

# BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMDA HİSTOLOJİK ÖZELLİKLERİN NÜKS VE İYİLEŞMEYE ETKİLERİ

C. Karaca, M. Görgü, B. Erdoğan, A. Gürlek, T. Aköz, Sezer Kulaçoğlu\*

Ankara Numune Hastanesi 1. Plastik Cerrahi Kliniği, \*Pataloji Bölümü

## ÖZET

Nisan 1987 ile Aralık 1990 tarihleri arasında kliniğimizde tedavi edilen baş boyun bölgesindeki 162 bazal hücreli karsinom olgusu etyolojik faktörler, lezyonun yeri, büyüklüğü, süresi ve görünüm özellikleri açısından değerlendirildi.

Spesmenlerde histolojik tiplendirme yapıldı ve lezyonların mikroskopik özellikleri belirlendi.

Olgular 1-3-6 aylık aralarla en az 3 yıl takip edildi. Cerrahi sınırdaki tümör varlığı, histolojik tip ve mikroskopik özelliklerin nüks ve iyileşmeye etkisi değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler :** Bazal hücreli Ca, Nüks

## GİRİŞ

En sık görülen deri tümörü olan Bazal hücreli Ca günümüzde değişik yöntemlerle tedavi edilmektedir. Cerrahlar lezyonu eksize edip, defektleri cerrahi olarak tamir ederler, dermatologlar küretaj ya da elektrofulgurasyon yaparken radyoterapistler ışınlarlar.<sup>6</sup> Herkes kendi metodunu az ya da çok lezyonlara uygularken, uygun olmayan lezyonları diğer kliniğe gönderir. Cerrahın metodunu uygularken sınırı yoktur, ancak cerrahi girişim tümörün lokalizasyonu, lezyon sayısı veya klinik subtipine bağlı olarak kontrendike olabilir.<sup>(1)</sup> Retinoidler, immünoterapi, kemoterapi ve fotodinamik lazer uygulamaları da alternatif tedavi yöntemleri olarak çalışılmaktadır. Cerrahinin bu yöntemlerden farkı tümörün tümünün histopatolojik olarak değerlendirilebilmesidir.

Yöntemin başarısı rekürrens oranı ile değerlendirilir. Kullanılan yöntem kadar anatomik bölge, tümörün kaldığı süre ile tümörün

## SUMMARY

We reviewed 162 cases of head and neck basal cell Ca which had been operated between April 1987-December 1990, and evaluated location, size, etiologic factors, appearance and duration of the lesions.

Microscopic characteristics of lesions were defined after histopathologic evaluation of the specimens. Cases were followed-up minimally 3 years with 1-3-6 months intervals. We evaluated the effects of positive-margin tumor, histopathologic type and microscopic characteristics on recurrence.

**Key Words :** Basal Cell ca , Recurrence

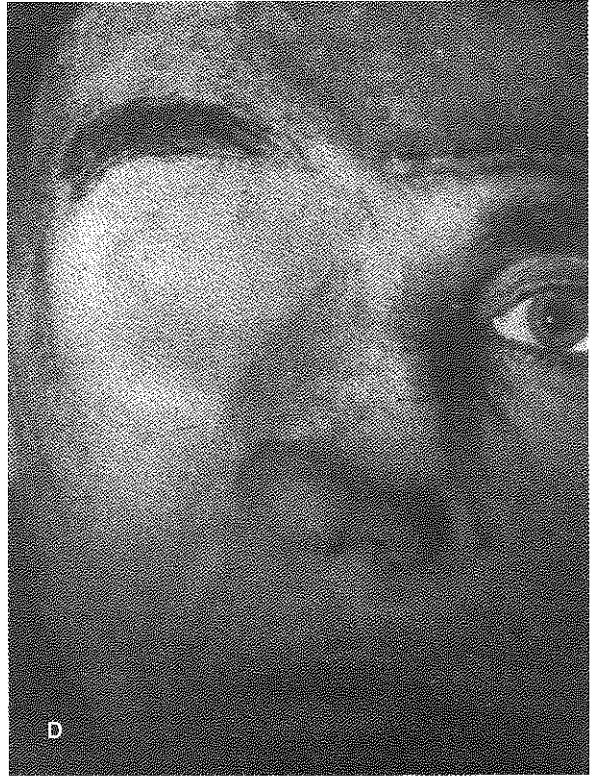
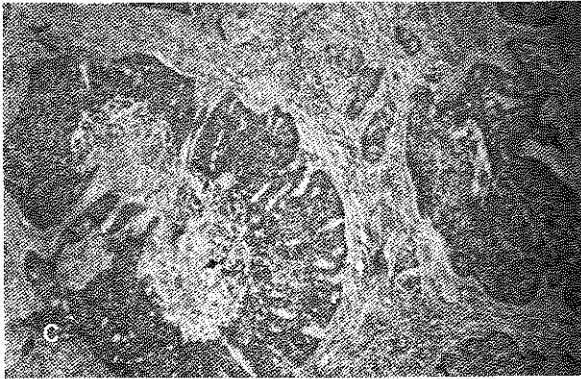
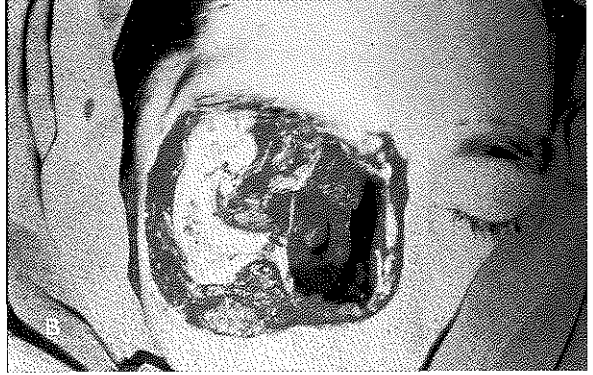
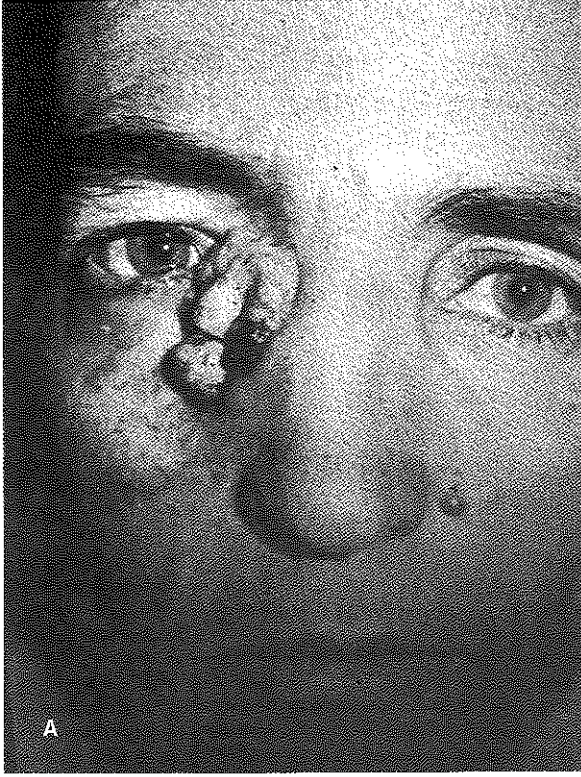
davranışı ve yöntemin yeterli uygulanışı da rekürrens oranını etkiler.

Miller çalışmasında 5 yıllık rekürrens oranını primer bazal hücreli Ca için Mohs cerrahisi ile %1 diğer tedavi yöntemleri için ort. %8.7 bulmuştur. Metastaz için %0.0028 ile %0.1<sup>(2)</sup> arasında değişen oranlar bildirilmiştir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimizde 1987-1990 yılları arasında opere edilen 162 bazal hücreli Ca tanısı almış hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmada primer tümörü kliniğimizce eksize edilmemiş, daha önce bu bölgede radyoterapi uygulanmış veya immünosüpresif tedavi almış, XP ve bazal hücreli nevüs sendromu olan ve tümör eksizeyonu sonrası ek tedavi uygulanan hastalar hariç tutuldu.

Vakaların tümünde tümör cerrahi olarak eksize edildi, işaretlendi ve histopatolojik değerlendirilmesi yapıldı (Şekil 1). Lezyonlar



Şekil 1 a: Medial kantal bölgeden infraorbitale uzanan bazal hücreli Ca'lu olgumuz, b: Olgunun eksizyon sonrası görünümü, c: Tümör adaları etrafında düzenli periferik palizadlanma ve bağ dokusunda iltihap hücreleri izlenmektedir (HE x 10), d: Olgunun postoperatif 34. aydaki görünümü

patoloji raporuna göre reeksizyon yapılarak veya yapılmayarak 1-3-6 aylık aralarla takibe alındı (Tablı I).

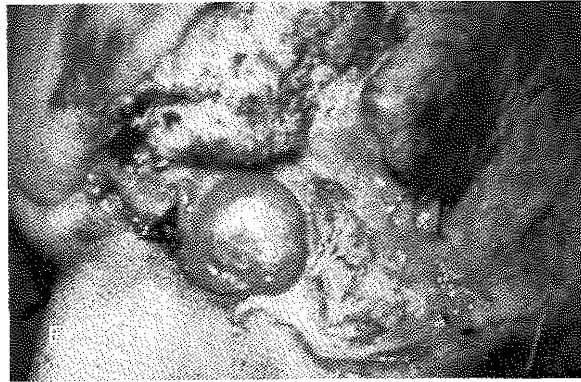
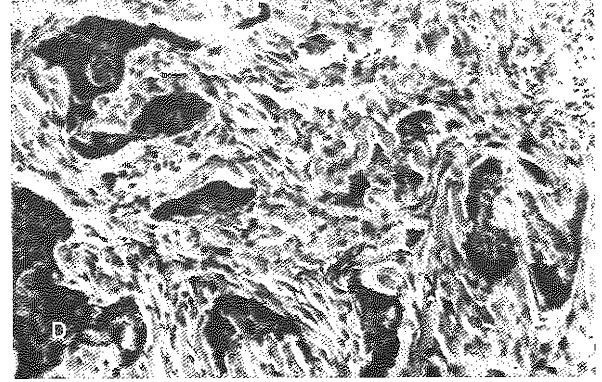
**TABLO I: TAKİP SÜRESİNE GÖRE OLGULARIMIZ**

	3 YIL	4 YIL	5 YIL
SÜP.	12	9	8
NODÜLER	37	34	26
İN FİLTRATİF	18	8	10
TOPLAM	67	51	44

Lezyonlar mümkün olduğunda en az 5 mm sağlam kenarla eksize edildi. cerrahi sağlam sınırın tayininde tümörün lokalizasyonu, makroskopik olarak tiplendirilmesi ve tümör gelişim süresi göz önünde tutuldu (Tablo II) .

**TABLO II: OLGULARIN MAKROSKOPİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE SINIFLANDIRILMASI**

OLGU SAYISI	SUP.YAYILAN	NODÜLER	İN FİLTRATİF
162	29	86	47



Şekil 2 a: Supraorbital ve temporal bölgede bazal hücreli Ca olan bir olgumuz, b: Olgunun eksizeyon sonrası görünümü, c: rekonstrüksiyon sonrası erken dönem görünümü, d: Olgunun histopatolojik değerlendirilmesinde periferik palizadik dizilimde düzensizlik ve zayıf iltihabi hücre reaksiyonu görülüyor (HEX40), e: Olgunun 14 ay sonraki nüksü

2. Tümör (+) cerrahi sınır
3. Lenfositik ve plazma hücre infiltrasyonları
4. Skuamöz differansiasyon
5. Tümörün histopatolojik tipi (Tablo IV) değerlendirildi.

Histopatolojik olarak  
1. Periferik palizadik dizilimde düzensizlik (PPDD) (Tablo III)

**TABLO III: PERİFERİK PALİZADİK DİZİLİM DÜZENSİZLİĞİ İLE TÜMÖR GELİŞİM ŞEKLİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

	PPDD +	PPDD -
NODÜLER	8(%9.3)	78(%90.7)
İNFLİTRATİF	41(%87.2)	6(%12.3)
SÜP.YAYILAN	2(6.9)	27(%93.1)

**TABLO IV: OLGULARIN HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRMEYE GÖRE DAĞILIMLARI**

SOLİD	68
KERATOTİK	20
ADENOİD	18
SÜPERFİSİYEL	31
BAZOSKUAMÖZ	8
KİSTİK	17
TOPLAM	162

Çalışmada süperfisiyel yayılan tip tanısı alan 29 hasta rekürrens değerlendirilmesine

alınmadı.

- Cerrahi sınırdaki tümör olan 26' olgudan

\*15'ine reeksizyon yapıldı

12 sinde PPDD +, 3 ünde PPDD- ti

\* 11'ine reeksizyon yapılmadı ve sık aralarla takip edildi 11 inde de PPDD - ti

NÜKS

- 162 Olgunun 10 unda (a.17) Nüks görüldü (ŞEKİL 2)

- 5 olgu infiltratif tipti ve hepsinin yüzeyinde ülserasyon vardı (Tablo V)

**TABLO V: TÜMÖR YÜZEYİNDE ÜLSERASYON İLE TÜMÖR GELİŞİM ŞEKLİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

	TÜMÖR YÜZEYİNDE ÜLSERASYON	
	+	-
NODÜLER	22 (%25,6)	64 (%74,4)
İNİLTRATİF	37 (%78,7)	10 (%21,3)
SÜPERFİSİYEL	9 (%31)	20 (%69)

- Olguların dördünde lenfositik infiltrasyon çok azdı

- Tümör adaları çevresinde bazal membran yoktu

- Cerrahi sınırdaki tümör + gelen olgulardan 4' ü nüks etti, 2'si reeksizyon yapılan gruptandı

### TARTIŞMA

Bazal hücreli Ca en sık rastlanan deri tümörüdür. Bazal h.li Ca beyaz ırkta ve 40-79 yaşları arasında en sıktır, %85 oranında baş boyun bölgesinde görülür ve bunun da %25-35'i burundadır.<sup>(2)</sup> Bazal hücreli Ca'da değişik yöntemlerle farklı nüks oranları bildirilmekle birlikte, cerrahi eksizyonda da klinikler arası farklı nüks oranları bildirilmektedir. Nükse etki eden çeşitli faktörler araştırılmıştır. Anatomik lokalizasyonda burun en sık nüks görülen bölgedir ve orbita ikinci sırayı almaktadır.<sup>(2,3)</sup> Tümörün makroskopik olarak ülser olması, invazif özellikler göstermesi nüks oranını yükseltir. Tümörün histopatolojik özelliklerinin nükse etkisi üzerinde çelişkili görüşler vardır. Morfea benzeri ve metatipik bazal hücreli Ca en yüksek nükse sahiptir.<sup>(2)</sup>

Cerrahi eksizyon sırasında rekonstrüksiyon düşünülerek sınırlar dar tutulursa residü tümör

birakma olasılığı yükselir. Tümör cerrahi sınırından çıkarılacak sağlam doku miktarı da residü tümör oranını etkiler, ancak rekonstrüksiyonu düşünerek eksizyon yapılırsa bu sınır zaman zaman azalabilir. Bizim çalışmamızda nüks ile histopatolojik tip ve tümörün davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo VI). Tümörün histopatolojik tipi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo VII, VIII). Hücresel atipi ve pleomorfizmin belirginliği ile tümörün mitozdan zengin olması, tümörün gelişme şeklini ve davranışını etkilememektedir.

**TABLO VI: NÜKS EDEN OLGULARIMIZ PERİFERİK PALİZADİK DİZİLİM DÜZENSİZLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

	PPDD+	PPDD-	TOPLAM
NODÜLER	2	1	4
İNİLTRATİF	2	3	5
SÜP.YAYILAN	2	0	2
TOPLAM	6	4	10

**TABLO VII: KADIN OLGULARIMIZIN HİSTOPATOLOJİK TİP VE YAŞ DAĞILIMI**

OLGU	EN GENÇ	EN YAŞLI	YAŞ ORT.
SOLID (25)	49	87	62
KERATOTİK (9)	49	87	62
ADENOİD (8)	33	74	56
SÜPERFİSİYEL (10)	44	82	62
BAZOSKUAMÖZ (3)	78	88	83
KİSTİK (13)	51	62	54

**TABLO VIII: ERKEK OLGULARIMIZIN HİSTOPATOLOJİK TİP VE YAŞ DAĞILIMI**

OLGU	EN GENÇ	EN YAŞLI	YAŞ ORT.
SOLID (39)	35	76	58
KERATOTİK (13)	37	82	64
ADENOİD (10)	55	76	61
SÜPERFİSİYEL (17)	36	89	67
BAZOSKUAMÖZ (4)	62	67	64
KİSTİK (11)	45	70	53
TOPLAM (94)			

Konak epidermoid Ca' a, skuamöz diferensiyasyon gösteren bazal hücreli Ca'a ve periferik palızatta irregülerite gösteren Bazal hücreli Ca'a T lenfosit infiltrasyonu ile bir immün cevap ve-

rir<sup>(4)</sup>, konağın immün yeterliliğine bağlı olarak lenfositik infiltrasyon yoktan çok yoğununa kadar değişir.<sup>(4,5)</sup> Plasma hücrelerinden zengin cevap tümör ülserasyonuna, lenfosit ise tümörün kendisine bağlıdır.<sup>(5)</sup>

Dellon'a göre PPDD malign hücrelerin tümör kümesinden dermisin içine penetrasyonunun ilk belirtisidir ve böylece konak tümör antijeni ile karşılaşmış oluyor ve eğer PPD düzensizliğine rağmen lenfosit infiltrasyonu yoksa bu zayıf konakta agresif bir tümörü göstermektedir. Dixon da çalışmasında, tümör rekürrensi ile periferik palizadik dizilim düzensizliği, infiltratif olması, süperfisiyel olması, morpheiform özellikler ve atipik skuamöz değişim göstermesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.<sup>(3)</sup>

Bazo-skuamöz Ca tanı olarak ayrıcalıklı görünmemesine karşın aslında klinik olarak kötü bir prognoza sahiptir.<sup>(2,6)</sup> İlginç olarak bunlarda küçük lenfosit infiltrasyonu görülmez. Bunlarda lokal rekürrens kapasitesi yüksek ve metastaz olasıdır.

Bizim çalışmamızda PPD düzensizliği ile nüks arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, ancak literatürde bu konuda yapılan daha ayrıntılı çalışmalarda bazal hücreli Ca'daki PPDD oranı ile nüks bazal hücreli Ca'lardaki PPDD oranları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.<sup>(6)</sup> Dellon PPD düzensizliğini oranlamış ve %75 üzerini yüksek risk grubu olarak değerlendirmiştir.<sup>(6)</sup>

**TABLO IX: CERRAHİ SINIRDA TÜMÖR OLAN OLGULARIMIZIN HİSTOLOJİK TİP DAĞILIM**

TİP	ORAN
SOLİD (13)	%50
KERATOTİK (8)	%30.7
ADENOİD (3)	%11.6
KİSTİK (2)	%7.7

Çalışmamızda bazal hücreli Ca da cerrahi sınırdaki + tümör ile nüks arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ancak takip süresinin uzaması ile nüks oranlarının değişebileceği göz önünde tutulmalıdır (Tablo IX). Lang'a göre bazal hücreli Ca da nüksün nedeni çoğunlukla residüeltümördür ve dört yıllık takip yeterli değildir, çalışmasında 47 nüks olguyu değerlendirerek 230 aya kadar nüks olduğunu

ve ortalama nüks süresinin 35 ay olduğunu bildirmiştir.<sup>7</sup>

Cerrahi sınırdaki + tümör olduğunda reeksizyon endikasyonu tartışmalıdır. Dellon cerrahi sınırdaki + tümör olan vakaların 1/3 ünde nüks olduğunu ve bazal hücreli Ca'un regresyona uğrayabileceğini, ve iyi tedavi edildiğinde nüks tümörde de kürün mümkün olduğunu, bu nedenle cerrahi sınır + tümörlerin sık aralıklarla takibinin reeksizyona tercih edilebileceğini belirtiyor.<sup>(8)</sup> Ancak bu istatistiksel bir görüştür, hastalar bireysel olarak değerlendirilmelidir. Shanoff 625 vakalık serisinde cerrahi sınır + tümörlerde nüks oranını %67 bularak reeksizyonu önermiştir.<sup>(9)</sup>

Dellon pozitif kenarlı bir primer BCC da PPDD %75 üzeri ise bunu rekürrens açısından yüksek risk faktörü olarak kabul etmiş ve ayrıca lenfositik infiltrasyon ile plasma hücresi azlığı da zayıf immün cevabı gösterir bu nedenle rekürrens olasıdır diyerek reeksizyon öneriyor.<sup>(6)</sup> Waller cerrahların kozmetik nedenlerle emniyet kenarlarını dar tutması daha sonra yapılacak girişimlerin boyutunu artırır diyor ve özellikle nasal kavite, orbit ve kulak yolu gibi derin bölgelerdeki tümörlerde eksizyon sonrası deri grefti koyup 9-12 ay takibin sonunda rekonstrüksiyon yapıyor ancak nüksü değerlendirmek için bu süre yeterli midir?

Kliniğimizde cerrahi sınırdaki tümör bulunan hastalarda eğer infiltratif tip değilse, histopatolojik olarak agresif görünüm yoksa, konağın cevabı kuvvetli ve tümör gelişim süreci uzunsu hastaya sık aralıklarla takibi önerirken, diğer durumlarda reeksizyon uyguluyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. Taylor, A.G. and Barisoni, D.: Ten Years' Experience in the Surgical Treatment of Basal Cell Carcinoma Brit. J. Surg. 60(7):522, 1973
2. Miller, S.J.: Biology of Basal Cell Carcinoma (Part II) J. AM. Acad. Dermatol. 24(2):161, 1991
3. Dixon, A.Y., Lee, S.H. and McGregor, D.H.: Factors Predictive of Recurrence of Basal Cell Carcinoma AM. J. Dermatopathol. 11(3):224, 1989
4. Dellon, A.L.M.D.: Host-Tumor Relationships in Basal Cell and Squamous cell Cancer of the Skin Plast. Reconstr. Surg. 62(1):37, 1978
5. Miller, S.J.: Biology of Basal Cell Carcinoma (Part I) J. AM. Acad. Dermatol. 24(1):1, 1991

6. Dellon, A.L. M.D.: Histologic Study of Recurrent Basal Cell Carcinoma *Plast. Reconstr. Surg.* 75 (6):853, 1985
7. Lang, P.G. M.D., Maize, J.C. M.D., Charleston, SC: Histologic Evolution of Recurrent Basal Cell Carcinoma and Treatment Implications *J AM. ACAD. Dermatol.* 14(2):186, 1986
8. Dellon, A.L., DeSilva, S., Connolly, M. M.S., and Ross, A. Ph. D.: Prediction of recurrence in Incompletely Excised Basal Cell Carcinoma *Plast. Reconstr. Surg.* 75(6):860, 1985
9. Shanoff, I.B., Spira, M., and Hardy, B.S.: Basal Cell Carcinoma: A Statistical Approach to Rational Management. *Plast. Reconstr. Surg.* 39: 619, 1967