

## Oral Skuamoz Hücreli Karsinom - 3 Olgu Oral Squamous Cell Carcinoma - 3 Case Reports

Ayşe Taş, Selmi Yılmaz, Alper Sindel

Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,  
Antalya, Türkiye

**Özet:** Skuamoz hücreli karsinom ağız boşluğunda görülen malign tümörlerin %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Sıklıkla 40 yaş üzerinde ve erkeklerde görülür. Tütün ürünleri, sigara, alkol kullanımı, kötü ağız hijyeni, kötü beslenme, viral etkenler ve kronik iritasyon en önemli sebeplerindedir. Klinik olarak ilk bulgusu genellikle ağrısız ülser oluşumudur. En fazla tutulan bölgeler; dil, ağız tabanı, alveol kret ve sert damaktır. Bu olgu sunumunda 2019 Eylül ayında kliniğimize başvuran 3 farklı oral skuamoz hücreli karsinom hastasının klinik ve radyolojik bulguları sunulacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Oral kanser; oral kavite; oral neoplazm; oral skuamoz hücreli karsinom

**Abstract:** Squamous cell carcinoma accounts for more than 90% of malignant tumors in the oral cavity. It is frequently observed in men over 40 years old. Tobacco products, smoking, alcohol use, poor oral hygiene, poor nutrition, viral factors and chronic irritation are among the most important causes. The first clinical finding is usually painless ulcer formation. The most popular areas are; tongue, base of mouth, alveolar crest and hard palate. In this case report, the clinical and radiological findings of 3 different oral squamous cell carcinoma patients who presented to our clinic in September 2019 will be presented.

**Keywords:** Oral cancer; oral cavity; oral neoplasm; oral squamous cell carcinoma

**ORCID ID of the authors:** A.T. 0000-0003-4492-4777, S.Y. 0000-0001-9546-6548, A.S. 0000-0001-8760-5958

*Received* 16.07.2020

*Accepted* 20.08.2020

*Online published* 24.09.2020

**Correspondence:** Ayşe TAŞ- Akdeniz Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,  
Antalya, Türkiye e-mail: [dtaysetass@gmail.com](mailto:dtaysetass@gmail.com)

**Cite this article as:**

Taş A, Yılmaz S, Sindel A, Oral Squamous Cell Carcinoma - 3 Case Reports, Ağız Kanserleri Özel Sayısı, Eylül 2020.142-147  
**Doi:** 10.20515/otd.770228

## 1. Giriş

Oral kanserler baş-boyun bölge kanserlerinin en önemli grubudur ve oldukça yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün son verilerine göre en ölümcül sekiz kanser türü içindedir (1,2). Özellikle 40 yaş üzeri erkeklerde görülür ve bu kadınlarda görülme sıklığının yaklaşık iki katıdır (3). Bu malignitelerin %90'ından fazlasını skuamoz hücreli karsinom oluşturmaktadır (4,5).

Oral skuamoz hücreli karsinom (OSHK), çok katlı skuamoz (yassı) epitelin malign neoplazmidir. Lokal destrüktif ve agresif büyüme, ayrıca da metastaz yapma eğilimindedir (6). Tütün, alkol kullanımı, kötü ağız hijyeni, viral etkenler ve kronik irritasyon en önemli etiyolojik faktörlerdendir (5). OSHK'lar kendi içinde histolojik olarak derecelenmesine, lokalizasyonuna ve TNM sınıflamasına göre değişik şekillerde sınıflandırılabilir. Hastalığın prognozu ile ilişkili olan sınıflandırmalar daha önemlidir. Histolojik olarak az diferansiye, orta diferansiye veya iyi diferansiye olarak derecelendirilirken, lokalizasyonuna göre dil, dudak, sert damak, yumuşak damak, gingiva, retromolar bölge, yanak ve ağız tabanı şeklinde sınıflandırılabilir (3,7,8).

OSHK'ların erken tanısı prognoz ve tedavi açısından çok önemlidir. Erken teşhis edilse ve tedaviye başlansa dahi prognozu oldukça kötü olabilmektedir. Erken teşhis edilemeyen vakalar fonksiyon kaybına, düzeltilmesi mümkün olmayan ağız ve yüz deformitelerine neden olabilir. Hatta OSHK ölümle sonuçlanabilir (9). OSHK'da tedavi planlaması hastanın yaşına, sistemik durumuna, tümörün lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve yayılma derecesine göre yapılır. Genellikle erken evre OSHK'da cerrahi ya da radyoterapi, ileri evrede ise

ikisinin kombinasyonu tercih edilir. Amaç tümörün cerrahi olarak hastadan uzaklaştırılması ve kanserin yayılımının önlenmesidir (10,11). Bu makalede 2019 Eylül ayında Akdeniz Üniversitesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvuran 3 farklı oral skuamoz hücreli karsinom hastasının klinik ve radyolojik bulguları sunulacaktır.

### Olgu 1

42 yaşında erkek hasta dişinde çürük olması şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Hasta sistemik olarak sağlıklıdır ve yaklaşık 20 yıllık sigara öyküsü vardır. Yapılan intraoral muayene sonucunda sol bukkal mukozada 1. molar dişlerin ısırma hattında, 2,5x3 cm boyutlarında, kırmızı-beyaz ülsere lezyon tespit edilmiş olup hasta 7-8 yıldır bu ağız yarasının var olduğunu, sürekli yanağını ısırdığını, lezyonun zaman zaman büyüüp küçüldüğünü ve ağrısı olmadığını söylemiştir (Resim 1). Hastada sol üst çenede olması gerekenden daha büyük boyutta yapılmış bir kron-köprü protezi mevcuttur. Ekstraoral muayenede baş-boyun bölgesinde belirgin lenfadenopatiye (LAP) rastlanmamıştır. Alınan panoramik radyografda kemik lezyonu izlenmemiştir. Malignite şüphesi uyandıran lezyona temel prensiplere uyarak toluidin mavisi ile oral boyama işlemi uygulanmış olup geniş bir alanda boya tutulumu izlenmiştir (Resim 2). Yaklaşık 3 cm çapındaki lezyon; Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'nda insizyonel biyopsi ile opere edilmiş olup, yapılan histolojik inceleme sonucu OSHK tanısı konmuştur. Sürekli sigara kullanımı, proteze ve brüksizme bağlı kronik yanak ısırmanın bu olguda ana sebep olduğu düşünülmektedir.



**Resim 1.** Olgu 1'in klinik görünümü



**Resim 2.** Olgu 1'in toluidin mavisi ile boyanmış görünümü

## Olgu 2

74 yaşında kadın hasta ağrılı ağız yarası şikayeti ile kliniğimize başvurmuştur. Hipertansiyon, osteoporoz, diyabet, Addison gibi sistemik rahatsızlıkları bulunan hasta önce başka bir diş hekimine gitmiş olup, antibiyotik reçete edilerek kliniğimize yönlendirilmiştir. Hasta lezyonun ne zaman başladığını tam bilemediğini fakat yaranın büyümesi ve ağrı şikayetinin son 2-3 haftada çok şiddetlendiğini söylemiştir. Hasta alt

çenede hareketli bölümlü protez kullanmaktadır ve 6 yıl önce yaptırdığı bu protezi ilk günden beri gece de dahil olmak üzere sürekli taktığını belirtmiştir. Sol alt molar bölge alveol kret, yapışık ve serbest dişeti ve de bukkal mukozada büyük boyutlara ulaşmış kırmızı beyaz renkte, ağrılı, ülsere, zeminden kabarık lezyon izlenmiştir (Resim 3). Alınan panoramik radyografda belirgin bir kemik yıkımı izlenmemiştir.



Resim 3. Olgu 2'nin klinik görünümü

Klinik bulgular ve alınan anamnez doğrultusunda yüksek malignensi şüphesi olan hasta fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Yapılan insizyonel biyopsi sonucunda hastaya OSHK tanısı konmuştur. Bu olguda OSHK

oluşumunda temel faktörün proteze bağlı kronik travma ve iritasyon olduğu düşünülmektedir.

### Olgu 3

Kliniğimize başvuran 62 yaşındaki erkek hastanın geçmeyen çok şiddetli ağrısı ve ağız lezyonu şikayeti vardır. Yaşadığı ilçede gittiği başka bir diş hekimi tarafından fakültemize yönlendirilmiştir. Alınan anamnezde 2 aydır geçmeyen, şiddeti artan ağrısı olduğunu ve ağızındaki yaranın günbegün büyüdüğünü söylemiştir. Hasta ilgili bölgeye 1,5 sene önce implant yaptırmış olup ondan kaynaklı bir enfeksiyon şüphesiyle gelmiştir. Sistemik olarak sağlıklı olduğunu belirten hastada sigara kullanımı yoktur. Yapılan intraoral inceleme sonucunda 31 numaradan 36 numaralı dişe uzanan gingivayı kapsayan, hem bukkal hem lingual alveol kreti içine

alan, ağız tabanından dil köküne ve bukkal mukozaya kadar ulaşan yüzeysel kabarıklık, beyaz renkli, eritemli ve ülser görünümüne sahip lezyon izlenmiştir (Resim 4) Alınan panoramik radyografide mandibular kemikte, 43 numaralı diştan 38 numaraya uzanan bir radyolusensi izlenmiştir, bu kemik rezorpsiyonunu göstermektedir (Resim 5). Yapılan klinik ve radyografik inceleme hastanın düşündüğü gibi implant kaynaklı enfeksiyöz bir durumu değil hızlı gelişen, agresif bir tümörü düşündürmektedir. Sol submandibular lenf nodunda belirgin LAP palpe edilmektedir. Hastadan baş-boyun detaylı incelemesi için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenmiştir.



**Resim 4.** Olgu 3'ün klinik görünümü



**Resim 5.** Olgu 3'ün panoramik filmi

Elimizdeki klinik ve radyografik veriler sonucunda hasta fakültemiz Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirilmiştir. Trismus mevcut olan hastadan antibiyotik tedavisi sonrası insizyonel biyopsi yapılmış, patolojik inceleme sonucunda OSHK tanısı almıştır.

## 2. Tartışma

OSHK ağız boşluğunu döşeyen çok katlı skuamoz epitelin displazi ile başlayan ve neoplazik hücrelerin bazal membranı aşarak subepitelyal bölgeye invazyonu ile gelişen malign bir tümördür. 40 yaş sonrasında ve erkeklerde yaklaşık iki kat daha fazla izlenmektedir. Yoğun tütün ürünleri ve sigara kullanımı, düzenli alkol alımı, ultraviyole (UV) ışınları, human papilloma virüsü (HPV) başta olmak üzere viral etkenler, kimyasal ürünlere maruz kalarak uzun süreli çalışma, kötü oral hijyen, yanlış diyet, özellikle proteze bağlı gelişen ağız içi kronik travma ve irritasyon başlıca oral kanser sebepleridir (5,12).

Bizim olgularımız da insidansı doğrular nitelikte iki erkek, bir kadın hasta vardır ve hepsi 40 yaş üzerindedir.

OSHK etiolojisinde sigara, tütün ürünleri ve alkolün yeri oldukça fazladır. Kullanılan tütün miktarı ve süresi ile OSHK'ya yakalanma riski arasında doğru orantı mevcuttur (13). Birinci olgumuzda sigara kullanımı vardır ve bunun da tümör gelişimini büyük oranda etkilediği düşünülmektedir.

İkinci olguda proteze bağlı travma söz konusudur. OSHK gelişmesini bu durumun tetiklediği varsayılmaktadır. Ancak bu konuda literatürdeki çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Doku uyumu bozuk protezlerin yarattığı kronik irritasyonun karsinogenezi uyaran bir faktör olmadığı düşünülmekle birlikte, uyumsuz protezlerin risk faktörü olarak tanımlandığı çalışmalar da bulunmaktadır (14,15).

Oral kavitenin en sık rastlanan malignitesi olan OSHK'un genellikle geç dönemlerde radyolojik olarak belirti verdiği gözlenmektedir. Bu sebeple konvansiyonel radyografiler, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG incelemelerde negatif bulgu hiçbir zaman gerçekte malignite olmadığı anlamına gelmez. Rastlantısal bulgu olarak kemik lezyonları malign bir tümör olasılığını işaret edebilir. Sınırları düzgün izlenmeyen tüm radyolüsent görüntüler, özellikle büyük alana yayılmış kemik kayıpları, sklerotik ve osteolitik görüntülere her zaman şüphe ile yaklaşılmalı, ona göre değerlendirme yapılmalıdır (5,16,17). Bizim olgumuzda yalnızca üçüncü hastamızda radyolojik bulgu vardı ve hastadan alınan anamneze göre en kısa sürede ilerlemiştir.

## 3. Sonuç

Ağız kanserlerinin teşhisi, çalışma alanımız içinde yer aldıkları için biz diş hekimlerinin sorumluluğundadır. OSHK tüm ağız kanserlerinin %90'ından fazlasını oluşturur. Erken tanı konmasındaki başarımız; bu

konuda aldığımız eğitim ve muayenedeki dikkatimiz ile paralel olarak artmaktadır. Ayırıcı tanıları dikkate alınarak zamanında yapılacak doğru yönlendirmeler, detaylı intraoral muayene sonrası normalin dışındaki her olguya aynı özenle ve şüphayle yaklaşmak, oral kanser sağkalımı oranlarını büyük oranda etkileyecektir. Mevcut tümör büyümeden ve boyun lenflerine yayılmadan

teşhis edilen hemen hemen tüm OSHK'da prognoz nispeten iyidir. Ayrıca hastalarımıza oral kanserler konusunda yapılacak doğru bir bilgilendirme ve kendi kendini muayene ile ağız lezyonları ve belirtilerini tespit etmeyi öğretme gibi basit önlemler alarak bu konuda toplumun farkındalığını artırmak da erken teşhise katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Patel P, Dave H, Desai R, et al. Squamous cell carcinoma of left buccal alveolar ridge. *Cureus*, 2019;11(7):e5271.
2. Tanyeri H, Ofluoğlu D, Karataşlı G. et al. Oral kanserlerin erken teşhisinde diş hekimlerinin rolü: iki olgu nedeniyle. *Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry*. 2008;42(3-4):11-16.
3. Kayhan KB, Meral Ü. Oral cavity cancers and classification. *European Oral Research*. 2011;45(1):55.
4. Epstein JB. Oral cancer. In: Greenberg MS, Glick M, eds. *Burket's Oral Medicine: Diagnosis and Treatment*. 10th ed. Ontario, Canada: BC Decker; 2003, p.194-234.
5. Akmansoy BP, Polat B, Şakır MD et al. Oral skuamöz hücreli karsinom: 3 olgu sunumu ve literatür derlemesi. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2018; 28(2):239-44.
6. Yalçın E, Süslü N, Avcu N. Retromolar trigon skuamöz hücreli karsinom: Olgu sunumu. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 2014;9:1-5.
7. Haksever M. Oral kavite kanserlerinde evreleme, prognostik faktörler ve evreleme sistemi üzerine değerlendirmeler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2013;14:109-17.
8. Gillison ML. Current topics in the epidemiology of oral cavity and oropharyngeal cancers. *Head and Neck*. 2007;29:779-92.
9. Epstein JB, Zhang L, Rosin M. Advances in the diagnosis of oral premalignant and malignant lesions. *Journal-Canadian Dental Association*. 2002;68:17-21.
10. Cawson R, Odell E, Porter S. (2002) *Cawson's Essentials Of Oral Pathology and Oral Medicine*. 7. Ed. Churchill Livingstone, Edinburgh. p.230-54.
11. Ord RA, Blanchaert RH. (2000). *Oral Cancer The Dentist's Role in Diagnosis, Management, Rehabilitation, and Prevention*. 1th ed. Quintessence Publishing Co Inc, Chicago. p. 93-209.
12. Öztürk B, Coşkun U, Yaman E, et al. Oral kavite kanserlerinde risk faktörleri, premalign lezyonlar ve kemoprevensiyon. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2009;19:117-26.
13. Montero HP, Patel SG. Cancer of the oral cavity. *Surgical Oncology Clinics*. 2015;24(3):491-508.
14. Lissowska J, Pilarska A, Pilarski P, et al. Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *European Journal of Cancer Prevention*, 2003;12:25-33.
15. Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. *Swedish dental journal*. Suppl. 2005;179:1-66.
16. Seoane J, Van der Waal I, Van der Waal RI et al. Metastatic tumours to the oral cavity: a survival study with a special focus on gingival metastases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2009;36:488-92.
17. Bagan J, Jimenez Y, Fernandez J, et al: Malignant transformation of proliferative verrucous leukoplakia to oral squamous cell carcinoma: a series of 55 cases. *Oral Oncology*. 2011;47:732-35.