



Avuç içinde yassı epitel hücreli karsinom: Olgu sunumu

Squamous cell carcinoma of the palm: a case report

Hakan AĞIR,¹ Brandon M. ADAMS,² Craig A. MACKINNON²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı;

²Wellington Regional Plastic, Maxillofacial and Burns Unit, Hutt Hospital, Lower Hutt, New Zealand

Avuç içi derisinden kaynaklanan yassı epitel hücreli karsinom çok nadir görülür, agresif bir seyre ve kötü prognoza sahiptir. Yetmiş dört yaşında erkek hastanın sağ el avuç içi distalinde, ağrılı ve hızlı büyüyen, 20 mm çapında nodüller lezyon görüldü. Lezyon daha önce başka bir merkezde enfeksiyon düşünülerek antibiyotiklerle, daha sonra granülom öngörülerek oral kortikosteroidlerle tedavi edilmeye çalışılmıştı. Deri kanseri öntanısıyla lezyona geniş eksizyon ve defekt bölgesine tam kat kalınlıkta deri grefti uygulandı. Histopatolojik incelemede, derin ciltaltı dokulara uzanan orta derecede diferansiye yassı epitel hücreli karsinom ve derin sınırdaki onkolojik pozitif alan bildirilmesi üzerine hastaya işaret parmağı ve orta parmağı içeren ray amputasyon uygulandı. Ameliyat sonrasında, el sırtında yeni cilt lezyonları gelişti; ayrıca, sağ epitroklear ve medial aksiller bölgede lenf nodları bulundu. Tüm lezyonlara geniş bölgesel eksizyon uygulandı. Çıkarılan epitroklear ve aksiller lenf nodlarında ve ciltaltı yağ dokularında metastaz saptandı. Bir ay sonra, el dorsumunda gelişen yeni lezyonlar da cerrahi olarak çıkarıldı. Ancak, kısa süre içinde yeni epitroklear lenf nodları ve sağ aksiller bölgede çok odaklı yeni lezyonlar ortaya çıktı. Bu kez hastaya radikal radyoterapi uygulandı. Çok kısa süre sonra, hastanın sağ toraks duvarında cilt-ciltaltı metastazlar ve yaygın akciğer metastazları saptandı. Hasta ilk başvurusundan 10 ay sonra akciğer komplikasyonları nedeniyle kaybedildi.

Anahtar sözcükler: Karsinom, yassı epitel hücreli/cerrahi/mortalite; el; tümör nüksü, lokal.

Squamous cell carcinoma (SCC) arising from the palm skin is very rare, having a very aggressive course and poor outcome. A 74-year-old male patient presented with a painful and rapidly growing nodular lesion, 20 mm in size, in the distal part of the right palm. He received antibiotic treatment at another center with the thought of an infection, and then with oral corticosteroids with an estimation of a granuloma. The patient underwent a wide excision with an initial diagnosis of skin cancer, followed by full-thickness skin grafting. Histopathologic examination showed moderately differentiated SCC extending to the deep subcutaneous tissue and positivity in deep surgical margins. Subsequent surgery included ray amputation involving index and middle fingers. However, recurrent skin lesions appeared in the dorsum of the hand together with enlarged lymph nodes in the epitrochlear and medial axillary regions. Following a wide surgical removal of the lesions, metastases were detected in epitrochlear and axillary lymph nodes and in fatty subcutaneous tissue. A month later, new lesions developed in the dorsum of the hand, which required another surgical excision. However, new epitrochlear lymph nodes and multifocal lesions in the right axillary region emerged. This time, radical radiotherapy was administered. In a short time, cutaneous and subcutaneous metastases in the thoracic wall and widespread lung metastases were detected. The patient died from pulmonary complications 10 months after presentation.

Key words: Carcinoma, squamous cell/surgery/mortality; hand; neoplasm recurrence, local.

Yassı epitel hücreli karsinom elde en sık karşılaşılan kötü huylu deri tümörüdür ve tüm el habis tümörlerinin %70-90'ını kapsamaktadır.^[1-7] Uzun süre güneşe maruz kalma, açık ten, erkek cinsiyet ve iler-

lemiş yaş bilinen risk faktörleridir. Olguların büyük çoğunluğunda karsinom el dorsumu yerleşimli iken, bunu sırasıyla parmak sırtları, parmak araları ve bilek dorsumu izlemektedir.^[7]

Yazışma adresi / Correspondence: Dr. Hakan Ağır. Yahyakaptan Mah. E4-A Blok, D: 3, 41050 Kocaeli.
Tel: 0262 - 303 72 01 Faks: 0262 - 303 80 03 e-posta: agirhakan@yahoo.com

Başvuru tarihi / Submitted: 05.08.2006 **Kabul tarihi / Accepted:** 15.08.2007

©2007 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği / ©2007 Turkish Association of Orthopaedics and Traumatology

İlginç olarak, yassı epitel hücreli karsinomun palmar yüzde gelişimi elin dorsumuna göre son derece nadirdir.^[3-5,8,9] Bilgilerimize göre, bugüne kadar bildirilen olgu sayısı 25'i aşmamıştır ve bu hastalara ait veriler oldukça sınırlıdır. Yayınlanmış olan olguların sadece beşinde resim ile yayın desteklenirken bu anatomik alandaki yassı epitel hücreli karsinomun değişik sunumlarına, klinik seyrine ve yaklaşım farklılıklarına ait aktarılan bilgi ve deneyim çok yeterli görünmemektedir.^[9-11]

Bu yazıda, ender rastlanan özellikte, avuç içi kaynaklı yassı epitel hücreli karsinomun kısa sürede çok ciddi bir klinik tabloya ve sonrasında ölüme yol açtığı bir erkek hasta sunuldu.

Olgu sunumu

Yetmiş dört yaşında, sağ el dominant erkek hasta, sağ el avuç içi distal yerleşimli, üzerinde kısmi hemorajik ülserasyon olan ağrılı ve hızlı büyüyen nodüler lezyon nedeniyle başvurdu. Hastada aynı bölgede altı ay önce gül dikenini batma öyküsü vardı. Lezyon aile doktoru tarafından önce enfeksiyon düşünülerek antibiyotiklerle, daha sonra granülom öngörülerek oral kortikosteroidlerle tedavi edilmeye çalışılmış ve başarısız olunmuştu. Fizik muayenede, sağ el işaret ve orta parmakların *web* aralığının proksimalinde, 20 mm çapında ülserenodüler lezyon saptandı (Şekil 1). Palmar yüzde veya diğer alanlarda başka deri lezyonuna rastlanmadı. Lezyonun distalinde duyu kaybı gözlenmezken, parmak hareketlerinde tam serbestlik vardı. Lezyon zemine yapışık değildi. Epitroklear ve aksiller bölge muayenelerinde ele gelen lenf nodu yoktu. Radyolojik değerlendirmede kemik yüzeyleri ve eklem yapıları normaldi. Mikrobiyolojik kültürlerde üreme olmadı. Aile doktorunca yapılan ilk fizik muayenesinde, diken batması öncesi hastanın avuç içinde veya genel olarak herhangi bir yerinde deri patolojisi yoktu. Hastada sistemik herhangi bir hastalık bulunmazken, yıllar önce baş-boyun bölgesinden tümüyle çıkarılan bazal hücreli karsinom öyküsü vardı.

Deri kanseri öntanısı konan lezyon, 1 cm güvenlik sınırı bırakılarak geniş eksizyon ile çıkarıldı. Ortaya çıkan yara, aynı taraf antekübital bölgeden alınan tam kat kalınlıktaki deri grefti ile örtüldü. Histopatoloji sonucu, derin ciltaltı dokulara dek uzanan orta derecede diferansiye yassı epitel hücreli karsinom olarak bildirildi. Nörovasküler tutulumuna ait kanıt yoktu; ancak, lezyon derin sınırda bir noktada yetersiz olarak çıkarılmıştı. Bunun üzerine, sağ el işaret parmak ve

orta parmağı içeren ray amputasyon uygulandı. Histoloji sonucu, tam olarak çıkarılmış, çevre dokulara ileri derecede yaygın yassı epitel hücreli karsinom olarak belirtildi. Tümör hücrelerine komşu bir alanda lenfatik yayılım odağı saptandı. İki ay sonra, el sırtında cerrahi alana komşu bölgede yeni cilt lezyonları gelişti (Şekil 2a). Ayrıca, sağ epitroklear ve medial aksiller bölgede lenf nodları bulundu.

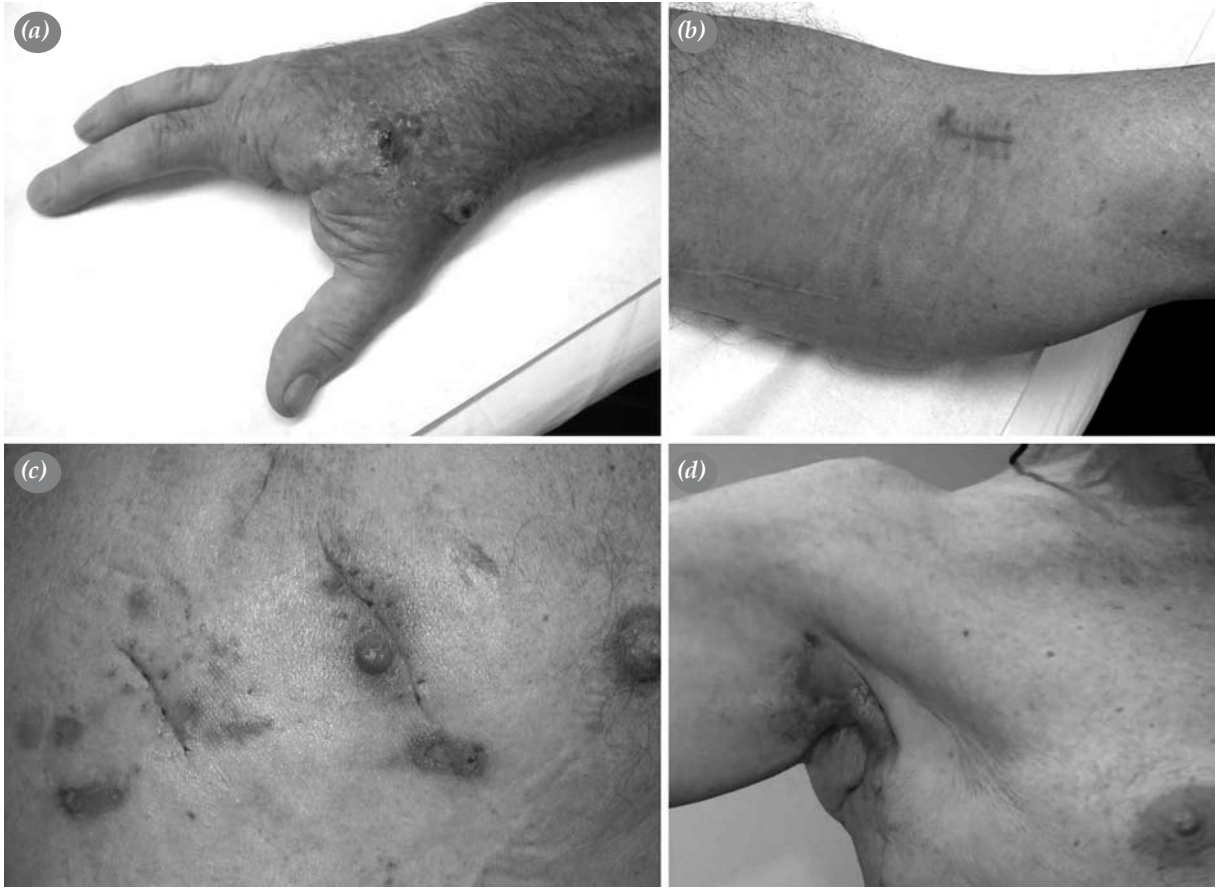
Tüm lezyonlara geniş bölgesel eksizyon uygulandı. Epitroklear bölge lenf nodları eksize edilerek aksiller lenf nodu kürajı eklendi (Şekil 2b). Epitroklear lenf nodlarında malign hücreler saptandı. Aksiller küraj materyalindeki 22 lenf nodunun 18'inde metastaz bulundu. Epitroklear ve aksiller lenf nodları ile beraber çıkarılan ciltaltı yağ dokularında birden fazla yassı epitel hücreli karsinom odağı gösterildi. Bir ay sonra, hasta el dorsumunda gelişen yassı epitel hücreli karsinoma ait yeni lezyonlar ile tekrar başvurdu. Bu lezyonların da tümü cerrahi olarak çıkarıldı. Bu arada, kısa süre içinde yeni epitroklear lenf nodları ortaya çıktı. Ek olarak, sağ aksiller bölgede çok odaklı yeni lezyonlar gelişti (Şekil 2c). Bölgesel tümör kontrolünü sağlamak amacıyla hastaya radikal radyoterapi (50 Gy üst ekstremiteye; 60 Gy ele, epitroklear ve aksiller bölgeye) uygulandı. Çok kısa süre sonra, hastanın sağ toraks duvarında yeni çok odaklı cilt-ciltaltı metastazlar ortaya çıktı (Şekil 2d). Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde yaygın akciğer metastazları saptandı. Hasta ilk başvurusundan 10 ay sonra akciğer komplikasyonları nedeniyle kaybedildi.

Tartışma

Avuç içi yerleşimli yassı epitel hücreli karsinom elin sık karşılaşılan patolojileri arasında yer alma-



Şekil 1. Sağ el avuç içi yerleşimli yassı epitel hücreli karsinomun ameliyat öncesi görünümü.



Şekil 2. (a) İşaret parmağı ve orta parmağın ray amputasyonu sonrası sağ el dorsumunda ortaya çıkan yeni yassı epitel hücreli karsinom lezyonları. (b) Lenf nodu metastazı ortaya çıkmış olan sağ epitroklear bölgede tam kat kalınlıkta deri grefti donör saha ve eksizyonel epitroklear lenf nodu biyopsisi skarları. (c) Sağ toraks duvarında ve (d) sağ aksiller bölgede yeni yassı epitel hücreli karsinom lezyonları.

maktadır. Klinik tablo ve tedavi farklılığına ilişkin bildiklerimiz ise birkaç çalışma ve az sayıdaki olgu sunumu ile sınırlıdır. Etyolojisinde, el dorsumundakine benzer olarak, kronik güneşe maruz kalma, radyasyon, travmatik skar, immünsupresyon, arsenik gibi karsinojen kimyasallara maruz kalma, kseroderma pigmentozum, Bowen hastalığı, keratotik cilt sorunları, metastaz, açık ten ve ileri yaş gibi faktörler ileri sürülmüştür.^[6,9-12] Primer avuç içi yassı epitel hücreli karsinomuna nadir rastlanması, güneş ışınlarından çok az etkilenen, prekanseröz lezyonların az görüldüğü bir bölge olmasından kaynaklanabilir. Bu nedenle, palmar yüz lezyonlarının ayırıcı tanısında sıklıkla akla gelmemektedir.

Altta yatan değişik deri lezyonları ve tanıda geç kalınması, elin bu habis tümöründe klinik sunumlarının farklı olmasına neden olmaktadır. Başlangıçta, derinin selim lezyonlarını veya *in situ* karsinomlarını taklit ettikleri bildirilmiş; el enfeksiyonları, keratoakantoma, piyojenik granülom, deri displazileri,

Dupuytren kontraktürü ve enflamatuvar hastalıklar bunlar arasında gösterilmiştir.^[1,4,9-11] Boyutları birkaç milimetreden çok büyüğe doğru değişirken, görünüşü kuru, kabuklu, pullanan eritemli bir lezyondan ülserovejetan bir kitleye doğru farklı şekillerde olabilmektedir. Kırmızı ve derin ülserler, büyüme gösteren küçük pigmente lezyonlar, keratotik ve ülser plaklar ve kısmen vejetan kitleler bildirilen patolojiler arasındadır.^[5,9-11] Olgumuzdaki gibi, sağlıklı deri zemininde gelişen nodüler yapıda yassı epitel hücreli karsinoma literatürde tanım ve resim olarak rastlamadık. Bunun temel nedeni resimli yayınların sayısının çok az olmasıdır. Sunduğumuz görüntü bu açıdan literatüre katkı yapmaktadır.

Olgumuzdan elde ettiğimiz deneyim erken tanı ve geniş cerrahi yaklaşımın avuç içi yassı epitel hücreli karsinomun kesin tedavisinde son derece önemli olduğu yönündedir ve literatür de bunu desteklemektedir. Üst ekstremitte cerrahisi ile ilgilenen her klinisyen avuç içi yerleşimli deri lezyonlarına yaklaşırken

çok yüksek kuşku seviyesine sahip olmalı, tanı ve tedavide kolayca kendinden emin olmamalıdır. Tanıda patolojik değerlendirme önemlidir; bu nedenle, insizyonel veya eksizyonel biyopsi daima anımsanmalıdır.^[13] Başlangıçta, olgumuzdaki lezyona travma öyküsü göz önüne alınarak ve biyopsi alınmaksızın yanlış tanı konmuş, enfeksiyon veya enflamatuvar bir lezyon gibi tedavi edilerek tümörün derin planda ilerlemesine yol açılmıştır. Buna benzer geç başvurular ve tanılar cerrahi tedavinin gecikmesine ve yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Klinik görünümdeki çeşitlilik ve bu bölge deri habis tümörlerinin çok nadir görülmesi de buna zemin hazırlamaktadır.^[2,7,12,14]

Benzer olgularda, cerrahi sırasında *frozen section* düşünülebileceği gibi, eğer imkan varsa Mohs mikroskopik cerrahi tekniği de tercih edilebilir.^[1,6,7,13,15] Mohs cerrahisi, görünen tüm tümörün dilimler halinde çıkarılması ve bu sayede lezyonun gerçek boyutları ve üçboyutlu şeklinin belirlenmesi prensibine dayanmaktadır.^[12] Bu yöntemde, eksize edilen dokunun alt sınırından alınan horizontal *frozen section* örnekleri mikroskopik olarak incelenir ve pozitif görünen alanlar haritalandırılarak daha fazla cerrahi çıkarım yapılır. Bu işlem, tümör tümüyle çıkarılınca dek tekrarlanır. En önemli avantajları deri tümörlerinde yüksek kür oranları, düşük morbidite ve sağlam doku korunmasıdır. Ancak, rekonstrüksiyon gereken olgularda ikinci bir cerrahi gerektirmesi dezavantajdır.

Avuç içi yassı epitel hücreli karsinomunun tedavisinde, el sırtında olduğu üzere, küretaj, koterizasyon, kriyoterapi ve topikal antimetabolit uygulaması gibi seçenekler olsa da, negatif cerrahi sınırlar elde edecek genişlikte lokal eksizyon veya ray amputasyon temel seçenektir.^[4-6,8,16,17] Radyoterapi ise cerrahiye kabul etmeyen veya cerrahiye uygun olmayan adaylar için öngörülebilir. Küçük lezyonlarda (<2 cm) 5 mm güvenlik sınırı ile palmar fasyaya dek eksizyon yeterlidir. Tümör çapının özellikle 2 cm'yi aştığı durumlarda, bölgesel çıkarımda en az 1 cm'lik güvenlik sınırı bırakarak ve zemindeki palmar fasya da dahil edilerek tümör alınmalıdır. Kemik, kas, ligaman, tendon (kılıfı) ve nörovasküler gibi yapılarda tutulum olması durumunda kanserin yerleşim yerine göre parmak amputasyonu, ray amputasyon veya kompozit rezeksiyon önerilmektedir.^[7] Bunun nedeni, olgumuzda da olduğu gibi, avuç içi yassı epitel hücreli karsinomlarının derin yayılım gösterdiği durumlarda bildirilen yüksek nüks ve uzak metastaz oranlarıdır. Çok ileri olgularda ise eksizyon sınırları çok daha geniş

ve derin tutulmalı, hatta elin tümünün amputasyonu düşünülmelidir. Bu özellikleri nedeniyle, avuç içi bölgesinin deri karsinomlarında elin "tehlikeli alan" olarak değerlendirilmesi, tanı ve tedaviye yönelik yaklaşımlarda çok dikkatli ve agresif olunması gerektiği bildirilmiştir.^[4,5] Elin diğer bölgelerine oranla, bu bölge karsinomlarının konservatif cerrahiye ve/veya radyoterapiye yanıtları iyi değildir.^[3,4,16,17] Oluşan defektler primer kapatılamazsa, deri greftlerinin yanı sıra tanımlanmış çeşitli bölgesel veya uzak flepler ile onarılabilir.^[18]

Tümör çapı (>2 cm), kalınlığı (>4 mm), histolojik farklılaşma derecesi, hastanın bağışıklık durumu, alta yatan skar dokusu, derin dokulara erken invazyon, perilenfatik ve perinöral tutulum faktörlerinin hepsi, el sırtında olduğu gibi, avuç içi için de artmış lokal nüks ve metastaz ile ilişkilidir.^[1,6,7,14,15] Literatürde avuç içi yassı epitel hücreli karsinom için belirtilmiş kesin bir nüks oranı yoktur. Bu oranın, özellikle invaziv tümörlerde ve geç başvuran olgularda genelde el yassı epitel hücreli karsinomları için öngörülen %7-29 arasındaki oranların^[1,3-5,16,17,19,20] üzerinde olduğunu düşünüyoruz. Hastamızdaki çok yüksek nüks eğilimi ve yayılımı bu görüşümüzü desteklemektedir.

Bazı yazarlara göre, elde gelişen tüm nüks yassı epitel hücreli karsinomları, aksi gösterilinceye dek perinöral invazyona sahip kabul edilmelidir.^[14] Olgumuzda da, hızlı klinik tabloyu açıklayabilecek perilenfatik invazyon vardı. Tümör tümüyle çıkartılmış olmasına rağmen, erken dönemde uzak yayılımlar ortaya çıktı. Eksize edilen kitlelerin histopatolojik değerlendirmesi sırasında perinöral ve perilenfatik yayılımın araştırılması bu nedenle çok önemlidir.

Yassı epitel hücreli karsinomun nüks lezyonlarında sıkça metastaz olması nedeniyle, bu hastalarda aksiller ve epitroklear bölge lenf nodları çok iyi ve dikkatli değerlendirilmelidir. Bunun için, bilgisayarlı tomografi ile görüntüleme önerilmektedir.^[3] Avuç içi bölgesi için metastaz riski, özellikle immüsuprese yaşlı hastalarda, el yassı epitel hücreli karsinomlu hastalarda bildirilen %28 oranının üzerinde tahmin edilmektedir.^[1,4,5]

Klinik olarak fark edilen lenf nodları için bölgesel lenf nodu küretajı kesinlikle önerilmekle birlikte, elektif lenf nodu küretajının rolü tartışmalıdır.^[8,15,21] Lenf nodu küretajının, multipl, zemine yapışık nüksler gösteren veya elin hareketli noktalarında yerleşim gösteren avuç içi yassı epitel hücreli karsinom lezyon-

larında kabul edilebilir olduğunu düşünüyoruz. Ekstrakapsüler lenf nodu yayılımında beş yıllık sağkalımın %40'tan %20'ye düştüğü bildirilmiştir.^[6,17,20,21] El bölgesi kanserlerinde, özellikle malign melanomda sıkça kullanılan sentinel lenf nodu biyopsisinin avuç içi yassı epitel hücreli karsinomda kullanımı bildirilmemiştir. Bu uygulamanın potansiyel yararları tartışmalıdır.^[21]

Radyoterapinin, adjuvan tedavi yöntemi olarak ileri evre el yassı epitel hücreli karsinomlarında bölgesel tümör kontrolünde yararlı olduğu belirtilmiştir.^[7,19,20] Ancak, olgumuzda olduğu gibi, kısa sürede göğüs duvarında nüks gösteren lezyonlarda etkisi olmamaktadır.^[20] Topikal 5-fluorourasil ve sistemik kemoterapi bildirilen diğer tedavi yöntemleridir; ancak, uzun dönemde yaşam süresine olan etkileri gösterilememiştir.^[1,6]

Sonuç olarak, avuç içi yassı epitel hücreli karsinomlarının uzak ve bölgesel metastaz sıklıkları ve mortalite oranları düşünüldüğünde, erken tanı, agresif ilk cerrahi yaklaşım ve yakın izlem en yüksek tedavi şansını vermektedir.

Kaynaklar

1. Fink JA, Akelman E. Nonmelanotic malignant skin tumors of the hand. *Hand Clin* 1995;11:255-64.
2. Ariyan S. Benign and malignant soft tissue tumors of the hand. In: McCarthy JG, May JW Jr, Littler J, editors. *Plastic surgery. The hand*. Vol, 8, Philadelphia: W. B. Saunders; 1990. p. 5483-509.
3. Schiavon M, Mazzoleni F, Chiarelli A, Matano P. Squamous cell carcinoma of the hand: fifty-five case reports. *J Hand Surg [Am]* 1988;13:401-4.
4. Chakrabarti I, Watson JD, Dorrance H. Skin tumours of the hand. A 10-year review. *J Hand Surg [Br]* 1993;18:484-6.
5. Rayner CR. The results of treatment of two hundred and seventy-three carcinomas of the hand. *Hand* 1981;13:183-6.
6. Haws MJ, Neumeister MW, Kenneaster DG, Russell RC. Management of nonmelanoma skin tumors of the hand. *Clin Plast Surg* 1997;24:779-95.
7. TerKonda SP, Perdakis G. Non-melanotic skin tumors of the upper extremity. *Hand Clin* 2004;20:293-301.
8. Diao E, Moy OJ. Common tumors. *Orthop Clin North Am* 1992;23:187-96.
9. Elliott B, Snell JA. Carcinoma of the palm of the hand: case report and review of the literature and Alfred Hospital records. *Aust N Z J Surg* 1969;39:192-4.
10. Binet O, Beltzer-Garelli E, Elbaz JS, Aron-Brunetiere R. Bowen's disease and squamous cell carcinoma of the palm. *Dermatologica* 1980;161:136-9.
11. Weinrauch L, Peled I, Goldberg LH, Wexler MR. Squamous cell carcinoma of the palm. *Dermatologica* 1983; 166:89-91.
12. Zbar RI, Cattel WI. Skin tumors I: nonmelanoma skin tumors. *Selected Readings in Plastic Surgery* 2000;9:2-19.
13. Trigg SD. Biopsy of hand, wrist, and forearm tumors. *Hand Clin* 2004;20:131-5.
14. Cattel WI. Perineural invasion by squamous-cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;8:589-600.
15. Luce EA. Oncologic considerations in nonmelanotic skin cancer. *Clin Plast Surg* 1995;22:39-50.
16. Bean DJ, Rees RS, O'Leary JP, Lynch JB. Carcinoma of the hand: a 20-year experience. *South Med J* 1984;77:998-1000.
17. Forsythe RL, Bajaj P, Engeron O, Shadid EA. The treatment of squamous cell carcinoma of the hand. *Hand* 1978; 10:104-8.
18. Walton RL, Neumeister MW. Pedicled flaps and grafts. In: Achauer BW, Eriksson E, Vander Kolk C, Coleman JJ, Russell RC, Guyuron G, editors. *Plastic surgery, indications, operations and outcomes*. Vol. 4, St. Louis: Mosby; 2000. p. 1793-818.
19. Immerman SC, Scanlon EF, Christ M, Knox KL. Recurrent squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 1983; 51:1537-40.
20. Ames FC, Hickey RC. Metastasis from squamous cell skin cancer of the extremities. *South Med J* 1982;75:920-3.
21. Stadelmann WK, Javaheri S, Cruse CW, Reintgen DS. The use of selective lymphadenectomy in squamous cell carcinoma of the wrist: a case report. *J Hand Surg [Am]* 1997;22:726-31.