

Bazal Hücreli Karsinomaların Histopatolojik Özellikleri (1989 Yılında Tanı Konan 75 Olgunun Retrospektif İncelenmesi)

Zuhal GÜCİN*
Ömer YERCI**
Oktan EROL***
Şahsine TOLUNAY****
Sema ÖZUYSAL*

ÖZET

Bazal hücreli karsinoma derinin en yaygın tümörüdür. Klinik seyri iyidir. Fakat rekürrens potansiyelleri yüksektir. Klinik ve histolojik olarak değişik formları vardır. Agresif tümörler belirli histopatolojik özellikler gösterir.

Bu çalışmada 75 bazal hücreli karsinoma olgusu gözden geçirildi. Yaş, cinsiyet lokalizasyon ve histolojik türleri gibi özellikleri saptandı. Agresif formlar ve bunların histopatolojik değişiklikleri karşılaştırıldı.

* Araş. Gör. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

** Uzm. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

*** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

**** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı.

SUMMARY

Histopathologic Features of Basal Cell Carcinomas (Retrospective Studies of 75 Cases in 1989)

Basal cell carcinoma is the most common skin tumors. Clinical course is favourable, but potential of recurrence is high. There are clinical and histological different forms. Aggressive tumors show certain histopathologic features.

In this study 75 basal cell carcinoma cases have been reviewed. Criteria such as age, sex distribution, localization and histological variants have been documented. Aggressive forms and histopathologic changes have been compared.

GİRİŞ

Derinin en sık rastlanan tümörü olan bazal hücreli karsinoma, adını epidermis veya kıl foliküllerinin bazal hücrelerine benzeyişinden almıştır. Günümüzde bu tümörün yaşam boyu sürekli oluşan kıl, yağ bezi, ektrin ve apokrin bez yapısı oluşturma potansiyeline sahip pluripotansiyel hücrelerden oluştuğu kabul edilmektedir¹.

Gelişim özellikleri ve biyolojik davranışları nedeniyle bazı otörler gerçek bir karsinom değil de bir ara form olarak ele almışlar ve bazal hücreli epitelioma demişlerdir. Ancak tedavi edilmediklerinde invaziv ve destrüktif hal alan bu tümörlerde rekürrens potansiyeli yüksek olup, nadir de olsa metastaz yapmaları söz konusudur^{1,2,3}. Bazal hücreli karsinomada metastaz sıklığı % 0,0028 - % 0,1 arasında verilmektedir^{1,4}.

Büyük çoğunlukla adult yaşında görülmekte ve yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı da artmaktadır. Çocuklarda rastlanan şekiller ise bazı sendromlara eşlik etmektedirler⁴.

Tümör oluşumunda açık ten rengine sahip olma, uzun süre ve sık güneş ışığına maruz kalma en önemli risk faktörleridir. Ayrıca röntgen ışınları, yanık, dövme, saç transplantı skarları, alt ekstremitelerde kronik venöz konjesyon, kronik yaralar, arsenik alımı ve immünosupresyon sayılabilecek diğer risk faktörleridir^{1,4,5}. Tümör en çok yüzde yerleşir. Bu yerleşim, rekürrens ve metastazlar içinde başlıca yerdir^{1,2,4,6}. Tümör klinik olarak nodüloülseratif, pigmente, Morfea benzeri fibrozlaşan, superficial ve fibroepitelioma olmak üzere 5 tipte; ayrıca otozomal dominant kalıtım gösteren çok sayıda bazal hücreli karsinoma ile beraber iskelet ve santral sinir sistemi anomalilerinin bulunduğu Nevoid bazal hücreli

epitelioma sendromu, Komedo tipi lezyonlar içeren lineer unilateral bazal hücreli nevüs sendromu ve foliküler atrofoderma-bazal hücreli karsinoma ile karakterli Bazex sendromu olmak üzere 3 ayrı sendromun birer ögesi olarak da ortaya çıkar¹⁻³.

Histopatolojik olarak tümör adaları epidermisin bazal hücrelerine benzeyen iri, oval nükleuslu, dar sitoplazmalı hücrelerden oluşmuştur. Ancak bu hücrelerde nükleus sitoplazma oranı büyük olup, hücreler arası köprüler de yoktur^{1,2}. Çoğu olguda tümör adalarının epidermis ile ilişkisi görülebilir.

Tümör hücreleri çoğunlukla hiçbir deri ekine diferansiasyon göstermeyen solid adalar yapmıştır. Bu tip solid veya primordial olarak adlandırılır¹⁻³. Daha az oranda ise diferansiasyon saptanır. Kıl yapısına diferansiasyon gösteren keratotik veya pilar tip, sebace bez yapısına diferansiye olan kistik, ektrin ya da apokrin bezlere diferansiye olan adenoid, skuamöz hücrelere diferansiasyon gösteren bazoskuamöz ya da metatipikal şekilleri vardır. Nadir olarak da adamantoid ve granüler bazal hücreli karsinoma şeklinde izlenirler¹⁻³.

Hemen tüm şekillerde tümör adaları, periferde bir sıra palizatik dizilim gösterirler. Tümör hücreleri genellikle papiller dermisi kümeler veya dil biçimi uzantılar şeklinde invaze ederler. Daha az sıklıkla retiküler dermise doğru ince diziler, hatta kollagen demetler arasında tek tek hücreler şeklinde uzanabilirler. Sınır demetleri boyunca, hatta perinöral, epinöral ve endonöral penetrasyon da bildirilmiştir^{3,6}.

Tümör adaları çevresi ve arasındaki stroma çok sayıda genç fibroblasttan oluşmuştur ve genellikle müsinoz görünümündedir². Dokunun fiksasyon ve dehidratasyon işlemleri sırasında bu müsünün ortadan kalkması sonucu retraksiyon sahaları şeklinde izlenebilir¹⁻³.

Yine olguların çoğunda tümör adaları çevresinde değişik derecelerde mononükleer iltihap hücreleri yer alır. Tümörlerde metastaz, rekürrens ve derin invazyon agresif özelliklerdir^{1,2,5}. Bu tiplerde sıklıkla palizatik dizilimin silik, infiltratif gelişimin ise belirgin olduğu, ayrıca mononükleer iltihabi hücrelerin de yoğun olduğu ileri sürülmektedir. Olgularımız tüm bu özellikleri yönünden incelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 1989 yılına ait 75 bazal hücreli karsinoma olgusu ele alındı. Olgular önce yaş, cinsiyet, yerleşim yerlerine göre gözden geçirildi. Sonra bu 75 olgu ile bunlar arasında daha önce de bazal hücreli karsinom tanısı alan 7 olguya ait preparatlar histopatolojik özellikleri yönünden incelendi. Diferansiasyon ve büyüme örnekleri saptandı. Üst ve orta dermise sınırlı olanlar yüzeysel, derin der-

mis ile daha alttaki dokulara ilerleyenler derin invazyonlu kabul edildi. Daha sonra agresif kabul edilen rekürrens olguları ile derin ve yüzeysel invazyonlu gruplar palizat dizilimi, infiltratif gelişim ve tümör adaları çevresindeki iltihabi infiltrasyon yönünden karşılaştırıldı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

1989 yılı içinde tanı konan 75 olgunun 38'i erkeklerde, 37'si kadınlarda idi. Böylece her iki cinste eşit dağılım saptanmış olduk.

Yaş gruplarına bakıldığında olguların 14 ile 90 yaşları arasında dağıldığı, 35 yaşından sonra fazlalaştığı, en sık 55-65 yaşlarında görüldüğü tespit edildi. Yerleşim olarak, 75 olgunun 66'sı (% 88) baş-boyun bölgesinde, diğer 9'u ise gövde ve ekstremitelerde idi. Kaplan ve Zaren de baş-boyun bölgesinde yerleşme oranını % 86 olarak vermişlerdir⁴. Yine baş-boyun bölgesi içinde en fazla burun kanadı, burun sırtı, göz kapakları, nazolabial oluk ve kantuslarda yerleştiklerini tespit ettik.

Bazal hücreli karsinomalarda klinik ve histopatolojik çeşitliliğin olması, diferansiyasyon, gelişim şekilleri ve stromal reaksiyonların birbirinden oldukça farklı oluşu dikkati çekmiş ve bu özelliklerden bazılarının agresiv davranışla ilişkili olup olmadığı araştırılmıştır. Kaynaklarda metastaz ve rekürrens yanında derin invazyonda agresivite kriteri olarak ele alınmıştır^{1,2,5}.

Değişik çalışmalarda en sık primordial tipin görüldüğü, diferansiye olanlar içinde ise adenoid tipin başta geldiği, ancak diferansiyasyonun büyüme hızı ve yineleme oranı açısından önemli olmadığı bildirilmektedir¹. Bazı otorlere göre ise metatipikal karsinomalarda yayılım daha fazla olmaktadır².

Bizim çalışmamızda da 43 olgu ile diferansiye olmayan solid tip başta gelmektedir. Bunu 12 olgu ile adenoid tip, 8 olgu ile keratotik, 3'er olgu ile kistik ve metatipikal formlar izlemektedir. Mikst tip ise 6 olguda saptanmıştır (Tablo: I).

Geriye dönük taramada 75 olgunun 7'sinin yineleme gösteren hastalara ait olduğu saptandı. Bunlara ait eski preparatlar incelendiğinde ise 5'inin solid, 1'er tanesinin de keratotik ve adenoid tipte olduğu saptandı.

Büyüme örneği olarak en sık nodüler-mikronodüler form, daha sonra nodüler ve infiltratif öğelerin bir arada bulunduğu şekiller gelmekte, infiltratif ve yüzeysel-mültisentrik tipler de bunu izlemektedir¹.

Bizim serimizde toplam 37 olgu ile (% 49,3) nodüler ve mikronodüler şekiller, 25 olgu ile (% 33,3) nodüler-infiltratif şekil, 7 olgu ile (% 9,3) infiltratif tip, 4 olgu ile (% 5,3) yüzeysel multisentrik form, 2 olguda ise (% 2,8) Morfea benzeri form gözlenmiştir (Tablo: II).

Tablo: I - 75 Bazal Hücreli Karsinomada Diferansiyasyon Durumu

Diferansiyasyon Durumu	Tümör Sayısı	Tümör Yüzdesi
Solid	43	% 57,3
Adenoid	12	16,9
Keratotik	8	10,7
Kistik	3	4,0
Metatipik	3	4,0
Karışık	6	8,0
TOPLAM	75	100,0

Tablo: II - 75 Bazal Hücreli Karsinomada Histopatolojik Büyüme Örnekleri

Büyüme Örneği	Tümör Sayısı	Tümör Yüzdesi
Nodüler + Mikronodüler	25	% 33,3
Nodüler	12	16,0
Nodüler + Mikronod + İnfiltratif	25	33,3
İnfiltratif	7	9,3
Yüzeyel Multisentrik	4	5,3
Morfea Benzeri	2	2,8
TOPLAM	75	100,0

İnfiltratif veya mikronodüler infiltratif gelişen ve Morfea benzeri fibrolaşan tipler ile multisentrik şekilde rekürrens sık olduğu bildirilmektedir^{1,3}.

Bizim serimizde 7 rekürrens olgusundan, 2'si nodüler-mikronodüler, 2'si mikronodüler infiltratif 1'i Morfea benzeri yine 1'i de yüzeyel multisentrik tiplere aittir.

Yine değişik çalışmalarda tümör adaları çevresindeki palizatik dizilim, infiltratif gelişme, nükleer pleomorfizm, mitoz, skuamöz metatipi, stromal skleroz ve mononükleer infiltrasyon gözden geçirilmiş, bunlardan palizatik dizilimin si-

lik, infiltratif gelişimin belirgin oluşunu yineleyen ve derine invaze tümörlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur¹. Tümör hücrelerindeki skuamöz metatipi konusuna zıt görüşler vardır. Bir kısmı agresiv biyolojik davranış şeklinde yorumlarken, bir kısmı ise iyi prognoz göstergesi saymaktadır¹⁻³. Dr. Anadolu da kendi serisinde anlamlı bir fark bulamamıştır.

Tümör adaları çevresindeki mononükleer infiltrat da değişik yorumlanmaktadır. Bir kısmı araştırmacı bunun host yanıtının göstergesi olduğunu ve spontan regresyon gösteren tümörlerin ancak bu şekilde açıklanabileceğini ileri sürmekte, bir kısmı ise agresivite özelliği olarak kabul etmektedir^{5,6}. Bunun yanında agresiv özellik ile ilgisi olmadığını söyleyenler de vardır.

Kendi çalışmamızda yineleyen grupta palizatik dizilimi % 57 oranda silik, derine invaze grupta % 20,5, yüzeysel grupta ise % 28 silik bulduk. Rekürrens olgularda palizatik dizilimin silik oluşu bilgilerle uyumludur. Yüzeysel ve derin invazyon arasında belirgin farklılık saptanamamış ve çelişkili gibi görünmekte ise de olgu sayısı arttıkça daha anlamlı sonuç elde edilebilir.

İnfiltratif gelişim yönünden ise yineleyen grupta % 57 belirginlik, derine invaze grupta % 41, yüzeysel grupta ise % 36 belirginlik bulduk. Buna dayanarak invazyon derinliğini yani agresivite artışını infiltratif gelişimdeki belirginlik ile paralel bulduğumuzu, bu açıdan kaynaklarla uyumlu olduğumuzu söyleyebiliriz.

Mononükleer infiltrat yönünden ise yineleyen grupta % 57, derin grupta % 66,6, yüzeysel grupta % 33,3 belirginlik saptadık. Bizim serimizde de mononükleer infiltrasyon agresivite ölçüsü de sayılan invazyon derinliğine paralel olarak artıyor izlenimini vermektedir.

Sonuç olarak olgularımız yaş, cinsiyet, lokalizasyonları ile histolojik diferansiyasyon ve büyüme paternleri açısından kaynaklardaki bilgilerle uyumludur. Tanıda, tümörün deri katlarındaki yayılımı, büyüme örneği, palizatik dizilim ve infiltratif gelişim ile iltihabi infiltrasyon gibi özelliklerinin de derece olarak belirtilmesi gerektiği sonucuna vardık. Böylece yineleme olasılığı fazla ve agresiv gidişli tümörle karşılaşıldığı bilinerek tedavi ve takipte uygun yöntemlerin kullanılmasına yardımcı olunacaktır.

KAYNAKLAR

1. ANADOLU, R.Y.: Bazal Hücreli Epitelioma ve Skuamöz Hücreli Karsinomada Dermatopatolojik Özellikler. A.Ü. Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1990.
2. LEVER, W.F., LEVER, G.S.: Histopathology of the Skin Sixth Edition. J.B. Lippincott Company., Philadelphia, London, Mexicocity, New-York, St. Louis, Sao Paulo, Sydney, 1983, p. 562-575.

3. ROSAI, J., ACKERMAN'S: Surgical Pathology. Seventh Edition. The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, Washington, 1989, 95-98.
4. ROBINSON, J.K: Risk of developing another basal cell carcinomas. Cancer, 60 (1): 118-120, 1987.
5. RODRIGUES, R.S., ROBINS, S.P., SIMITH, B., BOSNIAK, S.L.: Radiotherapy of periocular basal cell carcinomas. Recurrence rates and treatment with special attention to the medial canthus. Brit. J. Ophthal., 72: 132-138, 1988.
6. MARK, J.G.: Basal cell carcinoma with intraneural invasion cancer, 40(5): 2181-87, 1977.
7. IMOYONA, S., YASHIMA, Y., HIGUCHI, R., URABE, H.: A new concept of basal cell epitheliom as. Am. J. Pathol., 128 (3): 497-504, 1987.

Dr. Zuhal GÜCİN
 U.Ü. Tıp Fakültesi
 Patoloji Anabilim Dalı
 BURSA

SUMMARY

Study on and transfer of Coramita on the skin of humans

... grafts are used to repair defects of long ...
 ... The stability of such ...
 ... by the continuity of the ...

... Bursa ...
 ... Bursa ...