



**ORAL LİKEN PLANUSTAN GELİŞEN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM:
VAKA RAPORU**

**SQUAMOUS CELL CARCINOMA ARISING FROM ORAL LICHEN PLANUS:
A CASE REPORT**

Arş. Gör. Dt. Nesrin SARUHAN*

Prof. Dr. Ümit ERTAŞ*

Yrd. Doç. Dr. Mustafa GÜNDOĞDU**

Prof. Dr. Nesrin GÜRSAN***

Arş. Gör. Dr. Onur CEYLAN***

Makale Kodu/Article code: 1977

Makale Gönderilme tarihi: 25.11.2014

Kabul Tarihi: 19.12.2014

ÖZET

Likenoid reaksiyonlar, farklı etiyolojik faktörlere bağlı olarak görülen, ortak klinik ve histolojik özelliklere sahip lezyonlardır. Liken planuslar, oral bölgede nispeten sık görülen mukokütanöz likenoid lezyonlardan biridir ve en önemli komplikasyonları malign transformasyon göstermeleridir. Malign transformasyonlarından biri de skuamöz hücreli karsinomlardır. Skuamöz hücreli karsinom, oral kaviteyi etkileyen en sık görülen malignitedir. Bu vaka raporunun amacı, 76 yaşında erkek hastada oral liken planustan gelişen skuamöz hücreli karsinomun klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerini sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: liken planus, oral kanser, skuamöz hücreli karsinom

ABSTRACT

Lichenoid reactions represent a family of lesions with different etiologic factors and common clinical and histologic appearance. Lichen planus is a relatively common chronic mucocutaneous lichenoid lesion and the most important complication is malignant transformation. One of the malignant transformation is squamous cell carcinoma. Squamous cell carcinoma is the most common malignancy affecting the oral cavity. The aim of this case report is to present clinical, radiological and histopathological features of squamous cell carcinoma arising from oral lichen planus in a 76-year-old man.

Key Words: lichen planus, oral cancer, squamous cell carcinoma

GİRİŞ

Likenoid lezyonların etyolojileri farklılık göstermekle birlikte klinik davranışları aynıdır. Oral liken planus da mukokütanöz likenoid bir lezyondur.¹ Lezyonlar karakteristik olarak, genellikle bukkal mukoza, dil, diş eti, damak, ağız tabanı ve dudaklarda görülmektedir.² Liken planusun en önemli komplikasyonu malign transformasyon göstermesidir, bu yüzden de prekanseröz lezyon olarak değerlendirilmektedirler.³ Hem retrospektif hem de prospektif kohort çalışmalara göre liken planustan gelişen skuamöz hücreli karsinom (SHK) görülme oranı %1 olarak bildirilmektedir.⁴ Oral skuamöz hücreli karsinom, oral kaviteyi ve orofarenksi etkileyen, vakaların yaklaşık %90'ını içeren, en yaygın görülen

malignitedir.⁵ Erken dönemde tedavi yöntemleri, cerrahi veya radyasyon tedavisini içermektedir. İlerlemiş durumlarda ise kemoterapi-radyoterapi veya cerrahi ile radyoterapi/kemoradyoterapi şeklinde multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.⁶ Bu vaka raporunun amacı, oral liken planustan gelişen skuamöz hücreli karsinomun klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerini sunmaktır.

VAKA RAPORU

Alt üst total protez kullanan 76 yaşında erkek hasta protezini kullanamama, sol mandibular bölgede ağrı, şişlik ve uyuşukluk şikayetiyle protetik diş tedavisi kliniğine başvurdu. Hastanın yapılan protetik muayenesinde şişlik ve ağrının protez iritasyonuna

*Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD

**Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Protetik Diş Tedavisi. AD.

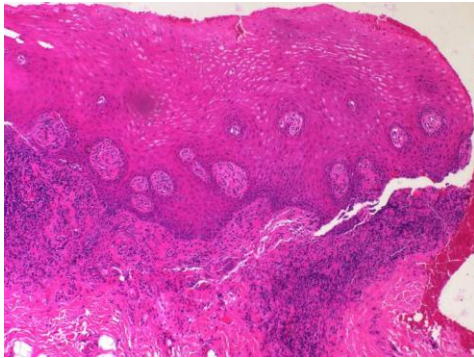
***Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD.



bağlı olmadığı görülerek hasta Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi kliniğine sevk edildi. Hastanın burada yapılan klinik muayenesi sonucu sol mandibular molar bölgede lokalize, alveol kretinden yanağa doğru yayılan, kanamalı, sınırları düzgün olmayan, ülser ve ağrılı lezyon tespit edildi (Resim 1). Hastanın alınan anamnezinde, 2 yıl önce ağız mukozasından biopsi alındığı ve apse materyali olarak tanı koyulduğu öğrenildi. Şikayetleri devam eden hastadan 1 yıl sonra ikinci kez biopsi alındığı ve hastaya histopatolojik olarak oral liken planus olarak teşhisi koyulduğu (Resim 2) ve takibe alınarak intralezyonel kortikosteroid enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Enjeksiyondan 6 ay sonra lezyonda herhangi bir küçülme olmadığı ve hastanın ağrılarının devam ettiği görüldü.



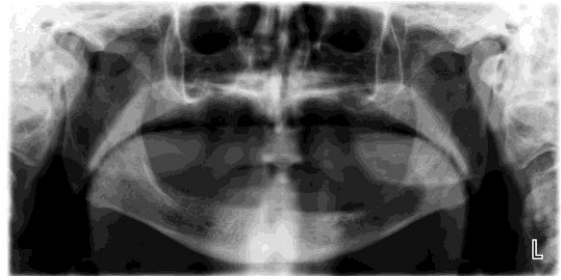
Resim 1. Sol mandibular molar bölgede lokalize eroziv, sınırları düzgün olmayan lezyonun ağız içi görünümü



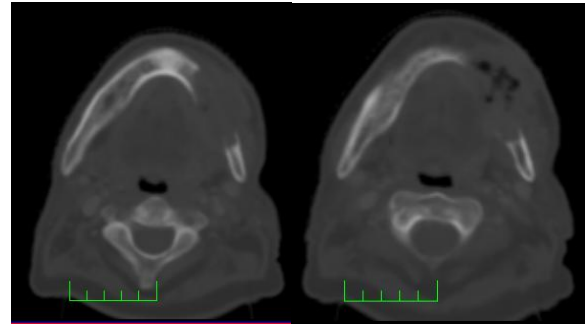
Resim 2. X100 Liken Planus

Hastanın radyolojik değerlendirmesi için alınan panoramik radyografisinde sol mandibular molar bölgede lokalize, mandibula tabanına kadar uzanan

radyolüsent lezyon tespit edildi (Resim 3). Detaylı inceleme için hastadan bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Kontrast madde kullanılarak çekilen nazofarinks-boyun ve toraks BT'de; mandibula sol lateral kesimde yaklaşık 43×39 mm ebatında kemikte belirgin destrüksiyona yol açan ve cilde açılımı bulunan heterojen yapıda solid kitlesel görünüm izlenmektedir (Resim 4). Kitle lezyon komşuluğunda büyüğü sol mandibular alanda 15×10 mm ebatında olan birkaç adet lenfadenopati izlendi.

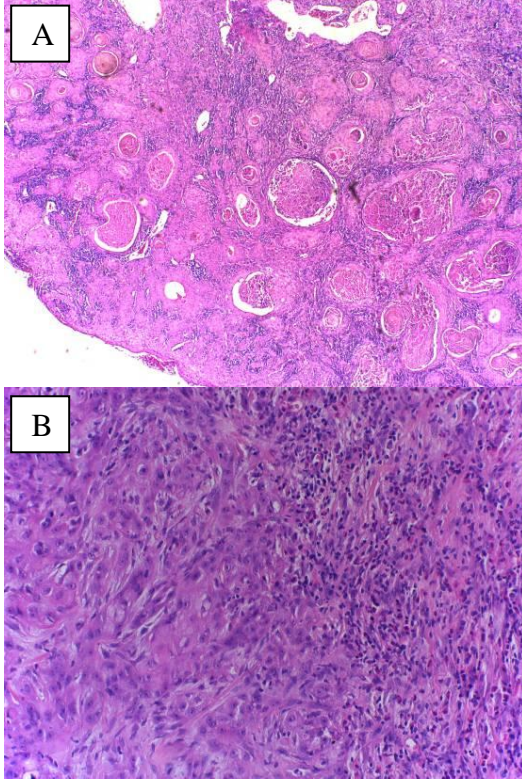


Resim 3. Panoramik radyografide sol mandibula posterior bölgede kemikteki defekt, radyolüsent alan olarak görülmektedir.



Resim 4. Kemikte belirgin destrüksiyon izlenmektedir.

Hipertansiyonu bulunan ve günde 100 mg aspirin kullanan hastadan bilgilendirme ve onam kağıdı alınarak lokal anestezi altında insizyonel biopsi alınmasına karar verildi. Lezyondan 1 cm uzaklıktan olacak şekilde lokal anestezi uygulandı. Sağlam sınırları da içerecek şekilde lezyonun 2 farklı bölgesinden insizyonel biopsi alındı. Kanama kontrolü sağlanarak yara yerleri 3.0 vicryl ile sütüre edildi. Yapılan histopatolojik değerlendirme sonucu skuamöz hücreli karsinom teşhisi koyuldu (Resim 5 A-B).



Resim 5. A. HEX50 Skuamöz Hücreli Karsinom
B. HEX200 Skuamöz Hücreli Karsinom

TARTIŞMA

Oral liken planuslar; asemptomatik, bilateral, simetrik, retiküler özellikle bukkal mukozayı etkilemektedirler.^{4,7,8} Ayrıca, hastalarda oral lezyonlarla birlikte anogenital, konjunktival, özofajial veya larengeal mukoza gibi ekstraoral alanları da içeren lezyonlar görülebilmektedir.² Lezyon liken planus olarak teşhis edildiği dönemde, hastanın herhangi bir ağrısı bulunmadığı, sadece ağız içi lökoplakiden şikayetçi olduğu öğrenildi. Hastada ekstraoral herhangi bir lezyon da görülmemekteydi.

Oral SHK'lar, özellikle 4. ve 5. dekatlarda ve kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha sık olarak görülmektedir.⁹ Bu vaka raporunda, literatürle uyumlu olmamakla birlikte 8. dekatta erkek hastada SHK görülmektedir.

SHK, tüm dünyada özellikle de gelişmekte olan ülkelerde en sık görülen oral kavitenin en yaygın malignitesidir.^{10, 11} Sigara ve alkol kullanımı, skuamöz hücreli karsinom oluşumunun iki ana risk faktörüdür.⁵

Alkol kullanmayan hastamız yaklaşık olarak 20 yıl kadar sigara tüketmiş.

Oral SHK'nın kemik invazyonunun tespitinde klinik muayeneye birlikte radyolojik tetkiklere de ihtiyaç duyulmaktadır.^{12, 13} Panoramik radyografiler, oral karsinomların kemik invazyonunun tespitinde önemli rol oynamaktadırlar ancak bu radyografiler %30'a kadar olan mineral kemik kaybını tespit edemediğinden başlangıç aşamasındaki kemik invazyonlarının belirlenmesinde yetersizdirler ve negatif sonuçlara neden olabilmektedirler.¹⁴ Bu yüzden BT gibi ayrıntılı radyografiler ve kemik taramaları teşhis için gerekli olabilmektedir. Kemik invazyonu tedavi planlamasını doğrudan etkilediğinden radyografik muayenede özellikle erken kemik tutulumunun belirlenmesinde BT'nin yeri büyüktür.¹⁵ Bu vaka raporunda, kemik invazyonunun tespiti için öncelikle konvansiyonel radyografilerden yararlanmak için panoramik radyografi alındı. Panoramik radyografide radyolüsent olarak teşhis edilen kemik invazyonunun sınırlarını kesin olarak belirlemek ve detaylı inceleme için hastadan BT alındı.

SHK, yüksek derecede lokal invazyon ve yüksek oranda servikal lenf nodu metastazı yapmasıyla karakterizedir.^{10, 11} SHK özellikle sekonder tümör gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle tehlikelidir ve tüm oral kanserlerin yaklaşık %90'ını oluşturmaktadırlar.⁵ Bölgesel lenf nodu metastazı bulunan hastanın alınan nazofarenks ve toraks BT'sinde herhangi bir uzak organ metastazı olmadığı görüldü. Hastada sekonder tümöre rastlanmadı.

Malign tümörlerin anatomik yaygınlığına göre yapılan Tümör, Nod, Metastaz (TNM) sınıflaması özellikle SHK'lar için kullanılır.^{16, 17} Bu sınıflandırma sisteminde, hastalığın evresine özgü benzer sağ kalım oranları gösteren 4 hastalık evresi tanımlanmaktadır. Genel olarak, Evre I ve II tümörün orjin olan organda lokalize olduğu safha, Evre III özellikle bölgesel lenf nodlarına lokal yayılım görülen safha, Evre IV ise en ilerlemiş safhadır ve tümörde uzak metastazlar görülebilmektedir.¹⁶ Hastamızda bölgesel lenf nodlarına metastaz bulunmasına rağmen alınan BT'de uzak organ metastazı bulunmamaktaydı, dolayısıyla Evre III olarak değerlendirildi.

SHK'un tedavisi komplekstir ve multidisipliner yaklaşım gerektirir.¹⁸ Kemoterapi ve radyoterapi ile birlikte cerrahi operasyon çoğu durumda SHK'un en etkili tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Buna

rağmen, SHK'un prognozu kötüdür, 5 yıllık sağ kalım oranı %50'dir ve yaklaşık 30 yıldır da bu oran değişmeden kalmaktadır.¹⁹ Tedavi başarısızlıkları, loko-rejyonel nüks, metastaz ve ikincil primer odaklardır. Tümörün derecesi, yeri, boyutu ve lenf düğümü tutulumu en önemli prognostik göstergelerdir.²⁰ Son olarak geliştirilen klinik cerrahi ve antikanser ilaçlara rağmen uzak metastazların görüldüğü SHK'lar yüksek mortalite riskine sahiptir. Bu nedenle, erken teşhis ve standart tedaviler oral kanserlerin başlamasını ve ilerlemesini önlemede son derece önemlidir.²¹ Bu vaka raporunda maalesef skuamöz hücreli karsinomun erken teşhisi mümkün olamamıştır. Daha öncesinde yapılan 2 farklı biopside de benign özellik gösteren fakat aradan geçen 6 ay gibi kısa süre içerisinde malignite özelliği kazanan liken planusun bölgesel lenf düğümlerine metastaz yapmış şekilde skuamöz hücreli karsinom olarak kesin tanısı koyuldu.

SONUÇ

Likenoid lezyonların malignite özellikleri bulunmaktadır. Oral liken planusların özellikle skuamöz hücreli karsinoma dönüşme potansiyellerinden dolayı klinik ve histolojik olarak yakın takip edilmeleri gerekmektedir çünkü prognozu etkileyen en önemli faktör erken teşhistir.

KAYNAKLAR

1. Greenberg MS GM, Ship JA. Burket's Oral Medicine. 11th ed. BC Decker Inc: Hamilton; 2008.
2. Mignogna MD, Lo Muzio L, Lo Russo L, Fedele S, Ruoppo E, Bucci E. Clinical guidelines in early detection of oral squamous cell carcinoma arising in oral lichen planus: a 5-year experience. Oral oncology 2001;37:262-7.
3. Mattsson U, Jontell M, Holmstrup P. Oral lichen planus and malignant transformation: is a recall of patients justified? Critical reviews in oral biology and medicine : an official publication of the American Association of Oral Biologists 2002;13:390-6.
4. Warnakulasuriya S, Kovacevic T, Madden P, Coupland VH, Sperandio M, Odell E, Møller H. Factors predicting malignant transformation in oral potentially malignant disorders among patients accrued over a 10-year period in South East

- England. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology 2011;40:677-83.
5. Johnson NW, Jayasekara P, Amarasinghe AA. Squamous cell carcinoma and precursor lesions of the oral cavity: epidemiology and aetiology. Periodontology 2000 2011;57:19-37.
6. Lubek JE, Clayman L. An update on squamous carcinoma of the oral cavity, oropharynx, and maxillary sinus. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America 2012;24:307-16, x.
7. Eisenberg E. Clinicopathologic patterns of oral lichenoid lesions. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 1994;6:445.
8. Cortés-Ramírez D-A, Gainza-Cirauqui M-L, Echebarria-Goikouria M-A, Aguirre-Urizar JM. Oral lichenoid disease as a premalignant condition: the controversies and the unknown. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14:E118-E22.
9. Sharma P, Saxena S, Aggarwal P. Trends in the epidemiology of oral squamous cell carcinoma in Western UP: an institutional study. Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research 2010;21:316-9.
10. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. CA: a cancer journal for clinicians 2010;60:277-300.
11. Gil Z, Carlson DL, Boyle JO, Kraus DH, Shah JP, Shaha AR, et al. Lymph node density is a significant predictor of outcome in patients with oral cancer. Cancer 2009;115:5700-10.
12. Seoane J, Varela-Centelles PI, Walsh TF, Lopez-Cedrun JL, Vazquez I. Gingival squamous cell carcinoma: diagnostic delay or rapid invasion? Journal of periodontology 2006;77:1229-33.
13. Bulut E, Yılmaz F, Bekçioğlu B, Günhan Ö. Posterior Alveolar Krette Dişeti Yerleşimli Skuamöz Hücreli Karsinoma: Olgu Sunumu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2013;23: 239-43
14. Hong SX, Cha IH, Lee EW, Kim J. Mandibular invasion of lower gingival carcinoma in the molar region: its clinical implications on the surgical management. International journal of oral and maxillofacial surgery 2001;30:130-8.



15. Çakur B, Sümbüllü MA, Durna D, Çanakçı CF. Dento-alveolar kırık teşhisinde dental volümetrik bilgisayarlı tomografi. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg 2012;22:57-60.
16. Sobin LH GM, Wittekind C. TNM classification of malignant tumours. Oxford: Wiley & Sons 2009.
17. Patel SG, Lydiatt WM. Staging of head and neck cancers: is it time to change the balance between the ideal and the practical? Journal of surgical oncology 2008;97:653-7.
18. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, Thun MJ. Cancer statistics, 2008. CA: a cancer journal for clinicians 2008;58:71-96.
19. Sun ZJ, Zhang L, Hall B, Bian Y, Gutkind JS, Kulkarni AB. Chemopreventive and chemotherapeutic actions of mTOR inhibitor in genetically defined head and neck squamous cell carcinoma mouse model. Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research 2012;18:5304-13.
20. Licitra L, Locati LD, Bossi P. Optimizing approaches to head and neck cancer. Metastatic head and neck cancer: new options. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO 2008;19 Suppl 7:vii200-3.
21. Massano J, Regateiro FS, Januario G, Ferreira A. Oral squamous cell carcinoma: review of prognostic and predictive factors. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics 2006;102:67-76.

Yazışma Adresi

Dt. Nesrin SARUHAN
Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi,
Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi A D. Erzurum
Fax: 090 442 236 09 45
Tlf: 090 442 231 17 47
e-mail: dt_nesrin@yahoo.com

