

BOWEN HASTALIĞI (SKUAMÖZ KARSİNOMA İN SİTU)

Ebru Karagün

Dr. Öğretim Üyesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce
Yazışma Adresi: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Düzce
e-posta: karagunebru@gmail.com
Çıkar çatışması: Bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Tanım

Bowen hastalığı(BH) ilk olarak 1912 yılında intraepitelyal (in situ) skuamöz hücreli karsinom (SHK) olarak tanımlanmıştır. Histopatolojide epidermiste tam kat epitelyal atipi ile karakterizedir.

Klinik tanımlama, demografi ve varyantlar

BH (SHK in situ) genellikle tek lezyondur,%10-20 oranında birden fazla lezyon olabilir. Tipik olarak düzensiz fakat keskin sınırlı eritematöz hiperkeratotik plak olarak, asemptomatik ve yavaş büyüme sergilerler. Lezyonun büyüklüğü birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişkenlik gösterebilir. Anogenital bölge ve göz kapağı lezyonları verrüköz olabilir. Bazen hiperpigmente lezyonlara da rastlanabilir. Avrupa'da 15/100.000 insidansı mevcuttur, güneşe maruziyete bağlı olarak insidansı artabilir.¹ Hastalık pik insidansa 7. dekatta ulaşır ve kadınlarda biraz daha sıktır.

BH güneş gören alanlarda baş-boyun,el sırtı,bacak alt kısımlarında daha sıklıkla gözlenir. Lezyon dağılımı %29-54 arasında baş-boyun bölgesindedir; alt bacak kadınlarda, saçlı deri ve kulak tutulumu ise

erkeklerde daha sık gözlenir.² Daha az görülen lokalizasyonlar;subungual, periungual, palmar, genital, perianal bölgedir. Plakta endürasyon artışı, erozyon ve ülserasyonun ortaya çıkması ise malign dönüşümün habercisidir.^{1,2}

Etyoloji

Etyolojik nedenler arasında UV maruziyeti, iyonize radyasyon, arsenik gibi karsinojenik maddeler, immunsupresyon, transplantasyon, humanpapilloma virüs(HPV) gibi viral etkenler sayılmaktadır. Diğer nadir nedenler arasında ise kronik yaralanma veya dermatozlar (lupus vulgaris veya kronik lupus eritematozus gibi) sayılabilir.¹

Arsenik maruziyeti özellikle güneş görmeyen alanlarda BH lezyonlarına sebep olur. Anogenital BH gelişmesinde HPV16 önemlidir. HPV DNA'sı, ekstragenital Bowen hastalığı lezyonlarında %4.8 -%60 arasında değişen oranlarda gösterilmiştir. Palmoplantar ve periungual bölge lezyonlarında HPV16'nın DNA'sı % 60'ında oranında tespit edilmiştir.¹

Tanı

Rutin klinik uygulamada tanı dermoskopi yardımıyla veya histopatoloji ile

konulabilir. Dermoskopide; merkezde kümelenmiş nokta/glomerüler damarlar ve birleşme eğiliminde beyaz skuamaların varlığı tipiktir. Daha nadir rastlanan pigment lezyonlarda; skuam ve düzensiz gri-kahverengi pigmentasyon paterni ve bazı lezyonlarda ise kümeler halinde glomerüler damarlarda görülebilir.³ Dermoskopik tanıda şüphe varsa veya belli bir tedavi tipine geçmeden önce punch biyopsi yapılması gerekir. Epidermin ve dermin tam kalınlığı, kutanöz SHK'ye ait herhangi bir invaziv hastalık olup olmadığının saptanması gerektiğinden shave biyopsi tercih edilmez.¹

Histopatoloji

Histopatolojik incelemede epidermin bütün tabakalarında atipik keratinositler bulunur. Akantoz, diskeratotik hücreler, multinükleuslu hücreler ve atipik mitozlar mevcuttur. Dermiste yoğun lenfosit ve plazma hücrelerini içeren inflamatuvar yanıt mevcuttur.⁴

Ayırıcı tanı

BH'nın ayırıcı tanısında Paget hastalığı, psoriasis vulgaris, bazal hücreli karsinom, tinea korporis, numuler ekzema, seboreik keratoz ve hipertrofik aktinik keratoz,verruka vulgaris, amelanotik malign melanom düşünülmelidir.⁴

Skuamöz hücreli karsinom riski

Çoğu çalışmada, BH için yaklaşık % 3–5 invaziv karsinom riski olduğunu belirtilmektedir. Perianal lezyonlarda daha yüksek %10 oranında invaziv karsinom gelişme riski bildirilmekte olup bu bölge lezyonlarında nüks ihtimalide fazladır.^{1,5}

Tedavi

Tedavi seçimine lezyonun büyüklüğü, kalınlığı, lezyonun yerleşim yeri (yara iyileşmesinin zor olabileceği bölgeler, nüks riskinin yüksek olup olmaması gibi), hastanın yaşı ve ekonomik maliyetler

göz önünde bulundurularak karar verilir. Mevcut tedavi rejimleri kombine tedavi modaliteleri olarak da kullanılabilir.

Tedavisiz izlem: Alt bacak yerleşimli ince plak lezyonu olan yaşlı hastalarda yara iyileşmesi zor olacağından bu hastalara sadece nemlendirici ile takip edilebilir.¹

5-Fluorourasil: Üç-dört hafta boyunca günde bir veya iki kez uygulanmalıdır, gerekirse tekrarlanabilir. Tedavi etkinliği fotodinamik tedaviden daha azdır, kriyoterapiden ise farklı değildir. Özellikle geniş iyileşmesi zor alanlardaki lezyonlara cerrahi tedaviye alternatiftir.¹

İmikuimod: Günde bir kez 16 hafta boyunca uygulama yapılır. Hiperkeratotik plak lezyonlarda etkisi azdır bu yüzden tercih edilmez. İmikuimod kullanılan ve takip edilen 5 hastanın tedavi bitiminden 8-12 hafta sonra klinikopatolojik olarak lezyonlarda tamamen düzelme olmuş ve sonrasında 31 aylık takipte nüks gözlenmemiştir. BH tedavisinde onayı mevcut değildir.¹

İngenol-mebutate %0.05 jel: Tedavide yeni kullanılmaya başlanmıştır ve olgu sunumları şeklinde tedavi etkinliği mevcuttur.⁶

Kriyoterapi: BH tedavisinde basit-hızlı-kolay erişebilir bir tedavidir. Otuz saniyelik donma-çözülme şeklinde tek seans uygulanacağı gibi , 20 saniyelik donma – çözülme şeklinde birkaç hafta arayla 2-3 seans uygulanabilir. Başarısızlık oranları %5-10 arasında bildirilmektedir ve özellikle alt bacak lezyonlarında yara iyileşmesinde ülserasyon gelişebileceğinden dikkatli olunması gerekir.¹

Koterizasyon: Koterizasyon ile yapılan küretaj basit, ucuz, güvenli ve etkili bir yöntemdir. Kriyoterapiye ağrı, iyileşme ve nüks oranı açısından tercih edilebilir.¹

Mohs Cerrahisi: Tırnak ve genital bölge(özellikle penis) lezyonlarda endike olabilen tedavi seçeneğidir.¹

Fotodinamik tedavi: Fotoduyarlandırıcı olarak aminolevünilik asit (ALA) veya metil esteri olan MAL kullanılabilir. Kriyoterapi ve 5-fluorourasile göre daha etkilidir. Alt bacakta 3 cm'den büyük lezyonlarda ve tedavisi zor bölgelerdeki lezyonlara da etkilidir.^{1,5,7}

Radyoterapi: Cerrahi tedavisi zor olacak bölgelerdeki lezyonlar için kullanılır. Dezavantajı maliyeti ve özellikle alt bacak lezyonlarında iyileşme zorluğudur.¹

Lazer: Cerrahi tedavisi zor olacak bölgelerdeki tırnak ve genital bölge lezyonlarında uygulanabilir. Tedavi etkinliği açısından sınırlı kanıt mevcuttur.^{1,7}

KAYNAKLAR

1. Morton CA, Birnie AJ, Eedy DJ. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of squamous cell carcinoma in situ (Bowen's disease). Br J Dermatol 2014;170:245-60.
2. Foo CC, Lee JS, Guilanno V et al. Squamous cell carcinoma and Bowen's disease of the skin in Singapore. Ann Acad Med Singapore 2007; 36:189-93.
3. Karaarslan I. Aktinik Keratoz, Bowen Hastalığı ve Skuamöz Hücreli Karsinomlarda Dermoskopi. Turk J Dermatol 2016;10:32-7.
4. Yavuz İH, Yavuz ÖG, Cevit R ve ark. Gecikmiş Bir Tanı: Bowen Hastalığı. Dermatol 2015;6:1-3
5. Truchuelo MT, Perez B, Fernandez-Guarino M, et al. Fluorescence diagnosis and photodynamic therapy for Bowen's disease treatment. J Eur Acad Dermatol Venerol 2014;28:86-93.
6. Lee JH, Bae JM, Kim GM. Successful treatment of Bowen's disease with ingenol mebutate 0.05% gel. J Dermatol 2015;42:920-1
7. Ko DY, Kim KH, Song KH. A randomized trial comparing methylaminolaevulinate photodynamic therapy with and without Er:YAG ablative fractional laser treatment in Asian patients with lower extremity Bowen disease: results from a 12-month

follow-up. Br J Dermatol 2014;170:165-72.