

Bazal Hücreli Karsinom: 5 Yıllık Deneyim

Basal Cell Carcinoma: 5 Years of Experience

Emre İNÖZÜ¹, Avni Tolga ERYILMAZ¹, Enver ARPACI², Mustafa DURGUN³, Uğur HOROZ¹, Ali Teoman TELLİOĞLU¹

¹Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara-TÜRKİYE

²Ordu Devlet Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği, Ordu-TÜRKİYE

³Dicle Üniversitesi, Plastik Cerrahi Bilim Dalı, Diyarbakır-TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 23.04.2012

Kabul Tarihi: 20.06.2012

Özet

Amaç: Bazal hücreli karsinom en sık görülen kanser türüdür. En sık pilosebace bezlerin yoğun olduğu ve güneşe maruziyetin belirgin olduğu baş-boyun bölgesinde görülür. Yavaş büyür, lokal invazyon gösterir ve uzak metastazı nadirdir. Cerrahi olarak tümörün çıkartılması ve histolojik olarak cerrahi sınırların temiz olduğunun gösterilmesi ile tedavi sağlanır.

Yöntem ve Gereçler: Kliniğimizde 2006 - 2011 yılları arasında bazal hücreli karsinom nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 436 vaka retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti ile tümörün boyutu, anatomik lokalizasyonu, histolojik alt tipi kaydedildi. Cerrahi sınır pozitifliği ve nüks oranları belirlendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 58,4 idi. Lezyonların büyük kısmı yüz bölgesinde (%82,6) lokalizeydi. En sık nodüler tip görülürken, en fazla nüks infiltratif tipte izlendi. Histopatolojik inceleme sonucunda 29 hastada (%6,7) cerrahi sınır pozitifliği görüldü. Ortalama 30,6 ay takip edilen hastaların 13'ünde (%3,4) nüks, 6'sında (%1,6) yeni oluşan bir bazal hücreli karsinom izlendi.

Sonuç: Bazal hücreli karsinomların cerrahi tedavisinin başarısında eksizyon sınırlarının doğru olarak belirlenmesi önemlidir. Bunun için risk faktörleri iyi değerlendirilmelidir. Histolojik tip cerrahin tedavi yaklaşımını, dolayısıyla olası nüks oranını etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli kanser, eksizyon, cerrahi sınır, nüks

Abstract

Aim: Basal cell carcinoma is the most common form of cancer. It usually occurs at sites with the greatest concentration of pilosebaceous follicles, and it is directly related to sun exposure. It grows slowly and shows local invasion but distant metastases is rare. The complete excision of basal cell carcinoma and histological confirmation of tumor clearance allows disease control.

Material and Methods: The present group of 436 cases surgically treated between 2006 and 2011 in our department were retrospectively analyzed. Patient and tumor characteristics recorded were: age, gender, tumor size, anatomic location, histologic subtype, excisional margins and recurrence rate.

Results: The mean age of the patient was 58,4 years. The lesions were primarily localized to the face (82.6%). The most frequent histological type was the nodular. Infiltrative type had a high recurrence rate. The average follow-up period in this report was 30.6 months. Incomplete excisions occurred in 21(6.7%) cases. The rate of basal cell carcinoma recurrence was 3.4% (13 cases).

Conclusion: The success of surgical treatment of basal cell carcinoma is essential to determine the correct exicisional boundaries. Also risc factors must be evaluated. Histological type influence the surgical treatment and rate of recurrence.

Keywords: Basal cell carcinoma, excision, surgical margins, recurrence

Giriş

Bazal hücreli karsinom en sık görülen kanser türüdür ve tüm deri kanserlerinin %75'ini oluşturur. Görülme sıklığı her yıl %10 artmaktadır (1). Epidermisin bazal tabakasından veya kıl foliküllerinin kılıfından köken alır. En sık pilosebace bezlerin yoğun olduğu ve güneşe maruziyetin belirgin olduğu baş-boyun bölgesinde görülür (2). Güneş ışığına maruziyet, açık ten rengi, kimyasal ajanlar, iyonizan radyasyon, kronik irritasyon, ülserasyon ve genetik yatkınlık bilinen etyolojik faktörlerdir. Yavaş büyür, lokal invazyon gösterir, ancak uzak metastazı nadirdir (3).

Bazal hücreli karsinomun tedavisinde kriyoterapi, küretaj, lazer ve radyoterapi gibi yöntemler tarif edilse de, altın standart cerrahi eksizyondur. Cerrahi olarak tümörün tamamen çıkartılması ve histolojik olarak cerrahi sınırların temiz olduğunun gösterilmesi ile kür sağlanmaktadır (4).

Bu çalışmada, 2006 - 2011 yılları arasında bazal hücreli karsinom tanısıyla kliniğimizde tedavi edilen hastaların sonuçları sunulmaktadır. Vakaların yaş ve cinsiyetle ilişkili insidansları, histolojik alt tipleri ve anatomik yerleşimleri incelenmiştir. Ayrıca, nüks oranları ve cerrahi tedavinin etkinliği değerlendirilmiştir.

Yöntem ve Gereçler

Kliniğimizde 2006 - 2011 yılları arasında bazal hücreli karsinom nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 436 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak incelendi. Operasyon öncesi cerrahi lup kullanılarak (x4 büyütme) lezyonların etrafında bulunan endüryasyonu içeren sınırlar işaretlendi ve lezyon boyutları ölçüldü. Lezyon boyutu 2 cm'nin altında ise 3 mm, 2 cm'nin üzerinde ise 5 mm'lik eksizyon genişliği ile çıkarıldı. Eksizyon materyalleri dikişle işaretlenerek histopatolojik incelemeğe gönderildi. Histopatolojik inceleme ile cerrahi sınır pozitifliği değerlendirildi ve histolojik alt gruplar kaydedildi. Cerrahi sınır devamlılığı olan olgularda yeniden eksizyon yapıldı. Vakaların yaşı, cinsiyeti, lezyonların anatomik lokalizasyonu ve nüks durumları kaydedildi.

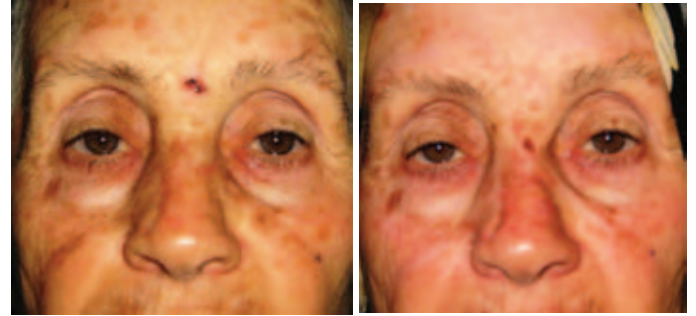
Bulgular

Ortalama yaş 58,4 (23-87) idi. Hastaların 250'si (%57,3) erkek, 186'sı (%42,7) kadındı. Lezyonların %89'u baş-boyun bölgesinde, %6,4'ü ekstremitelerde ve %4,6'sı gövdedeydi (Tablo 1). Yüz bölgesinde çok sık görülen lezyonların %27,9'u burun, %19,7'si yanak, %17'si göz çevresi çevresindeydi (Resim 1a-b, Resim 2a-b). Lezyonların %64,7'si nodüler, %21,8'i yüzeysel, %9,4'ü infiltratif ve %4,1'i pigmente tipteydi.

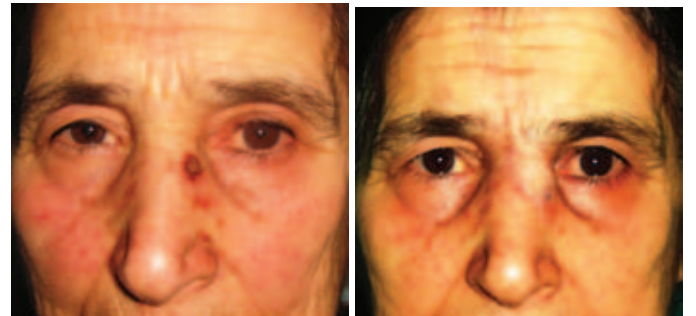
Ortalama çapı 12,5 (2-46) mm olan lezyonların %81,4'ünün çapı 2 cm altında, %18,6'sının çapı 2 cm üstündeydi. Histopatolojik inceleme sonucunda 29 hastada (%6,7) cerrahi sınır pozitifliği görüldü (Tablo 2). Bunların 12'sinde la-

teral, 9'unda taban, 7'sinde ise her iki sınırdan da pozitiflik mevcuttu. Bu olgularda önceki eksizyon skarının etrafından, 3 mm sınırla yeniden eksizyon yapıldı. Eksizyon sonrası histopatolojik değerlendirmede tüm olgularda cerrahi sınırların temiz olduğu görüldü.

Resim 1a-b: Glabellar bölgede lezyon; operasyon öncesi ve sonrası görüntüsü



Resim 2 a-b: Burun dorsumunda lezyon; operasyon öncesi ve sonrası görüntüsü



Tablo 1. Anatomik lokalizasyona göre lezyonların dağılımı

Bazal hücreli karsinom lokalizasyonu	n (%)
Baş ve Boyun	388 (89)
Saçlı deri	11 (2,5)
Yüz	360 (82,6)
Alın	36 (8,3)
Göz çevresi	74 (17)
Burun	122 (27,9)
Yanak	86 (19,7)
Ağız Çevresi	19 (4,4)
Kulak	23 (5,3)
Boyun	17 (3,9)
Ekstremiteler	28 (6,4)
Gövde	20 (4,6)

Hastaların ortalama takip süresi 30,6 aydı. 13'ünde (%3,4) nüks, altısında (%1,6) yeni oluşan bir bazal hücreli karsinom izlendi. Nüks gelişen olguların sekiz tanesi infiltratif, üç tanesi nodüler ve iki tanesi yüzeysel tipteydi (Tablo 2). Hiçbir olguda uzak metastaz görülmedi.

Tablo 2. Cerrahi sınır pozitif ve nüks vakaların dağılımı

	n (436)	Cerrahi sınır (+) vaka (29)	Nüks vaka (13)
Histolojik Tip			
Nodüler	382	16	3
İnfiltratif	41	9	8
Yüzeysel	95	4	2
Lezyon çapı			
<2cm	355	23	11
>2cm	81	6	2
Lokalizasyon			
Göz çevresi	74	11	4
Burun	122	9	5
Kulak	23	3	1
Ağız çevresi	19	3	-
Alın	36	2	1
Yanak	86	1	2

Tartışma

Bazal hücreli karsinom plastik cerrahide sık karşılaşılan deri lezyonlarından biridir. Son on yılda ise insidansı belirgin şekilde artmaktadır. Ayrıca genç yaşlarda görülme sıklığında artış mevcuttur (5). Çalışmamızda ise, olguların %50'ye yakını 55-75 yaş arasında yer almaktaydı. Üç hasta ise 20-30 yaş arasındaydı.

Tedavide farklı yöntemler tanımlanmasına rağmen, bir miktar çevre dokuyla beraber cerrahi olarak eksize edilmesi altın standarttır. Histopatolojik incelemede cerrahi sınırların temiz olarak saptanmasıyla tedavi tamamlanmış olur (6,7). Kriyoterapi, küretaj, radyoterapi gibi yöntemler sonrasında tümörün temizlendiğini gösterebilecek bir histolojik inceleme yapılamamaktadır (8). Yapılan ilk eksizyon yetersizse, yaşlı ve sistemik problemleri olan hastalarda ek tedaviye ihtiyacı duyulması morbiditeyi artırmaktadır (9).

Çalışmamızda primer eksizyon sonrası cerrahi sınır pozitifliği %6,7 olarak bulundu. Literatürde bu oran %4 ile %16,6 arasında değişmektedir (3-4). Histolojik alt gruplara göre değerlendirildiğinde ise infiltratif bazal hücreli karsinomların %22'sinde, nodüler bazal hücreli karsinomların %5,7'sinde ve yüzeysel bazal hücreli karsinomların %1,8'inde primer eksizyon yetersiz olmuştur. Anatmik lokalizasyona göre değerlendirildiğinde ise yetersiz eksizyon yapılan olguların %38'i göz çevresi, %31'i bu-

run, %7,7'si kulak, %7,7'si ağız ve % 6,9'u alın yerleşimliydi.

Yetersiz eksizyon yapılan lezyonlar için nüks oranı tümörün türüne ve yerleşimine göre farklılık göstermektedir. Agresif seyirli olarak kabul edilen infiltratif tipte bazal hücreli karsinomlarda, cerrahi sonrası sınır pozitifliği ve nükse eğilim izlenmektedir (11). Benzer şekilde çalışmamızda da infiltratif tipte bazal hücreli karsinomlarda yüksek oranda sınır devamlılığıyla karşılaşıldı. Lokalizasyona göre ise burun, göz çevresi, ağız çevresi ve kulak gibi cerrahi eksizyon ve rekonstruksiyonun azami dikkat gerektirdiği bölgelerde, eksizyon sonrası cerrahi devamlılık oranı daha yüksek bulundu. Literatürde lezyonun büyük veya derin olmasının cerrahiyi zorlaştırdığı ve nüksü artırdığı söylenmektedir (12,13). Çalışmamızda ise lezyon büyüklüğü ile nüks ve cerrahi sınır pozitifliği arasında ilişki saptanmadı.

Çalışmamızda nüks oranı %3,4 olarak saptandı. Eğer lezyon tam olarak çıkarılmışsa nüks oranı genelde %5'in altındadır, cerrahi sınır pozitifliği varsa bu oran %35'e kadar çıkabilmektedir (14). Telfer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2 cm'den küçük lezyonlarda 3 mm sınırla eksizyon ile %85 tümörsüz kenar, 5 mm sınırla eksizyonda ise %95 tümörsüz kenara rastlanmıştır (15). Çalışmamızda sınır pozitifliği nedeniyle yeniden eksizyon yapılan olgularda nüks izlenmemiştir. Tüm nüksler cerrahi sınır negatif olan hastaların takibinde görülmüştür. Nüks olgulara daha çok infiltratif tipte ve yüzde lokalize lezyonlarda rastlanmıştır. Bu sonuç infiltratif tip gibi perinöral veya perivas-küler tutulum gösteren lezyonlarda daha geniş eksizyon sınırı gerektiğini göstermektedir. İnfiltratif tutulum gösteren tiplerde histolojik incelemede lezyonun derin dokuya çok sayıda küçük uzantılar gösterdiği görülmüştür. Nodüler tipte hem yan kenarlara hem derine uzanan, büyük ve az sayıda uzantı izlenmektedir. Yüzeysel tip ise yan kenarlara belirgin uzantılar verir (2,3). Özellikle infiltratif alt tiplerde cerrahi sınır açısından yalancı negatif histopatolojik değerlendirme riski yüksek görülmektedir. Bu sonuç bize cerrahi sınır negatif olsa da nüks olabileceğini göstermektedir. Nüks riski yüksek olan vakalarda eksizyon genişliği artırılabilir.

Bazal hücreli karsinomun uzun süredir mevcut olması, orta yüz veya kulakta olması, tekrarlayan lezyon olması, çapının 2 cm den büyük olması, radyasyona maruziyet, agresif histolojik özellikleri gösteren perinöral veya perivas-küler invazyon gibi özelliklerden birden fazlasının olması nüks için yüksek riski ifade etmektedir(14,16). Günümüzde önerilen güvenli eksizyon sınırı 2 ile 10 mm arasında değişmektedir (17). 2010 yılında yayınlanan kanser klavuzunda cerrahi eksizyon için sınırlar düşük riskli bazal hü-

reli karsinomlar için 4 mm, yüksek riskli olanlar için 10 mm olarak önerilmiştir (18).

Sonuç olarak bazal hücreli karsinomların cerrahi tedavisinin başarısında eksizyon sınırlarının doğru olarak belirlenmesi önemlidir. Bunun için risk faktörlerini iyi değerlendirmelidir. Histolojik tip cerrahın tedavi yaklaşımını, dolayısıyla olası nüks oranını etkilemektedir. Eğer patolojik olarak infiltratif alt tip görülmüşse yüksek risk kabul edilip, 10 mm sınır ile eksize edilebilir. Bu eksizyon sınırı gövde ve ekstremitelerde kolay uygulanabilirken yüz gibi sağlıklı doku eksizyonunun sıkıntılı olduğu bölgelerde daha zor uygulanmaktadır. Göz kapağı, burun ucu, kulak ve dudak bölgeleri estetik ve fonksiyonel olarak önemli üniteler olduğundan bu bölgelerde 3-5 mm arasında sınırlı eksizyon tercih edilebilir. Sonrasında yapılan patolojik değerlendirmede cerrahi sınır devamlılığı varsa reeksizyon uygulamak daha uygun olacaktır.

Sonuç

Bazal hücreli karsinomların cerrahi tedavisinin başarısında eksizyon sınırlarının doğru olarak belirlenmesi önemlidir. Bunun için risk faktörleri iyi değerlendirilmelidir. Histolojik tip cerrahın tedavi yaklaşımını, dolayısıyla olası nüks oranını etkilemektedir.

Kaynaklar

1. Goto M, Kai Y, Arakawa S, et al. Analysis of 256 cases of basal cell carcinoma after either one-step or two-step surgery in a Japanese institution. *Journal of Dermatology* 2012; 39: 68–71.
2. Raasch BA, Buettner PG, Garbe C. Basal cell carcinoma: Histological classification and body-site distribution. *Br J Dermatol* 2006; 155: 401-7.
3. Crowson AN. Basal cell carcinoma: Biology, morphology and clinical implications. *Modern Pathology* 2006; 19: 127-47.
4. Walker P, Hill D. Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard osteoplastic histological assessment. *Australasian Journal of Dermatology* 2006; 47:1-12
5. Christenson LJ, Borrowman TA, Vachon CM, et al. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. *JAMA* 2005;294:681-90.
6. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, et al. What is the best surgical margin for a Basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2010; 126(4): 1222–1231
7. Netscher DT, Spira M. Basal cell carcinoma: an overview of tumor biology and treatment. *Plast Reconstr Surg* 2004;1135:74e-94e
8. Ceilley RI, Del Rosso JQ. Current modalities and new advances in the treatment of basal cell carcinoma. *International Journal of Dermatology* 2006; 45(5): 489–498.
9. Berlin J, Katz KH, Helm KF, et al. The significance of tumor per-

sistence after incomplete excision of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 549-553

10. Farhi D, Dupin N, Palangie A, et al. Incomplete excision of basal cell carcinoma: rate and associated factors among 362 consecutive cases. *Dermatol Surg* 2007; 33(10): 1207–1214.
11. Sloane JP. The value of typing basal cell carcinomas in predicting recurrence after surgical excision. *Br J Dermatol* 1977; 96: 127-32.
12. Snow SN, Sahl WJ, Lo J. Metastatic basal cell carcinoma: Report of 5 cases. *Cancer* 1994;73: 328-35.
13. Rippey JJ. Why classify basal cell carcinomas? *Histopathology* 1998; 32: 393-8.
14. Unlu RE, Altun S, Kerem M, et al. Is it really necessary to make wide excisions for basal cell carcinoma treatment? *J Craniofac Surg* 2009; 20(6): 1989–1991.
15. Telfer NR, Colver GB, M et al. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *British Journal of Dermatology* 2008; 5: 35–48.
16. Brantsch KD, Meisner C, Schonfisch B, et al. Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamouscell carcinoma: a prospective study. *The Lancet Oncology* 2008; 9(8): 713-720.
17. Thomas DJ, King AR, Peat BG. Excision margins for nonmelanotic skin cancer. *Plast Reconstr Surg* 2003; 112:57-63.
18. Miller SJ, Alam M, Andersen J, et al. Basal cell and squamous cell skin cancers. *J Natl Compr Canc Netw* 2010; 8(8): 836–864.

Sorumlu Yazar: Dr. Emre İNÖZÜ

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi,
Plastik Cerrahi Kliniği, Ankara-TÜRKİYE
Tel: 0 (312) 596 21 73
E-mail: dremre78@gmail.com