

# DERLEMELER

## Göz Kapağının Malign Tümörleri

Nazım ZENGİN\*, Ahmet KARAKURT

**Göz kapağı cildi** vücut örtüsünün bir parçası olmakla birlikte özellikle maligniteler ve tedavileri açısından **cildin diğer kısımlarından** farklı özellikler gösterir. Bu özellikleri şöyle özetleyebiliriz: (1) cildin başka hiçbir yerinde yaşamsal organlara **invazyon göz kapağındaki kadar** kolay değildir; (2) **fonksiyon** hiçbir yerde göz kapağındaki kadar önemli değildir; (3) kozmetik iyileşmeyi sağlamak hiçbir yerde göz kapağındaki kadar güç değildir. Tüm bu nedenlerle pratisyen hekimlerden dermatologlara, genel cerrahlardan göz uzmanları ve plastik cerrahlara kadar çok değişik branşlardan hekimlerce ne **yazık ki** bazen yeterli özen gösterilmeden tedavi edilen kapak malignitelerinin erken dönemde tanı ve **doğru tedavisi ancak** konuya öze! önem verilmesiyle mümkündür.

Bu makalede göz kapağında nispeten sık rastlanan bazal hücreli karsinoma (BHK), yassı hücreli karsinoma (YHK), sebace bez karsinomu (SBK), malign melanoma (MM) ve metastatik tümörlerin tanı ve tedavilerine değinilecektir.

### BAZAL HÜCRELİ KARSİNOMA

Göz kapağı maligniteleri arasında en sık rastlanan BHK'dır. Literatürde tüm kapak malignitelerinin yaklaşık %90'mı oluşturduğu bildirilmiştir (1). Ülkemizde yayınlanan serilerde bu oran %83.5 - %84.5 arasındadır (2-4). Klasik olarak göz kapağının 2. sık rastlanan malignitesi olan yassı hücreli karsinomadan 40 kat daha sık görüldüğü ileri sürülmüşse de daha yeni çalışmalarda oranın sanıldığından düşük olduğu (10-20 kat) belirlenmiştir.

BHK'ya en sık alt göz kapağında rastlanır. Ülkemizde yayınlanan serilerde dağılım şu şekilde bulunmuştur: (1) alt kapak %46.4-50; (2) üst kapak %0-10.1; (3) iç kantüs %24.6-39.3; (4) dış kantüs %10.7-14.5 (3,5).

Geliş: 10.8.1992

Kabul:

\* Uz.Dr.Ankara Numune Hastanesi

1.Göz Kliniği,

"Yard.Doç.Dr. Selçuk ÜTF,

Göz Hast. ABD.

BHK genellikle 60 yaş ve üstünde görülmektedir, ancak 20-40 yaşta olgular vardır. Çocuklarda enderdir. Cins seçmez. Siyah ırkta çok ender rastlanır.

**Etyolojide** en önemli faktör güneş ışığına maruz kalmaktır, 3u nedenle açık havada çalışanlarda daha sık rastlanır.

### Klinik Tipler ve Özellikler

**1. Nodüloülseratif tip:** En sık rastlanan tiptir (%60). üzerinde ince teñenjektatik damarların bulunduğu soluk renkli, endüre, sert bir nodul halindedir. Genellikle asemptomatik olduklarından büyük hacimlere ulaşana kadar hasta hekime gelmez. Büyürken santral nekroz ve üsereasyon oluşarak tipik "rodeni ülser" gelişir. Histolojik olarak perilerde paüzaifer yapan tümör hücresi yuvalanmaları gösterir (Şekil 2).

**2. Pigmentli BHK:** BHK'ian %9'unu oluşturan bu tip nodüloülseratif formun bir varyantıdır. Metanın içermeleri dışında hiçbir özelliklen yoktur. Klinik olarak malign melanomlara benzemeler! açısından önemlidirler (6).

**3. Morfeafom (sklerozan) BHK:** Düz, soluk, endüre plak halindedir. Sıklıkla çevre dokularda sıkatrizasyona yol açar. Klinik olarak sınırlan belirlenemez. Derine doğru invazyon yapma oranı yüksektir. Blefariiti ya da kapak kenarında bir defekti taklit edebilir. Histolojik yapısı intakt dermiş altında bol fibröz bağ dokusuyla çevrelenmiş, derine doğru uzanan hücre kordonları şeklindedir.

**4. Yüzeye! BHK:** Daha çok gövdeye yerleşmekle birlikte göz kapağında da rastlanılabilir. Hafifçe kabarık, eritemli-skuamli yamalar halindedir. Yüzeyel üsereasyon ve kurutlarına siktir.

**5. Nevoid BHK (Gorlin-Goitz) seno\*romu:** Baş ve boyunda multipl BHK odakları, çene kistleri, iskelet, sinir ve salgı sistemi anomaliileriyle seyreder. **Otozomai** dominant geçişlidir. BHK'iar tipik olarak 2, de katta ortaya çıkarlar. Tümörler histopatolojik olarak diğer BHKIn tiplerinden farklı olmamakla birlikte osteoid odaklar içerebilirler.

BHK'nın ayna fibroepitelyoma, lineer bazal hücreli nevüs, jeneraüze folliküler bazal hücreli nevüs gibi tipleri de vardır, ancak bunlara özellikle göz kapağında olmak üzere ender rastlanır,

BHK'lann metastaz riski %1'den azdır. 1984-1989 yılları arasında, literatürde 130 olgu bildirilmiştir (7), Direkt tümöre bağlı **öiöm** mutad değildir. Buna rağmen tanı konulduğunda hemen tedavi yapılmalıdır çünkü orbitaya ve kafa içine invaze olabilir. Ülkemizde yayınlanan 54 olguluk bir sekonder orbita tümörleri serisinde orbitaya invazyon yapmış BHK'iar %?/? oranıyla **retinoblastomlar**dan sonra ikinci sırayı almaktadır (8). Tümörün fikse ya da nonrnobil oluşu ve/veya "donmuş glob" manzarası orbita invazyonunu düşündürmelidir. Metastazlar akciğer, kemik, lenf bezleri, karaciğer, dalak ve arrenallere olabilir.

### Tedavi

BHK'lann tedavisinde amaçlar: (1) tanıyı kesinleştirmek, (2) tümörü ortadan kaldırmak, (3) fonksiyonel ve kozmetik düzelmeyi sağlamak. BHK'iar içinde **morfeafom** tipler, kemiğe infitre olanlar, İç kantal bölgeye yerleşenler ve orbitaya uzanım gösterenlerin tedavisi oldukça zordur.

BHK'lann tedavisi pımer olarak **ve** cerrahidir (Şekil 3). Yeterli rezeksiyon yapırsa cerrahiden sonraki nüks oranı %3'lerin altına inebilir (9-11). Ne **varki** literatürdeki olguların yaklaşık %27\*sinde yetersiz rezeksiyon söz konusudur (11). Tümör sınırlarının "frozen **section**" ile kontrolü artık klasikleşmiştir. Bu yöntem değerli olmakla birlikte nüksleri sıfırlamamışım Genelde ilk cerrahiden sonra nüks oranı %3'tur. Nüks olgularda cerrahi uygulamadan sonra %15, radyoterapiden sonra İse %22 nüks **olur**. 3.kez cerrahi uygulanan **olgularda** ise %30 nüks bildirilmiştir. Bu rakamlar ilk tedavinin yeterli biçimde yapılmasının önemini vurgulamaktadır.

Son yıllarda Mohs'un **kemocerrahi** tekniği taze doku kullanılarak modifiye edildikten sonra oldukça güvenilir so-



Şekil 1. Sol alt göz kapağında bazal hücreli karsinoma bulunan bir olgumuz.



Şekil 2. Bazal hücreli karsinomalı bir olgumuza ait histopatolojik görünüm. Bazal epitel hücrelerinden oluşan tümör adacıklarının perilerinde palizatlar yapan hücreler, merkezlerinde ise tümeninde keratin içeren mikrokistik değişiklikler izlenmektedir (hemotoksiyen-eozin x 100)

nuçlar vermeye başlamıştır (12). Genellikle bu konuda özel eğitim görmüş dermatologlarca uygulanan bu yöntemde cerrahi olarak 5-10 mm<sup>2</sup> yüzeyli, 2-4 mm kalınlığında lameller doku blokları çıkarıldıktan sonra bunların alt yüzeyleri histolojik olarak incelenir. Tümörsüz dokuya ulaşılan kadar rezeksiyona devam edilir. Amaç sağlam doku kaybını

en aza indirerek tümörden arınmış sınırlar elde etmektir. Konvansiyonel teknikle ekzenterasyon endikasyonu alan bazı olgularda globun korunmasını sağlayabilir. Özellikle iç kantüsü tutan BHK'larda, nüks olgularda ve üst kapağın arka lameli gibi korunması çok önemli bölgeleri tutan tümörlerde önerilir, Zaman alması, sadece belirli merkezlerde uy-

gulanabilmesi ve rekonstrüksiyonun başka bir hekim tarafından yapılması bu yöntemin önemli dezavantajlarıdır.

Radyoterapi literatürde %100'lere varan başarılı sonuçlara karşın göz hekimlerince cerrahi uygulanamayacak hastalara ve ekzenterasyonu reddeden orbita invazyonlu olgulara saklanmaktadır. Üst kapağın orta 1/3'ünü tutan tümörlerde ve korneanın hasarlanmış olduğu olgularda kullanılmalıdır (13). Kemik tutulumu olan olgularda yararsızdır. Radyoterapi, kanalikül stenozu, kirpik kaybı, ciltte atrofi, konjonktivada keratinizasyon, entropion ve ektropion gelişimi gibi komplikasyonları bir yana bırakılsa bile bir kez uygulandıktan sonra nükse den olgularda tekrar uygulanmasının kontrendike olması (radyonekroz ve tümörögenез nedeniyle) ve radyoterapi gören hastaya daha sonra cerrahi uygulamanın çok zor olması nedeniyle eleştirilmektedir.

Krioterapi en büyük çapı 10 mm'nin altında olan tümörlerde ve nevroid BHK sendromunda ve pıhtılaşma bozukluğu olan hastalarda kullanılabilir, iyileşme oranının %90'ların üstünde olduğu bildirilmektedir (5,14,15). Buna rağmen lezyonun sınırlarının belirlenemeyiş önemli bir endişe kaynağı oluşturmaktadır, işlemden sonra ciltte depigmentasyon, kirpik kaybı, kapak kenarında çentiklenme ve kanalikül stenozu gibi komplikasyonlar görülebilir. Krioterapi uygulanan hastalar sıkı izleme alınmalı, nüksten kuşulanıldığında hemen biopsi yapılmalıdır.

Topikal antineoplastik ajanlar, elektodesikkasyon ve küretaj gibi tedavilerde nüks oranı oldukça yüksektir, bu nedenle önerilmemektedir.

Olguların %4'üne ekzenterasyon gerekmektedir (7). Ülkemizde yayınlanan 278 olguluk bir ekzenterasyon serisinde olguların %21,94'ünü BHK oluşturmaktadır (16), Ekzenterasyonu reddedenlere cis-platinum ile kemoterapi denenebilir (17),

#### YASSI HÜCRELİ KARSİNOMA

Göz kapaklarının 2. sıklıkta görülen malignitesidir (%92). Yabancı literatürde %2.4-30.2, ülkemizde yayınlanan serilerde ise %10-24 oranında rastlanıldığı bildirilmiştir (2-4). Skuamöz hücreli karsinom, epitelüma ve epidermoid karsinoma, spinosellüler karsinoma, spinalioma ve prikl hücreli karsinoma adlarıyla



Şekil 3. Şekil 1'deki olgumuzun erken postoperatif görünümü.



Şekil 4. Xeroderma pigmentosumlu bir olguda yüzde ve göz kapaklarında multipl prekanseröz lezyonlar.

da anılır. Halen bazı patologlarca kullanılan bazoskuamöz karsinoma terimi skuamöz diferansiasyon adaları gösteren BHK'ları tanımlar, ancak bu tümörler klinik olarak BHK'lar gibi seyrettikleri için bazoskuamöz karsinoma terimi oftalmik patologlarca terk edilmiştir.

Spontan (de novo) ya da in situ karsinom veya aktinik (solar) keratoz gibi prekanseröz lezyonlardan gelişebilir.

Radyoterapiden sonra ortaya çıkabilir. Xeroderma pigmentosumlularda multifokal YHK gelişimine predispozisyon söz konusudur (Şekil 4) (18).

#### Klinik Özellikler

Lezyonlar erken evrede eritemli, skuamli yamalar görünümündedirler. Güneşe maruz kalan alanlarda derinin fissürleşmeler gösterdiği dikkat çeker.

BHK'ların al.sine erken dönemde ülserleşirler (19). Ülser tipik olarak sığ, düzensiz-keskin sınırlı, tabanı hiperemik, endüre ve kalkık kenarlıdır.

YHK'nın klinik tanısı oldukça zordur Papillomatöz, nodüler, kistik ya da deri boynuzuna benzer formları vardır. Siğil ya da keratoakantoma gibi klinik olarak benign görülen lezyonlarda bile invaziv olarak YHK adacıkları bulunabilir.

Metastaz eğiliminin izla oluşu (%1-21) nedeniyle YHK'lar BHK'lardan daha malign kabul edilirler. Prekanseröz lezyonlardan gelişen YHK'a metastaz yeteneği daha azdır (%0,5). Histolojik olarak birbirinin aynı olan lezyonların metastaz açısından bu derece farklı olmalarının nedeni bilinmemektedir. Metastazlar bölgesel lenf bezlerine olur.

YPK'larda orbitaya yayılım da BHK'lara oranla daha fazladır. Orbita sınırlarını tutma eğilimi olduğu için şiddetli ağrıya, ptozise ve oftalmoplejiye yol açabilir (20). Ancak orbitada bir YHK'a rastlanıldığında bunun göz kapaklarından çok paranasal sinüslerden kaynaklanabileceği hatırlanmalıdır (21).

Mortalite %15 dolayındadır. Bazı serilerde hiç ölüm olmaması erken başvuru ve özenle uygulanan cerrahinin metastaz yayılım ve ölüm oranını azaltmadaki rolünü vurgulamaktadır (22).

#### Tedavi

Kronik olarak güneşte kalmaktan kaçınılması, prekanseröz lezyonların bulunduğu hastalarda koruyucu giysi ve ilaçların kullanılması YHK gelişimini engelleyici bir önlem olabilir.

Cerrahi uygulanacak olgularda öncelikle insizyonel biyopsi yapılmalıdır, çünkü eksizyonel biyopsi majör rekonstrüksiyon gerektirir. Standart yöntemle ya da Mohs tekniğiyle yapılan frozen section kontrolü burada da önemlidir ne vaki orbita yağ dokusuna ya da periosta invazyon konusunda garanti vermez. Orbitaya yayılım kuşkulu varsa preoperatif orbital bilgisayarlı tomografi yararlıdır, ancak yalancı negatiflik oranının hayli yüksek olduğu akıld tutulmalıdır (22).

Radyoterapi YHK'ların nispeten ışına dirençli olmaları nedeniyle cerrahi reddedenlere ve medikal cerrahiye tolere edemeyenlere gama ışınlama biçiminde uygulanabilir.

YHK'ların tedavisinde krioterapi ile de başarılı sonuçlar bildirilmiş olmakla

birlikte yeri konusunda çok fazla yayın yoktur (14).

Ekzenterasyon orbitaya invazyon bulunan olgularda gerekirse palyatif radyoterapi ve kemoterapi ile birlikte uygulanabilir, ancak yaşama prognozunu değiştirmemektedir.

#### SEBASE BEZ KARSİNOMU

Kapak malignitelerinin %1-2'sini oluşturmakla birlikte yüksek metastaz ve mortalite oranlarıyla en önemli grubu oluşturmaktadır.

SBK genellikle meibomius bezi karsinomu ya da adenokarsinomu olarak adlandırılır, ancak meibomius bezleri yanısıra Zeiss bezleri ya da kaş ve karnküldeki diğer bezlerden de köken alabilir (22). Olguların önemli bir kısmında köken aldığı yapı kesin olarak belirlenmez.

Genellikle 60'lı yaşlarda görülürse de literatürde 3.5 yaşında bile olgu vardır. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlanır. ABD'de kapak tümörlerinin %0.5-5'ini, ülkemizde %1.8-7.9'unu oluştururken Çin'de bu oranın %28'e çıkması coğrafi bir faktörü akla getirmektedir (2-4, 23-25).

Etyoloji bilinmemekle birlikte yıllar önce benign durumlar nedeniyle radyoterapi görmüş olgular ve diüretik kullanımı dikkati çekmektedir (23,26).

#### Klinik Özellikler

Fokal kitle, multisantrik ve diffüz tipleri vardır. Genellikle ağrısız, yavaş büyüyen, sarımtırak renkli, eritematöz bir kitle ile hasta hekime başvurur. Kirpik kaybı ve meibomius bezi orifislerinde distorsiyon tipiktir. Kolayca şalazyonla karıştırılır, çünkü her iki lezyon da meibomius bezlerinden köken alır (27). BHK ve YHK'ların aksine üst kapakta daha sık rastlanır, bu durum üst kapakta meibomius bezlerinin sayıca daha fazla olmasıyla açıklanmaktadır. Aynı hastada hem alt hemde üst kapakta bulunabileceği unutulmamalıdır.

Kronik unilatéral blefarokonjonktivite benzer biçimde seyreden birçok olgu vardır. Ülserleşen lezyonlara diğer kapak malignitelerine oranla daha az rastlanır, ihmal edilen olgular orbita invazyonu ve bölgesel lenf bezi metastazıyla gelebilirler.

Orbita invazyonu %19-28.5 oranında görülmektedir. Hastanın öyküsünde genellikle birkaç ay önce tümör rezek-

siyonu yapıldığı belirlenir. Tedavi edilen yerde nodul bazen de ülserasyon orbital kitleye eşlik eder (21).

Lenf bezi metastazı %25 dolayındadır. Bu oran göz kapağı tümörleri arasında ilk sırayı alır. Organlardan akciğer, karaciğer, kafatası ve beyni tutar. Mortalite oranı 5 yıl için %15, 10 yıl için %20 dolayındadır (28). Bazı hastalarda iç organ maligniteleri gelişme riski de vardır (Muir-Torre sendromu), nedeni bilinmemektedir.

#### Tedavi

SBK dört nedenden dolayı tehlikeli bir tümördür: (1) şalazyonu, kronik blefariti hatta superior limbik keratokonjonktiviti taklit eder, dolayısıyla tanı gecikir; (2) metastaz eğilimi çok fazladır (bazı serilerde %41); (3) sınırlarını belirlemek çok zordur (multisantrik ve/veya intraepitelial pagetoid yayılım gösteren tipler); (4) özellikle oil red-O gibi lipid boyaları kullanılmazsa histopatolojik olarak bile yanlış tanı konabilir. Vücudun diğer kısımlarında çok ender olan bu tümör göz konusunda özelleşmemiş patologlarca iyi bilinemeyebilir. Bu nedenle patolog uyarılarak formolle fikse edilmemiş taze dokunun alkolle muamele edilmeden önce lipid boyalarıyla boyanması sağlanmalıdır (29).

Nükseden her şalazyona biyopsi yapılmalıdır. Böyle olgularda tam kalınlıkta kapak rezeksiyonu ile tedavi yeğlenmelidir. Tek taraflı blefarokonjonktivite insizyonel biyopsi yapılmalı, tanı SBK olarak gelirse frozen section kontrolünde geniş cerrahi eksizyona gidilmelidir. En az 5-6 mm sağlam doku, gerekirse tarsın tamamı çıkarılır. Yaygın intraepitelial invazyon klasik olarak ekzenterasyonla tedavi edilir, ancak son yayınlarda krioterapiden iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir (30).

Radyoterapi primer bir tedavi yöntemi olarak önerilmiş ve bir çok olguda ilk uygulamaya iyi cevap alınmıştır (31). Ancak nüks oranı kabul edilemeyecek derece yüksektir ve bunların prognozu cerrahiden sonra nüksedenlerden daha kötüdür. Cerrahi tedaviyi reddedenlere ya da tolere edemeyenlere uygulanabilir.

Prognozu belirlemede lezyonun yaşı, yerleşim yeri ve diferansiyasyon derecesi önemli faktörlerdir. Bir çalışmada 1-6 aylık lezyonlarda %14 olan mortalitenin 6 aydan uzun süreli tümör varlığında %38'e yükseldiği saptanmıştır.

Üst kapakta yerleşenler daha fatal seyretilmektedir (28).

Nüksler ya da multisantrik lezyonlar nedeniyle orbital ekzenterasyon sıkça başvuru olan bir yöntemdir.

Bölgesel lenf bezi metastazlarında radikal boyun disseksiyonu gerekir, ancak bu işlemden önce mutlaka biyopsi alınmalıdır, çünkü SBK ile birlikte metastaza bağlı olmayan lenf bezi büyümeleri de görülebilir (lenfadenit).

#### MAUĞN MELANOMA

Malign melanoma göz kapağı malignitelerinin %1'ini oluşturur. Klinik olarak göz kapaklarında görülen 3 tipi vardır: (1) lentigo maligna, (2) yüzeysel yayılan tip, (3) nodüler tip. Olguların büyük bölümünü nodüler (%50-59) ve yüzeysel yayılan (%22-37.5) tipler oluşturur.

#### Klinik Tipler ve Özellikler

1. *Lentigo maligna* histolojik olarak dermide sınırlı, düz, kenarlı düzensiz maküller halinde kendini gösterir. Güneşe maruz kalan alanlarda daha sık rastlanır. Baş ve boyun MM'lannın %90'ından fazlasında neden lentigo maligna'dır. 10-15 yıl sürebilen biri preinvaziv dönemden sonra dermişi invaze edip gerçek MM (lentigo maligna melanoma)'ya dönüşme oranı %30 civarındadır. En erken devrede tanınması ve tedavisi gereklidir.

2. *Yüzeysel yayılan tip* vücudun daha çok güneş görmeyen kısımlarında görülür, bu nedenle de göz kapaklarında cildin diğer kısımlarına oranla az rastlanır. Klinik olarak lentigo maligna'ya göre daha genç kişileri tutması ve cilt hatlarını erkenden bozması, histopatolojik olarak ise erkenden papiller dermişi invaze etmesiyle lentigo maligna'dan ayrılır (31).

3. *Nodüler MM* erkeklerde daha siktir. Güneş gören ya da görmeyen yerleri tutabilir. Kabarcık ve palpabl olan bu tipte büyüme vertikal olduğundan diğer tiplere oranla cildin daha derin katlarının tutulması söz konusudur. Çoğunlukla kahverengimsiyah renkli ve uniform pigmentlidir. Amelanotik tipleri de görülebilir, kapak kenarında yerleşenlerin prognozu daha kötüdür (31).

Prognoz açısından yaş, cins, lezyonun yeri, ülserleşme, regresyon, mitotik indeks gibi faktörler önemli rol oynar. Ancak en önemli faktör tümörün kalınlığıdır. 0.85 mm'den az kalınlıkta tümörlerde mortalite %1'den az iken 3.65

## GÖZ KAPAĞININ MALİĞN TÜMÖRLERİ

mm'den kalın tümörlerde 8 yıllık sağka-  
lım oranı %38'den azdır (7),

### Tedavi

Göz kapağı MM'larının klinik görü-  
nüm olarak birçok benign ve malign lez-  
yonla karıştırılabilmesi söz konudur. Ma-  
lign olabilecek her pigmente lezyondan  
mutlaka biyopsi alınmalıdır (33). Benign  
bir nevüste renk değişimi, büyüme ya  
da sınırlarda düzensizleşme, yüzeyde  
krutlanma, ülserleşme ya da kanama,  
frajilleşme, çevre dokularda kızarıklık,  
şişme ya da uydu lezyonların gelişmesi,  
ağrı ve kaşıntının ortaya çıkması uyarıcı  
olmalıdır (26). Pigmente lezyonlarda  
sağlam deriyi de içine alan insizyonel  
biyopsinin sakıncası yoktur, uvea MM'la-  
rında olduğu gibi metastaz riskini artır-  
ması söz konusu değildir. Frozen sec-  
tion kontrolü diğer göz kapağı maligni-  
telerindeki kadar yararlı değildir, çünkü  
MM'larda bu yöntemle yanılma oranı ol-  
dukça fazladır. Cerrahi sonuçları yeterli  
rezeksiyon yapılmışsa oldukça iyidir,  
Uvea MM'larının aksine göz kapağı  
MM'ları bölgesel lenf bezlerine metastaz  
yaparlar. Metastazlar geç dönemde or-  
taya çıktığı için cerrahiden sonra hasta-  
lar en az 15 yıl izlenmelidir (32).

Metastazları önlemek amacıyla pro-  
filaktik lenf bezi disseksiyonunun rolü  
kesin değildir.

### METASTATİK TÜMÖRLER

Göz kapağının metastatik tümörlerine  
ender rastlanır. Literatürde 46 olgu var-  
dır, 8'inde ek olarak orbita da tutul-  
muştur.

Olguların %38'inde primer tümörün  
göz kapağı lezyonundan sonra ortaya  
çıkması göz hekimlerinin bu konuda çok  
duyarlı olmaları gereğini ortaya koyar  
(33). Olguların yaklaşık 2/3'ü soliter no-  
dul, 1/3 ü diffüz kapak endürasyonu, az  
bir kısmı ise ülseratif lezyonlar tarzında  
gelir.

Göz kapağına en sık (%65) memeden  
metastaz olur. Bunu %15'le akciğer  
ve %10'la mideden olan metastazlar iz-  
ler.

Tanı konulduktan sonra göz kapağı  
metastazı gelişmesine kadar geçen or-  
talama süre 4 yıldır. Kapakta lezyon or-  
taya çıktıktan sonra ortalama yaşam sü-  
resi 10 aydır.

Tedavide rezeksiyon ve rekonstrük-  
siyon yapılır. Özellikle memeden olan

metastazlar radyoterapiye iyi cevap ver-  
mektedir.

### KAYNAKLAR

1. Ferry A, The eyelids. In: Sorbys A, editor. Modern ophthalmology. Philadelphia: Üppincott, 1972: B33-53
2. Zengin N, Hacıoğlu H, Ertüre S, Kural G, Göz kapağı kitlelerinde etyoloji ve tedavi yaklaşımımız Günalp i, Hasanreisoglu 8, Duman S, Turaçi E, Şerifoglu A, Zilelioğlu O, Sanaç AŞ, editorler.XXIV. TO: ' Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 2'de. Ankara: Yıldırım Basımevi, 1990: 42-4,
3. Polat A, Uzgören E. Balıkesir ve çevresinde göz kapağı lezyonları insidansı, benign ve malign lezyonların karşılaştırılması. XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni'nde. İzmir; Karınca Matbaacılık, 1988: 1045-50
4. Akbaş F, Günalp i, Dürük K. Kapak malign tümörlerinin klinik ve tedavi Özellikleri. Köker ÖF, Ersöz TR, Kaya A, editörler. TO D XXIII. Ulusal Kongresi Bülteni, Cilt 2'de. Adana, 1989; 867-71,
5. Yararcan M, Bilgiç S, Göz kapağının bazal hücreli karsinomlarında krioterapi uygulanması ve sonuçları. T Oft Gaz 1982; 12:15-60,
6. Hornblass A, Stefano JA. Pigmented basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1981; 92:193-7.
7. Char D, Clinical ocular oncology. New York: Churchill-Livingstone, 1989: 5-9,
8. Altın F, Peksayar G, Altın S. Orbitanın sekonder tümörleri. Günalp i, Hasanreisoglu B, Duman S, Turaçi E, Şerifoglu A, Zilelioğlu O, Sanaç AŞ, editörler. XXIV, TO D Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 2'de Ankara: Yıldırım Basımevi, 1990: 163-
9. Frank HJ. Frozen section control of excision of eyelid basal cell carcinoma: 8.5 years' experience. Br J Ophthalmol 1988; 73:328-32.
10. Chafin J, Puttenman A. Frozen section control in the surgery of basal cell carcinoma of the eyelid. Am J Ophthalmol 1979; 87:802-9.
11. Doxanas MT, Green WR, Iliff CE. Factors in the successful surgical management of basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1981; 91:726-36.
12. Downes RN, Walker NPJ, Collin JRO. Micrographie (Mohs') surgery in the management of periocular basal cell epitheliomas. Eye 1990; 4: 160-8.
13. Rodrigue JM, Deutsch GP, Sains RS, Robins R, Smith B, Bosnlak SL. The treatment of periocular basal cell carcinomas by radiotherapy. Br J Ophthalmol 1992; 76:195-7.
14. Günalp i. Kapak karsinomlarında soğuk tedavinin etkinliği. Ankara ÜnivTıp Fak Göz Klin Yıllığı 1980; XXXIII: 59-80.
15. Tuppurainen K. Cryotherapy for malignancies of the eyelid. Acta Ophthalmol 1990; 68(Suppl 195): 75-8.
16. Dürük K, Günalp i, Zilelioğlu G. 278 orbita ekzentasyon olgusunun incelenmesi. Türk Oftalmoloji Derneği, XXIII. Ulusal Kongresi Bülteni. Cilt 2'de. Adana: 1989: 598-603.
17. Morley M, Finger PT, Perlin M, Woiselberg LR, DeBlasio DS. Cis-platinum chemotherapy for basal-cell carcinoma. Br J Ophthalmol 1991; 75:407-10.
18. Zengin N, Zengin G, Karakurt A, Kura! G, Balcı M Xeroderma pigmentosum ve göz. Lepra Mec 1992;23:28-37.
19. Reiffer DM, Hornblass A. Squamous cell carcinoma of the eyelid. Surv Ophthalmol 1986; 30:349-65.
20. Trobe JD, Hood JI, Parsons JT. Intracranial spread of sebaceous gland carcinoma along the trigeminal nerve. Arch Ophthalmol 1982; 100:608-11,
21. Shields JA. Diagnosis and management of orbital tumors. Philadelphia: Saunders, 1989:341-77.
22. Loeffler M, Hornblass A. Characteristics and behavior of eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell, sebaceous gland and malignant melanoma). Ophthalmic Surg 1990;21:513-8.
23. Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 1989; 34:1-77.
24. Balcıoğlu N, Peksayar G, Demiryont M, Güngel H, Göz kapağının yağ bezi karsinomları. XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 2'de, izmir: Karınca Matbaacılık, 1988:1040-3
25. Günalp i, Karel F. Sebace bez karsinomları- 21 olgunun tartışılması. T Oft Gaz 1986;16:209-15,
26. Mauriello JA. Diagnosis and management of eyelid tumors. Curr Opinion Ophthalmol 1990; 1:221-30.
27. Bilgiç S. Şalazyonu taklit eden meibomius bezi karsinomu olguları. T Oft Gaz 1981; 11:208-12,
28. Rao NA, McLean IW, Zimmerman LE, Sebaceous carcinoma of eyelids and caruncule; correlation of clinicopathologic features with prognosis. In: Jacobiec FA, editor. Ocular and adnexial tumors. Birmingham: Aesculapius, 1978; 461-76.
29. Font RL. Eyelids and lacrimal drainage system. In: Spencer WH, editor. Ophthalmic pathology an atlas and textbook Vol 3. Philadelphia: Saunders. 1986: 2200-14.
30. Lisman RD, Jacobiec FA, Small P. Sebaceous carcinoma of the eyelids: the role of adjunctive cryotherapy in the management of conjunctival pagetoid spread. Ophthalmology 1989; 96:1021-6.
31. Hendley RL, Reiser JC, Cavanagh HD, Bodner SI, Waring GO. Primary radiation therapy for meibomian gland carcinoma. Am J Ophthalmol 1979; 87:206-3.
32. Garner A, Koornneef L, Levene A, Collin JRO. Malignant melanoma of the eyelid skin: histopathology and behaviour, Br J Ophthalmol 1985; 69:180-6,
33. Grossnikhus HE, McLean IW, Cutaneous melanoma of the eyelid, clinicopathologic features, Ophthalmology 1991; 98:1867-73.
34. Folberg R, Bernardino VB, Bernardino EA. Pigmented eyelid lesions. In: Hornblass A, editor. Oculoplastic, orbital and reconstructive surgery. Vol I, Baltimore: Williams & Wilkins, 1988:259-70,
35. Grove AS, Mc Cord CD, Tanenbaum M. Eyelid tumors: diagnosis and management. In: Mc Cord CD, Tanenbaum M, editors. Oculoplastic surgery. New York: Raven Press, 1987:197-221.