

TABANINDA SQUAMOZ HÜCRELİ KANSER SAPTANAN ALT DUDAK YERLEŞİMLİ BÜYÜK CİLT BOYNUZU

SQUAMOUS CELL CARCINOMA AT THE BASE OF GIANT CUTANEOUS HORN WHICH IS LOCATED ON THE LOWER LIP

Yakup ÇİL*

ÖZET

Cilt boynuzu iyi sınırlı, koni şeklinde hipertrofik cilt lezyonunu ifade etmektedir. Cilt boynuzunun temelinde squamoz hücreli kanser, Kaposi sarkomu, sebasöz kanser, Bowen hastalığı, bazal hücreli kanser, sebaroik keratoz, lökoplaki, keratoakantom, hemanjiom, xeroderma pigmentosum, viral siğil, solar keratoz, sebasöz adenom görülebilmektedir. Burada temelinde iyi farklılaşmış squamoz hücreli kanser bulunan, alt dudakta yerleşimli cilt boynuzuna sahip olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Cilt boynuzu, squamoz hücreli kanser, alt dudak

ABSTRACT

The term cutaneous horn, or cornu cutaneum, refers to a well-defined, cone-shaped lesion with hyperkeratotic features. Various types of lesions such as squamous cell carcinoma, Kaposi's sarcoma, sebaceous adenoma, Bowen disease, basal cell carcinoma, seborrheic keratosis, leukoplakia, keratoacanthoma, hemangioma, xeroderma pigmentosum, viral warts, solar keratosis, and sebaceous carcinoma have been reported at the base of a cutaneous horn. The case showing the well differentiated squamous cell carcinoma at the base of cutaneous horns at the lower lip is presented here.

Key words: Cutaneous horn, squamous cell carcinoma, lower lip

GİRİŞ

Cilt boynuzu iyi sınırlı, koni şekilli hipertrofik cilt lezyonunu ifade etmektedir (7,15). Cilt boynuzunun temelinde ortalama % 20 oranında kanser olduğu bildirilmiştir (9). Cilt boynuzunun temelinde squamoz hücreli kanser, Kaposi sarkomu, sebasöz kanser, Bowen hastalığı, bazal hücreli kanser, sebaroik keratoz, lökoplaki, keratoakantom, hemanjiom, xeroderma pigmentosum, viral siğil, solar keratoz, sebasöz adenom görülebilmektedir (3,16). Burada temelinde iyi farklılaşmış squamoz hücreli kanser bulunan, alt dudakta yerleşimli cilt boynuzuna sahip olgu sunuldu.

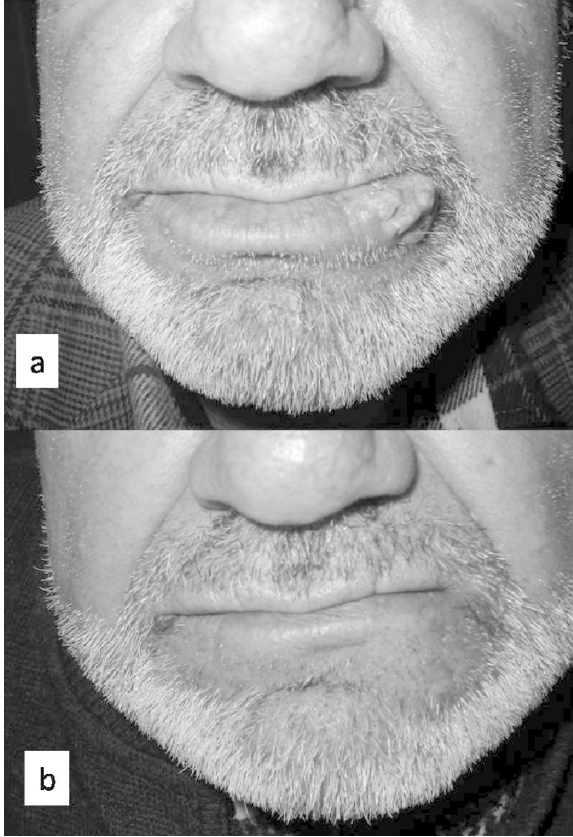
OLGU

Alt dudakta büyük cilt boynuzuna sahip 67 yaşında erkek hasta kliniğimizde tedavi edildi. Hastamızdaki cilt boynuzunun büyüklüğü 2x1 cm (Resim-1a), olup; cilt boynuzu alt dudakta yerleşimliydi. Hastada cerrahi tedavi basit kama eksizyonu (Resim-2a, 2b) ve primer onarım şeklinde yapıldı. Patolojik

materyalin incelenmesi sonucu iyi farklılaşmış squamoz hücreli kanser rapor edildi (Resim 2c, 2d). Cerrahi sınırdaki tümör rapor edilmedi. Hastanın vücut taramasında; boyun tomografik ve ultrasonografik incelemesinde kanser metastazını ve diğer vücut kısımlarında tümörü düşündürecek sonuç rapor edilmedi. Ameliyat sonrası dönemde iyileşme problemi ile karşılaşılmadı ve kozmetik olarak sonuç tatmin ediciydi (Resim 1b). Hastanın 18 aylık takip döneminde primer odakta tümör nüksü, yakın ve uzak tümör metastazına ait bulgu saptanmadı.

TARTIŞMA

Cilt boynuzunun temelinde squamoz hücreli kanser, Kaposi sarkomu, sebasöz kanser, Bowen hastalığı, bazal hücreli kanser, sebaroik keratoz, lökoplaki, keratoakantom, hemanjiom, xeroderma pigmentosum, viral siğil, solar keratoz, sebasöz adenom görülebilmektedir (3,16). Cilt boynuzu literatürde belirtildiği gibi vücudun diğer bölgelerinde aynı anda farklı kanserlerle birlikte görülebilmektedir (11). Bu nedenle hastada vücut tara-



Resim 1. a) Alt dudakta cilt boynuzunun ameliyat öncesi görünümü, b) Ameliyat sonrası geç dönemde alt dudak görünümü.

ması yapılmış ve diğer vücut kısımlarında tümör düşündürecek patolojiye rastlanmamıştır.

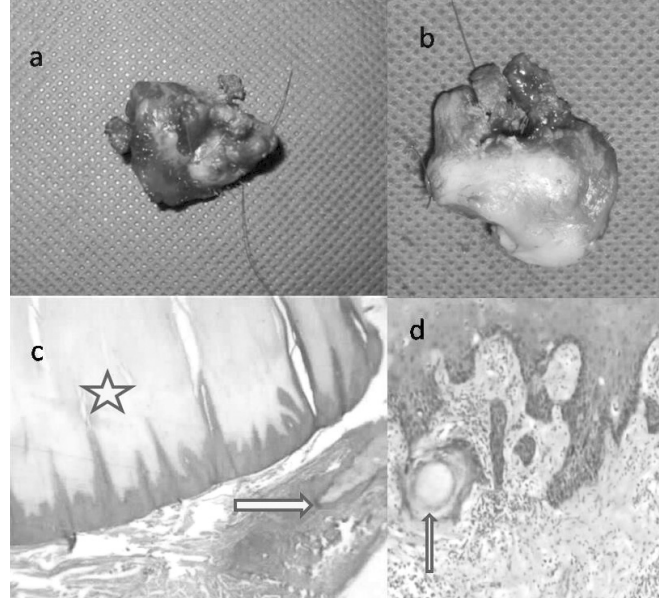
Cilt boynuzunun özellikle üst yüz bölgesi, kulak gibi yüzün üst yarımında daha çok görüleceğini bildirilmiştir (16). Ender olsa da alt dudakta da cilt boynuzu görülmekte olup (10), olgumuzda da cilt boynuzu alt dudakta yerleşim göstermekteydi.

Yaşlı erkek hastalarının yüz bölgesinde kanser oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (8). Hastamızın yaşı 67 olup ve cilt boynuzunun yüz bölgesinde yerleşimliydi.

Güneşe maruz kalma ile açık vücut bölgelerinde kanser görülme ihtimalinin arttığı belirtilmiştir (13). Hastanın yaşının büyük olması ve mesleğinin çiftçilik olması nedeniyle uzun süre güneş ışınlarına maruz kaldığı düşünülebilir.

Cilt boynuzuna sahip hastalarda ortalama % 15 oranında başka bir cilt bölgesinde de cilt kanseri bulunduğu bildirilmiştir (5). Bizim hastamızda başka bir cilt bölgesinde cilt kanseri düşündürecek patolojik cilt lezyonu saptanmadı.

1 cm'den büyük olan cilt boynuzları literatür de büyük cilt boynuzu olarak tarif edilmekte olup oldukça ender rastlanıldığı ifade edilmiştir (4). Büyük cilt boynuzunun az görülmesinin nedeni literatürde; hastaların cerraha erken muayene olması ve bu nedenle hastalardaki lezyonun erken tedavi edilmesi ile açıklanmıştır (4). Bizim bu büyüklükteki cilt boynuzu görmemizin sebebi ise hastanın çiftçi olması nedeniyle yaşadığı bölgenin merkez hastanelere uzak olması ve hastalığını kendi ifa-



Resim 2. Ameliyatta çıkarılmış ve kenarları dikiş ile işaretlenmiş olan cerrahi materyalinin a) Ön yüzden görünümü b) Mukozal yüzden görünümü, c) Hematoksilen Eozin boyaması sonucu histolojik kesitte hiper/parakeratoz görülmekte (H&E, X 25) (yıldız işareti cilt boynuzunu, ok işareti orbikular kas bölgesini göstermektedir) d) Cilt boynuzunun tabanında iyi differensiyel squamoz hücreli kanserin histolojik görünümü (H&E, X 100) (ok işareti iyi differansiyel squamoz hücreli kanserlerde görülen keratin yumağını göstermektedir).

desi ile uzun süre ihmal etmesinden kaynaklanmaktaydı.

Literatürde de belirtildiği gibi büyük olan cilt boynuzlarının tabanında kanser oranı artmaktadır (2). Hastamızda da iyi farklılaşmış squamoz hücreli kanser görmemiz ve daha önce literatürde bildirdiğimiz olgumuzda da iyi farklılaşmış squamoz hücreli kanser bulunması (11) bu görüşü desteklemektedir.

Hastada alt dudakta basit kama eksizyonu ve primer onarımı ile tatmin edici estetik ve fonksiyonel sonuç elde edilmiş olsa da gerekli olan hastalarda daha geniş eksizyon ve farklı alt dudak onarım yöntemleri seçilebilir (13).

Alt dudak T1 (2 cm' den küçük tümörler) squamoz hücreli kanserlerde ele gelen lenf nodu bulunmamasına rağmen gizli lenf nodu metastazı ülkemizde ortalama % 10-% 15 oranlarında görülmektedir (1,5,6). Yazarlar T1 tümöre sahip hastalarda 1 yıl içerisinde ortalama % 15 ele gelen lenf nodu metastazı görülebileceğini ifade etmektedirler. Bu durum T1 squamoz hücreli kanser olgularından her 8 hastada başlangıç muayenesinde ele gelen lenf nodu olmamasına rağmen ileri dönemde lenf noduna metastazı çıkabileceğini ifade etmektedir. Yazarlar T1 tümörde elektif boyun disseksiyonu yapılması konusunda kesin görüş bildirmese de; lenf nodu disseksiyonunun yapılmasının kanserin evrelendirilmesi ve ileriki dönemde lenf nodu metastazından kaçınılması açısından faydalı olacağı konusunda görüş belirtmektedirler (1,5,6,8). Hastamızın boyun bölgesi muayenesinde, CT ve ultraso-

nografik incelemede şüpheli lenf nodu metastazı saptanmadı. Hastaya gizli lenf nodu metastazı ihtimali açıklandı ve elektif lenf nodu önerildi. Fakat hasta belirtilen riske rağmen ameliyat olmak istemedi ve klinik takibe alındı. Hastanın 18 aylık takip döneminde servikal lenf nodu metastazı ve uzak metastaza ait klinik ve radyolojik bulgu saptanmadı ve halen hasta takip altındadır.

Sonuç olarak; ileri yaşta erkek hastanın alt dudığında büyük cilt boynuzu tespit edilirse; zaman kaybetmeden cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Altınyollar H, Bulut H, Berberoglu U. Is suprahyoid dissection a diagnostic operation in lower lip carcinoma ? J Exp Clin Cancer Res 2002; 21:29-30.
2. Glickman FS, Frolich S. Giant cutaneous horn. Cutis 1982; 30:77-78.
3. Gould JW, Brodell RT. Giant cutaneous horn associated with verruca vulgaris. Cutis 1999; 64:111-112.
4. Görgü M, Aslan G, Ayhan M, Erdogan B. Giant cutaneous horns. Ann Plast Surg 1999; 43:674.
5. Koç C, Akyol MU, Çelikkanat S, Cekiç A, Özdem C. Role of suprahyoid neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the lower lip. Ann Otol Rhinol Laryngol 1997; 106:787-9.
6. Kutluhan A, Kiriş M, Kaya Z, Kils E, Yurttaş V, İcli M, Kosem M. Squamous cell carcinoma of the lower lip and supra-omohyo- idneck dissection. Acta Chir Belg 2003; 103:304-8.
7. Lever FW, Schaumburg-Lever G. Tumours and cysts of the epi- dermis. Histopathology of the skin, 7 th edn. Lippincott, Philadelphia; 1990; pp:523-527.
8. Lim YC, Koo BS, Lee JS, Kim YH, Kim SH, Choi EC. Distributions of cervical lymph node metastases in oropharangeal carcinoma: therapeutic implications for the NO neck. Laryngoscope 2006; 116: 1148-52.
9. Lowe FC, McCullough AR. Cutaneous horns of the penis: an approach to management. J Am Acad Dermatol 1985; 13:369-373.
10. Monaghan AM. Cutaneous horn occurring on the vermilion border of the lower lip. Br Dent J 1993; 175:419-420.
11. Ozturk S, Cil Y, Sengezer M, Yigit T, Eski M, Ozcan A. Squamous cell carcinoma arising in the giant cutaneous horns accompanied with renal cell carcinoma. Eur J Plast Surg 2006; 28:483-485.
12. Rinker MH, Fenske NA, Scalf LA, Glass LF. Histologic variants of squamous cell carcinoma of the skin. Cancer Control 2001; 8:354-363.
13. Rudkin GH, Carlsen BT, Miller TA. Nasolabial flap reconstruction of large defects of the lower lip. Plast Reconstr Surg 2003; 111:810-817.
14. Spira J, Robinovitz H. Squamous cell carcinoma presenting as cutaneous horn. Dermatol Online J 2000; 6:11.
15. Srebrnik A, Wolf R, Krakowski A, Baratz M. Cutaneous horn arising in cutaneous leishmaniasis Arch Dermatol 1987; 123:168-169.
16. Yu RC, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. Br J Dermatol 1991; 124:449-452.