

# CİLT KANSERLİ VAKALARIN RETROSPEKTİF GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

\*Gülde AVCI

\*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD.

## ÖZET

1 Ekim 2005- 15 Kasım 2007 yılları arasında Balıkesir Devlet Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğine başvuran cilt kanserli hastaların epidemiyolojik, patolojik, terapötik bilgilerinin toplanması ve analizidir. Hastalar-Yöntemler: Yatırılarak cerrahi müdahalesi yapılan 173 hastanın hasta dosyaları, epikriz formları, patoloji raporları incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, lezyonların lokalizasyonları, büyüklükleri, patolojik tanıları tespit edildi, cerrahi müdahaleler ve ameliyat sonrası takipleri kaydedildi. Doksan üç kadın, 80 erkek cilt kanserli hastanın 45inde yassı hücreli karsinom(YHK), 126sında ise basal hücreli karsinom(BHK), 2 hastada malign melanom(MM) tespit edildi. BCC tüm cilt kanserlerinin %73ü, SCC 5%26sını, malign melanom ise % 1ini oluşturmaktaydı. Yaş ortalaması 66.64 olan hastaların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktaydı. Lezyonların 168'i baş-boyunda, 7 si üst ekstremitede, 5'i alt ekstremitede, 2'si gövdedeydi. Baş boyunda YHK en sık yanakta, 2. sırada alt dudak, BHC de en sık yanakta, 2. sırada burunda görüldü. Lezyonların eksizeyonu sonucunda oluşan defektlerin 87'si deri greftiyle, 49'u lokal fleplerle, 43'ü primer suturasyon ile rekonstrükte edildi. MM tanısı alan 2 hastanın patolojide gerekli boyamaları yapılarak lezyonların derinliği bildirilemediğinden hastalar bir üst merkeze sevk edildiler. Tüm YHK tanısı alan hastalar onkolojiye sevk edildi. Ortalama takip süresi 13 aydır. 3 hastada nüks görüldü.

Açıkça görülen şudur ki cilt kanseri problemi ülkemiz için önemli bir problemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Cilt kanserleri, yaş, cinsiyet, risk faktörleri, tedavi

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SKIN CANCERS

### ABSTRACT

Between October 1 2005 and November 15 2007, patients with skin cancers were analyzed epidemiologic, pathologic and therapeutic at Balıkesir Statement Hospital, Plastic and Reconstructive Surgery Department.

173 patients were operated in hospital enrolled in this study. Epicrisis, inpatient files, pathologic reports were assessed. Ages and sexes of patients, localization of lesions, tumour thickness, horizontal size were confirmed, operations of patients, postoperative follow-up were recorded.

Ninety three women, eighty men were enrolled this study. 45 patients with squamous cell carcinoma, 126 patients with basal cell carcinoma, 2 patients with malignant melanoma were diagnosed. About 73% of cases were diagnosed as basal cell carcinoma, 26% of cases were diagnosed as squamous cell carcinoma, 1% of cases were malignant melanoma. Mean age of the patients was 66.64, more women were affected than men. Localizations of lesions were head-neck region in 18 patients, upper extremity in 7 patients, lower extremity in 5 patients, and thorax in 2 patients. Most of the squamous cell carcinoma occurred on the cheek and the lower lip, most of the basal cell carcinoma occurred on the cheek and nose. The defects after the skin cancer excision were reconstructed with skin graft in 87 patients, with local flaps in 49 patients. The defects of other patients were sutured primarily. The 2 patients were diagnosed malignant melanoma were forwarded to the university hospital. All patients with squamous cell carcinoma were assessed by oncologists. Mean follow up is 13 months.

Obviously, skin cancer is very important problem.

**Keywords:** Skin cancers, age, sex, risk factors, treatment

## GİRİŞ

Melanom dışı cilt kanserleri(MDCK) en sık görülen kanser tipidir.<sup>1</sup> MDCK'lerinin insidansını belirlemek oldukça zordur, çünkü diğer tümörler gibi takibi yapılmamaktadır. Ortalama bir hayatta BHK görülme riski yaklaşık %30'dur.<sup>2</sup> Bu da sağlık giderleri açısından oldukça büyük bir meblağa neden olmaktadır.<sup>3,4</sup> Yıllık insidans coğrafi bölgelere göre değişir: ekvatora yakın olan yerlerde MDCK gelişme riski yüksektir.<sup>5</sup> Avustralya da yıllık %1-2 insidans artışı görülmektedir ve en fazla BHK görülen yerdir. Onu Amerika ve Avrupa takip

etmektedir. En az ise Finlandiya'da görülmektedir.<sup>6</sup>

Ülkemizde sağlıklı istatistiksel verilere ulaşmak zor olsada 1977'de yapılan bir araştırmada 10 büyük ilde 39 hastane ve özel patoloji laboratuvarında 12 ay içinde 14696 yeni kanser hastası belirlenmiştir. Bu vakaların organ tutulumuna göre dağılımı incelendiğinde, birinci sırada melanom dışı cilt kanserleri (%14.9) bulunmaktadır. Ülkemizde 1982'de 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. Maddesi gereğince Kanser,"bildirimli zorunlu hastalıklar listesine" alınmış olmasına rağmen ülkemizde gerçek kanser insidansı bilinmemektedir.

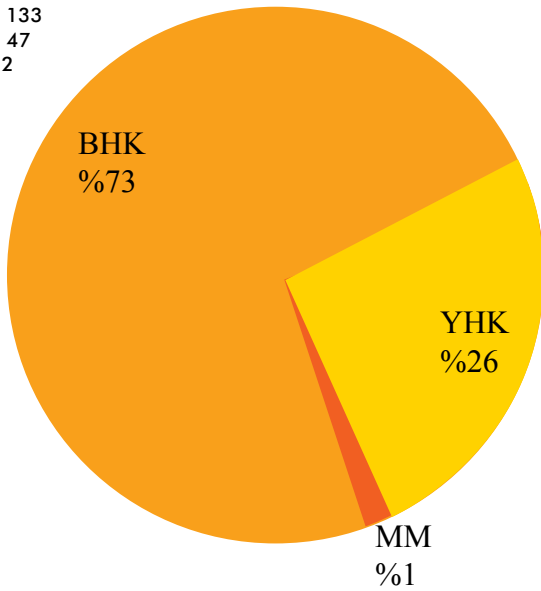
Bununla ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.<sup>7</sup> 1994'de Tuncer ve arkadaşları, 16 patoloji merkezinin 6 yıllık kayıtlarına göre yaptığı incelemede erkeklerde en sık cilt kanserler (%22.6) görülmüştür. Aynı çalışmada kadınlarda ise ilk sırayı meme kanseri alırken 2. sırada cilt kanserleri (%20.3) yer alır.<sup>8</sup> Kanser kayıtlığında, bir ülkenin kanser verisinin yansıtılması için ülkeyi temsil edecek toplam ülke nüfusunun %20'sinin kanser verisini toplamak yeterlidir. Bu nedenle ülkemizin %20 nüfusunu temsil eden Ankara, İzmir, Antalya, Samsun, Trabzon, Erzurum, Eskişehir ve Edirne illerine ait (8 il) veri toplamları ülke geneli olarak kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanserle savaş dairesi başkanlığı epidemiyoloji ve koruma şube müdürlüğünce 2004 yılı raporlarına göre MDCK leri en sık görülen 4. kanser tipidir. Erkeklerde 3. sırada yer alırken, kadınlarda 2. sırada yer almıştır.<sup>9</sup>

Bu çalışmada sınırlı bir bölge olarak Balıkesir Devlet hastanesinde görülen cilt kanserli hastalar retrospektif incelenerek analizi yapılmıştır.

### MATERYAL - METOT

2005-2007 yılları arasında Balıkesir devlet hastanesi plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniğine başvuran ve yatırılarak cerrahi müdahalesi yapılan 173 cilt kanserli hastanın hasta yatış dosyaları, anamnez ve epikriz formları, patoloji raporları incelendi. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, lezyonların lokalizasyonları, büyüklükleri, patolojik tanıları tespit edildi. Yapılan cerrahi müdahaleler ve ameliyat sonrası takipleri kaydedildi. Elde edilen veriler

BHK: 133  
YHK: 47  
MM: 2



Grafik 1: 2005-2007 yılları arasında görülen cilt kanserlerinin dağılımı

epidemiolojik, patolojik, terapötik ve prognostik bilgilerinin toplanarak analizi yapıldı.

### BULGULAR

Yüzyetmişüç cilt kanseri tanısı almış hastada 182 lezyon tedavi ve takip edildi. Basal hücreli karsinom(BHK) tanılı lezyon sayısı 133, Yassı hücreli kanser(YHK) tanılı lezyon sayısı 47, Malign melanom(MM) ise 2 lezyonda görüldü (Grafik 1). Doksan üç kadın, 80 erkek cilt kanserli hastanın hastanın 45 YHK (26 kadın, 19 erkek), 126 BHK (66 kadın, 60erkek), 2 malign melanomdur. (1kadın, 1 erkek) (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması 66,64 (31-99yaş arası)tür. Yaşlara göre dağılımlarına bakıldığında BHK 30-40 yaş arasında 4 kişide, 40-50 yaş arası 12 kişide, 50-60 yaş arası 14 kişide, 60-70 yaş arası 36 kişide, 70-80 yaş arası 37 kişide, 80 yaş üzeri 23 kişide, YHK ise 40-50 yaş 2 kişide, 50-60 yaş 6 kişide, 60-70 yaş 10 kişide, 70-80 yaş 20 kişide, 80 üzeri 7 kişide görüldü. Malign melanom 2 hastada görüldü, yaşları 62 ve 74tü, lezyonların lokalizasyonları ise sırasıyla uyluk posterioru ve boyundu(Tablo 2). MM patolojik tanısı alan 2 hastanın patolojide gerekli boyamaları yapılarak lezyonların derinliği bildirilemediği için hastalar preparatlarıyla beraber bir üst merkeze sevk edildiler.

Cilt kanserli vakaların ve lezyonların progresyon açısından risk faktörleri analiz edildi (Tablo 3).

Lezyonların lokalizasyonları ise; 168i baş-boyunda 7 si üst ekstremitede, 5i alt ekstremitede, 2 si gövdede bulunmaktaydı. YHK en çok baş-boyunda (41 lezyon), daha sonra üst ekstremitede (5 lezyon),ve 1 lezyonla da alt ekstremitede görüldü. BHKların ise 126 tanesi baş-boyunda, 2si üst ekstremitede, 3ü alt ekstremitede, 2si ise gövdede lokalizeydi (Tablo 4). Baş boyunda YHKDA en sık 1. sırada yanak, 2. sırada alt dudak iken, BHK da ise en sık 1. sırada yanak, 2. sırada burundur (Tablo 5). Lezyon büyüklükleri ise YHKda 1-11 cm arası (ortalama 5.58cm) çapında, BHK da ise 0,5-7cm arası (ortalama 3.47cm) çapındaydılar. YHK da 2 cm çapından büyük lezyonlarda progresyonun kötü olduğu bilinmektedir. Otuz dört YHKlu lezyon 2cm çapından büyük olarak tespit edildi. BHK lu vakaların 82 sinde ise lezyon çapı 2cmden büyük bulunmuştur(Tablo 6).

Prognostik faktörlerden olan YHK larda derinlikleri incelendiğinde 6 lezyonun kalınlığının 4 mmden az, 7 lezyonun 4-10mm arası kalınlıkta, 32 lezyonun ise 10mmden kalın olduğu bulundu.(Tablo 7). Retiküler dermis ve altındaki dokulara invazyonu olan 13 YHK'lu vakaların ise 6 tanesi alt dudakta, 3 tanesi yanakta, 2 tanesi alt gözkapağında ve 2 tanesi de üst ekstremitede idi (Tablo 8).

Diğer prognostik faktörler arasında olan rekürrens, skar zemininde lezyon varlığı, radyoterapi hikayesi de

CİNSİYET	YHK	BHK	MM	TOPLAM
Kadın	26	66	1	93
Erkek	19	60	1	80
Toplam	45	126	2	173

Tablo 1: Cinsiyetlere göre cilt kanserleri dağılımı

YAŞ	YHK	BHK	MM	TOPLAM
30-40 yaş arası		4		4
40-50 yaş arası	2	12		14
50-60 yaş arası	6	14		20
60-70 yaş arası	10	36	1	47
70-80 yaş arası	20	37	1	58
80 yaş üzeri	7	23		30
Toplam	45	126	2	173

Tablo 2: Yaşlara göre cilt kanserleri dağılımı

irdelendi. İki vaka daha öncede cilt kanseri tanısıyla ameliyat edilmişti. Her iki vakasında önceki ve yeni lezyonları da baş-boyunda lokalizeydi. Sadece 1 vakada yanık zemininde YHK tespit edildi. Radyoterapi alma hikâyesi hiçbir hastada tespit edilmedi. Altı vakada multiple lezyon mevcuttu. Üç hastada 3 adet, 3 hastada ise 2 adet lezyon eksize edildi. Multiple lezyonlardan sadece bir hastada BHK ve YHK tanıları geldi, diğer 5 vakada multiple lezyonlar BHK idi.

Lezyonların eksize edilmesi sonrasında YHKlu vakaların 12sinde primer sütürasyon, 1 hastada D4 e ray amputasyon yapıldı. Diğer YHKlu hastalarda oluşan defektlerin 20si deri greftiyle, 14ü lokal fleplerle rekonstrükte edildi. BHK den opere edilen hastaların 67 sinda deri grefti, 35 inde lokal flepler kullanıldı, 31 hastada ise primer sütürasyon yapıldı (Tablo 9).

Occipitalde lezyonu(10cm) olan hastanın cerrahi sınırlarda pozitif sonuç nedeniyle bir üst sağlık

edilmiştir.<sup>10,11</sup> Avusturalyada yapılan başka bir çalışmada da 1985den 1995e dek BHK da %20, SCC de %93lük artış tesbit edilmiştir.<sup>12</sup> Bu insidansda artış nedenleri çok spekülâtif olmakla beraber güneşe mazuriyetin artışının en önemli neden olduğu düşünülebilir. Bazı otörler buna ozon tabakasının incelmesinin de çok önemli rol oynadığını belirtirler.<sup>13</sup> Bu insidanstan artışta mutlaka ülkemizde de olmaktadır. Balıkesir devlet hastanesinde 2005-2007 yılları arasında görülen 173 cilt kanserli hastada BHK: 133 YHK: 47 MM: 2 tesbit edilmiştir. BHK, cilt kanserlerinin % 73, YHK % 26, MM% 1ini oluşturmuştur. Literatürde cilt kanserlerinin BHK %75ini, YKH %20sini, MM %5ini oluşturur.<sup>14</sup> Bu bulgular literatürle oldukça uyumludur.

BHK lar erkeklerde daha fazla görülmektedir ve erkek kadın oranı 2:1 iken<sup>15</sup> bizim çalışmamızda kadın hastalar daha ağırlıklıdır. Bunun sebebi olarak Balıkesir yöresinde kadınların açık havada tarım işlerinde çok çalışması olabilir.

Literatürde BHK erkeklerde kadınlardan %50 daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.<sup>16</sup>

BHK en sık baş boyunda (%93) olur, baş-boyunda ise en sık olarak burunda (%26) bildirilmiştir.<sup>17</sup> Bizim çalışmamızda baş-boyunda %96 görüldürken en sık olarak burunda bulunmuştur. Literatüre 40-79 yaş arasında görüldüğü bildirilmiştir.<sup>17</sup> Bizim vakalarımızda bu yaş grubuyla uyumlu olmasına rağmen en fazla 50-70 yaş arası görülmüştür.

BHK da progresyon için risk faktörleri arasında lezyonun çapının 2 cm den büyük olması vardır.<sup>18,19</sup> Ancak vakalarımızın lezyonlarının çap aralıkları 0.5 ile 7 arası olup ortalama olarak 3.47 cm bulunmuştur. 82 hastanın lezyonunu çapı 2 cm den büyük bulunmuştur. Literatürde 300den fazla vakada BHK un metastazı bildirilmiştir. Metastaz oranı %0.1 den az olarak bildirilmiştir. Ancak bu çalışmada takip süresi kısa olmasına rağmen BHK tanılı hiçbir hastada metastaz görülmemiştir. Metastaz risk faktörleri arasında lezyonun varlığının süresi, konvansiyonel tedaviye dirençli lezyonlar, perinöral invazyonlar, büyük lezyon, multiple odaklı lezyonlar, metatipik ve morfeaform histolojik tipleri vardır.<sup>20</sup> Burada en önemli faktörlerden biri olan lezyonun süresi konusunda hastalardan her zaman sağlıklı bilgi alınamamaktadır. Lezyonların asemptomatik olması nedeniyle hastalar tarafından lezyonun başlangıcı fark edilemeyebilir. Cilt kanserinin ciddiyeti konusunda

YHK	BHK
Lezyon çapı	Lezyon çapı
Lezyon derinliği(Breslow ve Clark sınıflamasına göre)	Lezyon varlığının süresi
Lokalizasyon	Perinöral invazyon
Önceden RT alam Hikayesi	Önceden RT alma hikayesi
Rekürrens vaka olması	Multipl odak
Histolojik özellikler	Histolojik tip
Skar zemini olması	Konvansiyonel tedaviye direnci

Tablo 3: MDCK leri progresyon ve/veya metastaz açısından risk faktörler

merkezinde reeksizyon ve rekonstrüksiyon yapıldı. 3 hastada ameliyat öncesi metastazla uyumlu bulgular tespit edildi. Bir hastaya aksiller diseksiyon, 2 hastayada unilateral boyun diseksiyonu yapıldı. YHKlu 45 hastada onkoloji merkezine sevk edildi. Takip süresi ortalama 13 aydır (2-26 ay).

### TARTIŞMA

ABD de yapılan bir çalışmada 1960dan 1980'e kadar SCCde 2.6 kez, BHKda ise 3.1 kez artış tespit

LEZYONUN LOKALİZASYONU	YHK	BHK	MM	TOPLAM
Alt ekstremitte	1	3	1	5
Gövde	-	2		2
Üst ekstremitte	5	2		7
Baş-Boyun	41	126	1	168
Toplam	47	133	2	182

Tablo 4: MDCK lerinin vücutta dağılımları

LEZYONUN LOKALİZASYONU	YHK	BHK	MM
Frontal	3	10	
Glabella	-	4	
Burun	3	28	
Medial kantalar alan	2	8	
Alt gözkapağı	2	10	
Üst gözkapağı	-	2	
Kulak	3	4	
Üst dudak	-	2	
Alt dudak	9	2	
Çene	-	4	
Yanak	16	46	
Saçlı deri	1	5	
Boyun	2	1	1

Tablo 5: MDCK lerinin baş-boyundaki yerleşimleri

bilgi verilmelidir ki hastalar bu tarz lezyonlarının farkına varabilirler.

YHK en sık baş-boyunda(%81) olduğu bilinmektedir.<sup>21</sup> Vakalarımızda da çoğunluk baş boyunda yer almaktadır. Baş-boyunda ise en sık görülen yer yanaklardır. YHKların %50-60ı baş-boyunda lokalizedir.<sup>22</sup> İkinci ve 3. Sırayı ise alt dudak ve kulaklar almaktadır. Bu lokalizasyonlar metastaz açısından riskli görülen yerlerdir. Ayrıca lezyonları %11 i üst ekstremitede tespit edilmiştir. Bu

bulgular literatürle oldukça uyumludur.

YHK da yaşla beraber görülme olasılığı artar. Bu çalışmada da yaşla beraber görülen YHK vaka sayısı artmıştır. En fazla 70-80 yaşlarında olmuştur. Kadın hastalarda daha fazla görülmüştür. YHK da erkeklerde daha fazla görülmektedir.<sup>23</sup>

YHKda tümör büyüklüğü metastaz oranıyla paraleldir. Lezyon çapı 2cm i geçtiğinde metastaz oranı 3 kat artar.<sup>24</sup> YHK da lezyon çapı 2cm den büyük ise lokal rekürrens

LEZYON BÜYÜKLÜKLERİ	YHK	BHK
Çap Ortalaması	5.58cm	3.47cm
Çap Aralıkları	1-11cm	0,5-7cm
2cm ve daha büyük çaplı lezyon sayısı	34	82

Tablo 6: YHK ve BHK lu lezyonların büyüklükleri

LEZYON KALINLIĞI	YHK'LU VAKA SAYISI
4mmden az	6
4-10mm arası	7
10mmden fazla	32

Tablo 7: YHKlu lezyonların derinlikleri

oranı 2 kat, metastaz oranı ise 3 kat artar. İnvaziv YHK 1cm den küçük lezyonlarda genellikle görülmez.<sup>25</sup> Çalışmamızdaki 45 YHK lu vakalarda lezyon büyüklükleri 1-11cm arasında olup ortalama 5.58cm bulunmuştur. Bu ölçüler metastaz ve invazivlik açısından oldukça ileri vakalar olduğunu göstermektedir. Vakaların daha erken tanılarını konup tedavilerinin yapılması uygundur. Ancak BHK larda olduğu gibi vakaların genellikle asemptomatik olmaları nedeniyle hastalar sağlık kurumlarına geç başvurmakta veya yanlış ve/veya eksik sağlık hizmeti almaktadırlar. Tümör kalınlığı YHK metastaz olasılığını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Çalışmalar, retiküler dermiste ve altında invazyon olduğunda rekürrens ve metastaz oranı artar.<sup>24</sup> Bu çalışmada YHK tanılı

LOKALİZASYON	VAKA SAYISI
Alt dudak	6
Yanak	3
Alt gözkapağı	2
Üst ekstremité	2
Toplam	13

Tablo 8: Retiküler dermis ve/veya altındaki dokulara invazyonu olan YHK vakaları

modifiye supraomohyoid boyun disseksiyonu yapılmıştır. Her üç hastada lenf nodu metastazı tesbit edilmiştir. Tüm YHKlu hastalar, takip ve tedavi için onkoloji merkezine sevk edilmiştir. YHK da rekürrens ve metastazların %75i ilk 2 yılda, %95i ise ilk 5 yılda olmaktadır<sup>28</sup>. Çalışmada ortalama takip süresi 13 aydır. Bu nedenle sonuçları bildirmek için oldukça erkendir. Tespit edilen 2 malign melanomlu vakalarda gerekli boyama ile lezyonun histolojik özellikleri bilinmediği için preparatlarla beraber başka bir sağlık kurumuna sevk edilmiştir.

TEDAVİ	YHK	BHK	TOPLAM
Primer sutureasyon	12	31	43
Deri grefti ile	20	67	87
Lokal flep	14	35	49
Diğer	1(Ray amputasyon)	-	1
Lenf nodu disseksiyonu	3 aksiller disseksiyon 1 boyun disseksiyonu 2	-	3

Tablo 9: YHK ve BHK lu hastalarda eksizyon sonrası yapılan rekonstrüksiyon seçenekler

hastaların 12 sinde retiküler dermis ve /veya altındaki dokularda infiltrasyon görüldü. Bu vakaların 6 tanesinde YHK alt dudak yerleşimiydi. İki vaka yanak yerleşimli, 2 vakada alt gözkapağı yerleşimli lezyonlarda , diğer 2 vakada ise lezyonlar üst ekstremité yerleşimliydi. 4 mmlik lezyon kalınlığında dramatik olarak metastaz oranı artar. Bir çalışmada ölümle sonuçlanan tüm YHK lu vakalarda lezyonların derinliğinin 10mmden fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>26</sup> YHK lu vakalarımızın sadece 6 tanesinde lezyon kalınlığı 4mmden az, 7sinde 4-10 mm arasında, 32 tanesinde ise 10mmden büyüktür. YHK da metastaz açısından diğer risk faktörleri arasında lezyonun rekürrens önceden alınmış radyoterapi hikayesi vardır. Ancak buradaki vakalarda rekürrens ve daha önceden alınmış radyoterapi hikayesi yoktu. Diğer prognostik faktörler arasında histolojik özellikler vardır. Ancak Balıkesir devlet hastanesinde tek patologun bulunması ve teknik sorunlar nedeniyle sağlıklı bilgilere ulaşamamıştır. YHK da metastaz insidansı %0,5 ile %16 arasında değişir.<sup>27</sup> Bu seride 3 hastada ameliyat öncesi yapılan görüntüleme çalışmalarında 3 hastada lenf nodu metastazından şüphelenilmiştir. Bir aksiller disseksiyon , 2 hastayada

## SONUÇ

Bu çalışma pek çok eksikleri olmasına rağmen bir devlet hastanesi kaynaklarıyla değerlendirilen ve tedaviye alınan hasta sayısına bakılarak cilt kanserinin ciddiyeti ülkemiz için çok belirgindir. Bu çalışma Balıkesir devlet hastanesinde 2 yılda görülen vakaların sayısının fazlalığı ve lezyonları büyüklüğü nedeniyle merkezi olmayan illerdeki hastanelerde görülen cilt kanserinin ciddiyetini göstermektedir. Morbiditesi açısından önemli bir halk sağlığı problemi.

DR. GÜLDEN AVCI  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK  
CERRAHİ AD.  
TERZİOĞLU KAMPÜSÜ, ÇANAKKALE  
Tel: 0 286 218 00 18 / 2105  
e-mail: drguldenavci@hotmail.com

## KAYNAKLAR

1. Neville JA, Welch E, Leffell DJ. Management of nonmelanoma skin cancer in 2007. *Nature clinical practice: Oncology*. 2007; 4:462-9.
2. Lear JT, Schmith AG. Basal cell carcinoma. *Postgrad Med J* 1997; 73: 538-42.
3. Chen J et al. Cost of nonmelanoma skin cancer treatment in the United States. *Dermatol Surg* 2001;27: 1035-8.
4. Housman TS et al. Skin cancer is among the most costly of all cancers to treat for Medicare population. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48: 425-9.
5. Trakatelli M, Ulrich C, Marmol V, Eunvard S, Stockfleth E, Abeni D. Epidemiology of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in Europe: accurate and comparable data are needed for effective public health monitoring and interventions. *Br J Dermatol* 2003;156: 1-7.
6. Tran H, Chen K, Shumack S. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2003; 149: 50-2.
7. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2002.
8. Tuncer İ, Burgut R, Bozdemir N, Çoşar EF. Türkiye'de Kanser Sıklığı. TÜBİTAK ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 1994.(1)
9. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (2000-2004). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2006.
10. Albert MR, Weinstock MA. Keratinocyte carcinoma. *CA Cancer J Clin* 2003;53:292-302,
11. Glass AG, Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. *JAMA* 1989;262:2097-100.
12. Staples M, Marks R, Giles G. Trends in the incidence of non-melanocytic skin cancer (NMSC) TREATED IN Australia 1985-1995: are primary prevention programs starting to have an effect? *Int J Cancer* 1998;78:144-8.
13. Lloyd SA. Stratospheric ozone depletion. *Lancet* 1993;342:1156-8.
14. Neville J, Welch E, Leffell DJ. Management of nonmelanoma skin cancer in 2007. *Oncology* 2007;4: 462-9.
15. Huber JR, Asschenfeldt BL, Stockfleth E. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Brit J Dermatol* 2007; 157( Suppl 2): 47-51.
16. Zbar R, Cotel WL. Non melanoma skin tumors I. Selected readings in Plastic Surgery. 2000; 9:1-26.
17. Zbar R, Cotel WL. Non melanoma skin tumors I. Selected readings in Plastic Surgery. 2000; 9:1-26.
18. Nguyen T, Ho D. Nonmelanoma skin cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2002; 3:193-203.
19. Randle HW. Basal cell carcinoma: identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg* 1996;22:255-61.
20. Snow SN, Shal W, Lo JS, et al. Metastatic basal cell carcinoma: Report of 5 cases. *Cancer* 1994;73: 328-35.
21. Cherplis BS, Marcusen C, Lang PG. Prognostic factors for metastasis in squamous cell carcinoma of the skin. *Dermatol Surg* 2002;28: 268-73.
22. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347: 735-8.
22. Marks R. Squamous cell carcinoma. *Lancet* 1996; 347: 735-8.
23. Stal S, Spira M. Basal and squamous cell carcinoma. Aston SJ, Beasley RW, Thorne C(eds). *Grabb and Smith's Plastic Surgery*(5th ed.).Philadelphia, :Lippincott-Raven, 1997. p.107-205.
24. Johnson TM, Rowe DE, Nelson BR, Swanson NA. Squamous cell carcinoma of the skin and lip. *J Am Acad Dermatol* 1992;6:467-84.
25. Straz MH, Bachter D, Balda BR. Sentinel lymphonodectomy in nonmelanoma skin malignancies. *B J Dermatol* 2003; 149: 763-9
26. Friedman HI, Cooper PH, Wanebo J. Prognostic and therapeutic use of microstaging of cutaneous squamous cell carcinoma of the skin. *Plast Reconstr Surg* 1963;32:21-9.
27. Dinehart SM, Pollac SV. Metastases from squamous cell carcinoma of the skin and lip. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:241-8.
28. Rowe DE, Carroll RJ, Day CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:976-90.