

## VULVANIN BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMU

Dr. Erdoğan Aslan<sup>1</sup>, Dr. Esra Kılıçdağ<sup>2</sup>, Dr. Filiz Bolat<sup>3</sup>, Dr. Nebil Bal<sup>3</sup>, Dr. Esra Kuşçu<sup>4</sup>

### ÖZET

Bazal Hücreli Karsinom (BHK) insanda en sık rastlanan malignitedir. Genellikle güneş ışığına maruz kalan anatomik bölgelerde ortaya çıkarlar. Ancak, nadir olmakla birlikte vulva gibi tamamen güneşten korunan bölgelerde de ortaya çıkabilir.

53 yaşında, gravida 2, para2, kadın hasta dış genital bölgesinde yavaş büyüyen ve rahatsızlık oluşturmamayan lezyon şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Muayenesinde, sol labium majus anterolateralinde 0,8x0,6 cm ebatlarında, nodüler, hipopigmente, non-keratotik, belirgin damarlanma izlenmeyen, palpasyonda ağrısız ve mobil bir lezyon mevcuttu. Hikayesinde total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ve tip II DM dışında bir özellik saptanmadı. Lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda BHK tanısı konuldu. Tümör tabanı dışında biyopsi kenarları tümör açısından temizdi. Hastaya geniş lokal eksizyon önerildi ancak hasta ikinci görüş almak üzere takibimizden çıktı.

Nadir olmakla beraber BHK bütün vulva kanserlerinin %2 ila 4'ünü oluştururlar. Basit eksizyon sonrası nüks sıktır ve metastatik olgular bildirilmiştir. Bu nedenle klinik görünüşü ne kadar masum olursa olsun erken tanı için histopatolojik inceleme yapmak gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bazal hücreli karsinom; vulva; genital

### ABSTRACT

Basal cell carcinoma ( BCC) is most common human malignant neoplasm. It generally occurs in anatomical areas commonly exposed to sunlight. Although rare, it can be located in entirely sun protected sites such as vulva.

A 53-year-old, gravida2, parity 2, woman, presented to our clinic with a slowly growing, symptomless lesion. On examination there was a nodular, hypopigmented, non-vascular, non-keratotic, painless, mobile lesion on the anterolateral aspect of left labium majus, measuring 0.8x0.6 cm. Her history was normal except total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy and type II diabetes mellitus. Complete excisional biopsy with local anesthetics was performed. Pathological examination revealed BCC. Surgical margins were free of tumor except in the base of lesion. The patient was offered local wide excision of the residual tumor tissue, but eventually chosen to get another opinion and lost to our follow-up.

Although it is believed to be rare, BCC of vulva comprises 2-4% of all vulvar cancers. Recurrence after simple excision is common, and metastases have been reported. Early diagnosis is essential and rests upon histopathologic examination of biopsy specimens, since the clinical appearance may be deceptively innocent.

**Key Words:** Basal Cell Carcinoma; vulva; genital

### Giriş

Bazal Hücreli Karsinom (BHK) insanlarda en sık rastlanan kanser türüdür ve melanom-dışı cilt kanserlerinin %75'ini oluştururlar (1). BHK'un insidansı güneşe maruziyet ve yaş ile güçlü bir korrelasyon gösterir. Diğer melanom-dışı cilt kanserlerinde olduğu gibi maruz kalınan alanın genişliği ve maruziyetin süresine bağlı olarak kümülatif hayat boyu UV rad-

yasyon hasarı BHK gelişiminde de önemli bir rol oynamaktadır (2). Bu nedenle BHK olgularının büyük çoğunluğu (%80 den fazlası) yaşlılarda ve güneş ışınlarına maruz kalan baş ve boyun bölgelerinde gelişmektedir (3). Ancak BHK aksilla, gluteal ve inguinal bölgeler gibi göreceli olarak güneş ışınlarından korunan alanlarda görülebildiği gibi tamamıyla korunan perineal ve genital bölgelerde de görülebilmektedir. Genital tutulum bütün BHK olgularının %1-2'sinden

Geliş tarihi: 03/06/2008

Kabul tarihi: 09/06/2008

<sup>1</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ANTAKYA/HATAY

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ADANA

<sup>3</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı ADANA

<sup>4</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Başkanı Ankara

İletişim: Dr. Erdoğan Aslan

Ürgeç Paşa Mah, 75.yıl Bulvarı Ceren Ap. No:6/19 31040 ANTAKYA/HATAY

E-posta: dreaslan@gmail.com

azında bildirilmiştir (4,5). Bütün vulvar kanserlerin ise %2-4'ünün BHK olduğu tahmin edilmektedir (4-6).

Bizim olgumuz da şüpheli görülen bir vulva lezyonundan yapılan eksizyonel biopsi sonucunda BHK tanısı almıştır.

### OLGU SUNUMU

53 Yaşında, G2 P2, kadın hasta vulvasında son 6-8 aydır büyüyen ve herhangi bir şikayete yol açmayan lezyon şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde sol labium majus anterolateralinde, 0,8x0,6 cm ebatlarında, nodüler, hipopigmente, non-keratotik, belirgin damarlanma izlenmeyen, palpasyonda ağrısız ve mobil bir lezyon mevcuttu (Resim 1). Dört yıl önce myoma uteri nedeni ile total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu geçirmiş olan hasta, hormon tedavisi kullanmamakta idi. Oral anti-diabetik tedavisi ile kontrol altında tutulan Tip II DM dışında sistemik bir hastalığı yok idi. Yılda 3-4 kez tekrarlayan rekürren vulvovajinal kandidiazis nedeniyle topikal ve oral antifungal tedavi kullandığı öğrenildi. Hastanın sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalık, radyasyona maruziyet, ailede yada kendisinde cilt kanseri öyküsü yoktu. Lokal anestezi altında lezyon kenarlarından yaklaşık 0.5 cm sağlam cilt kalacak şekilde eksizyonel biyopsi yapıldı. Gönderilen materyalin histopatolojik incelenmesinde, dermiste solid adalar oluşturan çevresinde palizatik dizilimi bulunan bazal hücrelerin oluşturduğu malign neoplastik gelişim izlenmiştir ve olgu morfolojik bulgularla bazal hücreli karsinom olarak rapor edilmiştir (Resim 2).



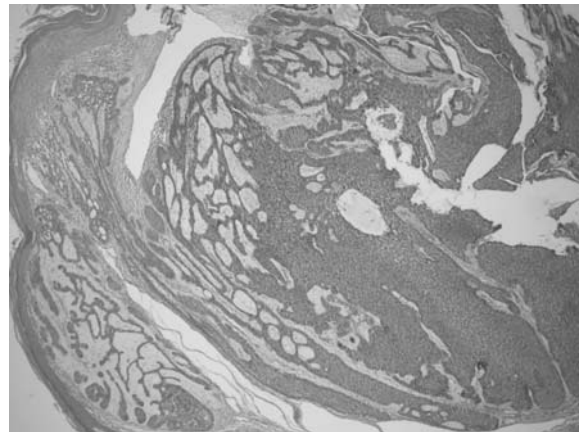
**Resim 1**—Labium majus sol anterolateralinde 0,8x0,6 cm ebatlarında, nodüler, hipopigmente, non-keratotik, belirgin damarlanma izlenmeyen, palpasyonda ağrısız ve mobil lezyon izlenmektedir.

Cerrahi sınırlar lezyonun tabanı dışında temizdi. Hastaya geniş lokal eksizyon önerildi ancak hasta ikinci bir görüş almak için başka bir merkeze gitti ve takibimizden çıktı.

### TARTIŞMA

Vulvanın BHK'u etiyojisi kesin olarak belli olmayan, epidermis veya kıl follikülleri bazal hücrelerinden köken alan, nadir görülen bir kanser türüdür. Genellikle 70 yaş üzerindeki beyaz kadınlarda görülür (4). BHK'un klinik bulguları non-spesifiktir ve kesin tanı için yardımcı değildir. Egzofitik, ülser, pediküllü, infiltratif, nodüler ve pigmente lezyonlar bildirilmiştir (7-9). Sıklıkla irritasyon yada pruritis gibi egzema veya intertrigo benzeri dermatolojik patolojilere benzer şikayetler yaratır (7). Bu nedenle ya hastalar ve doktorları tarafından önemsiz olarak kabul edilir (5) ya da bu enflamatuvar yada infeksiyöz patolojilere yönelik lokal tedaviler kullanılarak neoplazm daha ileri bir aşamaya gelene kadar tanı koymada gecikme yaşanır.

BHK'un patogenezinde genellikle UV radyasyona maruziyet yer aldığı için vulvada BHK'un görülmesini tam anlamıyla izah edebilecek bir açıklama yoktur (7). BHK'un gelişiminde rol oynayabilecek diğer faktörler arasında tümör supresör ve regülatör genlerdeki mutasyonlardan bahsedilmektedir. Bir çalışmaya göre BHK ların %50'sinde p53 tümör supresyon geninde bir mutasyon mevcuttur (10). Suçlanan diğer faktörler iyonizan radyasyona veya arsenik gibi kimyasallara maruziyet, nevoloid bazal karsinoma sendromu ve kseroderma pigmentozum gibi kalıtsal cilt



**Resim 2**—Vulvada dermiste mikrokistik paternde atipik bazaloid hücrelerin oluşturduğu bazal hücreli karsinom alanı (H&EX100).

hastalıkları ve kronik vulvovajinitte de görülebilen kronik cilt irritasyonu olarak sayılabilir (11). Bizim olgumuzun öyküsünde de tip II DM'a sekonder geliştiği düşünülen rekürren vulvovajinal kandidiazisin BHK gelişiminde bir etken olabileceği kanaatindeyiz.

UV radyasyonun immun denetimi baskılayarak güneşe maruz kalmayan diğer alanlarda BHK gelişimine neden olabileceği de öne sürülmüştür (12). Muhtemelen bu ve diğer çevresel faktörler ileri yaş ve lokal travma gibi etkenlerle birleşerek bir malignite başlamasına sebep olabilir.

BHK'lar genellikle yavaş büyüyen tümörler olarak kabul edilmelerine karşın lokal olarak invaziv ve destrüktifdirler ve tekrar etme ve metastaz yapma potansiyeline sahiptirler. En az direnç gösteren anatomik yollardan (vulvar BHK sıklıkla labium majuslarda görülür) ilerleme eğilimindedirler. Bu nedenle kemik, kıkırdak ve kas tutulumu geç ortaya çıkar (13). Metastatik BHK oldukça nadir olup insidansı 0.0028-0.1 arasında bildirilmektedir (14). Metastazlar ortalama 9 yıllık bir süre içinde ortaya çıkmaktadır (15). Ortalama bir sürvi belirtmek literatürdeki olgular ile mümkün olmasa da metastazdan sonra 8-10 ay gibi kısa bir sürvi beklenebilir.

Olguların çoğunda geniş lokal ekzisyon yeterli bir tedavi seçeneğidir. Lokal rekürrens muhtemelen cerrahi sınırdaki tümör rezidüsü kalması nedeniyle olur. Yapılmış çalışmalarda %10 ile %25 oranında cerrahi sınırlarda tümör hücreleri saptanmıştır (5,16).

Büyük yada histolojik olarak agresif (örneğin; morfeaform, metatipik ve perineural tutulum gösteren varyantlar) tümörlerde Mohs mikroskopik cerrahisi önerilen tedavi yöntemidir (17,18).

BHK'lar orta derecede radyo sensitifdirler. Uzun dönem veriler bulunmasa da güncel tedavi oranları konvansiyonel yöntemlerle kıyaslanabilir seviyededir (19). Cerrahinin kontrendike olduğu yada lokal nüks görülen olgularda bir alternatif olarak kullanılabilir ancak, lokal komplikasyonlara yol açabilmektedir. Sistemik kemoterapinin lokalize BHK tedavisinde yeri yoktur (4). Ancak metastatik hastalıkta sispaltinin tek başına veya doksorubisin ile kombine olarak verilebileceğine dair küçük seriler bildirilmiştir (4). Bu nedenle metastatik BHK tedavisi hastalığın yayılım ve histolojik tipine ve de hastanın ihtiyacına göre bireyselleştirilmelidir.

Sonuç olarak vulvanın BHK'u nadir görülmekte olup, etiyolojisi net olarak açıklanamamıştır. İleri evre hastalığın prognozu göz önünde bulundurularak standart lokal tedavilere yanıt vermeyen her lezyonun

ne kadar masum görülürse görülsün histolojik tanısının yapılmasının BHK tanısının gecikmesini engelleyeceği ve hastaya daha başarılı bir tedavi seçeneğinin uygulanabilmesine olanak yaratacağı kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. Miller DL, Weinstock MA. Non-melanoma skin cancers in the United States:incidence. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:774-8.
2. Gilchrist BA, Eller MS, Geller AC et al. The pathogenesis of melanoma induced by ultraviolet radiation. *N Eng J Med* 1999;340:1341-8.
3. Gloster HM, Brodland DG. The epidemiology of skin cancer. *Dermatol Surg* 1996;22:217-22.
4. Mülayim N, Silver DF, Öcal İT, Babalola E. Vulvar basal cell carcinoma: two unusual presentations and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2002;85:532-7.
5. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, Raspollini MR, Carli P. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol* 2005;97:192-4.
6. Piura B, Rabinovch A, Dgani R. Basal cell carcinoma of vulva. *J Surg Oncol* 1999;70:172-6.
7. Benedet JL, Miller DM, Ehlen TG, Bertrand MA. Basal cell carcinoma of the vulva: clinical features and treatment results in 28 patients. *Obstet Gynecol* 1997;90: 765-768.
8. Feakins RM, Lowe DG. Basal cell carcinoma of the vulva: a clinicopathologic study of 45 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1997; 16: 319-324.
9. Mateus C, Fortier-Beaulieu M, Lhomme C et al. Basal cell carcinoma of the vulva: 21 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2001; 128: 11-15.
10. Barrette TL, Smith KJ, Hodge JJ, Butler R, Hall FW, Skelton HG. Immunohistochemical nuclear staining for p53, PCNA, and Ki-67 in different histologic variants of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:430-7.
11. Preston DS, Stern RS. Nonmelanoma cancers of the skin. *N Engl J Med* 1992;327:1649- 62.
12. Strickland PT, Craesia D, Kripke ML. Enhancement of twostage skin carcinogenesis by exposure of distant skin to UV radiation. *J Natl Cancer Inst* 1985; 74 : 1129-1134.
13. Niazi ZB, Lamberty BG. Perineural infiltration in basal cell carcinoma. *Br J Plast Surg* 1993;46:156-7.
14. Miller SJ. Biology of basal cell carcinoma (Part 1). *J Am Acad Dermatol* 1991; 24 : 1-13.
15. Farmer ER, Helwig EB. Metastatic basal cell carcinoma: a clinicopathologic study of seventeen cases. *Cancer* 1980; 46 : 748-757.
16. Palladino VS, Duffy JL, Bures GJ. Basal cell carcinoma of the vulva. *Cancer* 1969;24:460-70.
17. SilvermanMK, Kopf AW, Bart RS, GrinCM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinoma. Part 3: surgical excision. *J Dermatol Surg Oncol* 1992;18:471-6.
18. Nehal KS, Levine VJ, Ashinoff R. Basal cell carcinoma of the genitalia. *Dermatol Surg* 1998;24:1361Y3.
19. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mohs FE, Larson PO, Hruza GJ. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:715-9.