

Bazal Hücreli Karsinomun Ender Yerleşim Alanları: Alt Dudak ve Popliteal Alan

Rare Localizations of Basal Cell Carcinoma: Lower Lip and Popliteal Area

Elif Sarı¹, Kağan Bekircan¹, Önder Bozdoğan²

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye

83

Öz

Bu yazıda alt dudak ve popliteal bölgede bazal hücreli karsinoma (BHK) tespit edilen iki olguyu sunduk. Kliniğimize 45 yaşında alt dudakta iyileşmeyen yarası olan ve 38 yaşında popliteal deri üzerinde iyileşmeyen yarası olan iki erkek hasta başvurdu. Öykülerinde güneşe maruz kalma ve travma olmayan her bir olgudan biyopsi alındı. Sonuç BHK olarak raporlandı. BHK genellikle baş ve boyun bölgesinde gözlenir, fakat ayrıca alt dudak ve alt ekstremitede gibi nadir alanlarda da yerleşebilir. Bu öngörülemez alanlar tümör cerrahisi açısından akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Bazal hücreli karsinom, alt dudak, alt ekstremitede

Abstract

In this report, we describe two cases of basal cell carcinoma (BCC), one of them is on the lower lip and the other is on the popliteal area. A 45-year-old male patient with an unhealed wound on the lower lip and a 38-year-old male patient with an unhealed wound over the popliteal skin were admitted to our clinic. There was no sun exposure and trauma in their medical history. A biopsy was taken from each case. The results were BCC in two patients. BCC is usually seen in the head and neck regions, but it may be also localized in rare areas such as the lower lip and lower extremity. These unpredictable areas should be considered for tumor surgery.

Keywords: Basal cell carcinoma, lower lip, lower extremity

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK), tüm malign deri tümörlerinin yaklaşık olarak %65-70'ini oluşturmaktadır¹ ve klasik olarak sınırları kabarık, atrofik, kabuklu veya skarlı görünümüne sahiptir. BHK ile güneş ışığına kronik maruziyet arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Bu yüzden BHK'un %80'den fazlası, yüzün orta üst üçte ikisinde ortaya çıkan tümörlerin çoğu ile boyun ve baş bölgesindedir.² Hastalığın yerleştiği diğer bölgeler, gövde, yüzün alt üçte biri, dış kulak, retroauriküler ve skalp alanlarıdır. Alt dudak ve popliteal alan ise bu tümörün yerleşimi açısından oldukça nadir rastlanan bölgelerdendir. Dudakların vermillion bölgesi ve mukozal yüzünün BHK ile nadiren ilişkili olduğu düşünülmektedir.^{3,4} Hatta alt dudak kanserlerinin çoğunun skuamoz hücreli karsinom olduğu görülmektedir ve erkekler arasında daha yaygındır. Buna karşılık üst dudak kanserlerinin çoğunun BHK olduğu görülmektedir ve kadınlar arasında daha yaygındır. BHK'un alt ekstremitede yerleşimi de oldukça nadirdir. Birçok çalışmada BHK'ların %1,5 oranında alt ekstremitede ortaya çıktığı gösterilmiştir.⁵ Cinsiyetler arasında BHK'un alt ekstremitede görülme sıklığı açısından da farklılıklar tespit edilmiştir.

Bu yazımızın amacı nadir yerleşim yerleri olan alt dudak ve popliteal alanda ortaya çıkan 2 adet BHK olgusunu sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

Kırk beş yaşında erkek hasta kliniğimize alt dudağında yıllar önce ortaya çıkmış olan üzeri ülsere ve kanamalı, kenar sınırları net seçilemeyen yaklaşık 2 x 2 cm boyutunda iyileşmeyen yara ile başvurdu (Şekil 1). Öyküsünde güneş maruziyeti, travma ve sigara kullanımı bulunmayan hastanın lezyonundan insizyonel biyopsi alındı. Sonucu BHK gelen hasta operasyon amaçlı yatırıldı (Şekil 2). Genel anestezi

Sorumlu Yazar / Correspondence Author: Dr. Elif Sarı

E-posta / E-mail: drelifsanli@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 11.11.2014

Kabul Tarihi / Accepted: 01.07.2015

©Telif Hakkı 2016 Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği - Makale metnine www.turkjplastsurg.com web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright by 2016 Turkish Society of Plastic Reconstructive, and Aesthetic Surgery - Available online at www.turkjplastsurg.com.

altında hastanın alt dudaktaki ülserle lezyonu tedbir amaçlı 1 cm'lik güvenlik marjıyla eksize edildi. Oluşan defekt unilateral Fujimori Gate Flep ile kapatıldı. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde ek patoloji saptanmadı (Şekil 3).

Olgu 2

Kliniğimize 38 yaşında erkek hasta sol popliteal alanda iyileşmeyen yaklaşık 3 x 2 cm'lik yara ile başvurdu (Şekil 4). Öyküde immün yetmezlik, ultraviyole radyasyon ya da travma bulunmayan hastanın fizik muayenesinde popliteal ya da inguinal lenfadenopati saptanmadı. Hastanın lezyonundan alınan biyopsi sonucu BHK olarak rapor edildi (Şekil 5). Akabinde lezyon 5 mm'lik güvenlik sınırı ile fasya üzerinden çıkartıldı ve defekt primer onarıldı. Uzun dönem takibinde ek patolojiye rastlanmadı (Şekil 6).

TARTIŞMA

Bazal hücreli karsinomun etyolojisinde başlıca UV radyasyon rol aldığından genellikle güneşe maruz kalan baş ve boyun bölgesinde sık gözlenmektedir.⁶ Bu tümörün anatomik dağılı-

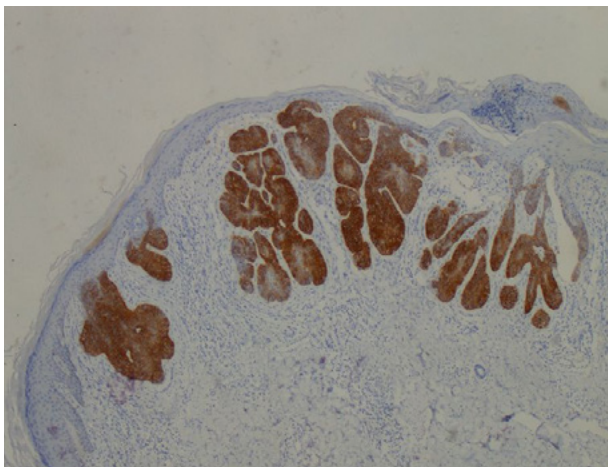
mı embriyonik füzyon planları ile de koreledir.⁷ Özellikle orta yüzdeki embriyonik füzyon hatlarında bu cilt kanserinin görülme sıklığı diğer yüz bölgelerine göre dört kat artmıştır.⁷

Bazal hücreli karsinom güneşe maruz olmayan alanlarda da gözlenebilir. Fakat bu hastalarda genellikle arsenik,^{8,9} parafin,¹⁰ endüstriyel maddelere ve radyasyona maruz kalma söz konusudur. Ayrıca, daha önce geçirilmiş travma,¹¹ aşı alanları¹² ve xeroderma pigmentosum¹³ gibi kalıtsal hastalıklar da nadir yerleşim bölgelerinin sebebi olabilmektedir. Bizim olgularımızda ise öyküde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Bazal hücreli karsinom oral mukozada çok nadir izlenmektedir. BHK'un mukozal yerleşimi ilk defa dil ve yumuşak damakta tanımlanmıştır.¹ Sonra bu tümörün başka mukozal



Şekil 1. Alt dudakta BHK olan hastanın ameliyat öncesi görüntüsü



Şekil 2. Dermiste bazoloid hücre alanları izlenmektedir



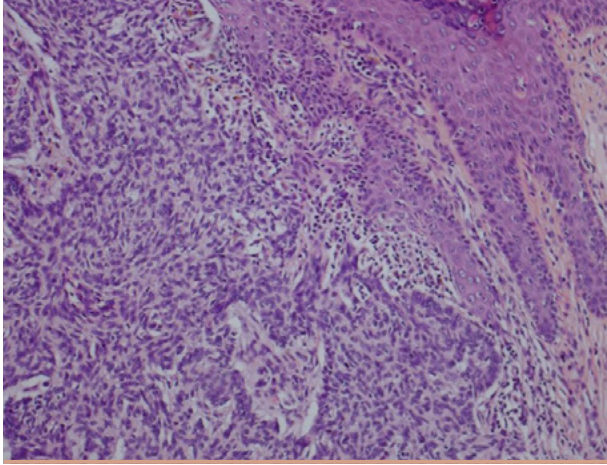
Şekil 3. Hastanın ameliyat sonrası 6. ay görüntüsü



Şekil 4. Popliteal alanda BHK olan hastanın ameliyat öncesi görüntüsü

alanlarda yerleşebildiğine dair olgular literatürde yerlerini almışlardır.^{14,15} Yüzünde BHK ve skuamoz hücreli karsinom olan 669 hastanın olduğu bir çalışmada, üst dudak cildinde BHK sık görülürken alt dudak malignitelerinin çoğu skuamoz hücreli karsinom idi.² Deri kanseri ile başvuran 1025 hastanın olduğu bir çalışmada alt dudak mukozal yüzeyde BHK olan iki hastaya rastlandı.¹⁶ Czerninski ve ark.¹⁷ yaptığı 4337 olguluk dudak karsinomu taramasında ise sadece 27 hastada alt dudak mukozasında BHK'a rastlanmıştır. Bizim kliniğimizde de son 1 senede opere edilen 50 BHK olgusunun yalnızca birinde alt dudak yerleşimi saptanmıştır (%2) ve bu olguda da tümör vermilyon, kuru ve ıslak dudak mukozasını kaplamıştı.

Alt dudakta BHK gelişimi için birçok hipotez ortaya atılmıştır. Travmaya bağlı ektoptik epitelyal implantasyon¹⁸, deri ve eklerindeki pluripotent hücrelerin aktivasyonu¹ ve metastaz¹⁹ bunlardan bir kaçıdır. Bizim olgumuzda bu hipotezlerden travma ve metastaza rastlanmamıştır.



Şekil 5. Dermiste bazoloid hücre alanları izlenmektedir



Şekil 6. Hastanın postoperatif 9. ay görüntüsü

Alt dudakta görülen BHK'un tedavisinde tümörsüz alan görülünceye kadar eksizyon gerekmektedir. Önerilen en küratif tedavi metodu cerrahinin Mohs mikroskopik cerrahisine göre yapılmasıdır. Bizim olgumuzda ise tümör 1 cm güvenlik sınırı ile çıkartılmış ve rekonstrükte edilmiştir. Patoloji sonucu ise "taban ve kenar sınırlar temizdir" şeklinde rapor edilmiştir.

Alt ekstremitelerde BHK görülme sıklığı da oldukça düşüktür. Literatürde 4336 BHK'lı hastada yapılan bir çalışmada, alt ekstremitelerde BHK görülme oranı %2,2 bulundu ve kadınlarda erkeklerle göre anlamlı olarak daha sık görüldüğü gözlemlendi.²⁰ Alt ekstremitelerde BHK yerleşimi, diz altındaki seviyelerde erkeklerde %24,4 ve kadınlarda %24,8 ve diz üstündeki seviyelerde erkeklerde %4,9 ve kadınlarda %1,8 olarak bulunmuştur.²⁰ Nakamura ve ark.²¹ ise inceledikleri 137 adet non-metastatik BHK olgularının sadece üçünde alt ekstremitelerde BCC' e rastlamıştır. Bizim kliniğimizde ise son bir senede ameliyat edilen 50 adet BHK olgusunun sadece bir tanesinde alt ekstremitelerde yerleşimi izlenmiştir (%2).

Alt ekstremitelerde görülen BHK'un tedavisinde de Mohs mikroskopik cerrahisi en güvenilir yöntem olarak önerilmektedir. Biz ise olgumuzda 5 mm lik güvenlik sınırı ile eksizyon ve primer onarımı tercih ettik. Patoloji sonucu ise "taban ve kenar sınırlar temizdir" şeklinde rapor edildi.

SONUÇ

Yukarıda verilen literatür bilgilerine ve sunduğumuz iki olguya dayanarak alt dudak ve alt ekstremitelerde uzun süredir olan ve iyileşmeyen lezyonlarda BHK ihtimali de düşünülerek cerrahi öncesi biyopsi alınması ve sonrasında lezyonun güvenlik sınırları göz önünde bulundurularak total eksizyonu sağlanmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir – E.S.; Tasarım – E.S.; Denetleme – E.S.; Kaynaklar – E.S.; Malzemeler – E.S.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi – K.B., Ö.B.; Analiz ve/veya Yorum – E.S.; Literatür Taraması – E.S.; Yazıyı Yazan – E.S.; Eleştirel İnceleme – E.S.; Diğer – E.S.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept – E.S.; Design – E.S.; Supervision – E.S.; Resources – E.S.; Materials – E.S.; Data Collection and/or Processing – K.B., Ö.B.; Analysis and/or Interpretation – E.S.; Literature Search – E.S.; Writing Manuscript – E.S.; Critical Review – E.S.; Other – E.S.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Hashimoto E, Mehregan AH. Tumors of the Epidermis. Boston: Butterworths, 1990.
2. Geisenhainer U. Basal cell carcinomas in the lip region: frequency, localisation, sex and age distribution. *Hautarzt* 1970; 21(4): 167-70.
3. Fitzpatrick PJ. Cancer of the lip. *J Otolaryngol* 1984; 13(1): 32-6.
4. Mackie RM. Epidermal skin tumors. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJC, editors. *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific, 1992. p. 1489.
5. Harris AJ, Burge SM. Basal cell carcinoma on the leg: an underdiagnosed problem? *J Geriatr Dermatol* 1997; 5: 321-5.
6. Erba P, Farhadi J, Wettstein R, Arnold A, Harr T, Pierer G. Morphoeic basal cell carcinoma of the face. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2007; 41(4): 184-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Newman JC, Leffell DJ. Correlation of embryonic fusion planes with the anatomical distribution of basal cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2007; 33(8): 957-65. [\[CrossRef\]](#)
8. Cabrera HN, Cuda G, López M, Costa JA. Basal cell epithelioma of the vulva in chronic endemic regional arsenic poisoning. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1984; 12(2): 81-5.
9. Cabrera HN, Gómez ML. Skin cancer induced by arsenic in the water. *J Cutan Med Surg* 2003; 7(2): 106-11.
10. Romão-Corrêa RF, Maria DA, Soma M, Sotto MN, Sanches JA Jr, Neto CF, Ruiz IR. Nucleolar organizer region staining patterns in paraffin-embedded tissue cells from human skin cancers. *J Cutan Pathol* 2005; 32(5): 323-8. [\[CrossRef\]](#)
11. Ozyazgan I, Kontas O. Previous injuries or scars as risk factors for the development of basal cell carcinoma. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2004; 38(1): 11-5. [\[CrossRef\]](#)
12. Sari E, Coban I, Alper M, Tellioglu AT. Basal cell carcinoma arising from vaccination site. *KÜ Tıp Fak Derg* 2012; 14: 36-7.
13. Mohanty P, Mohanty L, Devi BP. Multiple cutaneous malignancies in xeroderma pigmentosum. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2001; 67(2): 96-7.
14. Thoma KH, Goldman HM. *Oral Pathology*. St Louis: C.V. Mosby, 1960.
15. Lawson BF, Griffin JW, Waldron CA. Basal-cell carcinoma of the gingiva. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967; 24(5): 648-53. [\[CrossRef\]](#)
16. Welton DG, Elliott JA, Kimmelstiel P. Epithelioma: clinical and histologic data on 1025 lesions. *Arch Derm Syphilol* 1949; 60(2): 277-93. [\[CrossRef\]](#)
17. Czerninski R, Zini A, Sgan-Cohen HD. Lip cancer: incidence, trends, histology and survival: 1970–2006. *Br. J Dermatol* 2010; 162(5): 1103-9. [\[CrossRef\]](#)
18. Keen RR, Elzay RP. Basal cell carcinoma from mucosal surface of lower lip: report of a case. *J Oral Surg Anesth Hosp Dent Serv* 1964; 22: 453-5.
19. Jiminez HT, Fenoglio CM, Richart RM. Vulvar basal cell carcinoma with metastasis: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 121(2): 285-6. [\[CrossRef\]](#)
20. Pearson G, King LE, Boyd AS. Basal cell carcinoma over the lower extremities. *Int J Dermatol* 1999; 38(11): 852-4. [\[CrossRef\]](#)
21. Nakamura Y, Ishitsuka Y, Ohara K, Otsuka F. Basal cell carcinoma on the dorsum of the foot with inguinal and pelvic lymph nodes metastases. *Int J Dermatol* 2012; 51(9): 1068-73. [\[CrossRef\]](#)