



Bilateral Dev Boyun Kitlesine Neden Olan Saçlı Deri Skuamöz Hücreli Kanserin Yetersiz Eksizyonu

Yüksel Toplu, Şermin Can, Tuba Bayındır, Erkan Karataş, Ahmet Kızılay
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Malatya

Özet

Baş ve boyun skuamöz hücre karsinomlu hastalarda uzak metastaz görülme sıklığı nispeten düşüktür. Primer tümörün yerleşim yeri, tümör invazyon seviyesi ve patolojik lenf nodu sayısı metastaz ile ilişkili faktörlerdir. Saçlı deri bölgesine lokalize tümörlerde ve cerrahi esnasında tümör sınırlarının yeterli eksize edilemediği durumlarda bölgesel lenf nodu metastazı riski yüksektir. Cerrahiden sonra sınırlar temiz olsa dahi baş ve boyun skuamöz hücre karsinomlu hastalar tetkik ve takip amacıyla multidisipliner yaklaşımlı onkoloji kliniklerine referans edilmelidirler. Bazal hücreli karsinomlu hastalar az sıklıkla takip edilebilirken cilt skuamöz hücre karsinomlu hastalar mutlaka bir takip protokolüne katılmalıdırlar. Bu makalede, skalp skuamöz hücre karsinom cerrahisi sonrası bilateral dev boyun kitleleri ile başvuran bir hasta sunuldu ve literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz hücreli karsinom, saçlı deri, metastaz

Inadequate Excision of Scalp Squamous Cell Carcinoma Causing Bilateral Giant Neck Mass

Abstract

The frequency of metastasis in patients with head and neck squamous cell carcinomas is relatively low. The following factors all associate with metastasis; primary tumor site, levels of tumor invasion and number of levels with pathologic lymph node prove to be significant. Patients with a squamous cell carcinoma located on the scalp and inadequate excision margins were at the great risk for developing regional lymph node metastasis. After excision in negative margins, patients with head and neck squamous cell carcinoma should be referred to specialized multi-disciplinary oncology hospitals for analysis and follow-up. Patients with basal cell carcinoma may be followed up less frequently, while subsets of patients with cutaneous squamous cell carcinoma should be joined in a follow-up protocol. Presented in this article is a patient with bilateral giant neck mass after scalp squamous cell carcinoma surgery, was presented and discussed in the light of literature knowledge.

Key Words: Squamous cell carcinoma, scalp, metastasis

GİRİŞ

Baş boyun deri skuamöz hücreli kanserleri (SHK), baş boyun bazal hücreli kanserlerinden sonra ikinci sıklıkta görülür. Bu tümörlerin baş boyun bölgesinde sık görülmesi ultraviyole ışığıyla ilişkili olmasından kaynaklanmaktadır (1). Deri SHK, deri kanserlerinin en sık görülen formu olan non-melanotik kanserlerinin % 20'sini oluşturur (2).

Baş boyun deri SHK'lerinde cerrahi eksizyon sonrası bölgesel lenf nodlarına metastaz sık değildir (3). Fakat deri SHK'nin parotis intraglandüler lenf nodları ve boyun lenf nodlarına metastaz potansiyeli göz ardı edilmemelidir (1). Çünkü bu hastalarda yaşam için önemli olan prognostik faktörler metastaz için lokal kontrol ve boyun kontrolüdür (4). Cerrahiden sonra sınırlar temiz olsa dahi baş ve boyun SHK'lu hastalar tetkik ve takip amacıyla multidisipliner yaklaşımlı onkoloji kliniklerine referans edilmelidirler.

Bu yazıda saçlı deri (skalp) vertekste kitle nedeniyle hastanemizde bir başka bölüm tarafından cerrahi sınırlar negatif olacak şekilde ameliyat edilen ve patoloji sonucu

iyi derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edilen, ameliyattan sonraki ilk yılında bilateral ikinci boyun bölgesinde dev kitleler ile kliniğimize başvuran bir olgu sunuldu ve literatür bilgileri eşliğinde tartışıldı.

OLGU SUNUMU

Seksen yaşında sigara içmeyen kadın hasta, boynunun üst kısmında kulak altında her iki tarafta üç aydır mevcut olan ve giderek büyüyen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın başka merkezlerde birkaç kez antibiyotik tedavisi aldığı, fakat şikayetleri geçmeyince kliniğimize sevk edildiği öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde yaklaşık bir yıl önce hastanemizin bir başka bölümünde, skalp verteksteki 6x7 cm'lik ülseronodüler kitlenin sağlam cerrahi sınırlarla total olarak çıkarıldığı, spesimenin histopatolojik inceleme sonucunun "iyi derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom, cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi" olarak raporlandığı saptandı. Boyundaki kitlelerin bu cerrahiden yaklaşık dokuz ay sonra başladığı ve hızla büyüdüğü tespit edildi. Hastanın yapılan baş boyun muayenesinde boyunda bilateral ikinci bölgede yaklaşık 5x4 cm büyüklüğünde, çevre dokulara fikse, sert, ciltte renk değişikliği yapan, nekrotik alanlar içeren ülsere kitleler saptandı (resim 1 ve

2). Yapılan flexibl nazofarengolarenoskopik bakıda nazofarenks ve larenks yapıları normal izlendi. Hastanın kontrastlı boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki ön ve arka servikal zincirde büyüğü solda sternokleidomastoid kasın (SCM) üst arkasında 4.5x4 cm boyutunda kistik nekrotik alanlar içeren lobüle kontorlu konglemere görünümde yer kaplayıcı lezyon görünümlü izlendi (resim 3). Hastanın beyin BT, toraks BT ve üst abdomen BT gibi sistemik tarama tetkiklerinde vücudun başka bir bölgesinde tutulumu rastlanılmadı.

Hastanın sol SCM üst arkasında bulunan kitleden lokal anestezi altında insizyonel biyopsi yapıldı. Alınan spesimenlerin histopatolojik incelemesi skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Bu sonuç ile hastanemiz tümör konseyinde değerlendirilen hastanın radyoterapi tedavisi alması uygun görüldü.



Resim 1. Boyunda bilateral 2. bölgede yaklaşık 5x4 cm büyüklüğünde, çevre dokulara fikse, sert, ciltte renk değişikliği yapan, nekrotik alanlar içeren ülsere kitleler (2 ve 3 no'lu oklar) ve scalp vertekste önceki cerrahiye ait skar dokusu (1 no'lu ok)



Resim 2. Sol boyunda nekrotik alanlar içeren ülsere kitle (2 no'lu ok) ve scalp vertekste önceki cerrahiye ait skar dokusu (1 no'lu ok)



Resim 3. Boyun BT: her iki ön ve arka servikal zincirde büyüğü solda sternokleidomastoid kasın (SCM) üst posteriorunda 4.5x4 cm boyutunda kistik nekrotik alanlar içeren lobüle kontorlu konglemere görünümde yer kaplayıcı lezyonlar.

TARTIŞMA

Skalp derisinde SHK görülme sıklığı yaş ve güneşe maruziyetle artmaktadır. SHK genel olarak erkeklerde daha sık görülmektedir. Fakat bu tümörlerin bölgesel dağılım sıklıklarında cinsiyetler arasında eşitsizlikler vardır. Bu tümörler kadınlarda %60 oranında yanak ve alında görülürken erkeklerde % 54 sıklığında skalp ve kulakta görülür. Bu hastalarda klinik evre, tümör invazyon seviyesi ve patolojik lenf nodu sayısı metastaz ile ilişkili faktörlerdir. Genel olarak tümörün büyüyor olması metastaz için anlamlıdır. En sık parotis bezi lenf nodlarına metastaz olmaktadır. Çapı 40 milimetrenin üzerinde olan skalp SHK'lerin boyun metastazı yapma riski yüksektir. Yapılan klinik çalışmalarda, 4 santimetreden büyük skalp SHK'i olan hastalarda boyun metastazı görülme sıklığı %4 ile %23.8 arasında bulunmuştur (1,4).

Patolojik lenf nodu sayısı da metastaz ile ilişkili bulunmuştur. Boyunda 3'ten fazla lenf nodunun pozitif olması metastaz açısından yüksek risk varlığına işaret eder (3). Literatürde bu durumda lenf nodu metastazı oranı %0.3 ile %20.7 arasında bulunmuştur (1,3,4). Baş boyun SHK'lerinin, boyun üst servikal veya parotis lenf nodlarına metastazları genellikle ilk 2 yıl içinde olmaktadır. Yapılan bir çalışmada cerrahi tedaviden sonra metastaz gelişme zamanı ortalama 8.3 ay (10 ay-13 ay arasında) olarak tespit edilmiştir (1). Bu nedenle parotis kitlelerinin ayırıcı tanısında mutlaka baş boyun SHK'da düşünülmesi ve gerekli incelemeler yapılmalıdır.

Metastaz gelişen hastalarda prognoz kötüdür. Metastaz saptanan hastalarda 5 yıllık sağ-kalım oranları, metastazı olmayan hastalara göre dramatik bir şekilde düşmektedir (yaklaşık olarak %6.8) (1,4). Bu nedenle bu hastalarda metastazın önlenmesi veya enazından erken tespiti

hedeflenmelidir. Bu hastaların çok yakın takibi ve takiplerinde gerekirse tekrarlayan biyopsiler yapılmalıdır. Hatta metastaz riski yüksek olan hastalara sistemik kemoterapi verilip yakın takip seçeneği de düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada bu hastalarda lokal nüks ve metastaz oranının % 18 olduğu ve lokorejyonel lenf nodu kontrolü ile bu oranın % 5 e düştüğü görülmüştür (4).

Sonuç olarak scalp başta olmak üzere baş boyunda 4 cm 'den büyük SHK'ların tam olmayan eksizyonlarının bölgesel lenf nodu metastazı yapma olasılığı yüksektir. Cerrahi sınırlar negatif ve boyunda palpabl lenf nodu olmasa bile (N0) bu hastaların çok yakın takibi ve takiplerinde gerekirse tekrarlayan biyopsiler yapılmalıdır. Bazal hücreli karsinomlu (BHK) hastalar az sıklıkla takip edilebilir fakat cilt SHK'lu hastalar mutlaka multidisipliner yaklaşımla bir onkoloji kliniğinde takip protokolüne alınmalıdırlar. Çünkü metastaz varlığında bu hastaların uzun dönem sağkalım oranları önemli oranda azalmakta ve diğer etkili tedavi seçenekleri yerine sadece palyatif tedaviler uygulanabilmektedir.

34. Türk KBB ve BBC Ulusal Kongresinde (10-14 Ekim 2012, Antalya) poster olarak sunulmuştur,

KAYNAKLAR

1. Mourouzis C, Boynton A, Grant J, Umar T, Wilson A, Macpherson D, et al. Cutaneous head and neck SCCs and risk of nodal metastasis-UK experience. J Craniomaxillofac Surg 2009;37:443-7.
2. Kyrgidis A, Tzellos TG, Kechagias N, Patrikidou A, Xirou P, Kitikidou K, et al. Cutaneous squamous cell carcinoma (SCC) of the head and neck: Risk factors of overall and recurrence-free survival. Eur J Cancer 2010;46:1563-72.
3. Li X, Di B, Shang Y, Zhou Y, Cheng J, He Z. Clinicopathologic risk factors for distant metastases from head and neck squamous cell carcinomas. Eur J Surg Oncol 2009;35:1348-53.
4. Lim JY, Lim YC, Kim SH, Kim JW, Jeong HM, Choi EC. Predictive factors of isolated distant metastasis after primary definitive surgery without systemic treatment for head and neck squamous cell carcinoma. Oral Oncol 2010;46:504-8.

Received/Başvuru: 03.04.2013, Accepted/Kabul: 30.04.2013

Correspondence/İletişim

Yüksel TOPLU
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Malatya
E-mail: yuksektoplu@hotmail.com

For citing/Atıf için:

Toplu Y, Can S, Bayindir T, Karatas E, Kizilay A. Inadequate excision of scalp squamous cell carcinoma causing bilateral giant neck mass. J Turgut Ozal Med Cent 2013;20(3):279-281 DOI: 10.7247/itomc.20.3.20