



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TIBBİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

**EPİTELYAL DERİ TÜMÖRLERİNİN HİSTOLOJİK TIP,
LOKALİZASYON VE EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. İREM MELİKE YAZICIOĞLU

SAMSUN – 2016



T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

TIBBİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

**EPİTELYAL DERİ TÜMÖRLERİNİN HİSTOLOJİK TİP,
LOKALİZASYON VE EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. İREM MELİKE YAZICIOĞLU

DANIŞMAN

PROF. DR. LEVENT YILDIZ

SAMSUN – 2016

TEŞEKKÜR

Yanımda olduğu ilk andan beri beni mutlu eden ve her konuda bana destek olan çok kıymetli eőim Bahadır Yazıcıoğlu'na,

Hayatımın her anında bana destek olan canım annem, babam ve kardeőlerime,

Bilgileri ve deneyimiyle meslek hayatıma ışık tutan ve bu tezin hazırlanmasında desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Levent Yıldız'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerinden faydalandığım tüm değerli hocalarıma,

Asistanlığım süresi içinde birlikte çalışmaktan keyif aldığım; uzmanlığını almış ve uzmanlık eğitimlerine devam etmekte olan tüm değerli asistan arkadaşlarıma,

Ekip çalışmasının önemini anlamamı sağlayan bölümümüzün tüm personel, teknisyen ve sekreterlerine;

çok teşekkür ederim..

Dr. İrem Melike YAZICIOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ŞEKİLLER LİSTESİ	IV
TABLolar LİSTESİ	VI
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Epidemiyoloji.....	2
2.2. Etyopatogenez	2
2.3. Tümör Sınıflandırması	3
2.3.1. Bazal Hücreli Karsinom.....	3
2.3.2. Skuamöz Hücreli Karsinom.....	6
2.3.3. Malign Melanom.....	7
2.3.3.1. Yüzeysel Yayılan Malign Melanom.....	9
2.3.3.2. Nodüler Malign Melanom	10
2.3.3.3. Akral Lentijinöz Malign Melanom	11
2.3.3.4. Lentigo Malign Melanom	12
2.3.4. Deri Eki Tümörleri.....	13
2.3.4.1. Apokrin ve Ekrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	15
2.3.4.2. Apokrin ve Ekrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	18
2.3.4.3. Folliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri.....	20
2.3.4.4. Folliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri.....	21
2.3.4.5. Sebasöz Diferansiasyon Gösteren Deri Eki Tümörleri.....	23
2.3.5. Dermoid Kist.....	24
2.4. Tümör Evrelemesi.....	24
2.4.1. Melanom Dışı Deri Kanserlerinde Evreleme.....	24
2.4.2. Malign Melanom Evreleme	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4. BULGULAR.....	29

4.1.Çalışmaya Alınan Olguların Demografik Özellikleri	29
4.2. Deri Biyopsilerinin Gönderildiği Bölümler	29
4.3. Yıllara Göre Deri Tümörü Olgu Sayıları	31
4.4. Deri Tümörlerinin En Sık Yerleşim Yerleri.....	42
4.5. En Sık Verilen Deri Tümörü Tanıları	47
4.6. Biyopsi Alınma Şekillerine Göre Hastaların Sınıflandırılması	54
4.7. Raporlamada Kullanılan Parametreler.....	55
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR.....	71
7. ÖNERİLER.....	72
8. KAYNAKLAR	73
9. EKLER	81
EK-1 Etik Kurul Onayı.....	81
10. ÖZGEÇMİŞ	82

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Bazal hücreli karsinom alt tipleri histopatolojisi.....	5
Şekil 2: Skuamöz hücreli karsinom alt tipleri histopatolojisi.....	7
Şekil 3: Yüzeysel yayılan malign melanom histopatolojisi.....	10
Şekil 4: Nodüler malign melanom histopatolojisi.....	11
Şekil 5: Akral lentijinöz malign melanom histopatolojisi.....	12
Şekil 6: Lentigo maligna histopatolojisi.....	12
Şekil 7: Dış merkezden gelen biyopsilerin yıllara göre dağılımı.....	31
Şekil 8: Yıllara göre tüm deri tümörü olgularının dağılımı.....	32
Şekil 9: Yıllara göre deri tümörü olgularının tüm biyopsilere oranı.....	32
Şekil 10: Cinsiyetlere göre deri tümörleri olgu sayıları.....	34
Şekil 11: Tüm deri tümörlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	34
Şekil 12: Yıllara göre BCC tanısı alan olgu sayıları.....	35
Şekil 13: Yaş gruplarına göre BCC tanısı alan olgular.....	35
Şekil 14: Yıllara göre SCC tanısı alan olgu sayıları.....	36
Şekil 15: Yaş gruplarına göre SCC tanısı alan olgular.....	36
Şekil 16: Yıllara göre malign melanom tanısı alan olgu sayıları.....	37
Şekil 17: Yaş gruplarına göre malign melanom tanısı alan olgular.....	37
Şekil 18: Yıllara göre bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgu sayıları.....	38
Şekil 19: Yaş gruplarına göre bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgular.....	38
Şekil 20: Yıllara göre dermoid kist tanısı alan olgu sayıları.....	39
Şekil 21: Yaş gruplarına göre dermoid kist tanısı alan olgular.....	39
Şekil 22: Yıllara göre malign deri eki tümörü alan olgu sayısı.....	40
Şekil 23: Yaş gruplarına göre malign deri eki tümörü tanısı alan olgular.....	40
Şekil 24: Yıllara göre benign deri eki tümörü alan olgu sayısı.....	41
Şekil 25: Yaş gruplarına göre benign deri eki tümörü tanısı alan olgular.....	41
Şekil 26: BCC yerleşim yerleri.....	43
Şekil 27: SCC yerleşim yerleri.....	43
Şekil 28: Malign melanom yerleşim yerleri.....	44
Şekil 29: Cinsiyetlere göre malign melanom yerleşim yerleri.....	44
Şekil 30: Bazoskuamöz hücreli karsinomların yerleşim yerleri.....	45

Şekil 31: Dermoid kistlerin yerleşim yerleri.....	45
Şekil 32: Malign deri eki tümörleri yerleşim yerleri.	46
Şekil 33: Benign deri eki tümöleri yerleşim yerleri	46
Şekil 34: Tanı verilemeyen biyopsilerin yerleşim yerleri	47
Şekil 35: Alt tipi belirtilmeyen malign melanom olgularının yıllara göre dağılımı 51	
Şekil 36: Alt tipi belirtilmeyen malign melanom tüm melanomlara oranı.....	51
Şekil 37: Histokimyasal çalışma yapılan olguların tanıları	56
Şekil 38: İmmunhistokimyasal çalışma tanı dağılımları.....	57



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Deri kanserlerinde risk faktörleri.....	2
Tablo 2: Malign melanomun WHO sınıflaması.....	9
Tablo 3: Büyüme fazlarına göre malign melanom tipleri.....	9
Tablo 4: Deri eki tümörlerinin WHO histolojik sınıflaması.....	14
Tablo 5: AJCC TNM evrelemesi.....	25
Tablo 6: Primer tümör (T) evrelemesi için yüksek risk özellikleri.....	25
Tablo 7: AJCC Klinik Evreleme.....	26
Tablo 8: Malign melanom TNM evrelemesi.....	27
Tablo 9: Biyopsi gönderen bölümlerin dağılımı.....	30
Tablo 10: Bölümlerden gelen biyopsi sayılarının 10 yıllık periyotlarla dağılımı....	30
Tablo 11: Dış merkezden gelen biyopsilere verilen tanıların dağılımı..	31
Tablo 12: 10 yıllık periyotlarla verilen deri tümörü tanıları.....	33
Tablo 13: BCC, SCC ve MM'un 2 dekad arasında görülen artış oranı.....	33
Tablo 14: Deri tümörlerinin yerleşim yerlerine göre dağılımı.....	42
Tablo 15: En sık verilen deri tümörü tanıları.....	48
Tablo 16: Tanı verilen bazal hücreli karsinom tipleri.....	49
Tablo 17: SCC tanısı verilen olguların alt tiplerine göre sınıflandırılması.....	49
Tablo 18: SCC derece belirtilme durumları.....	50
Tablo 19: Tanı verilen Malign Melanom türleri.....	50
Tablo 20: Apokrin ve Ekrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri.....	52
Tablo 21: Apokrin ve Ekrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri.....	52
Tablo 22: Folliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri.....	53
Tablo 23: Folliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümör Olgusu Dağılımları.....	53
Tablo 24: Sebasöz Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri.....	54
Tablo 25: Alınma şekline göre biyopsilerin sınıflandırılması.....	54
Tablo 26: Bölümlerden gelen biyopsilerin en sık alınma şekilleri.....	55
Tablo 1: Eksizyonel biyopsi, total rezeksiyon ve amputasyon materyallerinde cerrahi sınır belirtilme oranları.....	56
Tablo 2: Malign melanomlarda prognostik indeks belirtilme oranı.....	58

Tablo 3: İnsizyonel biyopsi ile eksizyonel biyopsi tanıları farklı olan olgular.....	58
Tablo 4: Dış merkez tanısı ile OMÜ patoloji departmanı tanısı farklı olan olgular	59
Tablo 5: Nüks eden tümör tanıları.....	59



SİMGELER ve KISALTMALAR

µm	Mikrometre
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AJCC	Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (American Joint Committee on Cancer)
BCC	Bazal Hücreli Karsinom
DET	Deri Eki Tümörleri
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
H&E	Hematoksilen - Eozin Boyama
HK	Histokimyasal Çalışma
İHK	İmmunhistokimyasal Çalışma
KBB	Kulak Burun Boğaz
LDH	Laktat Dehidrogenaz
MM	Malign Melanom
OMÜ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
PAS	Peryodik Asit Shift
RBF	Radyal Büyüme Fazı
RT	Radyoterapi
SCC	Skvamöz Hücreli Karsinom
SPSS	Statistical Package for Social Science
UV	Ultraviyole
UVB	Ultraviyole B
VBF	Vertikal Büyüme Fazı

ÖZET

EPİTELYAL DERİ TÜMÖRLERİNİN HİSTOLOJİK TİP, LOKALİZASYON VE EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş ve Amaç: Derinin malign tümörleri arasında bazal hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom, malign melanom , bazoskuamöz karsinom ve deri eki tümörleri yer alır. Biyolojik davranışları oldukça farklı olan bu tümörler içinde bazal hücreli karsinom olguların büyük bir kısmını oluşturur. Sıklık olarak sonrasında sırasıyla skuamöz hücreli karsinom, malign melanom ve deri eki tümörleri gelmektedir.

Bu çalışmanın amacı, bölümümüzde tanı almış benign ve malign deri tümörlü hastaların, yaş, cinsiyet, gönderen bölüm, lezyonun histopatolojik tanısı ve yerleşim yeri, uygulanan operasyon, raporlamada belirtilen parametreler ve nüks oranlarının retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Ocak 1995 - Aralık 2014 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji Anabilim dalında tanı almış benign ve malign deri tümörlü 2865 olgu üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 1678'i (%58,6) erkek, 1187'si (%41,4) kadındır. Yaş ortalaması 62 (minimum: 1, maksimum: 105) olarak saptanmıştır. Tümörlerin en sık yerleşim yerinin baş-boyun bölgesi olduğu görülmüştür.

Hastalarda en sık histopatolojik tanı %49,7 oranla bazal hücreli karsinom (1425 olgu), sonrasında sırayla %24,9 skuamöz hücreli karsinom (713 olgu), %11,1 deri eki tümörü (320 olgu), %8,0 malign melanom (229 olgu), %2,8 bazoskuamöz karsinom (80 olgu), %2,4 dermoid kist (70 olgu) olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda tanı verilemeyen biyopsi oranı %1,0 (28 olgu) düzeyindedir.

Çalışmaya aldığımız deri biyopsilerinin en çok 1599 olgu ile plastik cerrahi bölümünden (%55,8) geldiği saptanmıştır.

Gönderilen biyopsilerin %70,7'si eksizyonel biyopsi (2025 biyopsi) olup sonra sırayla 288 biyopsi ile insizyonel biyopsi (%10,1), 223 biyopsi ile radikal rezeksiyon (%7,8), 44 biyopsi ile amputasyon (%1,5), 21 biyopsi ile parsiyel rezeksiyon (%0,7), 13 biyopsi ile kama rezeksiyon (%0,5) ve 6 biyopsi ile ekzanterasyon (%0,2) materyali idi. 18 adet biyopsi ise intraoperatif konsültasyon (frozen) olarak gönderilmiştir. 245 biyopsinin ise alınma şekli belirtilmemiştir (%8,6). 181 adet biyopsinin öncesinde insizyonel biyopsisi mevcuttur (%6,3).

Tartışma ve Sonuç: Kanser, son yıllarda tüm dünyada artış gösteren bir hastalıktır. Deri kanserleri 50 yaş üzerinde siktir ve erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Bazal hücreli karsinom en sık görülen deri kanseridir. Deri kanseri etiolojisindeki en önemli etkenlerden biri çocukluk çağında güneş ışığına maruz kalınmasıdır. Bu nedenle ülkemizde de bu sayının yıllar içerisinde hem çocuklarda hem erişkinlerde artmaması için halkı bilinçlendirmek ve güneşten korunmayı teşvik etmek amaçlı okullarda, medyada ve sosyal ortamlar aracılığıyla eğitim kampanyaları yürütülmesi anlamlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: deri kanseri, patoloji, epidemiyoloji.

ABSTRACT

HISTOLOGICAL TYPE, LOCALIZATION AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EPITHELIAL SKIN TUMORS

Background & Aim: Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, malignant melanoma, basosquamous carcinoma, and appendageal tumors are the most common malignant tumors of skin. They have distinctly different biological behaviors. Basal cell carcinoma is the most common followed by squamous cell carcinoma, malignant melanoma and tumors of the skin appendages.

The purpose of this study was, to evaluate the demographic characteristics, referring clinics, histopathological diagnosis, localization, biopsy procedure, final report characteristics and recurrence rates of benign and malignant skin tumors.

Methods: 2865 benign and malignant skin tumors reported between 1995-2014 at OMUTF Pathology Department were analysed.

Results: 1678 patients (58.6%) were male, and 1187 (41.4%) were female. The mean age of the patients was 62. The most common location was the head and neck region. The most common histopathological diagnosis was basal cell carcinoma 1425 biopsies (49.7%) followed by squamous cell carcinoma 713 biopsies (24.9%), appendageal skin tumors 320 biopsies (11.2%), malignant melanoma 229 biopsies (8.0%), basosquamous carcinoma 80 biopsies (2.8%) and dermoid cysts 70 biopsies (2.4%). In the study, there were 28 (1.0%) biopsies that could not be diagnosed.

Most biopsies were sent from plastic surgery department. The most frequently performed biopsy type was excisional biopsy with 2025 biopsies (70,7%). 181 (6.3%) of the excisional biopsies, also had an incisional biopsy performed prior to excision.

Conclusion: Cancer is a disease that increased worldwide in recent years. Skin cancer is found often over age 50 and is more common in men than women. Basal cell carcinoma is the most common type of skin cancer. Intense exposure to sunlight in childhood is very important in the etiology of skin cancer. Therefore, to reduce the

incidence of skin cancer in children and adults, the importance of protection from sunrays should be thought and explained in media, social environment and schools.

Keywords: skin cancer, pathology, epidemiology.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Keratinositik kökenli malign tümörler skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve bazal hücreli karsinom (BCC) tüm deri malign tümörlerinin %90'ından fazlasını oluştururlar (1). Mortalite oranı %0,1 düzeyinde olup SCC'de BCC'den daha yüksektir (2). Düşük ölüm oranlarına rağmen önemli sağlık problemleridir (1,2). Çoğu ultraviyole B (UVB) tarafından uyarılan genetik anomaliler nedeniyle gelişir. Bunun dışında sigara kullanımı, human papilloma virüs, arsenik - vinil klorid gibi endüstriyel kimyasallar, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve alkilleyici ajanlar da ortaya çıkmalarında etkili olan karsinojenlerdir.

Malign melanom etiolojisinde UV ışınlar, çevresel ve herediter faktörlerin rol oynadığı, daha çok vücudun güneş gören bölgelerinde, melanositlerden gelişen bir tümördür (3). Son iki dekatta endüstrileşen ülkelerdeki beyaz ırkta önemli bir insidans artışı göstermiştir (1).

Deri eki tümörleri; kıl follikülü tümörleri, sebace tümörler, apokrin tümörler, ektrin tümörler ve kompleks adneksiyal tümörler genel başlıkları altında incelenen, 80 kadar türü bulunan ve tanımlanan antite sayısı giderek artan tümörlerdir (1). Çoğunda etiolojide belirli bir ajan yoktur ancak bir tümör supresör gende otozomal dominant mutasyonun neden olduğu olgular vardır (2).

Çalışmamıza dermoid kistler de dahil edilmiştir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Orta Karadeniz bölgesinin referans hastanesi konumundadır. Bu bakımdan araştırmamızın bu bölgedeki deri tümörlerinin genel profilini yansıtacak nitelikte olduğunu düşünmekteyiz.

Araştırmamızın amacı son 20 yılda bölümümüzde tanı almış benign ve malign deri ve deri eki tümörlerinin tümör tipine, cinsiyete, yaş gruplarına, vücuttaki lokalizasyonlarına, gönderilen klinik bölüme göre dağılımını araştırmak ve raporlamada belirtilen parametreleri değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epidemiyoloji

Melanom dışı deri kanserleri, en sık görülen deri kanserlerdir (4). Tüm yeni kanser olgularının 1/3'ünden fazlası melanom dışı deri kanserleridir. Melanom dışı deri kanserlerinin, en sık iki histolojik tipi; bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinom (SCC)'dur. BCC; melanom dışı deri kanserlerinin %75'ini oluştururken SCC; tüm melanom dışı deri kanserlerinin %25'ini oluşturmaktadır. Malign melanom (MM) Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde en sık görülen 7. kanser türüdür (5).

2.2. Etyopatogenez

Deri kanseri gelişmesi için kişiye ve çevreye ait çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Güneşe maruz kalan kişilerin maruz kalmayanlara göre deri kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu görülmüştür (6). Kişi özelliklerinden beyaz tene sahip olanlar; deride fazla sayıda çillenmesi olanlar; çok fazla sayıda, farklı şekillerde ve boyutlarda nevüslere sahip olanlar; ailesinde deri kanseri öyküsü bulunanlar; deride uzun yıllar iyileşmeyen yaraları olanlar; kimyasal karsinogen maddelere kronik şekilde maruz kalan kişiler daha yüksek risk altındadır (7,8) (Tablo 1). Yaş, meslek ve yerleşim yeri gibi özellikler de deri kanseri görülme riskini etkileyen faktörler arasındadır (9).

Tablo 1: Deri kanserlerinde risk faktörleri.

Güneş ışınları
Radyasyon dermatiti ile beraber radyoterapi hikayesi
Kimyasal karsinogenler
Kronik ülserasyon ve enflamasyon
Genetik yatkınlık
Kseroderma pigmentozum
Bağışıklık sistemin baskılanması

İmmüsupresyonun kanser gelişimini artırdığı bilinmektedir. Rashtak ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada solid organ transplantasyonu yapılan hastalarda deri kanseri gelişim riskinin arttığı ve bu riskin en çok da akciğer transplantasyonu yapılan hastalarda arttığı gösterilmiştir. Bunun sebebi olarak ise akciğer transplantasyonu yapılan hastalara daha ağır immüsupresif tedavi rejiminin verilmesi olduğu düşünülmüştür. Bu nedenle transplantasyon yapılan hastaların deri kanseri gelişimi açısından takibe alınmaları, güneş ışığından korunmaları ve bu konuda hastaların eğitilmesi önerilmiştir (10).

Melanin pigmentinin ultraviyole ışınlar karşı koruma sağladığı bilinmektedir. Bu nedenle siyah ırkta deri kanseri gelişiminin çok olmaması beklenmektedir. Gohara çalışmasında Afrikalılardaki deri kanseri sıklığını araştırmış ve kanser sıklığının düşük, ancak mortalitesinin yüksek olduğu ve beyazlara göre metastaz oranının daha yüksek olduğunu bulmuştur (11). Başka bir çalışmada ise vitiligolu hastalarda malign melanom ve melanom dışı deri kanseri gelişim riskinin üç kat daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedenlerinin hastaların genel olarak güneş ışığından kaçınmaları, antimelanosit immün cevap ve korunmuş p53 gen varlığı olduğu düşünülmektedir (12).

2.3. Tümör Sınıflandırması

2.3.1. Bazal Hücreli Karsinom

Bazal hücreli karsinom (BCC), en sık karşılaşılan deri kanseridir (13,14). Epidermis ve eklerinin non-keratinize bazal hücrelerinden köken alan, yavaş büyüyen, tedavi edilmediğinde lokal olarak invazyon gösteren, ciddi doku hasarı oluşturan ancak nadiren metastaz yapan deri tümörüdür (15). Tüm deri kanserlerinin %70-80'ini oluşturmaktadır ve yaş arttıkça insidansı da artmaktadır. Açık renkli deriye sahip, renkli gözlü, sarı veya kızıl saçlı, bronzlaşma eğilimi az olan ve güneş hasarlı deri özelliklerine sahip kişilerde daha çok görülmektedir. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık iki kat daha fazla görülür (16). Tüm BCC'lerin % 80'i baş-boyun bölgesinde, bunun ise % 20'si burun bölgesinde yerleşim gösterir (15).

Klinik Görünüm: Şeffaf, inci tanesi benzeri kabarıklık kenarları olan papül nodüller lezyondur. Belirgin telenjektaziler gösteren eritematöz plak ya da kistik bir nodül gibi değişik klinik şekiller de gösterebilir (2,17).

Histopatoloji: Histolojik olarak nodüller (solid), mikronodüller, yüzeysel, infiltratif, sklerozan (morfeiform), metatipik, keratotik, pigmente, adenoid, fibroepitelyal ve infundibulokistik gibi alt tipleri vardır (18).

Olguların yarısından fazlasını oluşturan nodüller tipte, periferik palizasyon ve stromal retraksiyon gösteren atipik bazaloid hücre agregatları gözlenir (18,19).

Mikronodüller tipte, fibröz bir stromada asimetrik proliferasyon olan atipik bazaloid hücre adaları izlenir (18).

Yüzeysel tip, epiderminin alt yüzeyine bitişik olacak şekilde periferik palizasyon oluşturan bazaloid hücrelerin tomurcuklanması ve düzensiz proliferasyonu ile karakterizedir (20).

İnfiltratif tipte, palizasyon ve retraksiyonun genellikle gözlenmediği, kordonlar şeklinde bazaloid hücreler izlenir (2).

Sklerozan tip, genellikle retiküler dermisi infiltrasyon eden ve yoğun bir fibromatöz reaksiyon ile desteklenen çok sayıda neoplazi adalarından oluşur (16).

Metatipik bazal hücreli karsinom, nodüller tip ile skuamöz hücreli karsinom arasında histolojik özellik gösterir (18).

Keratotik tip bazal hücreli karsinomlar, kıl follikülü infundibulumu yönünde farklılık gösterir (18).

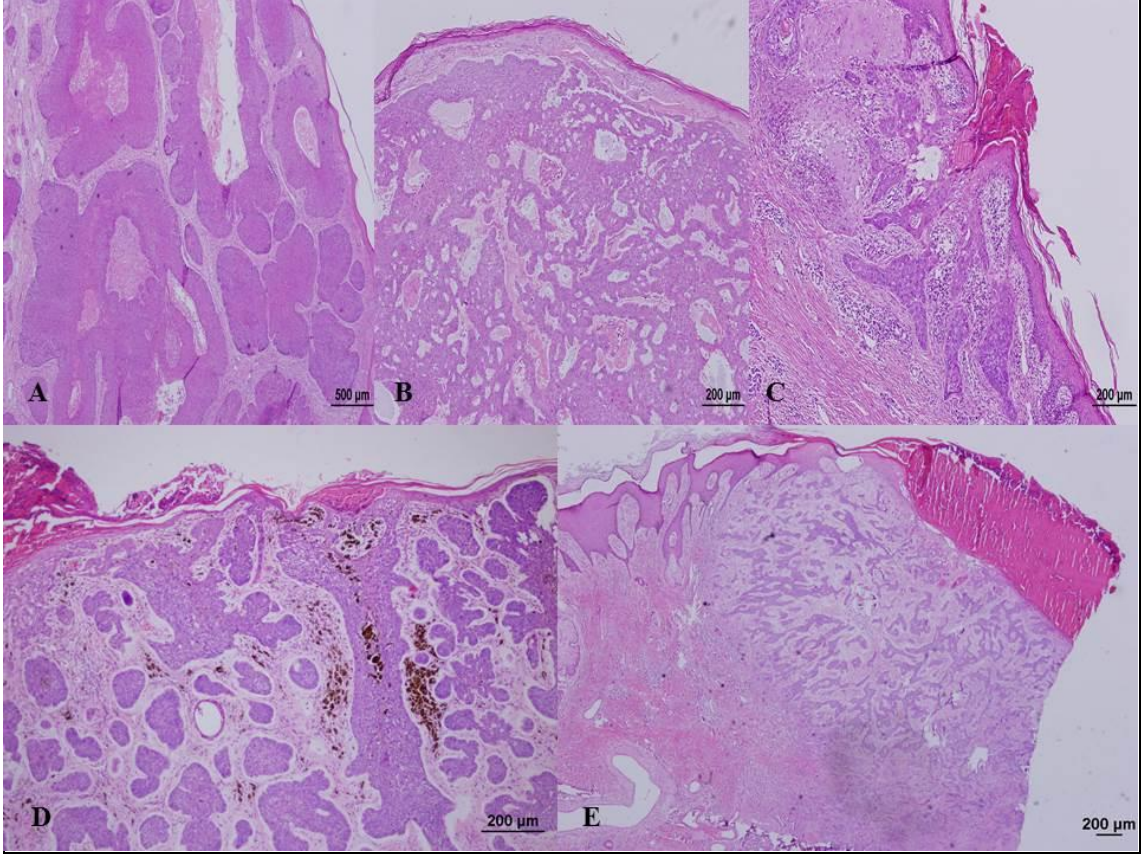
Pigmente tip, nodüller BCC'nin artmış melanizasyon gösteren alt tipidir(21).

Adenoid tip BCC'de, ağ tarzında ince bazaloid hücre kordonları gözlenir (2).

Fibroepitelyal tip, Pincus'un fibroepitelyoması olarak da adlandırılır. Fibröz stroma içerisinde birbiri içine geçmiş, ince, dallanan uzun diziler halinde bazaloid hücreler izlenir (22).

İnfundibulokistik tipte ise, kıl follikülü farklanması gözlenir (Şekil 1).

Şekil 1: Bazal hücreli karsinom alt tipleri histopatolojisi



A: Nodüler tip BCC, fokal kistik değişiklikler ve periferik palizatlanma, (H&E, x40). **B:** Kistik tip BCC, (H&E, x100). **C:** Yüzeysel tip BCC, dermoepidermal bileşkede ve yüzeysel dermiste, çevresinde palizatlanma gözlenen solid, atipik bazaloid hücreler, (H&E, x100). **D:** Pigmente tip BCC, tümör hücrelerinde melanin pigmenti, (H&E, x100). **E:** İnfiltratif tip BCC, (H&E, x40).

Prognoz ve Tedavi: Bazal hücreli karsinomlar lokal invaziv tümörlerdir ve metastaz 10.000 olguda 1'den azdır (2).

Tedavide altın standart cerrahi eksizyondur (23). Bununla birlikte; yaşı, ek hastalıkları ve tümör lokalizasyonu nedeniyle cerrahi tedavi adayı olmayan veya cerrahi istemeyen hastalarda; radyoterapi (RT), kriyoterapi, koter ablasyon ve küretaj, fotodinamik tedavi ve immünmodülatör ilaçlar alternatif tedavi yöntemleri olarak önerilebilir (19).

2.3.2. Skuamöz Hücreli Karsinom

Skuamöz hücreli karsinom diğer adı ile epidermoid karsinom, deri kanserleri arasında ikinci sıklıktadır ve erkeklerde daha fazla görülür. Deri malignansilerinin %20'sini oluşturur. Epidermisteki keratinositlerden kaynaklanır. En çok baş ve boyun, el sırtı gibi güneş ışınlarına maruz kalan yerlerde görülür. Baş ve boyunda güneş ışınlarına bağlı oluşan kanserlerin yaklaşık %60'ını oluşturur (24,25). Ultraviyole B (UVB) ışığı en önemli etiyolojik faktördür (2). Özellikle Avustralya'da açık tenli popülasyonda, güneş ışınlarına fazla maruz kalmaktan dolayı dünyadaki en yüksek skuamöz hücreli karsinom görülme oranı izlenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yeni 100-150 bin arası olgu kaydedilmektedir (24).

Ülkemizde skuamöz hücreli karsinom, malign deri kanserleri içinde BCC' den sonra en sık görülen deri kanseridir (26).

Klinik Görünüm: Klinik olarak farklı özelliklere sahiptir (18). Sıklıkla kenarları kabarık yüzeysel ülser şeklinde gözlenir (2,19). Çevre deride aktinik hasar bulguları izlenir (2).

Histopatoloji: Histolojik olarak akantolitik, iğsi hücreli ve verrüköz gibi alt tipleri mevcuttur (2).

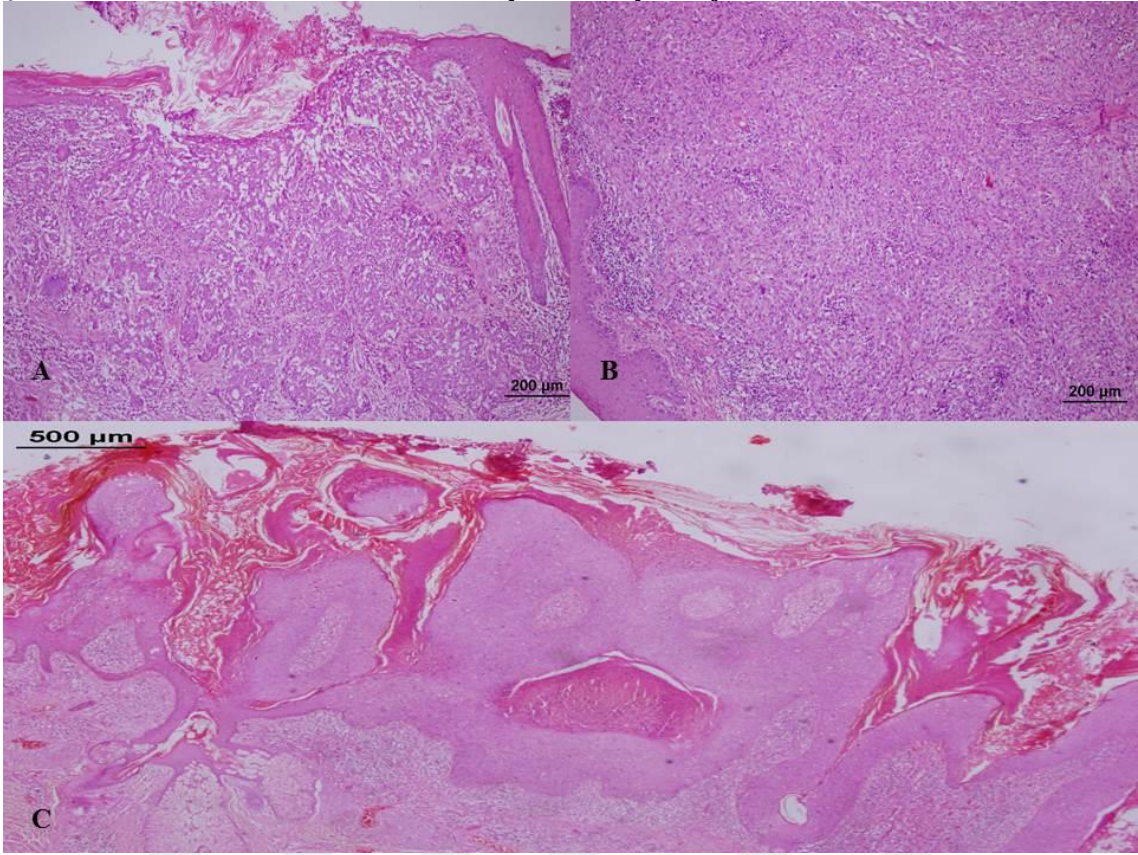
Akantolitik tipte histolojik olarak belirgin suprabaziller veya intratümöral akantoliz mevcuttur (Şekil 2) (2).

İğsi hücreli SCC'de iğsi yapılarıyla az diferansiye atipik hücre topluluğu karakteristiktir. Kötü huyludur ve metastaz oranı % 25'lere kadar çıkmaktadır (24,27).

Verrüköz karsinom dermisin içine doğru proliferen olan irregüler epidermal hücre kitleleri ile karakterizedir. Tümörün alt kenarı geniş bir şekilde dermise yayılabilir veya tek tek mikroinvazyon odakları olabilir (15,19).

Bazoskuamöz karsinom, histolojik olarak hem bazal hücreli karsinom hem de skuamöz hücreli karsinom özelliklerini sergileyen tümörlerdir (19).

Şekil 2: Skuamöz hücreli karsinom alt tipleri histopatolojisi.



A: Akantolitik SCC; tümör hücrelerinde belirgin akantoliz, (H&E, x100). **B:** İğsi hücreli SCC, (H&E, x100). **C:** Verrüköz SCC, (H&E, x40).

Prognoz ve Tedavi: Skuamöz hücreli karsinomun metastaz oranı % 0,5-6 arasında bildirilmiştir ve metastazların yaklaşık 3/4'ü ölümlle sonuçlanır (15,19).

Asıl tedavisi cerrahi eksizyondur. SCC'de primer eksizyon sonrası rekürrens oranları % 5 - 6 arasındadır. 1 cm'den büyük çap, kötü diferansiye sitolojik özellikler, derin dermise veya yağ dokusuna invazyon rekürrensle ilişkili faktörlerdir. Hastanın medikal durumu ameliyatı kaldıramayacak şekilde ise tek başına lokal radyasyon tedavisi küçük (T1) tümörlerde verilebilir (24).

2.3.3. Malign Melanom

Malign melanom etiolojisinde ultraviyole (UV) ışınları ve genetik faktörlerin rol oynadığı, daha çok vücudun güneş gören bölgelerinde, melanositlerden gelişen bir

tümördür (3). İnsidansı son iki dekatta endüstrileşen ülkelerdeki beyaz ırkta önemli bir artış göstermiştir (1).

En sık baş boyunda yerleşim gösterir. Kadınlarda özellikle alt ekstremitede, erkeklerde ise sırt ve omuzda görülür (2). Subungual bölge, avuç içi ve ayak tabanı diğer nadir görülen lokalizasyonlardır (3). Özellikle çocukluk döneminde aralıklı ultraviyole ışığa maruz kalınması en önemli risk faktörüdür (2). Ayrıca açık ten rengine sahip, kızıl saçlı ve güneşte yanmaya yatkın beyaz bireyler özellikle risk altındadır. Zencilerde melanom görülme sıklığı az olup avuç içi, ayak tabanı, tırnak yatağı ve müköz membran lokalizasyonu daha sıktır (3).

Çoğunlukla erişkinlerde ve yaşlılarda görülür. Altıncı dekatta pik yapar (2). Çocukluk çağında da görülebilir ve histolojisi erişkindekine benzer (3). De novo gelişebileceği gibi var olan bir benign melanositik nevüs üzerinden de gelişebilir (2). Dolayısıyla vücutta çok sayıda nevüsün varlığı melanom gelişimi için risk oluşturur (3).

Malign melanom en sık epidermisten gelişir. *In situ* olarak kalabileceği gibi dermise invazyon da gösterebilir. İnvaziv olanların bazıları ise tamamen dermal olabilir. İnvaziv melanom tümörojenik (vertikal büyüme fazında) ve non-tümörojenik (radyal büyüme fazında) olabilir (19).

Non-tümörojenik fazda melanom hücreleri primer olarak intraepidermal bölgede proliferasyon olmaktadır (28,29). Dermiste en büyük intraepidermal kümeden daha büyük hücre grubu yoktur ve dermal mitoz gözlenmez (19). Bu evredeki melanomların metastaz yapmadıkları kabul edilir. Hızlı büyüme ve malign hücrelerin nodül oluşturması vertikal büyüme fazının işaretidir (29).

Malign melanom tipleri Tablo 2’de, büyüme fazlarına göre melanomlar Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 2: Malign melanomun WHO sınıflaması (*).

Malign melanom tipleri
Yüzeyel yayılan malign melanom
Nodüler malign melanom
Lentigo malign melanom
Akral lentiginöz malign melanom
Dezmozplastik melanom
'Blue' nevüsten gelişen melanom
Dev konjenital nevüsten gelişen melanom
Çocukluk çağı melanomu
Nevoid melanom
Persistan melanom

* Deri eki tümörlerinin WHO histolojik sınıflaması (2).

Tablo 3: Büyüme fazlarına göre malign melanom tipleri.

Non-tümörojenik melanom (RBF) *	Tümörojenik melanom(VBF)**
-Yüzeyel yayılan melanom	-Nodüler malign melanom
-Lentigo maligna melanom	
-Akral lentiginöz melanom	

*Radyal büyüme fazı

**Vertikal büyüme fazı

2.3.3.1. Yüzeyel Yayılan Malign Melanom

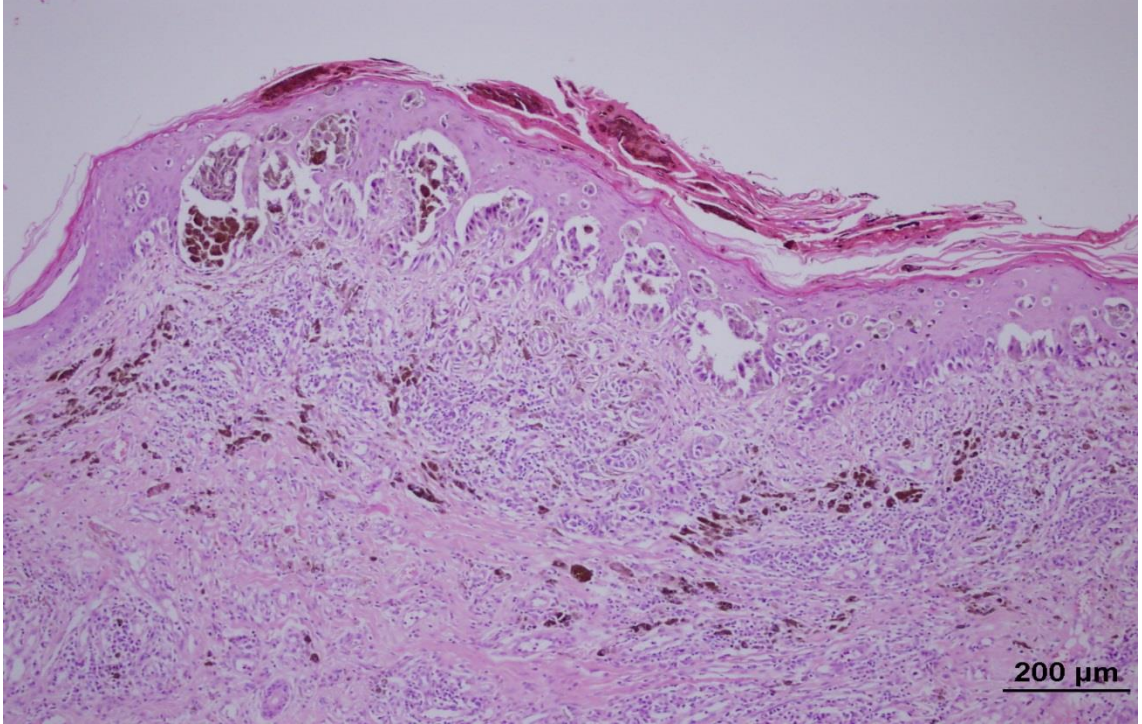
Yaklaşık olarak tüm melanomların %70-75'ini oluşturur. Vücutta her yerde gözlenebilir ancak gövdede ve güneş ışığına maruz kalan bacakların alt kısmında ve kolların üst kısmında sıktır (30). Düzensiz sınırlı, yüzeyden hafif kabarık ve plak tarzında palpe edilebilen lezyon şeklindedir. Çok renkli bir görünüm sergiler (1). Papül ve nodül gelişimi, bazen de ülserasyon varlığı tümörojenik vertikal büyümenin bulgusudur (19).

Histolojik olarak epidermis içinde pagetoid yayılım gösteren, değişen oranlarda melanin pigmenti içeren, iri çekirdekli, belirgin büyük çekirdekcikli, geniş eozinofilik

sitoplazmalı atipik melanositler gözlenir (2,19).

In situ lezyonda dermiste tümör hücreleri gözlenmez. İnvaziv ancak non-tümörojenik lezyonda dermisteki hücre yuvaları epidermistekinden küçüktür ve mitoz gözlenmez. Tümörojenik vertikal büyüme fazında ise dermiste, en büyük intraepidermal yuvadan daha büyük en az bir hücre kümesi ve mitoz vardır (Şekil 3) (19).

Şekil 3: Yüzeysel yayılan malign melanom histopatolojisi.



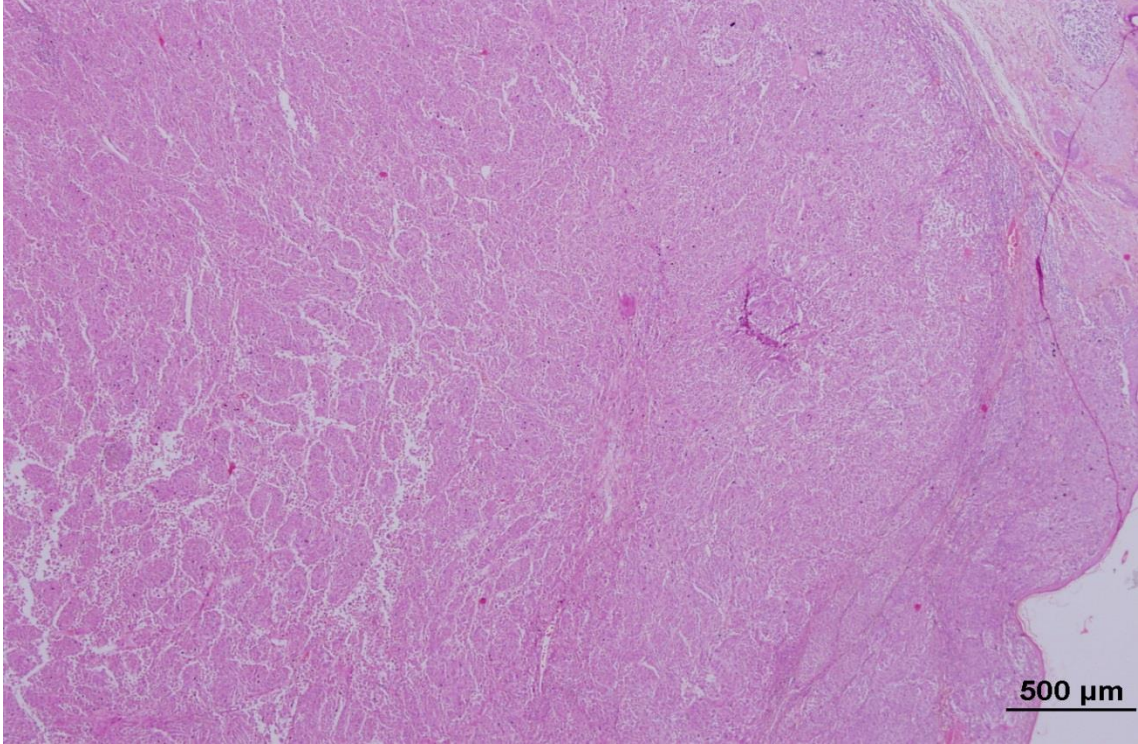
* (H&E, x100).

2.3.3.2. Nodüler Malign Melanom

İkinci en sık görülen tiptir. En sık gövde, baş boyun ve bacakların alt kısmında görülür. Genellikle iyi sınırlı, simetrik, hızlı büyüyen papül veya nodüller şeklinde ortaya çıkar. Mavi-siyah renkte veya amelanotik olabilir. Yüzeyde ülserasyon olabilir (2).

Histolojik olarak dermisi dolduran oval-yuvarlak epiteloid tümör hücrelerinin polipoid bir yapı oluşturduğu görülür (Şekil 4) (1,2). Tümör hücrelerinin epidermise yayılımı dermal bileşeni geçmeyecek şekilde tümörün hemen yüzeyindeki epidermisle sınırlıdır (2).

Şekil 4: Nodüler malign melanom histopatolojisi.

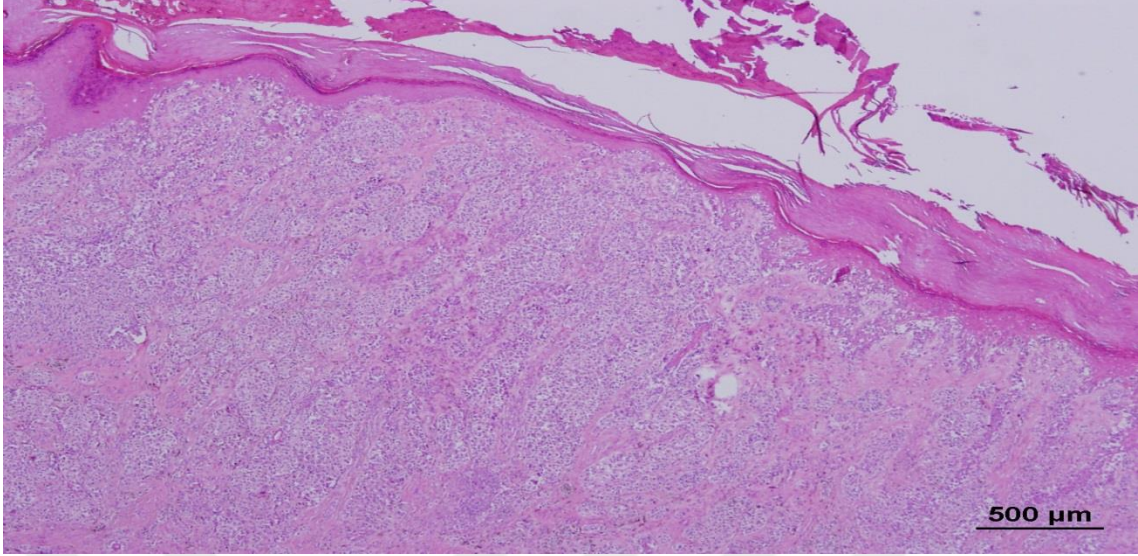


* (H&E, x40).

2.3.3.3. Akral Lentiginöz Malign Melanom

Daha çok siyahlarda ve Asyalılarda gözlenir. En sık avuç içi, ayak tabanı subungal bölgeler ile anüs, oral ve nazal kavite mukokutanöz birleşim yerlerinde görülür (2,3). Radyal büyüme fazında tümör belirgin akantoz, korneum tabakasında genişleme, retelerde uzama ve lezyon kenarlarında bazal epidermisteki atipik melanositlerin lentiginöz proliferasyonu ile karakterizedir. Atipik melanositler deri ekleri boyunca derin dermise ilerleyebilir. Vertikal büyüme fazında desmoplastik reaksiyon gösteren tümör nodülü ağırlıklı olarak işsi hücreler içerir (Şekil 5) (2).

Şekil 5: Akral lentijinöz malign melanom histopatolojisi.

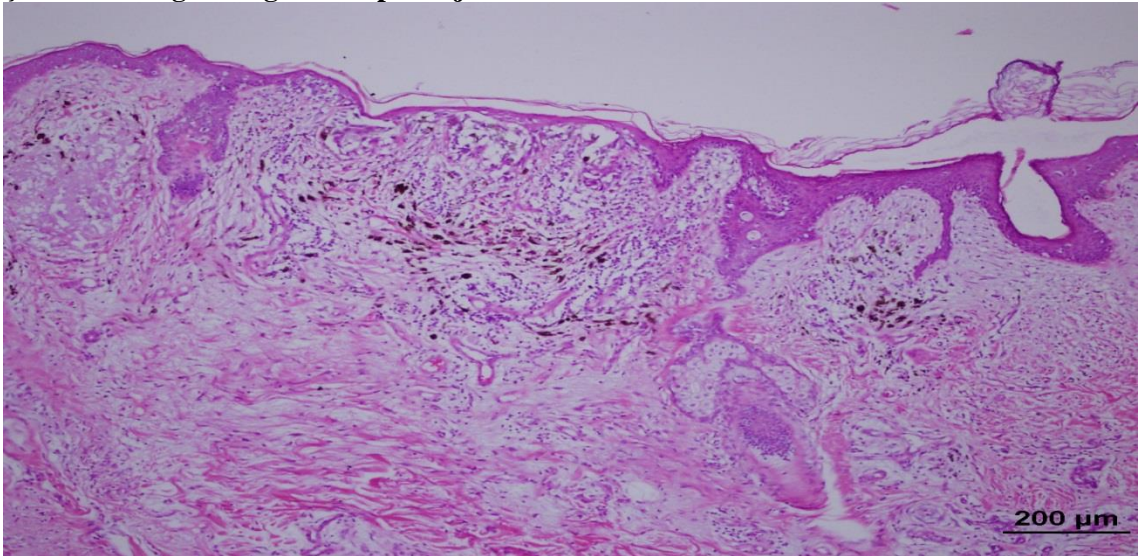


* (H&E, x40).

2.3.3.4. Lentigo Malign Melanom

Deri malign melanomlarının %4-10'unu oluşturur (31). Yaşlıların güneş gören cildinde, özellikle de yüzde görülür (2). Prekürsör in situ lezyonu olan lentigo malignadan gelişir (32). Histolojik olarak lentigo maligna, dermoepidermal bileşkede lineer veya yuvalar tarzında proliferasyon gösteren atipik melanositlerle karakterizedir (Şekil 6). Atipik melanositlerin dermal invazyonu mevcutsa lezyon lentigo maligna melanoma adını alır (2).

Şekil 6: Lentigo maligna histopatolojisi.



* (H&E, x100).

2.3.4. Deri Eki Tümörleri

Deri eki tümörleri pilosebase ünite, apokrin gland veya ekrin glandlardan diferansiye olan neoplazilerdir (33). Bir veya birden çok adneksiyal kökenden gelişebilirler (34). ‘Weedon’s Skin Pathology’ ye göre tanımlanan antite sayısı giderek artmakta olup 80’den fazla türü tanımlanmıştır (1). Benign adneksiyal neoplaziler genç yaşta daha sık görülür (2). Adneksiyal karsinomların sıklığı yaşla birlikte artar ve 8. dekatta zirve yapar (35). Etiyolojilerinde bilinen bir etken yoktur (2). *De novo* gelişebilecekleri gibi var olan bir lezyon üzerinden veya kalıtsal kanser sendromlarıyla birlikte gelişebilirler (36). Bu nedenle bir kısmı visseral malignite göstergesi olabileceği için önemlidir. Cowden sendromunda multiple trikilemmom ve meme karsinomu birlikteliği olabilir (37).

En sık baş boyun bölgesinde yerleşirler, bunu ekstremiteler ve gövde takip eder (35). Asemptomatik papül veya nodül şeklinde olduklarından klinik tanıları zordur (33).

Adneksiyal kökenli karsinomlar düzensiz sınırlı, horizontal oriyantasyon gösteren, nekroz ve sık mitoz içeren, pleomorfik nükleuslu hücrelerden oluşurken benign adneksiyal neoplaziler simetrik ve düzgün sınırlı, vertikal düzenlenen, nekroz ve mitoz içermeyen, monomorfik nükleuslu hücrelerden oluşmaktadır (2).

Lokal rekürrens sık bildirilmiştir ancak metastaz nadirdir (33). Ter bezi karsinomlarının 1/3’ünde TP53 mutasyonu vardır (2).

Deri eki tümörlerinin Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan histolojik sınıflaması Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4: Deri eki tümörlerinin WHO histolojik sınıflaması (*).

Apokrin ve Ekrin Farklanma Gösterenler	
<i>Malign Tümörler</i> Tübüler karsinom Mikrokistik adneksiyal karsinom Porokarsinom Spiradenokarsinom Malign mikst tümör Hidradenokarsinom Müsinöz karsinom Dijital papiller karsinom Adenoid kistik karsinom Apokrin karsinom	<i>Benign Tümörler</i> Hidrokistoma Siringoma Poroma Siringofibroadenoma Hidradenoma Spiradenoma Silindroma Tübüler adenoma Tübüler papiller adenoma Siringokistadenoma papilliferum Hidradenoma papilliferum Mikst tümör (kondroid siringoma)
Foliküler Farklanma Gösteren Tümörler	Sebaceöz Farklanma Gösteren Tümörler
<i>Malign Tümörler</i> Pilomatrikal karsinom Prolifere trikilemmal tümör <i>Benign Tümörler</i> Trikoblastoma Pilomatriksoma Trikiemmoma Multiple trikilemmoma Trikofollikuloma Fibrofollikuloma/Trikodiskoma	Sebaceöz karsinom Sebaceöz adenom Sebaceoma Kistik sebaceöz tümör

* Deri eki tümörlerinin WHO histolojik sınıflaması (2).

2.3.4.1. Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri

Hidrohistoma

Ter bezlerinin kistik proliferasyonudur. Oldukça nadir görülür. Orta yaş - yaşlı hastalarda, yüz ve boyunda yerleşir. Mavimsi renkte kubbe şeklinde kistik, 0.5 - 1 cm çapında papül veya nodüllerdir.

Histolojik olarak dermiste yerleşmiş, çift sıralı epitelle döşeli, lümen içerisine papiller projeksiyonlar gösteren kistik lezyon gözlenir.

Lezyonun eksizyonu küratiftir. Isıyla birlikte büyüdüğü, soğuk hava veya atropin tedavisiyle tamamen kaybolabildiği bilinmektedir (2).

Siringoma

Sıklıkla adolesan ve erken erişkinlik döneminde ortaya çıkar ve en sık alt göz kapağında görülür. Çok sayıda, sert, düzgün, sarımsı, 1 - 3 mm çapında papüller şeklindedir.

Histolojik olarak üst retiküler dermiste sınırlı, kollajenden zengin bir stromada küçük solid adalar, kordlar ve tübüller şeklindedir (2).

Poroma

Sıklıkla akral bölgelerde soliter tümör şeklindedir. Orta yaşta görülürler. Kubbe şeklinde, 1 cm'den küçük papül, nodül veya plak şeklindedir.

Histolojik olarak fokal duktus ve seyrek kistin gözlendiği, uniform bazaloid ve küboidal hücrelerden oluşan iyi sınırlı tümördür. Epitelyal hücreler alt epidermisten dermise doğru geniş kolumnalar şeklinde yayılır. Tümörü çevreleyen stroma vasküler yapılardan zengindir.

Lezyonun eksizyonu küratiftir (2).

Siringofibroadenoma

Yaşlı erişkinlerde ve oldukça nadir görülen bir tümördür. Akral bölgelere yerleşir. Soliterdir, sıklıkla verrüköz papül veya nodül şeklindedir.

Histolojik olarak multiple anastomozlaşan kordlar ve küboidal hücre kordonları gözlenir.

Total eksizyon küratiftir (2).

Hidradenoma

Çoğunlukla erişkinlerde, skalp, gövde ve proksimal ekstremitelerde gözlenir (2). Ten renginde veya kırmızı-kahverengi nodüller şeklindedir (38).

Histolojik olarak sklerotik bir stromada farklı hücre tiplerinin (şeffaf, skuamoid, müsinoz, küboidal veya kolumnar hücreler) tabakalar halinde düzenlendiği görülür.

Total eksizyon küratiftir (2).

Spiradenoma

Çoğu yüzde ve gövdenin üst kısmında gelişir. Soliter, iyi sınırlı, 1 cm'den küçük, ağrılı nodüllerdir.

Histolojik olarak dermisi tam kat dolduran, bazaloid ve soluk sitoplazmalı hücrelerden oluşan, ödematöz bir stromaya sahip tümör gözlenir. Tümör nodülü içerisinde bol lenfosit mevcuttur. Eozinofilik PAS (Peryodik Asit Shift) pozitif globüller karakteristiktir.

Benignidir, ancak uzun süreli olgularda malign transformasyon görülebilir (2).

Silindroma

Çoğunlukla spiradenoma ile hibrid olarak ortaya çıkar. Çoğunlukla skalp ve yüzde, kırmızı-kahverengi papül ve nodüller şeklindedir.

Histolojik olarak andiferansiye bazaloid hücrelerin yap-boz parçaları gibi mozaik adalar oluşturduğu gözlenir. Hücre adaları yoğun PAS pozitif eozinofilik materyalle çevrilidir.

Basit eksizyon küratiftir (2).

Tübüler ve Tübüler Papiller Adenom

Çoğunlukla skalpte yerleşen, asemptomatik, 1 - 2 cm çapında soliter nodül şeklinde gözlenir.

Histolojik olarak çift veya daha fazla sıralı epitelle döşeli tübüllerin lobüller oluşturduğu gözlenir. Bazı tübüllerde lümeneye doğru uzanan ve stroma içermeyen papiller yapılar gözlenir.

Basit eksizyon küratiftir (2).

Siringokistadenoma Papilliferum

Çocukluk veya adolesan çağı tümörüdür. En sık skalp ve boyunda yerleşir. Gri-kırmızı plak şeklinde görülür.

Histolojik olarak epidermisten dermise doğru uzanan endofitik epitelyal invajinasyonlar gözlenir. İnvajinasyonların yüzeyinde skuamöz epitel bulunur ve komşuluğunda lezyon derininde çift sıralı küboidal ve kolumnar epitel izlenir. Stromada çok sayıda plazma hücreleri bulunur.

Basit eksizyon küratiftir (2).

Hidradenoma Papilliferum

Büyük oranda kadınlarda görülür. Vulva ve perianal bölge cildi en çok tutulan yerlerdir. Yavaş büyür, sıklıkla asemptomatiktir. Ten renginde nodül, papül veya ekzofitik lezyonlardır.

Histolojik olarak uzamış tübüller ve geniş papiller yapılardan oluşan kistik yapı gözlenir.

Basit eksizyon küratiftir (2).

Mikst Tümör (Kondroid Siringoma)

Sıklıkla baş-boyun bölgesinde, erişkinlerde gözlenen, 1-3 cm çapında, asemptomatik, soliter dermal nodül şeklindedir.

Histolojik olarak miksoid, kondroid veya fibröz stroma içinde solid kordonlar, epitelyal adalar veya tek tek dağılmış hücreler şeklinde gözlenir. Bazı olgularda plazmositoid (hiyalin) hücreler gözlenir. Eğer bu hücreler *ağırlıktaysa 'hiyalin hücreden zengin kondroid siringoma'* adı verilir.

Basit eksizyon küratiftir (2).

2.3.4.2. Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri

Tübüler Karsinom

Orta yaş erişkinlerde ve kadınlarda daha sık görülür. En sık aksillada yerleşir. Eritematöz nodül şeklindedir.

Histolojik olarak dermisi tam kat infiltre eden, derine doğru boyutu küçülen tübüler ve duktal yapılar gözlenir. Lümenler sıklıkla nekrotik kırıntı ve histiyositle doludur. Mitoz içerebilir. Nekroz alanları sıktır. Şiddetli malign davranış gösterir (2).

Porokarsinom

De novo ya da poromadan malign transformasyonla gelişebilir. 67 yaş üstünde gözlenen nadir bir tümördür. Daha çok alt ekstremitede görülür. Verrüköz nodülo-ülseratif plak şeklindedir.

Histolojik olarak soluk sitoplazmalı epitelyal hücrelerin intraepidermal ve dermal yuvalar ve kordonlar oluşturduğu gözlenir. Mitoz sıktır. Metastaz yapabilir.

Eksizyon sonrası yaklaşık %20'si tekrarlar (2).

Spiradenokarsinom

Spiradenomadan malign transformasyonla gelişen oldukça nadir bir tümördür. Sıklıkla üst ekstremitede ve orta yaşta görülür. Histolojik olarak 2 patern içerir;

1 - Benignden maligne kademeli geçiş

2 - Geçiş olmaksızın benign ve malign hücrelerin yanyana olması

Her iki tipin de ileri evresinde nekroz hemoraji ve infiltratif büyüme gözlenebilir.

Lokal rekürrens ve yaygın metastazla ölüme yol açar. Tedavi cerrahidir (2).

Hidradenokarsinom

Kadınlarda daha sıktır. Ortalama yaş 50'dir. Yavaş büyüyen soliter dermal veya subkutan nodül şeklindedir.

Histolojik olarak farklı boyut ve şekillerde bir veya çok sayıda nodül gözlenir. Nekroz alanları sıktır.

Yaygın metastaz yapar ve ölüme neden olur (2).

Müsinöz Karsinom

Genellikle 5. - 7. dekatta, oldukça nadir görülen bir tümördür. Skalp ve göz kapaklarında sıktır. Soliter, yavaş büyüyen, ağrısız nodül şeklinde gözlenir.

Histolojik olarak fibröz septalarla ayrılan, bal peteği görünümünde geniş bazofilik müsin gölcükleri ve bunun içinde bazıları kribriform yapılar oluşturan epitelyal hücre adaları gözlenir.

Rekürrens sıktır. Metastatik potansiyele sahiptir ancak yavaş seyir gösterir (2).

Apokrin Karsinom

Apokrin karsinom, 25-91 yaş aralığında ve sıklıkla aksillada gelişir. 1,5 - 8 cm çapında, sert veya kistik, kırmızı - mor nodül şeklinde gözlenir.

Histolojik olarak geniş eozinofilik sitoplazmalı, oval-yuvarlak veziküler nükleuslu, belirgin eozinofilik nükleoolü hücrelerin farklı paternler oluşturduğu gözlenir. Apikal dekapitasyon sekresyonları tanı için önemli bir bulgudur.

Rekürrens ve lenf nodu metastazı yapabilir. Mortalite düşüktür (2).

2.3.4.3. Folliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri

Pilomatrical Karsinom

Oldukça nadir görülür. Ortalama görülme yaşı 48'dir. Sıklıkla baş-boyunda yerleşir. 1 - 10 cm çapında soliter nodül şeklindedir.

Histolojik olarak farklı boyutlarda, içerisinde karakteristik 'gölge' hücreleri bulunan bazaloid hücre agregatları izlenir. Sınırları düzensizdir. Çok sayıda atipik mitotik figür içerir. Coğrafi nekroz, kalsifikasyon ve ossifikasyon gözlenir.

Lokal agresiftir. Tamamı çıkarılmazsa sıklıkla tekrarlar (2).

Prolifere Trikilemmal Tümör

Daha çok kadınlarda ve yaşlılarda gözlenir. Büyük çoğunluğu skalpe yerleşir. 2-10 cm çapında, soliter, multilobüler kitle şeklinde gözlenir.

Histolojik olarak iyi sınırlı, solid kistik neoplazm şeklinde görülebileceği gibi kist dışına doğru invaziv büyüme paterni gösteren malign özellikler taşıyan neoplazm şeklinde de görülebilir.

Eksizyon önerilir (2).

2.3.4.4. Folliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri

Trikoblastoma

Sıklıkla baş - boyunda yerleşir. Soliter küçük papüller şeklindedir (38).

Histolojik olarak 5 farklı patern içerir; nodüler, retiform, kribriform, ‘racemiform’ (salkımsı) ve kolumnar trikoblastom.

Bir kısmı bazal hücreli karsinomla ilişkili olabileceğinden tanıda şüphe varsa yeni biyopsi veya eksizyon önerilir (2).

Pilomatriksoma

Olguların %30 - 50’si 30 yaşın altındadır. En çok baş-boyunda görülür. Soliter, asemptomatik, yavaş büyüyen nodül şeklindedir (2).

Histolojik olarak santralinde hayalet hücreler içeren, bazaloid hücre agregatlarıyla dōşeli kistik neoplazm gözlenir.

Cerrahi eksizyon kūratifdir (1).

Trikilemmoma

Baş - boyunda yerleşen, soliter, asemptomatik, ekzofitik lezyondur. Multiple olanlar Cowden sendromuyla ilişkili olabilir.

Histolojik olarak keskin sınırlı, yüzeysel, endo - ekzofitik proliferasyon gözlenir. Belirgin periyodik asit-Schiff (PAS) pozitif bazal membranla sınırlandırılır. Mitoz yoktur (2).

Trikofoliküloma

Genelde erişkin yaşta, en çok yüz ve burun çevresinde gözlenir. Soliter, asemptomatik, kubbe şeklinde lezyondur.

Histolojik olarak merkezinde bir kanalla epidermise ağzlaşan infundibulokistik yapı bulunan, çevresinde ışınsal uzanarak '*caput medusa*' görünümüne yol açan kıl follikülleri izlenir. Fibröz bir stromaya sahiptir.

Progresyon ve agresif klinik gidiş göstermez (2).

Trikoepitelyoma

Çocuklarda ve erişkinlerde, baş-boyunda ve özellikle yüzde gözlenir. 1 cm'nin altında, deri ile aynı renkte, papül veya nodül şeklindedir.

Histolojik olarak çevre dermişten iyi bir sınırla ayrılan, kollajenöz hiposellüler bir stromada organoid düzenlenen bazaloid hücrelerden oluşur (18).

2.3.4.5. Sebaceöz Farklanma Gösteren Deri Eki Tümörleri

Sebaceöz Karsinom

Kadınlarda daha sıktır. Ortalama görülme yaşı 62'dir. Oküler veya ekstraoküler tutulum olabilir. Yavaş büyüyen nodül şeklindedir.

Histolojik olarak fibrovasküler bir stromada, değişken atipi gösteren poligonal hücrelerden oluşan lobüler proliferasyon gözlenir. Hücreler mültiveziküler ve vakuole şeffaf sitoplazmalıdır.

Büyüme paternine göre derecelendirilir (I-III).

Bazaloid ve skuamoid varyantları vardır.

Lokal rekürrens, uzak metastaz ve mortalite potansiyeli vardır (2).

Sebaceöz Adenom

40 yaşın üzerinde gözlenir. Baş-boyun bölgesinde yerleşir. Sıklıkla etrafında kapsülü olan küçük, sarımsı tümördür.

Histolojik olarak periferinde bazaloid hücrelerle çevrili sebace hücrelerden oluşan iyi sınırlı, küçük lobüler agregatlar izlenir (2).

Sebaceoma

Ortalama görülme yaşı 70'dir. En sık yüz ve skalpte gözlenir. Sarı-turuncu renkli soliter papüllerdir.

Histolojik olarak arada dağınık sebace hücreler de içeren immatür sebace hücrelerden oluşan lobüller izlenir. Retiküler, kribriform ve glandüler varyantları vardır.

Eksizyon sonrası tekrarlamaz (2).

2.3.5. Dermoid Kist

Sıklıkla bebek ve çocuklarda, perioküler bölgede gözlenir. Konjenitaldir. Makroskobik olarak 1 - 4 cm çapında, yuvarlak nodül şeklindedir.

Histolojik olarak duvarında kıl follikülü ve sebace glandlar gibi deri eklerinin bulunduğu çok katlı yassı epitelle döşeli ünilocüler kistik yapılardır (18).

2.4. Tümör Evrelemesi

2.4.1. Melanom Dışı Deri Kanserlerinde Evreleme

Amerikan Kanser Evreleme Birleşik Komitesi (AJCC)'ne göre evreleme (39) (Tablo 5, 6 ve 7);

Tablo 5: AJCC TNM evrelemesi.

TNM EVRELEMESİ	
Primer Tümör (T)	
Tx Primer tümör değerlendirilemiyor	
T0 Primer tümör yok	
Tis Karsinoma in situ	
T1 İkiden az yüksek risk faktörü olan ve en büyük boyutu 2 cm olan tümör**	
T2 En büyük çapı 2 cm'den büyük tümör veya herhangi bir boyutta iki veya daha fazla yüksek risk faktörü olan tümör**	
T3 Maksilla, mandibula, orbita veya temporal lob invazyonlu tümör	
T4 İskelet (aksiyel veya apendiküler) invazyonu veya kafa tabanına perinöral invazyonu olan tümör	
Bölgesel Lenf Nodları (N)	
NX Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor	
N0 Bölgesel lenf nodu metastazı yok	
N1 Aynı tarafta en büyük boyutu ≤ 3 cm olan tek lenf nodu metastazı	
N2 Aynı tarafta en büyük boyutu >3 cm ancak ≤ 6 cm tek lenf nodu metastazı veya aynı tarafta en büyük boyutu ≤ 6 cm tek lenf nodu metastazı veya iki taraflı ya da karşı tarafta en büyük boyutu ≤ 6 cm lenf nodu metastaz(lar)ı	
N2a Aynı tarafta en büyük boyutu >3 cm ancak ≤ 6 cm tek lenf nodu metastazı	
N2b Aynı tarafta en büyük boyutu ≤ 6 cm birden fazla lenf nodu metastazı	
N2c İki taraflı ya da karşı tarafta en büyük boyutu ≤ 6 cm lenf nodu metastaz(lar)ı	
N3 En büyük boyutu >6 cm olan lenf nodu metastaz(lar)	
Uzak metastaz (M)	
M0 Uzak metastaz yok	
M1 Uzak metastaz var	

** Primer tumor (T) evrelemesi için yüksek risk özellikleri (Tablo 6).

Tablo 6: Primer tümör (T) evrelemesi için yüksek risk özellikleri.

Derinlik/invazyon	Clark seviye \geq IV >2 mm kalınlık Perinöral invazyon
Anatomik bölge	Primer bölge kulak Primer bölge tüylü dudak derisi
Diferansiyasyon	Kötü diferansiye veya indiferansiye

Tablo 7: AJCC Klinik Evreleme.

KLİNİK EVRELEME	
Evre 0	Tis N0 M0
Evre I	T1 N0 M0
Evre II	T2 N0 M0
Evre III	T3 N0 M0 T1 N1 M0 T2 N1 M0 T3 N1 M0
Evre IV	T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N2 M0 Herhangi T N3 M0 T4 Herhangi N M0 Herhangi T Herhangi N M1

2.4.2. Malign Melanom Evreleme

Malign Melanomdaki TNM evrelemesi Tablo 8' de gösterilmiştir.

Tablo 8: Malign melanom TNM evrelemesi.

<i>T</i>	<i>Kalınlık</i>	<i>Ülserasyon/mitoz</i>
Tis	Uygulanamaz	Uygulanamaz
T1	≤ 1.00 mm	a. Ülserasyon- ve Clark level II veya III b. Ülserasyon+ veya Clark level IV veya V
T2	1.01-2.00 mm	a. Ülserasyon yok b. Ülserasyon var
T3	2.01-4.00 mm	a. Ülserasyon yok b. Ülserasyon var
T4	>4.00 mm	a. Ülserasyon yok b. Ülserasyon var
<i>Bölgesel Lenf Nodu (N)</i>	<i>Metastatik nod sayısı</i>	<i>Metastaz yükü</i>
N0	0	Uygulanamaz
N1	1	a. Mikrometastaz b. Makrometastaz
N2	2-3	a. Mikrometastaz b. Makrometastaz c. Rejyonel lenf nodu metastazı olmadan satellit veya intransit metastaz
N3	≥ 4 metastatik nod veya kümelenmiş nodlar veya intransit/satellit metastaz + metastatik nod	
<i>Metastaz</i>	<i>Bölge</i>	<i>Serum Laktat Dehidrogenaz (LDH)</i>
M0	Uzak metastaz	Uygulanmaz
M1a	Uzak deri, subkutan veya nodal metastaz	Normal
M1b	Akciğer metastazı	Normal
M1c	Diğer uzak metastazlar Herhangi bir uzak metastaz	Normal Yüksek

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, 1 Ocak 1995-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp fakültesi Hastanesi Tıbbi Patoloji bölümünde tanı almış benign ve malign deri tümörlü 2865 olgu üzerinde retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınmıştır (28.11.2014 tarihli – B.30.ODM.0.20.08/1318 sayı). Olgular yaş, cinsiyet, gönderilen bölüm, lezyonun yerleşim yeri, uygulanan operasyon, tümörün histolojik tipi ve evresi, raporlamada belirtilen parametreler (lenfovasküler ve perinöral invazyon varlığı, cerrahi sınır bilgisi, histokimyasal ve immünohistokimyasal çalışma, prognostik belirteçler) açısından değerlendirilmiştir.

Çalışmaya, deride bazal hücreli karsinom (BCC), skuamöz hücreli karsinom (SCC), malign melanom (MM), bazoskuamöz karsinom, benign ve malign deri eki tümörleri ve dermoid kist tanısı alan hastalar dahil edilmiştir.

Tümör yerleşimleri, baş-boyun (dudak kommissür hattı üstü, dudak kommissür hattı altı, göz ve çevresi), gövde, üst ekstremité ve alt ekstremité olarak sınıflandırılmıştır. Aynı lokalizasyonda birden çok sayıda, farklı histopatolojiye sahip veya aynı histopatolojiye sahip farklı yerleşimli tümörleri olan hastalarda, her bir tümör ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Hem insizyonel hem eksizyonel biyopsisi olan hastalar tek olgu kabul edilmiş ve bu hastaların oranı ayrıca belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen malign melanomlu hastaların histopatolojik incelemeleri, yüzeysel yayılan, nodüler, akral lentiginöz, lentigo malign melanom olarak sınıflandırılmıştır. Clark ve Breslow evrelemeleri yapılmış olan olgu sayısı belirtilmiştir.

Verilerin tanımlayıcı istatistiksel analizi için SPSS 20.0 Windows sürümü (Statistical Package for Social Science) programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

1995-2014 yılları arasında tanı verilmiş deri ve deri eki tümörlerinden 2865 biyopsi çalışmaya alınmıştır. 1995-2005 yılları arasındaki veriler, 2005 yılına kadar arşivlenen dosyalardan, 2005 yılı sonrasındaki veriler ise hastane otomasyon sistemi yardımıyla taranmıştır. 2005 yılı öncesinde dosyalama ile arşive alınan verilerden bazıları yeterli kayıt tutulmamasından dolayı eksik kalmıştır.

4.1.Çalışmaya Alınan Olguların Özellikleri

Çalışmaya alınan 2865 olgunun 1678'i (%58,6) erkek, 1187'si (%41,4) kadındır.

Çalışmaya alınan olgulardan 88'inin yaş bilgisine ulaşılamamıştır. Kalan 2777 olgunun yaş ortalaması $62,39 \pm 19,02$ olarak bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması $63,23 \pm 17,35$ olarak, kadınların yaş ortalaması $61,19 \pm 21,14$ olarak bulunmuştur.

4.2. Deri Biyopsilerinin Gönderildiği Bölümler

Çalışmaya alınan olguların geldiği bölümlere bakıldığında en sık plastik cerrahi bölümünden, daha az sıklıkta kulak burun boğaz (KBB) ve dış merkezden geldiği görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9: Biyopsi gönderen bölümlerin dağılımı.

Gönderen Bölüm	Sayı	Yüzde
Plastik Cerrahi	1599	55,8
KBB	343	12,0
Bilinmeyen	271	9,5
Dış Merkez	265	9,2
Göz	150	5,2
Dermatoloji	125	4,4
Genel Cerrahi	58	2,0
Ortopedi	39	1,4
Çocuk Cerrahisi	15	0,5
Toplam	2865	100,0

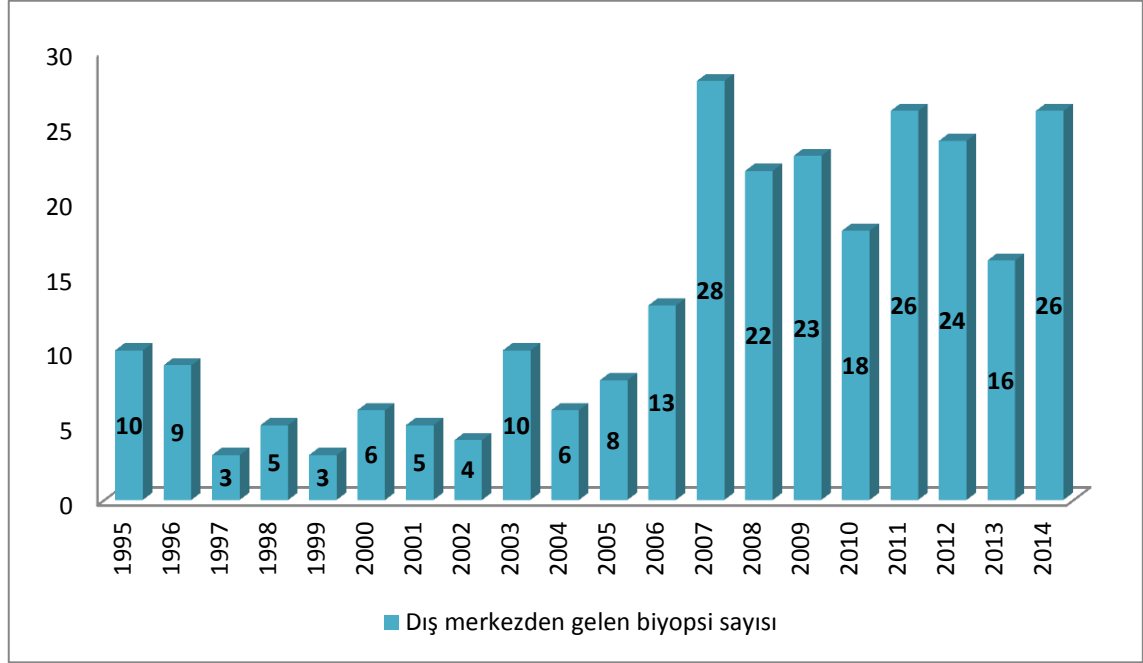
10 yıllık periyotlarlar biyopsi gelen bölümler Tablo 10' da gösterilmiştir.

Tablo 10: Bölümlerden gelen biyopsi sayılarının 10 yıllık periyotlarla dağılımı.

Gönderen Bölüm	1995 - 2004		2005 - 2014	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Plastik Cerrahi	554	45,5	1045	63,4
Dermatoloji	69	5,7	56	3,4
KBB	172	14,1	171	10,4
Genel Cerrahi	32	2,6	26	1,6
Göz	52	4,3	98	5,9
Dış Merkez	61	5,0	204	12,4
Bilinmeyen	243	19,9	28	1,7
Ortopedi	28	2,3	11	0,7
Çocuk Cerrahisi	6	0,5	9	0,5
Toplam	1217	100,0	1648	100,0

Dış merkezden gelen biyopsilerin yıllara göre dağılımı Şekil 7’ de görülmektedir.

Şekil 7: Dış merkezden gelen biyopsilerin yıllara göre dağılımı.



Dış merkezden gelen biyopsilere verilen tanıları Tablo 11’de görülmektedir.

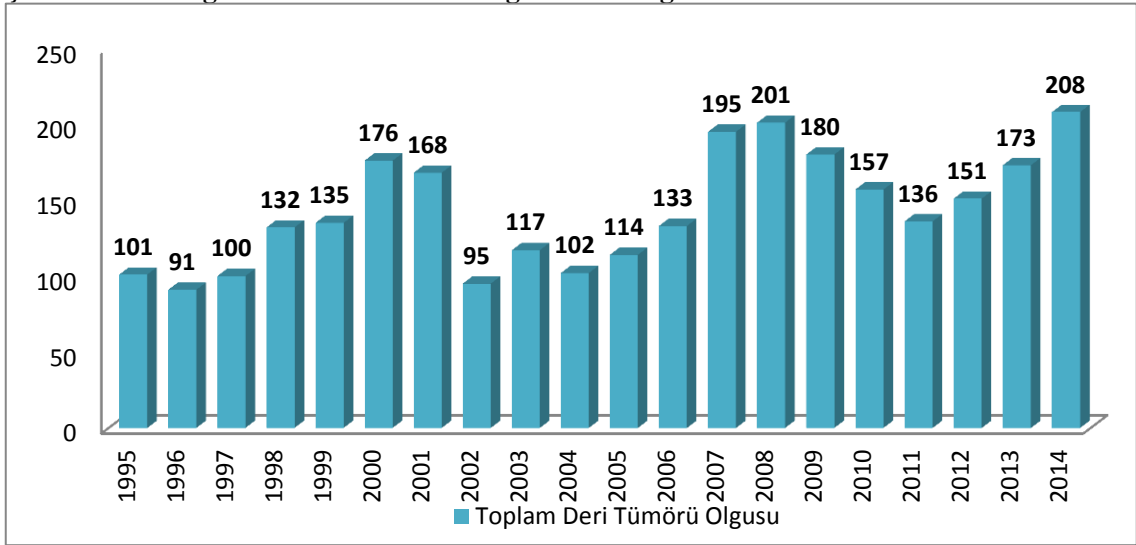
Tablo 11: Dış merkezden gelen biyopsilere verilen tanıların dağılımı.

Dış merkezden gelen biyopsilere verilen tanıları	Sayı	Yüzde
SCC	84	31,7
Malign Melanom	72	27,2
BCC	61	23,0
Benign Deri Eki Tümörleri	30	11,3
Bazoskuamöz Hücreli Karsinom	8	3,0
Malign Deri Eki Tümörleri	8	3,0
Tanı verilemeyen	2	,8
Toplam	265	100,0

4.3. Yıllara Göre Deri Tümörü Olgu Sayıları

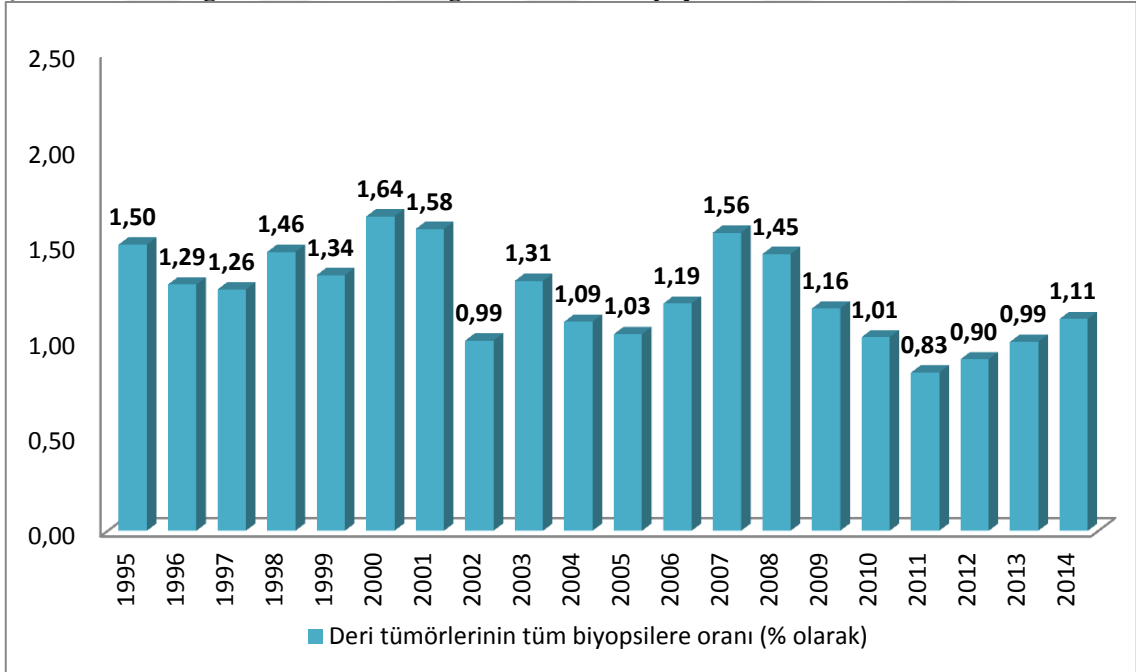
Deri tümörü olgularının yıllara göre dağılımı Şekil 8’ de görülmektedir.

Şekil 8: Yıllara göre tüm deri tümörü olgularının dağılımı.



Tanı verilen deri tümörlerinin, tanı verilen yıllardaki tüm biyopsiler içindeki oranının yıllara göre dağılımı Şekil 9’da görülmektedir.

Şekil 9: Yıllara göre deri tümörü olgularının tüm biyopsilere oranı.



Tablo 12; 10 yıllık periyotlarda tanı verilen deri tümörlerinin dağılımlarını göstermektedir.

Tablo 12: 10 yıllık periyotlarla verilen deri tümörü tanıları.

	1995-2004	2005-2014	Toplam
BCC	645	780	1425
SCC	252	461	713
Benign Deri Eki Tümörleri	147	147	294
Malign Melanom	77	152	229
Bazoskuamöz Hücreli Karsinom	29	51	80
Dermoid Kist	43	27	70
Tanı verilemeyen	13	15	28
Malign Deri Eki Tümörleri	11	15	26
Toplam	1217	1648	2865

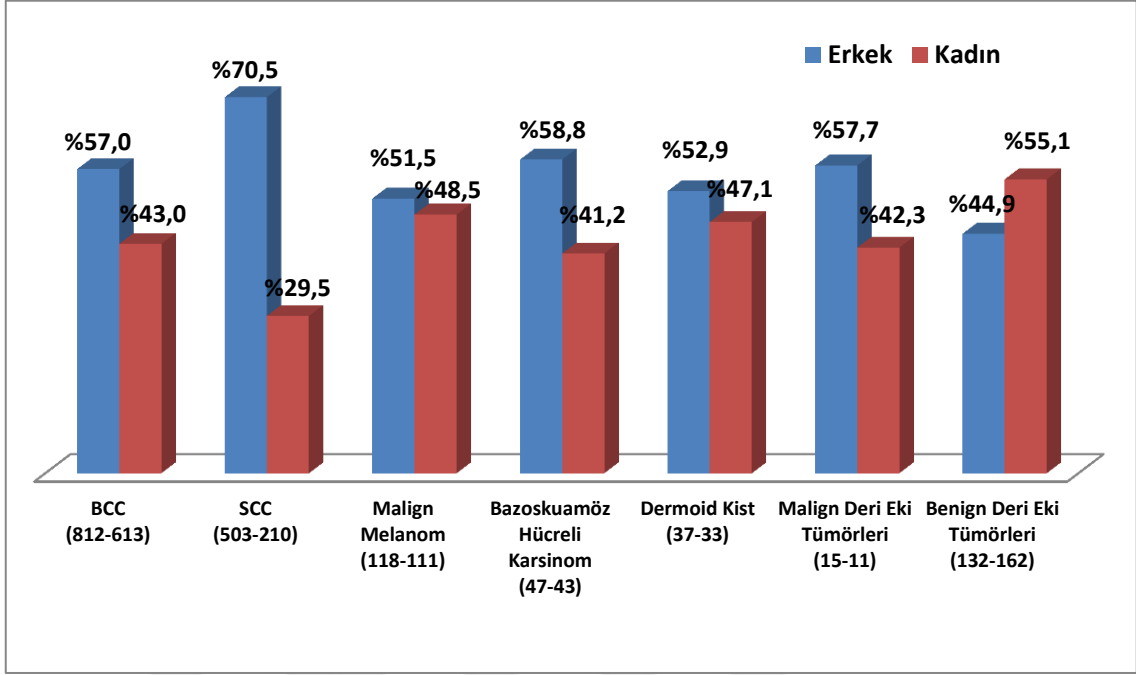
1995-2004 yılları arasında görülen BCC, SCC ve malign melanom olgu sayıları, 2005-2014 yılları arasında görülen BCC, SCC ve malign melanom olgu sayıları ile karşılaştırıldığında görülen artış oranları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: BCC, SCC ve MM'un 2 dekad arasında görülen artış oranı.

	Artış yüzdesi
Malign melanom	97,40
SCC	82,94
BCC	20,93

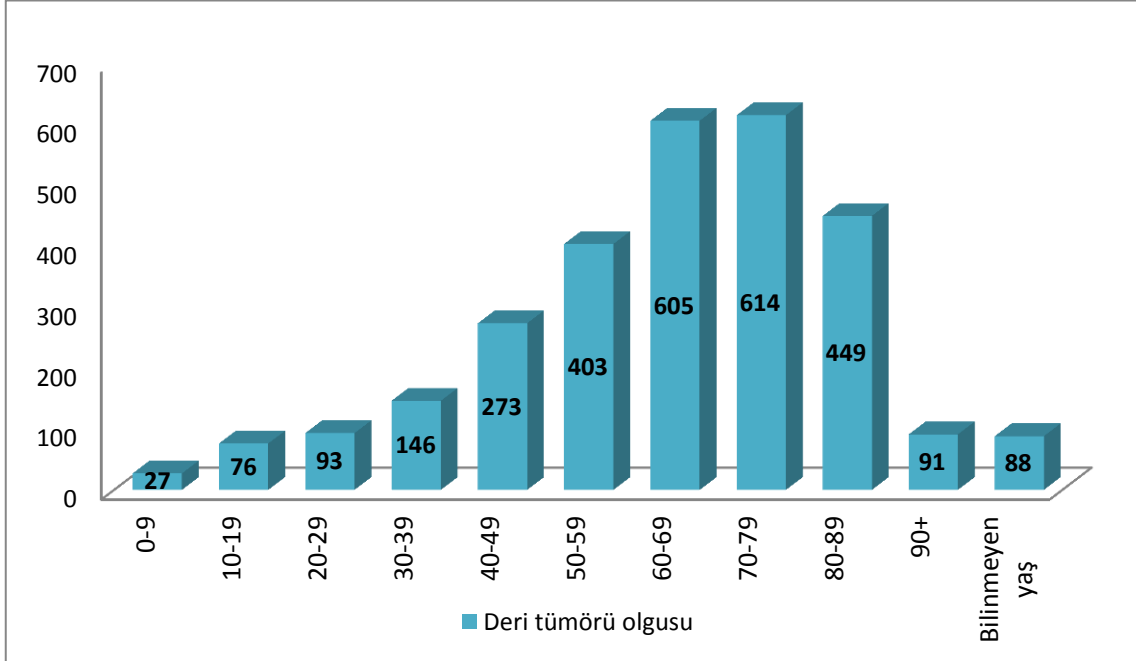
Cinsiyetlere göre deri tümörü dağılımlarının dağılımı Şekil 10'da gösterilmektedir.

Şekil 10: Cinsiyetlere göre deri tümörleri olgu sayıları.



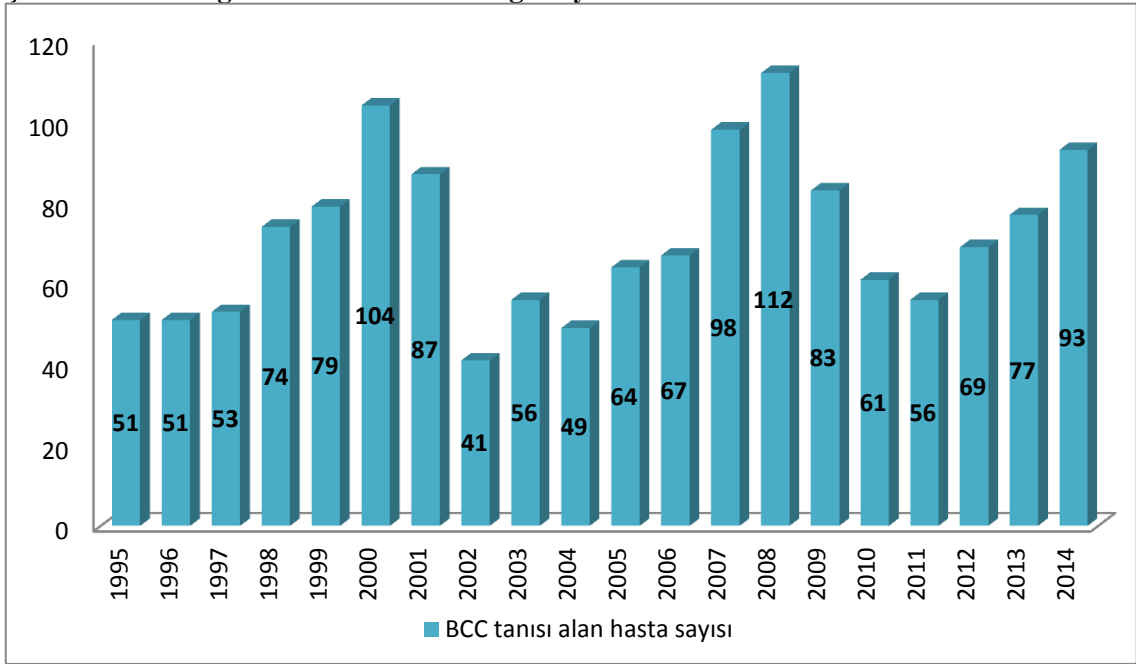
Tüm deri tümörlerinin yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 11’ de görülmektedir.

Şekil 11: Tüm deri tümörlerinin yaş gruplarına göre dağılımı.



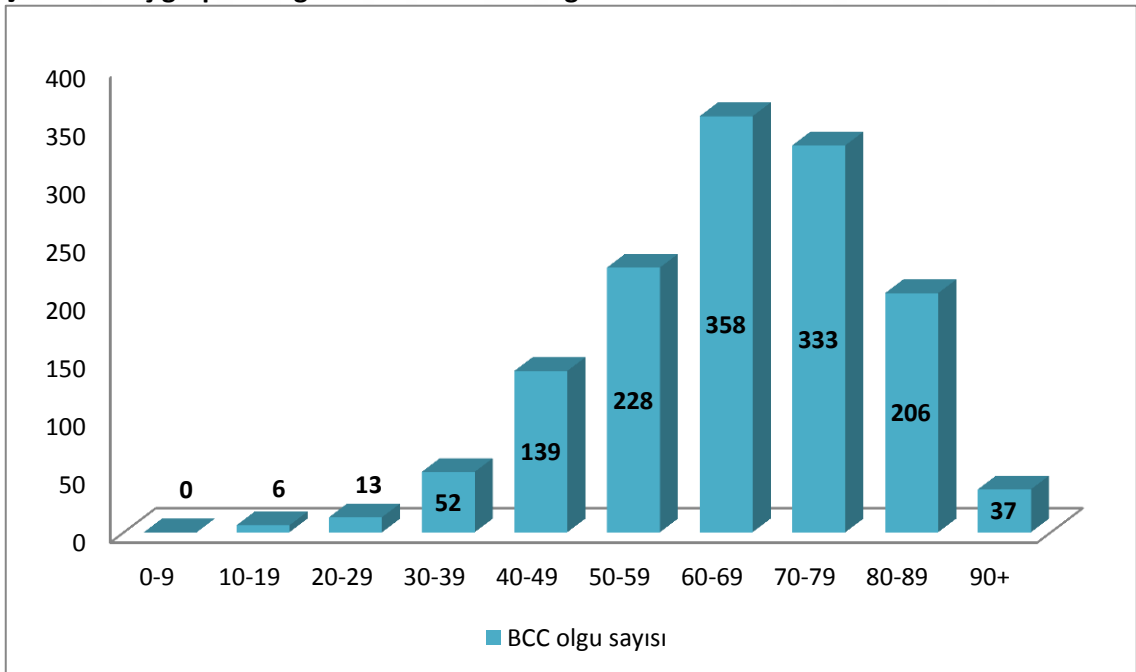
BCC tanısı verilmiş tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 12’de gösterilmektedir.

Şekil 12: Yıllara göre BCC tanısı alan olgu sayıları.



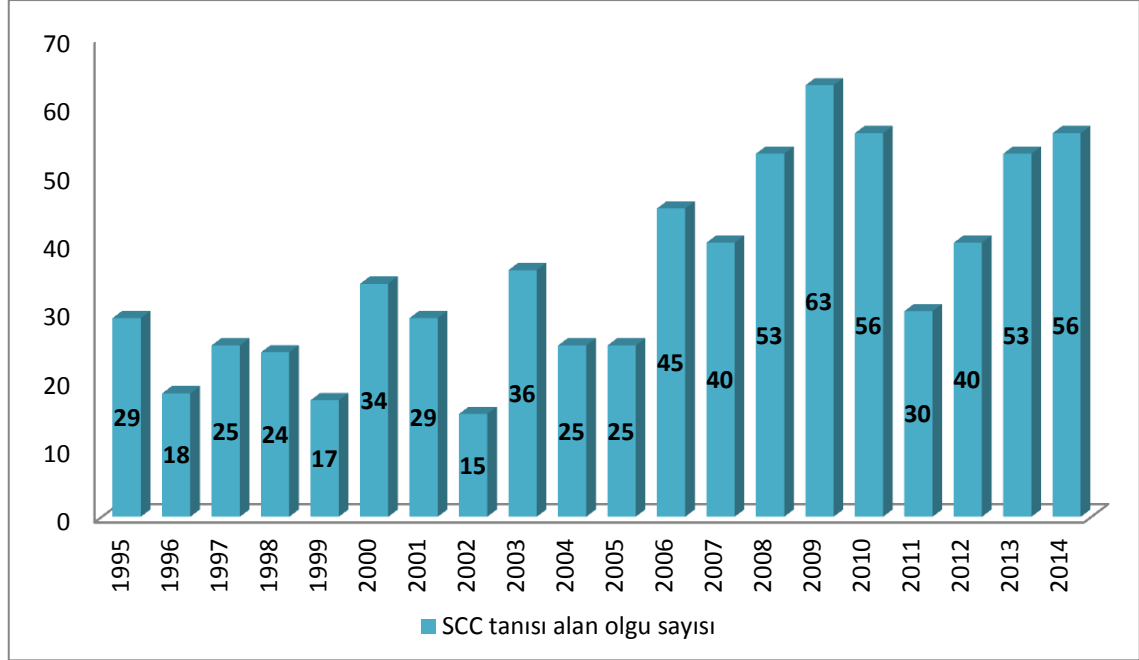
BCC tanısı almış tüm olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 13'te görülmektedir.

Şekil 13: Yaş gruplarına göre BCC tanısı alan olgular.



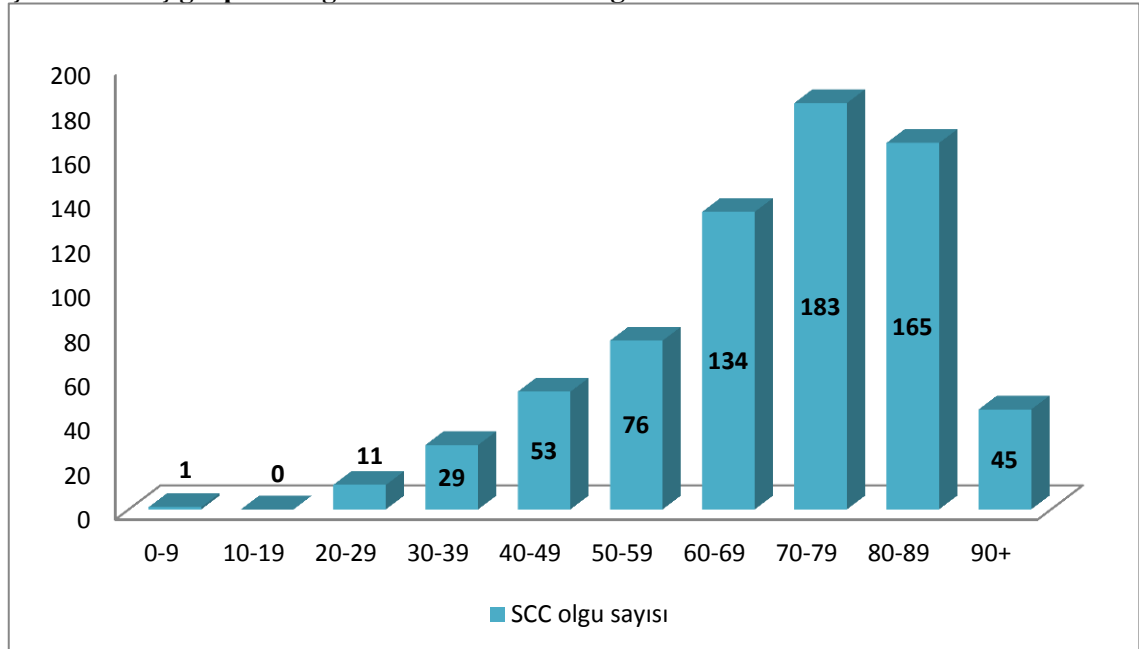
SCC tanısı almış tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 14'te gösterilmektedir.

Şekil 14: Yıllara göre SCC tanısı alan olgu sayıları.



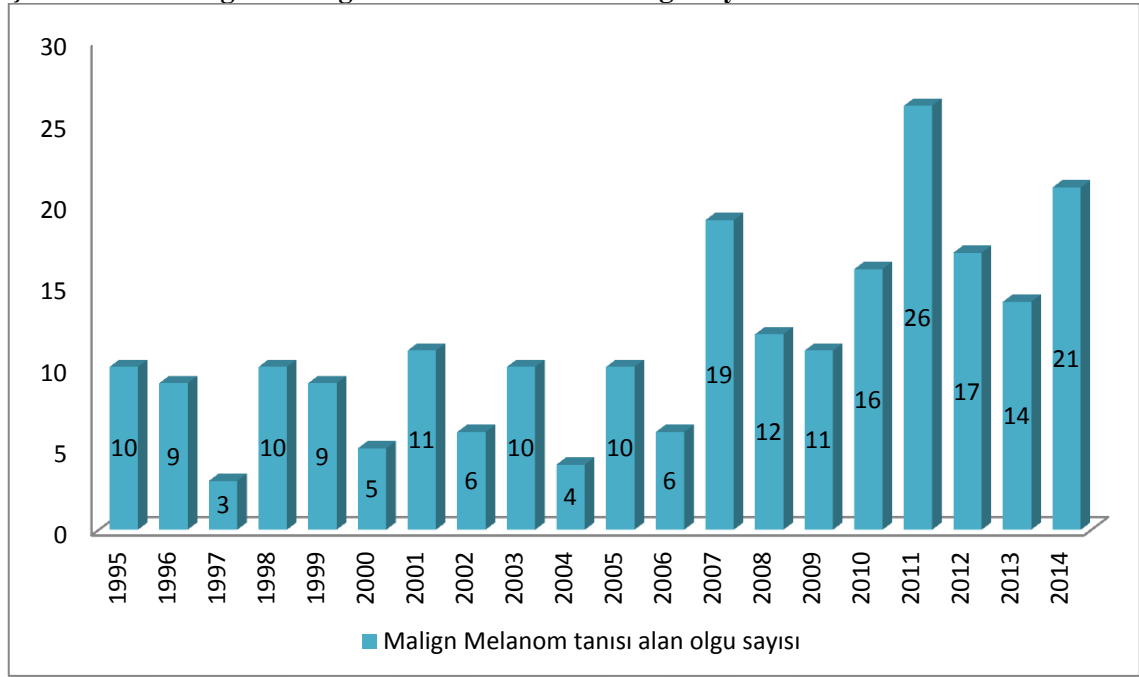
SCC tanısı almış olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 15'te gösterilmektedir.

Şekil 15: Yaş gruplarına göre SCC tanısı alan olgular.



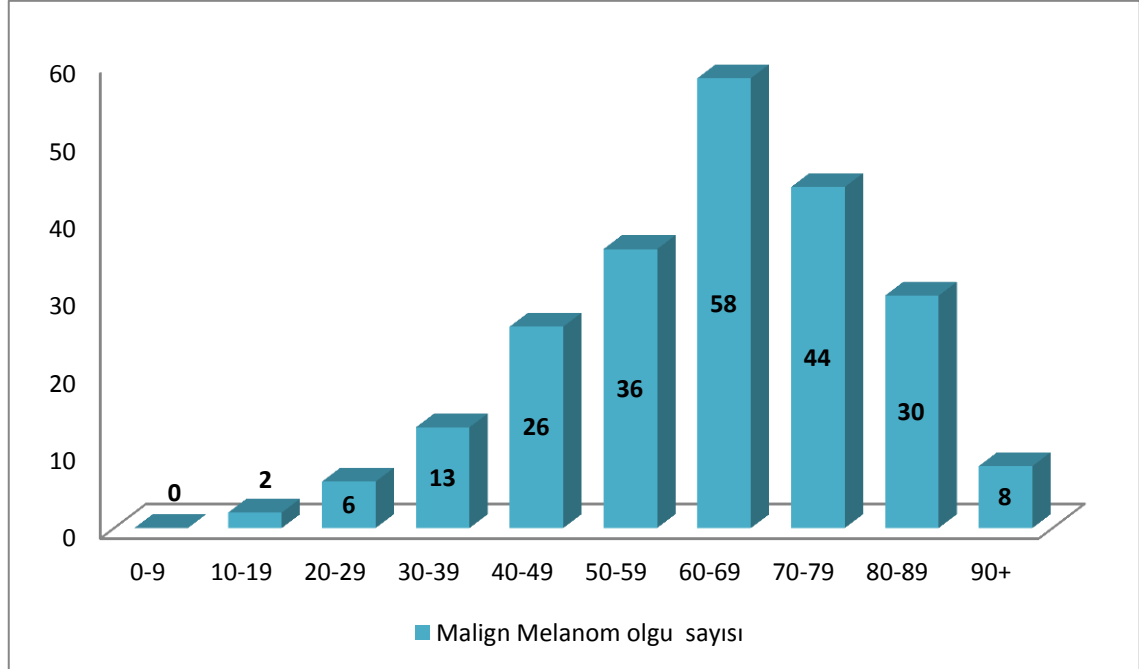
Malign melanom tanısı almış tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 16'da gösterilmektedir.

Şekil 16: Yıllara göre malign melanom tanısı alan olgu sayıları.



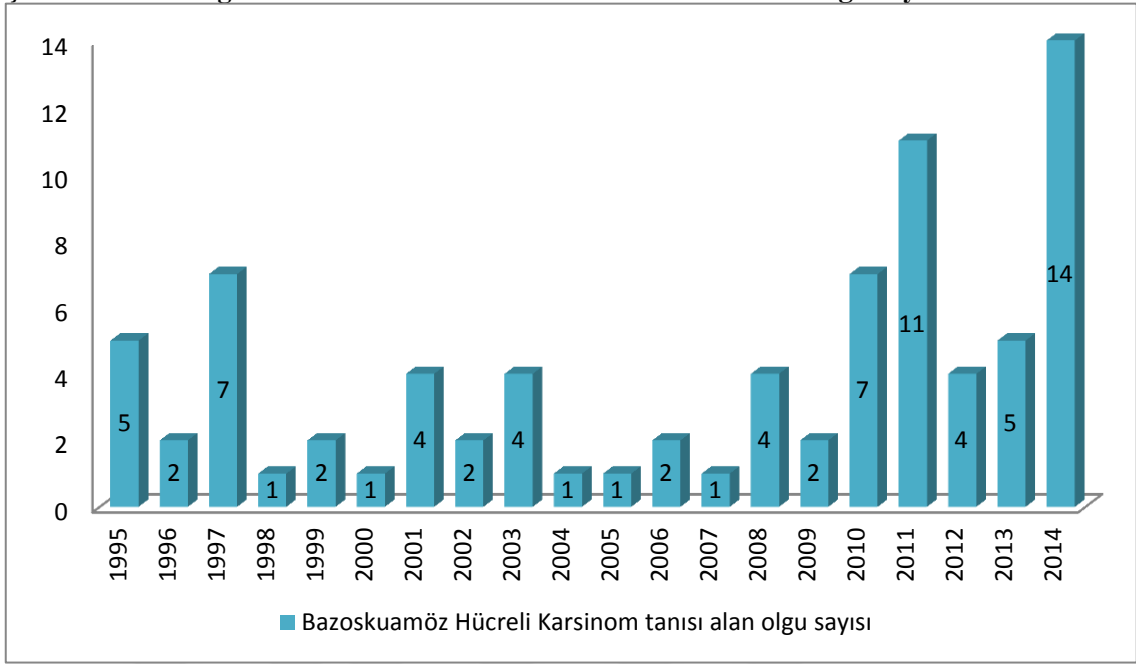
Malign melanom olgularının yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 17’de görülmektedir.

Şekil 17: Yaş gruplarına göre malign melanom tanısı alan olgular.



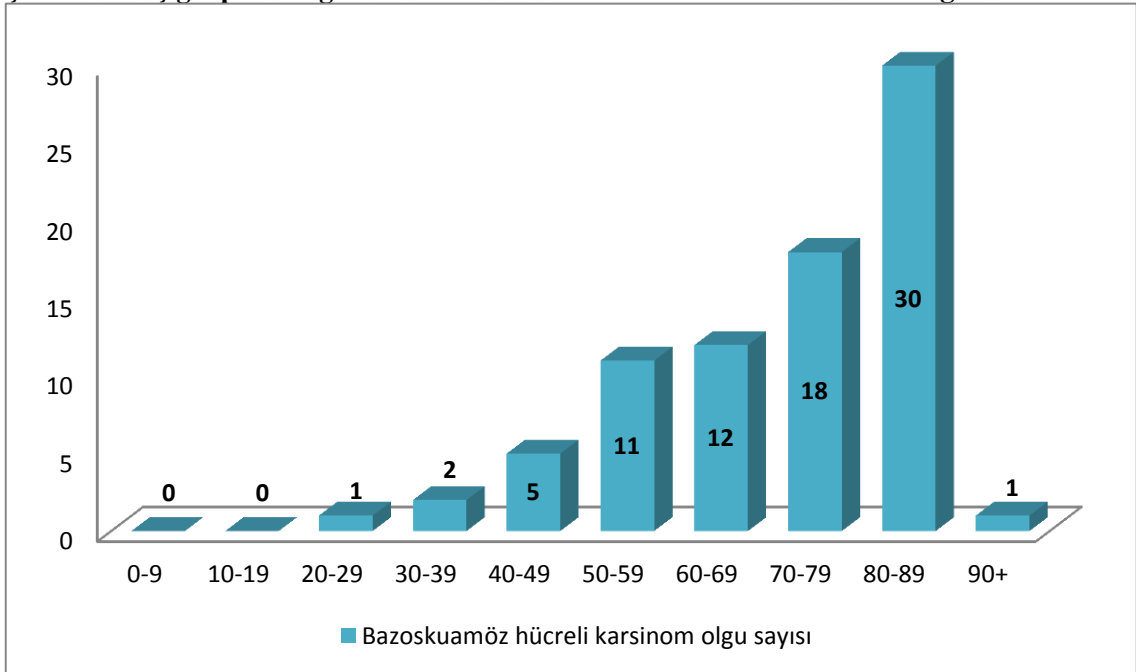
Bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı almış tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 18’de gösterilmektedir.

Şekil 18: Yıllara göre bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgu sayıları.



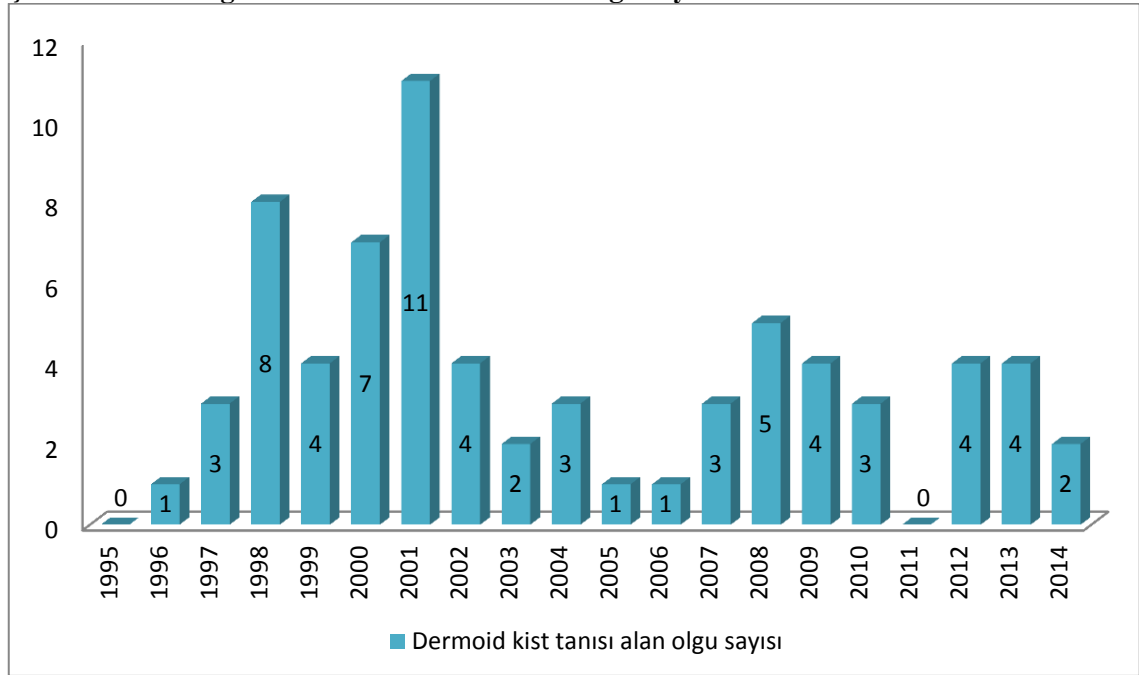
Yaş gruplarına göre bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgu sayıları Şekil 19’da gösterilmektedir.

Şekil 19: Yaş gruplarına göre bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı alan olgular.



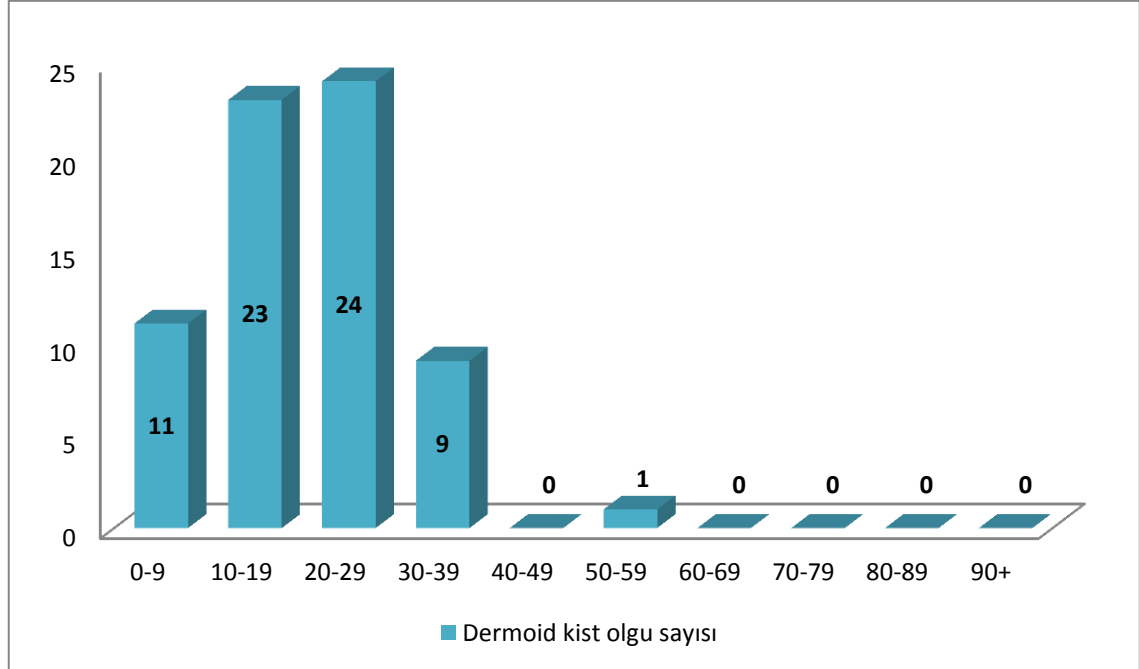
Dermoid kist tanısı almış tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 20’de gösterilmektedir.

Şekil 20: Yıllara göre dermoid kist tanısı alan olgu sayıları.



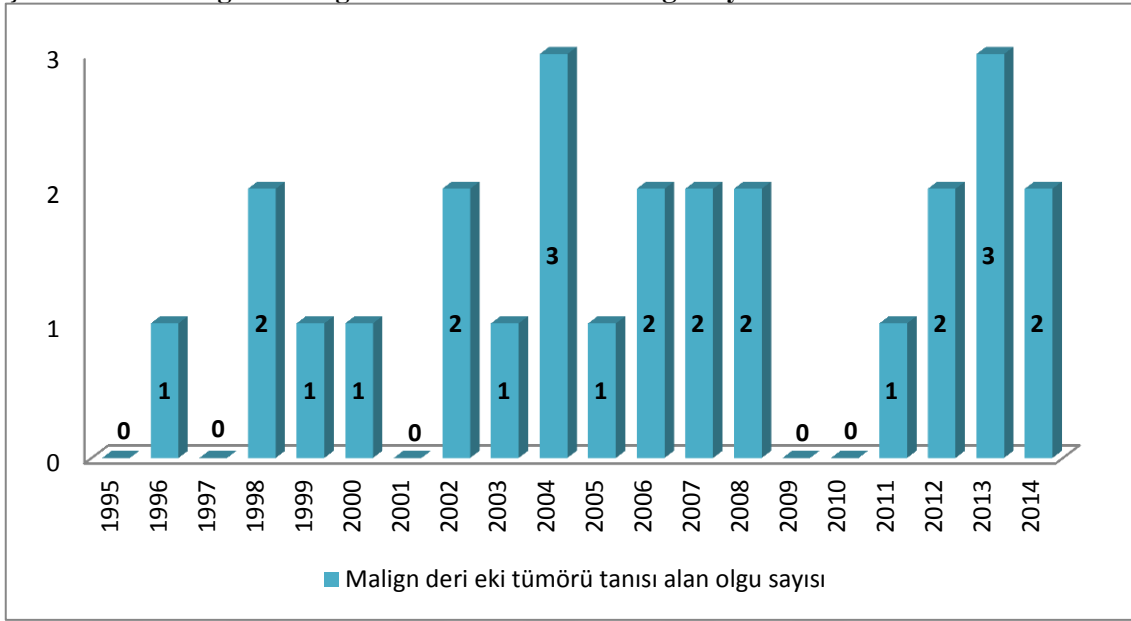
Dermoid kist tanısı almış olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 21’de gösterilmektedir.

Şekil 21: Yaş gruplarına göre dermoid kist tanısı alan olgular.



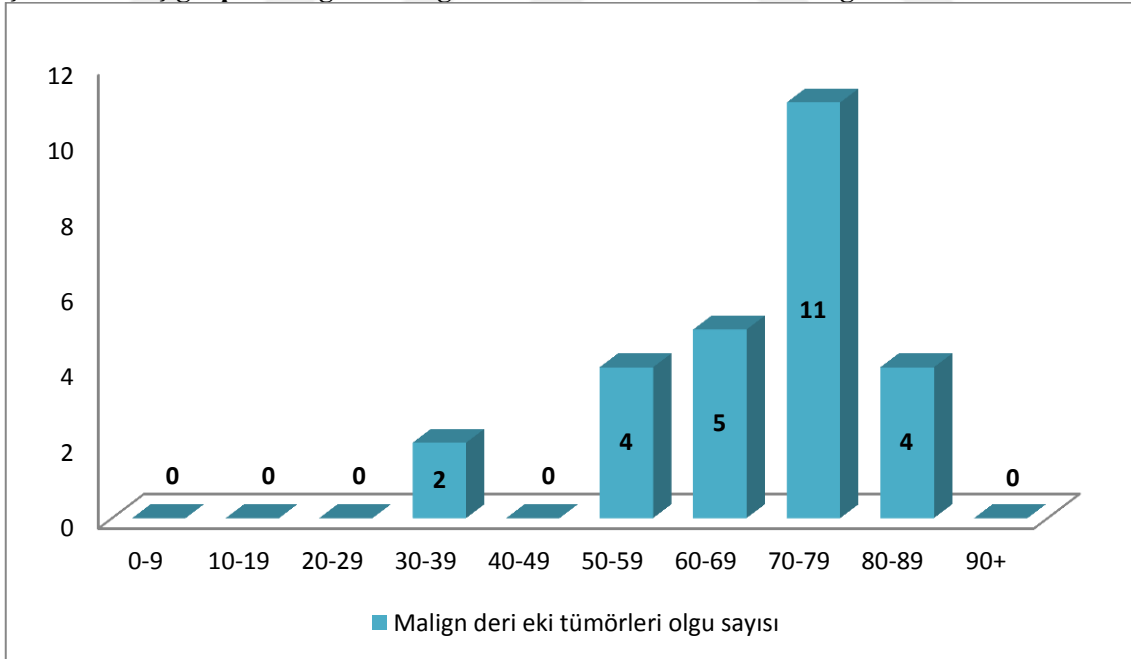
Malign deri eki tümörü tanısı alan tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 22’de gösterilmektedir.

Şekil 22: Yıllara göre malign deri eki tümörü alan olgu sayısı.



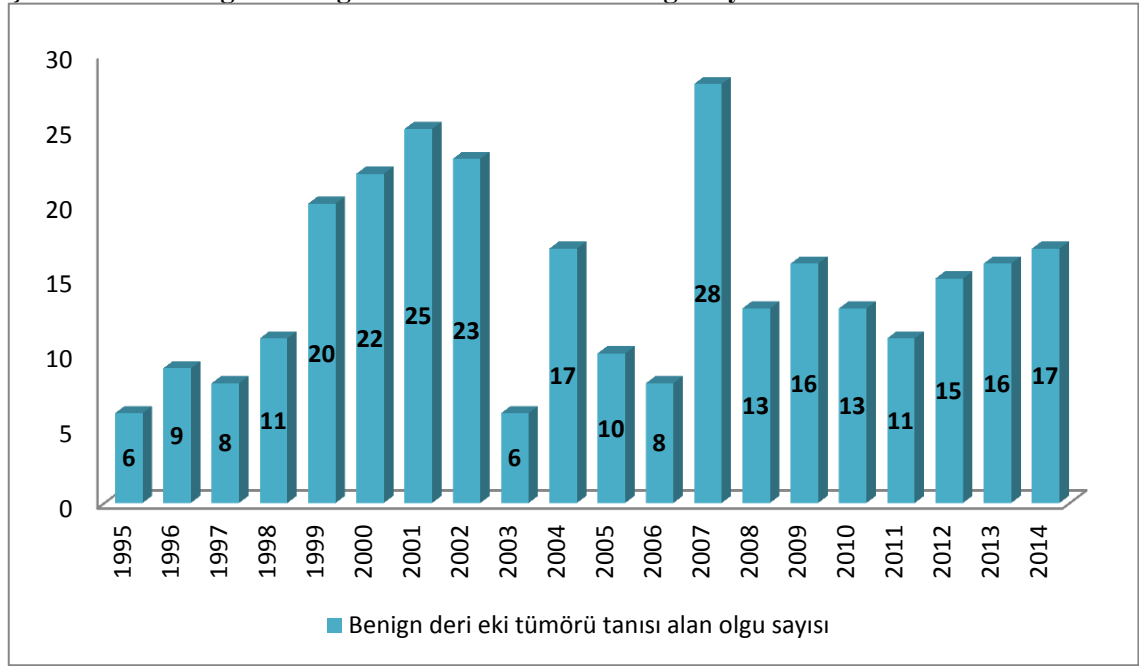
Malign deri eki tümörü tanısı almış olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 23'te gösterilmiştir.

Şekil 23: Yaş gruplarına göre malign deri eki tümörü tanısı alan olgular.



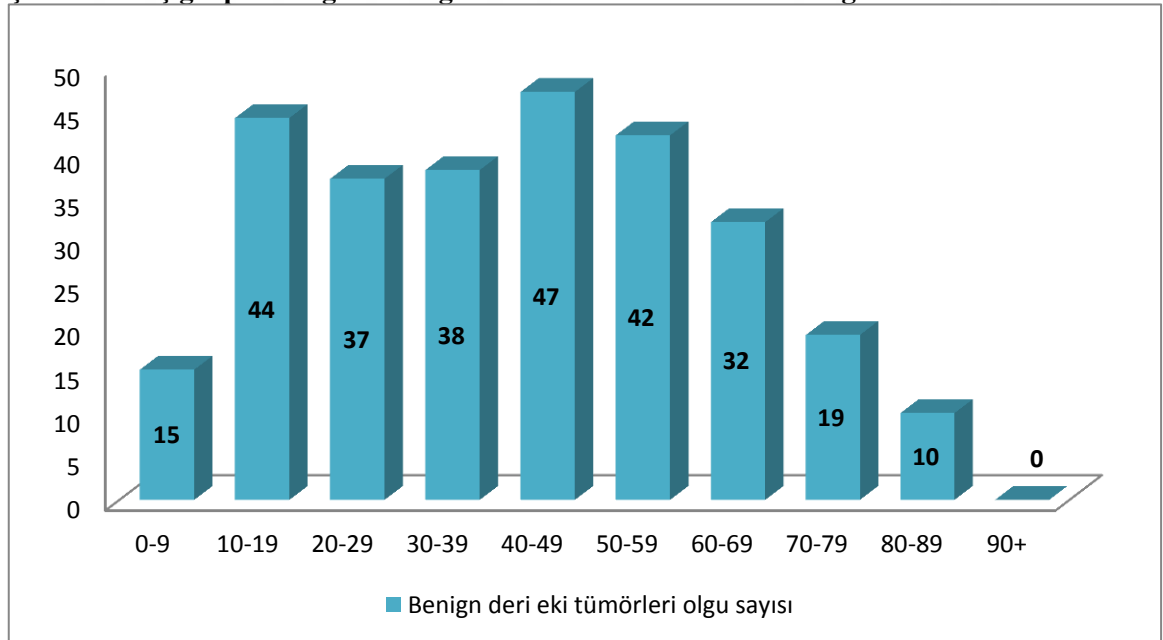
Benign deri eki tümörü tanısı alan tüm olguların yıllara göre dağılımı Şekil 24'te gösterilmiştir.

Şekil 24: Yıllara göre benign deri eki tümörü alan olgu sayısı.



Benign deri eki tümörü tanısı almış olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 25'te gösterilmiştir.

Şekil 25: Yaş gruplarına göre benign deri eki tümörü tanısı alan olgular.



4.4. Deri Tümörlerinin En Sık Yerleşim Yerleri

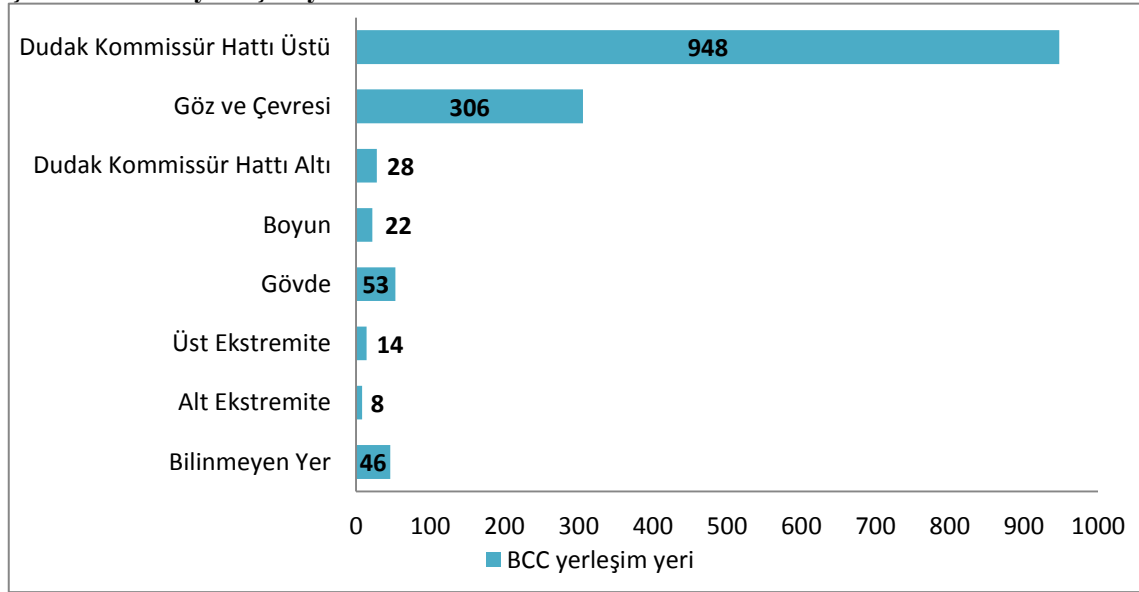
Deri tümörlerinin yerleşim yerleri baş-boyun, gövde, alt ekstremitte ve üst ekstremitte genel kategorisinde değerlendirilmiş olup baş-boyun bölgesi dudak kommissür hattı üstü, dudak kommissür hattı altı, göz ve çevresi olarak alt gruplara ayrılmıştır. Tümörlerin yerleşim yerlerine bakıldığında en sık yerleşim yerinin baş-boyun, en az yerleşim yerinin alt ekstremitte olduğu görülmüştür. Deri tümörlerinin yerleşim yerleri Tablo 14’ te görülmektedir.

Tablo 14: Deri tümörlerinin yerleşim yerlerine göre dağılımı.

Yerleşim Yeri	Sayı	Yüzde
Baş, dudak kommissür hattı üstü	1677	58,5
Baş, göz ve çevresi	460	16,1
Gövde	165	5,8
Üst ekstremitte	160	5,6
Alt ekstremitte	155	5,4
Bilinmeyen yer	100	3,5
Boyun	83	2,9
Baş, dudak kommissür hattı altı	65	2,3
Toplam	2865	100,0

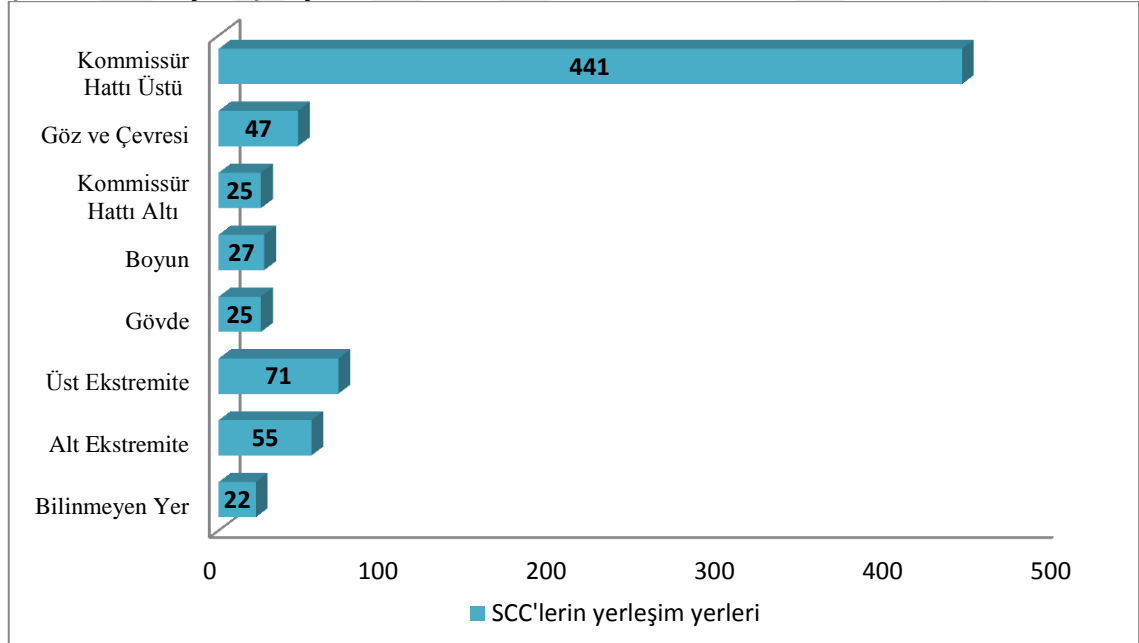
BCC’lerin yerleşim yerlerine bakıldığında en sık baş-boyunda, dudak kommissür hattı üstü alanda daha sonra göz çevresinde olduğu görülmüştür. Şekil 26’da BCC yerleşim yerleri görülmektedir.

Şekil 26: BCC yerleşim yerleri.



SCC'lerin yerleşim yerlerine bakıldığında BCC'lerde olduğu gibi yine baş-boyunda ve dudak kommissür hattı üstü alanda en sık olduğu gözlenmiştir. Baş-boyunu alt ve üst ekstremité takip etmektedir. Şekil 27'de SCC'lerin yerleşim yerlerine göre dağılımları görülmektedir.

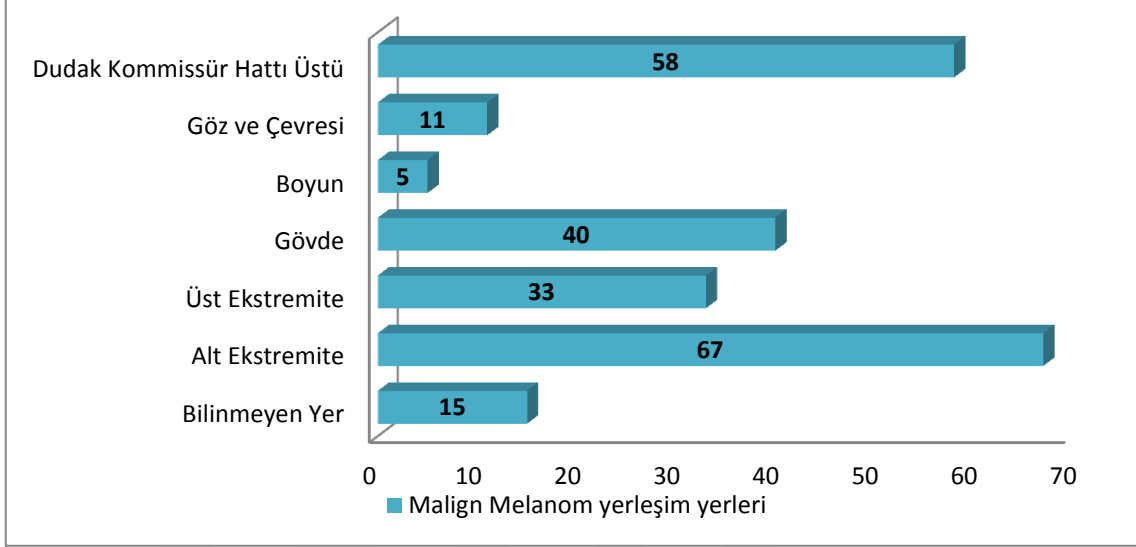
Şekil 27: SCC yerleşim yerleri.



Tanı verilen malign melanom olgularının yerleşim yerlerine bakıldığında en sık baş-boyun bölgesinde ve dudak kommissür hattı üstünde yerleşim gösterdiği görülmüştür. Başta dudak kommissür hattı altında hiç malign melanom tanısı

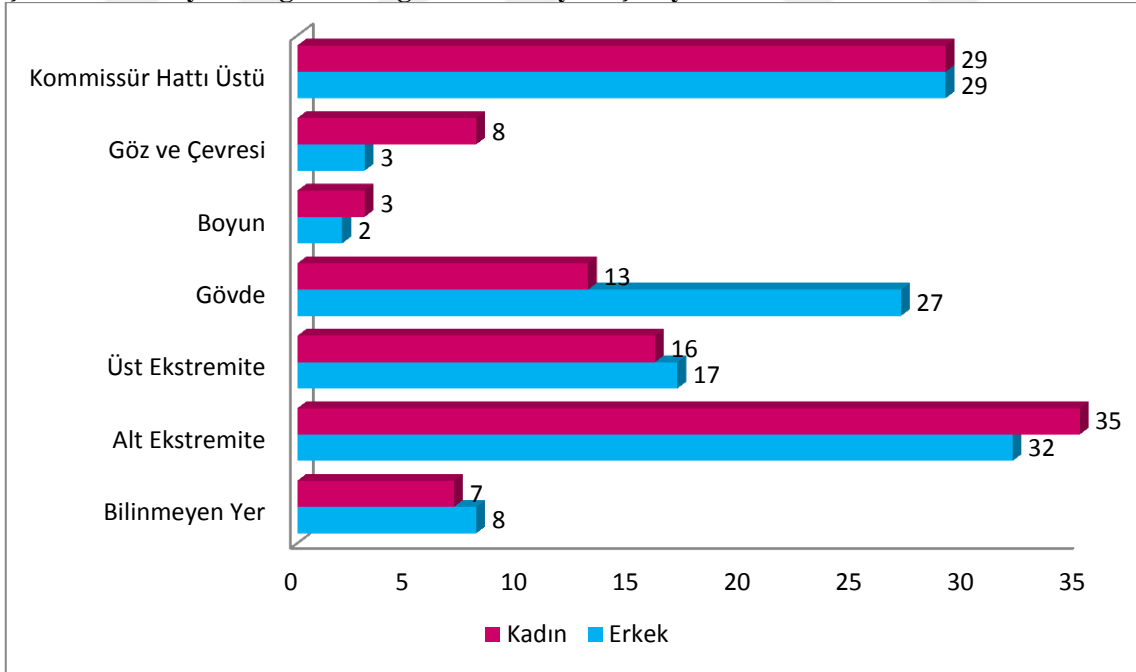
verilmemiştir. Malign melanom olgularında yerleşim yerlerine göre dağılım Şekil 27’ de görülmektedir.

Şekil 28: Malign melanom yerleşim yerleri.



Cinsiyetlere göre malign melanom yerleşim yerleri Şekil 29’da görülmektedir.

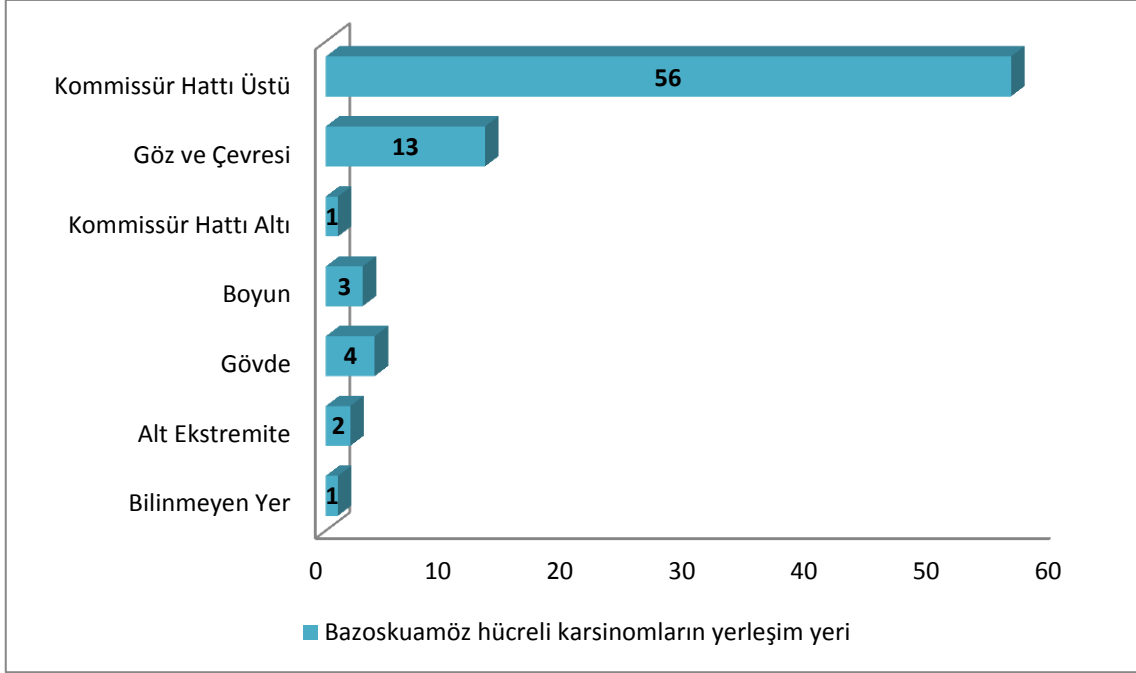
Şekil 29: Cinsiyetlere göre malign melanom yerleşim yerleri.



Bazoskuamöz hücreli karsinom tanısı verilen olguların tümör yerleşim yerlerine göre bakıldığında en sık yine baş-boyunda, dudak kommissür hattı üstü alanda

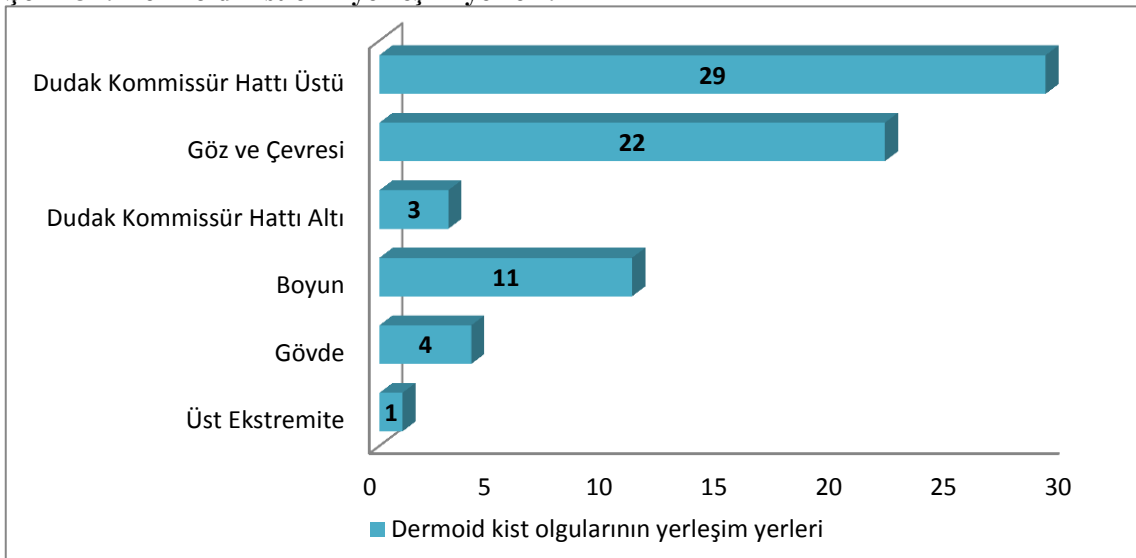
olduğu görülmüştür. Dudak kommissür hattı üstü yerleşimi göz ve çevresi ile gövde takip etmektedir. Şekil 30'da bazoskuamöz hücreli karsinomların yerleşim yerleri görülmektedir.

Şekil 30: Bazoskuamöz hücreli karsinomların yerleşim yerleri.



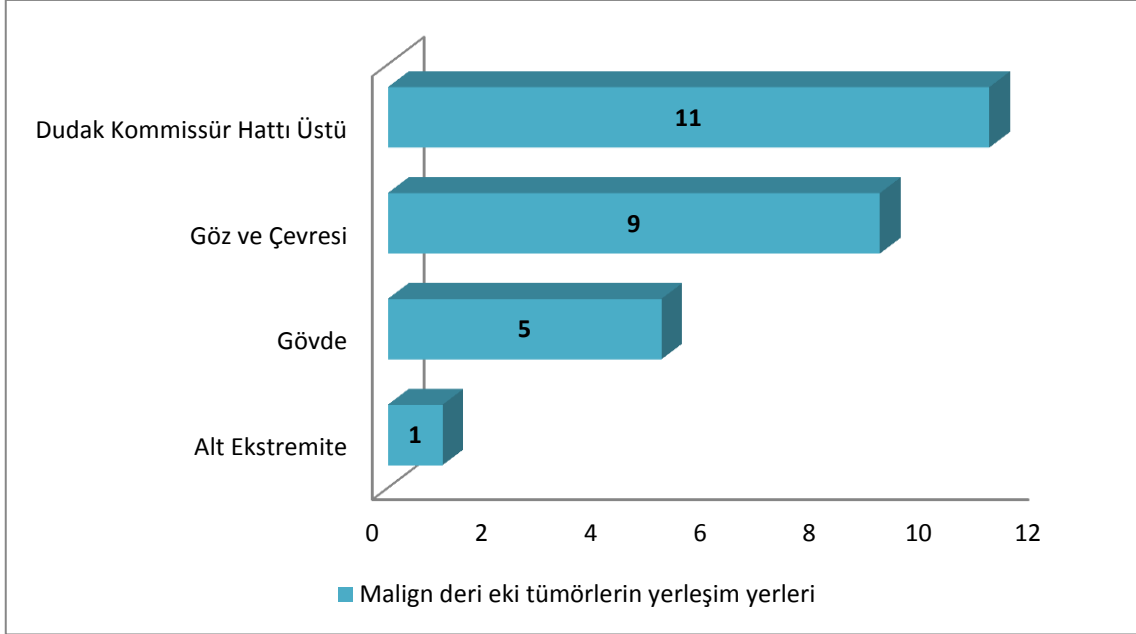
Dermoid kist tanısı verilen olgularda tümör yerleşim yerlerine bakıldığında yine baş-boyunda en sık olduğu görülmüş olup burada da en sık dudak kommissür hattı üstü alandadır. Şekil 31' de dermoid kist olgularının yerleşim yerleri görülmektedir.

Şekil 31: Dermoid kistlerin yerleşim yerleri.



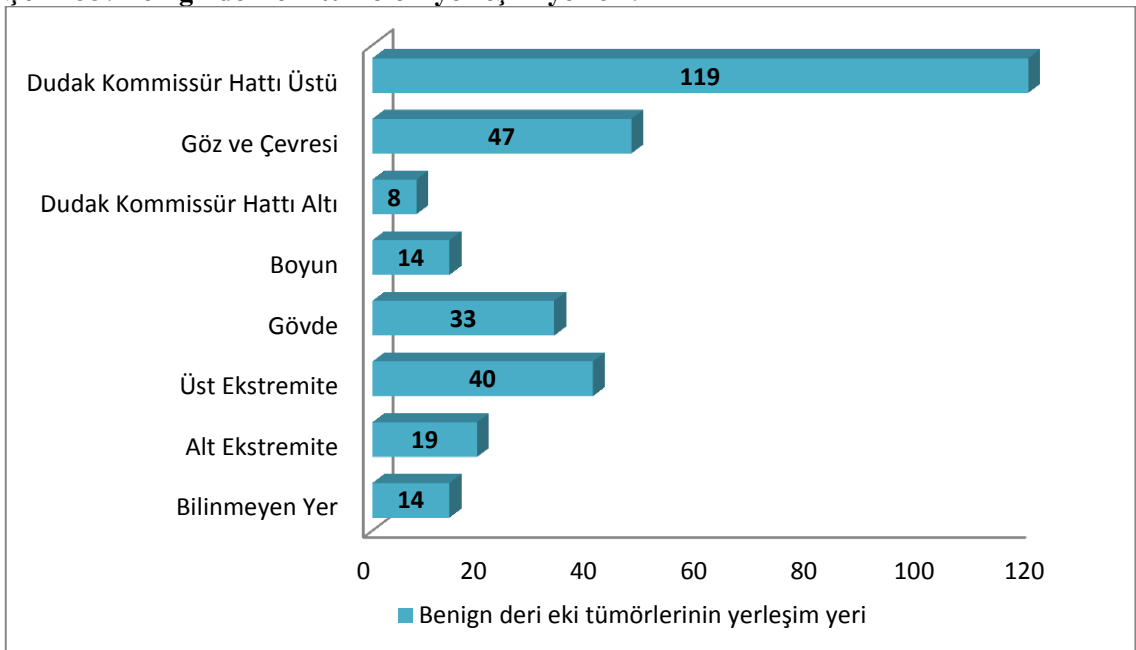
Malign deri eki tümörlerinin en sık yerleşim yerlerine bakıldığında en sık baş-boyunda ve dudak kommissür hattı üstü alanda, 2. sırada göz çevresine yerleştiği görülmüştür (Şekil 32).

Şekil 32: Malign deri eki tümörleri yerleşim yerleri.



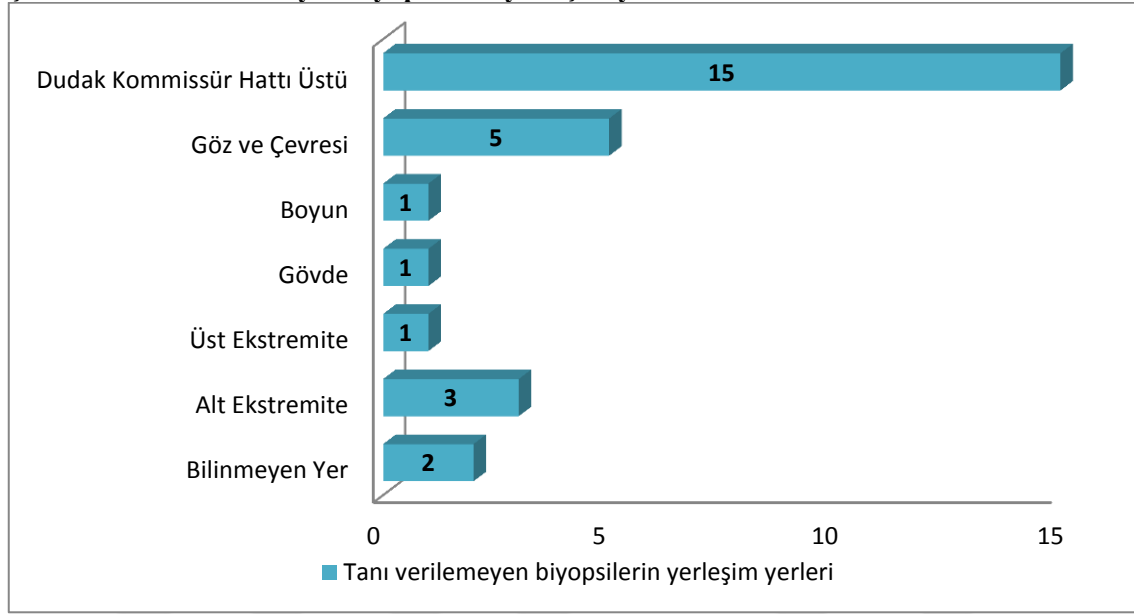
Benign deri eki tümörlerinin dağılımlarına bakıldığında en sık baş-boyunda, dudak kommissür hattı üstü alanda yerleştiği görülmektedir. Şekil 33'te yerleşim yerleri görülmektedir.

Şekil 33: Benign deri eki tümörleri yerleşim yerleri.



Tanı verilemeyen deri biyopsilerinin yerleşim yerlerine bakıldığında yine en sık baş-boyun ve dudak kommissür hattı üstü bölgesi yerleşim yeri olmuştur. Göz ve çevresi ve alt ekstremitte kommissür üstünden sonraki sık yerleşim yerleridir. Şekil 34’te yerleşim yerlerine ait dağılımlar yer almaktadır.

Şekil 34: Tanı verilemeyen biyopsilerin yerleşim yerleri.



4.5. En Sık Verilen Deri Tümörü Tanıları

Deri tümörü tanısı verilen hastalar tanılarına göre sınıflandırıldığında en sık bazal hücreli karsinom (BCC) tanısı verildiği görülmüştür. 2.sıklıkta SCC, 3.sıklıkta benign deri eki tümörleri görülmüştür. Verilen tüm tanılar Tablo 15’te görülmektedir.

Tablo 15: En sık verilen deri tümörü tanıları.

Tümör Tipi	Olgu Sayısı	Yüzde
Bazal Hücreli Karsinom	1425	49,7
Skvamöz Hücreli Karsinom	713	24,9
Benign deri eki tümörleri	294	10,3
Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	109	
Foliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	176	
Sebaseöz Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	9	
Malign Melanom	229	8,0
Bazoskuamöz Hücreli Karsinom	80	2,8
Dermoid Kist	70	2,4
Tanı verilemeyenler	28	1,0
Malign deri eki tümörleri	26	0,9
Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	6	
Foliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	11	
Sebaseöz Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	9	
Toplam	2865	100

BCC olgularının alt tipi ayrımı yapıldığında tanı verilen olgu sayıları Tablo 16'daki gibi olduğu görülmüştür.

Tablo 16: Tanı verilen bazal hücreli karsinom alt tipleri.

Bazal Hücreli Karsinom Alt Tipleri	Sayı	Yüzde
BCC	1226	86
BCC, Keratotik	45	3,2
BCC, Adenoid	44	3,1
BCC, Mikst	27	1,9
BCC, İnfiltratif	24	1,7
BCC, Multisentrik	15	1,1
BCC, Pigmente	14	1,0
BCC, Solid	14	1,0
BCC, Yüzeysel	5	0,4
BCC, Kistik	3	0,2
BCC, Sebaceöz farklılaşma gösteren	3	0,2
BCC, Morfea benzeri	2	0,1
BCC, İnfundibulokistik	2	0,1
BCC, Fibroepitelyal	1	0,1
Toplam	1425	100

SCC tanısı verilen 713 olgunun aldıkları SCC tanı alt tiplerine bakıldığında olgu sayıları Tablo 17'deki gibidir. 683 SCC olgusunun 44 tanesinin mikroinvaziv karakterde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17: SCC tanısı verilen olguların alt tiplerine göre sınıflandırılması.

Skvamöz Hücreli Karsinom Tipleri	Sayı	Yüzde
SCC	683	95,8
SCC, Verrüköz	14	2,0
SCC, Akantolitik	8	1,1
SCC, Non-keratinize	6	0,8
SCC, İğsi hücreli	2	0,3
Toplam	713	100

SCC tanısı almış 713 hastanın derece durumlarına bakıldığında en sık derece I SCC hastası olduğu görülmüştür. Derece belirtilme durumuna göre veriler Tablo 18’ de gösterilmektedir.

Tablo 18: SCC derece belirtilme durumları.

SCC Derece tipi	Hasta Sayısı	Yüzde
Derece I	421	59,0
Derece II	77	10,8
Derece III	19	2,7
Belirtilmeyen	196	27,5
Toplam	713	100

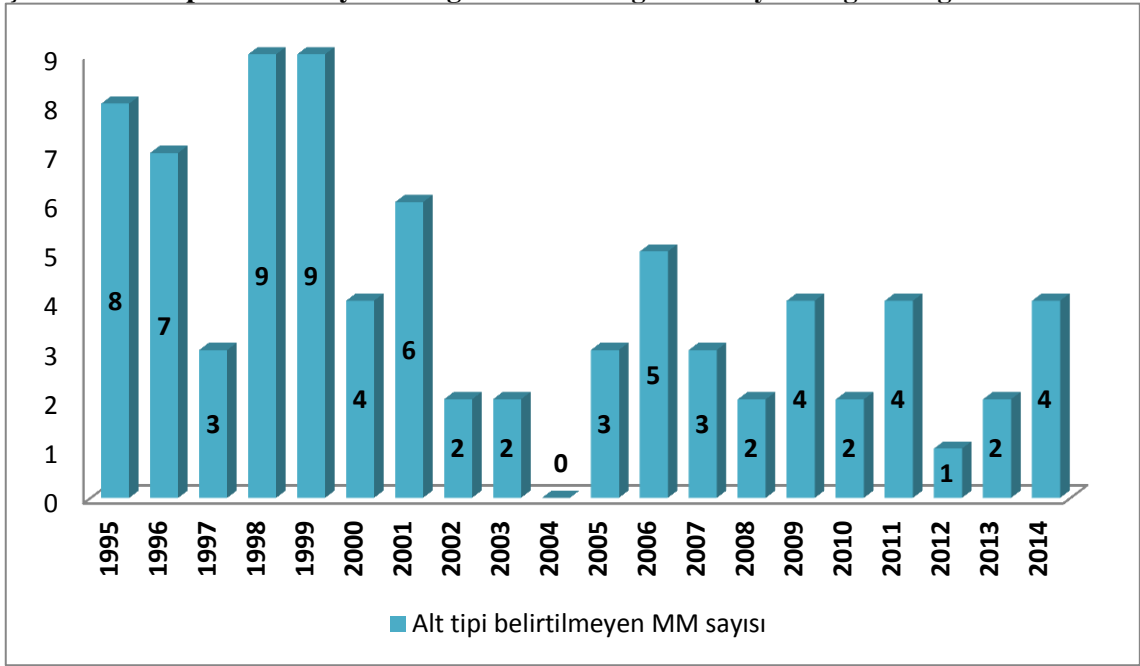
Malign melanom tanısı alan olguların, alt tiplerine göre aldıkları malign melanom tanılarına bakıldığında olgu sayıları Tablo 19’da görülmektedir.

Tablo 19: Tanı verilen malign melanom türleri.

Malign Melanom Tipleri	Sayı	Yüzde
Malign Melanom (Alt tip belirtilmeyen)	80	34,9
Nodüler Malign Melanom	66	28,8
Yüzeyel Yayılan Malign Melanom	56	24,5
Lentigo Malign Melanom	15	6,6
Akral Lentiginöz Malign Melanom	10	4,4
Desmoplastik Malign Melanom	2	0,9
Toplam	229	100

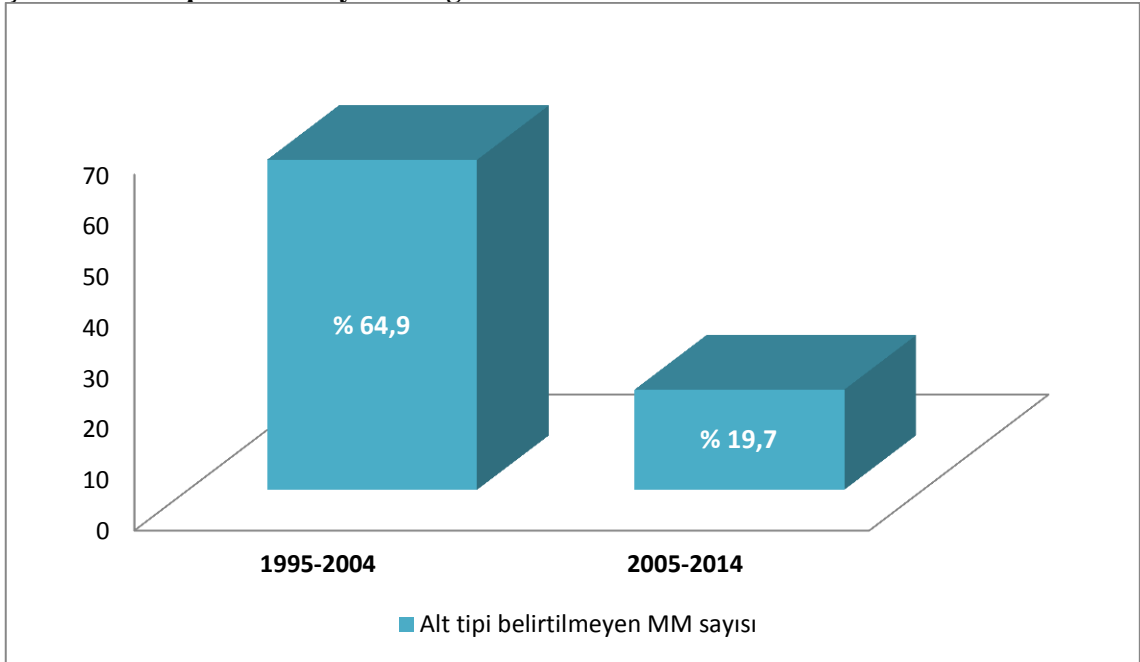
Alt tip belirtilmeyen malign melanom olgularının yıllara göre dağılımına bakıldığında bu olguların yarısının 2000 yılı öncesinde olduğu gözlemlenmiştir. Yıllara göre dağılım Şekil 35’ te gösterilmektedir.

Şekil 35: Alt tipi belirtilmeyen malign melanom olgularının yıllara göre dağılımı.



Alt tip belirtilmeyen malign melanom olgularının 10 yıllık periyotlara göre tüm malign melanom olguları içindeki dağılımına bakıldığında alt tip verilmeme oranında çok önemli bir azalma görülmüştür, dağılım Şekil 36'da olduğu gibidir.

Şekil 36: Alt tipi belirtilmeyen malign melanom tüm melanomlara oranı.



Apokrin ve ektrin malign deri eki tümörlerine bakıldığında olgu sayıları Tablo 20'deki gibi görülmüştür.

Tablo 20: Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri.

Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	Sayı	Yüzde
Apokrin Karsinom	2	33,3
Malign Ektrin Poroma	2	33,3
Malign Nodüler Hidradenom	2	33,3
Toplam	6	100,0

Apokrin ve ektrin benign deri eki tümörlerine bakıldığında olgu sayıları Tablo 21'deki gibi görülmüştür.

Tablo 21: Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri.

Apokrin ve Ektrin Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	Sayı	Yüzde
Apokrin Hidrokistoma	17	15,6
Kondroid Siringoma	16	14,7
Ektrin Poroma	15	13,8
Apokrin Hidradenoma	14	12,8
Siringoma	14	12,8
Ektrin Spiradenoma	12	11,0
Siringokistadenoma Papilliferum	12	11,0
Silindroma	5	4,6
Hidroadenoma Papilliferum	3	2,8
Papiller Ektrin Adenom	1	0,9
Toplam	109	100

Foliküler farklanma gösteren malign deri eki tümörlerine bakıldığında dağılım Tablo 22' deki gibidir.

Tablo 22: Folliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri.

Folliküler Farklanma Gösteren Malign Deri Eki Tümörleri	Sayı	Yüzde
Malign Trikilemmal Tümör	6	54,5
Trikilemmal Karsinom	3	27,3
Malign Trikoepitelyoma	1	9,1
Pilomatikal Karsinom	1	9,1
Toplam	11	100

Folliküler farklanma gösteren benign deri eki tümörlerine bakıldığında dağılım Tablo 23' teki gibidir.

Tablo 23: Folliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümör Olgusu Dağılımları.

Folliküler Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	Sayı	Yüzde
Pilomatiksoma	121	68,8
Trikoepitelyoma	20	11,4
Trikofolikülloma	19	10,8
Trikilemmoma	8	4,5
Desmoplastik Trikoepitelyoma	2	1,1
Sebaseöz Trikofolikülloma	2	1,1
Desmoplastik Trikilemmoma	1	0,6
Pigmente Trikoblantom	1	0,6
Pilar Sheath Acanthom	1	0,6
Trikoblantom	1	0,6
Toplam	176	100

Sebaseöz farklanma gösteren malign deri eki tümörlerine bakıldığında tanı verilmiş 9 olgunun tamamının sebase gland karsinomu olduğu görülmüştür.

Sebaseöz farklanma gösteren benign deri eki tümörlerine bakıldığında dağılım Tablo 24' teki gibidir.

Tablo 24: Sebazeöz Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri.

Sebazeöz Farklanma Gösteren Benign Deri Eki Tümörleri	Sayı	Yüzde
Sebazeöz Adenom	8	88,9
Sebazeoma	1	11,1
Toplam	9	100,0

4.6. Biyopsi Alınma Şekillerine Göre Olguların Sınıflandırılması

Alınma şekillerine göre biyopsilere bakıldığında en çok eksizyonel biyopsi yapıldığı görülmüştür. Alınma şekillerine ait veriler Tablo 25’ te görülmektedir.

Tablo 25: Alınma şekline göre biyopsilerin sınıflandırılması.

Biyopsi Alınma Şekli	Sayı	Yüzde
Eksizyonel Biyopsi	2025	70,7
İnsizyonel Biyopsi	288	10,1
Bilinmeyen	245	8,6
Radikal Rezeksiyon	223	7,8
Amputasyon	44	1,5
Parsiyel Rezeksiyon	21	0,7
Kama Rezeksiyon	13	0,5
Ekzanterasyon	6	0,2
Toplam	2865	100

Bölümlerden gelen biyopsilerin alınma şekillerine göre dağılımı Tablo 26’da görülmektedir.

Tablo 26: Bölümlerden gelen biyopsilerin en sık alınma şekilleri.

Gönderen bölüm	En sık biyopsi alınma şekli	Sayı	Bölümde alınan tüm biyopsiler içindeki yüzdesi
Plastik Cerrahi	Eksizyonel biyopsi	1351	84,5
Dermatoloji	İnsizyonel biyopsi	110	88
KBB	Eksizyonel biyopsi	189	55,1
Genel Cerrahi	Eksizyonel biyopsi	40	69
Göz	Eksizyonel biyopsi	100	66,7
Dış Merkez	Bilinmiyor	156	58,9
Ortopedi	Amputasyon	20	51,3
Çocuk Cerrahisi	Eksizyonel biyopsi	10	66,7

4.7. Raporlamada Kullanılan Parametreler

İnsizyonel biyopsi ile alınmış 358 biyopsinin %12,2'sine (n=35) cerrahi sınır bilgisi belirtilmiş iken, %87,8'ine (n=253) cerrahi sınır bilgisi verilmemiştir.

Eksizyonel biyopsi ile alınan 2025 biyopsinin %87,1'ine (n=1763) cerrahi sınır bilgisi verilmiş iken %12,9'una (n=262) cerrahi sınır bilgisi verilmemiştir.

Kama rezeksiyon ile alınan 13 biyopsiden 1 tanesine (%7,7) cerrahi sınır bilgisi belirtilmiş iken, 12 tanesine (%92,3) cerrahi sınır bilgisi belirtilmemiştir.

Radikal rezeksiyon ile alınmış 223 biyopsiden 36 tanesine (%16,1) cerrahi sınır bilgisi belirtilmemiş iken, 187 tanesine (%83,9) cerrahi sınır bilgisi belirtilmiştir.

Parsiyel rezeksiyon ile alınan 21 biyopsinin tamamına (%100) cerrahi sınır bilgisi verilmiştir.

Ekzanterasyon ile alınan 6 biyopsiden; 5 tanesine (%83,3) cerrahi sınır bilgisi verilmiş iken, 1 tanesine (%16,7) cerrahi sınır bilgisi verilememiştir.

Amputasyon ile alınan 44 biyopsiden 40 tanesine (%90,9) cerrahi sınır bilgisi verilmiş iken, 4 tanesine (%9,1) cerrahi sınır bilgisi verilmemiştir.

Alınma şekli bilinmeyen 245 biyopsiden 28 tanesine (%11,4) cerrahi sınır bilgisi verilmiş iken, 217 tanesine (%88,6) cerrahi sınır bilgisi verilmemiştir.

İnsizyonel biyopsi ve biyopsi alınma şekli bilinmeyen biyopsiler dışında kalan tüm biyopsilerin cerrahi sınır belirtilme durumu Tablo 27’de gösterilmiştir.

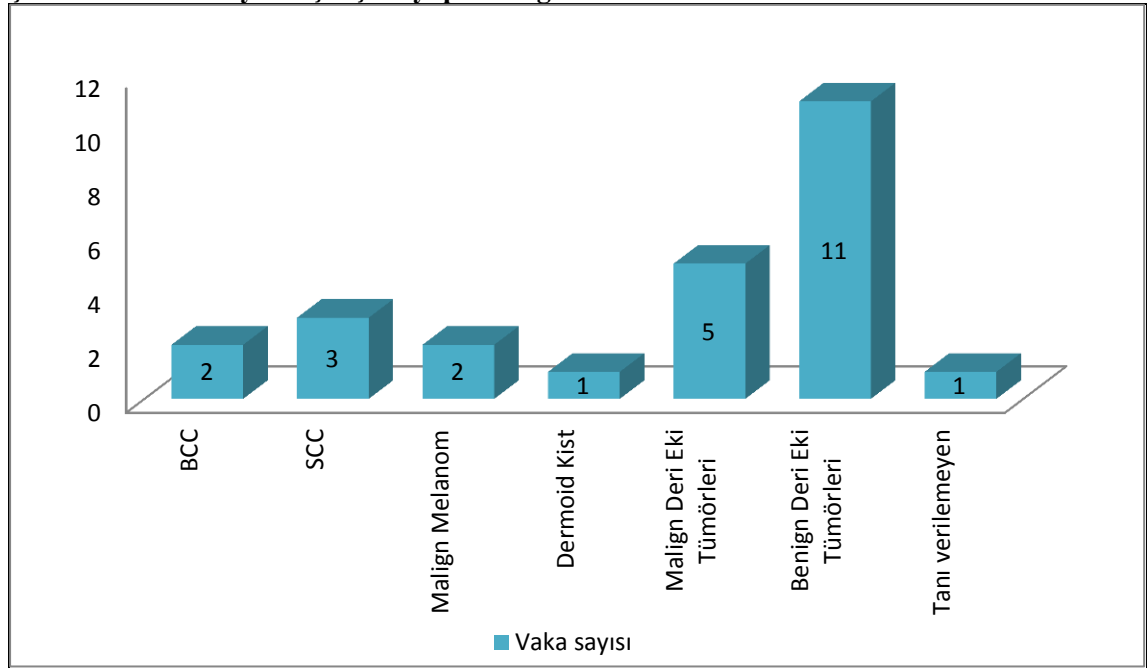
Tablo 27: Eksizyonel biyopsi, total rezeksiyon ve ampütasyon materyallerinde cerrahi sınır belirtilme oranları.

	1995 - 2004		2005 - 2014	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cerrahi sınır belirtilmiş	822	16,2	1206	10,7
Cerrahi sınır belirtilmemiş	159	83,8	145	89,3

Bakılan toplam 2865 biyopsiden 25 (%0,9) tanesine histokimyasal çalışma yapılmıştır.

Histokimyasal çalışma yapılan 25 olgunun tanılara göre dağılımı Şekil 37’de görülmektedir.

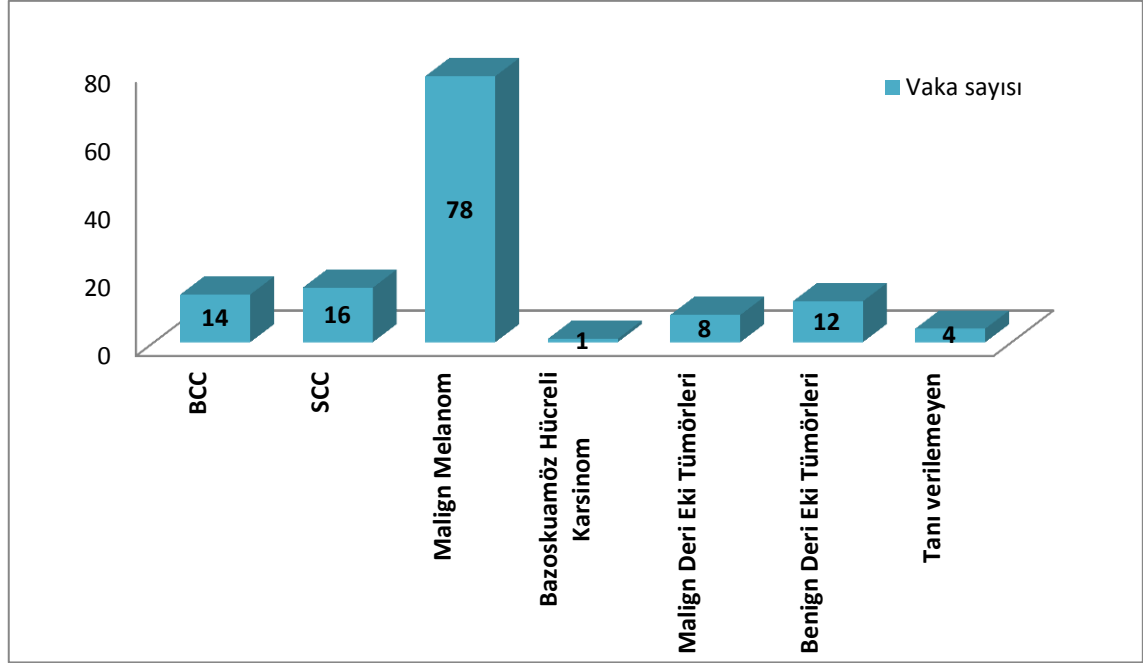
Şekil 37: Histokimyasal çalışma yapılan olguların tanıları.



Bakılan toplam 2865 biyopsiden 133 (%4,9) tanesine immünohistokimyasal çalışma yapılmıştır.

Özellikle malign melanom tanısında immünohistokimyasal çalışmaya gerek duyulmuştur (Şekil 38).

Şekil 38: İmmünohistokimyasal çalışma tanı dağılımları.



Bakılan toplam 2865 biyopsiden 253 (%8,8) tanesinde lenfovasküler invazyon bilgisi verilmiştir.

Bakılan toplam 2865 biyopsiden 248 (%8,7) tanesinde perinöral invazyon bilgisi verilmiştir.

Bakılan toplam 229 malign melanom tanılı biyopsiden 65 (%28,4) tanesine prognostik indeks belirtilmemiş iken 164 (%71,6) tanesinde prognostik indeks belirtilmiştir.

Malign melanom tanısı verilmiş biyopsilerin 10 yıllık periyotlara göre prognostik indeks belirtilme durumları Tablo 28' de gösterilmiştir.

Tablo 28: Malign melanomlarda prognostik indeks belirtilme oranı.

	1995 - 2004		2005 - 2014	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Prognostik indeks belirtilmiş	38	49,4	126	82,9
Prognostik indeks belirtilmemiş	39	50,6	26	17,1

Malign melanom tanısı verilen 229 biyopsiden 177 tanesine (%77,3) Breslow ve Clark evrelemesi yapılmıştır. Evreleme yapılan 177 biyopsiden 119 tanesine (%67,2) hem Clark hem Breslow evrelemesi, 55 tanesine (%31,1) sadece Clark evrelemesi ve 3 tanesine (%1,7) sadece Breslow evrelemesi yapılmıştır.

Bakılan biyopsilerden 181 tanesi (%6,3) daha öncesinde insizyonel biyopsi ile değerlendirilmiştir. Bu olguların yalnızca eksizyonel biyopsileri çalışmamıza dahil edilmiş olup hasta sayısını doğru olarak hesaplamak amaçlanmıştır.

Bu olguların 7 tanesinde eksizyonel biyopsi sonrası tanı değişmiştir. Ayrıca 1 olguda insizyonel biyopside net tanı verilememiş olup, eksizyonel biyopside tanı kesinleştirilmiştir. 5 olguda ise insizyonel biyopside verilmiş olan tanının derecesi eksizyonel biyopside değişmiştir. Bu olgular Tablo 29'da gösterilmiştir.

Tablo 29: İnsizyonel biyopsi ile eksizyonel biyopsi tanıları farklı olan olgular.

İnsizyonel tanı	Eksizyonel tanı
1 Trikblastik karsinom	Pilomatriksoma
2 Tanı verilemeyen	Adenoid BCC
4 Non-keratinize SCC	BCC
5 Non-keratinize SCC	BCC
6 BCC	Bazoskuamöz hücreli karsinom
7 BCC	Bazoskuamöz hücreli karsinom
8 BCC	Bazoskuamöz hücreli karsinom

Bakılan biyopsilerden 20 tanesinde önceden dış merkez biyopsisi mevcuttur. Bu 20 olgudan 4'ünde tanımız dış merkez tanısından farklılık göstermektedir. Bu olgular Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30: Dış merkez tanısı ile OMÜ patoloji departmanı tanısı farklı olan olgular.

Dış merkez tanısı	OMÜ Patoloji Departmanı tanısı
1 Keratotik BCC	Bazoskuamöz hücreli karsinom
2 BCC	Bazoskuamöz hücreli karsinom
3 BCC	Yüzeyel yayılan malign melanom
4 Bazoskuamöz hücreli karsinom	SCC

Bakılan biyopsilerden 18 tanesi (%0,6) intraoperatif konsültasyon (frozen) olarak gönderilmiş olup sonrasında hiçbirine ait yeni biyopsi gelmemiştir.

Aynı bölgeden en az 6 ay sonra yeniden aynı tanıyı alan olgular nüks olarak kabul edilmiştir. Bakılan biyopsilerden 62 olguda (%2,2) nüks olmuştur. En sık nüks eden tanı BCC, daha az sıklıkta SCC ve MM olarak saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 31: Nüks eden tümör tanıları.

Nüks tanı	Sayı	Yüzde
BCC	27	43,5
SCC	22	35,5
Malign Melanom	6	9,7
Bazoskuamöz Hücreli Karsinom	4	6,5
Benign Deri Eki Tümörleri	3	4,8
Toplam	62	100

5.TARTIŞMA

Deri tümörleri tüm dünya çapında en sık gözlenen tümörlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) her yıl dünya çapında 200.000 yeni malign melanom olgusu oluştuğu ve 46.000 ölüme yol açtığını tahmin etmektedir (40). Dünya çapında malign melanom ve melanom dışı deri kanserlerinin insidansı 1940'dan beri %600 artmıştır (41). Son 30 yılda ise Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da malign melanom insidansı üç kat fazla artış göstermiştir (40).

Çalışmamıza alınan 2865 hastanın %58,6'sı erkek, %41,4'ü kadındır. Kanada'da yapılan 40.389 olgunun incelendiği bir çalışmada olguların %54,6'sı erkek, %45,4'ü kadındır (42). Yine Jung ve arkadaşlarının bir çalışmasında kadın erkek oranı benzer şekilde bulunmuştur (43). Erkeklerde deri kanseri oranının yüksek olmasının sebebinin açık havada erkeklerin kadınlara oranlara daha fazla çalışıyor olması, yine açık hava sporlarının erkekler tarafından daha çok yapılıyor olması ve ülkemizdeki kültürel nedenler gereği kadınların daha kapalı kıyafetler giyiyor olması ile kadınların daha az dışarı çıkmaları olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda en sık deri tümörü gözlenen yaş aralığı 70-80 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde en sık 50 yaş ve üzerinde deri kanserlerinin arttığı bildirilmiştir (44,45). Emekli kriket oyuncularıyla yapılan bir çalışmada 164 oyuncunun %38'i deri kanseri hikayesi olduğunu belirtmiş ve en yüksek oran da 45-55 yaş grubu arasında saptanmıştır (46).

Çalışmamızda bölümümüze en sık plastik cerrahi bölümünden (%55,8) biyopsi gönderildiği saptanmıştır. Bunu KBB'den (%12) gelen ve dış merkezden (%9,2) gönderilen biyopsiler takip etmektedir. %9,5 biyopsinin ise gönderilen bölüm kaydı mevcut değildir. Cubitt ve arkadaşlarının 2013 yılında Buckinghamshire'da malign melanomu araştırdığı çalışmasında biyopsilerin en sık dermatoloji, sonra plastik cerrahi, aile hekimi ve genel cerrahi tarafından yapıldığı saptanmıştır (47). Dermatolojiden bölümümüze gönderilen biyopsi sayısının bu kadar az olmasının nedeni bölüm disiplini gereği dermatolojinin cerrahi yapmıyor olması olabilir.

Dış merkezden gönderilen biyopsilerin sayısının 1995-2004 ve 2005-2014 yılları arasında iki dekat karşılaştırıldığında 61'den 204'e çıktığı gözlenmiştir. Bu belirgin artışın giderek de artacağı tahmin edilmekte olup bu durum planlama yapılırken göz önünde bulundurulması gereken faktörlerden biridir. Dış merkez olguları daha çok, tanı verilemeyen ve bundan sonraki tedavi planlamasını üçüncü basamakta devam ettirmek isteyen hastaların biyopsilerinden oluşmaktadır. Bölümümüze dış merkezden gönderilen biyopsilerdeki en sık tanımız SCC (%31,7) olup, ikinci sırada ise MM (%27,2) yer almaktadır.

Deri tümörleri görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde olgu serimizde en sık verilen histopatolojik tanı %49,7 oranıyla BCC olup; %24,9 SCC, %11,1 deri eki tümörü, %8,0 malign melanom, %2,8 bazoskuamöz karsinom, %2,4 dermoid kist olarak bulunmuştur. Ayrıca %1,0 oranında tanı veremediğimiz olgu mevcuttur. Judy Sng ve arkadaşlarının 1968-2006 yılları arasını kapsayan çalışmalarında ve Levi ve arkadaşlarının 1976-1992 yılları arasındaki çalışmalarında en sık BCC, sonra sırasıyla SCC ve malign melanom bulunmuştur (48,49). Omari ve arkadaşlarının 2006 yılında Ürdün'de deri kanserleri insidansını değerlendirdiği çalışmalarında sırasıyla BCC, SCC, malign melanom ve diğer deri tümörlerini (deri eki tümörleri, B hücreli lenfoma, Kaposi sarkomu, malign histiyositom, dermatofibrosarkom) bulmuş oldukları görülmüştür (50). Rudolph ve arkadaşlarının Almanya, Demers ve arkadaşlarının Kanada'daki çalışmalarında en sık BCC, sonra SCC ve diğer melanom dışı deri kanserleri saptanmıştır (42,51). Acar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sıklık sırası BCC, SCC, bazoskuamöz karsinom ve malign melanom olarak saptanmıştır (52).

Çalışmamızda güneş ışığına bağlı gözlenen deri tümörlerinde (BCC, SCC, MM) 1995-2004 ve 2005-2014 yılları arasındaki iki dekat arasında belirgin artış vardır. İlk dekatta toplam olgu sayısı 974 iken ikinci dekatta bu sayı 1393'e çıkmıştır. En yüksek artışı gösteren tümör MM (%97,40) olup bunu SCC (%82,94) ve BCC (%20,93) takip etmektedir. Diğer deri tümörleri için iki dekad arasında tutarlılık gözlenmemiştir.

Biyopsilerin alınma şekillerine bakıldığında en çok eksizyonel biyopsi yapıldığı (%70,7) gözlenmiştir. Literatürde biyopsi alınma şekilleriyle ilgili herhangi bir çalışma yer almadığı gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda deri tümörlerinin en sık yerleşim yeri %79,8 baş-boyun bölgesi bulunmuştur. Baş-boyun bölgesinde ise en sık yüzde dudaktan ve kulak altından geçtiği varsayılan hayali bir dudak kommissür hattının üstünde kalan alanda gözlenmiştir. Slovakya'da ve Avustralya'da yapılan çalışmalarda hem BCC hem SCC için en sık yerleşim yerinin çalışmamızda olduğu gibi baş-boyun bölgesi olduğu gözlenmiştir (53,54). Etiyolojideki en önemli faktörün güneş ışığı, dalga boyu nedeniyle, UVB olması ve ozon tabakasının giderek incilmesi, deri tümörü gelişiminin en sık güneşe maruz kalan yerlerde yani baş-boyunda gelişmesini desteklemektedir (41,55,56).

BCC, tüm dünyada en sık görülen kanser tipidir ve en sık beyaz ırkta görülür (57). BCC riskini özellikle çocukluk dönemindeki güneş yanıkları artırır. BCC özellikle yağlı cilt bölgelerinde görülme eğilimindedir (56). BCC, melanom dışı tüm deri kanserlerinin %75'ini oluşturur (57). Bizim çalışmamızda da %49,7 oranla BCC en sık görülen malign deri tümörü olup, en sık verilen alt tipinin keratotik BCC (45 olgu) olduğu görülmüştür. Literatürde en sık görülen alt tip nodüler, ikinci sıklıkta ise yüzeysel tip olarak yer almakta olduğu görülmüştür (58). Ayrıca nadir bir alt tip olarak belirtilen adenoid tip BCC çalışmamızda 44 olgu ile ikinci sık görülen BCC tipidir. Literatür oranlarına uyum problemleri ile karşılaşmamak için, alt tiplerin ne kadar da nonspesifik ve yaygın görülen tipler olsa da belirtilmiş olması gerekmektedir.

BCC bulunan hastaların 613'ü kadın, 812'si erkektir. Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde erkeklerde BCC görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (42,43,48). Çalışmamızda BCC tanısının en yüksek görüldüğü yaş aralığı 60-70 yaş aralığındaki dekat olarak gözlemlenmiştir. Omari ve arkadaşlarının çalışmalarında BCC insidansının yaşla birlikte arttığı ve erkeklerde 80 yaş üstünde, kadınlarda ise 61-70 yaş aralığında maksimuma ulaştığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmalarında BCC'lerin en sık baş-boyunda yerleştiği, sonra sırayla gövde, üst ve alt ekstremitelerde yerleştiği gözlenmiştir (50). Literatürde BCC'nin yine en sık baş-boyun bölgesinde saptandığı çalışmalar mevcuttur (48,54). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak BCC'nin en sık baş-boyun bölgesinde ve dudak kommissür hattı üstü alanda yerleşim gösterdiği saptanmıştır. Sıklık sırasına göre yüz-dudak kommissür hattı üstünde (948 olgu), göz ve çevresinde (306 olgu), gövdede (53 olgu), yüz-dudak kommissür hattı altında (28 olgu), boyunda (22 olgu), üst ekstremitelerde (14 olgu), alt ekstremitelerde (8

olgu) yerleştiği görülmüştür. Ayrıca lokalizasyonu bilinmeyen 46 olgu mevcuttur. BCC gelişiminde aralıklı ve yoğun güneş ışığı maruziyeti en önemli etiyolojik faktördür (4). Ancak 2005 yılında yapılmış olan bir çalışmada güneşten korunan alanlarda da yüksek oranda BCC görülmüş olması BCC etiyolojisinde güneş ışığının tek faktör olmadığını düşündürmüştür (59). Avustralya’da yapılan bir çalışmada BCC’nin 40 yaş altı kadınlarda, SCC’nin ise tüm yaş gruplarında erkeklerde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Genç kadınlardaki BCC artışının yüksek olması 2 teoriyle açıklanmıştır; birincisi genç kadın ve erkeklerin UV maruziyeti farklıdır, ikincisi ise kadınların ciltleriyle daha ilgili olmaları nedeniyle gelişen lezyonları çabuk fark ettikleri düşünülmüştür (60). BCC 15 yaş altı çocuklarda oldukça nadir görülen bir tümör olup literatürde seyrek olgu bildirilmiştir (61,62). Çalışmamızda 2. ve 3. dekatta da BCC tanısı alan olgular mevcuttur. Bunun nedeni tümör yatkınlığı olan hastalar (ksero derma pigmentosum gibi) olabilir. Bu bağlamda düşük dekatlarda BCC tanısı verilirken dikkatli olunmalıdır.

SCC’nin görülme sıklığı BCC’nin dörtte biri kadardır. BCC’den farklı olarak kronik güneş ışığı maruziyeti ile ilişkilidir ve etiyolojisi multifaktöriyeldir (57). Çalışmamızda SCC’nin görülme sıklığı açısından ikinci sırada (%24,9) yer aldığı ve bu hastaların 210’unun kadın, 503’ünün erkek olduğunu saptanmıştır. Literatürdeki farklı çalışmalarda benzer şekilde SCC tanısı alan erkeklerin sayısı kadınlardan fazladır (50,53). Çalışmamızda SCC tanısının en çok görüldüğü yaş aralığı 70-80 yaş arası olarak bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalar ile uyumludur (50). Ancak çalışmamızda birinci ve üçüncü dekatta da SCC tanısı alan olgular gözlenmiştir. BCC’de olduğu gibi SCC de 15 yaş altında oldukça nadir görülen bir tümördür ve genellikle altta yatan predispozan bir durum vardır. Literatürde de az sayıda örnek mevcuttur (63,64). Çalışmamızda en sık verilen SCC alt tipi verrüköz SCC’dir. Toplamda 713 SCC olgusunun 44 tanesinin mikroiinvaziv karakterde olduğu görülmüştür.

SCC tanısı verilmiş 713 biyopsiden 517’sine (%72,5) derece bildirim yapılmıştır. Derece bildirilen 517 biyopsiden 421 tanesi (%81,4) derece I, 77 tanesi (%10,8) derece II ve 19 tanesi (%2,7) derece III olarak saptanmıştır. Tümör derecesi hem tedavi hem de prognoz açısından önemli olduğu için raporlarda belirtilmelidir.

SCC'nin en sık yerleşim yeri baş-boyun bölgesi ve yüzde - dudak kommissür hattı üstü alan olarak saptanmıştır. Bunu sırasıyla üst ekstremitte, alt ekstremitte ve gövde izlemektedir. Ayrıca lokalizasyonu bilinmeyen 22 olgu mevcuttur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde literatürdeki çalışmalarda da bizim bulgularımızla uyumlu olarak en sık baş-boyun bölgesinde yerleşim yaptığı gözlenmiştir (50,53,54).

BCC ve SCC'de olduğu gibi, malign melanom (MM) da açık ten ve saç rengine sahip insanlarda daha sık görülür. Yine, melanomlar güneş gören baş boyun bölgesi ve ekstremitelerde daha sık yerleşir. Alt ekstremitedeki melanomlar kadınlarda daha sık görülürken gövdedeki melanomlar erkeklerde daha sık görülür. Çalışmamızda malign melanom tanısının en çok görüldüğü yaş aralığı 60-70 yaş aralığıdır. Kadın ve erkek dağılımının (Kadın=111, Erkek=118) benzer olduğunu, yerleşim yerinin hem kadınlarda hem de erkeklerde birinci sıklıkta baş-boyun, ikinci sıklıkta alt ekstremitte olduğu görülmüştür. Cubitt ve arkadaşlarının çalışmalarında kadınlarda malign melanom oranı erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuş olup erkeklerde en sık yerleşim yeri gövde iken kadınlarda alt ekstremitte olduğu saptanmıştır (47). Holme ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yine kadınların oranı erkeklerden daha fazladır (65). En son yayımlanan Sağlık Bakanlığı kanser verilerine göre ülkemizde yıllık melanom görülme sıklığı erkeklerde 100.000' de 1.9; kadınlarda ise 100.000'de 1.3'tür (66). Çalışmamız ülkemiz verileri ile uyumlu olup uluslararası çalışmalardan farklıdır. Bu durum ülkemizdeki kadınların daha çok ev kadını olması, bu nedenle zamanını daha çok evde geçirerek güneş ışığına daha az maruz kalması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda 0-19 yaş grubu arasında yalnızca 2 adet MM olgusu gözlenmiştir. ABD'de yapılmış olan bir çalışmada 1973-2009 yılları arasında pediatrik malign melanom olgularında yıllık %2'lik artış olduğu saptanmıştır. Genç kızların her daim bronz tene sahip olma isteğinin olduğu, gençler arasında güneş koruyucuların kullanma alışkanlığının olmadığı gözlenmiştir. Deri kanserinden korunmak için çocukların da ilgisini çekecek eğitim programları hazırlanmış ve okullarda aktiviteler düzenlenerek, posterler asılarak tanıtımlar yapılmıştır (67).

Çalışmamızda sırasıyla en çok nodüler MM (%28,8), sonra yüzeysel yayılan MM (%24,5), lentigo MM (%6,6), akral lentiginöz MM (%4,4) tanısı verilmiş olup 2 olgu da desmoplastik MM (%0,9) tanısı olduğu görülmüştür. Cubitt ve arkadaşlarının

çalışmasında en sık yüzeysel yayılan MM, ikinci sıklıkta ise nodüler MM gözlenmiştir (47). Karasoy ve arkadaşları ile Bilkay ve arkadaşlarının çalışmalarında da bizim çalışmamız ile benzer olarak nodüler melanoma (%30-%47) en sık karşılaşılan tümör tipi olarak bulunmuştur (68,69). Literatüre göre en sık malign melanom tipi (%50-70) yüzeysel yayılan MM iken bunu (%10-20) nodüler MM takip etmektedir. Bilinen bu bilgiye ters olarak bizim çalışmamız sonucunda ülkemizde karşılaşılan en sık malign melanom tipinin nodüler olduğu düşünülmüştür. Ayrıca tüm MM olgularının %34,9'unda alt tip belirtilmemiştir. Alt tip tayini hastalığın prognozunu ve tedavisini etkileyen bir durum olduğundan bu oran oldukça yüksektir. 1995-2004 ve 2005-2014 yılları arası 2 dekad karşılaştırıldığında alt tipi belirtilmeyen MM oranı %64,9'dan %19,7'ye düştüğü gözlenmiş olup bu durumun bölümümüzün tecrübesinin yıllar içerisinde artmış olması, öğretim görevlilerinin kendi branşlarına bakmaya başlaması ile ilişkilendirilebilir.

Samsun'un yaklaşık 3 milyonluk bir nüfusu karşıladığı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı kanser verilerine göre yıllık MM olgu sayısı beklentimiz 48 olgu düzeyindedir. 20 yıllık olgu serimize baktığımızda ise yıllık MM olgu sayısının oldukça az olduğu dikkatimizi çekmiştir. Bu kadar az sayıda MM olgusu görüyor olmamız asistan eğitimi açısından da problem teşkil etmektedir. Daha çok olgu görebilmek için konseylerde dış merkezde tanı almış olan MM olgularının bölümümüze getirilmesi talep edilebilir. Ayrıca MM tedavisinde önemli rolü olan ve son yıllarda kullanılmaya başlanan BRAF mutasyonuna bölümümüzde moleküler çalışmayla bakılabildiğini duyurmamız da MM olgu sayımızı arttıracaktır.

Malign melanom tanısı verilen 229 biyopsiden 177 tanesine (%77,3) Breslow ve Clark evrelemesi yapılmıştır. Evreleme yapılan 177 biyopsiden 119 tanesine (%67,2) hem Clark hem Breslow evrelemesi, 55 tanesine (%31,1) sadece Clark evrelemesi ve 3 tanesine (%1,7) sadece Breslow evrelemesi yapılmıştır. Çalışmamızda malign melanom olgularının %71,6'sinde raporda prognostik indeks bilgisi verilmiştir. Prognostik indeks (tümör tipi, büyüme fazı, tümör kalınlığı, Clark ve Breslow evrelemesi, mitoz sayısı, zeminde nevüs varlığı, regresyon bulguları, peritümöral ve intratümöral lenfosit infiltrasyonu, perinöral ve lenfovasküler invazyon varlığı, ülser, mikrosatellit nodül varlığı) hastalığın prognozu ile ilgili bilgi verdiği ve tedaviyi etkilediğinden

raporda belirtilmesi önemlidir. Tüm malign melanom raporlarımızda prognostik indeksi belirtmemiş olmamızın nedeni gönderilen olguların bir kısmının insizyonel biyopsi olması nedeniyledir.

Deri eki tümörleri (DET), değişik yönlerde farklılaşma gösteren, histolojik özellikleri deri eklerine benzeyen tümörlerdir. Büyük bir kısmı benign özellikte olup malign karakterde olan deri eki tümörleri de gözlenebilmektedir (70,71). DET; genellikle ileri yaşlarda görülmelerine rağmen tüm yaşlarda da görülebilir. Çalışmamızda benign deri eki tümörlerinin en sık görüldüğü yaş aralığı 40-50 arası iken, malign deri eki tümörlerinin 70 – 80 arası olduğu gözlenmiştir. DET tanısı alan hastaların 173'ü kadın, 147'si erkektir. Deri eki tümörlerinin en çok baş ve boyun bölgesinde ve ekstremitelerde yerleşim gösterdiği bilinmektedir (19). Çalışmamızda, hastaların lezyonlarının 188 tanesinin baş ve boyun bölgesinde yerleştiği, kalan 110 olgunun ise gövde, üst ve alt ekstremitelerde yerleştiği görülmüştür ve literatüre benzerlik göstermektedir (37). Olgu sayısı olarak benign DET'ler (294 olgu), malign DET'lerden (26 olgu) daha fazla sayıda saptanmıştır. Benignler içerisinde en sık folliküler diferansiyasyon gösterenler görülmüştür. En sık verilen tanı ise pilomatriksoma (121 olgu) olmuştur. Malign DET'lerden sebaceöz diferansiyasyon gösterenler en sık gözlenmiştir. En çok verilen tanı ise sebace gland karsinomu (9 olgu) olmuştur. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Vani ve arkadaşlarının çalışmasında erkek/kadın oranı 1/1,68 olup en sık malign DET tanısı verilmiş ve eşit oranda sebace gland karsinomu ile trikoblastik karsinom bulunmuştur (72). Oküler benign deri eki tümörlerinin incelendiği bir çalışmada en sık saptanan benign deri eki tümörü apokrin veya ekrin hidrokistoma (%79,8), ikinci sıklıkta ise pilomatriksoma (%5,3)'dir (73). 2013 ve 2015 yılına ait iki farklı çalışmada ise en sık ekrin farklılaşma gösteren benign DET'ler ve bu DET'ler arasında ise en sık nodüler hidradenoma ikinci sıklıkta pilomatriksoma görülmüştür (34,74). Çalışmamız en sık görülen benign DET tanısında literatür ile uyumlu olmadığı gözlenmiştir. Literatürden farklı olarak 2013 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde yapılmış olan başka bir çalışmada en sık tanı pilomatriksoma olarak bulunmuştur (75). Bu sonuçlara göre ülkemizde en sık karşılaşılan DET pilomatriksoma kabul edilebilir. Bölümümüzde 20 yıl boyunca hiç tanısını vermediğimiz bazı DET'ler mevcuttur. Bunlar; apokrin ve ekrin farklılaşma gösteren malign DET'lerden tübüler karsinom, mikrokistik adneksiyal karsinom, adenoid kistik karsinom, malign mikst tümör,

porokarsinom, spiradenokarsinom, hidradenokarsinom, müsinöz karsinom, dijital papiller karsinom, apokrin ve ekrin farklı benign DET'lerden siringofibroadenom, tübüler ve tübüler papiller adenom, folliküler farklı benign DET'lerden fibrofolliküloma/trikodiskoma, sebaceöz farklı benign DET'lerden kistik sebaceöz tümördür. Oldukça çok sayıda olan bu tümörlerin tanısını hiç vermemiş olmamız literatürde de az rastlanan tümörler olmasından kaynaklanabilir.

Bazoskuamöz hücreli karsinomlar 5. sıklık sırasında tespit ettiğimiz deri tümörüdür. Sıklığının incelendiği fazla çalışma bulunmamasına rağmen Acar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada malign melanomdan daha sık görüldüğü saptanmıştır (52). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bazoskuamöz karsinomun ileri yaşta daha fazla görüldüğü, en sık baş-boyun bölgesinde yerleştiği ve erkeklerde daha fazla oranda olduğu görülmüştür (76). Bizim çalışmamızda da benzer olarak en sık 80-90 yaş aralığında görüldüğü ve en fazla baş-boyun bölgesine yerleştiği tespit edilmiştir. Erkeklerde (47 olgu) kadınlardan (33 olgu) daha sıktır.

Dermoid kist, çalışmamızda deri tümörleri arasında 6. sırada yer almaktadır. Erkeklerde (37 olgu) kadınlardan (33 olgu) daha fazla sayıda gözlenmiştir. En sık gözlendiği yaş aralığı 20-30 yaş aralığıdır. En sık baş-boyunda yerleşim gösterdiği izlenmiştir. Literatürde de en sık yerleşim alanının yüz, boyun veya skalp olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (77).

Bakılan biyopsilerden 62 olguda (%2,2) nüks saptanmıştır. En sık nüks eden tümör BCC olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da en sık nüks eden deri kanseri BCC olarak bulunmuş olup çalışmamız bu açıdan literatürle uyumludur (78).

Bakılan biyopsilerden 18 tanesi (%0,6) bize frozen olarak gönderilmiş olup sonrasında yeni biyopsisi gelmemiştir. Ancak bu biyopsiler eksiyonel biyopsi şeklinde çıkarılmış olduğu için yeterli mikroskopik tanı ve cerrahi sınır bilgisi raporlarımızda verilebilmiştir.

Bakılan biyopsilerden 181 tanesi (%6,3) daha öncesinde insizyonel biyopsi ile değerlendirilmiş olup insizyonel biyopsilerde eksizyondan farklı olarak derecelerin

yüksek olabildiği dikkati çekmiştir. Bu nedenle insizyonel biyopsilerde derece belirtmemek daha iyi bir yaklaşım olabilir.

Toplam 2865 biyopsiden 25 (%0,9) tanesine değerlendirme aşamasında histokimyasal (HK) çalışma, 133 (%4,9) tanesine ise immünohistokimyasal (İHK) çalışma yapılmıştır. Bu oranların düşük olması deri tümörleri tanısında çok da önemli bir yere sahip olmamaları nedeniyledir. En çok malign melanomlarda İHK çalışmaya ihtiyaç duyulur. Çalışmamızdaki İHK çalışma yapılan 135 olgunun 78'i MM olup bu durumu desteklemektedir.

2865 biyopsiden 253 (%8,8) tanesinde lenfovasküler invazyon bilgisi, 248 (%8,7) tanesinde ise perinöral invazyon bilgisi verilmiştir. Literatürde benzer çalışma bulunmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır.

İnsizyonel biyopsi ile alınmış 358 biyopsiden %12,2'sine cerrahi sınır verilmiştir. Ancak insizyonel biyopsilerde ve oriyantasyonunu bilemediğimiz biyopsilerde cerrahi sınır bilgisi vermektan kaçınılmalıdır. Eksizyonel biyopsi ile alınan 2025 biyopsiden %87,1' ine, kama rezeksiyon ile alınan 13 biyopsiden yüzde %7,7'sine, radikal rezeksiyon ile alınmış 223 biyopsiden %83,9'una, parsiyel rezeksiyon ile alınan 21 biyopsinin tamamına, ekzanterasyon ile alınan 6 biyopsiden; 5 tanesine (%83,3), amputasyon ile alınan 44 biyopsiden %90,9'una, alınma şekli bilinmeyen 245 biyopsiden %11,4'üne cerrahi sınır bilgisi verilmiştir. Cerrahi sınır bilgisinin verilmesi, özellikle eksizyonel biyopsiler için, hastalığın rekürrensi, tedavisi, lezyonun re-eksizyonu gibi durumları etkilediği için önemlidir. Cerrahi sınır bilgisi verilemeyen biyopsiler; dış merkezden gönderilmiş olan ve örneklemesini bölümümüzde yapılmayan biyopsiler olabileceği gibi, oriyantasyonu net olarak sağlanamadığı için kesitlerde cerrahi sınırı görülemeyen ya da teknik nedenlerle sağlıklı kesit alınamayan biyopsiler olabilir. Eksizyonel biyopsilerde cerrahi sınır bilgisi verilmeyen olgu sayısı dikkat çekicidir. Bu durumdan kaçınmak için raporlarımızda özellikle radikal spesmenlerde kontrol listelerinin kullanılması önerilir.

Alınma şekli bilinmeyen biyopsiler klinik tarafından biyopsi bilgi kağıdı üzerine ya da bilgisayar sistemine bilgi notu girilmemiş olan ve bölümümüze oriyantasyon imkanı tanımayan halde gönderilmiş olan biyopsilerdir.

Bakılan 2865 biyopsiden 28 tanesine tanı verilememiştir. Tanı verilememe sebepleri arasında; dış merkezden gönderilen ve bloğunda yeterince doku kalmayan ya da bloğunda tümörün tükendiği biyopsilerdir. Dokunun yüzeysel örneklenmesi veya doğru bloklaya yapılmadığı için invazyon değerlendirmesinin yapılamadığı biyopsiler de tanı verilememe nedenlerindedir. Yeterli ve doğru lokalizasyondan örneklenememiş biyopsiler, insizyonel biyopsiler, İHK veya HK çalışma esnasında tümörün tükendiği biyopsiler, yetersiz fiksasyon ve takip nedeniyle hücrelerin sağlıklı değerlendirilemediği biyopsiler, yetersiz klinik bilgi nedeniyle ayırıcı tanıda zorluk yaşanan biyopsiler, tanıları arasındaki histomorfolojik benzerlik ve İHK çalışmanın yönlendirici olmadığı biyopsiler diğer nedenler olarak sayılabilir.

Yıllara göre toplamda deri tümörü sayısına bakıldığında her yıl artış gözlenmemekle birlikte 1995-2004 yılları ile 2005-2014 yılları arasında karşılaştırma yapıldığında, görülen deri tümörü sayısı 1217'den 1648'e yükselmiştir. Bu iki dekad arasındaki artışın değişen çevre şartları (endüstrileşmenin artışıyla atık ve kimyasalların artışı, ozon tabakasının incelmeye), değişen yemek kültürü ve hazır gıda tüketiminin artmasıyla birlikte kanserojen maddelerin vücuda alınımının artması, moda etkisiyle daha açık kıyafetler giyilmesi, artan sosyoekonomik düzeyle yaz tatillerine giden ya da açık hava faaliyetlerinde bulunan insanların sayısının artması, solaryum, bilinçsiz güneşlenme ve güneşten korunma yollarının kullanılmıyor olması gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmüştür. Bu nedenleri destekleyen pek çok çalışma söz konusudur (55,56,79). Ancak yine de gözlenen toplam deri tümörü sayısı beklenenden az bulunmuştur. Sağlık bakanlığı verilerine göre ülkemizde beklenen yıllık deri tümörü vaka sayısı yaklaşık 100.000'de 40'dır (66). Buna göre Samsun'un yıllık olgu sayısı yaklaşık olarak 1200 civarında beklenmektedir. Payımıza düşen oranın bu kadar düşük olmasının nedenleri arasında bölgemizin iklimsel yapısı, güneşli gün sayısının farklı olması, deri lezyonlarının kolay çıkarılabilir olması nedeniyle çevredeki pek çok sağlık kuruluşuna dağılması, birinci ve ikinci basamakta tanı alıyor olmaları ve üçüncü basamak olmamız nedeniyle bölümümüze daha çok tanısı konulamayan zor olguların gönderiliyor olması ve hastaların da ilk tercihinin üçüncü basamak olmaması sayılabilir.

Kanser, son yıllarda tüm dünyada artış gösteren bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kanserde görülen bu artışın temel üç sebebi yaşlı nüfusta meydana gelen

artış, tütün kullanımı ve obesite salgınıdır (66,80). Bu faktörlerin bugünden yarına hızlı bir değişim göstermeyeceği düşünüldüğünde kanserin artacağı açıktır. Bu artış karşısında hazırlıklı olmak, ne kadar olgu ve ne tipte olgu ile karşılaşacağımızı önceden kestirebilmek ile mümkün olacaktır. Bu nedenle tüm kanser tipleri için tanımlayıcı istatistiksel verilerin derlenmesi ve bildirilmesi önemlidir.



6. SONUÇLAR

Bu çalışma bölümümüzün 20 yıllık tecrübesini yansıtmaktadır. Elde edilen veriler sonucunda;

1. Deri kanserleri erkeklerde kadınlardan daha çok görülür.
2. Literatürde yer alan bilgilerle uyumlu olarak BCC en sık görülen deri kanseridir.
3. Deri tümörünün insidansı giderek artmaktadır.
4. Deri tümörleri her yaşta görülebilmektedir ancak literatürle uyumlu olarak daha çok yaşlı popülasyonda ortaya çıkmaktadır.
5. Deri tümörü tanısı alan biyopsiler bölümümüze en çok plastik cerrahi bölümünden gönderilmiştir ve en sık alınma şekli eksizyonel biyopsidir.
6. Deri kanserleri en sık baş boyun bölgesinde yerleşmektedir.
7. Raporlamada kullanılan prognostik parametrelerin bazı raporlarımızda tam olarak belirtilmediği gözlenmiştir.

7. ÖNERİLER

1. Deri kanseri etiolojisindeki en önemli etkenlerden biri çocukluk çağında güneş ışığına maruz kalınmasıdır. Bu nedenle korunmadaki en önemli grup çocuklardır. Ülkemizde de, farklı ülkelerde olduğu gibi, okullarda, medyada ve sosyal ortamlar aracılığıyla çocuklara yönelik eğitim programları düzenlenebilir.

2. Düzenli doktor kontrolünün ve vücuttaki nevüslerin takibinin önemi, risk faktörleri olan insanların (açık tenli, kızıl saçlı, renkli gözlü, aile öyküsü olan, çok sayıda nevüsü olan vs.) güneşten korunmaya daha fazla dikkat etmeleri gerekliliği anlatılmalıdır.

3. İnsanların deri kanseri belirtileri ve tedavi yöntemleri hakkında bilinçlendirilmesi ile deri kanserinin erken tanı ve tedavisinde de önemli adımlar atılması deri kanserlerinin önlenmesinde etkili olabilir.

4. Malign deri tümörlerinin raporlanmasında kontrol listelerinin kullanımı artırılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. **Weedon D.** *Skin Pathology. 2. baskı. 2002.*
2. **LeBoit PE, Burg G, Weedon D, Sarasin A.** *WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Skin Tumours. 2006.*
3. **Rosai J.** *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. 10. baskı. 2011.*
4. *American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta; 2016.*
5. **Genç B.** Yüzdeki Malign Deri Tümörleri ve Tedavisi. Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi; **2006.**
6. **Sümen A, Öncel S.** Deri Kanseri ve Güneşten Korunmaya Yönelik Öğrencilerle İlgili Yapılan Çalışmalar: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* **2014;7(2):78–91.**
7. **Duman N.** Kütanöz Malign Melanom. *Acta Oncol Turc.* **2014;47(3):52–9.**
8. **Baykal C, Ekinci AP.** Malign Melanom: Risk Faktörleri ve Temel Klinik Özellikler. *Turkish J Dermatology.* **2015;9(1).**
9. **Atik B, Tan Ö, Tekeş L, Akdeniz N, Türe Ş.** Van Yöresi Melanom Dışı Deri Kanserlerinin Retrospektif Analizi. *Van Tıp Derg.* **2006;13(4):126–30.**
10. **Rashtak S, Dierkhising RA, Kremers WK, Peters SG, Cassivi SD, Otley CC.** Incidence and Risk Factors for Skin Cancer Following Lung Transplantation. *JAMA Dermatology.* **2015;72(1):92–8.**
11. **Gohara M.** Skin Cancer: An African Perspective. *Br J Dermatol.* **2015;173(2):17–21.**
12. **Teulings HE, Overkamp M, Ceylan E, Nieuweboer-Krobotova L, Bos JD, Nijsten T, vd.** Decreased Risk of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancer in Patients with Vitiligo: A Survey Among 1307 Patients and Their Partners. *Br J Dermatol.* **2013;168:162–71.**

13. **Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F.** A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. *Br J Dermatol.* **2012**;166(5):1069–80.
14. **Demir Y, Uslan İ, Maralcan M, Tokyol Ç, Aktepe F, Haktanır NT.** Deri Kanseri ve Lenfoproliferatif Hastalık Birlikteliği : Bir Olgu Nedeniyle Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kocatepe Tıp Derg.* **2005**;6(1):59–62.
15. **John A. Carucci, David J. Leffell.** Basal Cell Carcinoma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* **2008.** s. 747–54.
16. **Chinem VP, Miot HA.** Epidemiology of basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* **2011**;86(2):292–305.
17. **Bruce AJ, Brodland DG.** Overview of skin cancer detection and prevention for the primary care physician. *Mayo Clin Proc.* **2000**;75(5):491–500.
18. **Barnhill RL, Crowson AN.** *Textbook of Dermopathology.* 2. baskı. **2004.**
19. **Elder DE, Elenitsas R, Johnson BLJ, Murphy GF.** *Lever's Histopathology of the Skin.* 9. baskı. **2005.**
20. **Gencoglan G, Ozdemir F.** Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: clinical evaluation and histopathology. *Facial Plast Surg Clin North Am.* **2012**;20(4):423–35.
21. **Adışen E, Gürer MA.** Bazal Hücreli Karsinom. *Türkiye Klin J Intern Med Sci.* **2007**;3(22):10–9.
22. **Rubin AI, Chen EH, Ratner D.** Basal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med.* **2005**;353:2262–9.
23. **Lien MH, Sondak VK.** Nonsurgical treatment options for Basal cell carcinoma. *J Skin Cancer.* **2011**;2011.
24. **Rudolph R, Zelac DE.** Squamous Cell Carcinoma of the Skin. *Plast Reconstr Surg.* **2004**;114(6):82–94.

25. **Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C.** *Rook's Textbook of Dermatology.* 7. baskı. **2004.**
26. **Yazar M, Gül Z, Kurt Yazar S, Gönenç A.** Çocukluk Çağı Malign Deri Tümörleri: Sebace Nevüs Zemininde Gelişen Bazal Hücreli Karsinom. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergis.* **2014;**77(4):64–6.
27. **Lohmann CM, Solomon AR.** Clinicopathologic Variants of Cutaneous Squamous Cell Carcinoma. *Adv Anat Pathol.* **2001;**8(1):27–36.
28. **Bailey EC, Sober AJ, Tsao H, Mihm MCJ, Johnson TM.** Cutaneous Melanoma. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* New York: McGraw-Hill; **2008.** s. 721–8.
29. **Terzioğlu FY.** Melanom, Bazal Hücreli Karsinom, Displastik Nevüs ve Seboreik Keratozlu Olguların Demografik ve Dermatoskopik Özellikleri. Gazi Üniversitesi; **2010.**
30. **Crowson AN, Magro C, Mihm MCJ.** *Biopsy Interpretation of the Skin: Primary Non-Lymphoid Cutaneous Neoplasia.* **2010.**
31. **Cohen LM.** Lentigo Maligna and Lentigo Maligna Melanoma. *J Am Acad Dermatol.* **1995;**33(6):923–36.
32. **Sagebiel RW.** Melanocytic Nevi in Histologic Association with Primary Cutaneous Melanoma of Superficial Spreading and Nodular Types: Effect of Tumor Thickness. *J Invest Dermatol.* **1993;**100(3):322–5.
33. **Saha A, Das NK, Gharami RC, Chowdhury SN, Datta PK.** A Clinico-Histopathological Study of Appendageal Skin Tumors, Affecting Head and Neck Region in Patients attending the Dermatology OPD of a Tertiary Care Centre in Eastern India. *Indian J Dermatol.* **2011;**56(1):33–6.
34. **Solomon R, Yusuf I, Ochicha O.** Skin Adnexal Tumours in Kano, Northern Nigeria. *Niger J Basic Clin Sci.* **2015;**12(1):51.

35. **Stam H, Lohuis PJFM, Zupan-Kajcovski B, Wouters MWJM, Van Der Hage JA, Visser O.** Increasing Incidence and Survival of A Rare Skin Cancer in the Netherlands. A Population-Based Study of 2,220 Cases of Skin Adnexal Carcinoma. *J Surg Oncol.* **2013**;107(8):822–7.
36. **Blake PW, Bradford PT, Devesa S, Toro JR.** Cutaneous Appendageal Carcinoma Incidence and Survival Patterns in the United States A Population-Based Study. *JAMA Dermatology.* **2010**;146(6):625–32.
37. **Jindal U, Patel R.** Study Of Adnexal Tumors Of The Skin: A Three Year Study Of 25 Cases. *Internet J Pathol.* **2012**;13(3):1–7.
38. **Bussam KJ.** *Dermopathology.* **2010.**
39. **Compton CC, Byrd DR, Garcia-Aguilar J, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK.** *American Joint Committee of Cancer (AJCC) Cancer Staging Atlas: A Companion to the Seventh Editions of the AJCC Cancer Staging Manual and Handbook.* **2012.**
40. **Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA, Geller AC, Eisemann N, Greinert R, vd.** Does Skin Cancer Screening Save Lives? *Cancer.* **2012**;118(21):5395–402.
41. **Chang N-B, Feng R, Gao Z, Gao W.** Skin Cancer Incidence is Highly Associated with Ultraviolet-B Radiation History. *Int J Hyg Environ Health.* **2010**;213(5):359–68.
42. **Demers AA, Nugent Z, Mihalciu C, Wiseman MC, Kliever E V.** Trends of Nonmelanoma Skin Cancer from 1960 Through 2000 in a Canadian Population. *J Am Acad Dermatol.* **2005**;53(2):320–8.
43. **Jung GW, Metelitsa AI, Dover DC, Salopek TG.** Trends in Incidence of Nonmelanoma Skin Cancer in Alberta, Canada, 1988-2007. *Epidemiol Heal Serv Res.* **2010**;163:146–54.

44. **Düşmez D, Polat A, Aydın Ö.** Mersin İlinde 1989-1999 Yılları Arasında Görülen Benign ve Malign Deri Tümörlerinin Dağılımının Değerlendirilmesi. *Turkish J Dermatopathol.* **2000**;9:29–34.
45. **Buettner P, Raasch B.** Incidence Rate of Skin Cancer in Townsville, Australia. *Int J Cancer.* **1998**;78:587–93.
46. **Noble-Jerks J, Weatherby R, Meir R.** The Incidence of Skin Cancer Amongst Retired Cricket Players. *J Sci Med Sport.* **2003**;6(4):80.
47. **Cubitt JJ, Khan AA, Royston E, Rughani M, Middleton MR, Budny PG.** Melanoma in Buckinghamshire: Data from the Inception of the Skin Cancer Multidisciplinary Team. *J Skin Cancer.* **2013**;1–6.
48. **Levi F, Franceschi S, Te V-C, Randimbison L, Vecchia C La.** Trends of Skin Cancer in the Canton of Vaud, 1976-92. *Br J Cancer.* **1995**;72:1047–53.
49. **Sng J, Koh D, Siong WC, Choo TB.** Skin Cancer Trends among Asian Living in Singapore from 1968 to 2006. *JAMA Dermatology.* **2009**;61(3):426–32.
50. **Omari AK, Khammash MR, Matalka I.** Skin Cancer Trends in Northern Jordan. *Int J Dermatol.* **2006**;(45):384–8.
51. **Rudolph C, Schnoor M, Eisemann N, Katalinic A.** Incidence Trends of Nonmelanoma Skin Cancer in Germany from 1998 to 2010. *J Ger Soc Dermatology.* **2015**;13(8):788–97.
52. **Acar M, Akbaba M, Memişoğlu H, Denli G.** Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Kliniği'nde Takip ve Tedavileri Yapılan Deri Tümörleri. *VIII Prof Dr ALütfü Tat Sempozyum Bildiri Kitapçığı.* **1987**;(147-55).
53. **Staples MP, Elwood M, Burton RC, Williams JL, Marks R, Giles GG.** Non-Melanoma Skin Cancer in Australia: the 2002 National Survey and Trends since 1985. *Med J Aust.* **2006**;184(1):6–10.
54. **Plesko I, Severi G, Obsitnikova A, Boyle P.** Trends in the Incidence of Non-Melanoama Skin Cancer in Slovakia, 1978-1995. *Neoplasma.* **2000**;47(3):137–42.

55. **Slaper H, Velders GJM, Matthijsen J.** Ozone Depletion and Skin Cancer Incidence: A Source Risk Approach. *J Hazard Mater.* **1998**;61:77–84.
56. **de Gruijl FR.** Skin Cancer and Solar UV Radiation. *Eur J Cancer.* **1999**;35(14):2003–9.
57. **Gloster HM, Brodland DG.** The Epidemiology of Skin Cancer. *Dermatologic Surg.* **1996**;22(3):217–26.
58. **Marzuka AG, Book SE.** Basal Cell Carcinoma : Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. *Yale J Biol Med.* **2015**;88(2):167–79.
59. **Estrada JG.** Non-Melanoma Skin Cancer in Catalonia. A Community-Based Prevalence Study. *Int J Dermatol.* **2005**;44:922–4.
60. **Staples MP, Marks R, Giles GG.** Trends in the Incidence of Non-Melanocytic Skin Cancer (NMSC) Treated in Australia 1985-1995: Are Primary Prevention Programs Starting to Have an Effect? *Int J Cancer.* **1999**;78(2):144–8.
61. **Kuvat SV, Gücin Z, Keklik B, Özyalvaçlı G, Başaran K.** Basal Cell Carcinoma in a Child. *J Skin Cancer.* **2011**;2011.
62. **Efron PA, Chen MK, Glavin FL, Kays DW, Beierle EA.** Pediatric Basal Cell Carcinoma: Case Reports and Literature Review. *J Pediatr Surg.* United States; **2008**;43(12):2277–80.
63. **de Carvalho MB, Sobrinho J de A, Rapoport A, Fava AS, Mendes AF, Kanda JL, vd.** Head and Neck Squamous Cell Carcinoma in Childhood. *Med Pediatr Oncol.* **1998**;31(2):96–9.
64. **Kotwal A, Watt D.** Cutaneous Squamous Cell Carcinoma in a Child. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* **2016**;62(7):194–5.
65. **Holme SA, Malinovsky K, Roberts DL.** Malignant Melanoma in Soluth Wales: Changing Trends in Presentation (1986-98). *Clin Exp Dermatol.* **2001**;26:484–9.
66. **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı.** Ankara; **2015.**

67. **Maguire-Eisen M.** Skin Cancer: A Growing Health Problem for Children. *Semin Oncol Nurs.* **2013**;29(3):203–13.
68. **Karasoy A, Karşıdağ S, Tatlıdere S, Uğurlu K, Özkaya Ö, Kuran İ, vd.** Malign Melanomada 13 Yılda 65 Hastadaki Deneyimimiz: Retrospektif Çalışma. *Türk Plast Rekonstrüktif ve Estet Cerrahi Derg.* **2004**;12(3):153–7.
69. **Bilkay U, Erdem Ö, Özek C, Karabulut B, Tokat C, Gürler T, vd.** Nodüler Melanomda Dokuz Yıllık Uygulama ve Sonuçlarımız. *Türk Plast Rekonstrüktif ve Estet Cerrahi Derg.* **2000**;8(3).
70. **Alsaad KO, Obaidat NA, Ghazarian D.** Skin Adnexal Neoplasms—part 1: An Approach to Tumours of the Pilosebaceous Unit. *J Clin Pathol.* **2007**;60(2):129–44.
71. **Storm CA, Seykora JT.** Cutaneous Adnexal Neoplasms. *Am J Clin Pathol.* **2002**;118 Suppl:S33–49.
72. **Vani D, Ashwini NS, Sandhya M, Dayananda TR, Bharathi M.** A 5 Year Histopathological Study of Skin Adnexal Tumors at a Tertiary Care Hospital. *IOSR J Dent Med Sci.* **2015**;14(4):1–5.
73. **Ozdal PC, Callejo SA, Codere F, Burnier MNJ.** Benign Ocular Adnexal Tumours of Apocrine, Eccrine or Hair Follicle Origin. *Can J Ophthalmol.* **2003**;38(5):357–63.
74. **Pantola C, Kala S, Agarwal A, Amit A, Pantola S.** Cutaneous Adnexal Tumours: A Clinicopathological Descriptive Study of 70 Cases. *World J Pathol.* **2013**;4.
75. **Tanas Ö.** Deri Eki Tümörlerinin Histopatolojik Açından Değerlendirilmesi ve WNT Yolağı ile İlişkinin araştırılması. *Hacettepe*; **2013**.
76. **Aktürk A, Yıldız KD, Bilen N, Bayramgürler D, Kıran R, Onyedi M.** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesine 1996-2003 Yılları Arasında Başvuran Deri Kanseri Olguları. *Türkiye Klin J Dermatology.* **2006**;16(2):44–9.

77. **Gonsalves SRJ, Lobo GJ, Mendonca N.** Dermoid Cyst: an Unusual Location. *BMJ Case Rep.* **2013**;2013.
78. **Yaman M.** Malign Deri Tümörlerinin Retrospektif Analizi ve Nüks Oranlarının Değerlendirilmesi - Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi; **2015**.
79. **Doherty V, Brewster D, Jensen S, Gorman D.** Trends in Skin Cancer Incidence by Socioeconomic Position in Scotland, 1978-2004. *Br J Cancer.* **2010**;102:1661-4.
80. **T.C. Sağlık Bakanlığı Melanom Yol Haritası. 2012.**



9. EKLER

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 1317

28.11.2014

Sayın : Prof. Dr. Levent YILDIZ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **1983-2014 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji bölümünde tanı almış benign ve malign epitelial deri tümörlerinin histolojik tip, lokalizasyon, demografik ve epidemiyolojik özellikler açısından değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2014/872 Karar nolu nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.11.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.A.Tevfik SÜNTER
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: İrem Melike YAZICIOĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi: Yozgat, 06.06.1986

Medeni Durumu: Evli

Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu:

- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, 2016

Görev Yerleri:

- Niğde Çiftlik İlçe Devlet Hastanesi, 2010
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, 2012-2016

E-mail: iremsipahioglu@hotmail.com

