

İyileşmeyen Bacak Ülseri Olgusu: Bazal Hücreli Karsinom

A Case of Nonhealing Leg Ulcer: Basal Cell Carcinoma

Didem Didar Balcı, Jülide Zehra Yenin, Esin Atik*, Bülent Akansu*

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, *Patoloji Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye

Özet

Yetmiş beş yaşında bayan hasta sol bacak ön yüzde üç yıldır iyileşmeyen ağrısız yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Daha önce kullanmış olduğu lokal yara tedavilerine yanıt almadığını ifade etmekteydi. Dermatolojik muayenede sol bacak ön yüzde, 2.7x3.7 cm çapında keskin sınırlı, çevresinde minimal eritem izlenen, yüzeyi sağlıklı parlak granülasyon dokusu ile kaplı ülserasyon alanı saptandı. Ülser zemininden ve kenarından alınan deri biyopsisi bazal hücreli karsinom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Dermatolojik muayenede ve yapılan alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonografisinde kronik venöz yetmezliğe ait bulgu saptanmadı. Bazal hücreli karsinomlar, nadiren uzun süreli ülserlerin zemininde ya da primer olarak ortaya çıkabilir. İyileşmeyen bacak ülseri olan hastalar bazal hücreli karsinom gelişme olasılığı açısından değerlendirilmelidir. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2008; 2: 52-4*)

Anahtar kelimeler: Bazal hücreli karsinom, bacak ülseri, deri kanseri

Summary

A 75-year-old woman was admitted to our outpatient clinic with a three-year history of a painless, nonhealing ulcer located on the left lower leg. She had no response to previous therapy with local wound care. Skin examination revealed an ulcer 2.7 x 3.7 cm in size, and the surrounding skin showed minimal erythema. The surface of the ulcer demonstrated shiny granulation tissue. Biopsy of the ulcer edge and base showed basal cell carcinoma. Venous Doppler ultrasonography and dermatological examination did not reveal chronic venous insufficiency. Basal cell carcinomas rarely arise from previous long-term ulcers or developing de novo. We suggest that patients who develop non-healing leg ulcers, should be examined for basal cell carcinoma. (*Turkish Journal of Dermatology 2008; 2: 52-4*)

Key words: Basal cell carcinoma, leg ulcer, skin cancer

Giriş

Bazal hücreli karsinom (BHK), derinin en sık görülen malin tümörü olup klinik olarak incimsi papüller ve lezyon üzerinde telenjektaziler ile karakterizedir. BHK'ler en sık (%80) baş-boyunda yerleşirken %3.5 ile 6.7 oranında alt ekstremitelerde izlenmektedir (1, 2). Skar ve ülser zemininde gelişen BHK olguları bildirilmişse de BHK'lerin kronik iyileşmeyen bacak ülserleriyle olan ilişkisinin skuamöz hücreli karsinoma göre oldukça nadir olduğu düşünülmektedir (3-6). Bacak yerleşimli ülsere BHK'lerin önceden var olan uzun süreli ülserlerden mi yoksa kendiliğinden primer

olarak mı oluştuğu kesin olarak bilinmemektedir. Ülsere BHK'ler, staz değişiklikleri üzerinde oluşabilir ve komplike venöz ülseri taklit edebilirler (5-12).

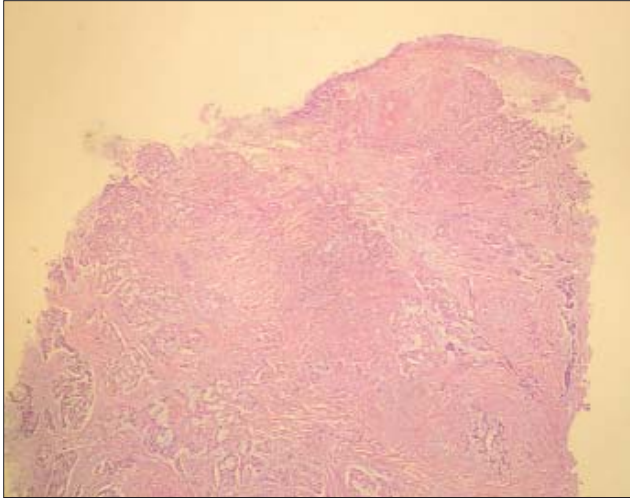
Burada 75 yaşında bayan hastada üç yıldır iyileşmeyen, kronik venöz yetmezliğin eşlik etmediği, kronik bacak ülseri formunda nadir görülen bir BHK olgusu ele alınmıştır.

Olgu

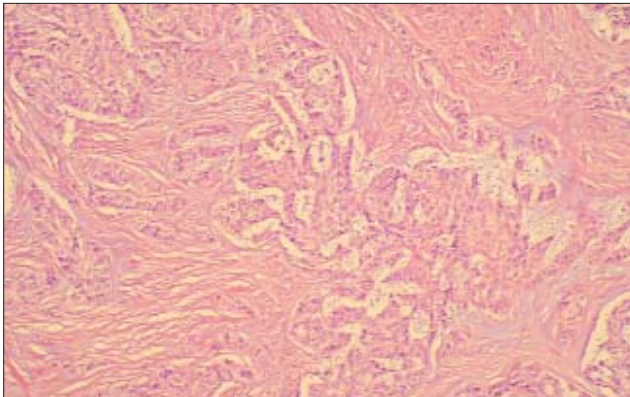
Yetmiş beş yaşında bayan hasta sol bacak ön yüzde üç yıldır iyileşmeyen ağrısız yara şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Daha önce kullanmış olduğu topikal yara tedavilerinden hiç fayda görmediğini belirten hastanın aile-



Şekil 1. Sol bacak ön yüzde, 2.7x3.7 cm çapında keskin sınırlı, periferi hafif eritemli, yüzeyi sağlıklı parlak granülasyon dokusu ile kaplı ülserasyon alanı



Şekil 2. Çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda bir alanda dermis içine doğru uzanan tümöral yapı oluşturan epitel ve dermiste yoğun müsinöz dejenerasyon alanları (H&E X 40)



Şekil 3. Dermis içine doğru palizadik dizilim gösteren bazaloid hücre kümelerinden oluşan tümör adacıkları (H&E X 100)

sinde benzer hastalık, kanser ya da travma öyküsü yoktu. Dermatolojik muayenede sol bacak ön yüzde, 2.7x3.7 cm çapında keskin sınırlı, çevresinde minimal eritem, yüzeyinde sağlıklı parlak granülasyon dokusu izlenen ülserasyon alanı belirlendi (Şekil 1). Muayenede ve yapılan alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonografisinde kronik venöz yetmezliğe ait bulgu saptanmadı. Bölgesel lenf nodu muayenesi normal olan hastanın direkt radyografik incelemesinde herhangi bir anormallik belirlenmedi. Hemogram değerleri normal, sifiliz serolojisi negatifti. Deri tipi II, göz rengi mavi olan hastada muayenede ek olarak malar ve nazal bölgede telenjiektaziler ve aktinik keratoz alanları izlendi. Ülserasyon alanından alınan yara kültüründe *Serratia marcescens* üredi. Etkene yönelik 14 gün boyunca uygulanan sistemik siprofloksasin tedavisi sonrası yapılan layşmanya kan yaymasında etken saptanmadı. Ülser zemininden ve kenarından skuamöz hücreli karsinom, kronik kutanöz layşmanyazis, derin mantar enfeksiyonu, kutanöz B hücreli lenfoma, bazal hücreli karsinom ön tanılarıyla alınan punch deri biyopsisinde; yüzeyi çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda epitelin bir alanda dermis içine doğru uzanan, iri hiperkromatik nüveli, dar sitoplazmalı bazaloid hücre kümelerinden oluşan tümöral yapı oluşturduğu izlendi. Dermiste ek olarak yoğun müsinöz dejenerasyon alanları görülmüyordu (Şekil 2). Ayrıca tümörün dışında bulunan hücrelerin palizadik dizilim gösterdiği saptandı (Şekil 3). Hastaya mevcut klinik ve histopatolojik bulgular eşliğinde BHK tanısı konuldu. Lezyon cerrahi sınırlar negatif olacak şekilde Ortopedi Bölümü tarafından eksize edildi. Nüks ya da yeni lezyon çıkışı açısından yılda iki kez kontrole çağırıldı.

Tartışma

BHK en sık görülen deri malinitesi olup şüphelenilmeyen alanlarda ortaya çıkabilir ve diğer hastalıkları taklit edebilir. Alt ekstremitelerin kronik venöz ülserleri klinik olarak kolayca tanındığından çoğu zaman daha ileri tanısız tetkiklere gerek duyulmaz. Kronik ülserlerin maliniteye dönüşümü nadirdir. Bu alanlarda sıklıkla skuamöz hücreli karsinom (SHK) nadiren ise BHK oluşur. Combemale ve ark. (4), 80 vasküler orijinli bacak ülseri olgusunun %98'inin SHK, %2 gibi oldukça az bir kısmının BHK olduğunu bildirirken, Granel ve ark. (6), izledikleri on kronik venöz bacak ülserinin dördünün BHK, altısının SHK olduğunu tespit etmişlerdir. Garcia-Hernandez ve ark. (5) ise, takip ettikleri 134 kronik bacak ülserli olgusunun yalnızca birinin patolojik incelemesinde vasküler yetmezliğin eşlik ettiği BHK saptamışlardır. Melanom dışı deri kanserlerinin insidansının en yüksek olduğu ülke olan Avustralya'da yapılan bir çalışmada literatürün aksine, 43 hastada saptanan 48 malin bacak ülserinin % 75'inde BHK, %25'inde SHK saptandığı rapor edilmiştir. Aynı çalışmada 41 bacak ülserinin 39'unda arteriyel ya da venöz patoloji belirlenirken, sadece ikisinde herhangi bir vasküler patoloji saptanmamıştır (13). Malin tümörün primer deri kanseri mi yoksa daha önce varolan kronik ülserin üzerinde oluşan sekonder malin değişiklik mi olduğu hala açık olarak bilinmemektedir. Literatürde sıklıkla kronik venöz stazın eşlik ettiği bacak ülserleriyle birliktelik gösteren BHK olguları bildirilmiştir (5-10). Black ve Walkden (14), kronik venöz staz esnasın-

daki değişikliklerin düzensiz epidermal hiperplaziyi indüklediğini ve BHK gelişimine zemin hazırladığını ileri sürmüşlerdir. Aloı ve ark. (12) ise, bacak yerleşimli BHK'lerde histopatolojik olarak %25 oranında eşlik eden staz değişikliği saptamışlar ve venöz stazın bacak yerleşimli BHK'ler için predispozan faktör olmadığını ileri sürmüşlerdir. Kronik venöz hipertansiyonun BHK gelişiminde predispozan faktör olup olmadığı açık değildir. Bizim olgumuzda literatürde sıklıkla belirtilenden farklı olarak bacak ülserine eşlik eden klinik ya da radyolojik venöz staz bulgusu saptanmadı.

Güneşle yoğun temas, beyaz ırk, immunsupresyon, ailesel durumlar, iyonize radyasyon, kimyasal karsinojenler, kolay bronzlaşmayan deri, açık saç ve göz rengi, ailede deri kanseri öyküsü ve travma hikayesi BHK'ler için klasik risk faktörlerini oluşturmaktadır (1). Bacak yerleşimli BHK'lerin insidansının kadınlarda daha yüksek saptanması, bronzlaşma amacıyla daha fazla oranda güneşe maruz kalmalarına bağlanmıştır (2). Bizim olgumuzda kadın cinsiyet, yıllar boyunca tarlada güneş altında çalışma ve zirai ilaçlara maruz kalma öyküsü, açık renk deri ve göz rengiyle beraber yüzde solar hasarı belgeleyen aktinik keratozlar mevcuttu. Bölgesel travma öyküsü ya da diğer risk faktörleri mevcut değildi.

Harris ve ark. (15), venöz ülserlerle beraber görülen BHK'lerde tanıda yaşanan güçlükleri bildirmişlerdir. Yuvarlak kenarlı, şeffaf, parlak ve sağlıklı granülasyon dokusunun ülser kenarlarının dışına taşmasının biyopsi almak için uyarıcı bir bulgu olduğu belirtilmiştir. Bizim olgumuzda da sağlıklı, parlak ve ülser kenarının dışına doğru taşan granülasyon dokusu izlenmekteydi.

Yang ve ark. (13), malin bacak ülserlerin ortalama süresinin 20 hafta olduğunu, en uzun sürenin ise 7.2 sene olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde iki-üç aylık sürede tedaviye yanıt vermeyen ve reepitelizasyon göstermeyen kronik bacak ülserlerinde biyopsi alınması gerektiği belirtilmiştir (8,13).

Sonuç olarak BHK'ler pratikte çok sık görülen, klasik klinik görünümü ve yerleşim yeri nedeniyle kolayca tanınan bir deri tümörü olmasına rağmen nadiren bacak ülseri formunda da karşımıza çıkabilmektedir. İki ile üç aylık sürede medikal tedaviye yanıt vermeyen kronik ülsere lezyonlarda, kronik venöz yetmezlik olsun ya da olmasın BHK olasılığı göz önünde bulundurulurken biyopsi alınmalıdır.

Kaynaklar

1. İşçimen A, Engin B. Melanom dışı deri kanserleri. *Dermatose* 2003;2:24-38.
2. Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, et al. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors. *J Invest Dermatol* 1998;110:880-4
3. Unlü RE, Altun S, Sensöz O. Leishmania scar: a risk factor for the development of basal cell carcinomas. *J Craniofac Surg* 2007;18:708-10.
4. Combemale P, Bousquet M, Kanitakis J, et al. Malignant transformation of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21:935-41.
5. García-Hernández MJ, Pérez-Bernal AM, Camacho FM. Chronic leg ulcers: a manifestation of basal cell carcinoma. Surgical treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:513-4.
6. Granel F, Barbaud A, Schmutz JL. Basal and squamous cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. *Int J Dermatol* 2001;40:539-40.
7. Conde-Taboada A, De la Torre C, Flórez A, et al. Chronic leg ulcers and basal cell carcinoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006;20:359.
8. Schwarze HP, Loche F, Gorguet MC, et al. Basal cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. *Int J Dermatol*. 2000;39:78-9.
9. Gosain A, Sanger JR, Yousif NJ, et al. Basal cell carcinoma of the lower leg occurring in association with chronic venous stasis. *Ann Plast Surg* 1991;26:279-83.
10. Lutz ME, Davis MD, Otley CC. Infiltrating basal cell carcinoma in the setting of a venous ulcer. *Int J Dermatol* 2000;39:519-20.
11. Patel NP, Kim SH, Padberg FT Jr. Venous ulceration and basal cell carcinoma: coincident or synergistic? *J Vasc Surg*. 2006;44:210.
12. Aloı F, Tomasini C, Margiotta A, et al. Chronic venous stasis: not a predisposing factor for basal cell carcinoma on the leg. A histopathological study. *Dermatology*. 1994;188:91-3.
13. Yang D, Morrison BD, Vandongen YK, et al. Malinancy in chronic leg ulcers. *Med J Aust* 1996;164:718-20.
14. Black MM, Walkden VM. Basal cell carcinomatous changes on the lower leg: a possible association with chronic venous stasis. *Histopathology* 1983;7:219-27.
15. Harris B, Eaglstein WH, Falanga V. Basal cell carcinoma arising in venous ulcers and mimicking granulation tissue. *J Dermatol Surg Oncol* 1993;19:150-2.