

Baş ve boyun melanom dışı deri kanserlerinde tümör histopatolojisi, konumu, karakteristiği, boyut ve kalınlığının incelenmesi

The evaluation of tumor histopathology, location, characteristic, size and thickness of nonmelanoma skin cancers of the head and neck

Dr. Görkem Eskiizmir,¹ Dr. Erdoğan Özgür,¹ Dr. Peyker Temiz,²
Dr. Gülsüm Gençoğlan,³ Dr. Aylin Türel Ermertcan³

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, ²Patoloji Anabilim Dalı, ³Dermatoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye;

Amaç: Bu çalışmada baş ve boyun bölgesi melanom dışı deri kanseri (MDDK) nedeniyle cerrahi uygulanan olguların tümörlerinin karakteristik özellikleri ve bu özellikler arasındaki ilişkileri araştırıldı.

Hastalar ve Yöntemler: Aralık 2007-Mart 2011 tarihleri arasında kliniğimizde baş ve boyun bölgesi MDDK nedeniyle cerrahi uygulanan 90 olgunun 106 lezyonu çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, tümörün histopatolojik tipi, boyut ve kalınlığı, konumu, Clark evresi, T evresi, rekürens riski ve rekürens varlığı, onarım tekniği ve cerrahinin başarısı değerlendirilerek istatistiksel analiz yapıldı.

Bulgular: Bazal hücreli karsinom (BHK) yassı hücreli karsinoma (YHK) kıyasla yaklaşık iki kat daha sık idi. Tümörlerin en sık yerleşim yeri, burun ve dudaktı. Lezyonların büyük çoğunluğu (%71.7) yüksek rekürens riski taşımaktaydı. Tümörün histopatolojik tipi ile tümör boyut ve derinliği arasındaki ilişki incelendiğinde, YHK'de tümör boyut ve kalınlığının, görece yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Tümörlerin histopatolojik tipi ve konumu arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıydı.

Sonuç: Baş ve boyun bölgesinde en sık rastlanan MDDK, BHK'dir. Bu olguların çoğunluğu yüksek rekürens potansiyeline sahiptir. Yassı hücreli karsinomların boyut ve kalınlıkları BHK'ye göre daha yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Baş ve boyun neoplazmları, deri; neoplazm, lokal rekürens; rekonstrüktif cerrahi işlemler.

Objectives: This study aims to investigate the characteristic features of tumors and relationship between features in cases who underwent surgery for nonmelanoma skin cancer (NMSC) of the head and neck.

Patients and Methods: Between December 2007 and March 2011, 106 lesions of 90 cases who underwent excision of NMSC of the head and neck in our clinic were included. The statistical analysis was performed by evaluating the demographic data, histopathologic type, size and thickness of tumor, location, Clark stage, T stage, risk of recurrence and the presence of recurrence, reconstruction technique and success rate of surgery.

Results: Basal cell carcinoma (BCC) was approximately two-fold more common than squamous cell carcinoma (SCC). The most common locations of tumors were the nose and lip. Most of lesions (71.7%) were at high-risk of recurrence. When the relationship of histopathologic type with the size and depth of tumor were analyzed, it was found that the size and thickness of tumor in SCC were relatively higher with a statistically significant difference. The relationship between histopathologic type and the location of tumors was also statistically significant.

Conclusion: Basal cell carcinoma is the most common NMSC of the head and neck. Most of these cases have the potential of high rate of recurrence. The size and thickness of SCC are higher than BCC.

Key Words: Head and neck neoplasms, skin; neoplasm recurrence, local; reconstructive surgical procedures.

Deri kanserleri vücutta en sık görülen kanserlerdir.^[1] Deri kanserleri histopatolojik olarak melanom ve melanom dışı deri kanserleri (MDDK) şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılında yeni tanı alan iki milyon üzerinde MDDK olgusu olduğu bildirilmiştir.^[1] Ayrıca yıllara göre yapılan analizlerde MDDK'lerin insidansının birçok ülkede artış eğiliminde olduğu tespit edilmiştir.^[2]

Melanom dışı deri kanserleri sıklıkla görülmelerine rağmen mortalitelerinin düşük olması nedeniyle birçok kanser sürveyansı sisteminde yer almamaktadır. Her ne kadar MDDK'lerin prognozu iyi olsa da; sık görülmeleri yüksek iş gücü kaybına ve artmış sağlık harcamalarına neden olmaktadır. Sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde MDDK tedavisinin yıllık ortalama maliyetinin yaklaşık 400 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir.^[3,4]

Melanom dışı deri kanserlerinde en sık rastlanan bazal hücreli karsinom (BHK) epidermin bazal hücrelerinden, yassı hücreli karsinom (YHK) ise epidermal keratinositlerden kaynaklanmaktadır. Her iki karsinomun da gelişiminde güneş maruziyetinin etyolojik rolü ve önemi bilinmektedir.^[5] Özellikle dalga boyu 280-320 nm olan ultraviyole B ışınları karsinojeniktir.^[6] Bazal hücreli karsinom gelişimi için çocukluk çağından başlayan uzun yıllar boyunca maruziyet önemliyken, YHK için ise zamandan çok kronik kümülatif yoğun maruziyetin bulunması önemlidir.^[5] Bu nedenle, özellikle baş ve boyun bölgesi olmak üzere en çok güneş ışınlarına maruz kalan vücut bölgeleri en yüksek riski taşımaktadır.^[7] Gerçekten de, tüm MDDK'ların yaklaşık %80'i baş ve boyun bölgesindedir.^[7,8]

Melanom dışı deri kanserlerinin tedavisinde birçok tıbbi ve cerrahi yöntem tanımlanmıştır; bunların başlıcaları: cerrahi eksizyonlar, radyoterapi, kemoterapi ve lazer eksizyondur.^[9,10] Günümüzde bu tedavi yöntemlerinden en sık uygulanan ve tedavide altın standart olarak kabul edilen cerrahi eksizyondur.^[10] Melanom dışı deri kanserlerinin cerrahi tedavisinde, tümörün histopatolojik tipi, boyut ve kalınlığı, karakteristiği, konumu ve rekürrens riski gibi özelliklerin değerlendirilmesi çok önemlidir. Ayrıca bu özellikler tümör eksizyonu sonrasında oluşacak defektin onarımında kullanılacak tekniğin seçimini ve elde edilecek işlevsel ve kozmetik sonuçları da direkt olarak etkilemektedir.

Bu makalede, kliniğimizde baş ve boyun bölgesinde MDDK nedeniyle cerrahi eksizyon ve onarım uygulanan olguların demografik verileri, tümör özellik ve karakteristiğinin incelenmesi ve bu özellik ve karakteristikler arası ilişki ve etkilerin araştırılması hedeflenmiştir.

HASTALAR VE YÖNTEMLER

Çalışma için 02.06.2011 tarihli 168 sayılı Celal Bayar Üniversitesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Çalışmamıza, Aralık 2007 - Mart 2011 tarihleri arasında kliniğimizde baş ve boyun bölgesinde MDDK saptanan ve cerrahi uygulanan 90 hasta ve 106 lezyonu (32 kadın, 58 erkek; ort. yaş 66 yıl; dağılım 24-87 yıl) dahil edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda malign melanom, benign veya prekanseröz deri lezyonları şeklinde bildirilen olgular çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların tamamına aynı Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi uzmanı tarafından ayrıntılı kulak burun boğaz, baş ve boyun muayenesi yapıldı, gerekli görülen hastalardan boyun ultrasonografisi, boyun ve toraks bilgisayarlı tomografisi gibi ek radyolojik incelemeler istendi. Hastaların tümünün ameliyat öncesinde rutin dermatolojik ve dermoskopik muayenesi dermatoloji uzmanları tarafından yapıldı. Dermoskopik muayene için bilgisayarlı dijital epiluminans mikroskop sistemi (Molemax 3, Derma Medical Systems, Viyana-Avusturya) kullanılarak lezyonların dermoskopik görüntüleri kaydedildi. Hastaların ve lezyonların ameliyattan önce, ameliyat sırasında ve sonrasında fotoğrafları çekildi; bu fotoğraflar ve hasta bilgileri dijital ortamda kaydedildi. Hastalara ameliyattan önce hastalıkları ile ilgili bilgi verildi, uygulanması planlanan tedavi yöntemi ve alternatif tedavi seçenekleri anlatıldı. Cerrahi tedaviyi kabul eden hastalara olası sonuçlar ve komplikasyonlar hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Hastaların tümünden ameliyattan önce aydınlatılmış onam formu ve fotoğrafların bilimsel amaçla kullanımı için onam formu alındı.

Klinik değerlendirmelere göre cerrahi sınır, ön tanısı BHK olan olgularda 4-6 mm, YHK olan olgularda ise 8-10 mm olacak şekilde tümör rezeksiyonu uygulandı. Yüksek rekürrens riski olan MDDK olguların (n=33) tümör rezeksiyonu için aşamalı cerrahi uygulandı. Ameliyat sırası cerrahi sınır değerlendirilmesi gereken olgularda (dudak YHK olguları) frozen histopatolojik inceleme yapıldı. Tüm lezyonların histopatolojik incelenmesi aynı patoloj tarafından yapıldı. Tümörün boyutu ve

karakteristiğine göre lenfojenik metastaz riski yüksek olan (lenf nodu metastaz riski >%15) veya boyunda metastatik lenf nodu tutulumu saptanan hastalara boyun diseksiyonu da uygulandı. Lezyonların eksizyonu sonrasında oluşan defektin konumu, boyutu ve derinliğine uygun olarak ideal onarım seçenekleri (primer onarım, greft, flep, vs.) estetik sonuçlar ve hastaların beklentileri göz önüne alınarak planlandı. Eksizyonun ardından oluşan defektin onarımı planlanan onarım seçeneğine göre aynı seansta veya cerrahi sınır negatifliği sağlandıktan sonraki bir seansta yapıldı. Burun bölgesindeki defektlerin boyutu bir alt ünitenin %50'sinden fazla olduğunda alt ünitenin tamamı eksize edilerek onarım yapıldı, böylelikle daha iyi bir estetik sonuç elde edilmesi hedeflendi. Deri dikişleri aksi bir gereklilik olmadıkça 7. gün alındı. Hastalar ameliyat sonrası dönemde 1. ay haftalık, 1-6. aylarda aylık 6. aydan sonra 3-4 aylık periyotlarla kontrollere çağrıldı. Hastaların her kontrolünde fotodökümantasyon uygulandı.

Çalışmamızda tüm hastaların demografik verileri (yaş ve cinsiyet), tümörün konumu, histopatoloji karakteristiği ve özellikleri (tipi, alttipi, diferansiyasyonu, rekürent tümör olması ve perinöral tutulum varlığı), boyutu, kalınlığı, Clark evresi, T evresi, tümör rekürens riski ve rekürens varlığı, uygulanan onarım seçeneği ve başarısı değerlendirildi. Lezyonların konumu yüzdeki sekiz üniteye (alın, burun, dudak, çene, boyun, göz, yanak, kulak) göre belirlendi. Lezyonların T evresi ve rekürens riski, National Comprehensive Cancer Network 2011 kriterlerine göre değerlendirildi.^[9] Çalışmaya dahil edilen tüm olgular kontrole çağrılarak tümör rekürens ve onarım başarısı açısından kontrolleri yapıldı ve formlarına kaydedildi. Tüm formlardaki veriler istatistiksel analizlerinin yapılması için dijital ortama aktarıldı.

İstatistiksel analiz

Olgu ve lezyonların verileri Windows için SPSS (SPSS Inc., Chicago, İllionis, USA) 16.0 versiyon paket programına kaydedildi. Tümör tipi ile tümör konumu, rekürent tümör, Clark evresi, rekürens riski, perinöral tutulum ve T evresi arasındaki ilişki ki kare testi ile değerlendirildi. Tümör tipi ile tümör boyut ve kalınlığı arasındaki ilişki Student t-testi ile analiz edildi. Tümör konumu ile tümör boyut ve kalınlığı arasındaki ilişki Kruskal-Wallis testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz sonucunun $p < 0.05$ olarak saptanması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

On üç hastada birden fazla MDDK saptandı. Çalışmadaki tümörler konumlarına göre ayrıldığında, 38'i (%35.8) burunda, 27'si (%25.5) dudakta, 23'ü (%21.7) yanakta, sekizi (%7.5) alında, beşi (%4.7) boyunda, ve beşi (%4.7) de kulaktaydı. Tüm lezyonların beşi (%4.7) rekürent tümördü. Histopatolojik inceleme sonucuna göre 65'i (%61.3) BHK, 41'i (%38.7) YHK olarak bildirildi; ayrıca dört tümörde (%3.7) perinöral tutulum saptandı.

Bazal hücreli karsinomların 45'i (%69.2) nodülöülseratif ve 20'si (%30.8) infiltratif/morfeiform tip olarak belirlendi. Tümörlerin ortalama boyutu 13.8 ± 9.4 mm ve ortalama kalınlığı 4.7 ± 3.7 mm idi. Lezyon kalınlığına göre yapılan Clark evrelemede lezyonların dördünün (%3.8) evre 1, 17'sinin (%16.0) evre 2, 28'inin (%26.4) evre 3, 21'inin (%19.8) evre 4 ve 36'sının da (%34.0) evre 5 olduğu belirlendi. Bunun yanı sıra, 76 lezyonun (%71.7) yüksek rekürens riski taşıdığı saptandı. T evresine göre değerlendirme yapıldığında; lezyonların ikisinin (%1.9) Tis, 44'ünün (%41.5) T1, 60'ının (%56.6) T2

Tablo 1. Melanom dışı deri kanserleri nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda kullanılan onarım teknikleri

Onarım için kullanılan yöntem	Sayı	Yüzde
Primer onarım		
(V-W rezeksiyonlar dahil)	27	25.4
İki taraflı ilerletme flebi	5	4.7
Bilobe flep	4	3.8
Rombik flep	3	2.8
Paramedian alın flebi	17	16
Dorsal nazal felp	2	1.9
Rotasyon flebi	6	5.7
Melolabial flep	6	5.7
V-Y ilerletme flebi	13	12.3
Abbe-Sabatini ve		
Estlander flebi	4	3.8
Karapandzic flep	2	1.9
Dil flebi	1	0.9
O-T flep	2	1.9
İnterpolat flep	1	0.9
Glabellar flep	3	2.8
Vermillenektomi	2	1.9
Total aurikülektomi	2	1.9
Greft ile onarım	4	3.8
Sekonder iyileşme	2	1.9
<i>Toplam</i>	106	100

olduğu izlendi. Tümör eksizyonu sonrasında oluşan defektin onarımı için kullanılan yöntemler Tablo 1'de sunulmuştur (Şekil 1). Olguların kontrol muayenelerinde hiçbir olguda tümör rekürensisi olmadığı ve greft/flep kaybı gelişmediği belirlendi.

Tümör tipinin tümör konumu, boyut ve kalınlığı, rekürens tümör oranı, Clark evresi, rekürens riski, perinöral tutulum ve T evresine göre dağılımı ve arasındaki ilişki Tablo 2'de sunulmuştur. Bunun yanı sıra, tümör konumuna göre tümör boyut ve kalınlığı, rekürens tümör oranı, Clark evresi, rekürens riski, perinöral tutulum ve T evresi ve ilişkileri Tablo 3'de sunulmuştur.

Hastaların ortalama takip süresi 28.3 (dağılım 2-40) aydı.

TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilen baş ve boyun bölgesi MDDK nedeniyle cerrahi uygulanmış hastaların epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde; baş ve

boyun bölgesinde MDDK'nin kadınlara kıyasla erkeklerde daha sık (%64) olduğu ve 6. dekatan önce sıklığının (ort. yaş 66; dağılım 24-87) daha düşük olduğu saptandı. Literatürde de, MDDK'lerin erkeklerde daha sık olduğu ve 60'lı yaşlardan sonra belirgin oranda artış gösterdiği bildirilmiştir.^[11]

Bunun en temel nedeninin erkeklerin özellikle meslekleri ile ilişkili olarak güneş maruziyetine açık olmaları olduğu düşünülmektedir. Melanom dışı deri kanserleri gelişiminin ileri yaşlarda ortaya çıkmasının nedeni olarak BHK'lerde aralıklı yoğun ultraviyole ışın maruziyeti ve YHK'lerde kümülatif ultraviyole ışınına maruziyetin etkisi olduğu ileri sürülmektedir.^[5-11]

Çalışmamıza dahil edilen toplam 106 lezyonun 65'i (%61.3) BHK, 41'i (%35.8) ise YHK olarak saptandı. Her ne kadar, literatürde BHK ile YHK oranının 4:1 olduğu bildirilse de, bizim çalışmamızda bu oran 2:1'den düşüktür.^[3] Bu farklılığın,



Şekil 1. (a) Burunda infiltratif tip, üst dudakta nodüloülseratif tipte bazal hücreli karsinomu olan bir olgunun ameliyat öncesi görüntüsü. (b) Tümörlerin cerrahi sınırlarla birlikte belirlenmesi ve işaretlenmesi. (c) Tümör eksizyonu sonrasında üst dudakta oluşan defektin nazolabial flep ile onarımı. (d) Tümör eksizyonu sonrasında nazal dorsumunda oluşan geniş defektin paramedian alın flebi ile onarımı. (e) Olgunun paramedian alın flebi ayrılması öncesi ameliyat sonrası 2. haftadaki görüntüsü. (f) Olgunun ameliyat sonrası 1. yıl görüntüsü.

Tablo 2. Melanom dışı deri kanseri olgularında tümör tipine göre, tümör boyutu, kalınlığı, reküren tümör, Clark evresi, rekürens riski, perinöral tutulum, T evresinin dağılımı ve aralarındaki ilişki

	Tümör tipi						p	
	Bazal hücreli karsinom			Yassı hücreli karsinom				
	Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS		
Tümör konumu								
Alın	7	87.5		1	12.5			
Burun	32	84.2		6	15.8			
Dudak	5	18.5		22	81.5		<0.001†‡	
Yanak	15	62.5		8	34.8			
Boyun	5	100		–	–			
Kulak	1	20		4	80			
Tümör boyutu			12.1±8.1			16.6±10.7		0.0160‡‡
Tümör kalınlığı			4.1±2.4			5.7±5.0		0.028‡‡
Reküren tümör								
Evet	3	4.6		2	4.9		0.950†	
Hayır	64	95.4		39	95.1			
Clark evresi								
1	2	3.1		2	4.9		0.095†	
2	9	13.8		8	19.5			
3	21	32.3		7	17.1			
4	16	24.6		5	12.2			
5	17	26.2		19	46.3			
Rekürens riski								
Yüksek	38	62.3		18	81.8		0.076†	
Düşük	23	37.7		4	18.2			
Perinöral tutulum								
Var	–	–		4	9.8		0.010†‡	
Yok	65	100		37	90.2			
T Evresi								
Tis	–	–		2	4.9		0.165†	
T1	29	44.6		15	36.6			
T2	36	55.4		24	58.5			
T3	–	–		–	–			
T4	–	–		–	–			

Ort.±SS: Ortalama ± standart sapma; † Ki-kare testi kullanılmıştır; ‡ Student t-testi kullanılmıştır; § İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05).

bizim toplumumuzda özellikle YHK gelişiminde rol oynayan kümülatif UV ışınına maruziyetin daha fazla olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda, BHK'ler en sık burunda (32 lezyon, %49.2) yer alırken YHK'ler en sık dudakta (22 lezyon, %48.8) saptanmıştır. Tüm lezyonlar konumlarına göre incelendiğinde ise MDDK'lerin %61.3'ünün orta hatta (burun %35.8, dudak %25.5) geliştiği gözlemlendi. Demir ve Apaydın^[12] MDDK'lerle ilgili olarak yaptıkları retrospektif çalışmada, bizim çalışmamızdaki bulgu-

larla benzer şekilde lezyonların %31.6'sının burunda %28.7'sinin dudakta yer aldığını bildirmişlerdir.

Tümör tipi ile baş boyun bölgesindeki konumu arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001). Buna göre, BHK'lere alın (%87.5), burun (%84.2), yanak (%65.2) ve boyunda (%100) sık rastlanırken; YHK dudak (%81.5) ve kulakta (%80) sık görülmekteydi. Alt dudaktaki lezyonların tamamı (%100) YHK, üst dudaktakilerin çoğu (%55.5) ise BHK olarak

raporlandı. Klasik bilgi olarak, dudakta YHK'nin en sık malign histopatolojik tip olduğu ve özellikle alt dudakta tutulum yaptığı, üst dudakta ise BHK'nin görece daha sık olduğu bilinmektedir.^[13]

Histopatolojik tip ile tümör derinliği ve boyutu karşılaştırıldığında, YHK'de ortalama tümör derinliği ve boyutunun BHK'ye kıyasla daha fazla olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Tablo 2). Bunun yanı sıra, YHK'de cerrahi sınırın daha geniş tutulması nedeniyle ortaya çıkan defektin boyutu daha da genişlemektedir ki, bu da onarımın daha komplike hale gelmesine yol açmaktadır. Her ne kadar, tümör derinliği açısından YHK ile BHK arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olsa da, Clark evresine göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0.095$). Bunun nedeni, her iki histopatolojik tipteki lezyonların yaklaşık %50'sinin Clark evre 4 ve 5 olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmadaki MDDK'ler rekürens potansiyellerine göre incelendiğinde önemli bir çoğunluğunun (%71.7) (BHK: %62.3, YHK: %81.8) yüksek rekürens riski taşıdığı gözlemlendi. Bunun nedeni, olguların kliniğimize geç başvurusu veya görece büyük lezyonların refere edilmesi olabilir. Çalışmadaki

tüm lezyonlar arasında sadece dört olguda perinöral tutulum izlendi ki bu olguların tamamında histopatolojik tanı YHK olarak bildirilmiş idi. Literatürde de perinöral tutulumun YHK lezyonlarında BHK lezyonlarına kıyasla daha sık rastlandığı bilinmektedir.^[14-16] Perinöral tutulum saptanan lezyonların ikisi (%50) dudakta görülse de tümör yerleşimiyle perinöral tutulum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.870$). Bu durum perinöral tutulumu olan lezyon sayısının az olması ile ilişkilendirilebilir.

Baş ve boyun bölgesi yerleşimli MDDK'lerin tümör konumuna göre tümör derinliği ve boyutu incelendiğinde ise her ne kadar kulak yerleşimli tümörler gerek derinlik gerekse boyutu açısından daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0.178$; $p=0.362$). National Comprehensive Cancer Network 2011 Guidelines'a göre MDDK için hazırlanan tümör evreleme sistemine göre değerlendirilen lezyonların sadece %1.9'u Tis, %41.5'i T1, %56.6'sı T2 olarak belirlendi. Çalışmamızda hiçbir olguda T3 veya T4 tümöre rastlanmadı. Lezyonların çoğunun T2 olmasının nedeni özellikle baş ve boyun bölgesi yerleşimli tümörlerde iki veya daha fazla yüksek risk faktörü ile sık karşılaşılmıştır. Çalışmaya

Tablo 3. Melanom dışı deri kanseri olgularında tümör konumuna göre, tümör boyutu, kalınlığı, rekürens tümör, Clark evresi, rekürens riski, perinöral tutulum, T evresinin dağılımı ve aralarındaki ilişki

	Tümör konumu														p				
	Alın			Burun			Dudak			Yanak			Boyun			Kulak			
	Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS	Sayı	Yüzde		Ort.±SS	Sayı	Yüzde	Ort.±SS
Tümör boyutu			13.8±11.1			10.9±6.8			15.1±10.0			15.3±10.5			17.4±14.0			18.8±8.3	0.178†
Tümör kalınlığı			4.9±4.2			4.3±2.1			5.8±5.8			3.9±2.5			3.4±1.3			6.2±3.1	0.362†
Reküren tümör																			
Hayır	8	100		34	89.5		26	96.3		23	100		5	100		5	100		0.423‡
Evet	-	-		4	10.5		1	3.7		-	-		-	-		-	-		
Clark evresi																			
1	-	-		2	5.3		2	7.4		-	-		-	-		-	-		
2	1	12.5		4	10.5		5	18.5		4	17.4		2	40.0		1	20.0		
3	3	37.5		8	21.1		3	11.1		13	56.5		-	-		1	20.0		0.145‡
4	2	25.0		10	26.3		6	22.2		1	4.3		2	40.0		-	-		
5	2	25.0		14	36.8		11	40.7		5	21.7		1	20.0		3	60.0		
Rekürens riski																			
Yüksek	5	71.4		30	81.1		9	69.2		7	38.9		3	60.0		2	66.7		0.075‡
Düşük	2	28.6		7	18.9		4	30.8		11	61.1		2	40.0		1	33.3		
Perinöral tutulum																			
Var	-	-		1	2.6		2	7.4		1	4.3		-	-		-	-		0.870‡
Yok	8	100		37	97.4		25	92.6		22	95.7		5	100		5	100		
T evresi																			
Tis	-	-		1	2.6		-	-		1	4.3		-	-		-	-		
T1	4	50.0		10	26.3		11	40.7		13	56.5		3	60.0		3	60.0		
T2	4	50.0		27	71.1		16	59.3		9	39.1		2	40.0		2	40.0		0.508‡
T3	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		
T4	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		

Ort.±SS: Ortalama ± standart sapma; † Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır; ‡ Ki-kare testi kullanılmıştır.

dahil edilen reküren tümörlerin %80'i (n=4) burun yerleşimli olmasına rağmen konuma göre yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark bulunamadı (p=0.423). Literatürde sunulan çalışmalarda, özellikle yüz orta hattı (burun, alın, nozolabial oluk, filtrum, iç kantus) yerleşimli tümörlerde rekürens oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[17,18]

Bizim bu çalışmamızdaki olguların uzun dönem takiplerinde (ortalama 2.5 yıl) hiçbir lezyonda rekürens gözlenmedi. Tümör eksizyonu sonrası takiplerde hiçbir hastada rekürens rastlanmamasının nedeninin, tümörlerin total eksizyonunun sağlanması ve histopatolojik incelemede cerrahi sınırların tüm olgularda negatif olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Gooding ve ark.,^[19] özellikle BHK için cerrahi sınırdaki tümör pozitifliği durumunda rekürens oranının %35 olduğunu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Ülkür ve ark.^[20] MDDK'lerde tümörün cerrahi eksizyon sınırına yakın olması durumunda yüksek rekürens riski taşıdığını vurgulamışlardır. Bu nedenle, tümörün tam eksizyonunu sağlamak için yüksek rekürens riskli olgularda aşamalı cerrahi veya frozen kesitli histopatolojik inceleme kullanıldı. Özellikle burun yerleşimli yüksek riskli tümörlerde uyguladığımız aşamalı cerrahinin rekürens riskini azaltıcı rolünü vurguladığımız yayında da olduğu üzere yüksek riskli MDDK'lerde aşamalı cerrahi ve kesin histopatolojik raporla inceleme onkolojik olarak oldukça güvenli bir yöntemdir.^[21] Bunun yanı sıra, aşamalı cerrahi için uygun olmayan lezyonlarda (örneğin: dudak) ameliyat sırası frozen kesitli histopatolojik inceleme yapılması önerilmektedir.^[22-24]

Sonuç olarak, baş ve boyun yerleşimli MDDK'lerin önemli bir çoğunluğu yüksek rekürens potansiyeline sahiptir. En sık BHK'ye rastlanmaktadır ve bu tümörler özellikle burunda yüksek tutulum göstermektedir. Yassı hücreli karsinomların sıklığı görece az olmakla birlikte boyut ve kalınlıkları daha fazladır. Melanom dışı deri kanserleri yanak dışındaki bölgelerde yüksek Clark evresine sahiptir ki, bu durum da tümör rekürensi için önemli bir risk oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; caac.20073. Available from: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/abstract/caac.20073v1>.
- Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, Tollefson MM, Otley CC, Weaver AL, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA* 2005;294:681-90.
- Chen JG, Fleischer AB Jr, Smith ED, Kancler C, Goldman ND, Williford PM, et al. Cost of nonmelanoma skin cancer treatment in the United States. *Dermatol Surg* 2001;27:1035-8.
- Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. *Med J Aust* 2006;184:6-10.
- Armstrong BK, Kricger A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B* 2001;63:8-18.
- Rubin AI, Chen EH, Ratner D. Basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 2005;353:2262-9.
- Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, Tollefson MM, Otley CC, Weaver AL, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA* 2005;294:681-90.
- Hauschild A, Breuninger H, Kaufmann R, Kortmann RD, Schwipper V, Werner J, et al. Short German guidelines: basal cell carcinoma. *J Dtsch Dermatol Ges* 2008;6 Suppl 1:S2-4.
- Basal cell and squamous cell skin cancers. NCCN guideline. Version 2. National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2011. Available from: <http://2011.nucc.org/06/09/11>
- Mc Loone NM, Tolland J, Walsh M, Dolan OM. Follow-up of basal cell carcinomas: an audit of current practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:698-701.
- Katalinic A, Kunze U, Schäfer T. Epidemiology of cutaneous melanoma and non-melanoma skin cancer in Schleswig-Holstein, Germany: incidence, clinical subtypes, tumour stages and localization (epidemiology of skin cancer). *Br J Dermatol* 2003;149:1200-6.
- Demir UL, Apaydın F. Our experience with surgery of non melanoma cutaneous malignancies of head and neck. [Article in Turkish] *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg* 2009;19:138-45.
- Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970-2006. *Br J Dermatol* 2010;162:1103-9.
- Ballantyne AJ, McCarten AB, Ibanez ML. The extension of cancer of the head and neck through peripheral nerves. *Am J Surg* 1963;106:651-67.
- Cottel WI. Perineural invasion by squamous-cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8:589-600.
- Green N, Landman M. Perineural metastases from squamous cell carcinoma of the face. Therapeutic considerations. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981;90:183-5.
- McGuire JF, Ge NN, Dyson S. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck I: histopathology and clinical behavior. *Am J Otolaryngol* 2009;30:121-33.
- Martinez JC, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1253-65.
- Gooding CA, White G, Yatsushashi M. Significance of marginal extension in excised basal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 1965;273:923-4.
- Ülkür E, Karagöz H, Açikel C, Yüksel F, Çeliköz B. The recurrence frequency of nonmelanotic skin cancers:

- A retrospective analysis over 11 years. *Cerrahpaşa J Med.* 2005;36:189-93.
21. Eskiizmir G, Gençoğlan G, Temiz P, Hirçin Z, Ermertcan A. Staged-surgery with permanent pathology for the management of high-risk nonmelanoma skin cancer of the nose. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011;268:117-21.
 22. Bentkover SH, Grande DM, Soto H, Kozlicak BA, Guillaume D, Girouard S. Excision of head and neck basal cell carcinoma with a rapid, cross-sectional, frozen-section technique. *Arch Facial Plast Surg* 2002;4:114-9.
 23. Friedman NR. Prognostic factors for local recurrence, metastases, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:281-2.
 24. Neville JA, Welch E, Leffell DJ. Management of nonmelanoma skin cancer in 2007. *Nat Clin Pract Oncol* 2007;4:462-9.