

Oral skuamöz hücreli karsinoma: 5 Olgu sunumu

Zuhal Özates(0000-0002-2419-9793)^α, Nagihan Koç(0000-0002-3339-7783)^α, Duygu Ölmez(0000-0001-7827-7446)^α,
Sinan Altun(0000-0001-5510-549X)^α, Özlem Büşra Doğan(0000-0003-1100-2186)^α, Şeyda İriağaç(0000-0001-6272-6833)^α

Selcuk Dent J, ODMFR 2019 Kongre Kitapçığı Özel Sayısı

Başvuru Tarihi: 16 Aralık 2018
Yayına Kabul Tarihi: 8 Ocak 2019

ÖZ

Oral skuamöz hücreli karsinoma: 5 Olgu sunumu

Amaç: Oral Sukuamöz Hücreli Karsinoma (SHK) farklı klinik belirtilerle tanımlanan malign bir tümördür. Oral SHK'nın ilk belirtileri genellikle asemptomatik ülser ya da ağrısız şişlik görünümüdür. 40 yaş üzeri erkeklerde görülme olasılığı daha fazladır. Tütün ve alkol kullanımı SHK için geleneksel olarak kabul gören en büyük risk faktörüdür. Erken evre SHK hastalarının çoğu ilk olarak diş hekimleri tarafından görülmektedir. Bu nedenle, diş hekimleri tüm hastalarda oral muayene yaparken, ülseratif / eroziv lezyonlara daha fazla dikkat etmelidir. Bu çalışmanın amacı SHK'nın klinik belirtilerini değerlendirmektir.

Olgu Tanımlaması: Bu çalışmada farklı tutulum bölgelerinde oral SHK olan beş hasta sunuldu. Tüm olgularda ortak bulgu ilk semptom olarak ağrısız şişliğin varlığıydı.

Bulgular: Beş hastanın üç tanesi kadın, iki tanesi erkektir. Yaşları 29 ve 84 arasında değişmektedir. Bölge dağılımı alveoler sırt (2), bukkal mukoza (2), ağız tabanı (1) şeklindedir. Hastaların hiçbirisinde alkol ve sigara kullanımı bulunmamaktadır.

Sonuç: SHK başlangıçta ağrısız şişlik olarak ortaya çıkabilen ağız boşluğunu etkileyen en yaygın malign neoplazmdir. SHK'lar en çok 40 yaş üzeri hastalarda görülür fakat 20 li ve 30lu yaşlarda gençlerde de hastalığın tanısı konulabilmektedir. Tütün ve alkol kullanımı gibi geleneksel risk faktörleriyle ilişki olmadığı zaman SHK gelişimi için diğer olası risk faktörlerini göz önünde bulundurmak önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER

Etiyoloji, oral kanser, skuomöz hücreli karsinom

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma: 5 Case reports

Background: Oral squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant tumor characterized by variable clinical manifestations. The first signs of oral SCC are usually the appearance of an asymptomatic ulcer or a painless swelling. It is most likely to appear in males aged over 40 years. Tobacco and alcohol consumption are traditionally considered as the greatest risk factors for SCC. Most of the early stage SCC patients are first seen by dentists. Therefore, dentists should pay more attention to ulcerative/erosive lesions when performing oral examinations all patients. The aim of this study was to evaluate the clinical features of SCC.

Case Description: Five patients with oral SCC at different sites of involvement were presented in this study. The common finding in all cases was the presence of painless swelling as an initial symptom

Results: Of the five patients, two were male and three were female, between the ages of 29 and 84 years. Site distribution was alveolar ridge (2), buccal mucosa (2), and floor of mouth (1). Tobacco or alcohol use were not reported by any of the patients.

Conclusion: SCC is the most common malignant neoplasm affecting the oral cavity which may initially present as a painless swelling. Most SCCs appear in patients aged over 40 years but young people in their 20s and 30s may be diagnosed with the disease. It is important to consider other possible risk factors for the development of SCC when there is no association with traditional risk factors such as tobacco and alcohol consumption.

KEYWORDS

Etiology, oral cancer, oral mucosa, squamous cell carcinoma

GİRİŞ

Skuamöz hücreli karsinom (SHK), baş ve boyun bölgesinde en sık görülen malign tümördür.^{1,2} SHK, üst solunum yolunun herhangi bir bölümünde gelişebilir. Bununla birlikte en yaygın görüldüğü bölge oral kavitedir.^{3,4} Dil ve ağız tabanı oral kavitede SHK tutulumunun en sık görüldüğü bölgeler iken retromolar bölge, bukkal mukoza, gingiva, alveolar mukozalar ve sert damak daha az sıklıkla etkilenmektedir.⁵

Oral SHK, orta ve ileri yaştaki erkeklerde kadınlara oranla yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir.⁶ Tütün ve alkol kullanımı en önemli risk faktörleridir.^{5,6} SHK gelişimi için diğer önemli risk faktörleri; onkojenik humanpapilloma virüs

^α Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı, Konya

(HPV) tipleri (HPV-16 ve HPV-18), kimyasal karsinojenler, kötü oral hijyen, kronik mukozal irritasyon, beslenme bozuklukları, genetik yatkınlık ve immün yetmezliktir.^{4,7}

Oral karsinomun en yaygın klinik bulgusu iyileşmeyen, ağrısız, endüre ülserasyondur. Lezyonlar farklı klinik özellikler gösterebilir; kırmızı veya beyaz ya da kombine bir yama şeklinde, düz yüzeyle bir lezyon veya yüzeyle fissürlü, kenarları kabarıklık ve dışa doğru gelişen (ekzofitik) bir kitle görüntüsünde olabilir. İleri aşamada lezyonun derin dokulara invazyonu ile ağrı, parestezi ve disfaji gelişebilir.⁸

Tedavi seçenekleri kanserin evresine, tümörün büyüklüğüne, yerleşim yerine, hastanın yaşına, genel sağlık durumuna göre değişebilir. Birincil tedavi yöntemi olarak genellikle cerrahi tercih edilir. Bazı vakalarda cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi ile kombine edilir.¹⁵

OLGU TANIMLAMASI

Olgu 1

84 yaşında kadın hasta sağ mandibular kanin bölgesinde bir aydır geçmeyen ağrısız şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Total protez kullanan hastanın intraoral muayenesinde lezyonun ekzofitik, verrüköz, uyarılarla kanamalı, sert ve fikse olduğu saptandı. Lenf muayenesinde sol submandibular lenfadenopati belirlendi. Hastanın sistemik olarak hipertansiyon, Diabetes mellitus, kalp yetmezliği ve Alzheimer hastalıkları olduğu, 8 ay önce serebrovasküler kanama geçirdiği, alkol ve sigara kullanmadığı öğrenildi. Malignite şüphesi olan lezyonun kesin tanısı için biyopsi alınmak üzere cerrahi kliniğine yönlendirildi. İnsizyonel biyopsi yapılan hastanın patolojik inceleme sonucu lezyonun SHK olduğu öğrenildi.



Resim 1. Olgu1, alveoler kret bölgesinde ekzofitik lezyon

Olgu 2

73 yaşındaki kadın hasta 20 gün önce yanağında başlayan ağrı ve fark ettiği yara nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın anemnezinde daha önce başvurduğu merkezde antibiyotik tedavisi başlandığı ancak şikayetinin geçmediği öğrenildi. Uzun yıllardır total protez kullanan hasta şikâyet bölgesini ısırdığını belirtti. Sistemik olarak Diabetes mellitus ve hipertansiyon tanısı olan hastanın sigara ve alkol kullanmadığı öğrenildi. Ekstraoral muayenede sol mandibular bölgede lenfadenopati saptandı. İntraoral muayenede sol bukkal mukozada sınırları belirgin, kenarları yüzeyden kabarık, grimsi-sarı geniş ülser lezyon tespit edildi. Kesin tanı için biyopsi yapılmak üzere cerrahi bölümüne yönlendirilen hastaya patolojik inceleme sonrası SHK tanısı konuldu.



Resim 2. Olgu 2, bukkal mukozada ülser lezyon

Olgu 3

82 yaşında kadın hasta dilin altında oluşan ağrısız yara şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Alt parsiyel protez kullanan hastanın, yara oluşumu gözlemesiyle başvurduğu kurumdan üniversite hastanesine yönlendirildiği öğrenildi. Alzheimer ve hipertansiyon tanısı olan, sigara ve alkol kullanmayan hastanın ekstraoral muayenesinde submental lenfadenopati saptandı. Hastanın intraoral muayenesinde ise dil altında orta hattan sol alt kanin hizasına kadar ilerleyen, üzeri beyaz plakla kaplı ülser lezyon tespit edildi. Dil altında invazyon gösteren endofitik lezyonun pembe-beyaz sınırlı ve yuvarlanmış kenarları olduğu görüldü. Biyopsi sonucu orta derece diferansiye, invaziv SHK olan hastadan parsiyel dil rezeksiyonu ile 1,5 cm çapında, 1 cm kalınlığında ve çizgili kasa invazyon gösteren lezyon cerrahi olarak çıkarıldı.



Resim 3. Olgu 3, dil altında invaziv lezyon

Olgu 4

38 yaşında erkek hasta sol yanağında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sistemik rahatsızlığı olmayan, alkol ve sigara kullanmayan hasta, şikayeti nedeni ile 3 aydır antibiyotik kullandığını belirtti. Ekstraoral muayenesinde sol submandibular bez sert, hareketsiz ağırlı ve büyük olarak saptandı. İntraoral muayenesinde ise sol parotid papili içine alan 3x5 cm büyüklüğünde lezyon gözlemlendi. Lezyon palpasyonda sert fikse olup üzerinde farklı büyüklüklerde ülserasyonlar mevcuttu. Lezyonun merkezine yakın 1x0.5 cm boyutlarında keratinize alan gözlemlendi. Tükürük akışı normal olan hastada, SHK ön tanısı ile tam eksizyon yapılan lezyonun patolojik inceleme sonucu SHK olarak bildirildi.

Olgu 5

29 yaşında erkek hasta bir buçuk ay önce ağız diş sağlığı merkezinde diş çekimi yapılan maksiller anterior bölgede iyileşmeyen ağrısız yara şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde sistemik hastalığı olmadığı, sigara veya alkol kullanmadığı öğrenildi. Ekstraoral muayenede sol submandibuler lenfadenopati saptandı. İntraoral muayenede lezyonun klinik olarak heterojen görümlü olup bir kısmı tabanı sarı-grimsi ülser, kenarları yuvarlak ve indure iken; bir kısmı granüler ve nodüler paternli olduğu görüldü. Malign olduğu düşünülen lezyonun kesin tanısı için hasta cerrahi kliniğine yönlendirildi. İnsizyonel biyopsi yapılan hastanın patolojik değerlendirme sonucu SHK olduğu öğrenildi.



Resim 4. Olgu 5, alveoler kret bölgesinde ülser lezyon

TARTIŞMA

Oral SHK etiyojijisinde tütün ve alkol kullanımı önemli rol oynamaktadır. Tütün ve alkol kullanım süresi ve miktarı ile SHK görülme riski doğru orantılıdır.⁹ Ancak sunulan olgularda tütün ürünleri veya alkol kullanımı bulunmamaktadır. Mevcut olgularda yatkın hale getiren bu alışkanlıkların bulunmayışı, hastalığın multifaktöriyel etiyojijisinde tütün ve alkol kullanımı dışındaki diğer etyolojik faktörlerin daha fazla etkili olabileceğini düşündürmektedir.¹⁰

Bu makalede sunulan olgularda 3 hastanın hareketli protez kullandığı bildirilmiştir. Dokuya uyumu bozuk olan protezlerin oral kanser oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Proteze bağlı kronik irritasyonun oral mukozada displazi ve karsinogeneze sebep olduğu ileri sürülmüştür.¹¹ Protez kullanan hastalarda oluşan lezyonları ilk teşhis edebilecek kişiler olarak diş hekimleri premalign ve malign lezyonlar yönünden dikkatli davranmalı, kanser vakalarında erken tanının hayat kurtarabileceğini unutmamalıdır.¹² Oral kanserler arasında SHK olgularının sağ kalım oranı düşük olduğu için, erken tanı oldukça önemlidir. 7-10 gün süresince iyileşmeyen semptomsuz yara varlığı SHK açısından diş hekimlerinin dikkatli olması gereken durumdur.^{2,5}

SHK klinik olarak yüzeiden kabarık, kırmızı, beyaz veya ülser olmak üzere çeşitli şekillerde görülebilir. İnvaziv, içbükey ve ülser formda görülen endofitik tip SHK'nın erken evrelerinde minimal ağrılı oluşu bu malignitenin kimi zaman muayene sırasında gözden kaçmasına sebep olabilir. SHK'ların yaklaşık üçte birini ağız tabanında oluşmaktadır. Dilin posterolateral ve ventral yüzeylerinde meydana gelir. Yumuşak damak ve retromolar bölge bu karsinomların yaklaşık % 15'inin gözlendiği bölgelerdir. Yapışık dişeti ve alveoler gingival mukozada izlenme olasılığı

% 5, bukkal mukozada ise % 2 kadardır. Bu makale olguları klinik ve lokalizasyon bakımından birbirinden farklı olmakla beraber literatür bulguları ile uyumludur.^{5,12}

Geniş yaş aralığında görülebilen SHK kadınlara oranla erkeklerde daha sık görülmektedir. Bu makalede sunulan olgular da yaş ve cinsiyet açısından değişkenlik göstermektedir. Bu sebeple yaş ve cinsiyet de göz önünde bulundurularak ağız içi lezyonlar diş hekimleri tarafından dikkatli muayene edilmeli, iyileşmeyen lezyonlardan malignite şüphesiyle biyopsi istenmelidir.^{13,14}

SONUÇ

Oral kanserlerin mortalite bakımından erken teşhis edilmeleri oldukça önemlidir. Diş hekimleri ağrısız şişlikleri takip etmeli, etiyolojik zemin olmadan ya da irritasyon etkenleri uzaklaştırıldıktan sonra iki hafta içerisinde iyileşmeyen lezyonları malignite yönünden değerlendirmelidir. Oral kanserlerde erken tanı ve tedavi hasta yaşam kalitesi için çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller DK, Jemal A. Cancer Statistics 2017. *CA Cancer J Clin* 2017; 67: 7-30.
2. Warnakulasuriya S, Global Epidemiology of Oral and Oropharyngeal Cancer. *Oral Oncol* 2009;45:309-16.
3. Başerer N, Oral Kavite Kanseri In: Engin K, Erişen L (Eds). *Baş-Boyun Kanseri* 1. Baskı Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003;237-70.
4. Cawson Ra, Odell Ew, Porter S. *Cawson's Essentials Of Oral Pathology and Oral Medici* Ne.7. Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh 2002;230-54.
5. Akmansoy P B, Pekiner N F, Şakır D M, Alatlı C, Oral Skuamoz Hücreli Karsinom :3 Olgu Sunumu Atatürk Üni Diş Hek Fak Derg 2018;28:239-244
6. Çelik İ, Usalan G, Toraman M, Özyayın M Oral Skuamoz Hücreli Karsinom T Klin Diş Hek Bil 2003;9:55-60
7. Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. *Head and Neck* 2007;29: 779-92
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Epithelial pathology*. In: *Oral and maxillofacial pathology*, 4th ed. St. Louis, Saunders; 2016. p.331-421.
9. Montero HP, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surg Oncol Clin N Am*. 2015; 24: 491508
10. Koo K, Barrowman R, McCullough M, Iseli T, Wiesenfeld D. Non-smoking non-drinking elderly females: a clinically distinct subgroup of oral squamous cell carcinoma patients. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013; 42: 929-933.
11. Lissowska J, Pilarska A, Pilarski P, Samolczyk-Wanyura D, Piekarczyk J, Bardin-Mikollaiczak A, Zatonski W, Herrero R, Munoz N, Franceschi S. Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *Eur J Cancer Prev* 2003;12:25-33.

12. Velly AM, Franco EL, Schlecht N, Pintos J, Kowalski LP, Oliveira BV, Curado MP. Relationship between dental factors and risk of upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol* 1998;34:284-9
13. Epstein Joel B., Zhang L., Rosin M., Advances in the Diagnosis of Oral Premalignant and Malignant Lesions *J Can Dent Assoc* 2002; 68(10):617-21
14. Llewellyn C.D., Linklater K., Bell J., Johnson N.W. , Warnakulasuriya K.A.A.S. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997 *Oral Oncology* 39 (2003) 106–114
15. Sciubba JJ. Oral cancer the importance of early diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2000;2:239-63.