

## **BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM**

Epidermal bazal hücrelerden veya kıl folikülünün dış kök kılıfından köken alan malin deri tm

Nadiren met. yapar fakat tedavisiz bırakıldığında invazif davranış göstermesi, lokal invazyon , doku hasarı ve iç organlara yayılması gibi özellikleri nedeniyle karsinom olarak adlandırılır.

Beyaz ırkda sık görülür.

Beyazlarda en sık görülen ca olup tüm melanom dışı deri kanserlerinin %75-80 olş.

60 yaş üzeri E sık grl.

BCC gelişimi için yaşam boyu risk %11-18.

### **ETYOPATOGENEZ:**

Güneş ışığı

Hücre siklusunu düzenleyen genlerde mutasyon

İmmunite değişiklikleri

İyonize radyasyon

Kimyasallar ve genetik geçiş patogeneze sorumlu tutulmaktadır.

BCCli hastaların %56sında PTCH geni mutasyonu, PTCH geni mutasyonu olmayanlarda ise smo geninde aktive edici mutasyonlar bulunmaktadır.

Kseroderma pigmentozum

Bazex sendromu

Nevoid BCC sendromu

Rombo sendromu

Unilateral Bazal hücreli nevüs sendromu gibi genetik geçişli hastalıklarda tm sık görülür.

### **Risk faktörleri:**

ileri yaş, erkek cinsiyet

deri tipi 1

kırmızı-sarı saç rengi

mavi –yeşil göz rengi

genodermatozlar

çocukluk döneminde çillenme ve güneş yanığı olması

pozitif aile öyküsü

immunsüpresyon

iyonize radyasyon

arsenik

puva tedavileri

### **KLİNİK:**

BCC hemen her zaman kıl folikülü bulunan deride gelişir.

Lezyon %80 oranında baş boyunda yerleşir (alt bacak ve gövde yerleşimi nadirdir ve kadınlarda sık).

Genellikle tektir (multiple olanlar herediter sendromlara eşlik eder)

Farklı ve kendine has histopatolojik görünümü olan subtipler tanımlanmıştır.

### **Nodüler BCC:**

En sık görülen tip (%60)

Sıklıkla baş boyunun güneş gören alanlarında (burun en sık yerleştiği yer)

Tipik lezyon üzerinde telenjektazi olan, şeffaf, inci tanesine benzeyen nodüldür.

Yavaş büyür ve merkezden ülserleşir.

Tedavi edilmezse infiltrate olarak doku yıkımına neden olacağı için göz, burun ve kulak yerleşimli olanlara erken müdahale şarttır.

Merkezde ülseri olan, kenarları kalkık, endüre lezyonlara "rodent ülser" denir ve BCC için tipiktir.

### **Pigmente BCC:**

Olguların %6'sını oluşturur.

Nodüler tipten tek farkı pigmente olmasıdır.

Özellikle koyu tenlilerde görülen siyah ve kahverengi, şeffaf papüllerle karakterizedir.

Arsenik alımına bağlı olarak o.ç. BCC genellikle pigmente veya yüzeysel tiptedir.

### **Superfisyal BCC:**

Olguların %15'ini oluşturur.

Diğer BCC tiplerinden farklı olarak daha genç yaşta görülür ve gövde ağırlıklı yerleşir.

Eritemli, skuamli, daha az infiltrate olan ekzema benzeri lezyon periferde doğru genişler

Zamanla yüzeysel ülser ve hemorajik krutlanma gösterir.

Sbcc,Bowen,ekzema ve psöriazis ile karışır.

### **Morfeiform BCC:**

Olguların %5'ini oluşturur.

Agresif olup klinik olarak görüldüğünden daha geniş bir alana yayılmaktadır.

Tipik görünümü soliter deri seviyesi veya deprese parlak, endüre,sarı renkli plak.

Yavaş büyüdüğü için tanısı geç konur.

### **Pinkusun fibroepitelyoması:**

Genellikle sırt ve gövdeye yerleşir.

Deri renginde olup üzeri pürtüklüdür.

Saplı olabilen lezyonda histopatolojik olarak fibroz stroma içinde birbirine geçmiş tm hücreleri tespit edilir.

Multiple BCCler sporadik vakalardan daha erken ortaya çıkmakta olup ilişkili 4 sendrom tanımlanmıştır.

### **1- Nevoid BCC:**

gorlin sendromu olarak bilinir.

OD olup sorumlu mutasyon PTCH genindedir.

10-20li yaşlarda oç.

Gövdede yüzlerce bcc bulunur.

Palmoplantar pitting,geniş burun kökü,yarık damak ve dudak,

mandibula kistleri,hipertelorizm,dura kalsifikasyon

makrosefali gibi iskelet anomalileri bulunur.

### **2- Bazex sendromu:**

X'e bağlı dominant.

Foliküler atrofoderma,

Folikül ostiumunda skatrisyel dilatasyon,

hipohidroz,

hipotrikoz

### **3- Rombo sendromu:**

OD

Atrofoderma vermiculata,

milia,

hipertrikoz,

trikoepitelyoma

**4-unilateral bazal hücreli nevüs send:**

Konjenital unilateral komedon benzeri lezyonlar

Epidermoid kistler

**HİSTOPATOLOJİ:**

Shave biyopsi yüzeysel materyal sağladığından dolayı punch veya eksizyonel biopsi tercih edilmelidir.

Histopatoloji subtiplere göre değişmekle beraber ortak özellik; özel bir stroma

periferal palizad yapan hücrelerden oluşan epitelyal hücrelerle karakterize tümör adaları ve epitel ile stroma arasında bulunan bir yarıktır.

Değişik oranlarda sitolojik atipi ve mitotik aktivite tüm olgularda izlenir.

Nodüloülseratif tipte dermise doğru uzanan bazaloid hücrelerin oluşturduğu nodüler alanlar,

Pigmentli tipde melanizasyon

Superficial tipte epidermis bazal tabakadan dermise uzanan malin hücre kümeleri

Morfeik tipte yoğun fibröz stroma içinde tm hücre uzantıları.

BCCdeki spesifik hücrelere bazaloma hücreleri denir.

Oval,büyük bir nükleus ve az miktarda stoplazma içerirler.

Bazal tabakadaki hücrelerden nükleus/stoplazma oranının yüksekliği ve interselüler uzantıların olmaması ile ayrılır.

Bu hücreler uniform olup kural olarak anaplastik özellik göstermezler.

Metastaz durumunda bile anormal mitoz izlenmez

Tm adacıkları ile stroma arasında stromal retraksiyona bağlı "peritümoral lakünler"izlenir.

**PROGNOZ:**

Fetalite oranı düşük olmakla beraber lezyonlar baş boyun bölgesine yerleştiğinde hastalığın morbiditesi yüksektir.

Tm yerleşimi, klinik ve histopatolojik tipi, uygulanan tedaviye yanıtı, immün sistem BCCnin seyrini belirler.

Yüzün santraline yerleşen tümörler,

morfeik,

Mikronodüler

İnfiltratif histolojik varyantlarda rekürrens fazladır.

Tm çapı arttıkça rekürrens artar.

**Lokal invazyon:**

BCC için en önemli tehlikedir.

Tedavi edilmeyen tm ;subkutan doku, kas ve kemiğe invazyon yapar.

**Perinöral invazyon:**

%0.2 oranındadır.

Rekürren ve agresif varyantlarda gelişir.

**Metastatik BCC:**

%0.0028-0.55 oranında grl.

Sıklıkla bölgesel lenf nodülüne veya hematojen yolla akciğer, kemik ve deriye olur.

Metastatik BCC tanısı için 3 kriter tanımlanmıştır.

1-primer lezyon deride olmalı, mukozada olmamalı

2-met uzak dokulara olmalı (lenf nodu, iç organ) ,lokal invazyon sonucu olmamalı

3-primer ve metastatik tiplerin histolojileri benzer olmalı.