

**Bir Olgu Nedeniyle Baş ve Boyun Bölgesinin Agresif Seyirli Bazal Hücreli Karsinomları**

**The Basal Cell Carcinomas with Aggressive Course of Head and Neck due to a Case**

**<sup>1</sup>İbrahim Aladağ, <sup>1</sup>Levent Gürbüzler, <sup>1</sup>Ahmet Eyibilen<sup>1</sup>, <sup>1</sup>Sema Koç, <sup>1</sup>Kader Bayram**

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi,  
Tıp Fakültesi, Kulak Burun  
Boğaz, Baş Boyun Cerrahisi  
Anabilim Dalı

**Yazışma Adresi:**

Doç. Dr. İbrahim Aladağ

Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp  
Fakültesi, Kulak Burun Boğaz, Baş  
Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı

**Tel:** 05327232553

**e-mail:** ibrahimal@hotmail.com

**Özet**

Bazal hücreli karsinom (BCC), derinin en sık görülen malign tümörüdür. BCC sıklıkla minimal yumuşak doku invazyonu oluşturması, yavaş bir büyüme göstermesi ve yüksek kür oranlarıyla bilinen bir neoplazidir. Buna rağmen BCC, derin invazyon, bölgesel ve uzak metastazlar ve rekürrensler ile agresif bir seyir gösterebilir. Tümörün bu alışılmadık seyri tümör büyüklüğü, süresi, histolojik yapısı ve perinöral invazyon göstermesi gibi bir çok faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Bu yazıda takip ve tedavisi tarafımızdan yapılan, perinöral invazyon ve cerrahi tedavi sonrası nüks gösteren bir BCC olgusu nedeniyle baş boyun bölgesi yerleşimli bazal hücreli karsinomlar ve agresif seyreden fenotipi tartışılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Baş bölgesi, bazal hücreli karsinom, tedavi, prognoz

**Abstract**

Basal cell carcinoma (BCC), is the most common skin malignancy. BCC generally has a clinical course characterized by slow growth, minimal soft tissue invasiveness and high cure rate. Occasionally, however, BCC behaves aggressively with deep invasion, recurrence and potential regional and distant metastasis. Several factors, including tumor size, histology, duration and perineural spread have been postulated as markers of the aggressive BCC course. In this article, owing to a case BCC with perineural spread and recurrence after surgical treatment, basal cell carcinomas of the head region and aggressive phenotype will be discussed.

**Key Words:** Head region, basal cell carcinoma, treatment, prognosis

## Giriş

Bazal hücreli karsinom (BCC), batı dünyasında en sık görülen deri kanseri türüdür ve insidansı giderek artış göstermektedir (1). İnsan popülasyonunda yaşam boyunca hastalığın görülme ihtimali %30'a varan oranlarda bildirilmiştir (2). BCC'li olgularda sonraki dönemlerde farklı BCC odaklarının ortaya çıkma ihtimali %44 oranındadır (3). En önemli etyolojik faktörler olarak, solar radyasyona (ultraviyole ışınları) maruziyet, açık renkli ten ve genetik yatkınlık gösterilmektedir (4,5). Primer olgular %74 gibi büyük oranlarda baş ve boyun bölgesinde görülmektedir (6). Bölgesel ve uzak metastaz yapan olguların %85'i, rekürrenslerin ise %90'ı bu bölge BCC'lerinden kaynaklanmaktadır (7).

Histopatolojik olarak BCC, epidermis bazal hücrelerin neoplazik proliferasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Hastalık, genel olarak sınırlı çevresel yayılım, yavaş büyüme paterni ve komplet cerrahi eksizyon ile küretatif tedavinin sağlandığı iyi prognozlu bir seyir göstermektedir. Ancak, derin lokal invazyonların, lokal veya uzak metastazların, rekürrenslerin görüldüğü agresif fenotipli olgular nadir değildir. Agresif fenotipli BCC'lar, temel olarak diğerlerinden farklı biyolojik karakteristikler göstermektedirler ve bu olgularda standart tedavi yöntemleri yetersiz kalmaktadır. Yetersiz cerrahi rezeksiyon da tümörün sonraki tedavisini güçleştiren önemli bir faktördür.

## Olgu Sunumu

On yıl önce burun sağ yarısında ortaya çıkan, zaman içinde yavaş büyüme gösteren, kötü kokulu yara hikâyesi ile

polikliniğimize başvuran 86 yaşında kadın hastanın yapılan muayenesinde: sağ alar ve üst lateral kartilajı tamamen, sol alar ve üst lateral kartilajı ise büyük oranda destrükte eden ülserle lezyon gözlemlendi (Resim 1). Endoskopik bakıda lezyonun sağ alt konka önünden lateral nazal duvarı kısmen tuttuğu tespit edildi. İnsizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde Bazal hücreli karsinom olarak değerlendirildi. İntraoperatif, lezyon 3 mm çevresel sağlam cildi ve alttaki kartilajı ve kemik yapıları içerecek şekilde septum dorsalinden sağ laterale yatırıldı.

**Resim 1.** peroperatif lezyon ve planlanan rezeksiyon sınırları



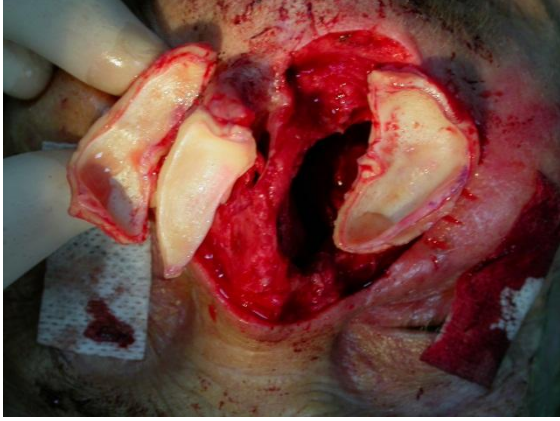
Sağ alt konka ön ucu ve maksiler sinüs medial duvarını içeren intranasal eksizyon ile birlikte enblok çıkartıldı (Resim 2). Sağlam doku sınırlarından alınan frozen örneklemeler tümör negatif olarak bildirildi.

**Resim 2.** Rezeksiyon sonrası oluşan defekt

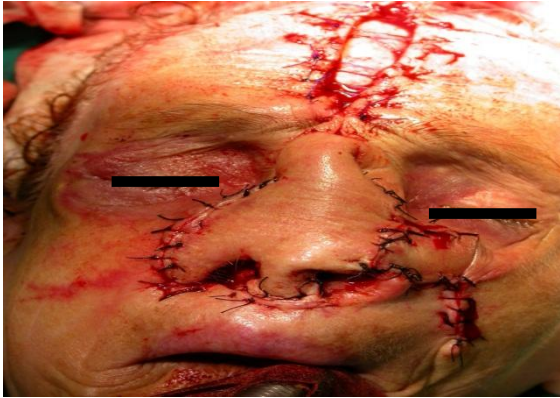


Nazal kaviteye ağızlaştırılan sağ maksiler sinüs mukozası normal olarak değerlendirildi. Nazal fonksiyonları yapılandırılacak şekilde defektin rekonstruksiyonu planlandı. Bilateral aurikuler konkal kompozit greftler, orta hat alın flebi ve sol nazolabial flep ile defektin rekonstruksiyonu yapıldı (Resim 3, 4).

**Resim 3.** Rekonstrüksiyon planlaması, konkal aurikuler kartilajlar



**Resim 4.** Rekonstrüksiyon tamamlandıktan sonraki görünüm



Patolojik spesimenin histopatolojik incelemesinde tümörün perinöral invazyon gösterdiği saptandı. Düzenli takipleri yapılan olgunun postoperatif 9. ayında anterior nazal tabanda 2 mm'lik nüks tümör tespit edildi (Resim 5). Hastaya ikinci bir cerrahi tedavi önerildi. Ancak hasta herhangi bir sıkıntısı olmadığını söyleyerek cerrahi tedaviyi kabul etmedi.

**Resim 5.** Postoperatif beşinci ayında olgunun görünümü



### Tartışma

Bazal hücreli karsinom, deriye lokalize destrüktif malign bir lezyondur. Genellikle yavaş ve asemptomatik büyüme gösteren, akne benzeri lezyon şeklinde karşımıza çıkar. Boyutları birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar ulaşabilir. En sık burun ucu olmak üzere yüz (%75), gövde (%25) ve vulva, penis, perianal bölge (%5) lezyonun sık tespit edildiği alanlardır (8).

BCC daha çok ileri yaşlarda görülmesine rağmen son zamanlarda genç nüfusta insidansı artmıştır. Vakaların yarısından fazlasını 50-80 yaş arasındaki olgular oluşturmaktadır. Özellikle yaşamın erken dönemlerinde olmak üzere güneşe maruziyet, aile öyküsü, immunsupresyon, ileri yaş, erkek cinsiyet, açık ten hastalık için risk faktörleridir. Ultraviyole ışınları dışında radyoterapi, fototerapi, arsenik ve insektisitlere maruziyet, tetrasiklin, sülfonamid, fluorokinolon, enotiazin kullanımı da hastalığın etyopatogenezinde sorumlu tutulan faktörler arasında sayılmaktadırlar (8).

BCC tedavisinde farklı yöntemler tanımlanmıştır (Tablo 1). Ancak, özellikle yüz bölgesi gibi yüksek risk taşıyan

lezyonlarda bu tedavi modalitelerinin bir çoğu önerilmemektedir. Standart cerrahi eksizyon, tatminkar onkolojik sonuçları ve uygulanabilirliği nedeniyle sık kullanılan tedavi yöntemidir. Birçok hekim tedavi planlamasını histopatolojik tanı olmadan yapmamaktadır. Özellikle destrüktif cerrahi gereken olgular olmak üzere bir çok olguda tedavi öncesi histopatolojik tanı mutlaka önerilmektedir. Yüz bölgesindeki BCC'larda, %10'u geçmeyen 5 yıllık

**Tablo 1.** Bazal hücreli karsinomlarda uygulanan tedavi yöntemleri

I. Cerrahi tedavi
i. Klasik eksizyon
ii. Mohs Mikrografik cerrahisi
iii. Küretaj
iv. Kriyocerrahi
v. Laser ablasyonu
II. Cerrahi dışı tedavi
i. Radyoterapi
ii. Imiquimod krem (%5, ®Aldara) topikal uygulanması
iii. Fotodinamik terapi (PDT)
iv. 5-Flurourasil (%5, ®Efudex) topikal uygulanması

Standart cerrahi eksizyonun kozmetik sonuçları genel olarak iyidir (10). Ancak büyük lezyonlarda ve yüz bölgesinde primer kapama sıklıkla yeterli gelmediğinden, eksizyon sonrası oluşan defekti kapatmak için greft ve flepler planlanmalıdır. Özellikle perioküler, perinazal ve perioral alanlar gibi fonksiyonel ve kozmetik gerekliliğin en fazla olduğu bölgelerde planlamanın maksimal hassasiyetle yapılması gereklidir.

Mohs Mikrografik cerrahisi altın standart olarak kabul edilmesine rağmen birçok olguda uygulanabilirliği tartışmalıdır. Tedavi süresinin uzunluğu, yüksek maliyet ve cerrahi işlem boyunca patolojik incelemelerin devam etmesi zorunluğu bu yöntemin en önemli dezavantajlarıdır. Cerrahi tedavinin uygun olmadığı olgularda primer radyoterapi

rekürrens oranlarıyla, standart cerrahi eksizyon iyi bir tedavi seçeneğidir. Eksizyon, 3-4 mm'lik sağlam doku sınırı kalacak şekilde planlanmalıdır. Agresif fenotiplerde bu planlamanın 15 mm'ye kadargenişletilmesini öneren otoriteler vardır (9). Derin cerrahi sınır ile ilgili yeterli literatür bilgisi olmamasına rağmen cilt altı yağ dokusu uygun cerrahi seviye olarak bildirilmektedir.

önerilmektedir. Ancak, retrospektif bir incelemede, perinöral invazyon gösteren olguların yaklaşık üçte birinin primer radyoterapi alan hastalar olması dikkat çekicidir (11). Radyoterapinin bağışıklık sistemini baskılayarak, genetik yapıyı veya DNA tamirini bozarak perinöral invazyonu kolaylaştırdığı varsayılmaktadır.

Küretaj, PDT, kriyocerrahi, laser ve topikal imiquimod uygulaması gibi diğer tedavi yöntemleri, yüksek rekürrens oranları nedeniyle olguların çoğunda ilk tedavi seçeneği olmamalıdır. Ancak, yüksek cerrahi risk taşıyan ve yaşlı olgularda önerilebilecek yöntemlerdir. Bununla birlikte, hastanın tercihi, tedavi seçeneğinin uygulanabilirliği, yan etkileri ve oluşabilecek kozmetik sonuçlar tedavi seçiminde mutlaka dikkate alınması gereken faktörlerdir (12).

Bazal hücreli karsinomların büyük bir çoğunluğunda klasik tedavi yöntemleriyle tam bir kürasyon sağlanırken, bazı olgular lokal subklinik lokal invazyon, uzak

metastaz ve yüksek rekürrens oranlarıyla daha agresif bir seyir göstermektedir. Agresif fenotip ile ilişkilendirilmiş klinik özellikler tablo 2’de gösterilmektedir (13).

**Tablo 2.** Agresif fenotipli BCC'larda görülen klinik özellikler

Özellik	Açıklama
Tümörün büyüklüğü	2.5 cm ve daha büyük
Yüz lokalizasyonu	Özellikle ortayüz, burun ve kulaklar
Uzun süreli tümörler	5 yıl ve üzeri
İnkomlet eksizyon	
Histolojik alt tipler	Özellikle morfeiform, infiltran ve bazoskuamoz tip
Perinöral ve perivasküler invazyon	
Ailesel yatkınlık	Özellikle 60 yaş sonrası

Yüz bölgesi lezyonların daha agresif seyretmesinin nedeni olarak, cildin özellikle periorbital ve perinazal bölgede gösterdiği ince yapısı nedeniyle, periostal ve perikondriyal yayılım daha erken ortaya çıkması gösterilebilir. Bu durum bu bölge lezyonlarının çok daha erken tedavi edilmesinin gerekliliğini de açıklamaktadır. Göz kapakları, yanaklar, şakaklar ve boyundaki BCC’lar daha az agresif seyretmesine rağmen yüksek riskli olarak gösterilmektedir (10). İnkomplet eksizyonlarda, oluşan skar dokusunun tümörü gizlediği ve yüzeysel büyümesini engelleyerek derin invazyona zorladığı yönünde teoriler vardır (14). Literatürde, erkek cinsiyette ve 35 yaş altında hastalığın daha agresif seyrettiğini gösteren yayınlarla beraber, agresif fenotip ile yaş arasında herhangi bir korelasyon olmadığı bildirilenler de mevcuttur.

Histolojik olarak nodüler ve yüzeysel tip, BCC’un protipi olarak bilinmektedir ve daha az agresif bir klinik seyir göstermektedir. Aksine, morfeiform (sklerozan tip), infiltran ve bazoskuamoz (metatipik veya mikst tip) BCC gibi birçok alt-tipleri farklı histopatolojik özellikleri

nedeniyle yüksek klinik riskler taşımaktadırlar. Histolojik alt tipler ve tümörün lokalize olduğu anatomik bölge arasında bir korelasyon mevcuttur. Farklı histolojik karakterler ve anatomik yerleşimine göre tümör davranışının farklılık göstermesi, güneş ışığına devamlı veya aralıklı maruziyet ile açıklanabilir. Yüzeysel tip genellikle gövde yerleşimli iken, nodüler tip ve morfeiform tip genellikle yüz bölgesinde ortaya çıkarlar (15). Morfeiform ve infiltran tip BCC’lar sıklıkla subklinik derin invazyon gösterir ve yüksek rekürrens oranlarıyla (%25) birliktedir (16,17). Rekürrens oranı bazoskuamoz tipte %13 ve nodüler tipte %6 olarak bildirilmektedir (13).

Perinöral invazyon tüm BCC’larda %0.18 gibi düşük bir oranında görülürken, bu oran histolojik agresif alt-tiplerde %10'lara ulaşmaktadır (11). Perinöral alana ulaşan tümör, sinir lifleri boyunca hızlı bir yayılım yaparak kısa sürede büyük boyutlara ulaşabilir veya sinir uzanımı boyunca ikincil bir odak oluşturabilir. Perinöral invazyonlu olgularda, skip yayılım ve kesin tümör sınırlarının belirsiz olması nedeniyle sıklıkla komplet

rezeksiyon yapmak mümkün olmamaktadır. Oluşacak nörolojik defistler ve geniş rezeksiyon nedeniyle cerrahi morbidite yüksektir.

BCC'ların tamamında rekürrens %12 olarak bildirilmiştir. Rekürrens gösteren olgular büyük çoğunlukla baş-boyun bölgesi yerleşimlidir (7). Tümör rekürrensının agresif histolojik tiplerde çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Genel olarak BCC'lardauzak metastazlar nadirdir (<%0.1). Bu tür yayılımın agresif formlar ile ilişkilendiren çok asyıda yaygın mevcuttur ve sık yayılım alanları olarak bölgesel lenfatikler, akciğer ve kemik bildirilmiştir. Hastalığa bağlı mortalite %0.1'in altındadır (8).

Bazal hücreli karsinomlar genel olarak yavaş büyüyen ve yüzeysel invazyon yapan malignensiler olmakla birlikte, küçümsenemeyecek sayıda olgu agresif bir klinik seyir göstermektedir. Agresif BCC'lar için risk faktörleri taşıyan olgularda, bu faktörler dikkate alınarak iyi bir tedavi planlaması yapılmalı ve cerrahi tedavide daha agresif davranılmalıdır. Mohs Mikrografik cerrahisi, bu olgular için literatürde altın standart olarak tanımlanmasına rağmen, dezavantajları nedeniyle yaygınlaşmamıştır.

### Kaynaklar

1. Gilbody JS, Aitken J, Green A. What causes basal cell carcinoma to be the commonest cancer? Aust J Public Health. 1994;18:218-21.
2. Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. J Am Acad Dermatol. 1994;30:774-8.
3. Marcil I, Stern RS. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer: a critical review of the literature and meta-analysis. Arch Dermatol. 2000;136:1524-30.
4. Kricke A, Armstrong BK, English DR, Heenan PJ. A dose-response curve for sun exposure and basal cell carcinoma. Int J Cancer. 1995;60:482-8.
5. Rosso S, Zanetti R, Pippione M, Sancho-Garnier H. Parallel risk assessment of melanoma and basal cell carcinoma: skin characteristics and sun exposure. Melanoma Res. 1998;8:573-83.
6. Jung GW, Metelitsa AI, Dover DC, Salopek TG. Trends in incidence of nonmelanoma skin cancers in Alberta, Canada, 1988-2007. Br J Dermatol. 2010;163:146-54.
7. von Domarus H, Stevens PJ. Metastatic basal cell carcinoma. Report of five cases and review of 170 cases in the literature. J Am Acad Dermatol. 1984;10:1043-60.
8. Chinem VP, Miot HA. Epidemiology of basal cell carcinoma. An Bras Dermatol. 2011;86:292-305.
9. Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol. 1991;17:574-8.
10. Marchac D, Papadopoulos O, Dupont G. Curative and aesthetic results of surgical treatment of 138 basal-cell carcinomas. J Dermatol Surg Oncol. 1982;8:379-87.
11. Brown CI, Perry AE. Incidence of perineural invasion in histologically aggressive types of basal cell carcinoma. Am J Dermatopathol. 2000;22:123-5.
12. Smith V, Walton S. Treatment of facial Basal cell carcinoma: a review. J Skin

- Cancer. 2011;2011:380371. Epub 2011 Apr 27.
13. Walling HW, Fosko SW, Geraminejad PA, Whitaker DC, Arpey CJ. Aggressive basalcell carcinoma: presentation, pathogenesis, and management. *Cancer Metastasis Rev.* 2004;23:389-402.
  14. Richmond JD, Davie RM. The significance of incomplete excision in patients with basal cell carcinoma. *Br J Plast Surg.* 1987;40:63-7.
  15. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. *Br J Dermatol.* 2002;147:41-7.
  16. Salasche SJ, Amonette RA. Morpheaform basal-cell epitheliomas. A study of subclinical extensions in a series of 51 cases. *J Dermatol Surg Oncol.* 1981;7:387-94.
  17. Tromovitch TA, Stegman SJ. Microscopie-controlled excision of cutaneous tumors: chemosurgery, fresh tissue technique. *Cancer.* 1978;4:653-8.