

## NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: PERİANAL BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM

## PERIANAL BASAL CELL CARCINOMA: A RARE CASE

Cengiz Eser, Gökçen Oran, Eyüphan Gencel, Arbil Açıklalın

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, ADANA

## ÖZET

Bazal hücreli karsinom (BHK), melanom dışı cilt kanserleri arasında en sık görülen tiptir. Perianal ve genital bölge, ultraviyole maruziyetinin az olması nedeni ile BHK'un çok nadir görüldüğü alanlardır.

Bu olgu sunumunda perianal bölgede 10 yıldır devam eden ülsere lezyon nedeniyle başvuran 50 yaşında erkek hasta değerlendirildi. Lezyondan yapılan biyopsi sonucu BHK olarak belirlendi. Daha sonra lezyon genel anestezi altında lezyon sınırının 5mm dışından eksize edildi. Eksizyon materyali BCC olarak raporlandı ve cerrahi sınırlarda tümör görülmedi. Operasyon sonrası 12 aylık takip döneminde hastada nüks veya yayılım saptanmadı.

Perianal bölge ülsere lezyonları ayırıcı tanısında öncelikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar (sifiliz, HSV enfeksiyonu gibi), pyoderma gangrenozum, Behçet Hastalığı, tromboze hemoroid, inflamatuvar bağırsak hastalığına bağlı fistül ve kolon-rektum maligniteleri akla gelmelidir. Buna ek olarak bu bölgede nadir de olsa BHK olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Bazal hücreli karsinom, deri tümörleri, perianal bölge

## ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common type of non melanoma skin cancers. Because of less exposure to ultraviolet light in perianal and genital regions, BCC is seen rarely in these areas. It is rarely seen in perianal and genital regions where non U.V. exposed areas.

In this case report a fifty years old patient who had an ulcerated lesion on his left perianal region for nearly ten years was evaluated. After BCC is diagnosed with incisional biopsy, the lesion was excised with 5mm surgical margins under general anesthesia. The excision material was reported as BCC with clean surgical margins. Neither recurrence nor metastasis was observed in postoperative twelve months follow-up.

Differential diagnosis of ulcerated lesions of perianal and genital regions include sexually transmitted diseases (e.g. Syphilis, HSV), pyoderma gangrenosum, Behçet's disease, thrombosed haemorrhoid, fistula secondary to inflammatory bowel disease, and colorectal malignancies. Even it is very rare, BCC must be kept in mind in differential diagnosis of ulcerated perianal and genital lesions.

**Keywords:** Basal cell carcinoma, skin cancer, perianal region

## GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK) melanom dışı cilt kanserlerinin en büyük kısmını oluşturmaktadır. BHK gelişiminde güneş ışığına maruziyet en önemli faktördür. Bu nedenle BHK'lar baş-boyun bölgesinde sık görülür (%75-86).<sup>1-3</sup> Ultraviyole maruziyetinin nadir görüldüğü perianal bölgede ise BHK gelişimi (%1'den az) oldukça nadirdir ve etiyojisi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Perianal bölge ülsere lezyonları ayırıcı tanısında öncelikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar (sifiliz, HSV enfeksiyonu gibi), pyoderma gangrenozum, Behçet Hastalığı, tromboze hemoroid, inflamatuvar bağırsak hastalığına bağlı fistül ve kolon-rektum maligniteleri akla gelmelidir. Buna ek olarak bu bölgede nadir de olsa BHK olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.<sup>4-7</sup>

BHK'ların metastaz yapmamasına karşın perianal BHK'lerin agresif davranışlı olabilmelerinden dolayı bu lezyonların histopatolojik olarak belirlenmesi ve eksizyonu gerekmektedir.

## OLGU SUNUMU

Elli yaşında erkek hasta, yaklaşık on sene önce perianal bölgede gelişen ağrısız papüler lezyonun giderek büyümesi, kaşıntılı olması ve kanama şikayetinin başlaması üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve 35 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Daha önce geçirilmiş cilt kanseri, travma ve radyasyon maruziyeti yoktu. Aile öyküsünde cilt kanseri mevcut değildi. Fizik muayenede sol perianal bölgede anal mukozaya 1 cm uzaklıkta saat 9 hizasında 2x2 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, ülsere vejetan, etrafı hiperemik lezyon mevcuttu (Şekil 1). Başka bir vücut bölgesinde buna benzer bir lezyon saptanmadı. Yapılan proktolojik muayenesinde lezyon haricinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Lezyondan alınan insizyonel biyopsi sonucu BHK olarak raporlandı. Takiben hastaya genel anestezi altında lezyonun sınırının 5 mm dışından eksizyon ve primer onarım uygulandı. Eksizyon materyalinin mikroskopik incelenmesi sonucu kitlenin adenoid ve solid patern-

de olduğu ve ülserenodüler tümörün dermise invaze olduğu görüldü (Şekil 2). Tümör hücrelerinde daralmış sitoplazma ve koyu renkli oval şekilli çekirdekler görüldü. Aynı zamanda fokal melanin pigmenti ve artmış mitotik aktivite göze çarpmakta idi (Şekil 3). Operasyon materyalinde cerrahi sınırların intakt olduğu raporlandı. Bir yıl süresince izlemde tutulan hastada komplikasyon ve nüks saptanmadı (Şekil 4).

### TARTIŞMA

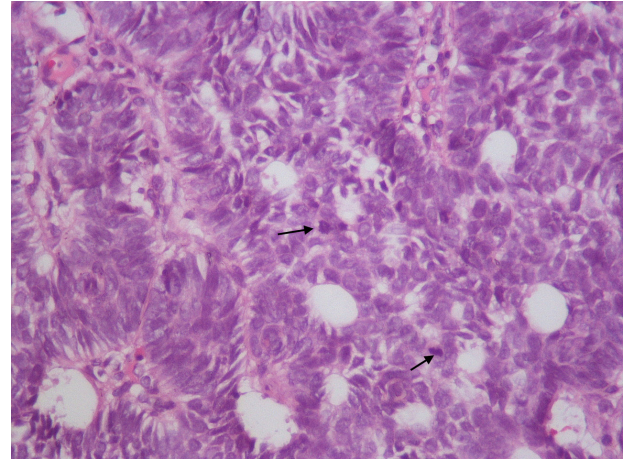
BHK cildin en sık görülen malign tümörü olup American Cancer Society tarafından beyaz ırkta yaşam boyunca gelişme riski kadınlarda %23-28 ve erkeklerde %33-39 olarak raporlanmıştır. 1824 yılında Jakob tarafından tarif edilmiş olup daha sonra Krompecher tarafından epiderminin bazal tabakasından geliştiği belirtilmiştir.<sup>1</sup> Etiyolojide UV maruziyeti belirgin rol oynarken radyoterapi hikayesi, travmatik skarlar, kronik inflamasyonlar, immün yetmezlik ve HPV enfeksiyonları diğer etiyolojik faktörleri oluşturur. BHK, tüm melanom dışı deri kanserlerinin %75 ini oluşturur<sup>2</sup> ve lezyonların %70-86 sı sıklıkla UV ışınlarına maruz kalan

baş boyun bölgesinde gelişir. Yapılan araştırmalarda BHK'ların %40'ında p53 gen mutasyonu saptanmış olup bu mutasyonların da %72 sinden UV ışınlarının sorumlu olduğu görülmüştür.<sup>3</sup> Sporadik olgularda karşılaşılan diğer sebepler ise iyonize radyasyon, arsenik maruziyeti, immün yetmezlik olarak sayılabilir. Solid organ transplantasyonu yapılan hastalarda BCC insidansı oldukça yüksek iken tümörün bu hastalarda daha agresif seyrettiği, nüks ve metastaz oranlarında da artış olduğu bilinmektedir.<sup>3</sup>

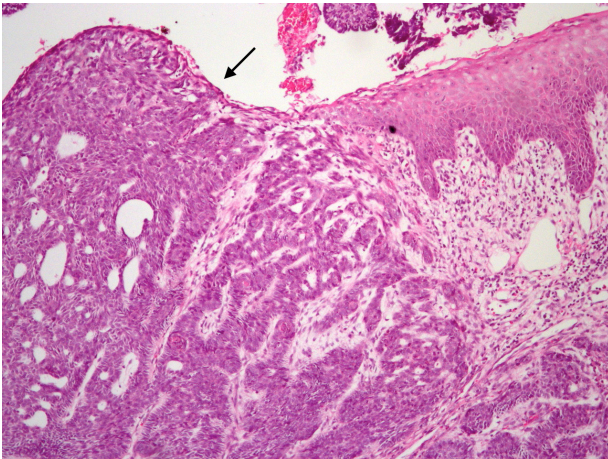
Perianal ve genital bölge gibi UV ışın maruziyetinin neredeyse hiç olmadığı alanlarda gelişen lezyonların etiyojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Gibson ve Ahmed'in 2001 yılında yayınladığı çalışma da incelenen 18943 sporadik BHK olgusunda 36 adet genital lezyon (%0,2) ve 15 adet perianal lezyon (%0,08) saptanmıştır. Yine aynı çalışmada bahsedilen bölgelerde görülen tip %66 oranla nodüler BHK iken, bunu ikinci sırada %18 oranla süperfisyal BHK takip etmektedir.<sup>4</sup> 2010 yılında ülkemizde yapılmış bir çalışmada ise UV maruziyeti olmayan alanlarda gelişen 44 lezyonun %54.55 inin süperfisyal yayımlı olduğu ve bu sebeple



**Şekil 1.** Sol perianal bölgede anal mukozaya 1 cm uzaklıkta saat 9 hizasında 2x2 cm boyutlarında düzensiz sınırlı, ülsera vejetan, çevresi hiperemik lezyon



**Şekil 3.** Tümör hücrelerinde daralmış sitoplazma ve koyu renkli oval şekilli çekirdekler görüldü. Aynı zamanda fokal melanin pigmenti ve artmış mitotik aktivite göze çarpmaktaydı.



**Şekil 2.** Histopatolojik incelemede kitlenin adenoid ve solid pattern gösterdiği ve ülserenodüler tümörün dermise invaze olduğu saptanmıştır. Oklar dermal invazyonu göstermektedir.



**Şekil 4.** Postoperatif 1 yıllık izlemde hastada herhangi bir nüks saptanmadı.

UV dışı etiyolojik faktörlerle en sık ilişkili tipin bahsedilen varyant olabileceği vurgulanmıştır.<sup>5</sup> Hastamızda da yüzeysel yayımlı BHK tespit edilmiş olup bu çalışmayı desteklemektedir.

Balakrishnan ve arkadaşlarının yaptığı olgu sunumunda perianal bölgede görülen BHK'ların daha çok ileri yaş grubunda (altıncı ve yedinci dekadlarda) görüldüğü vurgulanırken,<sup>6</sup> Misago ve Narisawa ise yaptıkları literatüre analizinde genital bölge yerleşimli BHK'ların en sık pubik bölgede, ikinci sıklıktaki yerleşim yerinin ise vulva olduğu belirtilmiştir.<sup>7</sup>

BHK tüm anorektal tümörlerin %0.2 sini oluşturmakla beraber enfeksiyöz ve inflamatuvar dermatozlara bağlı gelişen ülserlerin daha sık görülmesi sebebi ile sıklıkla yanlış tanı almaktadır<sup>8</sup>. Bu nedenle ayırıcı tanıda akılda tutularak şüpheli lezyonlardan alınan biyopsilerle histopatolojik tanı kesinleştirilmelidir.

Paterson CA ve arkadaşları perianal bölge BHK'larının diğer bölgelerdekine oranla daha agresif seyrettiğini savunmuşlardır.<sup>9</sup> Ayrıca perianal bölge BHK hastalarında diğer bölgelerde de benzer lezyonlar olabileceği, bu nedenle tüm vücudun araştırılması gerektiğini savunmuşlardır. Hastamızda da perianal bölge BHK'u saptanmış olup tüm vücut muayenesinde buna benzer başka kitleye rastlanmamıştır. Ayrıca bu bölgede gelişen BHK'un daha agresif seyredeceği göz önünde bulundurularak tanı konduktan hemen sonra eksizyon uygulanmıştır.

Perianal bölge genellikle muayene sırasında göz ardı edilebildiğinden dolayı hastanın genel muayenesinde bu bölgenin de rutin olarak muayene edilmesi gerekmektedir.

Perianal BHK tedavisinde lokal eksizyon, elektrodikasyon, küretaj ve Mohs cerrahisi uygulanabilmektedir.<sup>10</sup> Hastamızda lezyonun 0,5 cm marjiniinden eksizyon uygulanmış olup takiplerinde de nüks yada metastaz bulgusuna rastlanmamıştır.

Hastamızın klinik ön tanısında melanoma, yassı hücreli karsinom, kloakojenik karsinom, tromboze hemoroid ve fistül düşünüldü. Ancak insizyonel biyopsi sonucu BHK olarak raporlanması üzerine diğer ön tanımlar ekarte edildi.

## SONUÇ

Bu olgu sunumunda perianal bölge ülser lezyonlarında ayırıcı tanıda birçok dermatolojik ve onkolojik tanı akılda tutulmakla beraber çok nadir de olsa BHK olasılığı göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır. Histopatolojik olarak tanı konulduğunda cerrahi eksizyon ile tedavi sağlanabilmektedir.

### Dr. Gökçen ORAN

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, ADANA  
E-posta: gokcencamlik@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Rigel DS. Cancer of the skin.2nd ed. Elsevier 2011, 99.
2. Miller SJ.Biology of basal cell carcinoma (Part 1). J. Am. Acad. Dermatol.1991;24:1-13.
3. Crawson AN.Basal cell carcinoma:biology,morphology and clinical implications. Mod.Pathol. 2006;(Suppl 2):127-47.
4. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases. J Am Acad Dermatol. 2001;45:68-9.
5. Köse R, Tuna ABK, Saral Y. Clinical and histopathologic finding of basal cell carcinomas on completely covered anatomical sites of the body. Eur J Plast Surg 33 (4);2010:177- 8.
6. Sai Krishna Balakrishnan, Pankaj K Singh, Lucy Jane Smith, Vinay K Singh. Morphoeic type basal cell carcinoma of the perianal region: rare manifestation of a common disease,Research Article. Cancer Therapy Vol 6. 421.
7. Noriyuki Misago and Yutaka Narisawa. Polypoid Basal Cell Carcinoma on the Perianal Region:A Case Report and Review of the Literature. The Journal of Dermatology Vol. 2004;31: 51-5.
8. Leonard D, Beddy D, Dozois EJ. Neoplasms of anal canal and perianal skin. Clin Colon Rectal Surg. 2011;24(1):54-63.
9. Paterson CA, Young-Fadok TM, Dozois RR. Basal cell carcinoma of the perianal region: 20-year experience. Dis Colon Rectum. 1999;42:1200-2.
10. Jin Park, Yong-Sun Cho, Ki-Hun Song, Jong-Sun Lee, Seok-Kweon Yun, Han-Uk Kim. Basal Cell Carcinoma on the Pubic Area: Report of a Case and Review of 19 Korean Cases of BCC from Non-sun-exposed Areas, Ann Dermatol Vol. 23, No. 3, 2011.