

EL SIRTINDA KUTANÖZ LEYŞMANYA İLE KARIŞAN BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM: BİR OLGU SUNUMU

Basal Cell Carcinoma Mimicking Leishmania in The Dorsum of The Hand: A Case Report

İlke Evrim SEÇİNTİ¹, Ümmü Gülsüm KASTAL²

ÖZET

Basal hücreli karsinom derinin en sık görülen kanseridir ancak el sırtında nadir görülür. En sık klinik prezentasyonu nodüler ve ülser lezyonlar şeklindedir. Leyşmanya ise enfekte tatarcıklardan bulaşan paraziter bir hastalıktır. En sık açıkta kalan cilt bölgelerinde görülür ve klinik prezentasyonlarından biri de ülseronodüler lezyondur. Türkiye özellikle de Güneydoğu Anadolu ve Çukurova bölgeleri Leyşmanya açısından endemiktir. Tedavileri birbirinden çok farklı olan bu iki hastalık klinik olarak birbiriyile karışabilmektedir. Biz klinik olarak yanlış tanı konularak Leyşmanya tedavisi uygulanan el sırtı yerleşimli bazal hücreli karsinom olgusu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Basal Hücreli Karsinom; Leyşmanya; Ayırıcı Tanı

ABSTRACT

Basal cell carcinoma is the most common cancer of the skin, but rarely seen on the hand dorsum. The most common clinical presentation is nodular and ulcerated lesions of the skin. Leishmania is a parasitic disease which is transmitted with infected sand-fly. It is commonly seen at the sunlight-exposed skin areas and one of its clinical presentations is ulcero-nodular lesion. Turkey, especially in Southeast Anatolia and Çukurova are endemic for Leishmania infection. Despite their treatments are quite different, these two lesions can cause confusion with each other. We report a case of basal cell carcinoma of the hand dorsal region that was clinically misdiagnosed and treated with leishmania.

Keywords: Basal Cell Carcinoma; Leishmania; Differential Diagnosis

GİRİŞ

Epitelial tümörlerin yaklaşık %65'ini oluşturan bazal hücreli karsinom (BHK) en yaygın kutanöz malignitedir (1). Epidermin bazal hücre tabakasındaki farklılaşmamış hücrelerden veya kıl follikülünün dış kök kılıfından köken alır (1, 2). Deride herhangi bir yerde görülebilse de %80'den fazlası baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan vücut bölgelerinde ortaya çıkmaktadır (1). El sırtında nadir görülür, bu nedenle gözden kaçabilir veya yanlış teşhis konulabilir (3). Üstelik BHK'ların farklı klinik tipleri olduğundan ayırıcı tanı spektrumu oldukça geniştir (4). Kutanoz Leyşmanya (KL), infekte tatarcıkların deriden kan emmesi esnasında bulaştırdıkları

Leyşmanya protozoonlarının neden olduğu, kronik, kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Daha çok vücudun açıkta kalan yüz ve el gibi bölgelerinde görülür ve birçok hastalığı taklit edebilir (5-7). Türkiye'de Güneydoğu Anadolu ve özellikle Çukurova olmak üzere Akdeniz bölgesinde endemiktir (5, 6). Burada klinik olarak yanlış tanı konularak Leyşmanya tedavisi uygulanan el sırtı yerleşimli bazal hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Mersin ili Mut ilçesinde yaşayan 69 yaşında kadın hasta hastanemiz dermatoloji polikliniğine sağ elde iyileşmeyen yara şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayenede

¹Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
Hatay/Türkiye

²Özel Olbamed Hastanesi
Dermatoloji Kliniği
Silifke-Mersin/Türkiye

İlke Evrim SEÇİNTİ, Dr. Öğr. Ü.
(0000-0002-8614-3971)
Ümmü Gülsüm KASTAL, Uzm. Dr.
(0000-0003-0878-376X)

İletişim:

Dr. Öğr. Ü. İlke Evrim SEÇİNTİ
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi,
Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi,
Patoloji Anabilim Dalı, Alahan-Antakya/
Hatay/Türkiye
Telefon: +90 506 689 9626
e-mail: ilkevrim@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 03.10.2019
Kabul tarihi/Accepted: 06.05.2020
DOI: 10.16919/bozoktip.629006

sağ el dorsal yüzünde yaklaşık 2 cm çapında, ortası ülserle, kenarları deriden kabarık nodüler lezyon izlendi (Şekil 1). Hastanın öyküsünde; lezyonun 2 yıldır mevcut olduğu ve 6 ay önce aile hekiminin klinik bulgular ile KL düşünerek intralezyonel Glucantim tedavisi uygulandığı ancak tedaviye yanıt alınmadığı anlaşıldı ve punch biyopsi yapılması planlandı. Yapılan histopatolojik incelemede epidermisi ülserle eden, desmoplastik stromada solid adalar halinde düzenlenmiş, atipik bazaloid hücrelerden oluşan neoplazm izlendi (Şekil 2). Olgu “bazal hücreli karsinom, nodüler tip” olarak raporlandı. Bu tanı üzerine yapılan eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesinde de biyopsi tanısı doğrulandı. Leyşmanya birlikteliği açısından tüm kesitler Giemsa boyanarak değerlendirildi ve Leyşmanya amastigotları fagosite eden histiositlere rastlanmadı.

TARTIŞMA

BHK insanlarda en sık görülen kanserdir, erkeklerde sıklığı daha fazladır ve çoğunlukla 40 yaş üstünde görülür (4). Risk faktörleri içinde uzun süre güneş maruziyeti, açık ten, açık göz ve saç rengi, arsenik, iyonize radyasyon, sigara, albinizm, kseroderma pigmentozum, nevoid BHK sendromu, immünsüpresyon yer alır (4). BHK'nun beş klinik tipi vardır: Nodüler, sklerozan, yüzeysel, pigmente ve pinkusun fibroepitelyomu. En sık nodüler tipi görülür ve büyük lezyonların ortası ülserle olabilir (rodent ülser) (4). BHK ayırıcı tanısında tüm pürüzsüz papüller (dermal melanositik nevüsler, trikoepitelyoma, dermatofibrom ve diğerleri), pigmente ise melanom; ülserle ise skuamöz hücreli karsinom (SHK) ile tüm ağrısız ve sert ülserler yer alır. %80'den fazlası baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan vücut bölgelerinde görülür (1). El sırtında nadirdir (3). Bizim olgumuz 69 yaşında kadın hastaydı, el sırtında 2 yıldır olan, yaklaşık 2 cm çapında, ortası ülserle, kenarları deriden kabarık nodüler lezyonu mevcuttu. Hastanın yaşı, lezyonun uzun süredir var olması ve nodüloülseratif olması BHK'un literatürde verilen özellikleri ile uyumluydu. Ancak lokalizasyonu literatürde de belirtildiği üzere BHK için tipik olmayan bir bölge olan el sırtındaydı.

KL, birçok hastalığı taklit edebilen geniş bir klinik yelpazeye sahiptir (7). Ayırıcı tanısında; inflamatuvar hastalıklar (böcek ısırığı, sarkoidoz, fronkül), enfeksiyöz hastalıklar (kutanöz tüberküloz, atipik

mikobakteri, lepra), melanositik lezyonlar (spitz nevüs, amelanositik melanom), deri kanserleri (BHK, SHK, keratoakantom), pyojenik granülom ve kutanöz metastazlar bulunur (8). Hastalığın kuluçka süresinin uzun olması, lezyonların uzun süredir var olması, subjektif yakınmalara neden olmaması ve sıklıkla yüz bölgesinde yerleşim göstermesinden dolayı KL, ileri yaşlarda ortaya çıktığında BHK ve SHK gibi deri malignitelerini de çok iyi taklit edebilmektedir (5, 7). Llambrich A ve ark. KL serilerinde BHK için spesifik iki dermoskopik kriter olan ülserasyon (%40) ve dallanan telenjektazi (%11) varlığı saptanmıştır (8). Literatürde, yanlışlıkla malignite tanısı almış KL vakaları mevcuttur (9, 10). Ayrıca, bazı yayınlarda KL skarında gelişen BHK vakalarından bahsedilmektedir (11, 12). Morsy TA ve ark ise BHK ve KL birlikteliği olan bir olgu bildirmiş ve Leyşmanyanın kansere predispozan lezyon olabileceğini öne sürmüşlerdir (13). Ayırıcı tanı spektrumunun oldukça geniş olması nedeni ile klinik olarak KL tanısı konulmuş vakalarda tanı, en az bir laboratuvar yöntemi ile doğrulanarak kesinleştirilmelidir. Bu amaçla en sık kullanılan ve en basit yöntem Giemsa ile boyanan dermal kazıntı yaymasında amastigot yapıda parazitlerin gösterilmesidir. Dermal kazıntı yaymasında parazitin gösterilemediği durumlarda ise histopatolojik inceleme, kültür ve PCR gibi daha ileri tetkiklere gereksinim duyulabilir (5, 8). Histopatolojik incelemede dermiste histiositler, lenfositler ve plazma hücrelerinden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu ile multinükleer dev hücreler ve granülom yapılarının görülmesi, makrofajlar içinde ve dışında Leyşmanya parazitleri tanısız ipuçlarıdır (6, 14). Bizim olgumuzda hastanın ilk doktoru; sadece klinik bulgulara dayanarak yanlış KL tanısı koymuş ve tanıyı doğrulama testlerinden herhangi birine başvurmamıştır. Hastanemizde ise maligniteyi ekarte etmek amacıyla lezyondan biyopsi planlandı. Histopatolojik incelemede “bazal hücreli karsinom, nodüler tip” olarak raporlandı. Leyşmanya birlikteliği açısından tüm kesitler Giemsa boyanarak değerlendirildi ve Leyşmanya amastigotları fagosite eden histiositlere rastlanmaması ile Leyşmanya tanısı dışlandı.

BHK ve KL'nin tedavileri birbirinden çok farklıdır. BHK'un primer tedavi yöntemi cerrahi eksizyondur ancak kriyocerrahi, elektrocerrahi ve bazı yüzeysel BHK için 5-florourasil ve imikimod gibi topikal tedaviler de tedavi

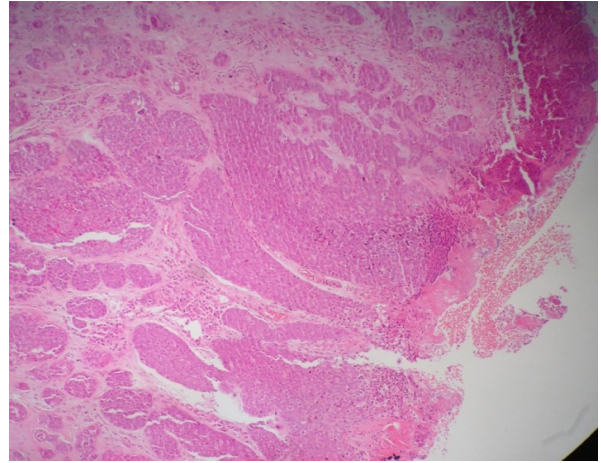


Şekil 1. Kenarları deriden kabarık ve ortası ülsere nodüler lezyon.

seçenekleri arasındadır(4). KL tedavisinde ilk seçenek değerli antimon bileşikleridir (Meglumine antimoniate-Glucantime; Sodyum stiboglukonat-Pentostam) ve intralezyonel veya sistemik uygulanabilir (5). Bizim olgumuzda hastaya ilk önce yanlış KL tanısı konularak intralezyonel Glucantim uygulanmış ve bu tedaviden fayda görmemiştir. Hastanemizde BHK tanısı konulan hastanın lezyonu cerrahi eksizyon ile tedavi edilmiştir. Bizim olgumuzda muhtemelen hastanın Leyşmanya açısından endemik bölgede yaşaması ve lezyonun el sırtı gibi BHK açısından çok sık rastlanmayan bir lokalizasyon olması, nodüloülseratif yapıda gelişmesi KL olduğunu düşündürmüştür. Sonuç olarak tedavileri birbirinden çok farklı olan bu iki hastalığın kliniklerinin birbirine benzeyebildiği ve birlikte görülebildikleri göz önünde tutularak nasıl Leyşmanya açısından endemik olmayan bölgelerde BHK düşünülen vakalarda öykü iyi sorgulanarak Leyşmanyanın da ayırıcı tanıya dahil edilmesi gerekliyse, endemik bölgelerde de klinik olarak Leyşmanya düşünülen vakalarda tanı en az bir laboratuvar yöntemi ile doğrulanmalıdır. Parazitin gösterilememesi durumunda ise BHK ve SHK gibi malign lezyonlar unutulmamalı ve mutlaka biyopsi ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tepe B. Bazal hücreli karsinomun olağan dışı lokalizasyonu: İki olgu sunumu. *Turk J Dermatol.* 2012;6:51-4.
2. Buljan M, Bulat V, Situm M, Mihic LL, Stanic-Dutay S. Variations in clinical presentation of basal cell carcinoma. *Acta Clin Croat.*



Şekil 2. Epidermisi ülsere eden, solid adalar halinde düzenlenmiş, atipik bazaloid hücrelerden oluşan neoplazm (H&E boyaması x100 büyütme).

- 2008;47(1):25-30.
3. Memiş C, Erat A, Ünal B, Uzun S. Sık görülür, az tanınır! Kutanöz Leyşmanya: Klinik, dermoskopik, sitolojik ve histopatolojik ipuçları. *Turk J Dermatol.* 2017;11:40-1.
4. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ. Epidermal and Appendageal Tumors. In Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* 7th Ed. United States of America: McGraw-Hill, 2008. p. 1036-41.
5. Ceylan AM, Meriç G, Aynalı G. Skuamöz hücreli kanseri taklit eden kutanöz Leyşmanya: Klinik ve histopatolojik ipuçları. *Turk J Dermatol.* 2012;46(1):44-6.
6. Başsorgun CI, Ünal B, Akman Karakaş A, Alpsoy E, Çiftçioğlu MA, Uzun S. Clinicopathological evaluation of cutaneous leishmaniasis in the Mediterranean Region of Turkey. *Turk Patoloji Derg.* 2015;31(2):126-130.
7. Aksoy M, Doni N, Yeşilova Y, Tanrıku O. Bazal hücreli karsinomu taklit eden kutanöz Leyşmanya. *Dermatoz.* 2017;1:dermatoz17081o2. doi:10.15624/dermatoz17081o2.
8. Llambrich A, Zaballos P, Terrasa F, Torne I, Puig S, Malveyh J. Dermoscopy of cutaneous leishmaniasis. *Br J of Dermatol.* 2009;160(4):756-61.
9. Ferry AP. Cutaneous leishmaniasis (oriental sore) of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1977;84:349-54.
10. Boer A, Blodorn-Schlicht N, Wiebels D, Steinkraus V, Falk TM. Unusual histopathological features of cutaneous leishmaniasis identified by polymerase chain reaction specific for leishmania on paraffin-embedded skin biopsies. *Br J Dermatol.* 2006;155(4):815-9.
11. Gurel MS, Inal L, Ozardali I, Duzgun SA. Basal cell carcinoma in a leishmanial scar. *Clin Exp Dermatol.* 2005;30:444-5.

12. Ünlü RE, Altun S, Sensöz ÖO. Factor for the development of basal cell carcinomas. J Craniofac Surg. 2007;18(3):708-10.
13. Morsy TA, Mangoud AM, el-Sebai MM, al Seghayer SM. Cutaneous leishmaniasis as a possible predisposing factor for skin malignancy. J Egypt Soc Parasitol. 1992;22(3):599-602.
14. Loh TY, Rubin AG, Brian Jiang SI. Basal cell carcinoma of the dorsal hand: An update and comprehensive review of the literature. Dermatol Surg. 2016;42(4):464-70.