

Bazal Hücreli Kanserde Histopatoloji*

205 Vakanın Yeniden Gözden Geçirilmesi

Dr. Muharrem Köksal**

Bazal hücreli kanser her ne kadar 1903 de Krompecher tarafından tanımlanmışsa da bu lezionun tümöral tabiatta olabileceğine çok daha önceleri işaret edilmiştir. 1755 de İngiliz cerrahı Daviel, bana dokunma manasına gelen "Noli me tangere" diye ifade edilen, orbita çevresi lezyonları için cerrahi tedavi gerektiğini ifade ettiği ve kendi uygulamalarında başarı gösterdiği literatür kayıtlarından anlaşılmaktadır.¹ Daha sonraları hastalığın mahiyeti hakkında köklü bilgiler elde edilmiştir. Bouchet 1806 da deri kanserleri konulu tezinde yüz kanserlerinin daha müsait prognozlu olduğunu ileri sürmüştür. Bazal hücreli kanserin karakteristik görünümünü veren, ulcus rodens terimi 1827 de Arthur Jacob tarafından kullanılmıştır. William McKenzie 1830 da yayınladığı oftalmoloji kitabında alt göz kapağında oluşan deri tümörlerinin gözyaşı iritasyonundan ileri geldiği fikrini savunmuştur.

İlk histolojik incelemeler 5 sene farkla, 1860 ve 1865 de Hutchinson ve Tiersch tarafından yapıldı. Krompecher 1903 de konuya daha büyük açıklık getiren beyanlarda bulundu ve tümörün epidermin bazal hücrelerini taklit ettiğini görerek Bazal Zellen Krebs terimini kullandı.¹ Krompecher bir kısım vakalardaki adenoid yapıları bazal hücrelerin deri ve bez hücrelerine dönme potansiyeline bağladı. Bununla beraber, bugünkü kavramda son sözün Krompecher tarafından da söylenmediğini göstermektedir. Bu tümörlerin histogenezi üzerinde görüş ayrılıkları vardır ve devam etmektedir. Konuya tartışma bölümünde değinilecektir.

Bazal hücreli kanserler için birtakım klinik formlar ve histolojik tipler saptanmıştır. Bir kısım vakalar uzun sürelerde yavaş bir gelişme

* Derinin epitelyal tümörleri ile nevüs ve habis melanomları simpozyumunda tebliğ edilmiştir.

** H. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı Başkanı

gösterdiği halde diğer bir kısmında hızlı bir büyüme temposu bahis konusudur. Bu farklılıklar nedeniyle 1966-1975 yılları arasında bazal hücreli kanser tanısı alan 205 vakanın yeniden gözden geçirilerek tiplen-
dirilmesi, klinik formlarla histopatolojik tipler arasında bir korelasyon kurma çabasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Materiyel ve Metod

205 vakaya ait parafin kesitleri yeniden gözden geçirilmiş ve bir kısımdan yeni kesitler elde edilerek PAS, metil yeşili pironin, toluidin mavisi, Verhof ve müsin boyaları uygulanmıştır. Ayrıca her vakanın protokolu yeniden incelenmiş cinsiyet, yaş, klinik form, süre, lezyonun cesameti, sayısı ve metastaz oluşturup oluşturmadığı araştırılmıştır. Histolojik tipler yeniden saptanmış, stroma-tümör ilişkisi ve kanseröz infiltrasyonun şiddet ve derecesi gözden geçirilmiştir. Tümör hücrelerinde pleomorfizm, mitoz aktivitesi, keratinizasyon, adenoid yapı oluşturma eğilimi, sebase diferansiyasyon durumları da gözden geçirilmiştir. Tümör kitlelerinde likefaksiyon ve buna bağlı kistik oluşumlar da araştırılmıştır. Stromanın incelenmesinde tümör adaları ile bağ dokusunun bir koordinasyon gösterip göstermediği üzerinde durulmuş, lenfo-plazmositer infiltrasyonun şiddet ve derecesi incelenmiş ve bu halin epidermis defekti ile bir paralellik gösterip göstermediği araştırılmıştır. Tümör kitlesi ile epidermis arasında kalan dermis alanlarında bazofilik dejenerasyonun yer alıp almadığı da aranmış ve bir kısım vakalarda mast hücresi reaksiyonu bakımından incelenmiştir.

Bulgular

205 vakanın 120 si (% 58.55) erkekte, 81 i kadında görülmüştür. En küçük yaş 10, en ileri yaş da 99 olup ortalama 56.6 dır. Hastalığın süresi de büyük farklılıklar göstermiş 3 ay ile 35 yıl arasında bulunmuştur (Tablo: I). Vaka klinik formlara göre sıralandığında büyük çoğunluğun nodüler ve ülseratif şekle uyduğu saptanmış ve 79 unun ülserleştiği yani tipik ulkus rodens şeklinde olduğu görülmüştür. 21 vakanın pigmentli bazal cell kansere, 7 sinin morfea şekline uyduğu görülmüştür. Morfea formundakilerin de ülserleştiği saptanmıştır. Yalnız bir vakanın nevoid

TABLO I
205 Bazal Hücreli Kanserde Seks, Yaş ve Süre

Erkek hasta sayısı	120
Kadın hasta sayısı	85
Yaş	10-99
Yaş ortalaması	56.6
Süre	3 ay-35 yıl

bazal cell kanser sendromuna uyduğu kanısına varılmıştır. Bir hastada yüzde mevcut olan 8 nevüsün birinde büyüme olmuş ve alınan biyopside bazal cell karsinom tanısı konmuştur. Diğer nevüslerde tümöral bir değişme görülmemiştir. Bir kısmı herediter olan bu sendromda görülebilecek diğer malformasyonlara rastlanmamıştır (Tablo: II). Vakalardan birinin kseroderma pigmentozum zemininde geliştiği görülmüştür. Bu lezion 37 yaşındaki hastanın yanak derisinde saptanmıştır. Vakalarımız arasında superfisyel ve fibroepitelyal formlara rastlanmamıştır.

TABLO II

205 Bazal Hücreli Kanserlin Klinik Şekillere Göre Dağılımı

Nodülo-ülserativ	176
Pigmentli	21
Morfea benzeri	7
Nevoid bazal cell sendromu	1
Fibroepitelyoma ve superfisyel epitelyoma tiplerine rastlanmadı.	
Bir vak'a xeroderma pigmentosum zemininde görüldü.	

Lokalizasyon literatürde belirtilenlerle tam bir uygunluk göstermiş, tümörlerin % 96.6 sının başta burun olmak üzere, yüzün değişik bölgelerinde, saçlı deride ve boyunda bulunmuştur. Geride kalan 7 vakanın da gövde ve ekstremitelerde yer aldığı saptanmıştır (Tablo: III).

TABLO III

Lokalizasyonlar

Yüz, saçlı deri ve boyun 199 (% 96.6)	
Burun derisi	66
Alt göz kapağı	34
Alın derisi	23
Yanak derisi	19
Zigomatik bölge	17
Saçlı deri	8
Kulak kepçesi	8
Burun kökü	5
Üst dudak derisi	5
Dış kantus	5
İç kantus	2
Alt çene derisi	4
Nazolabial bölge	2
Boyun derisi	1
Gövde ve ekstremiteler	7
Göğüs derisi	2
Sağ kol	1
Sağ el parmak arası	1
Tibia ön yüzü	1
Koltuk altı	1
Lumbal bölge	1

Histolojik tiplendirmeye gelince, Tablo-IV de görüldüğü gibi, klasik tip olan solid formun 170 rakamı ile çoğunlukta olduğu anlaşılmış, tümörlerin palizatik dizilme gösteren hücrelerle çevrili poligonal, yuvarlak, oval veya füziform hücrelerin meydana getirdiği adalardan oluştuğu görülmüştür.

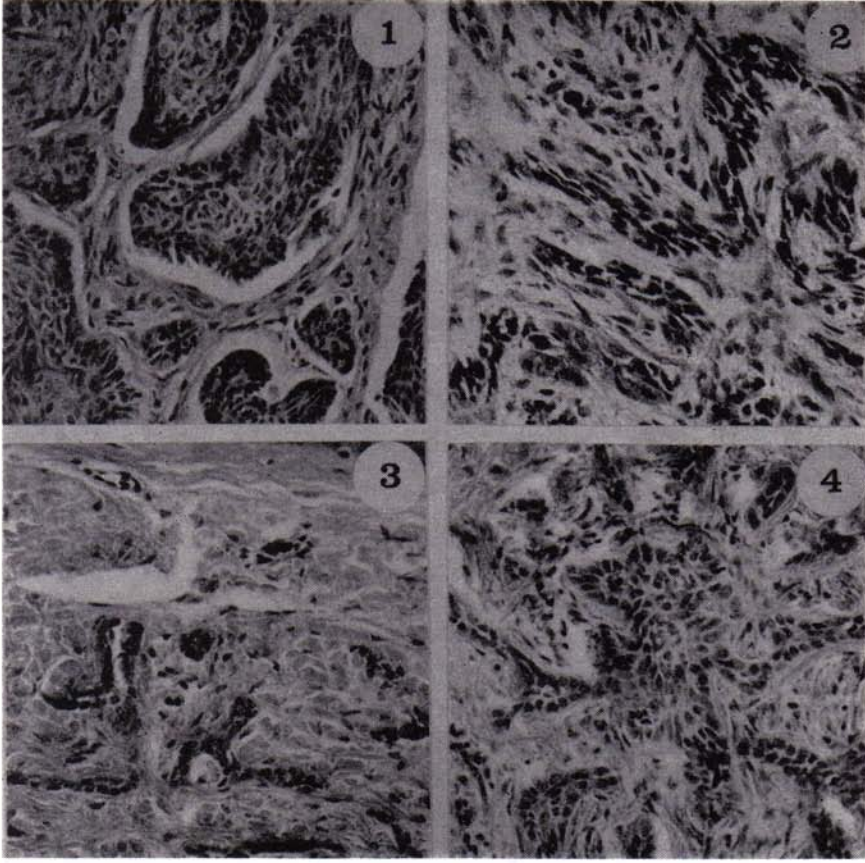
TABLO IV
205 Bazal Hücreli Kanserin Histolojik Tiplere Göre Dağılımı

Solid	170
– Keratotik	22
– Kistik-adenoid	11
– + morfea benzeri	23
Keratotik (Bazo-skuamöz)	20
– + morfea benzeri	10
Adenoid	8
Morfea	7

Hücre sitoplazması dar ve sınırları belirsiz bulunmuştur (Şekil-1). Bir kısım vakalarda adalar küçük, diğer bir kısmı ise büyük ve masif kitleler halinde bulunmuştur. Bununla beraber, geniş kitlelerde de palizatik bir kenarın varlığı görülebilmektedir. Birçok alanlarda likefaksiyona bağlı kistik oluşumlar dikkati çekmiş ve bu arada 11 vakada adenoid değişmeler, 22 vakada yassı hücreli kanseri andırır adalar bulunmuş ve bunlardan bir kısmında parakeratotik globlara rastlanabilmektedir. Bu solid tümörlerin diğer bir özelliği de fibröz stroma içinde küçük adacıklar, sütunlar ve hatta tek hücre halindeki kanseröz infiltrasyonun varlığı olmuştur. Bu halin 23 vakada oldukça belirgin olduğu dikkati çekmiştir. Mitoz şekillerine hemen her vakada rastlanmakla beraber bir kısmında oldukça yüksek sayıda olduğu göze çarpmıştır. Mitoz şekillerinin genellikle normal mitoz safhalarına uyduğunu belirtmeliyiz.

20 vaka, tümü ile, keratotik yani bazo-skuamöz tipte bulunmuştur (Şekil-2). Genellikle yassı, stratifiye füziform hücrelerden oluşan bu tümörlerde hücre sitoplazmasının genişçe ve asidofil olduğu dikkati çekmiştir. Bir çok alanlarda stratifikasyon ve globlaşma eylimi sezilmiş fakat yassı hücreli kansere has olan atipizm haline rastlanmamıştır. Bu tipde de adalar çevresinde palizatik dizilmeler saptanmıştır. Küçük gruplar halindeki kanseröz infiltrasyon alanları bu tümör çeşidinde de görülmüştür.

Morphea şekline uyan 7 vakaya gelince, burada yoğun fibröz stroma içinde küçük ada ve sütunlar halinde atipik hücre topluluklarının oldukça seyrek bir dağılım gösterdiği dikkati çekmiş meme ve midedeki skirö kanserlere tümü ile benzeyen bir görünüm ortaya çıkmıştır (Şekil 3,4). Epidermin intakt kaldığı vakalarda örtücü epitel tabakasında belirgin bir inceleme, düzleşme, rete peglerde ve papillalarda tüm bir silinme saptanmıştır. Adenoid bazal hücreli kanser şekline ancak 8 vakada rastlanabilmektedir (Şekil 5). Burada gerçek bir tübüler yapı gösterilememiş ancak bu izlenimi veren görünümler dikkati çekmiştir. Bir kısım vakalarda PAS metodu ile daha belirginleşen homojen bir maddenin hücre

**Şekil 1**

Solid tipte bazal hücreli kanser. Palizatik kenar gösteren tümör adaları çevresindeki fibröz stromanın kontraksiyonu ile oluşan açık mesafeler.

Şekil 2

Fuziform hücrelerden oluşan keratotik bazal hücreli kanser. Tekil ve küçük gruplar halinde kaneröz infiltrasyon görülmekte.

Şekil 3

Yukarda farkedilen epiderm ve dermiste yeralan skirö karsinom görünümü: Morfea'ya benzer bazal hücreli kanser.

Şekil 4

Diğer bir morfea benzeri bazal hücreli kanser. Preparatın hücreden en zengin alanı.

grupları arasında yer aldığı seçilmiştir (Şekil 6). Birkaç vakada da hücrelerin sebace diferansiyasyon eyleminde olduğu görülmüştür (Şekil 7).

Fibröz stroma, vakadan vakaya değişen görünüm vermiştir. Bir kısmının kollajenden zengin olduğu görülmüş ve bunlarda tümör adaları çevresinde boş mesafelerin olduğu gözlenmiştir (Şekil 1). Solid bazal hücreli kanserlerin histolojik bir karakteristiği sayılan bu görünüm

stromanın kontraksiyonu ile oluşmaktadır. Bununla beraber bu halin hücreden zengin stromalı vakalarda pek belirgin olmadığı dikkati çekmiştir. Stromanın diğer bir özelliği de birçok vakalarda mikzoid alanlar göstermesi ve toluidin mavisi ile metakromazi vermesi olmuştur. Böyle vakalarda mast hücrelerinin daha fazla sayıda olduğu gözden kaçmamıştır. Özellikle solid tipte stroma ile tümör adaları arasında belirgin bir koordinasyon hali saptanmış ve bir kısım yazarların ifade ettiği gibi organoid bir yapı ile karşılaşmıştır. Stromayı ilgilendiren diğer bir değişiklik de tümör yakınındaki subepidermal bazofilik dejenarasyondur. Bu durum vakaların büyük çoğunluğunda az veya çok belirgin olarak görülebilmektedir.

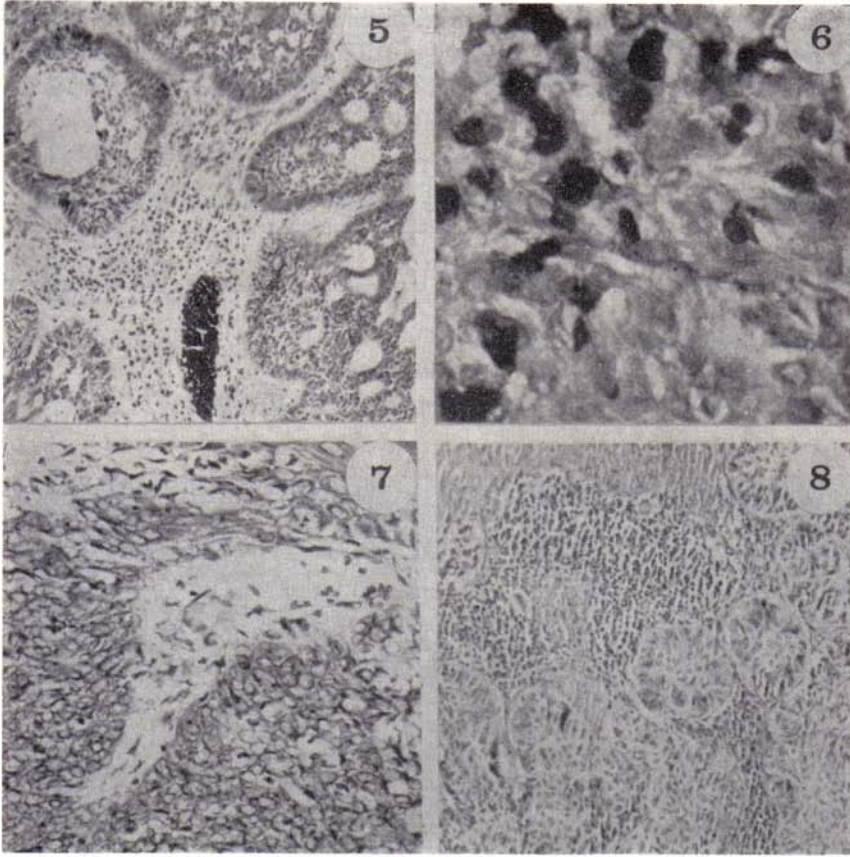
Stromadaki iltihabi infiltrasyonu oluşturan hücrelerin büyük çoğunluğunun lenfosit ve plazma hücresi tipinde olduğu görülmüş ve metil yeşili pironin preparatlarında immünoblastik ve plazmositoid hücrelerin fazla sayıda olduğu izlenmiştir (Şekil-8). Ayrıca hemen her vakada histiositler de görülmüş ve birkaç tümörde nötrofil ve eozinofil lökosit infiltrasyonu dikkati çekmiştir. İlerde tartışılacağı gibi, bu infiltrasyonun sadece bakteriyel enfeksiyonla değil, aynı zamanda, tümöre karşı immünolojik bir reaksiyonla da ilgili olabileceği izlenimi alınmıştır. Bu reaksiyon morphea tipinde yok denecek derecede az bulunmuş, buna karşın, adenoid tiptekilerde hem çok yoğun hem de vakaların tümünde saptanmıştır. Bu infiltrasyon keratotik tipte % 70, solid olanlarda ise % 53 oranında görülmüştür (Tablo: V).

Geniş invazyon ve mutilasyonla seyreden 6 vakanın 4 ü burunda, biri kulak kepçesinde, biri de üst dudakta yer almıştır (Tablo: VI). Alt göz kapağında oluşan tümörlerden 4 ünün orbita boşluğuna infiltre olarak gözde önemli değişikliklere yol açtığı görülmüştür (Şekil 9,10,11).

Biz, kendi vakalarımızda, metastaz görmedik. Bununla beraber nadir de olsa metastazlarla seyreden vakalar yayınlanmıştır.¹²

Tartışma

Bazal hücreli kanserlerin erkeklerde kadınlardan daha sık olduğu bu inceleme ile bir kez daha belirmiştir. Bulunan ortalama yaş da literatür kayıtlarına uymaktadır. Kendi vakalarımızın şehirden veya kırsal alandan geldiği saptanamamıştır. Türkiye'de yapılan bir incelemede bazal hücreli kanserlerin de, sipino sellülerde olduğu gibi, kırsal bölgelerde daha sık görüldüğü anlaşılmıştır.¹¹ Tümörlerin % 96.6 olmak üzere başta, özellikle yüzün en ziyade güneş gören alanlarında gelişmesi etyolojide güneş ışınlarının da önemli bir rolü olduğu fikrini bir kez daha pekiştirmiştir. Onbir vakada tümörün radyoterapidin sonra ortaya çıkması veya nüks etmesi de ilginç bulunmuştur. Radyoterapinin bazal

**Şekil 5**

Adenoid ve kistik değişme gösteren bazal hücreli kanser alanı.

Şekil 6

Adenoid tipte, hücreler arasında toplanan ve koyu renkte görülen PAS + madde birikimi göze çarpmakta.

Şekil 7

Sebase diferansiyasyon gösteren bazal hücreli kanser alanı.

Şekil 8

Stromada yoğun lenfo-plazmositer hücre infiltrasyonu.

TABLO V

Tümör Yüzeyinde ve Stromasında Lenfoplazmositer İnfiltrasyon

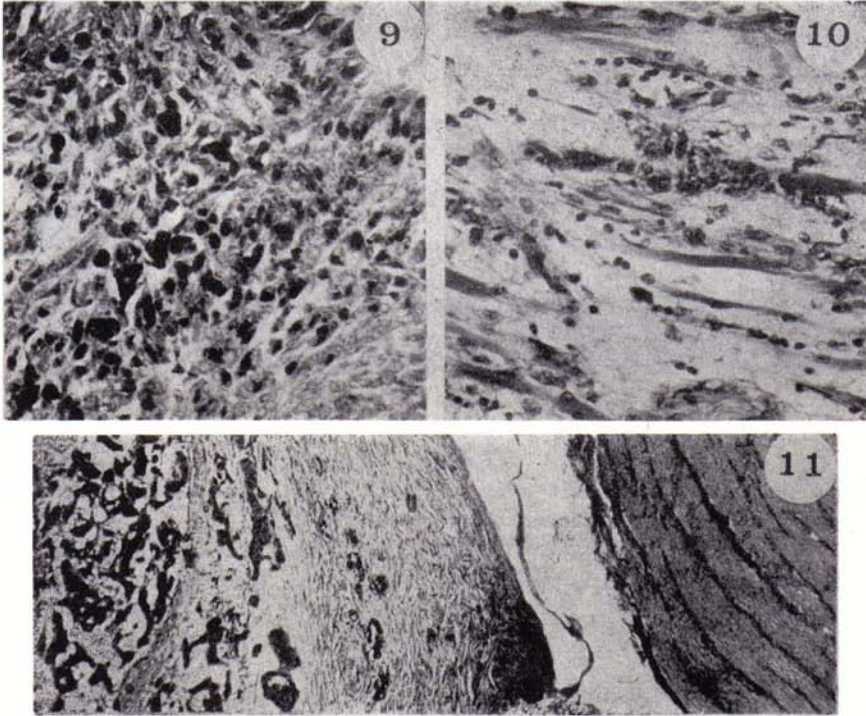
Adenoid tipte	% 100
Keratotik tipte	% 70
Solid tipte	% 53
Oranlarında görülmüş, morfea benzerinde ve diğer tiplerin geri kalanlarında hafif litihabi infiltrasyon saptanmıştır.	
İnfiltrasyon şiddeti epidermis defekti ile ilgili bulunmamıştır.	

hücreli kanser etyolojisindeki önemini bildiren literatür kayıtları da vardır.² İki vakanın travmadan sonra gelişliğini saptadık. Bununla beraber bu olayın bir rastlantıdan ibaret olmadığını ifade etmek güçtür.

TABLO VI

Orbitaya İnvazyon Gösteren 4 Alt Göz Kapağı Bazal Hücreli Kanserinde

Süre	2-10 yıl
3 vakada: Solid adenoid tip (bunlardan birinde aşırı atipizm ve mitoz aktivitesi vardır)	
1 vakada Keratotik tip saptandı.	
1 vakada kornea ve gözyaşı bezine tümöral infiltrasyon	
Diğerlerinde bulbus ve optik sinir çevresinde infiltrasyon görüldü.	

**Şekil 9**

Pigmentli bazal hücreli kanser. Pigment melanoblastlarda ve küçük granüller halinde tümöral hücrelerde farkediliyor.

Şekil 10

Orbitaya invazyon gösteren alt göz kapağı bazal hücreli kanser vak'asında göz kas dokusunda tümöral infiltrasyon.

Şekil 11

Bir önceki vak'ada optik sinir çevresinde tümöral infiltrasyon.

Solid tipte hücrelerin yer yer keratotik, adenoid ve sebace diferansiyasyon göstermesi keyfiyeti bu tümörlerin tartışmalı olan orijin ve histogenezinin özelliklerinden ileri gelmektedir. Krompecher bazal hücreli kanseri tanımladığı zaman tümörün epidermis bazal hücrelerinden çıktığını fakat bu hücrelerin, deri anekslerinin de doğurucu elemanları olması nedeniyle, adneksiyal dokulara doğru diferansiye olabileceğini ve böylece keratotik ve adenoid yapıların ortaya çıkabileceğini de bildirmiştir. Bu fikir Hamdi⁵ (Hamdi Suat Aknar) tarafından benimsenmiş ve yayınladığı makalede bazal tabakadan oluşan ilkel tomurcuklar elle çizilmiş histolojik levhalar halinde gösterilmiştir. Montgomeri⁸ bu telakkiye sadık kalmış ve son yayınladığı eserde de savunmuştur. Bu tümörlerin genellikle yavaş bir gelişme göstermesi, metastaz yapmaması ve bazı hallerde bir nevüs zemininde gelişmesi gerçek bir malign tümör olmadığını düşündürmüş ve bu nedenle embriyolojik hatalara bağlı olarak bazal tabakadan ayrılan hücrelerin latant bir dönemden sonra çoğalmak suretiyle tümör oluşturduğu iddiasının ortaya çıkmasına yol açmıştır.^{6,10} Foot³ bazal hücreli kanserlerin kıl matriksinden, kıl kökü zarlarından çıkabileceğini iddia etmiştir. Ayrıca, bu tümörlerin diğer deri eklerinden kaynak alabileceği fikri de savunulmuştur.^{4,6,8,9}

Lever⁶ embriyonal jerm hücrelerinin bazal hücreli kanserlerin tohumunu oluşturduğu fikrini benimsemiş ve bunları adneksial tümörler grubunda, primordial epitelyoma diye adlandırmıştır. Pinkus bazal tabaka jermal hücrelerinin bu tabakadan ayrılması keyfiyetinin mutlaka embriyolojik dönemde olmasının gerekmediğini ve çeşitli etyolojik faktörlerle bu ayrılmaların tüm hayat boyunca meydana gelebileceği fikrini savunmuştur.⁶ Bu teori bazalyomların 50 yaşından sonra daha sık oluşunu da açıklayabilir denmektedir. Her ne kadar tartışmalar sona ermemiş ise de, bazal hücreli kanser teriminin yerinde kullanıldığı ve tam anlamıyla bir gerçeği ifade ettiği söylenebilir. Buna en inandırıcı delil intrauterin hayatta tek bir sıra halindeki bazal tabaka hücrelerinin bir taraftan epidermi diğer taraftan da, aşağı doğru çoğalarak, kıl, sebace bez ve ter bezleri gibi adneksleri oluşturmasıdır. Pluri potansiyel primordial jerm hücrelerinin latant bir dönemden sonra tümöral bir çoğalma göstermesi ile olduğu düşünülen bazal hücreli kanserlerde de aynı şekilde diferansiyasyonların meydana gelebileceğini ve böylece hücre çeşitlemelerinin ortaya çıkabileceğini benimsememiz gerekmektedir. Solid bazal hücreli kanserde sebace, adenoid ve keratotik diferansiyasyonun bir arada bulunuşu ancak böylece yorumlanabilir. Ayak tabanında oluşan bazal hücreli kanserin de yine pluri potansiyel primordial hücrelerden çıktığı düşünülür.⁷

Elektronmikroskopik incelemelerden alınan sonuçlar bazal hücreli kanser hücrelerinin epidermin bazal hücrelerinden daha immatür tabiat-ta olduğunu göstermiştir. Zelickson¹⁴ tümöral hücrelerde nukleus sitoplazma oranının daha yüksek olduğunu, buna karşın, normal hücrelerde bulunan flemaların minimal olduğunu; normal hücrelerdeki mikrovilusların tümör hücrelerinde bulunmadığını fakat bunlarda aşırı konvolüsyonların varlığını; normal hücrelerde desmozomların bol sayıda bulunmasına karşın tümöral hücrelerde az sayıda olduğunu göstermiştir. Araştırmacı bu incelemeleri ile tümöral hücrelerin ultrastrüktür bakımından kıl kökündeki indiferansiye matriks hücrelerine yakınlık gösterdiği kanısına varmıştır ki bu da tümöral elemanların jerminal hücrelere göre daha immatür bir nitelikte olduğunu ifade edebilir. Solid bazal hücreli kanserin indiferansiye, buna karşın, keratotik ve adenoid tiplerin ise diferansiye hücrelerden oluştuğu ileri sürülmüştür. Bu telakki solid tipteki hücrelerin immatür hallerini koruduğunu ifade etmesi bakımından doğru olsa gerektir. Solid bazal hücreli kanserin immatür yapısına rağmen neden az malign seyirli olduğu sorusu her vesile ile sorulmakta, yeterli ve inandırıcı bir yanıt da alınamamaktadır. Burada şu yorum geçerli olabilir: Bazal hücreli kanserler dediferansiye veya anaplastik hücrelerden değil de immatür halini koruyan normal jerminal hücrelerin çoğalması ile oluşurlar. Bazal hücreli kanserin malign tümörler için karakteristik olan otonom gelişme yeteneğini kazanmadığı kanısı da doğmuştur. Kendi stroması ile de olsa, tavşan gözü ön kamerasına konan parçacıkların üreyemediği görülmüştür.⁶ Bu tümörlerin metastaz yapmaması da bu otonomi yokluğu ile yorumlanmaktadır.

Bazal hücreli kanser konusunda tartışılan hususlardan biri de keratotik tip diye adlandırılan tümörün daha malign seyredip etmediğidir. Keratinizasyon ve stratifikasyon nedeni ile yassı hücreli kanser görünümünde alanlar kapsamasından ötürü bazo-skuamöz kanser, kıl matriksi kaynaklı olduğu düşüncesi ile pilar tip kanser, hücrelerin bazal ve spinal hücre arasında bir görünümde bulunması nedeniyle intermediyer tip kanser diye adlandırılan bu tipin diğerlerinden daha malign seyirli olduğu izlenimini almadık. Şöyleki; keratotik tipteki 20 vakanın diğerlerinden farklı bir seyir gösterdiğini saptamadık. Bunlarda da metastaz bulunmadı. Orbitaya invazyon gösteren 4 göz kapağı tümörünün 3 ü solid adenoid tipte olmasına karşın ancak birinin keratotik tipte olduğunu gördük (Tablo VI). Geniş mütilasyona yol açan 6 vakadan da yalnız birinin keratotik tipte olduğunu saptadık (Tablo VII). Orbital invazyon ve geniş mutilasyonla seyreden vakalarda gelişmeyi hızlandıran nedenleri açıklama olanağını bulamıyoruz. Böyle vakalar hernekadar uzun bir seyirden sonra ortaya çıkmakta ise de 2-3 sene gibi kısa sayılabilecek süre-

TABLO VII

Geniş İnvazyon ve Mütilasyon Gösteren 6 Vakada Süre, Lokalizasyon ve Histoloji

Burun derisi	3 yıl	solid adenoid
Burun derisi	10 yıl	solid keratotik
Burun derisi	15 yıl	solid adenoid
Burun derisi	20 yıl	solid+morfea
Kulak kepçesi	8 yıl	keratotik+morfea
Üst dudak	3 yıl	solid+morfea

lerde de gelişebilmektedir. Atipizm ve mitoz aktivitesindeki artmanın da pek anlamlı olmadığı da söylenebilir. Orbitaya yayılan 4 vakadan ancak birinde belirgin bir atipizm ve mitoz bolluğu saptanabilmektedir.

İmmünolojinin gösterdiği gelişmeler tümör stromasındaki iltihabi infiltrasyonun immünolojik bir reaksiyon niteliğinde olabileceğini telkin etmiştir. Tümör hücreleri ile sıkı temas oluşturacak tarzdaki hücrel infiltrasyonlar geç tip aşırı duyarlılık reaksiyonuna atfedilmiştir. Bilindiği gibi, sellüler immünite terimi ile de ifade edilen bu geç tip reaksiyonda rol oynayan hücrelerin T lenfositleri olması gerekir. Bununla beraber vakalarımızda rastlanan infiltrasyonun geç tip immün reaksiyonu temsil ettiğini söyleyemeyiz. Çünkü 39 vakada şiddetli, 14 vakada orta şiddetli hücrel infiltrasyonda hücrelerin önemli bir kısmının plazma hücresi görünümünde olması burada kesin bir sonuç çıkarmaya olanak bırakmamıştır. Saptanan plazma hücreleri lokal bir humoral reaksiyonun temsilcileri olduğuna göre, bu hücrelerin ne dereceye kadar olumlu yönde bir etkide bulunduklarına hükmetmek güç olsa gerektir. Bilindiği gibi, tümör immünolojisinde humoral antikorların daha ziyade olumsuz yönde bir etkide bulunduğu düşünülmektedir. Çünkü tümör antijenleriyle temasa geçen humoral antikorun oluşturduğu antijen-antikor kompleksinin bir blokoja yol açacağı düşünülür. Böyle bir blokaj T lenfositinin tümör hücresine ulaşmasını engeller.

Pigmentli bazal hücreli kanserde melaninin daha ziyade melanoblast ve melanoforlarda toplandığı buna karşın tümör hücrelerinde ancak pek az miktarlarda yerleştiği tarafımızdan da saptanmıştır (Şekil 8). Burada normal deride olduğu gibi, melanoblastların tümörü oluşturan hücrel komponentlerden biri olduğu kabul edilmektedir. Ancak şu farkla ki tümör dokusundaki melanoblastların dendiritlerindeki melanin tümör hücreleri tarafından yeterince fagosite edilememekte ve sonuç olarak da pigment melanoblast ve melanoforlarda birikmekte ve tümörü renklendirmektedir denmiştir.¹³

Özet

1966-75 yılları arasında bilim dalımızda görülen 205 bazal hücreli kanser vakasının parafin kesitleri ve protokolleri yeniden incelenerek sınıflandırılmıştır. Bu tümörlerin histogenezi de tartışılmıştır.

Summary

The parafin sections and cilinical data of 205 basal cell carcinoma cases seen in our department, between 1966-1975, have been reviewed and reclassified. The histogenesis of these tumors have also been discussed.

Teşekkür

Bu çalışmada yardımlarını gördüğüm değerli mesai arkadaşlarım, Dr. Nurdan Tunalı ve Dr. Yavuz Özoran'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Benette, J. B.: From noli me tangere to rodent ulcer: The recognition of basal cell carcinoma. Brit. J. Plast. Surg. **27**: 144, 1974.
2. Colomb, D., Vittory, F. and Perraud R.: Discution du role e eventuel d'une radiothérapie entérieure ands la génèse des epithéliomas baso-cellulaires multiples et des tumeurs fibro-epiteliales de Pinkus situé la region lombo-sacrée. Bull. Soc. Franc. Derm. Syth. **81**: 153, 1974.
3. Foot, N. C.: Adexal carcinoma of the skin. Amer. J. Path. **23**: 1, 1947. Lever tarafından zikredilmiştir.
4. Gray, H. R.: Bening and Malignant epithelial tumor In Dermal Pathology (eds). Graham J. H., Johnson W. C. and Helwig E. B. Harper and Row, New York, 1972.
5. Hamdi, H.: Über die Metaplasien des Bazalzellenkrekses. Sein paräcanceröses Stadium und der Charakter der bösertigen Geschwülstzellen Virchow's Arch. Path. Anat. **289**: 510, 1933.
6. Lever, W. F. and Schaumburg-Zever. Histopathology of the skin. 5th edition, page 537, J. B. Lippincott Co. Philadelphia Toronto, 1975.
7. Lewis, H., Stansaa, C. and Okun, M. R.: Basal cell epithelioma of the sole. Arch. Dermat. **91**: 623, 1965.
8. Montgomery, H.: Dermatopathology. Page 923, New York Harper and Row, 1967.
9. Oberndorfer ve Çambel, P.: Deri ularının histopatolojisi. Klinikte ve pratikte firengi teşhisi ve benzeri deri hastalıkları. (ed. Hulusi Behçet) İstanbul 1940. (Ayrı baskı).
10. Pinkus, H.: Epithelial and fibroepithelial tumors. Arch. Dermat. **91**: 24, 1965.
11. Taygur, S.: Cilt kanserinde lokalizasyon ve histopatoloji ile tedavi netiveleri. Uzmanlık tezi. Ankara, 1960.
12. Weedon, D. and Wall. D.: Metastatic basal cell carcinoma. Med. J. Aust. **2**: 177, 1975. Exc. Med. Dermat. Sahife 412, 1976.

13. Zelickson, A. S., Goltz, R. W. and Hartmann J. F.: A histological and electron microscopic study of a pigmented basal cell epithelioma. *J. Invest. Dermat.* **36**: 299, 1961.
14. Zelickson, A. S.: An electron microscopic study of the basal cell epithelioma. *J. Invest. Dermat.* **39**: 183, 1962.