

DEV BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMLAR: 12 OLGUNUN ANALİZİ

*Aykut MISIRLIOĞLU, *Hüseyin KARANFİL, *Mithat AKAN, *Tayfun AKÖZ

*Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Bazal hücreli kanserler derinin en sık görülen kanserleridir. Bu tür kanserler sıklıkla düşük dereceli malignite gösterebilirler. Dev bazal hücreli kanserler nadir görülmeyle birlikte daha kötü klinik seyre sahip oldukları bilinse de, boyutlara bağlı tümörün seyri, gelişimindeki risk faktörleri, yaklaşım ve tedavi sonrası nüks etmeleri gibi birçok konu henüz tam olarak aydınlanmamıştır.

Çalışmamız metastatik yayılımı olmayan 12 dev bazal hücreli kanserli hastadan oluşmaktadır. Lezyonlardan üçü skalpte, beş adedi yüzde, ikisi toraksta ve bir tanesi torako-lomber bölgelerde teşhis edildi. Bir olgu dışında tüm olgularda cerrahi tedavi uygulandı. Kanserlerde geniş rezeksiyonlardan sonra rekonstrüksiyon için anatomik bölgeye ve tümör boyutlarına bağlı olarak lokal veya uzak flepler ve deri greftleri kullanıldı. Hastalarda takip süresi yaklaşık 3 yıl olarak gerçekleşti. Çalışmamızda dev bazal hücreli kanserlerde lokalizasyonun tümör gelişiminde önemi, histolojik tipler ve tedavide karşılaşılan problemler gibi bazı tartışmalı konular ele alındı.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli kanser, dev, deri kanserleri

GIANT BASAL CELL CARCINOMAS: THE ANALYSIS OF 12 PATIENTS

ABSTRACT

Basal cell carcinomas are the most common cutaneous malignant neoplasms. Although frequently regarded as a low grade malignancy, basal cell carcinoma sometimes shows very aggressive behaviour, especially, where giant lesions are concerned. Giant basal cell carcinoma is a rare skin tumour with aggressive biological behaviour, and much confusions exists about their possible aggressive potential as related to their size, the risk factors their development, their management, and their recurrence after the treatment.

Our study includes 12 patients who had giant basal cell carcinoma with no evidence of metastatic dissemination. Three lesions on the scalp, five lesions on the face, three lesions on the trunk and one lesion on the toraco-lomber region were diagnosed. Except one case, all patients were treated with surgically. Depending on the anatomic region and tumour size, we used local or distant flaps and skin grafts for the reconstruction of the defect after the wide excision of the carcinoma. The follow-up period is approximately 3 years. In this study the problems of giant basal cell carcinoma such as the importance of the site location in tumour development, the histologic subtypes involved and problems of treatment are discussed.

Keywords: Basal cell carcinoma, giant, skin carcinomas

GİRİŞ

Deri kanserleri insan vücudundaki tüm kanserlerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bazal hücreli kanserler ise tüm tipler arasında insan vücudunda en sık görülen kanser türü olup epidermis bazal membranı ve adneksal yapılardan köken alır.¹ Bazal hücreli kanserlerde etiyoloji tam olarak açıklanamamış olsa da, oluşmalarında ultraviyolenin etkisi en iyi bilinen sebeplerin başında gelmektedir. Kanser hücreleri yaşayabilmek için ciltte mevcut olan konnektif dokulara ihtiyaç duyduklarından, farklı dokularda canlılıklarını sürdüremezler ve metastaz olasılıkları oldukça düşüktür(%0,0028- %0,1).¹ Diğer

kanserlere göre genellikle daha iyi bir prognoza sahip olan bu tümörlerde karakteristik özellik, yavaş ve yıllar içerisinde olan bir büyümedir.¹

Genellikle kanser türleri arasında kötünün iyisi olarak kabul edebileceğimiz bu kanser türü, özellikle büyük boyutlu olduğunda, çok daha saldırgan bir klinik seyir izleyebilir. Nadir görülen bu varyasyon, 5 santimetreden büyük lezyonlar olarak tanımlanmıştır.^{2,3} Dev bazal hücreli kanserler nadir görülürler ama daha fazla destrüksiyon yaparak derin dokulara invazyon ve metastaz yapabilme özellikleriyle daha kötü bir klinik tabloları vardır.²⁻⁶

Literatürde bu tip bazal hücreli kanserler hakkında sınırlı sayıda yayın mevcuttur.^{4,5} Bu nedenle; tanımlanmaları, muhtemel klinik davranışları, malignite potansiyelleri, bu özelliklerinin ulaştıkları boyutlarıyla veya klinik tipleriyle ilişkileri, yaklaşım ve nüks etme ihtimalleri üzerinde çok net ve yeterli bilgi birikimi yoktur.⁵⁻⁸

Bu çalışmada, kliniğimizde tetkik ve tedavisi yapılan 12 dev bazal hücreli kanser olgusunda, 3 yıla kadar izlemlerde karşılaşılan problemler ve elde edilen sonuçlarla literatüre katkı sağlanması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada 2000–2007 yılları arasında kliniğimize başvuran 12 dev bazal hücreli kanser olgusu incelendi. Çalışmada incelenen tümörlerin 5 tanesi yüzde, 3 tanesi skalp bölgesinde, 3 tanesi toraks ve bir olguda torako-abdominal bölgede idi. Dokuz hastada daha önce bir tedavi uygulanmamış, 3 hasta ise daha önce tedavi edilen nüks tümörlerdi. Lezyonların en küçüğü 5x6 cm,

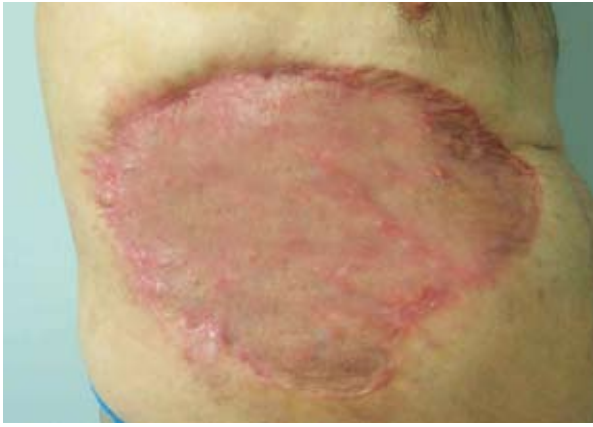
en büyüğü ise 20x35 cm boyutlarındaydı. Olgularda tümörün büyüklüğü, lokalizasyonu, tipi, uygulanan tedaviler ve tümörlerin klinik davranışı değerlendirildi (Tablo1). Takip süresi en kısa 6 ay ile en uzun 5 yıl olmak üzere ortalama 3 yıl olarak gerçekleşti.

OLGULAR

Olgu 1: 62 yaşında, sağ torako-lomber bölgede, boyutları 20x35 cm olan ülsere lezyon. Daha önce tedavi uygulanmayan lezyon, 8 yıl içerisinde bu boyuta gelmiş. Fizik muayenede normal cilt dokusu ile aynı seviyede, kenarları endürasyon gösteren, çok noktada kanama odakları olan ülsere tümör dokusu gözlemlendi (Resim1). Radyografik tetkiklerde lezyonun alttaki kostal kemiklere invazyonu görüldü. Cerrahi olarak üç adet kostal kemik segmenti ve parietal plevrayı içine alan eksizyon sonrasında, toraks cidarı prolen mesh ile onarılarak üzerine pediküllü omentum flebi ve deri greftleri ile rekonstrüksiyon yapıldı. Operasyon sırasında

Olgu no	Yaş/ Cinsiyet	Anatomik bölge	Boyut cm	Histolojik tanı	Cerrahi teknik	Takip süresi	Klinik seyir
1	62/E	Torako-lomber	20x35	Nodüler- ülseratif	Serbest omentum flep	4 yıl	Nüks yok
2	44/E	Nazolabial	5x8	İnfiltratif	Serbest TRAM flep	2 yıl	1.yıl nüks 2. yıl ex.
3	45/E	Oksipital	5x8	Yüzeyel	Deri grefti	5 yıl	Nüks yok
4	56/E	Verteks	6x8	Ülseratif Nodüler	Duraplasti Serbest ALT flep	2 yıl	18. ay nüks 2.yıl ex.
5	62/E	Verteks- parietal	8x12	ülseratif	Lokal flep-deri grefti	2 yıl	14.ay nüks 2. yıl ex
6	78/K	Periorbital infraorbital	6x9	İnfiltratif	-	6 ay	6. ayda ex.
7	65/K	Skapula	5x6.5	Yüzeyel	Deri grefti	4 yıl	Nüks yok
8	58/E	Deltoid	5x7	Ülseratif	Deri grefti	3 yıl	Nüks yok
9	62/K	Skapula	6x6	Yüzeyel	Deri grefti	4 yıl	Nüks yok
10	67/K	Frontal	6x8.5	Ülseratif	Deri grefti	5 yıl	Nüks yok
11	42/E	Periorbital	5x6	İnfiltratif	Temporal fasyal flep-deri grefti	3 yıl	1.yıl nüks
12	55/K	Periorbital	6x9	Ülseratif	ALT flep	2 yıl	Nüks yok

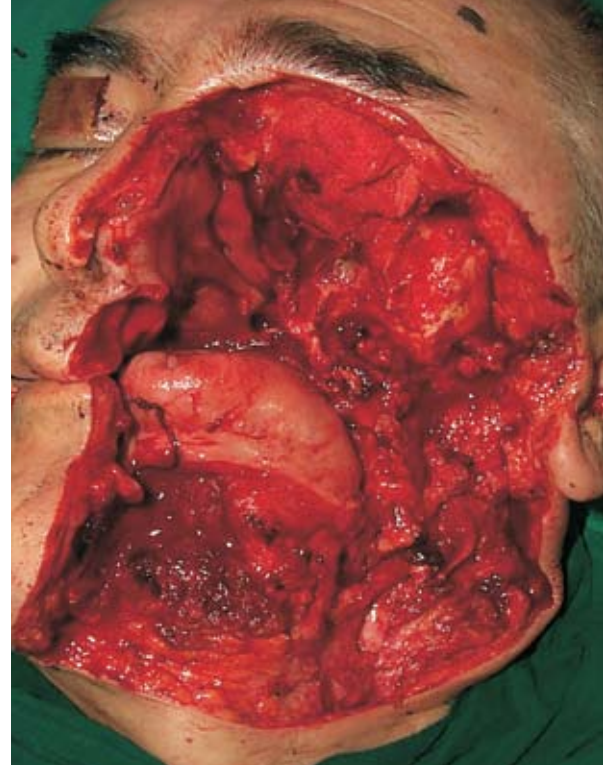
Tablo 1: Olguların; yaş, cinsiyet, tümör boyut ve lokalizasyonu, uygulanan tedaviler ve elde edilen sonuçlara göre dağılımı görülmekte.



Resim 1: Üstte sağ torako-lomber bölgedeki lezyon altta ise eksizyonu takiben omentum flebi ve deri greftleriyle onarım sonrasında 6. ay görünüm.

alınan patolojik örneklemelerde mikroskopik infiltrasyon gözlenmedi ve cerrahi olarak sağlam sınırlar elde edildi. Çıkarılan materyalin tetkikinde; ciltaltı yağlı doku, kas, kemik dokularında ve perinöral invazyon gösteren, infiltratif tip bazal hücreli kansere ait tipik bulgular elde edildi. Hastanın 4 yıllık takiplerinde nüks görülmedi.

Olgu 2: 44 yaşında erkek hastada sol nazolabial bölgede 5x8 cm boyutlarında nüks lezyon. Üç yıl önce malar bölgedeki tümör dokusu nedeniyle opere edilen hastada ilk ameliyatından bir yıl sonra ortaya çıkan nüks nedeniyle tekrar sol yanakta tam kat geniş rezeksiyon ve pektoral fleple rekonstrüksiyon yapılmış. Hastanın fizik muayene ve radyolojik tetkikleri tümör dokusunun altta mandibula, medialde nazal oluşumlarda, sert damakta, üstte orbita içine doğru infiltrasyon gösteren geniş tutulumunu gösterdi. Hastada cerrahi olarak altta hemimandibulektomi, sağda bir taraf nazal kemiği içine alan, üstte tüm orbital dokulara uzanan hemen hemen bir yüz yarısını kapsayan geniş rezeksiyon yapıldı (Resim2). Hastanın tekrarlayıcı tümör ve ilerlemiş tablosu nedeniyle mandibulada vaskülarize kemik ile rekonstrüksiyonu ertelendi, mandibula bütünlüğü geçici olarak 2,0 mm. K teli ile oluşturularak yumuşak doku rekonstrüksiyonu için transvers rektus abdominis serbest kas-deri flebi kullanıldı (Resim2). Hastanın takiplerinde 14 ay sonra kafa tabanına ve nazofarenkse doğru büyüyen nüks



Resim 2: Yukarıda geniş cerrahi rezeksiyon sonrası oluşan defekt, altında ise serbest transvers rektus abdominis kas-deri flebiyle yapılan onarımdan sonraki erken dönem izlenmektedir.

gelişti ve uzak metastaz bulgusu görülmedi. Tedavisi medikal olarak devam edilen hastada, takip eden aylarda çiğneme ve yutma fonksiyonlarında güçlük ortaya çıktı. Hasta postoperatif 2. yılında kaybedildi.

Olgu 3, 4 ve 5: Sunulan bu üç olgu 45, 56 ve 62 yaşlarında skalp dokusunda dev bazal hücreli kanser görülen erkek hastalardır. Sırasıyla 3. olgu oksipitalde 5x8 cm, 4. olgu vertexde 6x8 cm ve 5. olgu vertexten paryetal bölgeye uzanan 8x12cm boyutlarında lezyonlardan oluşmaktadır. 3. olgu 4yıl, 4. olgu 6 yıl ve 5. olgu 4,5 yıllık bir dönemde bu boyutlara ulaşmış. Üçüncü olgu daha önce başka bir merkezde opere edilmiş, 4. ve 5. olgu ise ilk defa bir hastaneye başvurmuş. Tüm skalp tümörlerinde tümör kenarları endüre görünümde, tümör yüzeyleri düzensiz, epidermal erozyonlara eşlik eden ülser görünüm mevcuttu. 3. ve 5. olguda ülser zemininde muhtemel geçirilmiş kanama odaklarına bağlı yer yer fibrin artıkları görülmekteydi. Olguların tümünde cerrahi olarak tümörler sağlam cerrahi sınırla eksize edildi. 3. olguda deri greftleri ile defekt onarıldı. 4. olguda tümör dokusu kortikal dokuya invazyon gösterdiğinden, korteks dokusunu içine alan derinlikte eksizyonu takiben beyin cerrahisi tarafından aloplastik materyallerle rekonstrüksiyonu yapıldı. Yumuşak doku için serbest anterolateral thigh flebi kullanıldı. 5. olguda tümör merkezinde küçük bir alanda kemik invazyonu görüldü, bu alanda kortikal defekt lokal skalp flebiyle, diğer alanlarda ise deri greftleriyle onarım yapıldı. Hastalarda yapılan izlemde tümör dokusu en küçük olan 3. olguda 5 yıl boyunca nüks izlenmedi, tümör dokusu daha büyük ve kemik destrüksiyonu olan 4. ve 5. olgular takip eden 2 yıl içerisinde nüks nedeniyle kaybedildi.

Olgu 6: 78 yaşında kadın hastada sağ yüz yarısında 6x9 cm boyutlarında, sağ yanak bölgesinde deri, deri

altı, maksiller kemik ön duvarı, üstte periorbital yumuşak dokular ve orbita içine yayılarak glob dokusunda destrüksiyon yapmış infiltratif tip bazal hücreli kanser olgusu. Hastada tümör dokusu sağ yüz yarısında tüm orbita içi yumuşak dokuları ve maksiller sinus ön duvarını eriterek ilerlediğinden, inspeksiyonda orbital kemikler ve maksiller sinus arka duvarına doğru geniş bir kavite görülmekteydi (Resim-3). Herhangi bir tedavi seçeneğini kabul etmeyen hasta takip eden 6 ay içerisinde sekonder enfeksiyonlara bağlı komplikasyonlarla kaybedildi.

Olgu 7, 8, 9: Yedinci, sekizinci ve dokuzuncu olgular gövde üzerinde lezyonu olan hastalardır. 7. olgu 65 yaşında kadın hasta olup lezyonu toraks arkasında skapula üstünde 5x6,5 cm. boyutlarında, 8. olgu 58 yaşında erkek hasta olup lezyonu sağ deltoid bölgede 5x7 cm boyutlarında, 9. olgu ise 62 yaşında kadın olup skapula üstünde 6x6 cm boyutlarında lezyonu mevcuttu. Lezyonların oluş süreleri hastalardan alınan bilgilere göre 7. olguda 3, 8. olguda ise 4 ve 9. olguda ise 2 yıldır. Lezyonlar sağlam cerrahi sınır elde edilecek şekilde eksize edildi ve oluşan defektler deri greftleriyle onarıldı. Hastaların 4 yıla varan takiplerinde nüks izlenmedi.

Olgu10: 67 yaşında kadın hastada frontalde sol bölümde yer alan 6x8,5 cm boyutlarında düzensiz kenarlı ve üzeri ülserle lezyon. 7 yıllık hikâyesi olan tümör ülseratif tip olarak rapor edildi. Eksize edilen tümör dokusu sonrasında defekt için deri greftleri kullanıldı. Hastanın 5 yıllık takiplerinde nüks izlenmedi.



Resim 3: Solda orbital dokular ve sağ maksiller bölgede ağır destrüksiyon gösteren tümör dokusu, sağda ise medial kantil bölgeden köken alarak geniş tutulum gösteren dev bazal hücreli kanser olgusu.

Olgu 11,12: Sunulan bu iki olgu sırasıyla 42 ve 55 yaşlarında erkek hastalar olup periorbital bölge bazal hücreli kanserleridir. Onbirinci olgu sağ orbita lateralinde 5x6 cm, diğer olgu ise sol medial kantal bölgeden köken alan göz kapakları, orbital dokular, burun sırtı ve glabellar bölgeye yayılım gösteren 6x9 cm. boyutlarında lezyondan oluşmaktadır. Her iki olguda da lezyonlar ülseratifdir. 42 yaşındaki olgu daha önce başka bir merkezde lezyonun eksizyonu ve greft uygulanarak opere edilmiş sonradan nüks görülen hasta, 12. olgu ise operasyon esnasında orbita içerisine uzanım gösterdiği tespit edilerek ekzanterasyon yapılan hastalardır. İki olgunun ekzanterasyon sonrası rekonstrüksiyonları; 11. olguda temporal fasya flebi ve deri greftleriyle, 12. hastada ise antero-lateral uyluk flebiyle yapıldı. 11. olguda 1 yıl sonra nüks ve tekrar eksizyon yapıldı. Olguların 3 yıla kadar takiplerinde başka bir problemle karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Bazal hücreli kanserler beyaz ırkta görülen en sık kanser türü olup, her geçen yıl görülme sıklığı daha da artmaktadır.¹ Klinik olarak genellikle yavaş seyirli küçük lezyonlardan oluşan bu kanserler, nadiren büyük boyutlara ulaşabilmektedirler.^{1,4} Dev bazal hücreli kanserler histolojik olarak diğerlerine göre farklılık göstermeseler de, kanser hücrelerinin davranışları daha farklı olabilmekte, dermis dokuları ve ekstrasdermal dokularda sıklıkla infiltrasyon görülebilmektedir.^{2,4}

Dev bazal hücreli kanserler hakkında yapılan güncel bir gözden geçirme makalesinde Lorenzini⁴, toraks duvarında 6x2 cm boyutlarında bir olgu sunarak, son 40 yılda toplam 29 adet dev bazal hücreli kanser olgusunun yayımlandığını belirtmiştir. Kikuchi⁵ yine bu konuda son 35 yılda 10 cm boyutlarına ulaşan toplam 13 adet olgu yayımlandığını bildirmiştir. Literatürde çok fazla bilgi birikimi olmayan dev bazal hücreli kanserler hakkında halen birçok tartışmalı konu mevcuttur.⁸

Bu tümörler hakkında önemli sorulardan biri; tümör büyüklüğünün mortalite ve morbiditeye olan etkisidir.⁹ Tümörün boyutunun klinik seyirde etkili olduğunu destekleyen çalışmalar, büyük tümörlerde daha büyük bir büyüme hızı ve böylece daha kötü prognozu işaret ederler.⁹ Randle yaptığı çalışmada dev bazal hücreli kanserlerde diğerlerine göre daha farklı bir büyüme hızı mevcut olmadığını, tümörün büyüklüğünün onun süresine bağlı olduğunu ve hastalardaki ihmalin bu tümörlerde önemli bir faktör olduğunu belirtmiştir.² Çalışmamızda sunulan olgularda göreceli olarak daha büyük olan tümörlerde beklenenin aksine daha iyi klinik seyir gözlemlendi. Burada dikkat çeken bir konu daha büyük boyutlu olsalar da baş ve boyun dışında gelişen tümörlerde daha iyi sağ kalım elde edildiğidir. Bunun aksine, özellikle yüz bölgesinde tümörü olan olgular, diğerlerine göre daha az büyüklükte oldukları halde daha kötü klinik seyir gösterdiler. Baş ve boyunda birçok hayati önemi olan organın yakın komşulukta olması, genellikle yerel harabiyet yaparak ilerleyen bu tümörlerin daha kötü seyretmesini açıklayabilir. Bununla birlikte bu tümörlerin embriyolojik geçiş bölgelerinde daha hızlı ilerledikleri zaten bilinmektedir.¹

Dev bazal hücreli kanserlerde lokalizasyon önemli diğer bir faktördür.⁸ Fark edilmesi geciken vücudun açıkta olmayan bölgelerinde daha çok görüldüğünü destekleyen çalışmalar olmakla birlikte, bu kanserlerin vücutta dağılımının eşit olduğunu gösteren yayınlar da mevcuttur.^{10,12} Çalışmamızda elde edilen bulgular ise bu kanserlerin baş ve boyunda daha sık görüldüğü yönündedir. Sunulan olgulardan 8 tanesi baş boyun bölgesinde olup diğerlerine göre daha kötü bir klinik seyir izlediler. Buna karşılık güneş görmeyen bölgelerdeki tümörler daha büyük boyutlu olarak karşımıza çıkmakla beraber, daha iyi bir klinik seyir gösterdiler. Dev boyutlu olmayan bazal hücreli kanserlerde yapılan çalışmalarda, en sık olarak baş ve boyunda görülen bu tümörlerde lokalizasyonun klinik seyirde önemli olduğu ortaya konmuştur.^{1,13-15} Çalışmamız bu özelliğin dev bazal hücreli kanserlerde de benzer olduğunu desteklemektedir.

Dev bazal hücreli kanser gelişiminde histolojik alt grupların etkisi üzerinde kesin bilgiler mevcut değildir. Bazı histolojik alt gruplar ile bu kanserlerin gelişiminin bağlantısı olduğunu öne süren çalışmalar olsa da bunu desteklemeyen yazarlar da mevcuttur.^{7,9,16} Çalışmamızda sunulan kanserlerin 6 tanesi nodüler-ülseratif, üç tanesi infiltratif, ve kalan 4 tanesi yüzeysel yayılan histolojik tanısı konan olgulardır. Boyutları en büyük olanlar yüzeysel yayılan ve nodüler-ülseratif tiplerdir. Olgular incelendiğinde dev bazal hücreli kanserle histolojik tanı arasında anlamlı bir bağlantı olmayışı, tüm tiplerin dev boyutlara ulaşabildiğini destekler niteliktedir. Olgular arasında daha saldırgan olarak kabul edilen infiltratif tip kanserlerin daha kötü bir klinik seyir izlediğini söyleyebiliriz ve bu mevcut bilgilerle uyumludur.^{2, 17} Dev bazal hücreli kanserlerin tedavi seçenekleri çok tartışılan bir konu olmayıp literatürde sunulan olguların çoğunda öncelikli olarak cerrahi tedaviler uygulandığı görülmektedir.^{2,4,6,8,11} Olgularımızda tedaviyi istemeyen bir hasta dışında tamamında cerrahi tedavi uygulandı. Oluşan defektler 6 hastada fleplerle, 5 hastada ise deri greftleri ile onarıldı. Baş ve boyunda tümörü olan 4 olguda sağlam cerrahi sınır elde edilmiş olmasına rağmen geç dönemde nüksler görüldü. Bu olgularda tümörün etkilediği alana bağlı olarak yutma çiğneme güçlükleri, şiddetli ağrı, solunum sıkıntısı gibi hastanın hayat kalitesini kötü etkileyen problemler ortaya çıktı. Hastalarda bu şikâyetlere yönelik etkili yaklaşımlar konusunda güçlükler ortaya çıktı. Bu olguların ikisi daha önce yetersiz tedavi alan ya da histolojik olarak daha saldırgan tip kanserleri olan olgulardı.

SONUÇ

Bazal hücreli kanserler yaşayabilmesi için dermal bir yapıya ihtiyacı olan tümörlerdir ve bu kanserlerde uzak metastaz oldukça nadir görülmektedir.¹ Bu özellik bu kanserlerde lokal kontrol sağlandığında daha yüksek oranda kür sağlama şansı verir. Çalışmada ilk tedavisinin yetersiz yapıldığı nüks olgular, histolojik olarak daha saldırgan tip kanserler ve özellikle yüz bölgesinde ortaya çıkan tümörler daha kötü mortalite ve morbidite gösterdiler. Bu konuda tümörün ilk tanındığında doğru, yeterli ve radikal bir tedavinin yapılmasının önemini vurgulamak istiyoruz. Özellikle nüks lezyonlar, baş ve

boyunda yer alan ve daha saldırgan histolojik tanısı olan tümörlerde lokalizasyona ve tümörün boyutlarına göre mümkün olan en radikal cerrahi tedavilerin yanı sıra diğer alternatif tedavi seçeneklerinin de kombine edilmesi ile hastalarda daha az mortalite ve morbidite sonuçları elde edilebilir.

İLETİŞİM: DR. AYKUT MISIRLIOĞLU
ONDOKUZ MAYIS MAH.
ŞEMSETTİN GÜNALTAY CAD.
ÖZGÜR KULE APT NO:166/1 DAİRE: 30
ERENKÖY-KADIKÖY/ İSTANBUL
Tel:Hastane 0216 4413900 (1930)
GSM:0535 6933641
Elektronik posta:aykmis@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Ronald M, Barton RM. Malignant tumors of the skin. Mathes SJ. Plastic Surgery. (vol. 5). Elsevier, Philadelphia, 2006; S. 282.
2. Randle HW, Roenigk RK, Brodland DG. Giant basal cell carcinoma (T3). 1993; Cancer 72: 1624.
3. Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. Dermatol Surg 1996; 22: 255.
4. Lorenzini M, Gatti S, Giannitrapani A. Giant basal cell carcinoma of the thoracic wall: a case report and review of the literature. Br J Plast Surg 2005; 58: 1007.
5. Kikuchi M, Yano K, Kubo T, Hosokawa K, et al. Giant basal cell carcinoma affecting the lower abdominal, genital and bilateral inguinal regions. Br J Plast Surg 2002; 55: 445.
6. Sahl WJ Jr, Snow SN, Levine NS. Giant basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol 30:856, 1994.
7. Ko CB, Walton S, Keczes K. Extensive and fatal basal cell carcinoma: A report of three cases. Br J Dermatol 1992; 127: 164.
8. Betti R, Inselvini E, Moneghini L, Crosti C. Giant basal cell carcinomas: report of four cases and considerations. J Dermatol 1997; 24: 317.
9. Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mosh 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.
10. Mizushima J, Ohara K. Basal cell carcinoma of the vulva with lymph node and skin metastasis. J Dermatol 1993; 22: 36.
11. Lodi A, Mancini LL, Betti R, Leuchi S, Crosti C. A case of giant basal cell carcinoma. Eur J Dermatol 1993; 3: 403.
12. Betti R, Urbani CE, Lodi A, Crosti C. Unusual sites of basal cell epitheliomas according to anatomical distribution and relative tumor density index. Eur J Dermatol 1992; 2: 82.
13. Dixon AY, Lee SH, Mc Gregor DH. Factors predictive of recurrence of basal cell carcinoma. Am J Dermatopathol 1989; 11: 222.
14. Mehregan AH. Aggressive basal cell epithelioma on sunlight-protected skin. Am J Dermatopathol 1993; 5: 221.
15. Tirelioğlu S, Özgenel GY, Gülaydan F ve ark. 576 bazal hücreli kanser olgusunun retrospektif analizi. Türk Plast Rekonstr Est Cer Der 2004; 12: 18.
16. Sahl WJ. Basal cell carcinoma: influence of tumor size on mortality and morbidity. Int Dermatol 1995; 34: 319.
17. Snow SN, Sahl WJ, et al. Metastatic basal cell carcinoma: Report of 5 cases. Cancer, 1994; 73: 328.