

Göz Kapağı Habis Tümörlerinde Klinik ve Histopatolojik Tanı

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF EYELID MALIGNANT TUMORS

Zerrin GÖKŞİN*, Ömer Faruk RECEP**, Yıldız EKMEKÇİ***

* Uz.Dr.,Bolu Devlet Hastanesi, BOLU

** Uz.Dr.,Ankara Numune Hastanesi 3. Göz Kliniği Başasistanı, ANKARA

*** Uz.Dr.,Burhaniye Devlet Hastanesi. BALIKESİR

Özet

Clöz kapağı tümörleri değişik özellikleri nedeniyle büyük önem arz etmektedir. Göz kapaklarında hem selim hem de habis tümörlere çok sık rastlamaktayız. Tanı erken dönemde konduğu takdirde uygun girişim/erle oldukça güzel sonuçlar alınmaktadır.

Bu yazıtla habis kapak tümörlerini ele aldık ve özellikle klinik ve histopatolojik tanıları üzerinde yoğunlaştık. En çok karşılaşılan habis kapak tümörlerinin hazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom, selm.se hücreli karsinom ve uallgn melunum olması, itibariyle bunlara daha geniş yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Göz kapağı, Habis tümör, Tanı

T Klin Oftalmoloji 1998, 7:140-146

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 50-60 bin habis göz tümörü olduğu bildirilmektedir (1). Görülme oranını benzer kabul ederek bu sayıyı ülkemize uygularsak yıllık yaklaşık 15 bin habis göz kapağı tümörü ile karşılaşılıyor olmamız gerekir. Diğer taraftan habis tümörler tüm göz kapağı tümörlerinin dörtte birini oluşturmaktadır (2).

Göz kapağı tümörleri yaşamsal organlara yakınlığı, çok önemli fonksiyonu olan bir dokuyu tutması ve kozmetiğin sağlanması için güç olması nedeniyle büyük önem arz etmektedir (3). Bu nedenle göz doktorları olarak her yıl karşılaşacağımız 60 bin civarındaki göz kapağı tümörüne uygun tanıyı koyup habis olanları ayırarak titizlikle tedavi etmek zorundayız.

Bu yazıda erken tanı ile tedaviden oldukça iyi sonuçlar alabildiğimiz habis göz tümörlerini öncelikle de-

Geliş Tarihi: 10.03.1997

Yazışma Adresi: Dr.Omer Faruk RIICIIP
Tepebaşı Mh. Foça Sk. No: 70/8
Keçiören/ANKARA

Summary

Eyelid tumors are very important because of their various characteristics. We see both malignant and benign minors of the eyelids veiy often. The results will be very good with different treatment procedures if the condition is diagnosed early enough.

In this paper we reviewed the malignant eyelid tumors. Especially we mentioned their clinical and histofxithological diagnoses. The mostly seen malignant eyelid tumors, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, sebaceous cell carcinoma and malign melanoma, are discussed more.

Key Words: Eyelid, Malignant tumor, Diagnosis

T Klin J Ophthalmol 1998, 7:140-146

aylı olarak sınıflandıktan sonra çok görülenlere biraz daha fazla yer vererek bahsetmeye çalıştık.

Sınıflama: Bugüne kadarki en detaylı sınıflama Duke-Elder tarafından yapılmıştır (4). Yalnız bu sınıflamada selim ve habis tümörler, köken aldığı dokuya göre ayırım yapılmadan gruplandırılmıştır. Aşağıda bu sınıflama esas alınarak göz kapağının habis tümörleri verilmiştir:

A. Epitel kökenli

1. Cildi tutan

Bazal hücreli karsinom

Yassı hücreli karsinom

Merkel hücre tümörü (trabeküler karsinom)

2. Salgı bezlerini tutan

Sebase bezlerini tutan

-Cildin adenokarsinomit

-Meibomian bezlerinin adenokarsinomu

-Zeis bezlerinin adenokarsinomu

Ter bezlerini tutan

-Apokrin ter bezi karsinomu

-Ekrin ter bezi karsinomu

B. Damarsal ve mezenkimal tümörler

Anjiosarkom

Kaposi sarkomu

C. Lenforetiküler dokunun tümörleri

Lenbma

Lenfosarkom

Retikulum hücre sarkomu

Dev folliküler lenfoma

Burkitt lenfoma

Hodgkin hastalığı

Mikozis fungoides

Plazmosioma

D. Pigmente tümörler

Melanom

E. Metastatik tümörler

Sinir dokusuna ait ve gelişimsel tümörler genellikle selimdirler.

Görüldüğü üzere habis tümörlerin sayısı oldukça fazladır, fakat bunların en çok görülenleri bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom, sebace hücreli karsinom, melanom ve lenfosarkomdur. Bunlardan en çok görülen bazal hücreli karsinom tüm göz kapağı kitleleri arasında papillom, nevüs ve şalazyondan sonra dördüncü sırayı almaktadır (5). Histopatolojik incelemelerde ise muhtemelen selim lezyonların gönderilmemesi nedeniyle bazal hücreli karsinom ilk sırayı almaktadır (6). Aşağıda değişik serilerdeki göz kapağı habis tümörlerinin insidansı verilmiştir:

-Bazal hücreli karsinom %63.5-92.5

-Yassı hücreli karsinom %2.4-30.2

-Sebace hücreli karsinom %0.5-28

-Melanom % 1-3.2

-Diğerleri < "ol (2,6-14).

Sebace hücreli karsinomun %28 kadar yüksek bildirilmesi çok nadirdir ve Çin bölgesine mahsus olup etiolojisinde coğrafi bir faktörü düşündürmektedir (3).

Bazal hücreli karsinomların daha çok beyazlarda görüldüğü bildirilmiştir. Çoğu habis kapak tümörü 50 yaşın üzerinde görülür. Bazı çalışmalar cinsler arasında fark bildirmezken çoğunluğa göre erkeklerde daha sık rastlanmaktadır.

Sebepleri güneş ışığı, X ışını, kimyasal karsinojenler, kronik irritasyon ve prekanseröz dermatozlardır. Çoğunlukla büyüme gösteren bir kitle tarzında ortaya çıkarlar. Diğer belirtiler irritasyon, ülserasyon, kanama, göz yaşarması, kozmetik bozukluk, trikiasis ve göz kırpmadır. Bazen belirtisiz de olabilirler (15).

Göz kapağının habis tümörlerinde tanı genellikle klinik görünümle konur, daha sonra biyopsi yapıp histopatolojik incelemeye kesin tanıya gidilir. Biyopsi bir

tedavi metodu olarak seçilmemişse kesin tanıdan sonra asıl tedavi planlanır.

Şimdi sık karşılaştıklarımız başta olmak üzere habis göz kapağı tümörlerinin klinik ve histopatolojik görünümlerine değineceğiz.

Bazal Hücreli Karsinom

Bazal hücreli karsinomlar en sık görülen habis kapak lezyonlarıdır. Klinik ve mikroskopik görünüm açısından çeşitlilik gösterirler. Alt kapakta görülme sıklığı %7() olup sıklık sırasına göre iç kantus, üst kapak ve dış kantusla da görülürler (14,16).

Bazal hücreli karsinoma sinonim olarak rodent ülser, bazalioma ve bazal hücreli epitelioma isimleri de kullanılır. Günümüzde çoğu klinisyen ve patolog tümörün lokal invazif ve tahrip edici özelliklerini gözönüne alarak bazal hücreli karsinom terimini tercih etmektedirler. Habis hücreler epidermisen bazal veya germinal hücrelerinden kaynaklanmaktadır. Bu tabaka bazal membran üzerindedir ve dermişi epidermisten ayırmaktadır. Bazal hücrelerin çoğalmasıyla tümör büyür, lezyonun merkezindeki kanlanma bozukluğuna bağlı olarak çatlar, kabuklanır ve kabukların dökülmesiyle kanama görülür. Hastayı doktora getiren genellikle bu özelliktir. Diğer belirtiler arasında kitle mevcudiyeti, irritasyon, ülserasyon, yaşarma, trikiasis ve göz kırpma sayılabilir.

Bazal hücreli karsinom sıklıkla radyasyona daha çok maruz kalan orta-yaşlı hastalarda görülür. Lezyonların çoğu İskandinav'lar gibi açık tenli kişilerde ortaya çıkar (17). Radyasyona maruz kalma süresi tümör görülme sıklığını doğrudan etkilediğinden açık havada çalışan insanlarda, ev içinde bulunan sedanter insanlara kıyasla daha fazla görülür.

Bazal hücreli karsinom histopatolojik olarak beş grupta toplanabilir:

1) Lokalize form (nodüler, ülseratif, kistik);

2) Diffüz form (morfeafomr, sklerozun);

3) Yüzeysel form (mültifokal);

4) Pinkus'un fibroepiteliomatöz bazal hücreli karsinom u.

5) Klinik sendromlarla birlikte (Goiin-Goltz sendromu, lineer tek taraflı bazal hücre nevusu, Bazex sendromu)

Bazal hücreli karsinomların bazı tipleri tekrarlamaya meyillidir (18). Kantus bölgesindeki sklerozun lezyonlar orbitanın derin dokularına ve nazal sinüslere yayılma eğilimindedir (19). Beyin tutulumuna bağlı ölümler de bildirilmiştir (20). Bazal hücreli karsinomlar kural olarak metastaz yapmazlar, fakat %0.02 ve %0.1 arasında yayılma bildirilmiştir (21).

Lokalize Form: Bazal hücreli karsinomun en sık görülen tipidir. İnci görünümlü saydam bir papül olarak başlar, üzerinde telenjektazik damarlar mevcuttur. Büyüdükçe merkezde erozyon ve ülcrasyonlar gelişir, sınırları belirginleşir ve rodent ülser halini alır.

Histolojik olarak bu tip tümörler çeşitli şekillerde büyük, belirgin sınırlı bazaloid lobüllerden oluşurlar. Düzgün büyüklükte, küçük, oval çekirdekli hiperkromatik hücreler mevcuttur. Hücreler lobüllerin perilerinde "periferik dizilim"Ter olarak isimlendirilen paralel dizilme gösterirler. Sık karşılaşılan bir özellik de kistik, keratotik ve adenoid farklılaşmadır. Kistik özelliğinden dolayı epitelyal inklüzyon kisti ile keratotik özelliğinden dolayı keratotik papillom, seboreik keratoz ve ailevi trikoepitelioma ile karışabilir (22,23).

Diffüz Form: Bu türün görülme sıklığı bazal hücreli karsinomlar arasında % 15'tir. Yassı veya hafifçe kabarık beyaz pembe ya da sarı renkli plak şeklinde görülür, sınırları belirgin değildir. Üzerindeki epidermis uzun süre sağlam kalır, nodülüilseratif şeklindeki gibi belirgin bir saydamlık yoktur. Dermişe ve cilt altına derin invazyon gösterirler. Ayrıca orbita ve paranazal sinüslere de yayılabilirler (14).

Histolojik olarak yoğun stromal fibröz proliferasyon ile karakterizedir. Tümör hücreleri çok sayıda bantlara ayrılırlar. Periferik dizilim genellikle yoktur.

Yüzele Form: Bu tür bazal hücreli karsinomlar genellikle gövdede görülür. Çoğu vakada multifokaldir ve yavaş büyüyen kabuklanan kırmızı lezyonlar olarak ortaya çıkarlar. Eritematöz görünüm yanlış olarak psoriasis teşhisi koydurabilir, fakat periferik saydam sınır ve merkezdeki epidermal atrofi doğru tanıya götürür (24).

Pinkus'un Fihroepiteliomatöz Bazal Hücreli Karsinomu: Bazal hücreli karsinomun bu türü de genellikle gövdede görülür (25). Bu tümörler eritematöz veya cilt renginde nodüler plak veya polipoid lezyonlar olarak başlar. Histopatolojik olarak epidermisle bağlantılı uzamış bazal hücre bantları görülür, bu bantlar horn kistleri ihtiva ederler (26).

Klinik Sendromlarla Birlikte

Gorlin-Goltz sendromu (Nevoid Bazal Hücreli Karsinom Sendromu). Bu sendrom bazal hücreli karsinomun otozomal dominant geçişli şeklidir. Bazal hücreli karsinom daha çok yetişkinlerde görülmesine rağmen çocuklarda da görülebilir (27). Vakaların %21.6 ile %25'inde kapaklar da tutulabilir (28).

Klinik olarak yüzde ve gövdede küçük nodüllerle başlar, gittikçe sayıca artar ve büyürler. Bu artış ve büyüme safhası "nevoid" safhayı temsil eder. Neoplastik ve "kavernöz" safhada lezyonlar tahrip edici ve yayılıcı özellik kazanır (14).

Lineer Tek Taraflı Bazal Hücre Nevusu. Lineer tek taraflı bazal hücre nevousu nadir olup nodüler bazal hücre karsinomları, çizgi şeklinde atrofi alanları ve çok sayıda komedon içeren tek taraflı lineer bir büyümedir. Bunlar yaşla artış göstermez ve büyümeyizler (14).

Bazex Sendromu. Bu sendrom dominant geçişlidir. Adolesan döneminde görülür. Yüzde çok sayıda bazal hücre karsinomu gelişir. Ekstremitelerde atrofik folliküler değişiklikler bulunur. Kafa derisi, vücuttaki kıllar, kaşlar ve kirpiklerde konjenital ve kalıcı hipotrikozis, çok sayıda milia ve hipohidrozis de kaydedilebilir (14).

Yassı Hücreli Karsinom

Yassı hücreli epitelioma, epidermoid karsinom, epitelioma spino sellulare, prickle hücreli epiteliom, spinaliom adlarıyla (4) da anılan yassı hücreli karsinom habis göz kapak tümörleri içinde nispeten daha az görülür. Potansiyel olarak letal olan bu neoplazma türü bazal hücreli karsinomdan farklı olarak bölgesel lenf bezlerine metastaz yapabilir (29). Fakat klinik olarak bazal hücreli karsinomu taklit de edebilir. Ayrıca orbita, periorbital yapılar ve uzak bölgelere de metastaz yapabilir.

Güneş ışınına maruz kalma bu tümörün gelişmesinde de en önemli faktördür, Ultraviyole ciltteki DNA'yı doğrudan tahrip ederek ve hücreyel immüniteyi değiştirerek epidermisteki Langerhans hücrelerinin hasarı sonucu cilt kanseri oluşturmaktadır (30). Ultraviyolede başka yassı hücreli karsinom gelişmesine etkili olan birçok faktör bildirilmiştir: Arsenik, katran, kömür ve yağlardan elde edilen çeşitli hidrokarbonlar, insan papilloma virüsü, psoriasisde kullanılan UVA fotokemoterapisi (PUVA), yanık skarları, immünosupresyon, kronik enflamatuar durumlar (osteolitik sinüzit, osteomyelitik fokuslar, diskoid lupus gibi) (31). Kseroderma pigmentosum (32) ve albinizm (33) gibi herediter hastalıkların da cilt karsinomlarıyla bağlantısı bildirilmiştir.

Yassı hücreli karsinom sağlıklı bir ciltten (de novo) veya daha önceden mevcut olan bir lezyondan (31) da gelişebilir. Bu lezyonlar aktinik (solar, senil) keratoz, Bowen hastalığı (intraepitelial karsinom), radyasyona maruz kalmış cilt ve kseroderma pigmentozumdur.

Yassı hücreli karsinomun metastaz yapma sıklığı klinik ve histolojik özelliklere bağlıdır (31): Diferansiyasyon derecesi, etiyoloji, tümör büyüklüğü ve cilt invazyonunun derinliği. Broder sınıflamasında tümörler farklılaşma derecesine göre dört dereceye ayrılırlar:

Grade 1'de hücreler iyi farklılaşmıştır. Grade 4'te çoğu hücre farklılaşmamıştır. Tümör ne kadar anaplastik ise metastaz yapma ya da tekrarlama sıklığı o kadar fazladır (31). Ayrıca "de novo" olarak ortaya çıkan lezyonlar da daha agresif davranır ve metastaz yaparlar.

Yassı hücreli kanserin lenfatik yayılımı normal anatomik yollar aracılığıyla. Yassı hücreli karsinom en sık karşılaşılan sekonder orbita tümörüdür. Orbital dokuya direkt yayılım daha çok kronik, radyasyon verilmiş ya da sık tekrarlanmış lezyonlarda görülür (31). Orbita ve intrakranial boşluğa bir başka yayılma şekli de perinöral infiltrasyon yoluyla. Trigeminal sinir, ekstraoküler motor sinir ve fasyal sinir yoluyla da periorbital dokulara yayılırlar (34-36). Trigeminal sinir tutulumu başlangıçta ağrısız ise de daha sonra yanma, karıncalanma, hissizlik ve ağrı belirtileri ortaya çıkabilir (36). Bu durum tic douloureux gibi yanlış bir teşhis koydurabilir (35). Orbitaya yayılma ve kemik tutulmasını araştırmak için büyük ve şüpheli bütün tümörlerde bilgisayarlı tomografi incelemesi yapılmalıdır.

Yassı hücreli karsinomun histopatolojik özelliği dermoepitelyal bazal membrandan alttaki dermise itzamasıdır. İyi diferansiyasyonlu tümörler eozinofilik sitoplazma, keratin inci formasyonu, hücreler arası bağlantılar ve pleomorfizm ile karakterizedir. İyi diferansiyasyonlu olmamış tümörlerde keratinizasyon ve hücreler arası bağlantı görülmediği için histolojik teşhis zordur. Elektron mikroskopisinde siloplazmik tonofilamanların varlığı da yassı hücreli karsinom teşhisine yardımcı olur (31).

Merkel Hücre Tümörü

Bu tümör APUD (amino precursor uptake and decarboxylation) sistem neoplazmasıdır. Baş ve boyunu tutma eğilimlidir, lenfatik yollarla yayılır. Üzeri vaskülarize mor cilt nodülleri olarak ortaya çıkarlar (37). Selim bir vasküler hamartom olan glomus tümörünü andırırlar. Glomus tümörleri soliter veya multipl, dokunmakla hassastır ve nadiren yüz veya kapaklar tutarlar.

Bu tümör nöroendokrin karsinom olarak da bilinir ve nadir görülür. Papiller dermisten köken alır ve cilt altına doğru ilerler. Kapsülü yoktur. Hücreler birbirinden bağ dokusu uzantıları ile ayrılan trabeküler kordlarda, sıkı olarak dizilmiş bulunurlar. Hücreler yuvarlaktır, amfofilik sitoplazmaları vardır. Nükleusları büyük, nükleolusları belirgindir. Sıklıkla mitotik figürler izlenir (38).

Sebase Bezi Tümörleri

Göz kapağındaki sebase bezlerin yoğun dağılımına bağlı olarak sebase tümörlerin göz kapağını tercih ettiği bilinmektedir (39). Bu bezler tarsus içinde (Meibomian) ve kirpik diplerindedir (Zeis). Kartinkülde de lanugo diplerinde ve kaş kılı diplerinde sebase bezler mevcuttur. Oküler bölge dışında sebase tümör gelişimi oldukça nadir olduğu için oftalmologlar bu tümörü iyi tanımaktadırlar. Sebase tümörler lakrimal bez ve konjonktiva epiteli gibi alışılmadık dokularda da bulunurlar.

Sebase karsinomların tüm göz kapağı tümörleri içindeki insidansı Kass ve Hornblase tarafından %0.2 ile %0.7 olarak bildirilmiştir, göz kapağı maligniteleri içinde de bu oran %1 ile 5r5'tur (39).

Sebase karsinomun klinik görünümü kaynak aldığı dokuya ve tümörün yayılmana bağlı olarak değişir. Mesela Zeis bezinden kaynak alan tümör kapak kenarında bir nodul olarak ortaya çıkar ve bu bölgedeki kirpikleri tahrip eder. Bu görünüm yanlış olarak bazal hücreli karsinomunu düşündürülebilir fakat yoğun san görünüm doğru teşhisi düşündürmelidir. Karünkül bölgesinden gelişen sebase karsinom da üzerindeki epitelin şeffaflığına bağlı olarak sarı görünümlüdür. Buna karşılık kaş bölgesindeki lezyonlar derine yerleşmiştir ve lipom intibasını verebilirler. Kapak kenarında gelişen sebase karsinom da kutanöz hom gibi düşünebilir (40).

Sebase karsinom en sık üst kapak, daha sonra alt kapak Meibomian bezlerinden gelişirler, palpasyonda serttirler. Bir şalazyon izlenimi verebilirler. Konjonktiva ve kornea epiteline infiltre olarak semblefaron ve pannus gelişimine yol açabilir.

Histolojik olarak sebase karsinomda hücrelerin düzenli diferansiyasyonu bozulmuş ve mitotik aktivite aşırı hal almıştır (41). Bu tümörün bir başka özelliği de kimi hücrelerde münin, kimi hücrelerde lipid olmak üzere bifazik sekresyon göstenneleridir (40).

Sebase karsinom konjonktiva epiteli veya epidermisi infiltre edebilir, doku içinde radyal olarak büyüyebilir (epidermotropizm) (40). Lakrimal kanallıklıillerden keseye ve nazolakrimal kanala da ilerleyebilirler. Ayrıca preauriküler lenf bezlerine, parotis bezine veya servikal lenf bezlerine metastaz yapabilirler. Yaklaşık %10 civarında vakada da orbita yayılımı görülür (41). Göz kapağı neoplazmlar içinde letalitesi en yüksek olan sebase karsinomdur.

Sebase karsinom sıklıkla şalazyon ile karışabilir. Tarsal kısımda tipik konjonktival eriteni veya pyojenik graniyom oluşumu şalazyonu düşündürürken derin tarstısta lezyonun taş sertliğinde hissedilmesi karsinomu akla getirmelidir. Yassı hücreli karsinom da sebase karsinom ile karışabilir. Yassı karsinomda inci görünümü ve kentin kistler mevcuttur. Hücreler bol miktarda sitoplazma ile çevrilidir ve hücre nükleusu büyük, nükleoluslar belirgindir.

Bazal hücreli karsinomda az çok nükleer polimorfizm, düşük mitoz hızı, tümör stromasının sklerozu, tümör lobülleri içinde periferik hücre dizilimleri vardır.

Ter Bezi Tümörleri

Apokrin Ter Bezi Karsinomu: Çok nadir olarak bildirilmiş Moll bezi adenokarsinomlarında ortak özellik

şalazyonu andıran tümörün kısa sürede gelişmesidir. Histolojik olarak değişik büyüklükte ve düzensiz lümenleri oluşturan eozinolitik ve opak hücreler ihtiva eden bez karakterli yapılar görülmüştür (42).

Ekrhu Ter Bezi Karsinomu

Primer Müsiuöz (Ailenokistik) Karsinou: Ekrin bezlerin bu alışılmadık karsinomu ilk defa 1954de Wolfe ve Segerberg tarafından tarif edilmiştir.

Bu tümör klinik olarak sıklıkla cilt rengindedir, nadiren de açık kahve, gri, kırmızı ya da mavi bir nodul olarak ortaya çıkarlar. Tümör genellikle sert olmasına rağmen yumuşak ve süngerimsi de olabilir. Şekli papillomatöz, pedinkile veya mantarimsıdır. Çıplak gözle tümör lobule ve parlaktır. Işık mikroskopisinde geniş müsün alanları içinde fibriller, kordonlar, papillalar ve solid lobüller görülür (42).

Histokimyasal incelemede bu müsün alanlarının sialomüsinden zengin olduğu görülür. Sialomüsün hyaluronidaz rezistan ve sialidaz labildir. Metastatik tümörlerde ya da bazal hücreli karsinomda görülen müsiuöz materyaldeki müsün hyaluronidaz sensitif ve sialidaz rezistandır (43).

Göz kapağı müsiuöz adenokarsinomu bölgesel dokuları iniiltre edebilir ve orbitaya uzanabilir.

Primer İnfiltron "Signet Ring" Karsinomu: Literatürde çok az sayıda bildirilen bir başka kapak neoplazması da "signet ring" adenokarsinomudur. Bu tümörde kapaklar kalmlaşp eritematöz bir hal alırlar. Histolojik olarak dermis, çizgili kas ve cilt altı dokuyu iniiltre edebilecek özellikte atipik epitelyal hücre kordonları mevcuttur. Hücrelerde sıtoplazmik vakuoller mevcuttur ve eksantrik olarak deforme olmuş nukleus "signet ring" şeklini alır (42).

Sklerozun Ter Duktus Karsinomu (Mikrokistik Adneksal Karsinorn): Siringomatöz karsinom olarak da adlandırılan bu tümör mikroskopik görünüm olarak selim siringomayı da taklit eder. Bu tümörler selim benzerinden yoğun ciltaltı tutulumu, adele invazyonu ve perinöral infiltrasyon ile ayırdediliiier. Lokal olarak agresif olan bu tümör üst dudak, nazolabial bölge ve periorbitayı tutma eğilimlidir.

Histolojik olarak bu tümörler sklerotik bir stroma içine gömülmüş az miktarda eozinofilik sitoplazmalı epitel hücre bantları ile karakterizedir. Epitelyal hücrelerde sıklıkla kalsifikasyon gelişebilir. Nöral dokuların invazyonu da sıktır. Peinöral dokular yoluyla orbita da iniiltre olabilir.

Damarsal ve Mezenkimal Tümörler

Anjiosarkom: En çok yüzün üst kısmını ve başı tutar. Göz kapakları nadiren tutulur. Üç klinik tipi vardır: Yüzeysel yayılan, nodüler ve iilseratif. Bu tümör daha çok erkeklerde görülür ve prognozu kötüdür.

Histolojik olarak, atipik endotel hücreleri anastomoz yapan damarları çevreler. Bu damarlarda iç hücre alanları ve farklılaşmamış bölgeler bulunur. Diğer bölgelerde papillalar oluşturan hücre yığınları bulunur (44).

Kaposi Sarkomu: AIDS'e bağlı Kaposi sarkomlarının %20'sinde oftalmik tutulum olmaktadır. Normalde ileri yaşlarda görülen bu hastalık AIDS'lilerde orta yaşlarda meydana gelir. Kaposi sarkomu vazofomatif mezenkimal dokudan oluşur ve perisitlerle endotel hücre öğeleri görülür (44).

Lenfositik Tümörler

Lenfoid neoplazmalar en sık perilimbal bölge veya alt fornikte pembe bir lezyon olarak ortaya çıkarlar. Orta yaş ve üzerinde sık görülürler. Her dört kapağı birlikte tutabilirler. Konjonktivada folliküler hipertrofi, nodüler infiltrasyon ve orbital invazyon görülebilir.

Melanom

Göz kapaklarındaki habis melanomun klinik ve patolojik özellikleri herhangi bir bölgedeki kutanöz melanoma benzer. Kutanöz melanomun kapaklarda görülmesi çok nadirdir.

Bu tümör genellikle 20-60 yaş arası kişilerde görülür. Cinsiyet ayırımı yapmamasına karşılık siyahlar ve çocuklarda sık görülmez.

Habis melanom dört gruba ayrılmıştır, bunlardan nodüler melanom, yüzeysel yayılan melanom ve lentigo maligna melanomu göz kapaklarında görülebilir. Akral lentiginöz melanom ise distal ekstremiteleri tutar.

Nodüler melanom düzgün mavi-siyah renkli, böğürtlen nodülaritesine sahiptir.

Yüzeysel yayılan melanom sütlü kahve, siyah ve gri olabilirler. Ciltten kabarıktırlar. Lezyon sınırları düzensiz ve çentiklidir. Epidermisi tutma eğilimlidir.

Lentigo maligna, güneşten hasara uğramış ciltte bulunan sitolojik olarak atipik intraepidermal melanosilerden bir proliferasyon içeren pigmentasyonu değişken bir maküldür. Bu lezyonun habis mi yoksa melanositik bir displazi mi olduğu tartışmalıdır.

Lezyonun derinliğini belirtmek için beş anatomik seviye bildirilir (45). İn situ (evre 1) lezyonlar epidermiste sınırlıdır. Evre 2 tümörler papiller dermişe penetre olur fakat tamamıyla tutmazlar. Evre 3 tümörler papiller

dermişi tutarlar, Evre 4 tümörler retiküler dermişe. Evre 5 tümörler cilt altına penetre olurlar.

Kutanöz melanomun ayırıcı teşhisi yapılması gereken çeşitli selim ve habis cilt lezyonları mevcuttur, fakat en çok karışan ikisi sekonder pigment bazal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinomdur.

Metastatik Kapak Tümörleri

Karsinom vakalarında göz kapağına metastazlar da izlenebilir, fakat çok nadirdir (46). Özellikle meme kanserinde primer "signet ring" karsinoma benzer semptomlar veren metastazlar olabilir (47). Kapaklarda şişme, eriteni ve endurasyon vardır. Histolojik olarak farkı lobüller oluşturmamasıdır. Diğer taraftan gastrointestinal sistem, solunum sistemi, cilt ve genitouriner sistemden metastazlar da olabilir.

Metastatik lezyonlar çoğunlukla soliter ve ağrısız bir kitle olarak ortaya çıkıp bir şalazyon ya da primer cilt tümörü ile karışabilir. İkinci sırada yaygın, hassasiyeti olmayan endurasyon, son olarak da ülsere bir lezyon olarak görülebilirler (44).

Sonuç

Malignitenin değerlendirilmesinde düşünülmesi gereken önemli faktörler lezyonun ne kadar süredir var olduğu, büyüme hızı, ülsensiyon veya kanama, renkte değişiklik, önceden cilt kanseri hikayesi alınması, önceden radyasyon tedavisi almış olması, kirpiklerin kaybı ve kapak kenarında meibomian bez ağzlarının kaybolmasıdır. Kirpik ve meibomian bez ağzlarının kaybolması biyomikroskop ile kolayca değerlendirilebilir. Daha büyük lezyonların derin dokulara ve kemiğe fiks olup olmadığı kontrol edilmelidir. Sebace hücreli karsinomun, yassı hücreli karsinomun, habis melanom veya diğer nadir malignitelerden şüphelenildiği zaman bölgesel lenf nodları palpe edilmelidir (48).

Göz kapağı tümörlerinin tanısında klinik görünüm ve histopatolojik tanı çok önemlidir. Kliniğine bakarak kolayca tanı konan tümör ve enflamasyonlar dışında tüm kitlelerin biyopsi yapılarak histolojik incelemeye gönderilmesi gerekir. Tanı ne kadar erken konur ve tedaviye ne kadar erken başlanırsa hastanın hem morbidite, hem de mortalite riski azalacağı gibi kozmetik yönden de oldukça iyi sonuçlar alınabilir.

KAYNAKLAR

- Piest K.L. Malignant lesions of the eyelids. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 1056-59.
- Aurora A.L., Bloch F.C. Lesions of the eyelids: A clinicopathological study. *Surv Ophthalmol* 1970; 15: 94-104.
- Zengin N, Karakurt A. Göz kapağının malign tümörleri. *Oftalmoloji* 1993; 2: 307-11.
- Duke-Elder S, ed. *System of Ophthalmology*. London, Henry Kimpton Ltd; 1974: 13, 398.
- Welch RB, Duke JR. Lesions of the lids: A statistical note. *Am J Ophthalmol* 1958; 45: 415-6.
- Apple DJ, Rabb ME. *Clinical Applications and Self-Assessment*. 4. Baskı, Mosby-Year Book, Inc St Louis, 1991: 454-93.
- Ferry A. The eyelids. In: Sorsby A, ed. *Modern Ophthalmology*. Philadelphia: Lippincott, 1972: 833-53.
- Zengin N, Hasıripi H, Ertiire S, Kural G, Göz kapağı kitlelerinde etyoloji ve tedavi yaklaşımımız. XXIV. TOD Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 2. Ankara: Yıldırım Basımevi, 1990: 42-4.
- Pulat I, Uzgören E. Balıkesir çevresinde göz kapağı lezyonları insidansı, benign ve malign lezyonların karşılaştırılması, XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni. İzmir: Karınca Matbaacılık, 1988: 1045-50.
- Akbaş F, Günalp I, Dürük K. Kapak malign tümörlerinin klinik ve tedavi özellikleri. TOD XXIII. Ulusal Kongresi Bülteni Cilt 2 Adana, 1989: 867-71.
- Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the eye. *Surv Ophthalmol* 1989; 34: 77.
- Balçioğlu N, Peksayar G, Demiryont M, Güngör H. Göz kapağının yağ bezi karsinomları. XXI. Ulusal Türk Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 2, İzmir: Karınca Matbaacılık, 1988: 1040-43.
- Günalp I, Karci F. Sebace bez karsinomları. 21. olgunun tartışılması. *T Oft Gaz* 1986; 16: 209-15.
- Beyer-Machule CK, Riedel KG. Basal cell carcinoma. In: Albert DM, Jakobiec FA, ed. *Principles and Practice of Ophthalmology* Cilt 3. WB Saunders Co Philadelphia, 1994: 1724-33.
- Hornblass A. Clinical evaluation of tumors of the eyelid and ocular adnexa. In: Hornblass A, Hanig CJ, ed. *Oncoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery* Cilt 1, Williams and Wilkins Baltimore. 1988: 193-206.
- Schubert FI. Häufigkeit und Lokalisation von Basaliomen im Kopf-Hals-Bereich. *Dermatol Monatsschr*. 1984; 170: 453-6.
- Mora RG. Surgical and aesthetic considerations of cancer of the skin in the black American. *J Dermatol Surg Oncol* 1986; 12: 24-31.
- Wiggs EO. Incompletely excised basal cell carcinomas of the ocular adnexa. *Ophthalmic Surg* 1981; 12: 891-6.
- Beard C. Management of malignancy of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 1981; 92: 1-6.
- Aurora A.L., Bloch F.C. Reappraisal of basal cell carcinomas of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 1970; 70: 329-36.
- Von Domains H, Stevens T.J. Metastatic basal cell carcinoma: Report of 5 cases in review of 170 cases in the literature. *Am J Acad Dermatol* 1986; 10: 1043-60.
- Petersen RA, Aaberg T.M., Smith T.R. Solid vs. cystic basal cell epitheliomas of the eyelids: Correlation of clinical and pathological diagnoses. *Arch Ophthalmol* 1968; 79: 31-2.
- Sandbank M. Basal cell carcinoma at the base of cutaneous horn. *Arch Dermatol* 1971; 104: 97-8.
- Mehregan A.H. Acantholysis in basal cell epithelioma. *J Cutan Pathol* 1979; 6: 280-3.
- Pinkus H. Epithelial and fibroepithelial tumors. *Bull NY Acad Med* 1965; 42: 176.
- McGibbon D.H. Malignant epidermal tumors. *J Cutan Pathol* 1985; 12: 224.
- Goltz R.I., Goltz R.W. Multiple nevoid basal cell epithelioma, jaw-cysts and bifid rib. A syndrome. *N Engl J Med* 1960; 262: 908.
- Hammani H, Faggioni R, Streift EB, Daiker B. Le Syndrome d'epitheliomatose naevosocellulaire multiple. *Ophthalmologie* 1976; 172: 382-99.

29. Reitter DM, Hornblase A. Squamous cell carcinoma of the eyelid. In: Hornblase A, Hanig CJ, ed. Oculoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery Cilt 1, Williams and Wilkins Baltimore 1988: 722-231.
30. Kripke ML. Immunological unresponsiveness induced by ultraviolet radiation. Immunol Rev 1974; 80: 87-102.
31. Scott KR, Kronisli JW. Premalignant lesions and squamous cell carcinoma. In: Albert DM, Jakobiec LA, ed. Principles and Practice of Ophthalmology Cilt 3, WB Saunders Co Philadelphia 1994: 1733-44.
32. Kraemer KH, Lee MM, Scotto J. Xeroderma pigmentosum: Cutaneous, ocular and neurologic abnormalities in 830 published cases. Arch Dermatol 1987; 123: 241-50.
33. Mohle J, Nicholoff BJ. Fatal cutaneous squamous cell carcinoma in a forty-three year old male. J Dermatol Surg Oncol 1985; 11: 276-9.
34. Doxanas MT, Hilf WJ, Hiff NT, Green WR. Squamous cell carcinoma of the eyelids. Ophthalmology 1987; 94: 538-41.
35. Trobe JD, Hood L, Parsons JT, Quisling RG. Intracranial spread of squamous cell carcinoma along the trigeminal nerve. Arch Ophthalmol 1982; 100: 608-11.
36. Cotler WJ. Perineural invasion by squamous cell carcinoma. J Dermatol Surg Oncol 1987; 8: 589-600.
37. Beyer CK, Goodman M, Dickenson GR. Merkel cell tumor of the eyelid. A clinicopathologic case report. Arch Ophthalmol 1983; 101: 1098-101.
38. Tse DT, Gilberg SM. Malignant lid tumors, in: Krachmer JH, Mannis MJ, Holland E.I, ed. Cornea Cilt 2, Mosby 1997: 601-19.
39. Kass LG, Hornblase A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 1989; 33: 477-90.
40. Jakobiec FA. Sebaceous tumors of the ocular adnexa. In: Albert DM, Jakobiec FA, ed. Principles and Practice of Ophthalmology Cilt 3, WB Saunders Co Philadelphia, 1994: 1745-69.
41. Reifler DM, Hornblase A. Sebaceous gland tumors of the eyelid. In: Hornblase A, Hanig CJ, ed. Oculoplastics Orbital, and Reconstructive Surgery Cilt 1, Williams and Wilkins Baltimore. 1988: 232-8.
42. Rodgers IR, Jakobiec FA, Hidayat AA. Eyelid tumors of apocrine, eccrine, and pilar origins. In: Albert DM, Jakobiec FA, ed. Principles and Practice of Ophthalmology Cilt 3, WB Saunders Co Philadelphia, 1994: 1770-96.
43. Filipe MJ. Mucins in the human gastrointestinal epithelium: A review. Invest Cell Pathol 1979; 2: 195-216.
44. Sasani JW, Hidayat AA, Jakobiec FA. Unusual eyelid tumors. In: Albert DM, Jakobiec FA, ed. Principles and Practice of Ophthalmology Cilt 3, WB Saunders Co Philadelphia, 1994: 1812-23.
45. Margo CE. Pigmented lesions of the eyelid. In: Albert DM, Jakobiec FA, ed. Principles and Practice of Ophthalmology Cilt 3, WB Saunders Co Philadelphia, 1994: 1797-811.
46. Mansour AM, Hidayat AA. Metastatic eyelid disease. Ophthalmology 1987; 94: 667-70.
47. Motlow-Lippa I, Jakobiec FA, Iwamoto T. Pseudoinflammatory metastatic breast carcinoma of the orbits and lids. Ophthalmology 1981; 88: 575-80.
48. Bergin DJ. Lumps and bumps of the eyelids and their management. J Dermatol Surg Oncol 1992; 18: 1042-8.