

Rinofima Taklitçisi: Nodüler Bazal Hücreli Karsinom

Nodular Basal Cell Carcinoma As An Imitator of Rhinophyma

Pınar Özüğüz¹, Seval Doğruk Kaçar¹, Vildan Manav¹, Çiğdem Tokyol²

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deri Ve Zührevi Hastalıkları A.d, Afyon, Türkiye

²Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji A.d, Afyon, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Yard. Doç. Dr. Pınar Özüğüz, Hattatkarahisar Mah 14.sok Fatma Sahin Sit A Blok No3 Afyon 03200 Afyon - Türkiye
Tel: 05055210335 Mail: pozoguz@yahoo.com.tr

Abstract

Application: 27.07.2013 Accepted: 11.10.2013

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin tumor of the white race. There are four types including nodular, pigmented, superficial and morpheaform. The most common type is nodular type. Rhinophyma, represents the end stage of rosacea, and is caused by a progressive hypertrophy of sebaceous glandular tissue, connective tissue, and blood vessels. Besides, fibrosis, follicular plugging and telangiectasia are seen. Although rhinophyma is not a premalignant lesion, this relationship is considered by reports of malignancies on the background of rhinophyma. Various malignancies, including BCC, SCC, angiosarcoma and sebaceous carcinoma, have been reported to coexist or to imitate rhinophyma. We herein, report a 83 year patient presented with rhinophymatous lesion which was BCC originally, and emphasized the importance of careful examination of the skin and diagnostic biopsy of uncertain areas.

Keywords: Basal cell carcinoma, rhinophyma, imitator; premalignant.

Özet

Başvuru Tarihi: 27.07.2013 Kabul Tarihi: 11.10.2013

Bazal hücreli kanser (BHK), beyaz ırkın en yaygın görülen deri tümürüdür. Nodüler, pigmente, süperfisyal ve morfeiform olarak bilinen başlıca dört tipi vardır. En sık nodüler tip görülür. Rozasenin son evresi olan rinofima, sebase glandüler yapı, konnektif doku ve kan damarlarının progresif hipertrofisi ile oluşur. Bununla birlikte fibrozis, foliküler tıkanma ve telenjektazi de gözlenir. Rinofima premalign olarak bilinmemesine rağmen, rinofima zemininde gelişen maligniteler bu ilişkiyi düşündürmektedir. BHK, Skuamöz hücreli kanser (SHK), anjiyosarkom ve sebase karsinom gibi maligniteler rinofimayla eş zamanlı ya da taklitçi olarak bildirilmiştir. Burada 83 yaşında burun üzerinde rinofima benzeri BHK ile başvuran bir vaka sunularak dikkatli muayenenin önemi ve şüpheli alanlarda tanısal biyopsinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, rinofima, taklitçi; premalign

Giriş

Bazal hücreli kanser (BHK), epidermal bazal hücrelerden veya kıl follikülünün dış kök kılıfından geliştiği düşünülür. Tüm ırklarda görülebilmekle birlikte, beyaz ırkta en sık görülen malign tümör olarak bilinir. Son yirmi yıllık dönemde insidansında belirgin bir artış gözlenmektedir. Açık tenli olma, geçirilmiş deri kanseri, immüsupresyon ve çocukluk çağı ve adolesan dönemde güneş yanığı öyküsü, risk faktörleri arasındadır. Klinikte, pinkusun fibroepitelyoması, nevoid BHK sendromu, Bazex sendromu, Rombo ve unilateral Bazal hücreli nevüs sendromu şeklinde de karşımıza çıkabilir ^{1,2}.

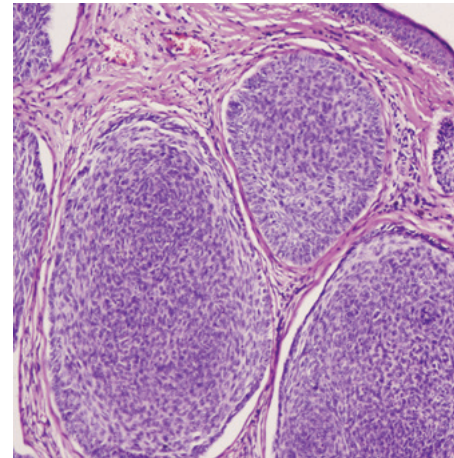
Rozasenin son dönemi olan rinofima ise, sebace glandüler yapı, konnektif doku ve kan damarlarının progresif hipertrofi, fibrozis, foliküler tıkanma ve telenjektazi ile karakterizedir. Etyolojisinde vitamin eksiklikleri, stres, androjenik hormon etkileri ve Demodex folliculorum' un kronik infeksiyonu gibi birçok neden sayılsa da, nedeni kesin bilinmemektedir, ³. Malignite ve rinofima arasında nedensel bir ilişki için ikna edici kanıtlar şu an için yeterli olmayıp, rinofimanın premalign bir lezyon olabileceği konusu hala tam cevap bulamamıştır, ⁴⁻⁶. Burada, burunda yerleşen ve rinofimayı taklit eden atipik görünümlü nodüler BHK olgusunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Seksen üç yaşında, deri tipi 2 olan bayan hasta burnunda büyüme şikayetiyle plastik ve rekonstruktif cerrahi bölümüne başvurması üzerine, dermatoloji polikliniğine ön tanılar açısından konsulte edildi. Yaklaşık 10 yıl önce burun ucunda küçük bir lezyon şeklinde başlayıp, zamanla kızaran, üzerinde damarlanmaların olduğu ve son 6 ayda aniden büyüdüğü öğrenildi. Sigara ve alkol kullanımı olmayan hastanın hiperlipidemi, hipertansiyon, tip II diyabet ve osteoporoz nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Deri kanserleri açısından öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastanın dermatolojik muayenesinde; burun ucunda yerleşim gösteren, yaklaşık 3,5x3 cm boyutlarında, deriden 0,9 cm kabarık, eritemli, yaygın neovaskülarizasyonun izlendiği nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1). Baş-boyun lenf nodu muayenesi normaldi. Yüzünün diğer alanlarında benzer bir lezyon saptanmadı. BHK, Skuamöz Hücreli Kanser (SHK) ve Rinofima ön tanılarıyla punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyden dışa doğru büyüyen, çevreden iyi sınırlı tümörel doku izlendi. Bu tümörel doku periferde palizadik

dizilimi belirgin, monoton görünümlü bazaloid hücre adacıklarından oluşuyordu. Bu bulgularla olguya nodüler tip BHK tanısı konuldu (Resim 2).

Burundaki kitlenin cerrahi eksizyonu için hasta tekrar plastik ve rekonstruktif cerrahi bölümüne yönlendirildi. Plastik cerrahide 5 mm güvenlik sınırı ile etrafında tam kat total eksize edildi. Defektin üzerini kapatmak amacıyla sağ frontal bölgeden yapılan alın flebi kullanıldı. Hasta rekürens açısından ta-kibe alındı.



Resim1: Burun üzerinde 35x30 mm boyutlarında eritem ve telenjektazilerin de eşlik ettiği difuz büyüme eğiliminde kitle lezyonu.

Resim2: Çok katlı yassı epitel altında periferde palizadik dizilimi belirgin, monoton görünümlü bazaloid hücre adacıklarından oluşan tümörel doku (HEX100).

Tartışma

Mortalite oranı düşük bir kanser olan BHK, sıklıkla baş, boyun ve yüz bölgelerine yerleştğinden morbiditesi oldukça yüksektir. Patogenezinde ultraviyole, hücre siklusunu düzenleyen genlerde mutasyon, iyonize radyasyon, immunitte değışiklikleri, kimyasallar ve genetik geçişli hastalıklar suçlanmaktadır. BHK tümör progresyonuna dirençlidir ve bilinen öncüleri yoktur. BHK'un agresif olmayan yüzeysel ve nodüler formları de nova gelişmekte ve daha agresif formlarına ilerlemeksizin gelişimlerini sürdürmektedir. Yüzün santral kısmında yerleşen tümörlerde, morfeik mikronodüler ve infiltratif histolojik varyantlarda rekürens fazladır. Tümör çapı ile rekürens doğru orantılıdır. Bizim olgumuzda da lezyon çapının büyük olması rekürens riskini artırmaktadır,^{1,2}. Hastayı bu anlamda bilgilendirip, yakın takip edilmesi uygun görülmüştür.

BHK'nin klinik tiplerinden nodüler BHK, en sık görülen tipidir ve tüm olguların %60'ını oluşturur. Bizim olgumuzda olduğu gibi, yüzde burun üzeri en sık yerleştiği yerdir. Yavaş büyük ve merkezden ülserleşir. Yalnız tedavi edilmediğinde infiltrate olarak doku yıkımına yol açabileceğinden erken müdahale gerekir,^{1,2}. Bizim olgumuzda son 6 ayda hızlı ve difüz bir büyüme olması BHK açısından beklenmeyen bir durum olarak değerlendirildi. Hastamıza bu farklı kliniğinden dolayı ön tanılarda yer alan rinofima olarak tedavi vermek ve takip etmek yerine, biyopsi ile tanıyı kesinleştirmek daha uygun görüldü.

Rinofima, ciddi ve kronik rozasede görülen, progresif seyirli, deformasyonla giden, sebace folliküllerin hipertrofisine bağlı burun kanatlarının noduler büyümesi olarak tanımlanır. Rino-

fimada histopatolojisinde klasik olarak; sebace bez hiperplazisi, telenjektaziler, lenfosit ve histiyositlerden oluşan perivasküler infiltrasyon, keratin ve sebumla dolu geniş sebace kanallar gözlenir. Tedavi edilmediği zaman, burun yıllar içinde dev boyutlara ulaşabilir ve önemli psikososyal soruna neden olabilir. Rinofimanın şiddetli kozmetik deformite ve burun tıkanıklığına neden olduğunda cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Rinofimalı hastalar genellikle kozmetik nedenlerden dolayı tedavi isteseler de, bazen nazal tıkanıklık ve sekonder hava yolu tıkanıklığından dolayı da medikal tedavi isteyebilirler. Rinofima ve malignite arasındaki ilişki net olarak tanımlanmasa da, rinofima benzeri kanser ya da rinofima zemininde kanser gelişen olgular bildirilmesi bu ilişkiyi destekler niteliktedir,³.

Rinofima ile karsinomanın koinsidansı ilk olarak Wende ve Bentz,⁷ tarafından 1904'te tanımlanmıştır. 1967'de bildirilen bir yayında 47 rinofimalı hastanın 5 tanesinde BHK saptanırken, ilerleyen yıllarda rinofima üzerinde yine BHK, SHK, ve sebace karsinom olguları bildirilmiştir.^{4,8-14} Görüldüğü üzere rinofima zemininde malignensi gelişebildiği gibi, rinofimayı taklit eden maligniteler de görülmektedir. Bazen bu iki durum overlap olabilir. Bizim hastamızda ise rozase ve rinofima hikayesi olmadığı halde, kliniğiyle rinofimayı taklit eden bir malignite olması sebebiyle biyopsi alınarak noduler BHK tanısı konulmuştur. Bu tip klinikle karşılaşılan hastaların rinofima tanısıyla takip edilip, malignensi tanısının gecikmesi, dolayısıyla boyutunu büyük olmasından dolayı metastaz riski de göz önüne alındığında dikkat edilmelidir. Hızlı büyüyen telenjektazik burun kitlelerinde rinofima yanında malignitelerden de nodüler BHK öntanısının da yer alması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Tuzun Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oguz O, Aksungur V. Editors. Dermatoloji. In: Adışen E, Gürer MA, editors. Bazal Hücreli Karsinom. 3th ed. İstanbul: Nobel tıp kitabevi. 2008. p. 1764-1775.
2. Brook RC. Basal Cell carcinoma. Clin Med 2005;5:551-554.
3. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP Jr. Rhinophyma review and update. Plast Reconstr Surg 2002;110(3):860-869.
4. Acker DW, Helwig EB. Rhinophyma with carcinoma. Arch Dermatol 1967; 95: 250-254.
5. Keefe M, Wakeel RA, McBride DI. Basal cell carcinoma mimicking rhinophyma. Case report and literature review. Arch Dermatol 1988;124:1077-1079.
6. Curnier A, Choudhary S. Rhinophyma: dispelling the myths. Plast Reconstr Surg 2004; 114(2):351-354.
7. Wende GW, Bentz CA. Rhinophyma: a pathological analysis of five separate tumors occurring in the same patient. J Cutan Dis 1904;22:447-460.
8. Silvis NG, Zachary CB. Occult basal-cell carcinoma within rhinophyma. Clin Exp Dermatol 1990;15(4):282-284.
9. Ross DA, Davies MP. Squamous cell carcinoma arising in rhinophyma. J R Soc Med 1992;85(4):236-237.
10. Lutz ME, Otley CC. Rhinophyma and coexisting occult skin cancers. Dermatol Surg 2001; 27(2):201-202.
11. McKenna DJ, McKenna K. Basal cell carcinoma lurking within gross rhinophyma. Clin Exp Dermatol 2006;31(1):173-174.
12. Kim MJ, Kim HS, Park YM, Kim HO. Squamous cell carcinoma masquerading as rhinophyma. Ann Dermatol 2009;21(1):81-83.
13. Hoffmann M, Braun-Falco M. Rhinophyma-like sebaceous carcinoma. J Eur Acad Dermatol Venereol 2009;23(10):1216-1218.
14. Lazzeri D, Colizzi L, Licata G, Pagnini D, Proietti A, Ali G, et al. Malignancies within rhinophyma: report of three new cases and review of the literature. Aesthetic Plast Surg 2012;36(2):396-405.