

# Baş ve Boyun Bölgesinin Melanoma Dışı Cilt Kanserleri

## Non-Melanoma Skin Cancers of the Head and Neck Region

Dr. Engin DURSUN, Dr. Hakan KORKMAZ, Dr. Ünal BAYIZ, Dr. Erdal SAMİM, Dr. Cavit ÖZERİ  
\*S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği, Ankara

### ÖZET

Cilt kanseri insanlarda en sık görülen malignitedir ve çoğunluğunu melanoma dışı cilt kanserleri (MDCK) [bazal hücreli karsinom (BHK), yassı hücreli karsinom (YHK)] oluşturmaktadır. Baş ve boyun bölgesi MDCK'nin sık görüldüğü bir bölgedir. Bu çalışmada kliniğimizde 1992 ve 1996 tarihleri arasında tanı koyularak cerrahi rezeksiyon uygulanan ve düzenli takipleri yapılabilen, BHK ve/veya YHK'lu 29 olgu retrospektif olarak incelenmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir. Olguların %10.3'ünde (3/29) çift lezyon mevcuttu. Lezyonların %81.3'ü (26/32) BHK, %17.7'si (6/32) YHK'du. Genel olarak olguların %96.6'sında (28/29), lezyonların %96.9'unda (31/32); BHK'lu olguların %95.8'inde (23/24), lezyonların %96.2'sinde (25/26); YHK'lu olguların ve lezyonların %100'ünde (6/6) cerrahi başarı elde edildi. BHK'lu olgularda, YHK'lu olgulardan daha sınırlı bir cerrahiyle, iyi bir prognoz elde etmenin mümkün olacağını ve uygulanacak rekonstrüksiyon yönteminde, morbiditenin en az olacağı yöntemin tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Cilt kanserlerinin insidansının azaltılmasında ve erken tanı ve tedavinin yapılabilmesinde, toplumun hastalık hakkında bilgilendirilmesinin ve birinci basamak sağlık hizmeti verecek personelin eğitilmesinin çok önemli olduğu inancındayız.

### Anahtar Kelimeler

Cilt kanseri, bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom, baş ve boyun, cerrahi, rekonstrüksiyon

### ABSTRACT

Skin cancer is the most common malignancy occurring in humans and nonmelanoma skin cancers (NMSC) [basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC)] constitute the majority. NMSC are observed in the head and neck region frequently. In this article, diagnosed, surgically managed and regularly followed-up 29 patients with BCC and/or SCC between 1992 and 1996 were investigated retrospectively and results were evaluated. Ten percentages of patients (3/29) had two lesions. Eighty-one percentages of lesions (26/32) was BCC and 17.7% (6/32) was SCC. Success rates were 96.6% (28/29) in all patients, 96.9% (31/32) in all lesions, 95.8% (23/24) in patients with BCC, 96.2% (25/26) in BCC lesions and 100% (6/6) in both patients with SCC and SCC lesions. As a conclusion, the more limited surgical treatment is adequate to estimate success survival rate in patients with BCC according to patients with SCC and the method that has less morbidity should be preferred in the reconstruction. In addition, the knowledge of people and education of personnel that works in the first step medical care are very important issues to reduce of incidence and the early diagnosis and management of NMSC.

### Keywords

Headaches, mucosal contact point headaches, middle turbinate headache syndrome, concha bullosa, endoscopic surgery

Çalışmanın yapıldığı klinik(ler): S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz, Baş ve Boyun Cerrahisi  
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 24.09.2002 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 12.12.2002

Yazışma Adresi

Dr. Engin DURSUN

Ergin Sokak 43/5 Mebusevleri / Tandoğan 06580 ANKARA E-posta: engindursun@superonline.com

## GİRİŞ

Melanoma dışı cilt kanserleri (MDCK) insanda en sık görülen malignitedir. Histolojik olarak bu grubun %75'ini bazal hücreli karsinom (BHK) ve takiben %20'sini yassı hücreli karsinom (YHK) oluşturur (8,13). Merkel hücreli karsinoma, atipik fibroksantoma, malign fibrohistiostoma, dermatofibrosarkom protuberans, ektrin ve sebace karsinoma daha nadir görülen histolojik tiplerden bazılarıdır (11). Son yirmi yılda, cilt kanserlerinin görülme sıklığında belirgin artış olmuştur (6,11,13,14). Bu artış melanomada daha fazla da olsa BHK ve YHK'daki artış da azımsanmayacak düzeydedir (10). ABD'de beyazlarda ömür boyu BHK gelişme riski %33, YHK gelişme riski %4-14 olarak belirtilmektedir (13). Bu tümörler genellikle 60 yaş üzerinde görülürken (40-70), son yıllarda daha genç yaşlarda görülmeye doğru bir eğilim vardır (4,6,14). Erkeklerde biraz daha sık izlenir (4,13). Açık renk ten ve saçlı, mavi ve yeşil gözlü, uygunsuz güneşlenen, güneş yanığına eğilimli, multiple ve ciddi güneş yanığı hikayesi olanlarda ve özellikle beyazlarda daha sık olarak görülmektedirler (4,6,14).

Etyolojik ve risk faktörleri BHK ve YHK'de birbirine benzer. Major etyolojik faktör, güneşe yani ultraviyole (UV) ışınlarına maruz kalmaktır (6-8,12-14). Klinik açıdan önemli ultraviyole dalga boyu UVA, UVB, UVC olarak tanımlanan spektrumda yer alır (6,10). UVB (290-320 nm) epidermal hücrelerin DNA'sında mutasyon oluşturur ve UVA'ya göre 1500 kat daha karsinogeniktir (6,13). Mesleki veya tedavi amacıyla iyonize radyasyona maruz kalma da bilinen bir diğer risk faktörüdür (13). Arsenik, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, zift veya katran ve "psoralens" gibi kimyasal ajanlar ve çeşitli kemoterapötikler ciltte malign transformasyona neden olabilirler (4,6,13). Organ nakilleri, lenfoproliferatif hastalıklar, HIV enfeksiyonu ve çeşitli medikal tedaviler sonucu immun sistemi baskılanmış olgularda MDCK ve özellikle YHK gelişme riski yüksektir. Bu olgularda tümörün agresif davranışı ve metastaz yapmaya daha fazla eğilimi vardır (6,13,14). 50-60 yaşlarından sonra hücre immunitésinin azalarak cilt kanseri görülme sıklığının arttığı da bilinmektedir (6). Ayrıca kronik inflamatuvar cilt durumları (osteomyelitte eşlik eden sinüs traktı, yanık, travma, aşılar ve kronik ülser), etnik köken, coğrafi lokalizasyon ve genetik predispozisyon (Gorlin sendro-

mu, kseroderma pigmentozum, familial displastik nevus sendromu, albinizm, epidermodisplasia verukoformis) diğer etyolojik faktörler olarak sayılabilirler (3,6,10,12-14). Aktinik keratoz, keratoakantoma ve Bowen hastalığı da bilinen predispozan lezyonlardır (6).

Bu çalışmamızda baş-boyun bölgesindeki MDCK'ne (BHK ve YHK) cerrahi yaklaşımlarımız ve sonuçları değerlendirilmiştir.

## YÖNTEM ve GEREÇLER

Bu çalışmada kliniğimizde 1992 ve 1996 tarihleri arasında tanı koyularak tedavi edilen ve düzenli takipleri yapılan MDCK'li 29 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

Olguların anamnezleri alınıp, muayeneleri tamamlandıktan sonra lokal anestezi altında insizyonel biopsileri yapılmıştır. Histopatolojik incelemeleri sonucunda olgulara yine lokal anestezi altında cerrahi eksizyon uygulanmıştır. BHK'lı olgularda 5 mm, YHK'lı olgularda 10 mm ortalama cerrahi emniyet sınırı bırakılmasına ve tabanda yeterli doku çıkarılmasına dikkat edilmiştir. Eksizyon için insizyonlar lezyonun anatomik lokalizasyonuna dikkat edilerek yapılmıştır. Rekonstrüksiyon için defekt büyüklüğü, derinliği ve lokalizasyonu dikkate alınarak primer sütürasyon, "split" veya "full thickness" greft veya rotasyon, tarspozisyon veya ilerletme flepleri kullanılmıştır. "Split thickness" deri greftleri uyluk bölgesinden, "full thickness" deri greftleri de supraklavikuler bölge, postaurikuler bölge veya üst kol ön yüzünden alınmıştır.

Olguların postoperatif dönemde rutin 2, 4 ve 6 aylık takipleri yapılmış ve 6 ayın sonunda rekürrens görülmeyen BHK'lı olgular 6 aylık, YHK'lı olgular ise 3 aylık takiplerle kontrol edilmişlerdir.

## BULGULAR

Olguların %55.2'si (16/29) erkek, %44.8'i (13/29) kadındı. Olguların en küçüğü 50, en büyüğü 85 yaşında olup, ortalama yaş 64.9'dur. Olguların %79.3'ü (23/29) güneşe maruz kalma anamnezi veriyordu.

Olguların %10.3'ünde (3/29) çift lezyon mevcuttu. Lezyonların çapları 1-3 cm arasında değişiyordu. Hiçbir olguda muayene ve radyolojik yöntemlerle belirlenebilmiş bölgesel lenf nodu metastazı yoktu. Olguların biopsi raporları incelendiğinde lezyonların

%81.3'ünün (26/32) BHK, %17.7'sinin (6/32) YHK olduğu görüldü. Çift lezyonlu olguların 2'sinde her iki lezyonda BHK iken, 3. olguda lezyonlardan 1'i BHK diğeri YHK idi. BHK'lı lezyonlar %46.2 (12/26) en sık burun bölgesinde, YHK'lı lezyonlar %66.7 (4/6) en sık aurikulada izlenmişti (Tablo 1).

**Tablo 1.** Bazal hücreli karsinom (BHK) ve yassı hücreli karsinom (YHK) lezyonlarının baş-boyun bölgesinde yerleşim yerleri (n: lezyon sayısı)

Yerleşim Yeri	BHK		YHK		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Burun	12	37.5	1	3.1	13	40.6
Yanak	6	18.8	1	3.1	7	21.9
Aurikula	7	21.9	4	12.5	11	34.4
Dudak	1	3.1	0	0.0	1	3.1
Toplam	26	81.2	6	18.8	32	100.0

Tüm olgulara eksizyonel cerrahi uygulandı. Eksizyon sonrası oluşan defektlerin kapatılmasında %40.6 (13/32) primer sütürasyon, %28.1 (9/32) greft ve %31.3 (10/32) flep uygulandı. Greft, uygulamaların %22.2'sinde (2/9) "split thickness", %77.8'inde (7/9) "full thickness" şeklindeydi. "Split thickness" greftlerin hepsi uyluk bölgesinden alınırken; "full thickness" greftler %42.8 (3/7) supraklaviküler, %28.6 (2/7) postauriküler ve %28.6 (2/7) üst kol ön yüz bölgesinden hazırlanmıştı. Fleple rekonstrüksiyon uygulanan lezyonlarda, %50 (5/10) transpozisyon, %30 (3/10) rotasyon, %20 (2/10) ilerletme flepleri kullanılmıştır (Tablo 2).

Eksizyonel cerrahi sonrasında spesmenlerin histopatolojik olarak incelenmesinde, preoperatif histopatolojik tanıları doğrulanmıştır. BHK'lı lezyonlarda

%80.8 (21/26) noduloler tip en sık izlenen tip olmuştur (Tablo 3). Histopatolojik tanısı BHK olan 4 olguda cerrahi sınırların çok yakın olduğu tespit edildi. 2 olguda yalnız yan cerrahi sınırda yakınlık varken, diğer 2 olguda hem yan hem de alt cerrahi sınırda yakınlık vardı. Lezyonların 2'si burunda, 1 aurikulada ve 1'i üst dudakta idi. Rekonstrüksiyonda 2 olguda primer sütürasyon, 2 olguda da flep kullanılmıştı. Olguların yakın takibine karar verildi. YHK'ların %66.7'si iyi, %33,3'ü orta differansiye idi.

**Tablo 3.** Bazal hücreli karsinomun histopatolojik tipleri (n:lezyon sayısı)

Histopatolojik Tip	n	%
Noduloülseratif	21	80.8
Yüzeyel	1	3.8
Keratotik	2	7.7
Morpheaform	2	7.7
Toplam	26	100.0

Olguların postoperatif ortalama takip süreleri 22 ay (en az 8 ay, en uzun 36 ay) idi. Histopatolojik tanısı BHK olan ve yan cerrahi sınırın yakın olduğu 1 olguda (%3.4) 14 ayda rekürrens tespit edildi. Diğer olgularda rekürrens izlenmedi. Genel olarak olguların %96.6'sında (28/29), lezyonların %96.9'unda (31/32); BHK'lu olguların %95.8'inde (23/24), lezyonların %96.2'sinde (25/26); YHK'lu olguların ve lezyonların %100'ünde (6/6) cerrahi başarı elde edilmiştir.

Rekürrens tespit edilen erkek olgunun primer lezyonu, sol aurikulanın posteriorunda ve 2x3 cm boyutlarında idi. BHK'un histopatolojik tipi morpheaform idi. Olgunun yan cerrahi sınırında yakınlık

**Tablo 2:** Rekonstrüksiyonda kullanılan teknikler (n: lezyon sayısı)

	Rekonstrüksiyon Tekniği		n	%	n	%
Primer	Sütürasyon			13	40.6	
	Split thickness	Uyluk	2	6.25		
Graft		Supraklaviküler	3	9.37	9.	28.1
	Full thickness	Postauriküler	2	6.25		
		Üst kol ön yüz	2	6.25		
	Transpozisyon		5	15.6		
Flep	Rotasyon		3	9.4	10	31.3
	İlerletme		2	6.3		
			Toplam		32	100.0

tespit edilmişti. Rekürrens primer lezyonun önünde preauriküler bölgede krus heliksin üzerinde izlendi. Rekürrensi 14. ayda belirlenen olguya operasyon önerildi ve rekürren lezyon eksize edildi. Olgunun son 7. ayındaki kontrolünde rekürrens izlenmedi.

Olguların hiç birinde muayene ve radyolojik yöntemlerle bölgesel lenfatik metastaz tespit edilemedi. Olgularda gerek operasyonda, gerekse takiplerde komplikasyon izlenmedi.

## TARTIŞMA

Cilt kanserleri en sık görülen malignitedirler ve baş ve boyun bölgesi cildi en sık izlendikleri bölgedir. MacDonald ve arkadaşları, baş boyun bölgesi lezyonlarının, beyaz erkeklerde tüm cilt kanserlerinin %90'ını, beyaz bayanlarda %85'ini oluşturduğunu belirtmişlerdir (4). BHK, baş ve boyun bölgesi cilt kanserlerinin yaklaşık %80-90'ını, YHK ise %10-15'ini oluşturmaktadır (6,14). BHK, baş ve boyun bölgesinde en sık burun, yüz, ve alında izlenirken; YHK, yüz, aurikula ve skalpta izlenir (1,2,13). Çalışmamızda, BHK'lı lezyonlar %46.2 (12/26) en sık burun bölgesinde, YHK'lı lezyonlar %66.7 (4/6) en sık aurikulada izlenmiştir.

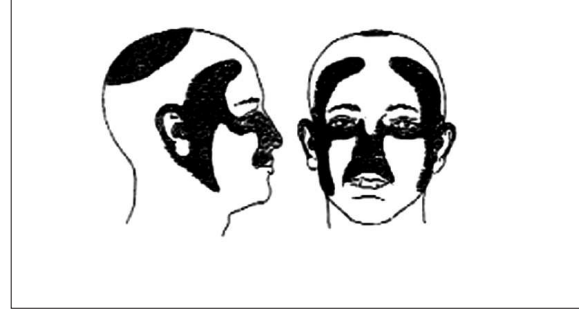
MDCK'nin tedavisinde;

1. Tanının koyulması (lezyonun histopatolojik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi),
2. Lezyonun tamamının çıkarılması,
3. Normal dokunun maksimum korunması,
4. Fonksiyonların korunması,
5. Optimal kozmetik görünümün sağlanması, amaçlanır (2,5-8,11,13,14)

MDSK'nde tedavinin ilk aşamasını şüphelenilen lezyondan alınacak tanı amaçlı biyopsi oluşturmaktadır. Bu amaçla; "punch", "shave", insizyonel, eksizyonel ve ince iğne aspirasyon biyopsileri uygulanabilir (13). Tüm biyopsilerde amaç histopatolojik özellikleri ortaya koyacak yeterli miktarda dokunun örneklenebilmesidir (11,13). Olgularımız hepsinde, cerrahi öncesi insizyonel biyopsi yapılmıştır.

Cilt kanserlerinde en önemli aşama klinik ve histopatolojik verilerin korelasyonunun sağlanması, tümörün rekürrens ve/veya metastaz için yüksek veya düşük risk taşıdığına belirlenmesidir (Resim 1) (Tablo 4) (11-13). Lezyonun histopatolojik tanısı ve özellikleri daha belirleyicidir. Her ne kadar BHK ve YHK MDCK içinde yer alsalar ve benzer klinik ve tedavi uygulamaları da içerseler, önemli ayırıcı yön-

leri de vardır. BHK'da metastaz oldukça nadirdir ve %0.0028-0.1 arasında izlenir (8,11). YHK'da ise oran %2-6'dır. Rekürren YHK'da oran %25-45 çıkmaktadır (11,13). Metastazlar sıklıkla bölgesel lenf nodlarına, daha nadiren uzak organlara (akciğer, karaciğer, kemik, ..) olur (9,11,13). Ayrıca YHK, BHK'a göre daha agresif tedavi gerektirir (11).



**Resim 1.** Baş ve boyun bölgesinde melanoma dışı cilt kanserlerinin, rekürrens ve metastaz gelişme riskine göre anatomik lokalizasyonlara ayrılması (10);

Histopatolojik olarak BHK'da alt gruplar, YHK'da diferansiyasyon ve derinlik daha önemlidir. BHK, genellikle 4 alt histopatolojik tipe ayrılır. 1. Nodüler (%75), 2. Yüzeyel (%15), 3. Metatipikal (keratotik, bazoskuamoz), 4. Morfea. Ayrıca mikronodüler ve infiltratif alt gruplar da tanımlanmıştır (11,13). Nodüler ve yüzeyel BHK'lar sıklıkla infiltratif olmayıp, yüzeyel büyüme paterni gösterirler. Non-agresif bu tipler düşük riskli lezyonlardır. Metatipikal ve morfea BHK'lar ise sıklıkla invaziv büyüme paterni gösterirler ve agresifiteleri nedeniyle yüksek riskli lezyonlardır. Diğer tanımlanan mikronodüler ve infiltratif alt gruplar da agresiftirler. Agresif alt gruplar tümörün kenarından, tümörün klinik marjını genişleten subklinik infiltrasyonlarla karakterizedirler. Bu nedenle bu lezyonların klinik olarak yayılımını belirlemek oldukça zordur ve yüksek rekürrens riski taşırlar (11). YHK'da az diferansiye, perinöral invazyon yapan, skar ve kronik yaralardan gelişen ve derin lezyonlar yüksek riskli lezyonlardır (11,13). YHK'da perinöral invazyon %2.4- 14'dür ve ağrı, parestezi ve motor sinir bozuklukları görülen semptomlardır. Skar dokusundan veya kronik yaralardan gelişen YHK'da metastaz oranı %18-38'dir (13). Çalışmamızda, BHK'lı lezyonların %80.8'i noduloler tip (Tablo 3), YHK'ların %66.7'si iyi, %33,3'ü orta differansiye idi. Perinöral invazyon gösteren ve skar dokusundan veya kronik yaralardan gelişen YHK'lu olgumuz yok idi.

MDCK'nin değerlendirilmesinde klinik değerlendirme de tedaviye yön verir. Lezyonun natürünün (primer veya rekürren), lokalizasyonunun, boyutlarının, sınırlarının ve büyüme hızının belirlenmesi önemlidir. Rekürren MDCK, primerlere göre daha yüksek rekürrens ve metastaz riski taşırlar. Aynı zamanda, tüm tedavi uygulamaları içinde primer lezyonlara göre oldukça düşük 5 yıllık sağkalım oranlarına da sahiptirler. Anatomik lokalizasyon olarak yüz, kulaklar ve saçlı derinin verteks bölgesi riskli bölgelerdir (Resim 1) (11). Burundan ve kulak konkasından kaynaklanan lezyonlarda daha sık rekürrens görülmesi embriyonik füzyon çizgileri boyunca yayılıma bağlıdır (6,13). Boyutu artan MDCK'nde rekürrens ve metastaz şansı artar. 2 cm'den büyük YHK'nın, 2 cm'den küçük YHK'a göre, rekürrens şansı 2 kat, metastaz şansı 3 kat daha fazladır. Boyut, anatomik lokalizasyonla da yakın ilişkilidir. Burun sırtındaki 6 mm'lik lezyon yüksek riskli kabul edilirken, gövdedeki 19 mm'lik lezyon düşük riskli kabul edilir. Klinik olarak kenarları düzensiz lezyonlar genellikle agresif büyüme paterni gösterirler. Klinik olarak kesin sınırlarının belirlenmesi de zordur. Lezyonlardaki, 1-3 ay arasındaki, hızlı büyüme de agresiviteyi düşündürür, bu lezyonlar da yüksek riskli kabul edilirler. Hızlı büyüme özellikle organ nakilli olgularda izlenir. YHK için kulak ve göz ka-

pağında hızlı büyüyen lezyonun metastaz şansı %33 iken, aynı lokalizasyondaki yavaş büyüyen lezyonlarda oran %5-10'dur (11). Gerek histopatolojik gerekse klinik olarak yüksek riskli kabul edilen lezyonlar rekürrense ve metastaz yapmaya daha meyillidirler (Tablo 4,5) (10,11,13). Bu nedenle daha agresif tedavi gerektiriler (11).

Genel olarak baş ve boyun bölgesindeki MDCK için tedavi öncesi görüntüleme yöntemlerinin kullanılması önerilmemektedir. Ancak derin dokulara yayılan tümörlerde kemik ve yumuşak doku (örneğin maksilla, temporal kemik veya bazen burun) invazyonunu değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemlerinden yararlanılabilir. Bölgesel veya uzak metastaz şüphesi yüksek ve/veya semptomları olan olgularda metastaza yönelik araştırmalar da yapılmalıdır (6).

Baş ve boyun bölgesinin cilt kanserlerinde değişik tedavi modaliteleri uygulanabilir. Bu amaçla;

1. Klasik cerrahi rezeksiyon,
2. Mosh mikrografik cerrahi (MMC),
3. Radyoterapi (RT),
4. Kriyocerrahi,

5. Küretaj ve Elektrodiseksiyon, uygulanan major tedavi yaklaşımlarıdır. Her yaklaşımın kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır (Tablo 6)

**Tablo-4.** BHK ve YHK'da lezyonun düşük veya yüksek riskli olmasında etkili klinik ve patolojik faktörler (10-12).

\*\* BHK için geçerli,

\* YHK için geçerli. DRB: düşük riskli bölge, ORB: orta riskli bölge, YRB: yüksek riskli bölge, RT: Radyoterapi

Klinik Faktörler	Düşük risk	Yüksek risk
Tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü	DRB, < 20 mm YRB, < 6 mm ORB, > 10 mm	ORB, < 10 mm DRB, > 20 mm YRB, > 6 mm
Tümörün kenarları	Belirgin	Belirgin değil
Primer veya Rekürren tümör	Primer	Rekürren
Tümör bölgesinde daha önce RT veya kronik inflamasyon	Hayır	Evet
*Hızlı büyüyen tümör	Hayır	Evet
Immunsuprese olgu	Hayır	Evet
Ağrı, parestezi, paraliz gibi semptomlar	Hayır	Evet
Patolojik Faktörler		
**Tümörün altgrupları	Nodüler, Yüzeysel	Metatipikal, Morfeaform
*Diferansiyasyon derecesi	İyi diferansiye	Orta veya az diferansiye
*Derinlik	< 4mm	> 4mm
Perinöral tutulum	Hayır	Evet
Vasküler tutulum	Hayır	Evet

**Tablo 5.** Yassı hücreli karsinomda klinik ve histopatolojik faktörlerin, lokal rekürrens (LR) ve metastaz (Met) oranları ile ilişkisi (9).

Faktörler	LR	Met
Büyükçük < 2 cm	%7.4	%9.1
≥ 2 cm	%15.2	%30.3
Derinlik > 4 mm		
≥ 4 mm	%5.3	%6.7
	%17.2	%45.7
Diferansiyasyon-lyi diiferansiyasyon	%13.6	%9.2
Kötü diferansiyasyon	%28.6	%32.8
Bölge-Güneşe maruz cilt	%7.9	%5.2
Kulak	%18.7	%11
Dudak	%10.5	%13.7
Daha önce tedavi geçirme	%23.3	%30.3
Perinöral invazyon	%47.2	%47.3

(4,7,8,11,13,15). Ayrıca; topikal kemoterapi, lazer, fotodinamik tedavi, interferon ve retinoidler daha az sıklıkla uygulanabilen diğere yaklaşımlardır (13). Uygulanacak tedavinin seçiminde olgunun yaşı, genel sağlık durumu, seçimi ve beklentisi; lezyonun büyüklüğü, lokalizasyonu, klinikohistopatolojik özellikleri ve hayati yapılarla ilişkisi; daha önce tedavi ve rekürrens hikayesi; tedavinin maliyeti etkili faktörlerdir (7,9,11,13). Ayrıca tedavi yönteminin seçiminde ve başarısında doktorun bilgisi, becerisi ve deneyimi diğere önemli bit faktördür (11).

Klasik cerrahi eksizyon MDCK'lerinin tedavisinde en sık uygulanan tedavi yaklaşımıdır. Cerrahi uygulama da önerilen cerrahi sınır 2-10 mm'dir. Cerrahi sınırlar küçültüldükçe, cerrahi sınır pozitifliği ve lokal rekürrens şansı artmaktadır. İdeal olan yüksek riskli lezyonlarda en az 4-6 mm'lik cerrahi sınırla eksizyondur (9,13). Tümörün 2 cm'den daha büyük olduğu durumlarda tümörün subklinik yayılımı olabileceğinden cerrahi sırasında sınırları belirlemek güçleşebilir. Cerrahi sınırların pozitif olduğu olgularda, olguların yaklaşık 1/3'ünde lokal rekürrens gelişir. BHK'da oran %33-39'dur. Önerilen yenden eksizyondur (13).

Mohs mikroskopik cerrahi (MMC), lezyonun tüm cerrahi sınırlarının seri frozenlarla takip edilerek, sağlam sınırlar elde edilene kadar, rezidüel tümörün rezeksiyonuna devam edildiği bir cerrahi yaklaşımdır. Klasik cerrahi yaklaşıma göre, başarı oranlarının daha yüksek olması ve daha fazla normal dokunun korunmasını sağlama avantajlarıdır.

Başarı oranının yüksekliği tüm cerrahi sınırların %100 kontrolünün yapılmasının sonucudur. Özellikle yüksek riskli lezyonlarda ve kozmetik açıdan önemli bölgelerde önerilmektedir (4,9,10,13,14).

RT primer, adjuvan ve palyatif amaçlı uygulanabilir. İleri yaşta, cerrahi yaklaşımları tolere edemeyecek olgularda daha sıklıkla primer olarak tercih edilir. Olguların tercihi nedeniyle de primer uygulanabilir. Cerrahi rezeksiyon sonrasında rezidüel tümör ve/veya perinöral invazyon varlığında lokal rekürrens riskini azaltmak için adjuvan olarak uygulanabilir. Adjuvan olarak, multipl lenf nodu tutulumu ve/veya ekstrakapsüler yayılımı olan olgularda da uygulanır. İleri evreli veya inoperabil tümörlerde ve metastazlarda palyatif amaçlı kullanılabilir (6,13).

RT uygulanan bölgede eritem, cilt nekrozu ve kılların kaybı görülebilir. Atrofi, telenjektazi ve hipopigmentasyon tedavi alanı içinde izlenen kronik yan etkilerdir. Bu etkiler zaman geçtikçe daha da belirginleşir ve özellikle genç olgular için önemli bir problem olabilir. Fibrozis ve gecikmiş yara iyileşmesi de tedavi alanında görülebilir ve bu değişiklikler konnektif doku hastalığı bulunan olgularda daha da ciddi olabilir. Ayrıca iyonize radyasyon MDCK'nin gelişmesinde bilinen bir risk faktörüdür. Basal hücreli nevus sendromlu olgularda, BHK'ların iyonize radyasyon almış bölgelerde geliştiği bilinmektedir ve RT bu olgularda relatif kontraendikedir (13). Cerrahi tedavide boyun diseksiyonu tartışmalı bir konudur. Palpabl veya radyolojik olarak belirlenebilen servikal lenfadenopati yoksa boyun diseksiyonu genellikle önerilmez. Ancak, lokal rekürrens ve metastaz için yüksek riskli bölgelere yerleşim gösteren 4 cm'den büyük, 4 mm'den derin invazyon gösteren lezyonlarda parotis bölgesi lenf nodlarını da içeren aynı taraf boyun diseksiyonu uygulanabilmektedir (4,6).

Cerrahi sonrası, fonksiyonel ve kozmetik sonuçların en iyi olacağı rekonstrüksiyon yöntemi tercih edilir. Bir çok olguda primer sütürasyon yeterlidir. Defektin genişliğine göre, cilt greftleri, lokal, bölgesel ve serbest flepler seçilebilecek diğere rekonstrüksiyon yöntemleridir. Ayrıca defekt sekonder yara iyileşmesine de bırakılabilir (2,4,11,13). Rekonstrüksiyon hemen yapılabileceği gibi, özellikle sınırlar ilgili şüpheli durumlarda geciktirilebilir. Burun sırtında lokalize geniş, derin invazyon gösteren lezyonlarda, burunun büyük bir kısmının rezeksiyonu gerekebilir. Bu olgularda rehabilitasyon protezler ile de sağlanabilir. Protezler kozmetik olarak iyi sonuç-

**Tablo-6.** Melanoma dışı cilt kanserleri (MDCK)'inde uygulanan tedavi yaklaşımları; avantaj, dezavantaj ve 5 yıllık sağkalım başarı oranları (BO) (7,10,12,14).

Tedavi şekli	Avantaj	Dezavantaj	BO BHK	BO YHK	BO MDCK
Elektrodiseksiyon ve Küretaj	- Minimal ekipman gerektirmesi - Kolay uygulanabilir olması - Maliyetinin düşük olması - Postoperatif aktiviteyi kısıtlamaması	- Histolojik cer. sınırların kont. edilememesi - Yavaş iyileşme - Skar gelişme potansiyeli	%92.3	%96.3	%92.6-98
Kriyoterapi	- Minimal ekipman gerektirmesi - Kolay uygulanabilir olması - Maliyetinin düşük olması - Postoperatif aktiviteyi kısıtlamaması	- Histolojik cer. sınırların kont. edilememesi - Orta derecede ağrılı olması - Yavaş iyileşme - Skar gelişme potansiyeli	%92.5	-	%94-97
Klasik Cerrahi eksizyon	- Histolojik cerrahi sınır kontrolü! (Elektrodiseksiyon ve küretaj ve kriyoterapiye göre daha iyi) - Primer kapama ile daha hızlı iyileşme - İyi kozmetik sonuçlar	- Histolojik cerrahi sınır kontrolü! (Mohs mikrografik cerrahiden daha zayıf) - Ekip ve asistan gerektirmesi - Doku korumasındaki eksikliği - Rekonstrüksiyona bağlı postoperatif aktivite kısıtlılığı	%89.9	%91.9	%93.2-95.5
Mohs Mikrografik Cerrahi	- %100 mikroskopik cerrahi sınır kontrolü - Normal doku ve yapıların maksimum korunması - En yüksek başarı oranları - Çok iyi kozmetik sonuçlar	- Özel deneyimli ekip ve olanaklar gerektirmesi - Tam cerrahi sınır kontrolünün uzun zaman alması - Rekonstrüksiyona bağlı postoperatif aktivite kısıtlılığı	%99 R ~ %94-96	%94.99 R ~ %90	%97.4-99.1
Radyoterapi	- Rekürren kanserler için iyi tedavi sonuçları - Cerrahi uygulanamayacak yüksek riskli olgularda uygulanabilir - İyi erken kozmetik sonuçlar	- Histolojik cerrahi sınırların kontrol edilememesi - Maliyetinin yüksek olması - Tedavi süresinin uzun olması (1-6 hafta) - Genç olgularda kanserojenik potansiyeli <b>Mohs mikrografik cerrahi dışı tedavi yaklaşımları</b>	%91.3          %90-93 R > %85	%90   - Lç2 cm  %85-95  %90 R > %76	%92.1-96

R: rekürren, L: lezyon boyutu, BHK: bazal hücreli karsinom, YHK: yassı hücreli karsinom.

lar vermesinin yanında, kavitenin takibini de mümkün kıldığından avantajlıdır (6). Olgularımızda, eksizyon sonrası oluşan defektlerin kapatılmasında %40.6 primer sütürasyon, %28.1 greft ve %31.3 flep uygulandı (Tablo 2).

MDCK'lerinde mortalite düşüktür ve 5 yıllık or-

talama sağkalım %95'dir. Metastatik YHK'larda ise 5 yıllık sağkalım %34'dür (13). Değişik tedavi yaklaşımları ve 5 yıllık sağkalım oranları tablo-6'de görülmektedir (8,11,13). Ortalama 22 aylık takiple, olguların %96.6'sında (28/29), lezyonların %96.9'unda (31/32); BHK'lu olguların %95.8'inde (23/24), lezyon-

ların %96.2'sinde (25/26); YHK'lu olguların ve lezyonların %100'ünde (6/6) cerrahi başarı elde edilmiştir.

MDCK'li olguların genel popülasyona göre, ikinci bir cilt kanseri gelişme riski daha yüksektir. MDCK'inde ilk 5 yıl içinde ikinci bir cilt kanserinin gelişme riski %30-52'dir ve bu çoğunlukla ilk 1-3 yıl içerisinde gerçekleşir (13). Bu nedenle olguların düzenli ve yakın takiplerinin yapılması gerekmektedir. Takipte önerilen süre yüksek riskli YHK'lardaki 3 aylık periyoddan başlayan ve düşük riskli BHK'lardaki 12 aylık takiplere değişmektedir. Olguların 5 yıllık düzenli takiplerinin yapılması, BHK'daki rekürrenslerin %82'sinin, YHK'lardaki rekürrenslerin %96'sının bu süre içerisinde görülmesi nedeniyle önerilmektedir (11). Olgularımızın postoperatif dönemde rutin 2, 4 ve 6 aylık takipleri yapılmış ve 6 ayın sonunda rekürrens görülmeyen BHK'lı olgular 6 aylık, YHK'lı olgular ise 3 aylık takiplerle kontrol edilmişlerdir. Ortalama takip süremiz 22 aydır. Çalışmaya düzenli takipleri en az 6 ay yapılabilmış olgular dahil edilmiştir. Buna rağmen takip süremizin kısalığı açıktır ve olguların bir çoğunun il dışından gelmesinden, olgulara ulaşılamamasından ve ulaşılan bazı olgularında kontrole gelmemesinden kaynaklanmaktadır.

YHK ve BHK'da ülkemiz koşulları dikkate alındığında, primer tedavinin cerrahi olması gerektiği inan-

cındayız. Çalışmalar uygulanacak en iyi cerrahi yöntemin Mohs cerrahisi olduğunu göstermektedir. Mohs cerrahisi içi özel eğitim almış personel ve ekipman gerekliliği de açıktır. Kliniğimizde kalsik cerrahi rezeksiyon tercih edilmektedir. Olgulara uygulanacak tedavide ilk aşama lezyonun cerrahi prensipler içerisinde çıkarılması, ikinci aşama da fonksiyonel ve kozmetik açıdan uygun rekonstrüksiyondur. YHK'lu olgularda cerrahi tedavide mümkün olduğunca agresiv cerrahi ve gerekli olgularda uygun boyun diseksiyonu uygulamamıza rağmen, BHK'da klinik davranışları dikkate alındığında YHK'a göre daha sınırlı bir cerrahi ve elektif lenf diseksiyonu uygulamadan da tedavisinin sağlanabileceğini düşünüyoruz. YHK'lu olgularda lezyonun çıkarılmasını ve uygun rekonstrüksiyonu takiben, gerek fizik muayene gerekse radyolojik yöntemlerle belirleyebildiğimiz palpabl LAP olmaması, genel sağlık problemleri ve yaşları dikkate alınarak elektif boyun diseksiyonu uygulanmamıştır. BHK'lu olgularda ise zaten palpabl LAP olmadığı sürece için elektif boyun diseksiyonunu tercih etmediğimizden, olgulara lezyonun çıkarılması ve uygun rekonstrüksiyonu takiben boyun diseksiyonu uygulanmamıştır. Cerrahi rezeksiyon sonrasında da, olgularda uygulanacak rekonstrüksiyon yönteminde, morbiditenin en az olacağı yöntemin tercih edilmesi gerektiği inancındayız.

#### KAYNAKLAR

- AHMAD I, GUPTA A. Epidemiology of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma of the pinna. *J Laryngol Otol* 115:85-86, 2001.
- CENİK Z, UYAR Y, DOĞMUŞ H. Baş ve boyun bölgesi malign deri tümörleri. *Türk ORL Arşivi*, 30:56-59, 1992.
- ÇİZMECI O, EMEKLI U, KONURALP A. Gorlin-Goltz Sendromu. *K.B.B. Postası* 2:81-82, 1993.
- DINEHART SM, JANSEN GT. Cancer of the skin. Myers NE, Suen JY (Eds): *Cancer of the head and neck*. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1996. chapter 11, pp 143-159.
- FLEMING ID, AMONETTE R, MONAGHAN T, FLEMING MD. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer* 75:699-704, 1995.
- GULLANE P, DERI, GLUCKMAN J, GULLANE P, JOHNSON J (EDS), CEVAŞIR B, KIYAK E (Çeviri Eds): *Baş-Boyun Tümörlerine Yaklaşım*. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. İstanbul, 1995. Bölüm 13, pp 175-186.
- GUSSACK GS. SKIN CANCER. GATES GA (ed): *Current Therapy in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, Mosby, St. Louis, 1994. pp 219-222.
- HOCHMAN M, LANG P. Skin cancer of the head and neck. *Med Clin North Am* 83:261-282, 1999.
- LEFFELL DJ, FITZGERALD DA. Basal cell carcinoma. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB (Eds): *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, McGraw Hill, New York, 1999. pp 857-864.
- MACDONALD RR, RIDENOUR BD. Nonmelanoma skin cancer: Biologic behaviour and surgical therapy. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Linberg RD (eds): *Comprehensive management of the head and neck tumors*, W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1999, volum 2, chapter 60, pp 1276-1292.
- MARTINEZ J, OTLEY CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 76:1253-1265, 2001.
- O'DONNELL MJ, WHITAKER DC. Clinical evaluation of tumours of the skin. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Linberg RD (eds): *Comprehensive management of the head and neck tumors*, W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1999, volum 2, chapter 58, pp 1222-1246.
- PADGETT JK, HENDRIX JD. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaryngol Clin North Am* 34:523-553, 2001.
- STUCKER FJ, SHAW GY. Cutaneous malignancy. Bailey BJ (ed): *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1993. Vol 2, Chp 84, pp 1061-1082.
- SWANSON NA, GREKIN RC, BAKER SR. Mohs surgery: techniques, indications and applications in head and neck surgery. *Head Neck Surg* 6:683-692, 1983.