

BOWEN HASTALIĞI: SEKİZ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

M. Oğuz Yenidünya* • İbrahim Aşkar** • Kutlu Sevin***
Görgün Bayraktaroğlu****

ÖZET

Bu yazıda, vücudun değişik yerlerinde Bowen hastalığına sahip sekiz olguya ait bulgular ve uygulanan tedavi sunulmuştur. Olguların altısı 60 yaşın üzerindeki hastalar idi. İntraepitelyal yassı hücreli karsinom olarak da adlandırılan Bowen hastalığında tedavinin esası tam kat deri eksizyonudur. Eksizyonu takiben oluşan defekt, kozmetik öneme sahip bölgelerde lokal fleplerle onarılmalıdır. İkinci seçenek tam kalınlıkta deri grefti olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bowen hastalığı, Cerrahi tedavi

SUMMARY

Bowen's Disease : A Report of Eight Cases and Review of the Literature

In this paper, the clinical findings and applied treatments of eight patients with Bowen's disease on various parts of their body were presented. Five patients were above 60 years-old. The essential treatment of Bowen's disease, so-called intraepithelial squamous carcinoma, is full-thickness excision of the lesion. After the excision of the lesion, the defect should be repaired with the local flaps in places where cosmetic result is important. The second choice may be the full-thickness skin graft.

Key Words: Bowen's Disease, Surgical treatment

Bowen hastalığı, genellikle güneşe maruz kalan yerler olan baş, boyun ve ellerde sık görülen intraepitelyal yassı hücreli karsinom ya da deride "carcinoma in-situ" olarak bilinmektedir (1). Ancak, bizim olgularımızda daha çok güneş görmeyen yerler olan karın ve sırtta yerleşim saptandı. Bir seride, 2363 deri tümörü olgusu gözden geçirilmiş, Bowen hastalığını bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom ve malign melanomdan sonra seyrek rastlanan bir durum olarak dile getirmiştir (2). Diğer lezyonlarla kıyaslandığında, Bowen hastalığı prekanseröz özelliği dolayısıyla önem kazanmaktadır (1). Bowen hastalığında lokalizasyon neresi olursa olsun, tedavide öncelikle lezyonun yeterli sınırlardan tamamının rezeksiyonu, daha sonra da oluşan defektin en az morbidite ile kapatılması amaçlanır (3,4).

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimize 1989-1996 yılları arasında, Dermatoloji Anabilim Dalı'nda Bowen hastalığı tanısı konduktan sonra başvuran, sekiz olguda yaş, cinsiyet, lezyonun yerleşimi ve boyutları ve eşlik eden hastalıklar incelendi (Tablo 1). Yedi olgunun tedavisinde lokal anestezi eşliğinde çalışıldı (5). Bacaktaki geniş lezyonun greftlenebilmesi için genel anestezi gerekti. Cerrahi tedavi sırasında çıkarılan dokular tekrar histopatolojik olarak değerlendirildi ve tanılar doğrulandı.

Olguların tümünün ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafları çekildi. Olguların nüks yönünden rutin takipleri yapılırken, ayrıca kozmetik yönden oluşan skarlar da değerlendirildi. En uzun takip süresi iki yıldır.

* Yrd. Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

** Araştırma Görevlisi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

*** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı

**** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Uzmanı

Tablo 1: Olgularda hastanın yaşı ve cinsiyeti, lezyonun yeri, boyutları ve uygulanan tedaviler sırasıyla verilmektedir.

Hastanın Yaşı	Cinsiyeti	Lezyonun Lokalizasyonu	Lezyonun Boyutu (cm)	Cerrahi Tedavi	Eşlik Eden Hastalık
60	E	Sırt	3 x 5	Eksizyon + Bilobe Flep	-
32	K	El sırtı	1 x 2	Eksizyon + FTSG*	-
62	E	Karın	5 x 5	Eksizyon + Bilobe Flep	-
65	E	Karın	2 x 2	Eksizyon + Bilobe Flep	-
67	E	Kulak kepçesi	1 x 2	Eksizyon + FTSG*	Lepra
65	E	Kasık bölgesi	1 x 3	Eksizyon + Primer sütür	Skalpte BHK**
43	K	Bacak ön yüzü	6 x 8	Eksizyon + STSG***	-
57	E	Gluteal bölge	2 x 3	Eksizyon + Romboid flep	-

* FTSG tam kalınlıkta deri grefti,

** BHK bazal hücreli karsinom,

*** STSG kısmi kalınlıkta deri grefti anlamında kullanılmıştır.

KLİNİK BULGULAR

Tüm olgularda, lezyonlar makroskopik olarak sınırları iyi belirgin, ancak kenarları düzensiz, kuru görünümlü, multipl papillomatöz hiperkeratotik oluşumlar niteliğinde idi.

Hastaların altısını 55 yaşın üzerinde erkek hasta, birini 43 yaşında ve diğerini de 32 yaşında kadın hastalar oluşturmaktaydı. Lezyonun, beş hastada güneş görmeyen yerlerde (karın ve sırtta) ve üçünde de güneşe maruz kalan yerlerde (el sırtı, bacak ve kulak kepçesinde) olduğu görüldü (Şekil 1a,1b,1c).

Güneş görmeyen bölge olan karın ön duvarındaki lezyon 5x5cm olup ksifoide yakın yerleşimliydi (Şekil 2a, 2b, 2c). Hastaların hiçbirisinin eşlik eden başka bir visseral organ malignitesi yoktu. Bir olguda skalpte bazal hücreli karsinom ve bir olguda da ayrıca Lepra mevcuttu.

Cerrahi tedavi sonrası iki yıllık takip süresinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Bowen hastalığı, intraepidermal yassı hücreli karsinomdur. John Templeton Bowen tarafından ilk kez 1912 yılında tanımlanmıştır. Ancak 1979 yılına kadar sadece 112 olgu yayınlanmıştır (6). Bowen hastalığı prekanseröz bir hastalık olmakla beraber olguların %11'inde yassı hücreli karsinoma dönüşebilmektedir, bir kez invaziv yassı hücreli karsinoma dönüştükten sonra bölgesel ve visseral metastazlar ortaya çıkabilmektedir (7).

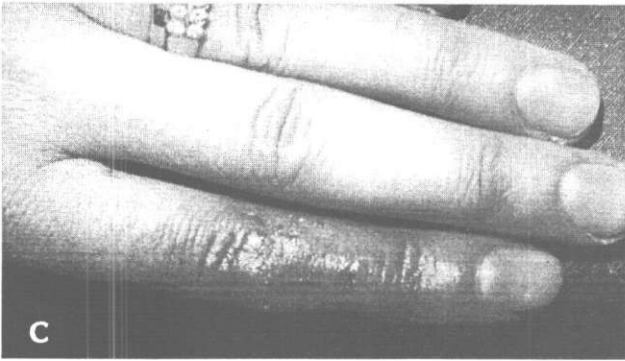
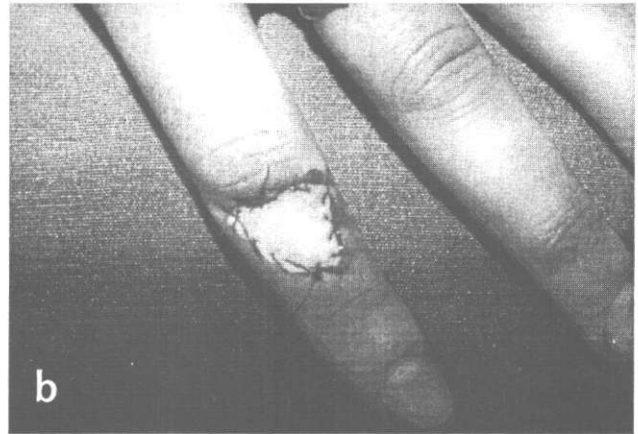
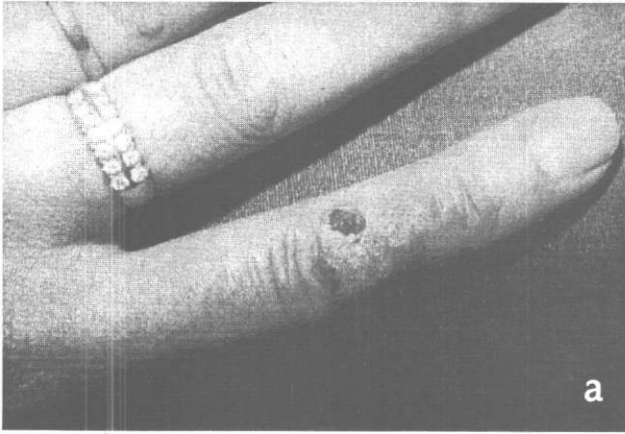
Fritz ve arkadaşları 2363 olguluk deri tümörleri serilerinde Bowen hastalığının sıklığını bazal hücreli

karsinom, yassı hücreli karsinom ve malign melanomdan sonra seyrek rastlanan bir durum olarak dile getirmişlerdir (2).

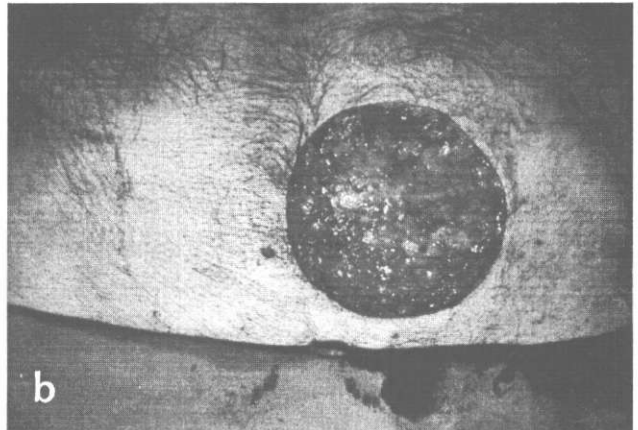
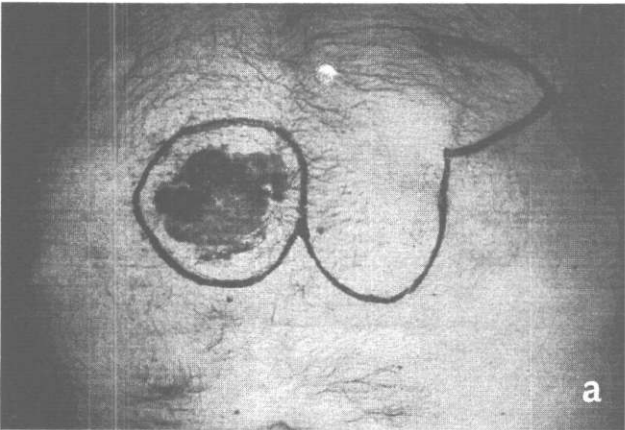
Bowen hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak arsenik radyasyon, sünnnet olmayan kişilerde smegma ve HPV 12 etyolojik faktör olarak tanımlanmıştır (8).

Bowen hastalığında yavaş büyüyen, eritemli, döküntülü lezyonlar görülmektedir. Tırnak yatağında ortaya çıkan Bowen hastalığının klinik tablosunda ayrıca beyaz sert plaklar (whitish cuticles), hiperkeratotik veya papillomatöz süreç, fissür ve döküntülü ülser de görülebilmektedir (3,9,10). Bowen hastalığı tırnak yatağında oluşan küçük bir lezyon olabildiği gibi, Şengezer ve arkadaşlarının sundukları olguda olduğu gibi bütün genital bölgeyi kaplayacak kadar büyük olabilir (8).

Bowen hastalığı beyazlarda güneşe maruz kalan bölgelerde görülürken, zencilerde güneş görmeyen bölgelerde ortaya çıkmaktadır. Beyazlarda güneş görmeyen yerlerde oluşursa, etiyolojide arsenik alımı hatırlanmaktadır. Özellikle güneş görmeyen yerlerdeki Bowen hastalığının internal malign tümör riskini de arttırdığına dair yayınlar yapılmışsa da, daha sonraki çalışmalar bu ilişkiyi gösterememiştir (1,11). Bu konu şimdilik tartışmalara sahne olmaya devam etmektedir (7). Arjantin'de yapılan bir klinik çalışmada içme suyu ile arsenik alımı sonucu Bowen hastalığı ile birlikte internal malign tümörlerin de ortaya çıktığı rapor edilmiştir (12). Vitiliginöz deride, uzun süreli fototerapi



Şekil 1a,1b,1c: Otuz iki yaşında kadın hastanın 2x1 cm boyutlarında sağ el üçüncü parmak dorsalinde oluşan Bowen hastalığı tam kat d-ri eksizyonu ile çıkarıldıktan sonra oluşan defekt tam kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.



Şekil 2a,2b,2c: Altmış iki yaşında bir erkek hastada karında mevcut 5cm çaplı Bowen hastalığı rezekte edilip, bilobe flep ile rekonstrüksiyonu yapıldı.

sonucu Bowen hastalığı ve Bowenoid lezyonlar oluşabilmektedir (13). Mibelli'nin porokeratozisinden Bowen hastalığı gelişebileceği bildirilmiştir (14).

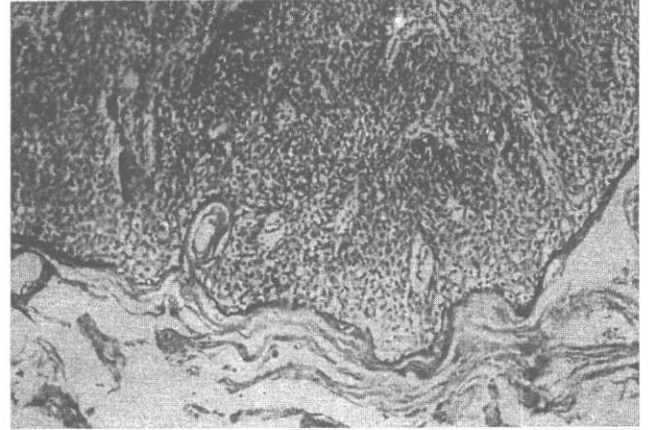
Bowen hastalığı glanüler, vulvar, anal ve oral mukozada görülürse, Queyrat eritroplazisi adını almaktadır (1,6,15). Bu olguların %30'unda invaziv yassı hücreli karsinom gelişebilmektedir. Ve bu karsinomların %20'si metastaz yapmaktadır.

Renal transplantasyon yapılan hastalarda Bowen hastalığı görülebilmektedir (16). Primer kutanöz nöroendokrin karsinom epitelyal, glandüler ve melanositik farklılaşma gösteren, Bowen hastalığı ile ilişkili bir tümördür (17).

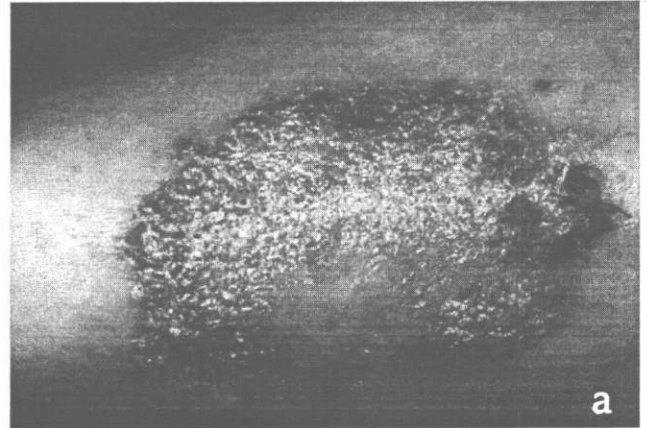
Bowen hastalığının tanısında histopatolojik görünüm (Şekil 3) ve immünohistokimyasal çalışmalar anahtar rol oynamaktadır (18). Ancak ülkemizde immünohistokimyasal çalışmalarla tanı koymak hem pahalı, hem de sınırlı imkanlar dahilinde olması sebebiyle histopatolojik değerlendirme geçerliliğini korumaktadır.

Bu arada Bowen hastalığı ile Bowenoid aktinik keratozis tanılarının gerek klinik gerekse histopatolojik olarak karışabileceği, ancak Bowenoid aktinik keratozis olgularının makroskopik olarak daha küçük boyutlarda olduğu hatırlanmalıdır (7).

Bowen hastalığının tedavisinde medikal tedavi olarak 5-florourasil ve ayrıca X-ışını verilirken, cerrahi tedavide küretaj, koter ve total rezeksiyon kullanılmaktadır (3,4,19). Premalign bir lezyon olması nedeni ile tam kat deri eksizyonu ve takiben uygun yöntemle rekonstrüksiyonun en doğru tedavi şekli olduğunu düşünüyoruz (Şekil 2a,2b, 2c). Geniş çaplı lezyonlarda rekonstrüksiyon için kısmi kalınlıkta deri grefti tercih edilebilmektedir (Şekil 4a, 4b). Her ne kadar patoloji epidermiste olsa da, küretaj ile tedavinin dermis içine uzanan epidermis kıvrımları nedeniyle tatminkar bir sonuç sağlayamayacağı ve nüklere sebep olabileceği kanaatindeyiz.



Şekil 3: Altmış yedi yaşında lepralı bir erkek hastanın kulak kepçesinden alınan biyopsinin histopatolojik değerlendirmesinde Bowen hastalığı ile uyumlu olarak epidermin tüm kalınlığını ilgilendiren keratinosit atipisi, hiperkeratozis, yer yer belirginleşen pleomorfizm ve dermiste mononükleer iltihabi infiltrasyon mevcuttu (H&E X10).



Şekil 4a,4b: Kırk üç yaşında bir kadın hastada sol bacak ön yüzünde bulunan 6x8 cm boyutlarındaki Bowen hastalığı rezeke edildikten sonra ortaya çıkan defekt, kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı.

KAYNAKLAR

1. Haydon RC, III. Cutaneous Squamous Carcinoma and Related Lesions. *The Otolaryngol Clin North Am* 26:57-71, 1985.
2. Fritz K, Ziegler H. Contribution of the Saarland Cancer Register to the epidemiology of skin tumors. *Zeitschrift für Hautkrankheiten* 15;58(12):901-15, 1983.
3. Baran R, Dupre A, Sayag J, Letessier S, Robins P, Bureau H. Bowen disease of the nail apparatus. Report of 5 cases and review of the 20 cases of the literature. *Annales de Dermatologie et de Venereologie* 106(3):227-33, 1979.
4. Thestrup-Pedersen K, Ravnborg L, Reymann F. Morbus Bowen. A description of the disease in 617 patients. *Acta Dermato-Venereologica* 68(3):236-9, 1988.
5. Randle HW, Salassa JR, Roenigk RK. Local anesthesia for cutaneous lesions of the head and neck-Practical applications of peripheral nerve blocks. *J Dermatol Surg Oncol* 18:231-235, 1992.
6. Allegra G, Taruffi F. Bowen's disease of the anus. *Annales de Gastroenterologie et D'Hepatology* 23(6):333-6, 1987.
7. Hanke WC, Lee MW. Treatment of rare malignancies in Mikhail GR (ed) *Mohs' Micrographic Surgery*, WB Saunders Company, Philadelphia, 1991, 261-264.
8. Şengezer M, Selmanpakoğlu N, Deveci M: Extensive pigmented Bowen's disease of genitalia. *Türk Plast Cer Derg* 1:214-217, 1993.
9. Mikhail GR: Bowen disease and squamous cell carcinoma of the nail bed. *Archiv Dermatol* 110(2):267-70, 1974.
10. Dieteman DF. Letter: Bowen disease of the nail bed. *Archiv Dermatol* 108(4):577-8, 1973.
11. Andersen SL, Nielsen A, Reymann F. Relationship between Bowen disease and internal malignant tumors. *Archiv Dermatol* 108(3):367-70, 1973.
12. Tenio EE. Carcinomas of internal organs and their relationship to arsenical drinking water in the Republic of Argentina. *Medicina Cutanea Ibero-Latino-Americana* 16(6):497-501, 1988.
13. Yagi S, Hanawa S, Morishima T. Bowen disease and Bowenoid lesion arising on vitiliginous skin during longterm phototherapy. *Nippon Hifuka Gakkai Zasshi - Jap J Dermatol* 93(7):741-5, 1983.
14. Wood WS, Culling CF. Perianal Paget disease. Histochemical differentiation utilizing the borohydride-KOH-PAS reaction. *Archiv Pathol* 99(8):442-5, 1975.
15. Roge J, Delavierre P, Besancon-Lajeunesse L, Veyssier P, Mendes J. Bowen disease and epidermoid carcinoma of the stomach. *Semaine des Hopitaux* 14;47(18):1208-10, 1971.
16. Euvrard S, Chardonnet Y, Pouteil-Noble C, Kanitakis J, Chignol MC, Thivolet J, Touraine JL. Association of skin malignancies with various and multiple carcinogenic and noncarcinogenic human papillomaviruses in renal transplant recipients. *Cancer* 1;72(7):2198-206, 1993.
17. Isimbaldi G, Sironi M, Taccagni G, Declich P, Dell'Antonio A, Galli C. Tripartite differentiation (squamous, glandular, and melanocytic) of a primary cutaneous neuroendocrine carcinoma. An immunocytochemical and ultrastructural study. *Am J Dermatopathol* 15(3):260-4, 1993.
18. Szekeres G, De Giacomoni P. Ki-67 and p53 expression in cutaneous Bowen's disease: an immunohistochemical study of fixed-embedded tissue sections. *Acta Dermato-Venereologica* 74(2):95-7, 1994.
19. Krause H, Grussendorf El. Therapy of morbus Bowen with 5-fluoro-uracil ointment. *Dermatosen in Beruf und Umwelt* 27(6):176-8, 1979.