

GÜNEŞ IŞINLARI İLE DOĞRUDAN TEMAS HALİNDE OLMAYAN VÜCUT ALANLARINDA ORTAYA ÇIKAN DERİ MALİGNİTELERİ

Dr. M. Oğuz YENİDÜNYA*, Dr. Hüseyin TOL**, Dr. Zekeriya TOSUN*, Dr. Mübin HOŞNUTER*,
Dr. Nedim SAVACI*

* S.Ü.T.F. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ABD, ** S.Ü.T.F. Dermatoloji ABD

ÖZET

Sık görülen deri maligniteleri bazoselüler karsinom, yassı hücreli karsinom ve malign melanomdur. Bunların ultraviyole ile değişik derecelerde ilişkilerinin olduğu bilinmektedir. Ancak bazen ultraviyolenin doğrudan etkisi altında olmayan vücut alanlarında da bu tür malignitelere rastlanmaktadır. Bu, en azından ultraviyole dışındaki başka bazı faktörlerin de etyolojide rol aldığını göstermektedir. Bu makalede son 5 yılda takip ettiğimiz hastalar arasından bu özelliklere sahip olanlar, literatür ışığında sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ultraviyole ışınları, deri maligniteleri.

SUMMARY

Skin Malignancies Occurred On Unexposed Areas

The common skin malignancies are basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and malign melanoma. It is well known that they are more or less related to ultraviolet light. However one may encounter these type lesions on unexposed areas. The cases so far treated and followed-up for at least 5 years showed that apart from ultraviolet light, some other predisposing factors are influential on the onset of the diseases. In this presentation the cases that might prone to these predisposing factors are also discussed.

Key Words: Ultraviolet lights, skin malignancies.

GİRİŞ

Bazoselüler karsinom insanlarda en sık görülen tümörlerdendir (1,2). Gerçek bir karsinom olup olmadığı tartışmaları ise halen sürmektedir (2). Yassı hücreli karsinomlar (Skvamöz hücreli karsinoma, epidermoid karsinoma, spinyoma) gerçek bir karsinom olup, metastaz yapabilirler. Malign melanomlar ise derinin en malign tümörlerindendir (2,3).

Çoğu kere etyolojide ultraviyoleye maruz kalma, genetik faktörler, predispozan bazı lezyonlar suçlanmaktadır. Bunlar arasında ultraviyole B (290-

320 nm) önde gelmektedir. Gerçekten de çoğu vaka güneş gören anatomik bölgelerde yerleşmektedir. Fakat seyrek de olsa güneşe kapalı alanlarda da bu tür hastalıklar ortaya çıkmaktadır (4,5).

Clark klasifikasyonuna göre, Clark I dışında kalan malign melanom olguları hariç tutulacak olursa, genel olarak deri kanserlerinin insan hayatını tehdit etmediği söylenebilir. Ancak erken tanı ve uygun tedavi prensiplerine uyulmadığı zaman, diğer malign olaylara göre daha uzun bir sağkalım süresi olsa bile yine de yaşamı tehdit edebilmektedirler (6).

Tedavi yöntemleri arasında en geçerli olan ve en

çok başvurulan yöntem cerrahi tedavidir. Cerrahi yöntemler, eksizyon ve primer kapama, lokalizasyonuna göre tek karınlı ve iki karınlı fleple kapama, greftle kapama olarak sıralanabilir.

MATERYAL VE METOD

Son 5 yılda karşılaştığımız ve güneş etkilerine doğrudan açık olmayan anatomik bölgelerdeki deri maligniteleri kayıtlarımızdan (SÜTF. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik Kayıtları) taranmak suretiyle, bulunmuş, retrospektif olarak klinik çalışma yapılmıştır. Olgulara ait özellikler tablo 1'de sunulmuştur. Güneş ışınlarına doğrudan maruz kalmayan yerler olarak, sosyoekonomik farklılıklar da dikkate alınarak, baş, boyun, eller hariç tutulmak üzere arta kalan vücut bölgeleri kabul edilmiştir. Yanık skarı zemininde gelişen yassı hücreli Ca gibi, predispozan bir patoloji zemininde gelişen olgular çalışmaya dahil edilmemiştir.

BULGULAR

Son 5 yılda toplam 7 olguda deri malignitelerimiz güneş ışınlarına kapalı yerlerde ortaya çıkmıştır. Bunların çoğunda hastalar 50 yaşın üzerindedir. Yerleşim bölgeleri sırtta lomber vertebralar hizasından daha yukarıda, gövde ön yüzde ise ksifoidin altındadır (Tablo 1). Sunduğumuz hastaların hepsinde de histopatolojik tanı ya Bowen hastalığı

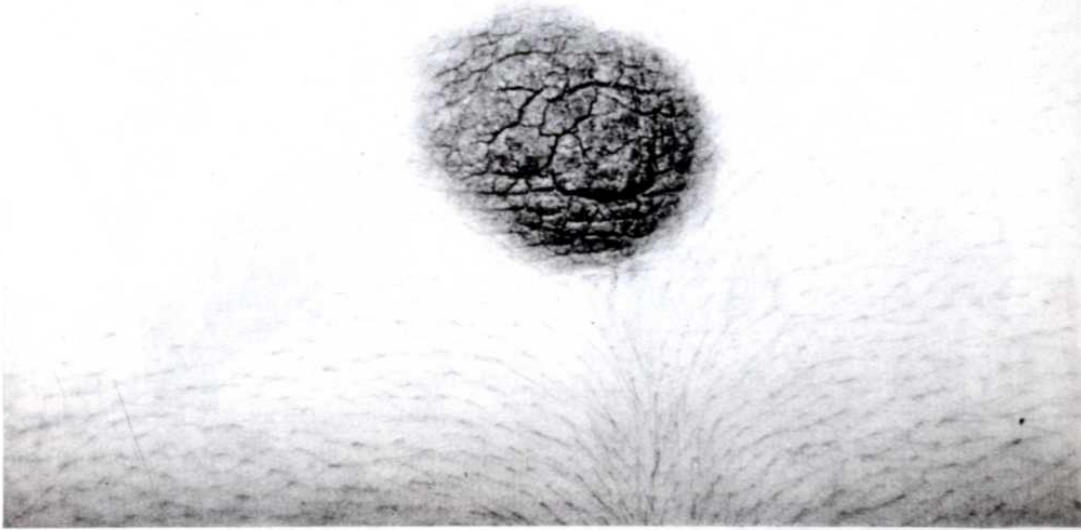
ya da bazoselüler karsinomdur. Yassı hücreli karsinomun bu tip alanlarda ortaya çıktığı vakalarımızın hepsi de skar zemininde oluşmuştur ki, bunlar çalışma kapsamı dışındadır. Olgularımızın takip süresi 6 ay ile 4 yıl arasında değişiyordu. Uygulanan cerrahi yöntemler sonrasında hiçbir olgumuzda nüks gözlenmedi (Resim 1,2,3,4).

TARTIŞMA

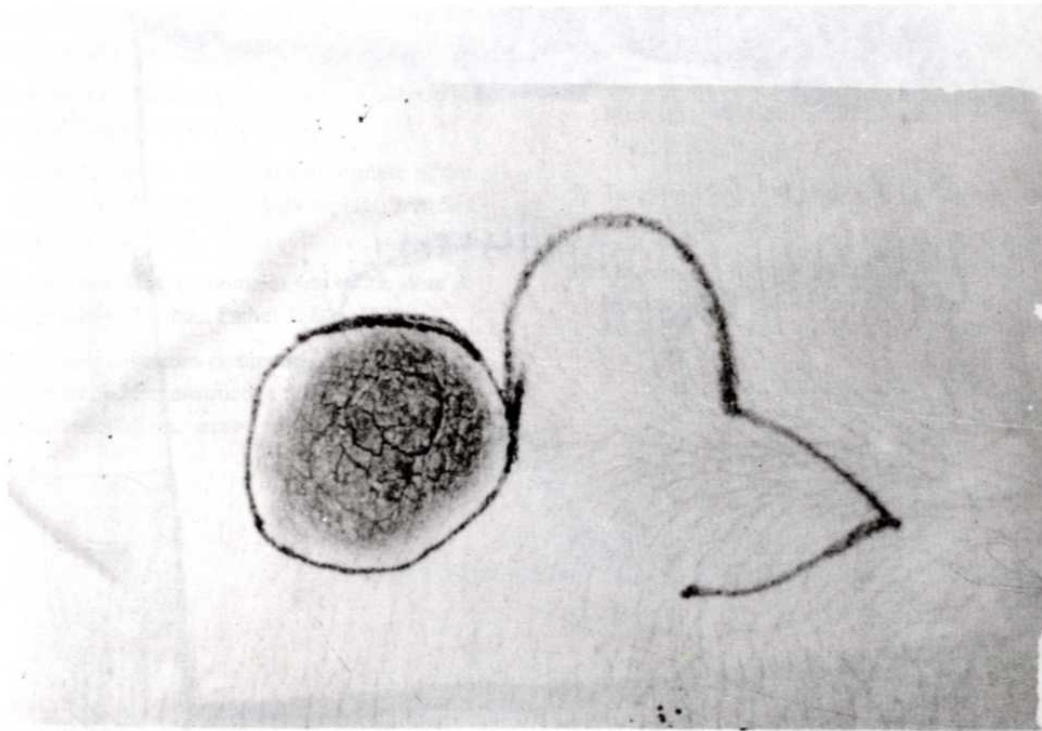
En sık izlenen iki deri malignitesi bazoselüler karsinom ve yassı hücreli karsinomdur (1,2). Malign melanom bunlara oranla oldukça seyrek izlenir (3,4). Bunlardan yassı hücreli karsinomun karsinomu insitu formu Bowen hastalığı olarak bilinir (5). Dermatopatolojik yerleşime göre malign melanoma sınıflamasında, Clark 1 malign melanom, melanoma insitu olarak alınır (6). Her üç malignitenin etyolojisinde de ultraviyole suçlanmaktadır. Özellikle ultraviyole B olmak üzere ultraviyolenin etkileri kesindir. Ancak ultraviyolenin yıllar içinde ortaya çıkan birikmiş etkisi bazal hücreli karsinom ile yassı hücreli karsinom etyolojisinde rol alırken, malign melanom etyolojisinde ani ve yüksek doz ultraviyole etkili olmaktadır (7). Doğal olarak bu bilgiler ışığında bu tür hastalıklar güneş gören yerler olan yüz ve ellerde ortaya çıkmaktadır. Skalp ve boyun bölgesi de buna ilave edilmelidir. Alt dudakta sigaranın zararlı etkilerinin ultraviyoleye eklenmesi ile özel-

Tablo 1. Güneş ışınlarına doğrudan maruz kalmayan anatomik bölgelerde ortaya çıkan deri malignitelerinin özellikleri

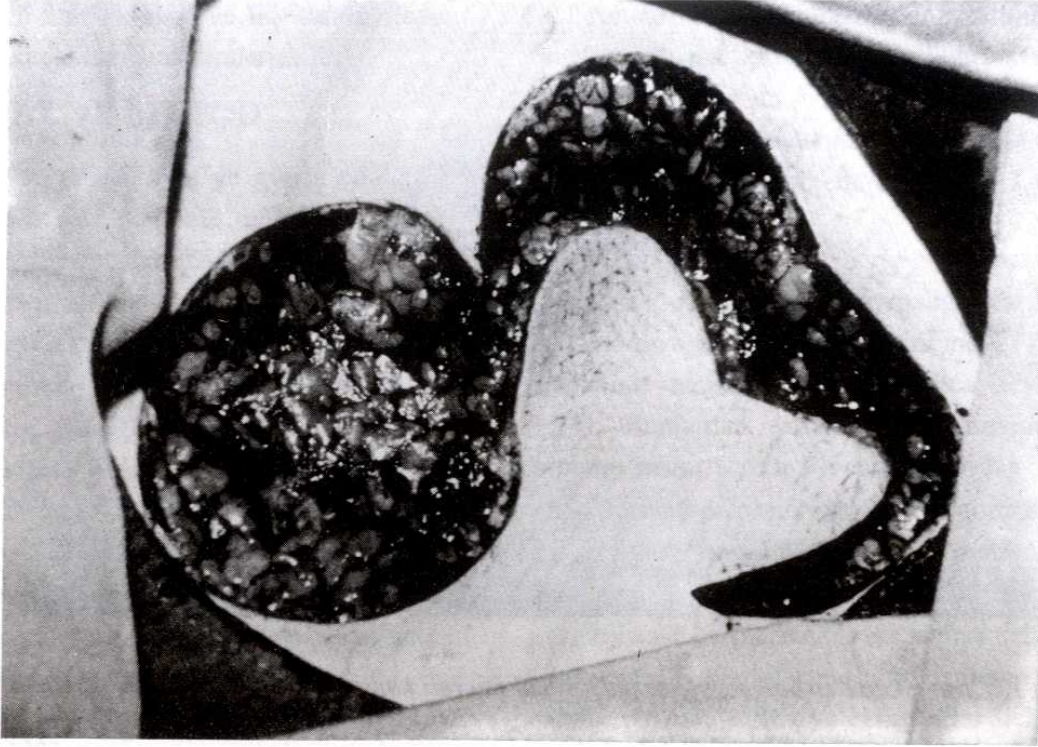
Hasta No	Cins	Yaş	Histopatolojik Tanı	Yerleşim Alanı	Tedavi Yöntemi	Takip
1	E	62	Bazoselüler Ca	İnterskapuler	Bilobe Flep	3 yıl. İyi
2	K	58	Bazoselüler Ca	İnterskapuler	Bilobe Flep	6 ay. İyi
3	E	68	Bazoselüler Ca	Lomber-Paravertebral	Bilobe Flep	4 yıl. İyi
4	E	72	Bowen Hastalığı	Paraumblika	Primer Sütür	6 ay. İyi
5	E	71	Bowen Hastalığı	Lomber-Paravertebral	Zar Flep	3 yıl. İyi
6	K	65	Bowen Hastalığı	Paraumblika	Bilobe Flep	3.5 yıl. İyi
7	E	58	Bowen Hastalığı	Supraumblika	Bilobe Flep	2 yıl. İyi



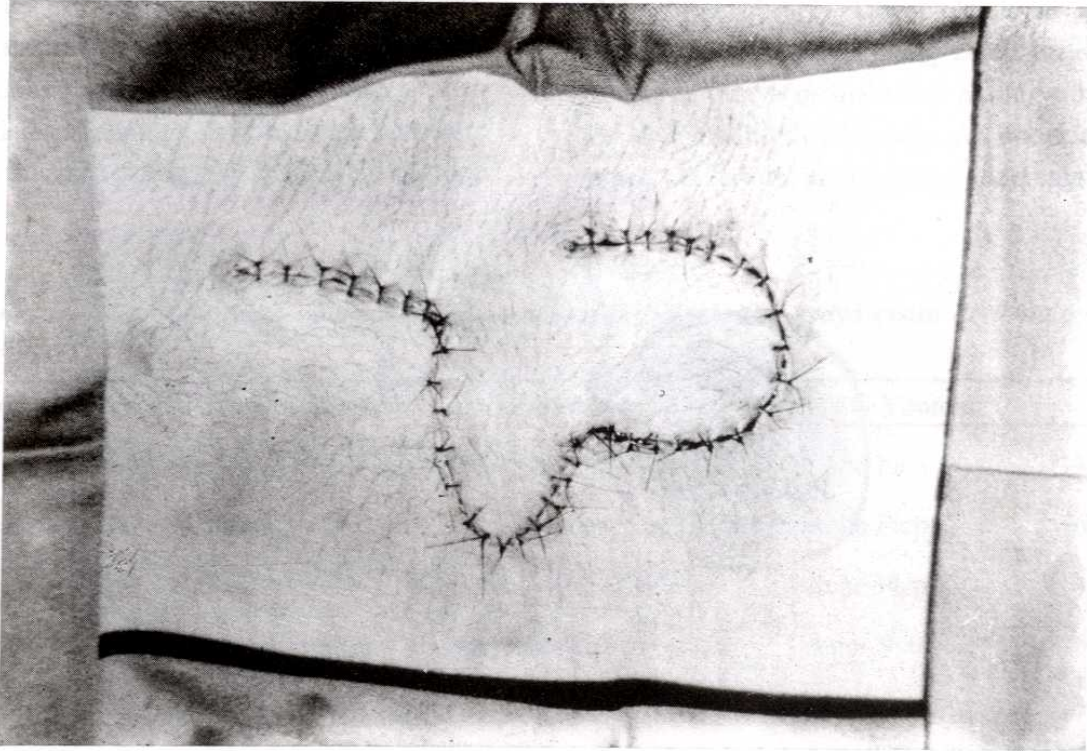
Resim 1. İnterskapüler bölgede yerleşmiş Bazal hücreli karsinom. 62 yaşında erkek hasta.



Resim 2. İki loblu flep ile tedavi planlaması..



Resim 3. Eksizyon ve flebin kaldırılışı



Resim 4. Operasyon sonrası.

likle yassı hücreli karsinom ortaya çıkmaktadır (8). Bazoselüler karsinom etyolojisinde sigara pek suçlanmamıştır. Zaten dudakta bazoselüler karsinom ortaya çıktığında genellikle üst dudakta ve keratinize çok katlı yassı epitel alanında olmak üzere, vermiliokütan hattın üzerinde görülmektedir. Zaman zaman, gündelik yaşantımızda genellikle giysilerle örtülü olan alanlarda da deri malignitelerinin oluştuğunu görmekteyiz. Çok nadir rastlanan bazal hücreli karsinom yerleşim yerlerinden biri de meme ucu bölgesi olup, günümüze kadar onüç vaka bildirilmiştir (9). Bir dönem özellikle bu tip alanlarda ortaya çıkan Bowen hastalıklarında paraneoplastik bir gelişmeden söz edilmekte idi (10). Ancak bu konu ilerleyen yıllarla beraber ilgiden uzak kalmıştır. Bizim bu tip olgularımızın hiçbirinde eşlik eden başka bir maligniteye rastlanmamıştır.

Sonuçta, güneş ışınlarının doğrudan etkisine kapalı alanlarda da bazal hücreli karsinom ve Bowen hastalıklarının görülebiliyor olması, ultraviyole dışında başka bazı faktörlerin de hesaba katılması gerektiğini doğrular. Olgularımızın hiçbirinde tedavi amacıyla uzun süre röntgen ışınlarına veya arsenik alımına maruziyet bulunmamaktaydı. Ayrıca; bazal hücreli karsinoma kıyasla daha malign davranışlı olan yassı hücreli karsinomun, in situ formunun sıkça görülüp, kendisinin görülmemiş olması dikkat çekicidir. Bowen hastalığının yassı hücreli karsinoma dönme ihtimali düşüktür. Bizim sunduğumuz olgular, büyük bir seriyi dile getirmediği gibi takip süremiz de uzun değildir. Daha geniş olgu serileriyle, bu konuyu yeniden ele alarak, daha sağlıklı sonuçlar elde edebileceğimizi düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Olsen TG, Feeser TA, Conte ET, et al: Skin cancer screening- a local experience. J. Am Acad Dermatol 16: 637, 1987.
2. Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, ve ark: Dermatoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 652-684, 1994
3. Hinds MW, Kolonel LN: Malignant melanoma of the skin in Hawaii, 1960-1977. Cancer 45: 811, 1980.
4. Arnold HL- Odom RB, James WD: Andrew's disease of the skin clinical dermatology. Eight ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 763-782, 1990.
5. Strayer DS, Santa Cruz DJ: Carcinoma in situ of the skin: A review of histopathology. J. Cutan Pathol 7: 244, 1980.
6. Olbricht SM, Noe JM: cutaneous carcinomas In Textbook of Plastic, Maxillofacial and Reconstructive Surgery, Georgiade GS (ed), Williams and Wilkins, second ed. 151, 1992.
7. Osterlind A, Tucker MA, Stone BT et al: The Danish case control study of cutaneous malignant melanoma. II. Importance of UV light exposure Int J. Cancer 42: 319-324, 1988.
8. Olbricht SM. Treatment of malignant cutaneous tumors. In: Dermatology for Plastic Surgeons. McGrath MH, Turner ML (eds), WB Saunders Company. Philadelphia 167-180. 1993.
9. Tavassoli FA. Pathology of The Breast. Appleton-Lange, Norwalk, 589, 1992.
10. Chuang TY, Reizner GT: Bowen's disease and internal malignancy. J. Am. Acad Derm 19: 47, 1988.