

Bölüm 42

BAZAL HÜCRELİ CİLT KANSERİNDE GÜNCEL LOKAL TEDAVİLER

Ulaş GÜVENÇ¹
Koray ÖZKAN²
Tamer İrfan KAYA³

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK) insanlarda en sık görülen kanserdir ve beyaz ırkta tanı alan kanserlerin yaklaşık %25'i BHK'dir. İleri yaş kişilerde, güneş gören bölgelerde, en fazla yüzde ve yüzde de en fazla burun lokalizasyonun gözlenir. Klinik olarak bir papül olarak ortaya çıkar, stroması musinden zengin olduğu için şeffaf görünümlüdür ve içinde tümörü besleyen damarlar telenjektaziler şeklinde izlenir (**Resim 1**). İleri yaşta bir hastada yüz bölgesinde şeffaf ve telenjektazili bir papül geliştirse bu büyük olasılıkla erken dönem bir BHK'dir. BHK'nin klinik olarak 3 ana tipi mevcuttur. En sık gözlenen tip nodüloülseratif tipdir. İlk ortaya çıkan papülden zamanla nodül gelişir, daha sonra nodülün ortası ülserleşir ve BHK'nin klasik nodüloülseratif tip klinik görüntüsü oluşur (**Resim 2**). Ülser geliştikten sonra ülserin çevresinde inci tanesi şeklinde şeffaf papüller izlenir, bu görüntü de BHK için oldukça tipiktir. Tedavi edilmediği taktirde bu ülser genişlemeye devam eder ve lokal destrüksiyona sebep olur, bu yüzden bu ülsere rodent ülser ismi verilmiştir. BHK'nin ikinci klinik tipi yüzeysel BHK'dir (yBHK), daha çok gövdede ve multisentrik olarak gelişir. Lezyonlar klinik olarak telenjektazili infiltrate plaklar şeklinde izlenir, histopatolojik olarak epidermise bitişik yüzeysel tümör adaları mevcuttur. BHK'nin 3. klinik tipi tedavide en fazla güçlük doğuran tip olan morfeik BHK'dir. Beyazımsı, sklerotik, yer yer telenjektazilerin izlendiği

1 Uz. Dr., VM Mersin Medikal Park Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Mersin, Türkiye, ulas2018@yahoo.com

2 Uz. Dr., VM Mersin Medikal Park Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Mersin, Türkiye, korayozkan@yahoo.com

3 Prof. Dr., VM Mersin Medikal Park Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, Mersin, Türkiye, tamerirfankaya@hotmail.com

SONUÇ

BHK'de dermatologlar tarafından uygulanabilecek lokal tedavi seçenekleri çok fazla sayıdadır. Hastanın yaşı, genel ve sosyal durumu, lezyonun lokalizasyonu, lezyonun patolojik tipi gibi çok sayıda kriter göz önünde bulundurularak, hastaya en uygun tedavi seçimi yapılmalıdır. Yüksek risk tümörlerde en yüksek kür oranları Mohs cerrahisi ile elde edilmektedir. Lokal tedaviler arasında uygulayıcı hekimin kişisel tecrübesi çok önemlidir. Literatürde kriyoterapi, elektrokoterizasyon gibi pratik yöntemlerle klasik cerrahi tedavi kadar yüksek kür elde eden çok geniş seriler mevcuttur. Yine bu tedavi seçenekleri birbirleri ile kombine edilerek BHK'de kür oranları artırılabilir, fakat bu kombinasyonlar konusunda kanıt dayalı çalışmalar henüz yetersizdir, bu yüzden kombinasyon uygulamalarında yine kişisel tecrübeler ön plana çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kaya TI. Melanoma Dışı Deri Kanseri, In: Şendur N (Editör): Dermatoloji Rehberi, Akademi Yayınevi, 1. Baskı, Ankara, 2016: 498-532.
2. Kaya Tİ. Premalin ve malin epitelial tümörler. 5. Dermatoloji Kış Okulu Kitabı, Antalya, 2012: 3-23.
3. Wiznia LE, Federman DG. Treatment of Basal Cell Carcinoma in the Elderly: What Nondermatologists Need to Know. Am J Med. 2016; 129: 655-660.
4. Work Group; Invited Reviewers, Kim JYS, Kozlow JH, Mittal B, et al. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. J Am Acad Dermatol. 2018; 78: 540-559.
5. Kauvar AN, Cronin T Jr, Roenigk R, et al. American Society for Dermatologic Surgery. Consensus for nonmelanoma skin cancer treatment: basal cell carcinoma, including a cost analysis of treatment methods. Dermatol Surg. 2015; 41: 550-571.
6. National Comprehensive Cancer Center. NCCN clinical practice guidelines in oncology; basal cell carcinoma (V1.2019). Available at: www.nccn.org. Accessed April 4, 2019.
7. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-years' follow-up. Lancet Oncol. 2008; 9: 1149-56.
8. Čević R, Petković M, Mokos ZB, et al. Nonsurgical treatment of nonmelanoma skin cancer in the mature patient. Clin Dermatol. 2018; 36: 177-187.
9. van Loo E, Mosterd K, Krekels GA, et al. Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma of the face: a randomised clinical trial with 10 year follow-up. Eur J Cancer. 2014; 50: 3011-3020.
10. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, et al. What is the best surgical margin for a Basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. Plast Reconstr Surg. 2010; 126: 1222-31.
11. Berking C, Hauschild A, Kölbl O, et al. Basal cell carcinoma-treatments for the commonest skin cancer. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111: 389-395.
12. Paoli J, Gyllencreutz JD, Fouglerberg J, et al. Nonsurgical Options for the Treatment of Basal Cell Carcinoma. Dermatol Pract Concept. 2019; 9: 75-81.
13. Nordin P, Stenquist B. Five-year results of curettage-cryosurgery for 100 consecutive auricular non-melanoma skin cancers. J Laryngol Otol. 2002; 116(11):893-898.12.
14. Lindgren G, Larko O. Cryosurgery of eyelid basal cell carcinomas including 781 cases treated over 30 years. Acta Ophthalmol. 2014; 92: 787-792.
15. Kuflik EG. Cryosurgery for skin cancer: 30-year experience and cure rates. Dermatol Surg. 2004; 30: 297-300.

16. Weshahy AH, Abdel Hay RM, Metwally D, et al. The efficacy of intralesional cryosurgery in the treatment of small- and medium-sized basal cell carcinoma: A pilot study. *J Dermatolog Treat.* 2015; 26: 147-150.
17. Gaitanis G, Bassukas ID. Immunocryosurgery for non-superficial basal cell carcinoma: a prospective, open-label phase III study for tumours ≤ 2 cm in diameter. *Acta Derm Venereol.* 2014; 94: 38-44.
18. Spiller WF, Spiller RF. Treatment of basal cell epithelioma by curettage and electrodesiccation. *J Am Acad Dermatol.* 1984; 11: 808-814.
19. Rodriguez-Vigil T, Vázquez-López F, Perez-Oliva N. Recurrence rates of primary basal cell carcinoma in facial risk areas treated with curettage and electrodesiccation. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: 91-95.
20. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 2: Curettage-electrodesiccation. *J Dermatol Surg Oncol.* 1991; 17: 720-726.
21. Avril MF, Auperin A, Margulis A, et al. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study. *Br J Cancer.* 1997; 76: 100-106.
22. Arits AH, Mosterd K, Essers BA, et al. Photodynamic therapy versus topical imiquimod versus topical fluorouracil for treatment of superficial basal-cell carcinoma: a single blind, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2013;14:647-654.
23. Jansen MHE, Mosterd K, Arits A, et al. Five-year results of a randomized controlled trial comparing effectiveness of photodynamic therapy, topical imiquimod, and topical 5-fluorouracil in patients with superficial basal cell carcinoma. *J Invest Dermatol.* 2018; 138: 527-533.
24. Bath-Hextall F, Ozolins M, Armstrong SJ, et al. Surgical excision versus imiquimod 5% cream for nodular and superficial basalcell carcinoma (SINS): a multicentre, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2014; 15: 96-105.
25. Williams HC, Bath-Hextall F, Ozolins M, et al. Surgery versus 5% imiquimod for nodular and superficial basal cell carcinoma: 5-year results of the SINS randomized controlled trial. *J Invest Dermatol.* 2017; 137: 614-619.
26. Gross K, Kircik L, Kricorian G. 5% 5-Fluorouracil cream for the treatment of small superficial Basal cell carcinoma: efficacy, tolerability, cosmetic outcome, and patient satisfaction. *Dermatol Surg.* 2007; 33: 433-440.

Tablo I. Bazal hücreli karsinomda (BHK) lokalizasyona bağlı yüksek ve düşük risk kriterleri

Bölge İsmi	Lokalizasyon	Yüksek Risk	Düşük Risk
Yüksek risk bölgesi (Y)	Santral yüz (alın hariç), kulak ve çevresi, genital, eller, ayaklar	Y bölgesinde bulunan BHK	-
Orta risk bölgesi (O)	Yanaklar, alın, boyun, skalp, pretiabial bölge	O bölgesindeki ≥ 10 mm BHK	O bölgesindeki < 10 mm BHK
Düşük risk bölgesi (D)	Gövde ve ekstremiteler (el-ayak-pretibial bölge hariç)	D bölgesindeki ≥ 20 mm BHK	D bölgesindeki < 20 mm BHK