



Göz Kapaklarının Primer Kötü Huylu Tümörleri

Primary Malignant Tumors of the Eyelids

Arzu Taşkiran Çömez, Levent Akçay*, Ömer Kamil Doğan*

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

*Dünya Göz Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Gözkapığının primer kötü huylu tümörlerinin klinik, histopatolojik özelliklerini ve uygulanan cerrahi yöntemlerin sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Ellibir lezyonun görüldüğü 51 hasta; yaş, yerleşim yeri, klinik ön tanı, histopatolojik tanı, cerrahi teknik, ve ameliyat sırasındaki ve sonrasındaki komplikasyonlar yönünden retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Ellibir hastanın 23'ü (%45) erkek, 28'i (%55) kadın olup ortalama yaş 62,5 (35-80) yıl idi. Eksizyonel biyopsi materyallerinin histopatolojik tetkiki sonucu, 38 hastaya (%74,5) bazal hücreli karsinom (BHK); 10 hastaya (%19,6) yassı hücreli karsinom (YHK); 1 hastaya (%1,96) malign melanom (MM); 1 hastaya (%1,96) sebace bez karsinomu (SBK) tanısı konuldu. İnsizyonel biyopsi yapılan 1 hastada (1,96%) Non Hodgkin Lenfoma (NHL) tespit edildi. Gözkapığı kötü huylu kitlelerinin %76,5'inde (n=39) klinik öntanı ile histopatolojik inceleme sonuçları uyumlu bulundu. Dokuz (%17,6) vakada histopatolojik değerlendirmeye tümör hücre kalıntısı saptandı. Tüm olgularımız içinde nüks oranımız %3,92; BHK için %2,63; YHK için ise %10 olarak bulundu.

Tartışma: BHK ve YHK göz kapaklarında en sık görülen tümörlerdir. Cerrahi eksizyon ve histopatolojik inceleme doğru hasta seçimi halinde en iyi tanı ve tedavi yöntemidir. (*Türk J Ophthalmol* 2012; 42: 412-7)

Anahtar Kelimeler: Göz kapığı, tümör, kötü huylu, karsinom, lezyon, histopatoloji, cerrahi, flep

Summary

Purpose: To evaluate the clinical and histopathological features of primary malignant tumors of the eyelids as well as the results of the surgical procedures performed.

Material and Method: Fifty-one patients, who had lesions proven to be malignant by histopathological examination, were retrospectively evaluated for age, localization, clinical and histopathological diagnosis, surgical technique, perioperative and postoperative complications.

Results: Of 51 patients, twenty three (45%) were male and 28 (55%) were female with a mean age of 62.5 (range: 35-80) years. The histopathological results of the excisional biopsy materials revealed basal cell carcinoma (BCC) in 38 (74.5%), squamous cell carcinoma (SCC) in 10 (19.6%), malignant melanoma (MM) in 1 (1.96%), sebaceous gland carcinoma (SGC) in 1 (1.96%), and non-Hodgkin lymphoma (NHL) in 1 (1.96%) patient. In 76.5% (n=39) of the eyelid malignancies, histopathological examination results were in concordance with the clinical diagnosis. In 9 (17.6%) cases, residual tumour cells were detected. The recurrence rate in all cases was 3.92%, while it was 2.63% for BCC and 10% for SCC.

Discussion: BCC and SCC were the most common tumors in the eyelids. Surgical excision and histopathological evaluation are the best diagnostic and treatment procedure if a proper selection of the patients is done. (*Türk J Ophthalmol* 2012; 42: 412-7)

Key Words: Eyelid, tumor, malignant, carcinoma, lesion, histopathology, surgery, flap

Giriş

Göz kapağında karşımıza çıkan iyi huylu ya da kötü huylu lezyonlar; vücutta deri ile kaplı herhangi bir yerde de görülebilmelerine rağmen gerek histolojik özellikleri, gerekse tedavisinde uygulanan cerrahi prensipler açısından, vücudun diğer bölgelerinde lokalize cilt lezyonlarından farklıdır.¹

Ülkemizde yılın büyük bölümünde güneşli bir iklim hakim olmasından dolayı, göz ve göz çevresi tümörleri sık görülmekle beraber, bu konuda yapılmış çalışmalar az sayıdadır. İyi huylu lezyonlar tecrübeli bir göz tarafından klinik görüntü ve davranışlarıyla tanımlanabilmesine rağmen, klinik değerlendirme ile %100 tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırt etmek için histopatolojik inceleme önerilmektedir. Biz bu çalışmamızda, kliniğimize göz kapağında kitle şikayeti ile başvurup insizyonel ve eksizyonel biyopsi tekniğiyle kötü huylu kapak tümörü tanısı konulan 51 hastanın 51 lezyonunun, histopatolojik ve klinik özellikleri, lokalizasyonları, tedavide uygulanan tıbbi ve cerrahi yöntemlerin sunulmasının yanında makroskopik öntanı ile histopatolojik tanının ne oranda uyumunu vurgulamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Göz kapağında kitle şikayeti ile 1996-2005 yılları arasında kliniğimize başvuran 295 hastanın 335 lezyonundan, histopatolojik olarak kötü huylu olduğu ispatlanan 51 lezyonun görüldüğü 51 hasta; cinsiyet, yaş, kitle yerleşim yeri, kitle sayısı, klinik ön tanı, histopatolojik tanı, cerrahi teknik, ve ameliyat sırasındaki ve sonrasındaki komplikasyonlar yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastaların cerrahisinde, lezyon, çevresindeki en az 5 mm'lik sağlam doku ile birlikte eksize edildi. Bazal Hücreli Karsinom (BHK) için 3 mm'lik güvenlik alanı yeterlikken biz Yassı Hücreli Karsinom (YHK) ile görüntü açısından bazen karışabilmesi nedeniyle 5 mm'lik sağlam kenarla birlikte eksizyonu standard yöntem olarak uyguladık. Dondurulmuş-kesit denetimli eksizyon (DDE) sadece 6 hastada uygulanabildi. Klinik görünümünden ve öyküden sebaze bez karsinomu düşünülen lezyonlarda geniş bir rezeksiyon yapmadan önce dondurulmuş kesitli inceleme yöntemiyle lezyonun histopatolojik yapısı saptandı ve bu saptamaya göre kötü huylu yapıda olan lezyonlarda çevrelerindeki en az 5 mm'lik normal görünümlü doku ile birlikte eksizyon yapıldı. Histopatolojik olarak kenar yada tabanında tümör hücresi saptanan lezyonlar kalıntı olarak kabul edildi.

Eksizyon sonrası oluşan defektlerin yerleşimleri üst kapak, alt kapak, iç kantüs, dış kantüs olarak 4 bölgeye ayrıldı. Alt ve üst kapak kenarındaki defektler, defektin kapak kenarı uzunluğuna yüzdeliklik oranına göre gruplara ayrıldı. Olgulara uygulanan yeniden yapılandırma işlemleri üç grupta incelendi:

Kitlenin çıkarımından sonra yara dudaklarının birincil olarak biraraya getirilip sütüre edildiği olgular "birincil onarım" grubuna dahil edildi. Oluşan eksiğin birincil onarıma izin vermeyecek kadar geniş olduğu olgularda flep ve serbest greft ile onarım uygulandı.

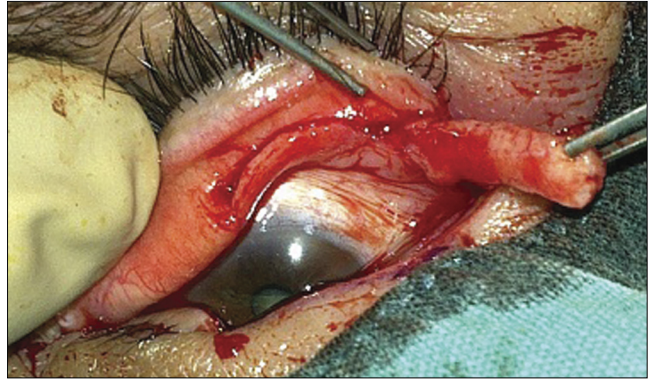
Cerrahi sahanın dezenfeksiyonunda polivinilpirolidon iyod (Polividon- iyod) %10 solüsyon (Batticon) kullanıldı. Lezyonla birlikte çıkartılacak normal görünümlü doku steril kalem ile işaretlendikten sonra lokal anestezi uygulandı. Olguların büyük bir

bölümünde %2'lik lidocain (1/100,00'lik adrenalinli) ile infiltrasyon anestezisi uygulandı. Sütür materyali olarak kapak ve çevresi cilt dokusu için 6/0 ipek veya vicryl, tars için 5/0 vicryl, kapak kenarı için 6/0 ipek veya vicryl, kantal tendonlar için 5/0 polyester sütür materyali kullanıldı. Cilt sütürleri postoperatif 7-10 günlerde alındı.

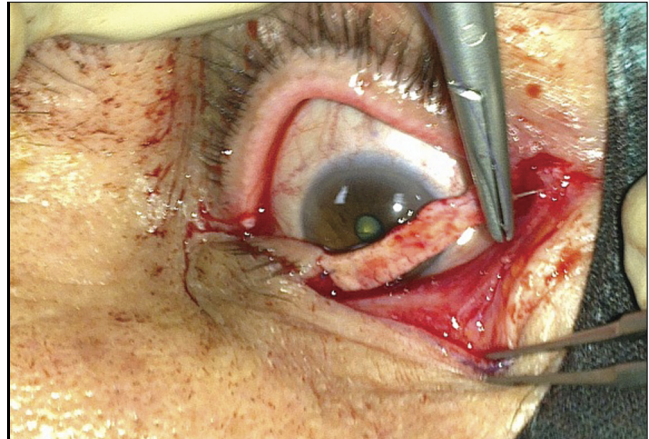
Şikayete yol açmayan ve cerrahi müdahale gerektirmeden kendiliğinden düzelen komplikasyonlar minör, şikayete neden olan ya da cerrahi girişim gerektiren komplikasyonlar majör olarak



Resim 1. Orbita invazyonu bulunan, medial kantal bölge yerleşimli Non Hodgkin Lenfoma (NHL)



Resim 2a. Üst kapaktan alınan tarsokonjontival greft



Resim 2b. Üst kapaktan alınan tarsokonjontival greft ile alt kapağın arka lamelinin oluşturulması

sınıflandırıldı. İzlemlerinde nüks saptanıp yeni bir cerrahi kabul etmeyen ya da görüntüleme yöntemleriyle derin orbital veya sinüs invazyonu saptanan yada uzak metastazlı hastalar onkoloji birimine yönlendirilerek, radyoterapi ve/veya kemoterapi için değerlendirildi.

Hastalar ameliyattan sonra 1. gün, 1. hafta, 1 ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yılda muayene edildi. Sonrasında her 6 ayda bir defa muayeneye çağrıldı. Kontrollerinde fotoğrafları çekilerek bir arşiv oluşturuldu. "İstatistiksel analizde 'Tek örneklem Ki-kare test' ve 'İki örneklem Kolmogorov-Smirnov testi' kullanıldı.

Sonuçlar

Ellibir hastanın 23'ü (%45) erkek, 28'i (%55) kadın olup genel yaş ortalaması 62,5 yıl (35-80 yıl), erkek hasta yaş ortalaması 59,85 yıl (35-80 yıl) ve kadın hasta yaş ortalaması 66,75 (51-74 yıl) idi.

Tüm olgular için ortalama takip süresi 49,7 ay (3-103 ay) olarak saptandı. Hastaların sadece %39,4'ünün 1.yıldan sonraki kontrollerine geldiği görüldü.

Eksizyonel biopsi materyallerinin histopatolojik tetkiki sonucu, 38 hastada (%74,5) BHK; 10 hastada (%19,6) YHK; 1 hastada (%1,96) malign melanom (MM); 1 hastada (%1,96) sebase bez karsinomu (SBK) ve 1 hastada (1,96%) Non Hodgkin Lenfoma (NHL) tespit edildi

Lezyonların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde elli bir kapak tm'li vakanın 28'nin kadın (%54,9) 23'ünün erkek (%45,1) olduğu

tespit edildi. (Tek örneklem Ki-kare testi $p=0,484$). Cinsiyete göre kapak tm çeşitlerinin dağılımları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (İki örneklem Kolmogorov-Smirnov testi $p=1,000$).

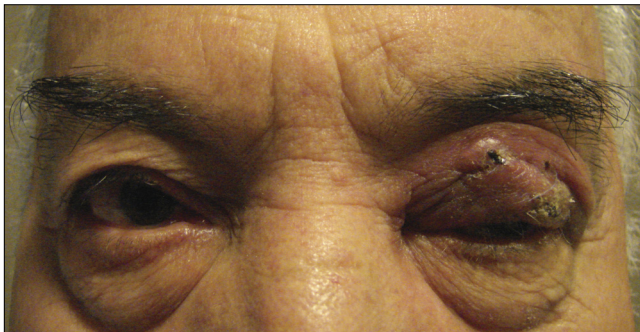
Tablo 1'de göz kapak tümörlerinin cinsiyete göre dağılımı gösterilmektedir.

Kapak kötü huylu kitlelerinin %76,5'inde ($n=39$) klinik öntanı ile histopatolojik inceleme sonucu uyumlu bulundu. Oniki olguda (%23,5) ameliyat öncesi klinik öntanı ile ameliyat sonrası histopatolojik tanı farklılık gösterdi. Histopatolojik olarak kötü huylu olduğu gösterilen lezyonlara klinik görüntü ile konulan yanlış tanımlar ve doğru tanı konulma oranları tabloda gösterilmiştir. (Tablo 2).

Tablo 1. Kapak tümörlerinin cinsiyete göre dağılımı

Tümör tipi	Kadın	Erkek	Toplam
BHK	22 (%57,9)	16 (%42,1)	38
YHK	4 (%40)	6 (%60)	10
SBK	1 (%100)	0	1
MM	1 (%100)	0	1
NHL	0	1 (%100)	1
Toplam	28 (%54,9)	23 (%45,1)	51

BHK: Bazal Hücreli Karsinom, YHK: Yassı Hücreli Karsinom, SBK: Sebase Bez Karsinomu, MM: Malign Melanom, NHL: Non Hodgkin Lenfoma



Resim 3a. Sol üst kapakın %75'inden fazlasını tutmuş Yassı Hücreli Karsinom



Resim 3c. Ameliyat sonrası 4.haftadaki görünüm



Resim 3b. Cutler Beard Köprü flebi ile onarım



Resim 3d. Cutler Beard Köprü flebinin açılması sonrası görünüm

Çalışmamızda BHK öntanımız %89,4 vakada, SHK öntanımız ise %50 vakada histopatolojik olarak doğrulanmış ve mortalitesi yüksek olan MM, SBK, NHL gibi tümörlerin hiçbirine klinik görüntü ile doğru tanı konulamamıştır.

Tümörlerin yerleşimine baktığımızda 34 hastada (%66,6) sol, 17 hastada (%33,4) sağ göz tutulumu vardı. Göz kapak tümörlerinin lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

İnsizyonel biyopsi ve sistemik inceleme sonucu yüksek evreli Non Hodgkin Lenfoma tanısı konulup radyoterapi için onkolojiye sevk edilen hastamıza cerrahi uygulanmadı (Resim 1). Cerrahi uygulanan 50 vakada oluşan defektin kapak kenarı uzunluğuna göre oranı ve rekonstrüksiyon yöntemleri Tablo 4'de gösterilmiştir. Resim 2a ve 2b'de üst kapaktan alt kapağa tarsokonjonktival greft uygulaması görülmektedir. Resim 3a, 3b, 3c, ve 3d'de Cutler Beard Köprü flebi ile göz kapağı onarımı görülmektedir.

Tablo 2. Lezyonların klinik öntanları ve klinik görüntü ile tanı doğruluk yüzdesi

Histopatolojik tanı	Klinik öntanı	Klinik tanı doğruluk yüzdesi
BHK (n=38)	34 BHK 1 şalazyon 1 seboreik keratoz 1 malign melanom 1 nevüs	%89,4
YHK (n=10)	5 YHK 2 BHK 1 Kutanöz horn 1 Şalazyon 1 granülom	%50
SBK (n=1)	1 şalazyon	%0
MM (n=1)	1 hemanjiom	%0
NHL (n=1)	1 sarkom	%0

BHK: Bazal Hücreli Karsinom
YHK: Yassı Hücreli Karsinom
SBK: Sebace Bez Karsinomu
MM: Malign Melanom
NHL: Non Hodgkin Lenfoma

Mustarde yanak rotasyon flebi uygulanan 4 olgudan 2'sine arka lamel oluşturulması için nazal kondromukozal greft, 1 vakada üst kapaktan tarsokonjonktival greft, 1 vakada ise sert damak mukoza grefti kullanıldı. Tarsokonjonktival greftte ameliyat sonrası 2.haftada büzüşme görülmesi üzerine defekt sert damak grefti ile tekrar onarılacak arka lamel oluşturuldu. Alt kapağın %75'inden fazlasını tutan medial kitlede ise kulak arkasından cilt grefti ile onarım yapıldı.

Cerrahi uygulanan 50 hastanın ameliyat sonrasındaki takiplerinde 8 (%16) hastada cerrahi müdahale gerektiren major komplikasyon; 2 (%4) hastada ise minör komplikasyon olarak medikal tedavi ile düzelen flep ödemi, flep altında hematoma ve sütür enfeksiyonu görüldü.

Cerrahi sonrası görülen major komplikasyonların tümör tiplerine, tümör lokalizasyonuna ve uygulanan cerrahi tekniğe göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir.

Cerrahi sonrası 9 (%17,6) vakada histopatolojik değerlendirmeye tümör hücre kalıntısı (rezidü) saptandı. En çok kalıntı YHK'de (n=5; %50) görüldü. Tümör hücre kalıntısı tespit edilen 9 vakanın 5'inde, (%55,6) kitle medial kantusta, 2(%22,2)'sinde lateral kantusta, 1(%11,1)'inde alt kapakta, 1 (%11,1)'inde üst kapaktaydı. Tüm olgularımız içinde nüks oranımız %3,92; BHK için %2,63; YHK için ise %10'dur.

Tümör tiplerine göre şifa, kalıntı ve nüks oranlarımız Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tartışma

Göz kapaklarının kötü huylu tümörlerinin çeşitli çalışmalarda tüm kapak tümörlerinin %16,5-58 kadarını oluşturduğu gösterilmiştir.¹⁻⁵ İyi huylu lezyonlar tecrübeli bir göz tarafından klinik görüntü ve davranışlarıyla tanınabilmesine rağmen, klinik değerlendirme ile %100 tanı konulamamasından dolayı kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırtmak için histopatolojik inceleme önerilmektedir.⁶ Literatürlerde göz kapağının %90 oranla en sık görülen kötü huylu tümörü olarak bildirilen BHK'un ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; %64-%85 arasındadır.^{1,2,5} Bizim çalışmamızda da görülme sıklığı açısından kötü huylu tümörler içinde ilk sırayı BHK almaktadır. Uzakdoğu'da yapılan bir çalışmada YHK,⁷ bir

Tablo 3. Göz kapak tümörlerinin lokalizasyonlarına göre dağılımı

	Total	BHK	YHK	SBK	MM	NHL
Alt göz kapağı	26 (%51)	21 (%55,2)	5 (%50)	-	-	-
Üst göz kapağı	12 (%23,5)	5 (%9,8)	5 (%50)	1 (%100)	1(%100)	-
İç kantal bölge	9 (%17,7)	8 (%21)	-	-	-	1(%100)
Dış kantal bölge	4 (%7,8)	4 (%7,9)	-	-	-	-
	51	38	10	1	1	1

BHK: Bazal Hücreli Karsinom, YHK: Yassı Hücreli Karsinom, SBK: Sebace Bez Karsinomu, MM: Malign Melanom, NHL: Non Hodgkin Lenfoma

çalışmada SBK,⁸ bir başka çalışmada ise BHK⁴ en sık görülen tümörler olarak bildirilmiştir. Çalışmaların sonuçlarının gerek oran gerek de sıralama açısından farklı olmaları, kapak tümörlerinin hem kalıtsal hem de çevresel etkenlere bağlı olarak oluştuğunu göstermektedir. Vakalarımızdan %1,96'sını oluşturan SBK, kadınlarda daha fazla görülen, tüm göz kapağı tümörlerinin %1,3-33 kadarını oluşturan, kronik blefarokonjonktivit ve tedaviye cevap vermeyen uzun süreli şalazyonda akla getirilmesi gereken oldukça kötü huylu bir tümördür.^{2,4,9-14}

Bir yıldır sağ göz medial kantal bölgede kitle ve epifora şikayeti olup özel bir merkezde kronik dakriyosistit tanısı ile

eksternal dakriyosistorinostomi ameliyatı uygulanan 76 yaşındaki erkek hastaya sarkom öntanısı ile insizyonel biyopsi uygulandı. İmmunhistokimyasal inceleme sonrası diffüz malign B Hücreli lenfoma tanısı konulan hastada tanı anında lokal ya da sistemik metastaz görülmezken, radyoterapi ve kemoterapi tedavisinin 3. ayında orbita içine yayılım görülerek hastaya egzanterasyon önerildi, fakat hasta kabul etmeyerek takipten kayboldu.

Medial kantal bölgede olup nazolakrimal drenajı engelleyen ve epifora şeklinde bulgu veren kitlelerde cerrahi öncesi insizyonel biyopsi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG), direk grafi ya da bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntüleme yöntemleri yapılması,

Tablo 4. Cerrahi uygulanan 50 vakada oluşan defektin kapak kenarı uzunluğuna göre oranı ve rekonstrüksiyon yöntemleri

Defektin kapak uzunluğuna göre oranı (%)	<%25	%26-50	%51-75	>%75
Sayı (n=50)	n=15 (%30)	n=10 (%20)	n=8 (%16)	n=17 (%34)
Uygulanan cerrahi teknik	-15 primer sütürasyon	-8 Primer sütürasyon +lateral kantolizis -2 Primer sütürasyon	-3 Tenzel rotasyon flebi+/ tarsokonjonktival flep -2 glabellar kaydırma flebi -2 temporalden kaydırma flebi -1 alt kapaktan rotasyon flebi	-4 Mustarde yanak rotasyon flebi+ nazal kondromukozal greft/Tarsokonjonktival greft/sert damak mukoza grefti -4 Tenzel rotasyon flebi+/ tarsokonjonktival flep -3 Cutler Beard flebi, -3 glabellar kaydırma flebi -2 alt kapaktan rotasyon flebi -1 Kulak arkasından serbest cilt grefti

Tablo 5. Major komplikasyonların onarım tiplerine göre dağılımı

Cerrahi onarım yöntemi	Major komplikasyon (n=8)	Düzeltilmede uygulanan cerrahi yöntem	Tümör tipi	Tümör lokalizasyonu	Cerrahi sonrası defekt uzunluğu
Primer onarım	-Üst kapak entropiyonu	-sert damak mukoza grefti ile arka lamel uzatma	BHK	Üst kapak	%51-75
Mustarde yanak rotasyon	-Alt kapak entropiyonu	-Jones yöntemi	BHK	Alt kapak	>%75
Flebi	-Epifora	-dakriyosistorinostomi ile birlikte bikanaliküler silikon tüp entübasyonu (DSR+BSTe)	BHK	Alt kapak medial kantus	>%75
BHK	Alt kapak	-Tarsokonjonktival greftte büzüşme- sert damak mukoza grefti ile rekonstrüksiyon			>%75
	-Piyojenik granülom	-eksizyon	BHK	Alt kapak	>%75
Tenzel flebi	-Alt göz kapağı entropiyonu	-lateral tarsal strip	BHK	Alt kapak	%51-75
Rotasyonel flepler	-Lagoftalmi -Flep nekrozu	-geçici tarsorafı	YHK	Üst kapak	%51-75
	-retroauriküler cilt grefti ile rekonstrüksiyon		BHK	Alt kapak	>%75

Tablo 6. Tümör tiplerine göre şifa, kalıntı ve nüks oranlarımız

	BHK	YHK	SBK	MM	NHL	Toplam
Şifa	32 (%84,21)	6 (%60)	1 (%100)	1 (%100)	-	40 (%78,43)
Kalıntı	5 (%13,16)	3 (%30)	-	-	1(%100)	9 (%17,65)
Nüks	1 (%2,63)	1 (%10)	-	-	-	2 (% 3,92)
Toplam	38 (%100)	10 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1(%100)	51 (%100)

BHK: Bazal Hücreli Karsinom, YHK: Yassı Hücreli Karsinom, SBK: Sebace Bez Karsinomu, MM: Kötü huylu Melanom, NHL: Non Hodgkin Lenfoma

tanı koymak ve tedavi şeklimizi planlamak açısından mutlaka gereklidir. Eksternal dakriyosistorinostomi; böyle bir hastada şikayetleri gidermekten çok uzak olması yanında, mortalitesi yüksek olan medial kantus yerleşimli bir tümörün orbita, sinus ve kafa içine yayılımına neden olarak hastanın hayatını tehlikeye sokabilmektedir.

Çalışmamızda olgularımızın %76,5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu klinik öntanı konulabildi.

BHK öntanımız %89,4 vakada, SHK öntanımız ise %50 vakada histopatolojik olarak doğrulandı. BHK tanısını makroskopik olarak koyabilmemiz, BHK'un görülme oranının yüksekliğine bağlı olarak beklentimizin fazla olmasına bağlı olabilir.

YHK'un klinik bulgularıyla tanınabilme olasılığı ise %35-51 arasında değişmektedir.^{15,16} Mortalitesi yüksek olan MM, SBK, NHL tanısının histopatolojik olarak konduğu 3 lezyonun hiçbirine klinik olarak doğru tanı koyamadığımızı göz önüne alırsak, klinik tanının histopatolojik tanı ile her zaman ve her vakada doğrulanmasının önemi bir kez daha görülmektedir.

Tüm olgularımız içinde nüks oranımız %3,92; BHK için %2,63; YHK için ise %10'dur. Bizim serimizde nüks görülen olguların ortalama izlem süreleri tüm olgular için 41,9 ay, BHK olguları için 41,5 ay olup literatürde ameliyat sonrası 47. ayda bile nüks bildirilmiştir.¹⁷

Sonuç olarak, BHK, en sık görülen kapak tümördür. Yassı hücreli karsinom ise daha az görülmekle beraber daha fazla nüks etme riskine sahiptir ve sınırlarının belirsizliğine bağlı olarak da cerrahi sonrasında daha fazla kalıntı tümör hücresi görülebilmektedir. SBK, şalazyon ve blefarokonjonktiviti taklit edebilen mortalitesi yüksek bir tümördür. Cerrahi tedavide mümkünse dondurulmuş kesit denetimli eksizyon yapılmalıdır. Pigmentli lezyonlarda büyüme, pigmentasyon artışı, genişleme, çevrede uydu lezyonların ortaya çıkması malign melanomu akla getirmelidir.

Göz kapaklarının kötü huylu tümörlerinde cerrahi eksizyon ile birlikte histopatolojik inceleme, doğru hasta seçimi halinde, tanı ve tedaviyi birarada sağlayan en güvenilir tedavi yöntemidir. Cerrahi sonrası kalıntı tümör hücreleri özellikle medial kantus bölgedeki tümörlerde görülmüştür. Bu bölge tümörlerinde, dondurulmuş-kesit denetimli eksizyon yapılması, tümörün tamamen çıkarılmasını sağlaması yanında komşuluğundaki nazolakrimal sistemin hasarını ve tümörün orbita içine yayılımını önleyecektir. Düzeltiminde tekrar cerrahi gerektiren majör komplikasyonlar, özellikle kapağın

%75'inden fazlasını tutan tümörlerin eksizyonu sonrasında ve sıklıkla alt kapak tümörlerinin cerrahisi sonrası görülmüştür. Yetersiz eksizyon tümörün yayılımını ve hastanın mortalitesini arttırırken; aşırı eksizyon ya da çoklu cerrahi gereksiz doku kaybına yol açarak, kozmetik ve fonksiyonel onarımı güçleştirebilmektedir. Boyutu ve lokalizasyonu nedeniyle özel rekonstrüktif yöntemlerle onarımı gereken göz kapak kitlelerini mümkünse hiç dokunmadan okuloplasti cerrahisine yönlendirmek en doğru karar olacaktır.

Kaynaklar

1. Soysal Gökmen H, Albayrak A. Göz kapaklarının primer malign tümörleri. Turk J Ophthalmol. 2001;31:370-7.
2. Özkılıç E, Peksayar G. Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi. Turk J Ophthalmol. 2003;33(Suppl 1):631-40.
3. Aurora A, Blodi F. Lesions of the eyelids. A clinicopathologic study. Surv Ophthalmol. 1970;15:94-104.
4. Chang CH, Chang SM, Lai YH, Huang J, Su MY, Wang HZ, et al. Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. Kaohsiung J Med Sci. 2003;19:549-54.
5. Yalaz M, Varınlı S, Varınlı İ. Oftalmik tümör ve tümör benzeri lezyonların klinikopatolojik değerlendirmesi. Turk J Ophthalmol. 1990;20:462-6.
6. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th ed. Lippincott- Raven. 1997;532-5.
7. Abe M, Ohnishi Y, Hara Y, Shinoda Y, Jingu K. Malignant tumour of the eyelid- clinical survey during a 22-year period. Jpn J Ophthalmol. 1983;27:175-84.
8. Tesluk GC. Eyelid lesions: incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol. 1985;17:704-7.
9. Abdi U, Tyagi N, Maheshwari V, Gogi R, Tyagi SP. Tumors of eyelid: a clinicopathologic study. J Indian Med Assoc. 1996;94:405-9.
10. Lee SB, Saw SM, Au Eong KG, Chan TK, Lee HP. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol. 1999;83:595-7.
11. Sihota R, Tandon K, Betharia SM, Arora R. Malignant eyelid tumors in an Indian population. Arch Ophthalmol. 1996;114:108-9.
12. Ni C, Searl SS, Kuo PK, Chu FR, Chong CS, Albert DM. Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa. Int Ophthalmol Clin. 1982;22:23-61.
13. Pang P, Rodriguez-Sains RS. Ophthalmologic oncology: Sebaceous carcinomas of the eyelids. J Dermatol Surg Oncol. 1985;11:260-4.
14. Kass LG, Hornblase A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol. 1989;33:477-90.
15. Nixon RL, Dorevitch AP, Marks R. Squamous cell carcinoma of the skin: Accuracy of clinical diagnosis and outcome follow up in Australia. Med J Aust. 1986;144:235-9.
16. Lober BA, Lober CW. Actinic keratosis is squamous cell carcinoma. South Med J. 2000;93:650-5.
17. Steinkogler FJ, Scholda CD. The necessity of long-term follow up after surgery for basal cell carcinomas of the eyelid. Ophthalmic Surg. 1993;24:755-8.