

Aksiller bazal hücreli karsinom

AXILLARY BASAL CELL CARCINOM

Birgül TEPE¹, İbrahim Halil ERDOĞDU², Serap İŞLER³

¹ Pazarcık Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Kahramanmaraş

² Adıyaman Üniversitesi, Tıp fakültesi, Patoloji AD, Adıyaman

³ Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Adıyaman

ÖZ

Bazal hücreli karsinom, dünya çapında en yaygın deri kanseridir. Başlıca nedensel faktör, kronik ultraviyole ışınlarına maruziyettir. Genellikle baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda görülür, ancak güneşten korunmuş alanlarda da oluşabilir. Bazal hücreli karsinom'un aksiller lokalizasyonu çok nadirdir.

Burada, aksiller bölgede bazal hücreli karsinom saptanan 73 yaşında bir erkek olgu sunulacaktır. Amacımız, bu sık görülen deri kanserinin nadir lokalizasyonlarına dikkat çekmektir.

Anahtar kelimeler: Bazal hücreli karsinom, aksilla,

ABSTRACT:

Basal cell carcinoma is the most common cutaneous cancer worldwide. The main causative factor is exposure to chronic ultraviolet radiation. It usually occurs on sun-exposed areas such as face and neck, but it may also occur on sun-protected areas. Axillary location of basal cell carcinoma is very rare.

Here we will present a case of 73-year-old man with basal cell carcinoma of axilla. The aim of our report is to draw attention to the rare location of this frequent skin malignancy.

Key words: Basal cell carcinoma, axilla

Birgül TEPE

Pazarcık Devlet Hastanesi
Dermatoloji Kliniği
KAHRAMANMARAŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK), tüm kutanöz kanserlerin yaklaşık olarak %70-80'ini oluşturan, en yaygın malign deri tümörüdür (1,2). Gelişimindeki en önemli risk faktörü, ultraviyole (UV) ışınlarına kronik maruziyettir. Bu nedenle, en sık baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda görülür (1-3). Aksilla, vücudun güneşten en iyi korunan bölgesi olmasına rağmen, BHK'un çok nadir olarak geliştiği olağan dışı bölgelerden biridir (4-6).

Burada sağ aksiller bölgeye yerleşim gösteren ve histopatolojik inceleme ile BHK tanısı konulan bir olgu sunulacaktır.

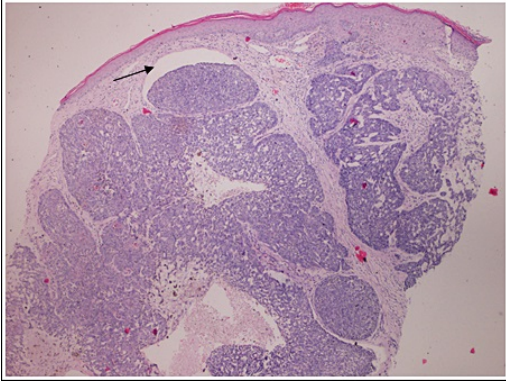
OLGU SUNUMU

Yetmiş üç yaşındaki bir erkek hasta, sağ koltuk altında yaklaşık 10 yıldır mevcut olan yara yakınması ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hasta, çiftçilikle uğraşıyordu. Dermatolojik muayenesinde, sağ aksiller bölgede yaklaşık 2 cm'lik, merkezi hemorajik ülsere, çevresi mavi siyah hiperpigmente nodüler lezyon izlendi (Resim 1). Sistemik muayenesi normaldi. Rutin laboratuvar tetkiklerde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Lezyon kenarından alınan "punch" biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde; yüzeyde ortokeratoz, üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu gösteren BHK odakları, tümöral alanlarda periferik palizatlaşma,

peritümöral ve diğer alanlarda lenfosit baskın mikst hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 2). BHK tanısı konulan hasta, lezyonun total eksizyonu için Plastik Cerrahi Kliniğine yönlendirildi.



Resim 1: Sağ aksiller bölgede yaklaşık 2x3 cm'lik, merkezi ülserle, kenarları mavi mor hiperpigmente tümör



Resim 2: Retraksiyon artefaktı (siyah ok, histopatolojik olarak patognomonik), bazaloid hücreler, palizatlanma. (H&E, x40).

TARTIŞMA

BHK, kıl folliküllerinin dış kök kılıfı ve epiderminin bazal hücre tabakasında bulunan olgunlaşmamış pluripotent hücrelerden köken alır. Sıklığı yaş ile artar. Erkeklerde, kadınlardan daha fazla görülür (2). En yaygın tutulum bölgesi yüzdür, % 80'i kulak lobu ile ağız köşesine uzanan çizginin üzerinde ortaya çıkar (1). Gelişiminde, açık deri ve göz rengi gibi fenotipik özellikler; UV ışınları; kümülatif mesleksel güneşe maruziyet gibi çevresel faktörler; arsenik, katran gibi karsinojenik maddelere maruziyet; radyoterapi; kseroderma pigmentozum, bazal hücreli nevüs sendromu

gibi genetik hastalıklar önemli rol oynar. Ayrıca immün yetmezlik, yanık skarları, güneş banyoları, uzamış fotosensitif ilaç kullanımı, fototerapi, kronik inflamasyon ve ülserler de sorumlu faktörler arasında sayılabilir (2,4,6,7). UV ışınlarının kronik oksidatif stres yoluyla DNA üzerinde mutasyon ve kromozomal kırıklara yol açtığı ve bununla tümör gelişimini başlattığı düşünülmektedir. Karsinogenezis süreci, güneşe maruziyetten 40-60 yıl sonra bile başlayabilmektedir (4).

BHK'un %10-15'i güneşten korunan bölgelerde meydana gelir (5,6). Literatürde nadir de olsa, aksilla, kalça, meme başı ve areolası, skrotum, avuç içi, perineal ve genital bölge (1,6,7), sternum (1), saçlı deri, umblikus, kasık (2,7), müköz membranlar, interdigital alan (2), ayak tabanı, periungual alan (7) gibi BHK için olağan dışı bölgeler bildirilmiştir. Aksiller bölge, UV ışınlarına en az maruz kalan ve BHK'un nadiren oluştuğu bölgelerden biridir (4-6). Aksiller BHK'lu ilk vaka 1917'de Hazen tarafından rapor edilmiştir (5). Literatürde rapor edilen olgu sayısının 60'tan az olduğu gözlenmiştir (4). Cohen'in yaptığı bir literatür taramasında, 69 hastada 70 aksiller BHK tanımlanmış ve prevalansı %0.17 olarak hesaplanmıştır(8). Tümörün erkeklerde ve özellikle sağ aksiller bölgede yerleşim gösterdiği görülmüştür. Klinik olarak asemptomatik bir nodül olarak başlayan tümörün aksiller deri çizgisi boyunca büyümesi, ülserasyon ve pigmentasyon göstermesi karakteristik olarak tanımlanmıştır. Olgumuzun da literatürle uyumlu olarak sağ aksiller bölgesinde ülserasyon ve pigmentasyon gösteren nodüler bir lezyonu mevcuttu. LeSueur ve arkadaşları'nın 11 yıllık gözlemlerini sunduğu bir diğer çalışmada; 14 hastada 15 aksiller BHK tespit edilmiştir(9). Bu hastaların biri dışında, hiçbirinde predispoze faktör saptanmamış; tümörlerin histolojik subtiplerinin agresif olmadığı belirtilmiştir. Betti ve arkadaşları'nın 14 yıllık klinik gözlemlerinde ise; 7367 BHK'un 25'inin aksiller yerleşimli olduğu, hastaların hiçbirinde predispoze faktör saptanmadığı ve histolojik subtipinde çoğunlukla yüzeysel ve nodüler BHK olduğu bildirilmektedir(10). Roh ve arkadaşları da, Kore'de 27 yıllık bir izlem sürecinde baş ve boyun dışı alanlarda yerleşim gösteren BHK'ü araştırdıkları çalışmalarında; 35 hastada sırasıyla genital ve aksilla yerleşiminin daha sık olduğunu saptamıştır(11).

BHK'un patogenezi tipik olarak UV ışınlarına maruziyetle ilişkili olmakla birlikte; bu durum, tümörün niçin aksilla gibi güneşten korunan bölgelerde ortaya çıktığını açıklayamamaktadır (5,12). UV'e bağlı uzak bölgelerde immün sistemin baskılanması, bozulmuş hücre matriks ilişkileri ileri sürülen teoriler arasındadır (5). Tümör supresör ve regülatör genlerdeki mutasyonlar olası bir neden olabilir. Bir çalışmada da, derinin katlantı bölgelerinde konnektif doku hücrelerinin düzenlenmesindeki değişikliklerin, BHK gelişimi için bir kofaktör olduğu düşünülmektedir (12). Costescu ve arkadaşları, ekstraselüler matriksin yeniden yapılanmasında rol alan proteolitik bir enzim olan metaloproteinaz'lardan 1,3 ve 11'in malign epitelyal hücreler ve komşu stromal dokuda salınımlarının arttığını, hatta tümörün invazyonu için bir belirteç olarak kullanılabileceklerini bildirmişlerdir(4).

BHK için tipik histopatolojik özellik; pürütlü bir kromatine sahip, yuvarlak veya oval bir nükleusu çevreleyen, ince soluk sitoplazmalı bazaloid hücrelerdir. Periferik sınır çizgisinde, hücre tabakaları palizatlar oluşturur (2,3). Uygun tedavinin seçiminde; tümörün büyüklüğü, lokalizasyonu, kenar özellikleri, histolojik subtip, önceki tedaviler ve immün yetmezlik durumu gibi prognostik faktörler yol göstericidir (13). Nodüler tip düşük riskli, yüzeysel ve infiltratif tipler yüksek riskli gruplardır (3). Basit cerrahi eksizyon, BHK'un tüm tiplerinde etkili bir tedavidir (1).

Olgumuz, çiftçilikle uğraşan 75 yaşında bir erkekti. Sağ aksiller bölgesinde tahminen 10 yıldır mevcut olan yaraya, histopatolojik olarak BHK tanısı konuldu. Kronik UV maruziyeti dışında etyolojik bir faktör saptanamadı. Ancak meslek ve yerleşim bölgesi düşünülecek olursa, terleme ve sürtünmeye bağlı tekrarlayan travmalar bir etken olabilir.

Sonuç olarak, klinik pratikte BHK'un atipik yerleşimlerine de rastlanabilir. Özellikle aksilla gibi bölgeler, hasta tarafından gözden kaçabilir veya ihmal edilebilir. Dolayısıyla nadir metastaz yapan bir tümör olsa da; erken tanı ve tedavisi, lokal invaziv etkisini azaltır ya da aksiller bölge gibi alanlarda lenf nodu metastazını önler.

Bu makale XXII. Prof. Dr. Lütfi Tat Sempozyumu (18-22 Kasım 2015, Ankara)'nda poster olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Jain VK, Verma SS, Verma AS, Munjal KR, Swarnakar B. Basal cell carcinoma over chest wall (sternum) treated with dufourmentel flap: Report of a case with review of literature. *J Cutan Aesthet Surg* 2010;3:115-8. doi:10.4103/0974-2077.69026.
2. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2011;86:292-305.
3. Singh AK, Gupta L, Kumar A, Karla N. Rare variants of basal cell carcinomas: A case series of three cases. *Sch J Med Case Rep* 2014; 2:11-3.
4. Costescu M, Coman OA, Tampa M, Tudose I, Coman L, Georgescu SR. Axillary basal cell carcinoma – a rare form of a frequent kind of carcinoma. *Rom J Morphol Embryol* 2013;54:851-6.
5. Lin CT, Chen SG, Chen TM, Chang SC. Axillary basal cell carcinoma: Case report and literature review. *Acta Dermatovenerol Croat* 2011;19:107-9.
6. Wani GM, Ahmad SM, Qayoom S, Khurseed B. Neglected Basal cell carcinoma in axilla. *J IMA* 2012;44. pii: 44-1-9224. doi: 10.5915/44-1-9224.
7. Etter L, Cook JL. Basal cell carcinoma of the umbilicus: A case report and literature review. *Cutis* 2003;71:123-6.
8. Cohen PR. Basal cell carcinoma of the axilla: Review of the world literature. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:95-100. doi: 10.1007/s40257-014-0066-8.
9. LeSueur BW, DiCaudo DJ, Connolly SM. Axillary basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2003;29:1105-8.
10. Betti R, Crosti C, Moneghini L, Crespi E, Menni S. Axillary basal cell carcinoma: additional 25 patients and considerations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25:858-60.
11. Roh SG, Park J, Song KH, Nam KH, Yun SK, Kim HU. Clinical and histopathological characteristics of extra-facial basal cell carcinoma: analysis of 35 patients at the Chonbuk National University Hospital in Korea.

Australas J Dermatol 2014;55:e65-8. doi: 10.1111/ajd.12045.

12. Martorell-Calatayud A, Sanz-Motilva V, Candeles D, Sanchez-Capintero I, Delgado Y, Ruiz-Rodriguez R. Metastatic basal cell carcinoma in the axilla: reconstruction with a lateral pectoral island flap. *Actas Dermosifiliogr* 2011;102:53-7. doi: 10.1016/j.ad.2010.08.002.

13. Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1999;141:415-23.