40
Alt ekstremité	8	11	19
	<b>156</b>	<b>267</b>	<b>423</b>

**Tablo 2:** BHK'nın vücut dağılımı.

Çalışmamızda 3 hastada kseroderma pigmentosum (XP) tespit edildi. Bu hastalık DNA tamir hasarı ile karakterize oldukça nadir bir hastalık olup otozomal resesif geçişlidir (16). Hastalar güneş ışığına karşı çok hassasdır. Çok sayıda BHK, yassı hücreli karsinom (YHK) ve malign melanom gelişmesi XP için karakteristiktir. Hastalarımızın her birinden dörtten fazla BHK eksizyonu yapıldı. Ayrıca hepsinde YHK tespit edildi.

BHK'nın altın standart tedavisi cerrahi eksizyondur. Bununla birlikte; yaşı, ek



hastalıkları ve tümör lokalizasyonu nedeniyle cerrahi tedavi adayı olmayan veya cerrahi istemeyen hastalarda; RT, kriyoterapi, koter ablasyon ve küretaj, fotodinamik tedavi ve immünmodülatör ilaçlar alternatif tedavi yöntemleri olarak önerilebilir (17-18). Hastalarımızın sadece %26.1'inin eksizyon ve primer onarım ile tedavi edilmiş olması ve diğerlerinin eksizyonu takiben lokal flep veya greftleme ile tedavi edilmiş olması aslında birçok lezyonun geç tanı aldığı kanısına yol açmaktadır.

Thomas ve ark. nodüler tip BHK için 3 mm cerrahi sınırın yeterli olduğunu, diğer alt tipleri için ise 4 mm. cerrahi sınırın yeterli olduğunu bildirmişlerdir (19). Madan ve ark. da alt tip ayrımı yapmaksızın 4-5 mm'lik cerrahi sınır önermişlerdir (20). Aynı çalışmada rekürren BHK'lar için cerrahi sınırın 5-10 mm olması gerektiği savunulmuştur. Embriyonik füzyon alanlarında (perinazal, periorbital, periperpebral ve retroauriküler bölgeler) yeterli cerrahi sınır elde edilemezse cerrahi eksizyon sonrası adjuvan RT kabul edilebilir bir alternatif olarak karşımıza çıkar (4,20). Ameliyat sonrası adjuvan RT alan hastalarımızın tümörleri genellikle nazolabial bölge ve periorbital bölgede yerleşik tümörlerdir. Bu hastaların takiplerinde henüz rekürrens ile karşılaşmamıştır.

Rekürrensler sıklıkla yetersiz tedavi sonrası kalan rezidü tümör nedeniyle karşımıza çıkar. Değişik çalışmalarda 5 yıllık rekürrens

oranlarının %3.1 ile %33.3 arasında değiştiği bildirilmiştir (13,21). Rekürrens en sık ilk 6 ay içinde olmaktadır ancak genellikle 2 ay ile 2 yıl arasında görülür (22-23). Bu bilgilere paralel olarak, rekürrens tespit ettiğimiz 8 hastanın hepsinde de rekürrens ilk 6 ay içinde ortaya çıkmıştır. Çok değişkenli analizler yüksek rekürrens oranları için en önemli risk faktörü olarak artan BHK çapına işaret etmektedir (13). Dubin ve Kopf, 30 mm üzerindeki lezyonlarda rekürrens oranının %23.1 olduğunu bildirmiştir (24). Hasta serimizden elde edilen düşük rekürrens oranları (%1.9) cerrahi sınırı, 4 mm'nin üzerinde tutmamıza ve ortalama BHK çapının (2.3 cm) küçük olmasına bağlanabilir. Rekürrens tespit edilen tümörlerin çaplarının ortalaması 3.7 cm olarak ölçülmüştür.

Çalışmamız kliniğimizin 2 yıllık tecrübesini yansıtmaktadır. Erken tanı ve tedavi lezyonların yayılımının engellenmesi ve rekürrensin azaltılması açısından çok önemlidir. Radyasyon onkolojisi bölümü ile koordinasyon halinde çalışılmalıdır. Buna benzer çalışmaların yapılması, tanı ve tedavi prensiplerinin standardize edilmesini sağlamak ve multidisipliner çalışmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Etik Kurul Onayı:** Dr. A. Y. Onkoloji Hastanesinden alınmış etik kurul onayı mevcut.

**Hasta bilgilendirilmiş onamı:** Mevcut.

## Kaynaklar

1. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol* 2012;166:1069-80.
2. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. *Arch Dermatol* 2010;146:283-7.
3. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, Gastman BR. What is the best surgical margin for a Basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. *Plast Reconstr Surg* 2010;126:1222-31.
4. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2011;86:292-305.
5. Brana I, Siu LL. Locally advanced head and neck squamous cell cancer: treatment choice based on risk factors and optimizing drug prescription. *Ann Oncol* 2012;23 Suppl 10:x178-85.
6. Gürsan N, Kabalar E, Yıldırım Ü. Bazal hücreli karsinomların klinik ve histopatolojik değerlendirilmesi. *Turk J Dermatopathol* 2000;9:23-8.
7. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and



- aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2007;157 Suppl 2:47-51.
8. Tiftikcioglu YO, Karaaslan O, Aksoy HM, Aksoy B, Kocer U. Basal cell carcinoma in Turkey. *J Dermatol* 2006;33:91-5.
  9. Hoban PR, Ramachandran S, Strange RC. Environment, phenotype and genetics: risk factors associated with BCC of the skin. *Expert Rev Anticancer Ther* 2002;2:570-9.
  10. Lear JT, Smith AG, Strange RC, Fryer AA. Patients with truncal basal cell carcinoma represent a high-risk group. *Arch Dermatol* 1998;134:373.
  11. van Zuuren EJ, Bastiaens MT, Posma AN, Bouwes Bavinck JN. Basal cell carcinoma on the dorsum of the hand: report of 11 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:307-10.
  12. Kossard S, Epstein E, Cerlo R, Yu L, Weedon D. Basal Cell Carcinoma. In: WHO histological classification of keratinocytic skin tumours; 2006:13-9.
  13. Barton M. Malignant Tumors of the Skin. In: Mathes S, ed. *Plastic Surgery*; 2006:273-304.
  14. Staub G, Revol M, May P, Bayol JC, Verola O, Servant JM. [Excision skin margin and recurrence rate of skin cancer: a prospective study of 844 cases]. *Ann Chir Plast Esthet* 2008;53:389-98.
  15. Kopke LFF, Schmidt SM. Carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol* 2002;77:249-82.
  16. Kılıç S. Kseroderma pigmentosum. *Güncel Pediatri* 2004;2:137-9.
  17. Eskiizmir G, Cingi C. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: current diagnosis and treatment. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2012;20:415-7.
  18. Lien MH, Sondak VK. Nonsurgical treatment options for Basal cell carcinoma. *J Skin Cancer* 2011;2011:571734.
  19. Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:57-63.
  20. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Non-melanoma skin cancer. *Lancet* 2010;375:673-85.
  21. 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.
  22. Bogelund FS, Philipsen PA, Gniadecki R. Factors affecting the recurrence rate of basal cell carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2007;87:330-4.
  23. Nagore E, Grau C, Molinero J, Fortea JM. Positive margins in basal cell carcinoma: relationship to clinical features and recurrence risk. A retrospective study of 248 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:167-70.
  24. Dubin N, Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Arch Dermatol* 1983;119:373-7.

