Atipik Yerleşim Gösteren Multiple Karsinoma in Situ (Bowen) Hastalığı Olgusu

Multiple Carcinoma in Situ (Bowen's Disease) Presenting Atypical Location of Case Atypical Bowen

Atipik Bowen / Atypical Bowen

Mehmet Bozkurt[1], Emin Kapı[1], Niyazi Gülsün[1]

[1]Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, Türkiye.

Sayın editör,

Bowen hastalığı, ilk defa 1912 yılında Bowen adlı araştırmacı tarafından betimlenen ve karsinoma in situ olarak tanımlanan bir intraepidermal yassı hücreli karsinom türüdür [1-4]. Güneş ışığına maruziyet nedeni ile ortaya çıkabildiği gibi; irradyasyon, arsenik, X-ışınına maruz gibi etmenlerle de oluşabilmektedir [3]. Tipik olarak soliter, yavaş büyüyen, düzensiz sınırlı, asemptomatik, kırmızı eritematöz plak şeklinde bir klinik görünüme sahiptir [1-4]. Lezyonun büyüklüğü birkaç milimetreden birkaç santimetreye kadar değişkenlik gösterebilir [2]. Tedavisinde kriyoterapi, küretaj, koterizasyon, eksizyon, lazer ablasyon, fotodinamik terapi, topikal 5-florourasil ve imiquimod tedavisi gibi modaliteler yer almaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda invaziv yassı hücreli karsinoma % 3-8 oranında dönüşüm gösterdiği bilinmektedir [1, 2].

Bowen hastalığı sıklıkla 70 yaşın üzerindeki, beyaz tenli kişilerde ortaya çıkmaktadır. Bu lezyonlar sıklıkla bayanlarda (%70-85), az sayıdaki olguda ise erkek popülasyonda gözlenebilmektedir [2]. Bu hastalıkta gözlenen lezyonların vücuttaki anatomik dağılımı nonmelanoma deri kanserleriyle benzerlik göstermektedir. Yerleşim yeri genelde vücudun güneş gören bölgeleridir; sıklıkla yüz, baş ve boyun bölgesi ile ekstremitelerde gözlenmektedir [2, 4]. Diğer bölgeler atipik yerleşim yerleri olup bu duruma pek sık rastlanmamaktadır. Genelde soliter şekilde ortaya çıkmakla birlikte, nadiren aynı kişide bazen çok sayıda, çeşitli büyüklükte ve bölgede gözlenebilirler [1,4].

54 yaşındaki erkek olgu, 7 yıldan bu yana göğüs, karın derisi ve her iki el sırtında çok sayıda pigmente lezyon bulunması nedeniyle merkezimize başvurdu. Bu lezyonların yavaş yavaş büyüme gösterdiğini belirten olgudan alınan anamneze göre, daha önce travma ya da soğuk hasarı gibi bir etiyolojik nedene maruz kalmadığı anlaşıldı. Olgunun daha önce başvurduğu değişik merkezlerde kitlelerin bir kısmına cerrahi olarak eksizyon uygulandığı öğrenildi. Olgunun fizik muayenesinde alın, gövde ön kısmı, karın cildi ve her iki el sırtında yüzeyden kabarık olmayan, papüler tarzda, yaklaşık 1-2 cm. çaplı, pembe kırmızı renkli çok sayıda keratotik, pigmente lezyon gözlenmekteydi (Şekil 1).

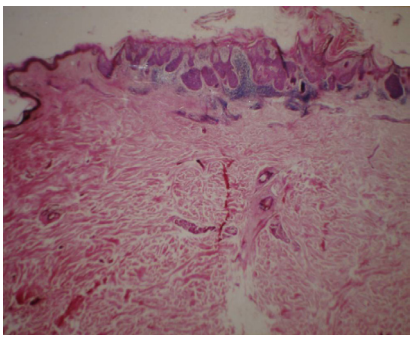
Aynı zamanda sağ omuz ön orta kısmında ülsere, yaklaşık 2 cm. çaplı, pembe kırmızı renkli, sınırları düzensiz 2 adet kitle, göğüs sol ön kısmında 5 cm., 1 cm. ve 2 cm. çaplı sınırları düzensiz, yüzeyden kabarık, mavi-mor renkli, sert kıvamda 3 adet kitle saptandı. Rutin laboratuar incelemelerinde herhangi bir anormallik mevcut değildi.

Göğüs cildinde bulunan keratotik lezyonlar eksize edildi. Operasyon sonrasında herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Lezyonun histopatolojik incelemesinde epidermiste kalınlaşma ve mitozda artış, stratifikasyonda kayıp, hiperkeratoz, akantoz ve keratinositlerde polarite kaybı, çok sayıda nükleuslu ve atipik-diskeratotik hücre, nükleer çapta ve hücresel boyanmada değişiklik gözlendi, bazal tabaka tutulumu mevcut değildi. Bowen hastalığı tanısı alan hasta, kısa ve uzun dönem takibe alındı (Şekil 2).

Bowen hastalığının tanısal değerlendirmesi esnasında göz önüne alınan kriterler arasında yaş, cins, ırk, lezyonun lokalizasyonu ve sayısı yer almaktadır. Literatür verileri incelendiğinde, yaş ve cinsiyet ile ilgili az sayıda çalışma yapıldığı gözlenmektedir [4]. Çalışmamızda görüldüğü gibi, tanısal parametrelerin değişken olabileceği ve demografik bulguların farklılıklar gösterebileceği unutulmamalıdır. Bu durum, invaziv yassı hücreli karsinoma dönüşüm riski bulunan Bowen hastalığının tanısının atlanmaması açısından oldukça önemlidir. Olgumuzda gözlenen, yaş, cins, lokalizasyon ve lezyonların sayısının klasik literatür verileriyle uyum göstermemesi, ilgi çekicidir.



Şekil 1. Olguda bulunan çok sayıda Bowenoid lezyonların görünümü.



Şekil 2. Bowen tanısı alan olgunun histopatolojik kesit görüntüsü (H&Ex100).

Kaynaklar

1. Ramrakha-Jones VS, Herd RM. Treating Bowen's disease: a cost-minimization study. Br J Dermatol. 2003;148:1167-72.
2. Leibovitch I, Huilgol SC, Selva D, Richards S, Paver R. Cutaneous squamous carcinoma in situ (Bowen's disease): treatment with Mohs micrographic surgery. J Am Acad Dermatol. 2005;52:997-1002.
3. Watson K, Creamer D. Arsenic-induced keratoses and Bowen disease. Clin Exp Dermatol. 2004;29:46-8.
4. Varma S, Wilson H, Kurwa HA, Gambles B, Charman C, Pearse AD, Taylor D, Anstey AV. Bowen's disease, solar keratoses and superficial basal cell carcinomas treated by photodynamic therapy using a large-field incoherent light source. Br J Dermatol. 2001;144:567-74.

DOI: 10.4328/JCAM.229 **Received:** 10.03.2010 **Accepted:** 11.04.2010 **Printed:** 01.09.2010 J.Clin.Anal.Med.2010;1(3):178

Corresponding Author: Mehmet Bozkurt, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, 21280, Diyarbakır, Türkiye. **Phone** 902067223509 **Fax** 774482221409 **E-mail**: drmbozkurt@yahoo.com