

Challenges in the Diagnosis of Skin Source Basosquamous Cell Carcinoma: A Case Report

Cilt Kaynaklı Bazoskuamoz Hücreli Karsinomun Tanısında Karşılaşılan Zorluklar: Bir Olgu Sunumu

Case Report
Olgu Sunumu

Ali Cemal Yumuşakhuylu¹, Muhammet Fatih Topuz¹, Gülççek Ayrancı², Engin Çiğercioğulları², Adem Binnetoğlu¹, Murat Sarı¹

¹Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine Hospital, Marmara University, İstanbul, Turkey

²Department of Pathology, Faculty of Medicine Hospital, Marmara University, İstanbul, Turkey

Abstract

One of the most common types of skin cancer is basal cell carcinoma, which is rarely seen to metastasise. This tumour has many histological subtypes, one of which is the rarely seen basosquamous carcinoma. Basosquamous carcinoma is considered an aggressive cancer with an increased risk of metastases. We report a 60 year-old patient

who presented with a mass in his parotid gland as a result of fine-needle aspiration biopsy for pleomorphic adenoma, who was diagnosed with basosquamous carcinoma.

Key Words: Basosquamous cell carcinoma, metastases, parotid gland

Özet

Bazal hücreli karsinom, çok sık görülen nadir metastaz yapan bir cilt kanseridir. Bazoskuamoz karsinom ise çok nadir görülen agresif seyreden ve sık metastaz yapan bazal hücreli karsinomun, histolojik alt tiplerinden biridir. Bu yazıda parotis bezinde kitle ile kliniğimize başvuran; ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu pleomorfik adenom, patoloji so-

nucu ise bazoskuamoz hücreli karsinom olarak rapor edilen 60 yaşındaki, hastaya klinik yaklaşımımızı ve literatürdeki yaklaşımları sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Bazoskuamoz hücreli karsinom, metastaz, parotis

Giriş

Bazoskuamoz karsinom (BSK), çok nadir görülen hem bazal hücreli karsinomun (BHK), hem de skuamoz hücreli karsinomun (SHK) özelliklerini gösteren bir cilt kanseridir (1). BHK, malign cilt kanserlerinin %70'ini oluşturur. BHK, özellikle cildin güneşe maruz kalan bölgelerinde görülür. Histopatolojik olarak adenoid, kistik, sklerozan ve infiltratif ana altipleri bulunmaktadır. BSK, agresif seyreden ve sık metastaz yapan, lokal invaziv olan bazal hücreli karsinom histolojik alt tiplerinden biridir.

Bazoskuamoz karsinom, burun, kulak ve perioküler bölge olmak üzere özellikle baş-boyun bölgesinde görülmektedir (1). BSK'un tanısı biyopsi ile konulmaktadır. Ancak literatürde bizim vakamızda olduğu gibi, biyopsi sonucunun BHK olduğu, spesmenin ise BSK olduğu vakalar bildirilmiştir. BSK'nin en iyi tedavi yöntemi, geniş cerrahi sınırlar ile yapılacak cerrahidir. Yine de yüksek oranda lokal rekürrens ve metastazlarla karşılaşmaktadır.

Olgu Sunumu

Altmış yaşında erkek hasta kliniğimize, 25.09.2011 tarihinde 3 aydır devam eden sol parotis lojuna uyan bölgede kitle, akıntı ve yüzde asimetri şikayetleri ile başvurdu. Hasta onamı alınarak, 2006 yılında alından 5x4 mm boyutunda kitle lokal eksize edilmiş, patolojisi solid variant BHK olarak rapor edilmiş. 2008 yılında 6x4 mm boyutunda sağ yanakta kitle şikayeti olan hastanın kitlesi yine lokal eksize edilmiş ve patolojisi keratotik tip BHK olarak rapor edilmiş. Fizik muayenede sol parotis lojunda 3x2 cm'lik ağırlı, sert, fikse ve fistülize kitle izlendi. House-Brackmann tip 5 ile uyumlu fasiyal paralizi mevcuttu (Resim 1, 2).

Boyun manyetik rezonans (MRI) görüntülemesinde sol parotiste T1 ağırlıklı incelemede hipointens, T2 ağırlıklı incelemede hiperintens intra venöz kontrastlı madde (IVKM) sonrası çevresel kontrastlanma gösteren yaklaşık 38x20 mm boyutunda lezyon izlendi (Resim 3, 4). Bilateral level 3'de 18x14 mm ve 14x11 mm boyutlu LAP'lar izlendi.



This case was presented at the 34th Turkish National Congress of Otorhinolaryngology and Head & Neck Surgery, 10-14 October 2012, Antalya, Turkey.

Bu olgu, 34. Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde (10-14 Ekim 2012, Antalya) sunulmuştur.

Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ali Cemal Yumuşakhuylu, Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Faculty of Medicine Hospital, Marmara University, İstanbul, Turkey

Phone: +90 553 266 88 55

E-mail: dralicemal@yahoo.com

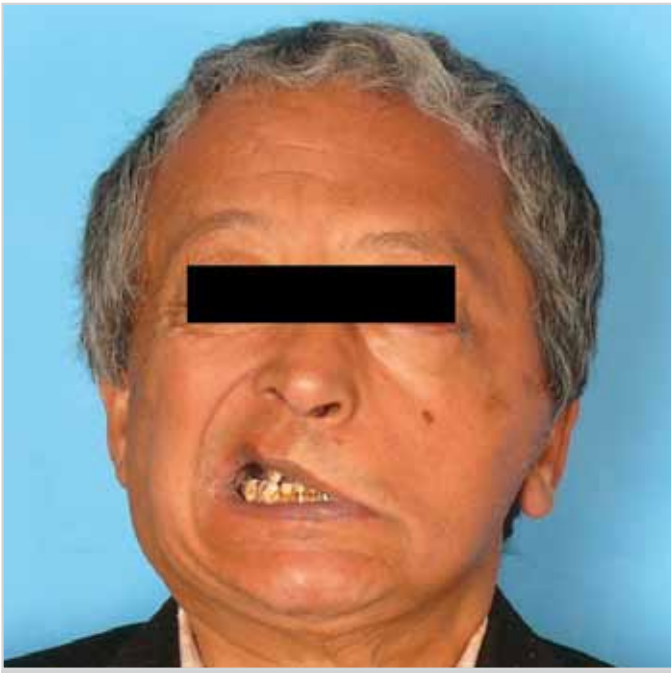
Received Date/Geliş Tarihi: 06.05.2013

Accepted Date/Kabul Tarihi: 11.06.2013

© Copyright 2013 by Official Journal of the Turkish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Available online at www.turkarchotolaryngol.net
© Telif Hakkı 2013 Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği Makale metnine www.turkarchotolaryngol.net web sayfasından ulaşılabilir.
doi:10.5152/tao.2013.24



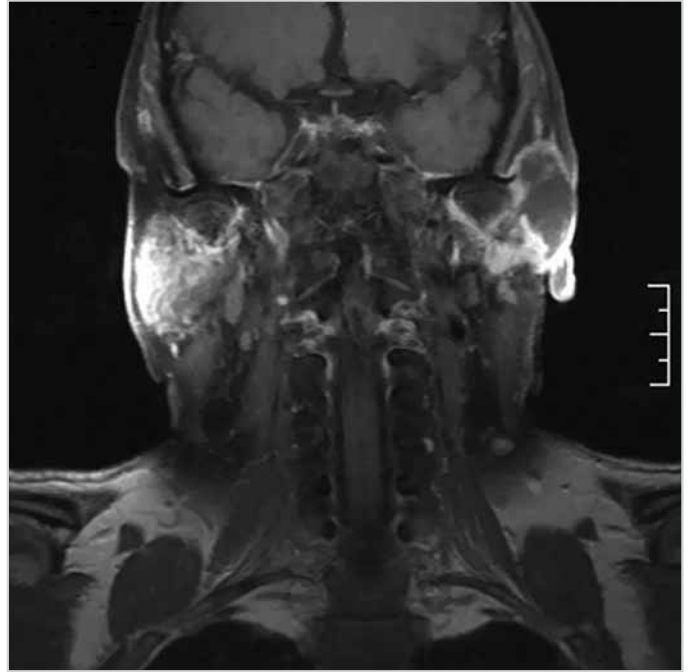
Resim 1. Sol parotis lojuna uyan bölgede fistülize kitle



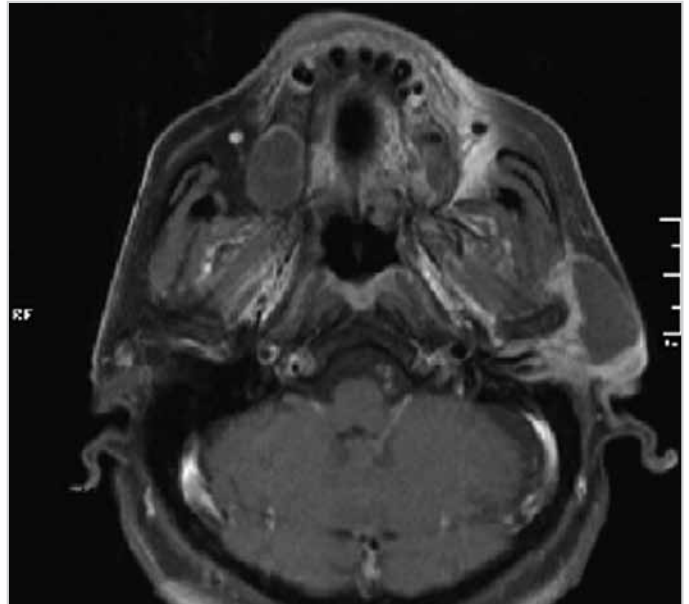
Resim 2. House-Brackmann tip 5 ile uyumlu fasiyal paralizi

Sol parotis İİAB sonucu pleomorfik adenom, sağ lenf nodu İİ-AB'si bazoloid neoplazi olarak rapor edildi.

Hastaya 19.10.2011 tarihinde genişletilmiş sol total parotidektomi ve bilateral level 3'den servikal lenf nodu eksizyonu yapıldı. Operasyon sırasında sol parotis lojunda tragus önüne doğru ve sol kantusa uzanan fistülize ülserovegetan kitle izlendi. Kitle etrafında 1 cm cerrahi sınır bırakılarak, tragus ve aurikula lobülünün bir kısmı dahil edilerek, derin parotis lobunda dahil edilerek temporomandibuler eklem seviyesine kadar kemikten diseke edilerek eksize edildi. Sol dış kulak yolu cildi ve zar diseke edilerek çıkartıldı. Solda level 3'de şüpheli görülen 2x1 cm'lik lenfadenopati eksize edildi. Sol tarafta boyun lateralinden rhomboid flep çevrildi. Sağda level 3'deki 2x1cm'lik lenfadenopati eksize edildi. Hastaya post-op radyoterapi tedavisi başlandı.



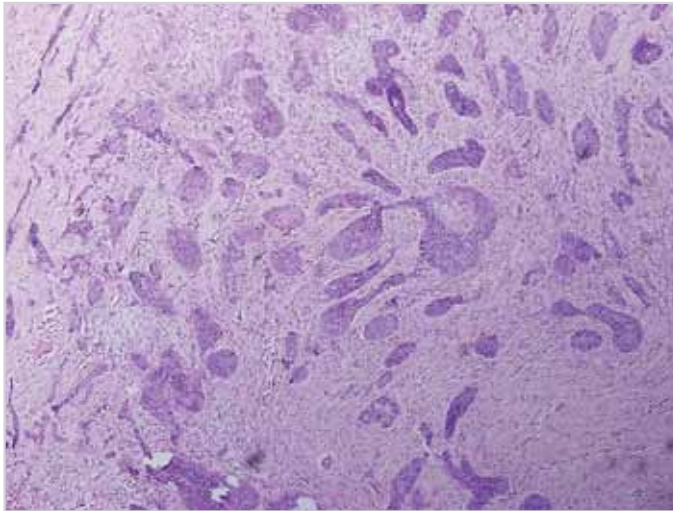
Resim 3. Boyun MR koronal görüntülemesinde sol parotiste T2 ağırlıklı incelemede hiperintens IVKM sonrası çevresel kontrastlanma gösteren yaklaşık 38x20 mm boyutunda lezyon



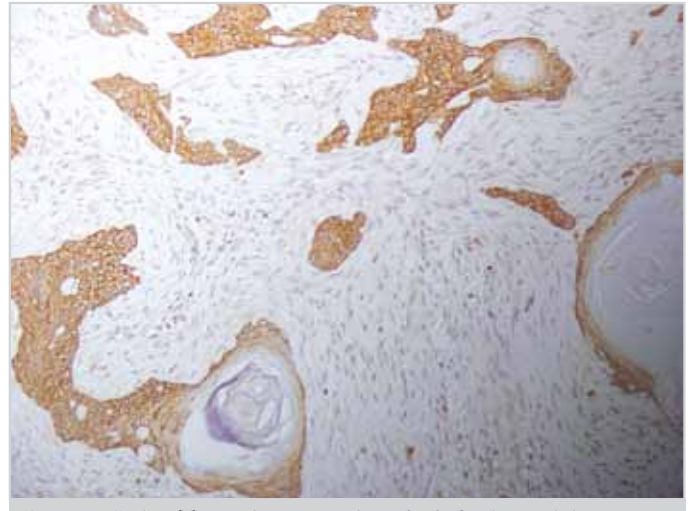
Resim 4. Boyun MR aksiyel görüntülemesinde sol parotiste T1 ağırlıklı incelemede hipointens IVKM sonrası çevresel kontrastlanma gösteren yaklaşık 38x20 mm boyutunda lezyon

Histopatolojik incelemesinde periferde bazaloid dizilen, ortasında keratin incilerin olduğu tümör hücre grupları izlendi (Resim 5). Bcl-2 boyamada tümör hücre gruplarında diffüz kuvvetli boyanma görüldü (Resim 6). Ki-67 proliferatif indeks %15-20 arasında izlendi (Tablo 1).

İmmünohistokimyasal ve histopatolojik çalışmalar sonucu BSK ile uyumlu geldi (Tablo 2). Hastanın geçmişteki preparatları da tekrar değerlendirildi. Her iki lezyonunda BSK ile uyumlu olduğu görüldü.



Resim 5. H&E: Periferde bazaloid dizilen, ortasında keratin incile- rin olduğu tümör hücre grupları



Resim 6. Bcl-2: Tümör hücre gruplarında diffüz kuvvetli boyanma

Tablo 1. Kullanılan antibody'ler

Antibody	Kullanım
P63	Nükleer immunoreaktivite, özellikle hücre nestlerinde
Bcl-2	Kuvvetli immunoreaktif membranöz paternde, keratin incileri hariç
Ki-67	Proliferasyon indeksi %15-20
Ber-P4	Sitoplazmik immünreaktivite bazı Bazoloid tümör hücreleri
EGFR	Sitoplazmik ve membranöz immüoreaktivite gösteren hem bazoloid hem skuamoz hücreli tümör (keratin incileri yok)
CK14	Diffüz ve kuvvetli membranöz immünreaktivite gösteren basoloid hücreli tümör
EMA	İmmünreaktivite yok

Tartışma

BHK malign cilt tümörlerinden en sık görülenidir (2). BHK için risk faktörleri UV ışınlar ve X- ışını maruziyeti, skar dokusu, sebace nevus, arsenik mazuriyeti ve HPV enfeksiyonudur (3). BHK erkeklerde daha sık görülür (erkek/kadın: 2/1). BHK, xeroderma pigmentozum ve nevoid BHK sendromu gibi sendromlara eşlik edebilir (4, 5). BHK sık metastaz yapmaz. En sık uzak metastaz sırasıyla akciğer, kemik ve karaciğerdir (6). BHK için metastaz risk faktörleri; erkek cinsiyet, uzun hastalık süreci, orta hat lokasyonu, radyasyona maruziyet hikayesi ve lezyonun büyüklüğüdür (7). Histopatolojik olarak BHK'un ana alt tipleri: yüzeyel, infiltratif, nodüler, mikronodüler ve morfea benzeridir.

BSK, BHK ile SHK arasında bulunan, BHK'nin nadir görülen agresif bir alt tipidir. BSK tanısı, morfolojik karşılaştırmalara ve immunohistokimyasal boyalarla yapılan yardımcı çalışmalara dayanarak konabilir. Klinik olarak ayırmak imkansızdır. Son yapılan çalışmalarda 178 hastalık bir seride mikroskopik olarak son tanısı BSK olan hastaların ilk tanıları BHK (%73,7) ve SHK (%12) olarak rapor edilmiştir (8). Sadece %13,7'sine ilk tanı olarak BSK denilebilmiş (8).

BSK ile SHK arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda; BHK Ber-EP4 için pozitif immünreaktif (%100 n=39) SHK

Tablo 2. İmmünhistokimyasal ve histopatolojik çalışmalar

Antibody	Kaynak	Klon	Dilüsyon
p63	Leica	NCL- p63	2:100
Bcl-2	Leica	NCL- L-bcl2	1:80
Ki- 67	Leica	NCL- L-CK7-560	1:100
EMA	Lab Vision	LabVision Ab-2	1:1000
Ber-P4	Cell Marque	Ber-EP4	4:100
EGFR	Leica	NCL-L-EGFR-384	1:100
CK14	Leica	NCL-L-LL002	1:100

ise negatiftir. CD10 histokimyasal markeri pozitif olanlar BHK lehine yorumlanır (9). Bu vakada P63, Bcl-2, Ber-EP4, EGFR ve CK14 immunhistokimya boyaları pozitif izlendi. BSK aynı zamanda keratinize ve ülseratif BHK'dan da ayrılmalıdır. Keratinize BHK'da keratinize alanlar bulunur. Ülseratif BHK'da ise skuamoz metaplazi izlenir.

BSK, BHK'a nazaran agresif seyreden uzak metastaza daha yatkın bir cilt kanseridir. Literatürde bildirilen BSK vakalarının %97'ye yakını baş-boyun bölgesindedir ve hemen hemen %60'ı yüzdendir. Constantino ve ark. (10) göre en iyi tedavi yöntemi cerrahidir. Geniş cerrahi sınır bırakılması ve bölgesel lenf nodlarının çıkartılması önemlidir (10). Borel (11); geniş cerrahi eksizeyona rağmen lokal rekürrens oranının 1 yıllık takipte %45,7 olduğunu bildirmiştir. Schuller ve ark. (12) 33 hastanın cerrahi sonrası rekürrens oranının %12,1 olarak bildirmiştir. Schuller ve ark. (12) BSK'nin lokal invazyon özelliği BHK ve SHK ile aynıdır. Ama uzak metastaz insidansı fazladır. SHK'in akciğere metastazı %0,87 iken BSK'in %7,4'dür (12).

Dudic ve ark. (13) göre; Adjuvan radyoterapi; derin invazyon, pozitif cerrahi sınır, perinöral invazyon gibi kötü prognostik faktörü bulunan hastalara verilebilir. BSK'un tartışmalı histolojik tanısı ve nadir gözükmesi nedeniyle tam bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Seçilmiş vakalarda cerrahiye alternatif olarak radyoterapi, kriyoterapi ve immunolojik veya fotodinamik tedavilerde düşünülebilir.

Sonuç

BHK, sık görülen agresif olmayan bir cilt kanseridir. BSK ise oldukça agresif seyirli BHK'nın nadir görülen bir alt tipidir. Bu yüzden uzun dönem yakın takibi gereklidir. Literatürde BHK olarak rapor edilmiş ama metastazları BSK olarak rapor edilen vakalar bulunmaktadır. Bu vakada da yüzdeki lezyonları BHK olan hastanın metastazı, BSK olarak gelmiştir. Kesinleşmiş bir tedavi protokolü olmamakla birlikte en iyi yöntem geniş cerrahi eksizyon ve yakın takiptir.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Author Contributions

Concept - M.F.T., G.A.; Design - M.F.T., A.C.Y., M.S.; Supervision - A.B., A.C.Y., M.S.; Funding - E.C., M.F.T., G.A.; Materials - E.C., M.S.; Data Collection and/or Processing - M.F.T., G.A., A.C.Y., M.S.; Analysis and/or Interpretation - M.F.T., A.C.Y.; Literature Review - A.B., G.A., E.C.; Writer - A.C.Y., M.F.T., G.A.; Critical Review - M.S., A.B., E.C.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - M.F.T., G.A.; Tasarım - M.F.T., A.C.Y., M.S.; Denetleme - A.B., A.C.Y., M.S.; Kaynaklar - E.C., M.F.T., G.A.; Malzemeler - E.C., M.S.; Veri toplanması ve/veya işleme - M.F.T., G.A., A.C.Y., M.S.; Analiz ve/veya yorum - M.F.T., A.C.Y.; Literatür taraması - A.B., G.A., E.C.; Yazıyı yazan - A.C.Y., M.F.T., G.A.; Eleştirel İnceleme - M.S., A.B., E.C.

Kaynaklar

1. De Stefano A, Dispenza F, Petrucci AG, Citraro L, Croce A. Features of biopsy in diagnosis of metatypical basal cell carcinoma (Basosquamous Carcinoma) of head and neck. *Otolaryngologia-polska* 2012; 23: 5.
2. Koplin L, Zarem HA. Recurrent basal cell carcinoma. A review concerning the incidence, behavior, and management of recurrent basal cell carcinoma, with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 656-64. [\[CrossRef\]](#)
3. Yiannias JA, Goldberg LH, Carter-Campbell S, Reddick M, Chamberlain RM. The ratio of basal cell carcinoma to squamous cell carcinoma in Houston, Texas. *J Dermatol Surg Oncol* 1988; 14: 886-9. [\[CrossRef\]](#)
4. Okada M, Tanaka M, Horiuchi N, Kato T, Tagami H. Coexistence of xeroderma pigmentosum with sarcoidosis and adenocarcinoma of the digestive organs. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 376-7. [\[CrossRef\]](#)
5. Requena L, Fariña MC, Robledo M, Sanguenza OP, Sanchez E, Villanueva A, et al. Multiple hereditary infundibulocystic basal cell carcinomas: a genodermatosis different from nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Arch Dermatol* 1999; 135: 1227-35. [\[CrossRef\]](#)
6. Snow SN, Sahl W, Lo JS, Mohs FE, Warner T, Dekkinga JA, et al. Metastatic basal cell carcinoma. Report of five cases. *Cancer* 1994; 73: 328-35. [\[CrossRef\]](#)
7. Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg* 1996; 22: 255-61. [\[CrossRef\]](#)
8. Volkenstein S, Wohlschlaeger J, Liebau J, Arens A, Lehnerdt G, Jahnke K, et al. Basosquamous carcinoma--a rare but aggressive skin malignancy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: 304-6. [\[CrossRef\]](#)
9. Gimbel D, Linskey KR, Zukerberg L, Duncan LM, Sadow PM, Nazarian RM. BerEp4, Cytokeratin 17, and Cytokeratin 14 immunohistochemical staining aid in differentiation of basaloid squamous cell carcinoma from basal cell carcinoma with squamous features. Poster presented at: USCAP 2012.; 2012 March 17-23; Vancouver, Canada.
10. Costantino D, Lowe L, Brown DL. Basosquamous carcinoma an under-recognized, high risk cutaneous neoplasm: case study and review of the Literature. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2005; 59: 424-8. [\[CrossRef\]](#)
11. Borel DM. Cutaneous basosquamous carcinoma: review of the literature and report of 35 cases. *Arch Pathol* 1973; 95: 293-7.
12. Schuller DE, Berg JW, Sherman G, Krause CJ. Cutaneous basosquamous carcinoma of the head and neck: a comparative analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1979; 87: 420-7.
13. Dudic Y, Marra DE. Metastatic basal cell carcinoma. *Am J Otolaryngol* 2011; 32: 455-8. [\[CrossRef\]](#)