Bazal Hücreli Karsinom'un Olağan Dışı Lokalizasyonu: İki Olgu Sunumu

An Unusual Location of Basal Cell Carcinoma: Two Case Reports

Birgül Tepe

Özet

Bazal hücreli karsinom en yaygın malign deri tümörüdür. Gelişiminde kronik güneş ışığına maruziyet, ana etyolojik faktör olarak düşünülmektedir. Çoğunlukla yüz ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda oluşmakla birlikte, ön kol ve/veya kol üzerinde nadiren gelişir. Anatomi dağılıma etki eden faktörler iyi bilinmemektedir. Biz, burada ön kol üzerinde bazal hücreli karsinom gelişen iki olgu sunduk. Hastaların hiçbirinde kronik güneş ışığına maruziyet dışında spesifik bir etyolojik faktör yoktu. Amacımız bu yaygın kutanöz malignitenin, nadir/olağan dışı bölgelerde de rastlanabileceğini göstermektir.

(Türk J Dermatol 2012; 6: 51-4)

Anahtar kelimeler: Bazal hücreli karsinom, olağan dışı/atipik lokalizasyon, ön kol/kol

Abstract

Basal cell carcinoma is the most common malignant skin tumour. Chronic sun exposure is considered as the main etiologic factor in its development. Although it mainly occurs on sun-exposed areas as the face and neck, it rarely develops on the forearms and/or arms. The etiologic factors which affect the anatomic distribution of basal cell carcinoma are not well-known. Here we report two patients who developed basal cell carcinoma on the forearm. None of the patients had a specific etiologic factor except for chronic sunlight exposure. The aim of our report is to show that this prevalent cutaneous malignancy can be encountered in rare/unusual areas.

(Türk J Dermatol 2012; 6: 51-4)

Key words: Basal cell carcinoma, unusual/atypical location, forearm/arm

Giriş

Bazal hücreli karsinom (BHK) yavaş büyüyen, lokal invaziv malign epidermal deri tümörüdür (1). Epidermin bazal hücre tabakasındaki farklılaşmamış hücrelerden veya kıl follikülünün dış kök kılıfından köken alır (2, 3). Deride herhangi bir yerde görülebilmekle birlikte, %80'den fazlası baş ve boyun gibi güneşe maruz kalan alanlarda ortaya çıkmaktadır (4). Önemli oranda güneşe maruz kalmasına rağmen ön kol ve ellerde nadiren görülür (5-7).

Burada ön kola lokalize, histopatolojik olarak BHK tanısı alan iki olgu sunuldu. Olgularımızı, tümörün nadir lokalizasyonuna dikkati çekmek için yayınlamayı uygun gördük.

Olgu Sunumları

Olgu 1

Elli beş yaşındaki erkek hasta kliniğimize sol kolunda yaklaşık 15 yıldır mevcut yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ön kol 1/3 üst ekstansör yüzeyde 3x2 cm'lik, yuvarlak şekilli, sınırları belirgin, kenarları mavi-siyah renkte, merkezi kırmızı hemorajik, ülsera tümöral lezyon izlendi (Resim 1). Özgeçmiş ve soygeçmişinde önemli bir özellik yoktu. Rutin kan tetkiklerinde patolojiye rastlanmadı. Lezyon kenarından malign melanom, BHK, kutane metastaz ve skuamöz hücreli karsinom (SHK) ön tanıları ile 4 mm'lik punch biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede yüzeyde ortokera-

toz, epidermiste retelerde yer yer uzama ve düzleşme, üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş BHK odakları, tümöral alanlarda periferik palizatlanma, yer yer retraksiyon artefaktı, peritümöral ve diğer alanlarda lenfosit baskın mikst hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 2, 3). Hasta, lezyonun total eksizyonu için Plastik Cerrahi bölümüne yönlendirildi. Eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi de BHK ile uyumlu olarak rapor edildi.

Olgu 2

Seksen beş yaşındaki erkek hasta polikliniğimize sol kolunda yaklaşık 5 yıldır bulunan yara şikayeti ile başvurdu. Dermatolojik muayenesinde sol ön kol 1/3 orta fleksör bölgede, eritemli zemin üzerinde yaklaşık 3x2 cm'lik sınırları belirgin, kenarları düzensiz, merkezi hemorajik, ülsera ve atrofik, periferik alanlarda merkeze doğru çekintileri bulunan mavi-siyah renkli plak izlendi (Resim 4). Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Lezyon kenarından alınan punch biyopsinin histopatolojik incelemesinde, yüzeyde ortokeroz, epidermiste retelerde yer yer uzama ve düzleşme, üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonundan oluşan BHK odakları, tümöral alanlarda periferik palizatlanma, yer yer retraksiyon artefaktı, peritümöral ve diğer alanlarda lenfosit baskın mikst hücre infiltrasyonu izlendi (Resim 5, 6). Hasta, lezyonun total eksizyonu için Plastik Cerrahi bölümüne yönlendirildi. Ancak hasta takiplerine devam etmedi.

Resim 1. Sol ön kolda yaklaşık 3x2 cm'lik yuvarlak, kenarları mavi siyah renkte, merkezi ülserle tümör

Resim 4. Sol ön kol fleksör yüzünde kenarları düzensiz, mavi siyah renkli, merkezi ülserle plak

Resim 2. Üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş bazal hücreli karsinoma odakları (siyah oklar), (H&E, x100)

Resim 5. Üst ve orta dermiste bazal hücre proliferasyonu ile oluşmuş bazal hücreli karsinoma odakları (siyah oklar), (H&E, x100)

Resim 3. Tümöral alanlarda nükleuslarda periferik palizatlanma (kırmızı oklar), (H&E, x400)

Resim 6. Tümöral alanlarda nükleuslarda periferik palizatlanma (kırmızı oklar) ve retraksiyon artefaktı (siyah ok, patolojik olarak patognomonik), (H&E, x400)

Tartışma

Epitelyal tümörlerin yaklaşık %65'ini oluşturan BHK en yaygın kutanöz malignitedir (5). Gelişiminden sorumlu etyolojik faktörler; deri fototip I ve II, ultraviyole ışığına uzamış maruziyet, arsenik, kömür katranı gibi kimyasal karsinogenlere maruziyet, kronik ülser veya travma, yanık sonrası gelişen skarlar, radyoterapi öyküsü, immün yetmezlik, aşılar, virüsler, özellikle perianal bölge için HPV, dövme, ailesel deri kanseri hikayesi, çocukluk çağında çil oluşumuna yatkınlık, kronik deri irritasyonu, albinizm, kseroderma pigmentosum ve nevoid BHK sendromu gibi kalıtsal sendromlar, çevresel faktörler, bronzlaşma, ilerlemiş yaş, yüksek yağlı diyet, meslek ve erkek cinsiyeti kapsamaktadır (3-5, 8-10).

Bazal hücreli karsinomun %80-95'i baş ve boyunda, geriye kalanların çoğu ise gövdede meydana gelir. Sadece %0.5-2 gibi küçük bir kısmı üst ekstremitelerde üzerinde oluşur (6). Cigna ve arkadaşları'nın (1) 10 yıllık deneyimlerini aktardıkları bir çalışmada, BHK tanısı almış 1123 hastanın %6'sında üst ekstremitelerde tutulumuna rastlanmıştır. Yerleşim bölgesi açık ifade edilememekle birlikte, bu tutulumun servikofasiyal bölge, gövde ve alt ekstremiteden sonra 4. sırada olduğu bildirilmiştir. Betti ve arkadaşlarının (11) 40 yaş altı ve 90 yaş üzeri toplam 173 hastadan oluşan iki grup arasında yaptıkları bir çalışmada ise, üst ve alt ekstremitelerde lokalize BHK sıklığı sırasıyla %4.7 ve %11.2 olarak saptanmıştır. Lezyonlar arasında beklenmedik ve rutin olarak ışıktan korunan alanlarda da oluşabilir (2, 5). Literatürlerde BHK için atipik bölgeler bildirilmiştir. Bunlar; perianal bölge, meme, kasık ve kulak memesini, koltukaltı, interdigital alan, skrotum, başparmak, el sırtı, saçlı deri, vulva ve penisi içermektedir (2, 4-10, 12-16). Olgularımızda ise BHK, literatürlerde yayınlanmış olgulardan farklı olarak ön kola yerleşim göstermekteydi. Bu, BHK için çok nadir bir tutulum bölgesiydi.

Downs ve arkadaşları (17), güneşten korunan ve korunmayan total 1453 vücut bölgesinde UV'nin deri kanseri gelişimi üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmalarında; BHK ve SHK'un yüz ve üst ekstremitelerde, özellikle el sırtı ve önkol üzerinde daha çok oluştuğunu saptamışlardır. Özellikle 290-320 nm dalga boyundaki UV ışınlarının, hem başlatıcı, hem de ilerletici en önemli kutanöz karsinogen olduğuna inanılmaktadır. UV ışınları, spesifik supresör T lenfosit klonlarının oluşumuna neden olur ve sonraki maruziyetlerde tümör gelişimi hızlanır. Bunun nedeni; serbest radikallerin üretimine bağlı olarak, DNA'da hasarlanma ve Langerhans hücrelerinde yapısal ve fonksiyonel değişimlerin oluşmasıdır (7). Tümör supresör ve regülatuar genlerde mutasyon, artan BHK ile ilişkili faktörlerdir. Çünkü yapılan çalışmalarda tümör supresör gen p53'deki mutasyon, BHK'lı vakaların %50'inde bulunmuştur. Ayrıca hücre matriks etkileşiminin bozulmasının intertriginöz alanlarda BHK gelişimi için bir kofaktör olduğu ileri sürülmektedir (8).

Bazal hücreli karsinomun tüm tipleri için geçerli olan tanısal histopatolojik özellik; pürüklü bir kromatine sahip yuvarlak veya oval bir nükleusu çevreleyen ince soluk sitoplazmalı bazaloid hücrelerdir. Periferik sınır çizgisinde hücre tabakaları palizatlara oluşturur ve çevredeki stroma, yapay olarak yarıklar oluşması nedeniyle bölünmüştür. Mitoz nadir veya çok sayıda olabilir. Özellikle büyük tümör nodüllerinde santral nekroz vardır. BHK'un histolojik tanısı ve sınıflandırılması, tümör tipinin ve tümörün biyolojik davranışının tanımlanması için gereklidir. Çoğu otör BHK sınıflamasında, tümörün büyüme paternini esas alır. Buna göre nodüler tip düşük riskli, yüzeyel ve infiltratif tipler yüksek riskli gruplardır (18). Olgularımızın histopatolojik incelemesinde de, üst ve

orta dermiste bazaloid hücre kümelerinden oluşan tümör odakları ve periferik palizatlama görüldü.

Tedavi seçimini belirleyen önemli prognostik faktörler; tümör büyüklüğü, yerleşim bölgesi, kenar özelliği, histolojik subtip, perinöral ve/veya perivasküler invazyon, önceki tedaviler ve immün yetmezliktir. Primer BHK için cerrahi eksizyon ana tedavi yöntemidir. Sınırları belirgin lezyonlarda, 4-5 mm'lik periferik cerrahi sınır, yaklaşık olarak %95 oranında kür sağlamaktadır. Lokal rekürrens ve diğer bölgelerde yeni lezyon gelişimine karşı hastaların en az 3 yıl takip edilmeleri gerekmektedir (1, 19). Diğer tedavi modaliteleri; kriyoterapi, küretaj, elektrodeseikasyon, radyoterapi, fotodinamik terapi, topikal sitostatikler ve immünomodülatörlerdir (3, 19).

Olgularımızın her ikisi de erkek idi ve her ikisinde de lezyon sol ön kola lokalize idi. İlk olgumuz minibüs şoförü olarak çalışıyordu ve günün yaklaşık 8-10 saatini direksiyon başında geçiriyordu. Lezyonunun sol ön kol ekstansör yüzünde olması ve direksiyonun da sol tarafta bulunması bir arada düşünülecek olursa; bu durum, tümör gelişiminde özellikle araba camından geçen UVB ışınlarının etkili olduğunun bir göstergesi olabilir. İkinci olgumuzda ise ilerlemiş yaş, çiftçilikle uğraşması sebebiyle uzamış güneş ışığı maruziyeti veya yine iş gereği kolda sürtünme gibi tekrarlayıcı travmaların bu durumu tetiklemiş olabileceği kanaatindeyiz.

Sonuç

Bazal hücreli karsinom her ne kadar baş ve boyunda daha sık yerleşim göstermiş olsa da, atipik lokalizasyonlarının da olabileceği düşünülerek özellikle sıcak iklim koşullarına sahip bölgelerde gözden kaçırılmamalıdır.

Kaynaklar

1. Cigna E, Tarallo M, Maruccia M, et al. Basal cell carcinoma: 10 years of experience. *J Skin Cancer* 2011;2001:476362.
2. Ejaz A, Aurangzeb, Awan ZI, et al. Basal cell carcinoma involving the skin of breast - a rare site. *J Pak Assoc Derma* 2006;16:49-51.
3. Buljan M, Bulat V, Situm M, et al. Variations in clinical presentation of basal cell carcinoma. *Acta Clin Croat* 2008;47:25-30.
4. Handa Y, Kato Y, Ishikawa H, et al. Giant superficial basal cell carcinoma of the scrotum. *Eur J Dermatol* 2005;15:186-8.
5. Niwa ABM, Pimentel ERA. Basal cell carcinoma in unusual locations. *An Bras Dermatol* 2006;81:281-4. [\[CrossRef\]](#)
6. Vandeweyer E, Herszkowicz A. Basal cell carcinoma of the dorsum of the hand. *Acta Chir Belg* 2003;103:300-3.
7. Kumar N, Saxena YK. Two cases of rare presentation of basal cell and squamous cell carcinoma on the hand. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2002;68:349-51.
8. Woo SH, Kim IH, Son SW. Axillary basal cell carcinoma. *JEADV* 2006;20:222-3. [\[CrossRef\]](#)
9. Raghurama Rao G, Amareswar A, Kumar YHK, et al. Pigmented basal cell carcinoma of the scrotum: An unusual site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008;74:508-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Rallis E, Nasiopoulou A, Arvanitis A. Interdigital basal cell carcinoma of the hand: a rare site. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:593-5. [\[CrossRef\]](#)
11. Betti R, Radaelli G, Mussino F, et al. Anatomic location and histopathologic subtype of basal cell carcinomas in adult younger than 40 or 90 and older: any difference? *Dermatol Surg* 2009;35:201-6. [\[CrossRef\]](#)
12. Balakrishnan SK, Singh PK, Smith LJ, et al. Morphoeic type basal cell carcinoma of the perianal region: rare manifestation of a common disease. *Cancer Therapy* 2008;6:421-4.
13. Tehrani H, Iqbal A. Basal cell carcinoma of the thumb. *J Hand Surg Eur* 2009;34:699-700.
14. Balci DD, Serarslan G, Hakverdi S. Saçlı deride gecikmiş tanı: Dev bazal hücreli karsinom. *Turkderm* 2008;42:67-9.

15. Fleury AC, Junkins-Hopkins JM, Diaz-Montes T. Vulvar basal cell carcinoma in a 20-year-old: Case report and review of the literature. *Gynecologic Oncology Reports* 2012;2:26-7. [\[CrossRef\]](#)
16. Lider S, Lang KJ, Nakhdjevani A. Basal cell carcinoma of the penis. *Singapore Med J* 2011;52:e201-2.
17. Downs N, Parisi A. Measurements of the anatomical distribution of erythematous ultraviolet: a study comparing exposure distribution to the site incidence of solar keratoses, basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Photoc-hem Photobiol Sci* 2009;8:1195-201. [\[CrossRef\]](#)
18. Vantuchova Y, Curik R. Histological types of basal cell carcinoma. *Scripta Medica (BRNO)* 2006;79:261-70.
19. Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2008;159:35-48. [\[CrossRef\]](#)