

Dış Kulak Yolunda Pigmente Bazal Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Arzu Karaman Koç*, İbrahim Erdim**, Zahide Mine Yazıcı*, Kamil Hakan Kaya*,
Fatma Tülin Kayhan*

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı

**Erbaa Devlet Hastanesi, Kulak-Burun-Boğaz Birimi

ÖZ

Bazal hücreli karsinom (BCC), bazal hücrelerin proliferasyonu ile karakterize yüzeysel yayılan genellikle lokal agresif davranışla seyreden çok ender olarak metastaz yapan bir tümördür. En sık baş-boyun bölgesinde bulunmasına rağmen, temporal bölgede ender olarak görülür. BCC'nin bir alt tipi olan pigmente BCC dış kulak yolunda çok daha ender görülmektedir. Agresif bir BCC alt tipi olmamasına rağmen, pigmentli olmaları nedeniyle benign pigmente lezyonlar ve özellikle malign melanomla ayırıcı tanıda dikkat edilmelidir. Makalemizde ara ara kanlı kulak akıntısı ve kaşıntı yakınması ile kliniğimize başvuran ve dış kulak yolundan alınan biyopsi sonucu pigmente BCC tanısı konulan kırk yedi yaşındaki kadın hastayı sunduk.

Anahtar kelimeler: bazal hücreli karsinom, malign melanom, pigment

ABSTRACT

Pigmented Basal Cell Carcinoma of the External Auditory Canal: A Case Report

Basal cell carcinoma (BCC) is a locally aggressive tumor characterized by basal cell proliferation, superficial spreading, and it is rarely metastatic. It occurs particularly in the head and neck area and is rarely diagnosed in the temporal region. A type of BCC called pigmented BCC is rarely seen in the temporal region. While it is not an aggressive variant of BCC, pigmented lesions and malignant melanoma need to be considered in the differential diagnosis because of the production of pigment. In this article, we describe a 47-year-old female patient who presented with bloody otorrhea and ear itchiness and was diagnosed with pigmented BCC from a biopsy taken from the external auditory canal.

Keywords: basal cell carcinoma, malignant melanoma, pigment

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BCC) ilk kez 1827 yılında Jacob Arthur tarafından kemirici ülser (rodent ulcer) kavramıyla ortaya atılmıştır⁽¹⁾. BCC, bazal hücrelerin proliferasyonu ile karakterize yüzeysel yayılan genellikle lokal agresif çok ender olarak metastaz yapan bir tümördür. BCC histolojik olarak nodüler, pigmente, sikatrisyal (morfeaform), superfisyal, infiltratif ve bazoskuamöz tiplerine ayrılmaktadır. Lokalizasyon olarak en sık baş-boyun bölgesinde bulunmakla birlikte, temporal bölgede ender görülmektedir. Özellikle pigmente BCC dış kulak yolunda çok daha ender görülmektedir^(1,2). Biz de bu makalemizde dış kulak yolu pigmente bazal hücreli karsinom tanısı koyup tedavi ettiğimiz olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında kadın hasta sol kulakta ara ara kanlı akıntı ve kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Yaklaşık altı aydır bu yakınması olan hasta daha önce lokal ve sistemik antibiyotik tedavisi almış, ancak yakınmalarında herhangi bir gerileme olmamış. Özgeçmişinde hastanın 4 yıl önce hipofiz adenomuna bağlı olarak geliştiği saptanan akromegali teşhisi konduğu ve trans-sfenoidal hipofizektomi operasyonu yapıldığı öğrenildi. Ayrıca mevcut hipertansiyonu ve tip 2 diabeti için oral medikal tedavi almaktaydı. Hastanın yapılan otoskopik muayenesinde sol dış kulak yolu inferior ve posterior duvarında timpan membranının yaklaşık 1 cm laterali-ne kadar uzanım gösteren yaklaşık 3 cm uzunluğunda 2 cm genişliğinde, iyi sınırlı, üzeri krutlu, nekrotik ve pigmentli yama tarzında kitle gözlemlendi (Resim 1).

Alındığı Tarih: 08.11.2015

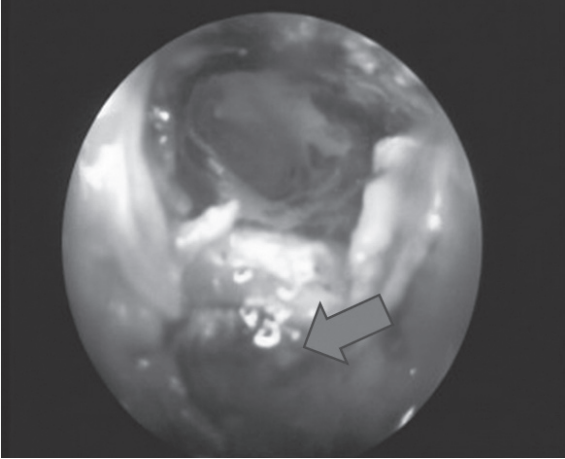
Kabul Tarihi: 12.07.2016

Yazışma adresi: Uzm. Dr. İbrahim Erdim, Fevzipaşa Mah. Hükümet Cad. No:192, D:4, Erbaa-Tokat

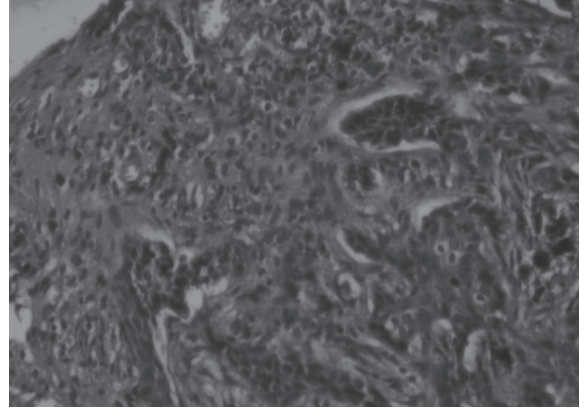
e-posta: ibrahim_erdim@hotmail.com

Boyun sol jugulodigastrik bölgede yaklaşık 2 cm çapında lenfadenopati palpe edildi. Hastada makroglossi ve prognati mevcuttu. Temporal kemik tomografisinde sol dış kulak yolu kemik kısım lateral inferiorunda 4 mm çapında nodüler yumuşak doku dansitesi izlendi. Sol timpanik kavite, kemikçik zinciri ve skutum doğal

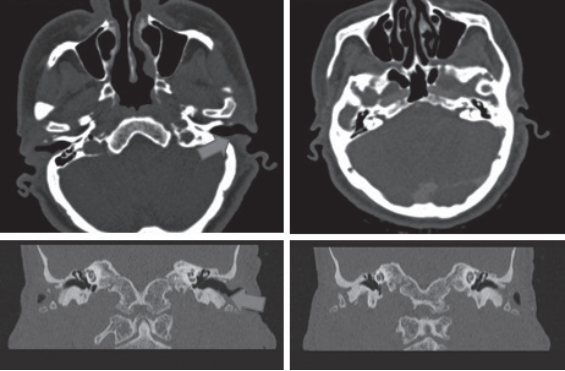
olarak izlendi. Sol mastoid havalanması azalmakla birlikte, antrumda herhangi bir lezyon görülmedi (Resim 2). İnsizyonel biyopsi sonucu pigmente bazal hücreli karsinom olarak saptandı (Resim 3,4). Hastanın yapılan odyometri testinde patoloji saptanmadı. Hastaya operasyon planlandı.



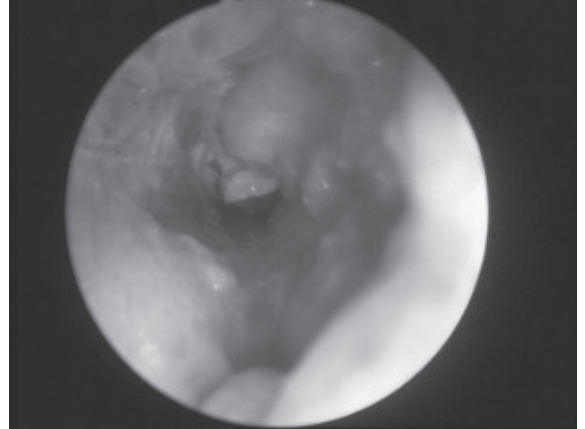
Resim 1. Preoperatif görüntüde dış kulak yolu inferior ve posterior duvarlarında ülsere nekrotik lezyon görülmekte (Mavi ok lezyonu göstermektedir.)



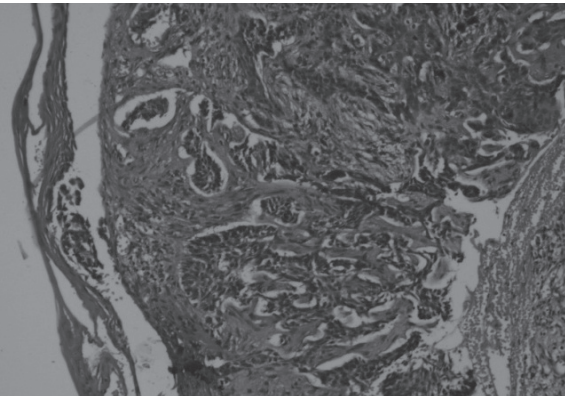
Resim 4. Papiller dermiste atipik proliferen bazal hücreler arasında kümelenmiş melanin pigment adacıkları (HEX400).



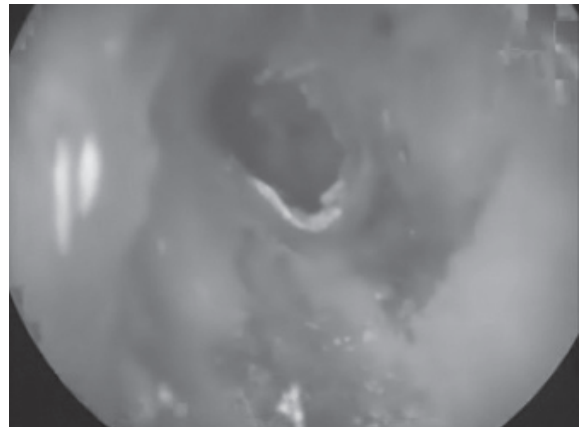
Resim 2. Aksiyal ve koronal temporal kemik tomografisinde orta kulak ve antrum doğal görülürken dış kulak yoluna sınırlı lezyon izlenmekte (Mavi ok lezyonu göstermektedir.)



Resim 5. Postoperatif 1. ayda dış kulak yolunun ve timpan membranının görünümü.



Resim 3. Papiller dermiste proliferen bazal hücreler (HEX200).



Resim 6. Postoperatif 2. yılda dış kulak yolunun ve timpan membranının görünümü.

Genel anestezi altında retroauriküler insizyonla yaklaşılan kitle anterior ve posteriora 5 mm cerrahi sınırla eksize edildi. Medialde timpan membran ile ilişki nedeniyle 3 mm cerrahi sınırla lateralde ise 5 mm cerrahi sınırla eksize edildi. Dış kulak yolu inferior ve posterior duvarları kitle eksize edilen bölgelerde yaklaşık 5 mm boyutunda elmas tur yardımıyla genişletildi. Mevcut olan açık cerrahi alan femoral alan ön bölümden alınan parsiyel kalınlıkta cilt grefti ile onarıldı. Greft alınan bölge primer sütüre edildi. Hastaya sol fonksiyonel boyun diseksiyonu yapıldı. Kitle eksizeyonu yapılan alandan cerrahi sınır kontrolü amaçlı alınan doku parçalarında tümör izlenmedi. Sol fonksiyonel boyun diseksiyonu materyalinin patolojik incelemesinde 2 adet 2x2 cm çapında reaktif lenfadenomegali izlenirken, metastatik lenfadenopati saptanmadı. Tümörde lenfovasküler invazyon izlenmedi. Onkoloji birimiyle yapılan konsültasyonda hastaya radyoterapi (RT) önerildi, ancak hasta bu terapiyi kabul etmedi. Hastanın 2 yıllık kontrollerinde nüks gözlenmedi. Dış kulak yolunda stenoz gelişmedi ve timpan membran doğal olarak gözlendi (Resim 5 ve 6). Hastanın kontrol odyometri testinde patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA

Bazal hücreli karsinom genellikle yüzeysel olarak yapılan ve çok ender olarak metastaz yapan bir tümördür. BCC'nin sikatrisyal (morfeaform), infiltratif ve bazoskuamöz tipleri agresif seyirli iken, nodüler, pigmente ve superfisyal tipleri agresif değildir ⁽²⁾. Baş-boyun bölgesinde bulunan agresif BCC alt tiplerinde parotis invazyonuna, trigeminal ve fasiyal sinirde perinöral invazyona rastlanmaktayken non-agresif bir varyant olan pigmente BCC'de bu invazyonlara çok ender rastlanmaktadır. Ancak pigmente BCC makroskopik görünüm ve histopatolojik özellikleri nedeniyle benign pigmente lezyonlarla ve malign melanomla karıştırılabilmektedir ⁽³⁾.

Klinik olarak pigmente BCC uzun süredir var olan, yavaş büyüme hızı gösteren, keskin sınırlarla etraf dokudan ayrılmış ve üzerinde ülserasyonlar bulunan nodül şeklindedir. Benign pigmente lezyonlar ise büyümez ya da çok yavaş büyür. Ülserasyon beklenen bir bulgu değildir. Melanom ise genişleyen bir papül şeklinde başlar ve boyutu hızla büyür. Ancak yalnızca klinik davranış ve makroskopik görünüme bakarak ayırıcı tanıya gitmek her zaman doğru sonucu verme-

yip hatalı tanı konulmasına neden olabilir. Bu nedenle histopatolojik tanı kesinlikle gereklidir ⁽³⁾.

Pigmente BCC'nin dermatoskopik incelemesinde multipl, büyük, mavi-gri renkli, ovoid globüllerle birlikte dallanan damarlar ve ülserasyonlara rastlanırken histopatolojik incelemesinde papiller dermiste pigmente bazoloid hücre toplulukları görülmektedir. Melanin ise tümör hücreleri yuvalarının ve bunları çevreleyen stromanın içerisinde görülmektedir. Bu odaklarda melanofajlara ve inflamatuvar hücrelere rastlanılmaktadır ^(3,4). Melanomun histopatolojisi incelendiğinde mavi renk içinde düzensiz atipik hücresel yapılar ve epidermal incelme gözlenir. Hücreler ayrı ayrı yerleşir veya birbirine gevşekçe yapışıktır. Bu hücreler multinükleer veya binükleer yapı gösterir. Nükleuslar sıklıkla ekzantrik ve hiperkromatiktir. Hücreler şekil ve büyüklük açısından birbirlerinden farklıdır. Atipik mitozlar sık gözlenir. HMB-45, S-100 ve Melan-A boyalarıyla pozitif boyanırlar. Pigmente BCC ile en sık karıştırılan benign lezyon olan seboreik keratozda ise nükleussuz pul şeklindeki yapıların skuamöz ve bazoloid hücreleri bir çarşaf gibi sardığı görülür. Palizad halinde nükleuslar ile bazal membran matriksleri görülmez ^(3,5). Çalışmamızda, tümörün dış kulak yerleşimi nedeniyle dermatoskopik incelemesi yapılamadı. Histopatolojik incelemesinde ise papiller dermiste bazoloid hücre hiperplazisi ve atipisiyle birlikte, kümeler halinde melanin adacıkları görüldü (Resim 3,4).

Pigmente BCC'ye doğru tanı konulması hastalığın takibi ve tedavisinin doğru yapılması için zorunludur. Pigmente BCC, benign pigmente lezyonlarla karıştırıldığında, 3-4 mm'lik temiz cerrahi sınıra dikkat edilmezse nüks riski artmaktadır. Nüksle karşılaşılması halinde ise hem tümörün yayılma potansiyeli artmakta hem de cerrahi teknik daha komplike hale gelmektedir. Malign melanomla karıştırıldığında ise çok daha agresif bir cerrahi uygulanarak morbiditeye ve doku kaybında artmaya yol açmakta ve hatta organ kaybına kadar gidebilen cerrahilere gereksinim duyulabilmektedir ⁽³⁾.

Lee ve ark. ⁽⁶⁾ 10 yıldır sağ kulağında ara ara akıntı olan 55 yaşında bir kadın hastayı sundular. Hastanın fizik muayenesinde sağ dış kulak yolu kartilajinoz kısmı posteroinferiorunda küçük nodüler kitle tespit edildi. Lokal anestezi altında kitle eksize edildi. Oluşan defekt sol uyluktan alınan parsiyel kalınlıktaki cilt grefti ile onarıldı. Eksizyonel biyopsinin sonucu

BCC geldi. Cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Baş-boyun bölgesinin manyetik rezonans (MR) incelemesinde ve temporal bölgenin tomografik incelemesinde tutulum gözlenmedi. Hastada dış kulak yolu kemik tutulumu veya yumuşak dokulara yayılım olmadığından RT veya kemoterapi (KT) uygulanmadı.

Hsueh ve ark. (7) ise bir yıldır sol kulaktan aralıklı kanlı akıntısı olan 42 yaşında bir erkek hastayı sundular. Hastanın otoskopik muayenesinde sol dış kulak yolu ön duvar kartilajinoz kısmında nodüler kitle tespit edildi. Lokal anestezi altında insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucunun BCC gelmesi üzerine temporal kemik tomografisi ve baş-boyun MR'ı çekildi. Tomografi ve MR'da tutulum görülmedi. Soliter nodül 5 mm güvenli sınırla eksize edildi. Oluşan defekt parsiyel kalınlıkta cilt defekti ile onarıldı. Hastaya RT veya KT uygulanmadı. Cerrahiden bir yıl sonra lokal rekürrens görülmedi.

Farley ve ark. (2) dış kulak yolunda BCC olan iki hastayı sundular. Bu iki hasta da rekürren olgular. İlk hasta 79 yaşında erkek hastaydı. Bu hastada tümör sağ dış kulak yolundan postauriküler sulkus ve aurikulanın alt 1/3'üne uzanım göstermekteydi. Lezyonun boyutu 3,5x5 cm olarak ölçüldü. Hastada fasiyal paralizisi ve lenfadenopati saptanmadı. Hastanın daha önce kolon ve prostat maligniteleri nedeniyle tedavi olduğu öğrenildi. Ancak mevcut durumda hastalığının klinik ve radyografik olarak stabil olduğu görüldü. Hastaya komplet aurikulektomi, radikal mastoidektomi, lateral temporal kemik rezeksiyonu ve superfisyal parotidektomi uygulandı. Oluşan defektin kapatılması için temporal kas ve servikofasiyal ilerletmeli rotasyon flebi kullanıldı. Postoperatif dönemde iyatrojenik marjinal mandibuler sinir hasarına bağlı sağ ağız köşesi hareketlerinde zayıflık gözlemlendi. Hastanın 30 ay boyunca takiplerinde operasyon bölgesinde sorun gözlenmedi. Ancak pozitron emisyon tomografide (PET) önceki malignitelere bağlı sol akciğerde metastazla uyumlu lezyon gözlemlendi ve Onkoloji Birimine yönlendirildi. İkinci olgu 57 yaşında kadın hastaydı. Bu hastada sol dış kulak yolu ile birlikte, preauriküler ve postauriküler uzanım da mevcuttu. Lezyonun boyutu ön kısımda 1,6x1,1 cm, arka kısımda 2,5x1 cm olarak ölçüldü. Hastada lenfadenopati saptanmadı. Temporal kemik tomografisinde dış kulak yolunda ve temporal kemikte erozyon saptanmadı. Hastaya temporomandibuler eklemi de içerecek şekilde genişletilmiş lateral temporal

kemik rezeksiyonu, total parotidektomi, subtotal aurikulektomi ve supraomohyoid boyun diseksiyonu yapıldı. Fasiyal sinir genikulat gangliyon hizasında sural sinir grefti kullanılarak onarılmaya çalışıldı. Oluşan defekt pektoralis majör miyokutan flebi kullanılarak onarılmaya çalışıldı. Postoperatif sol gözde kapanmama olması üzerine göz hekimi tarafından üst göz kapağına altın ağırlık yerleştirildi. Hastanın 7 aylık takiplerinde klinik ve PET sonuçlarında rekürrens gözlenmedi. İlk hastada postoperatif RT uygulanırken ikinci hastada bu terapi uygulanmadı.

SONUÇ

Pigmente bazal hücreli karsinom agresif varyantlar olan infiltratif, morfeaform ve bazoskuamöz tiplerinin aksine derin invazyon ve uzak yayılım göstermez. Ancak pigmentli olmalarından ötürü benign pigmentte lezyonlar ve özellikle malign melanomla ayırıcı tanıda dikkat edilmelidir.

Literatürde dış kulak yolundaki BCC olgularında pigment içerip içermediği belirtilmemiştir. Ancak bu olgular eksizeyon ve parsiyel kalınlıkta cilt grefti onarımıyla tedavi edilebildiği gibi parotidektomi, temporal kemik rezeksiyonu ve boyun diseksiyonu gibi komplike girişimler gerekebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Janjua OS, Qureshi SM. Basal Cell Carcinoma of the Head and Neck Region: An Analysis of 171 Cases. *J Skin Cancer* 2012;2012:943472.
2. Farley LR, Manolidis S, Ratner D. Aggressive Basal Cell Carcinoma with Invasion of the Parotid Gland, Facial Nerve, and Temporal Bone. *Dermatol Surg* 2006;32:307-15.
3. Casari A, Pellacani G, Seidenari S, Cesinaro AM, Berretti F, et al. Pigmented nodular Basal cell carcinomas in differential diagnosis with nodular melanomas: confocal microscopy as a reliable tool for in vivo histologic diagnosis. *J Skin Cancer* 2011;2011:406859. <https://doi.org/10.1155/2011/406859>
4. Tabanlıoğlu DO, Sahin S, Gokoz O, Erkin G, Cakır B, et al. Correlation between the dermatoscopic and histopathological features of pigmented basal cell carcinoma. *JEADV* 2010;24:1317-25. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03639.x>
5. Jain M, Madan NK, Agarwal S, Singh S. Pigmented basal cell carcinoma: Cytological diagnosis and differential diagnoses. *J Cytol* 2012;29:273-5. <https://doi.org/10.4103/0970-9371.103952>
6. Lee BJ, Bae SC, Lee JH, Park KH. A case of Basal cell carcinoma of external auditory canal. *Korean J Audiol* 2012;16(2):91-4. <https://doi.org/10.7874/kja.2012.16.2.91>
7. Hsueh NW, Shu MT. Basal cell carcinoma of the external auditory canal. *Ear Nose Throat J* 2014;93:4-49.