

Göz Kapaklarının Primer Malign Tümörleri

Hülya Gökmen Soysal (*), Aycan Albayrak (*)

ÖZET

Amaç: Primer göz kapağı malign tümörlerinin, klinik, histopatolojik özelliklerini ve tedavi sonuçlarını sunmak.

Gereç-Yöntem: 1997-2000 yılları arasında, Ankara Onkoloji Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü'nde primer göz kapağı malign tümörü tanısı ile tedavi edilen 155 hasta histopatolojik olarak gruplara ayrıldı. Klinik özellikleri ve tedavi sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: En sık görülen primer malign kapak tümörü bazal hücreli karsinom (BHK, 123 olgu, %79.3) idi. Bunu sırasıyla yassı hücreli karsinom (YHK, 27 olgu, %17.4), sebace bez karsinomu (SBK, 3 olgu, %1.9) ve malign melanom (MM, 2 olgu, %1.29) izliyordu. BHK ve YHK gruplarında sağ-sol taraf tutulumu ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamadı. Orbita yayılımı oranı, BHK grubunda %18.6, YHK grubunda %62.9 idi. BHK grubunda 2 olguda intrakranial yayılım, SHK grubunda 1 olguda kavernoöz sinüse yayılım, 1 olguda intrakranial yayılım ortaya çıktı. İlk uygulanan tedavilerden sonra nüks oranı, BHK grubunda %10.56, YHK grubunda %37 idi.

Sonuç: Çalışmamızda, hastaların geç başvuruları ve önceki yetersiz tedavileri nedeniyle, lokal invazyon oranları, literatürde belirtilenlerden oldukça yüksekti. Göz kapağı malign tümörlerinin tanı ve tedavisindeki gecikmeler, prognozu oldukça olumsuz etkilemekte, büyük deformitelere hatta, ölümlere yol açabilmektedir. Bu nedenle kapak malignitelerinde erken tanı ve tedavi yaşamsaldır.

Anahtar Kelimeler: Kapak malign tümörleri, yayılım, tedavi.

SUMMARY

Primary Malignant Tumors of the Eyelids

Purpose: To present the clinical and histopathological features, and treatment results of the primary malignant tumors of the eyelids.

Material-Method: 155 patients with primary malignant eyelid tumor that treated in Ankara Oncology Hospital, Ophthalmology Department, between 1997-2000 were classified according to their histopathologic diagnosis. Clinical features and treatment results were evaluated retrospectively.

Results: The most frequently seen primary malignant eyelid tumor was basal cell carcinoma (BCC, 123 cases, 79.3%), others were; squamous cell carcinoma (SCC, 27 cases, 17.4%), sebaceous gland carcinoma (SGC, 3 cases, 1.9%) and malignant melanoma (MM, 2 cases, 1.29%), respectively. There was no statistically significant difference between right and left

(*) Uzman Dr., Ankara Onkoloji Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü

eyelids and sexes in BCC and SCC groups. Orbital invasion rate was 18.6% in BCC, 62.9% in SCC group. Intracranial invasion was occurred in 2 cases in BCC group, cavernous sinus and intracranial invasion in 2 patients was occurred in SCC group. After the initial treatments, the observed recurrence and residual tumor rate was 10.56% in BCC and 37% in SCC groups.

Conclusion: Compared with the previous reports, local invasion rates were higher in this study, due to the ignorance of patients and previous insufficient treatments. The delay in the diagnosis and treatment of malignant eyelid tumors can lead to poor prognosis and serious deformities, moreover death may occur. Therefore, the early diagnosis and treatment must be the basic approach in malignant eyelid tumors.

Key Words: Malignant eyelid tumors, invasion, treatment.

GİRİŞ

Göz kapakları, gözün görme işlevi ve anatomik bütünlüğünü sağlıklı olarak sürdürebilmesine destek olan, cilt, mukoza, kas, salgı bezi gibi çeşitli dokuların bir araya gelmesiyle oluşmuş kompleks yapılardır. Bu nedenle göz kapağı tümörleri, vücuttaki diğer bölgelerin cilt tümörlerinden farklı özellikler taşırlar. Yeterli ve uygun tedavi edilmediği zaman, ciddi kozmetik ve fonksiyonel bozukluklar oluşturabilmeleri, glob, orbita ve beyine invazyon yapabilmeleri, kapak tümörlerinin önemini artırmaktadır.

Göz kapaklarının primer malign tümörleri, güneşli bir iklime sahip olan ülkemizde, azımsanamayacak sıklıkta karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde tedavi ve takiplerini yaptığımız primer kapak malign tümörlerinin histopatolojisi, klinik özellikleri ve tedavi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

1997- 2000 yılları arasında Ankara Onkoloji Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümünde, histopatolojik olarak kanıtlanmış göz kapağı malign tümörü tanısı ile tedavi gören 155 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Metastatik tümörler ve önerilen hiç bir tedaviyi kabul etmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Olgular histopatolojik tanılarına göre gruplara ayrılarak, klinik özellikler, yapılan tedaviler ve sonuçları, her grup içinde ayrı ayrı değerlendirildi.

BULGULAR

Göz kapağı malign tümörü olan 155 hastada histopatolojik tanıları; bazal hücreli karsinoma (BHK, 123 olgu, %79.3), yassı hücreli karsinoma (YHK, 27 olgu, %17.4), sebace bez karsinomu (SBK, 3 olgu, %1.9) ve malign melanoma (MM, 2 olgu, %1.29) idi. Olguların histopatolojilerine göre sınıflandırılması, yaş, cinsiyet ve tutulan taraf gibi verileri Tablo 1'de görülmektedir. En sık görülen tümör tipi BHK'dır (%79.3). BHK ve YHK gruplarında sağ - sol taraf tutulumu ve cinsiyet yönün-

den istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış (ki-kare testi), diğer iki grupta olgu sayısı yetersiz olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.

BHK grubunda olguların yaşları, 30-106 (ort 62.2 $\pm$ 14.4) arasında değişmekteydi. Öyküde doğru bilgi verildiği kabul edildiğinde, hastaların hemen tümünde başvuru nedeni kapaklarda geçmeyen ve büyüyen yara idi. Hastalığın başlangıcından kliniğimize başvuru süresine kadar olan süre, 4 ay- 25 yıl (ort 98.5 ay) arasında değişiyordu.

Lezyonların başlangıç yerleşim yeri açısından dağılımı; 78(%63) alt kapak, 28(%22.7) iç aç, 9(%7.3) üst kapak, 4(%3.2) dış aç ve 4(%3.2) periorbital bölge (burun kökü, kaş üzeri gibi) şeklindeydi.

Bu gruptaki hastalar, 5-41 ay (ort 24.1 ay) izlendi.

Olguların 38'inde (%30.8) daha önce başka bir klinikte tedavi uygulanmış, bu hastalar nüks veya rezidüel tümör ile kliniğimize başvurmuş veya refere edilmişti. Başvuru anında tümörün yayılım derecesi incelendiğinde; 11(%8) olguda konjonktiva, 17(%13.8) olguda orbita, 6(%4.8) olguda orbita ve paranasal sinüs yayılımı tespit edildi. Sadece orbita yayılımı olan olguların 3'ünde CT'de kemik destrüksiyonu izleniyordu. 2 hastada ekzenterasyon materyalinde histopatolojik olarak sklera invazyonu saptandı. Orbita yayılımı olan bir hastada takip sırasında intrakranial invazyon, başka bir olguda da preauriküler lenf metastazı, akciğer metastazı ve intrakranial invazyon saptandı. Bu iki olgunun intrakranial invazyon tespit edildikten bir süre sonra kaybedildiği öğrenildi.

Tablo 2'de hastaların izlem süreleri boyunca uygulanan bütün tedaviler, nüks ve başarı oranları görülmektedir. İlk uygulanan ve nüks gelişimi üzerine uygulanan tedavilerin ayrı ayrı görülebilmesi için tablo değişik bir biçimde hazırlanmış, başlangıçta planlanarak uygulanan tedaviler büyük harflerle yazılmış, nüks lezyonlara yapılan sonraki tedaviler parantez içinde gösterilmiştir. Tüm hastalarda ilk değerlendirmeden sonra planlanarak uygulanan tedavilerden sonra nüks oranı %10.56'dır.

Tablo 1. *Kapak malign tümörlü hastaların tümör tiplerine göre, olgu sayısı, yaş, cinsiyet ve sağ-sol tutulumu açısından dağılımı*

Tümör Tipi	BHK	YHK	SBK	MM
Olgu Sayısı (%)	123 (%79.3)	27 (%17.4)	3 (%1.9)	2 (%1.29)
Yaş				
min-max	30-106	8-102	67-84	65-72
ort.	62.2	60.8	76.3	68.5
Cinsiyet				
Kadın	64	12	1	1
Erkek	59	15	2	1
Sağ	60	16	2	1
Sol	63	11	1	1

Tablo 2. *BHK grubundaki olgulara uygulanan tedaviler, nüks ve başarı oranları. İlk uygulanan tedaviler büyük harfle, nükslere uygulanan tedaviler küçük harfle ve parantez içinde gösterilmiştir. (eks; eksizyon, rt; radyoterapi, kt; kemoterapi, ekze; ekzenterasyon, pnsc; paranazal sinüs cerrahisi)*

İLK TEDAVİLER (Sonraki tedaviler)	Olgu sayısı	Nüks	İlk tedavilerde başarı	Sonuç başarı
EKS	83	5	%93.97	
(rt)		(1)		
(re-eks)		(3)		%97.6
(ekze)		(1)		
EKS + RT	16	2	%87.5	%87.5
RT	12	4	%66	
(ekze-rt)		(2)		%75
(eks)		(1)		
(kt)		(1)		
EKZE	6	2	%66	
(rt)		(1)		%83.3
(eks-rt)		(1)		
EKZE + RT	2	0	%100	%100
EKZE + PNSC	2	0	%100	%100
EKZE + PNSC + RT	2	0	%100	%100

İlk girişim olarak tümör eksizyonu ve rekonstrüksiyon yapılan 83 olgunun 14'ünde cerrahi sınırlarda tümör hücresi saptanmıştır. Bunlardan 4'ünde nüks görülürken, cerrahi sınırları temiz bulunan 1 olguda da nüks gelişmiştir. Tümörün tam olarak çıkarılmasının zor olduğu ancak ekzenterasyon gibi radikal tedavileri kabul etmediği için, ilk girişim olarak konservatif amaçlı basit eksizyon yapılan, ancak hemen ardından radyoterapi uygulanan 16 hastanın ise 8'inde cerrahi sınırlarda tümör tespit edilmiş, radyoterapi sonrasında bunlardan ikisinde nüks gelişmiştir.

YHK grubundaki 27 olgunun yaşları 8-102 (ort 60.8 ±15.3) arasında değişmekteydi. Xeroderma pigmentosum tanısı konan 8 ve 11 yaşlarında iki hasta dışında, hastaların tümü 50 yaş üzerindeydi. Lezyonun ortaya çıkışından kliniğimize başvuruya kadar geçen süre 1 ay- 4 yıl (ort 30.3 ay) arasındaydı.

Lezyonların başlangıç yerleşim yerine göre dağılımı; 13 (%48.1) alt kapak, 6 (%22.2) üst kapak, 4 (%14.8) iç aç, 4 (%14.8) dış aç şeklindeydi.

İzlem süresi 3-39 ay (ort.22.6 ay) arasındaydı.

Tablo 3. YHK grubundaki olgulara uygulanan tedaviler, nüks-rezidü tümör ve başarı oranları

İLK TEDAVİLER (Sonraki tedaviler)	Olgu sayısı	Nüks-Rezidü	İlk tedavilerde başarı	Sonuç başarı
EKS (ekze-rt) (re-eks)	11	2 (1) (1)	%81.8	%90.0
EKS + RT	4	2	%50	%50
EKZE	4	0	%100	%100
EKZE + RT	2	0	%100	%100
KT	4	4	%0	%0
RT + KT	2	2	%0	%0

Hastaların 8'i (%29.6) daha önce başka bir klinikte tedavi görmüştü. 1 (%3.7) olguda konjonktiva, 14 (%51.8) olguda orbita, 3 (%11.1) olguda orbita ve paranasal sinüs yayılımı, 1 (%3.7) olguda preauriküler lenf nodülü metastazı, 1 (%3.7) olguda preauriküler ve boyun lenfatiklerine yayılım mevcuttu. Orbita yayımlı 2 olguda kemik destrüksiyonu vardı. Ekzenterasyon yapılan bir olguda sklera invazyonu tespit edildi. Tedavi ve izlem sırasında 1 olguda tümör diğer taraf orbitaya ve kavernoöz sinüse yayıldı, başka bir olguda intrakranial yayılım tespit edildi.

Tablo 3'te olgulara yapılan ilk tedaviler ve nüks gelişiminde uygulanan tedaviler görülmektedir. İlk olarak tümör eksizyonu yapılan, ancak nüks gelişen 2 hastada daha sonra ek girişimler uygulandı. İkinci girişim olarak ekzenterasyon ve radyoterapi yapılan bir olguda nüks tümör başarıyla temizlenirken, reeksizyon uygulanan diğer olguda yeni bir nüks gelişti. Yine ilk girişim olarak, yaş, sistemik durum ve hastanın kabul etmemesi gibi nedenlerle cerrahi uygulanamayan, bunun yerine kemoterapi(4 olgu) ve kemoterapi ile birlikte radyoterapi (2 olgu) yapılan hastalarda tümör boyutları küçülmesine rağmen tam kür sağlanamadı. Tüm olgularda ilk girişim olarak uygulanan tedaviden sonra, nüks ve rezidü tümör sayısı 10 (%37) idi. Bu oran nükslerin tedavisinden sonra 9 (%33.3)'a düştü.

SBK grubundaki toplam üç olgunun yaşları, 67, 78 ve 84 idi. Tümör ikisinde üst, birinde alt kapakta yerleşmişti. Başvuru süreleri; 2, 8 ve 12 ay idi. Bir olguya geniş total eksizyon, bir olguya ekzenterasyon, 84 yaşındaki yaygın tümörü olan bir olguya da ileri yaşı nedeniyle eksizyon ve radyoterapi uygulandı. 78 yaşındaki ekzenterasyon yapılan olgu, daha önce iki kez şalazyon eksizyonu öyküsü veriyordu. 67 yaşındaki, total eksizyon yapılan hastanın 10 ay sonra başka bir nedenle kaybedildiği öğrenilirken, yaşayan iki olguda 22 ve 13 aylık izlem den sonra nüks gelişmedi.

MM grubundaki toplam iki olgudan 65 yaşındaki olguda tümör alt kapakta ve 0.5x0.7 cm boyutlarında idi. Geniş sınırlarla yapılan eksizyondan sonra 28 aylık takip sonunda nüks görülmedi. 72 yaşındaki diğer hastaya daha önce üst kapaktan tümör eksizyonu yapılmış, patoloji sonucunun MM gelmesi üzerine kliniğimize sevk edilmişti. Bu olguda aynı bölgeye geniş reeksizyon yapıldı. Çıkarılan dokuda patolojik olarak tümör hücresi saptanamadı ancak 4 ay sonra preauriküler lenf düğümü metastazı ortaya çıktı. Daha sonra lenf düğümünün çıkarılması ile birlikte boyun diseksiyonu ve boyuna radyoterapi yapılan hasta, 10 aydır sistemik taramalarla izlenmektedir.

TARTIŞMA

155 olguluk serimizde görülme sıklığı açısından ilk sırayı %79.3 ile BHK'lar almaktadır. Literatürde kapak malign tümörleri içinde BHK'nın görülme sıklığı için %90 gibi yüksek oranlar bildirilmiştir (1,2). Ülkemizde yayınlanan serilerde bu oran %63.5- %84.5 arasındadır (3-5).

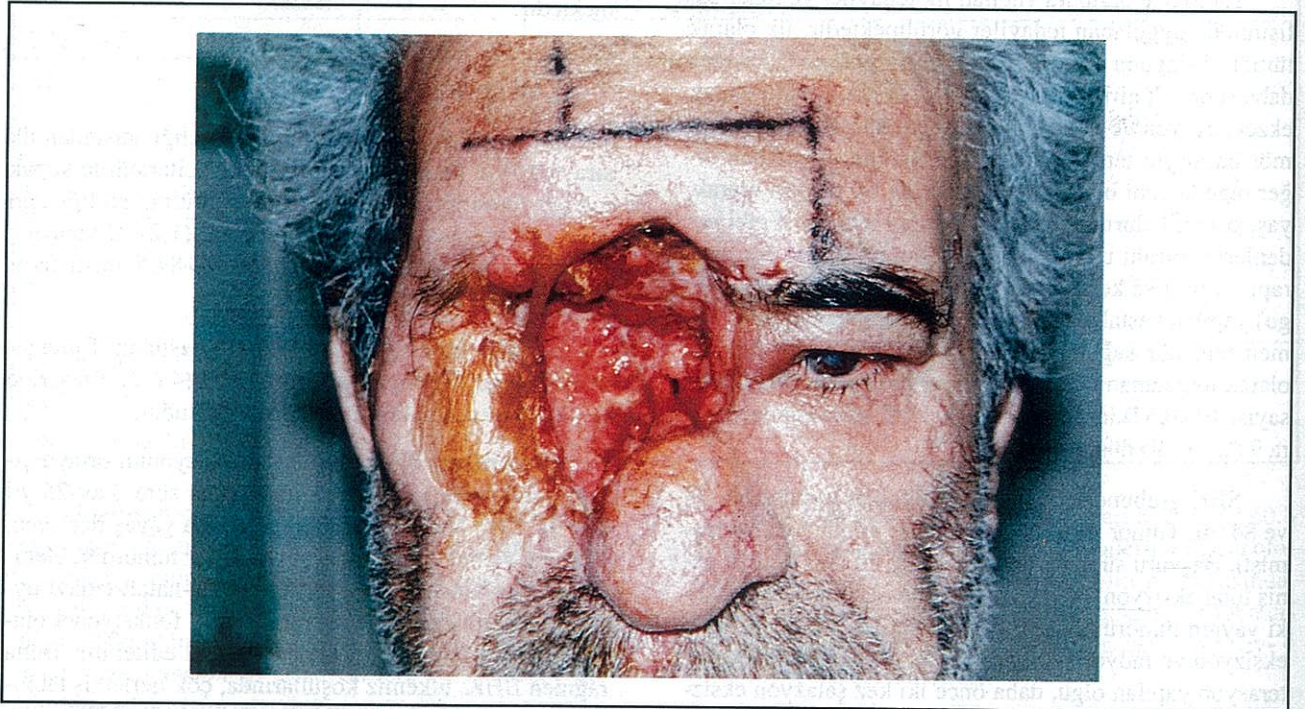
BHK'ya en sık alt göz kapağında rastlanır. Bunu sırasıyla iç aç, üst kapak ve dış aç izler (4,6,7). Bu seride de yerleşim sıralaması literatürle uyumludur.

Serimizdeki BHK olgularında, lezyonun ortaya çıkışından başvuru süresine kadar geçen süre 4 ay-25 yıl (ort 98.5 ay) arasındadır. BHK oldukça yavaş ilerleyen, malinite ve metastaz yeteneği sınırlı bir tümördür. Hekime başvurmada gecikme veya yetersiz-hatalı tedavi uygulaması olmadığı sürece kozmetik ve fonksiyonel olarak oldukça başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Buna rağmen BHK, ülkemiz koşullarında, çok ilerlemiş tablo- larla karşımıza çıkabilmektedir (Şekil 1, 3). BHK olgularımızın %30.8'inin daha önce başka bir yerde hekime başvurup tedavi gördüğü, bunun da genellikle, göz kapakları ile ilgisi olmayan bir branşın hekimi tarafından

Şekil 1. 1 yıl önce başka bir klinikte ekzenterasyon ve temporal kas flebi ile rekonstrüksiyon yapılan hasta kliniğimize başvurduğunda, orbitada, maksiller, etmoid ve frontal sinüslere uzanan tümöral kitle (BHK) mevcuttu



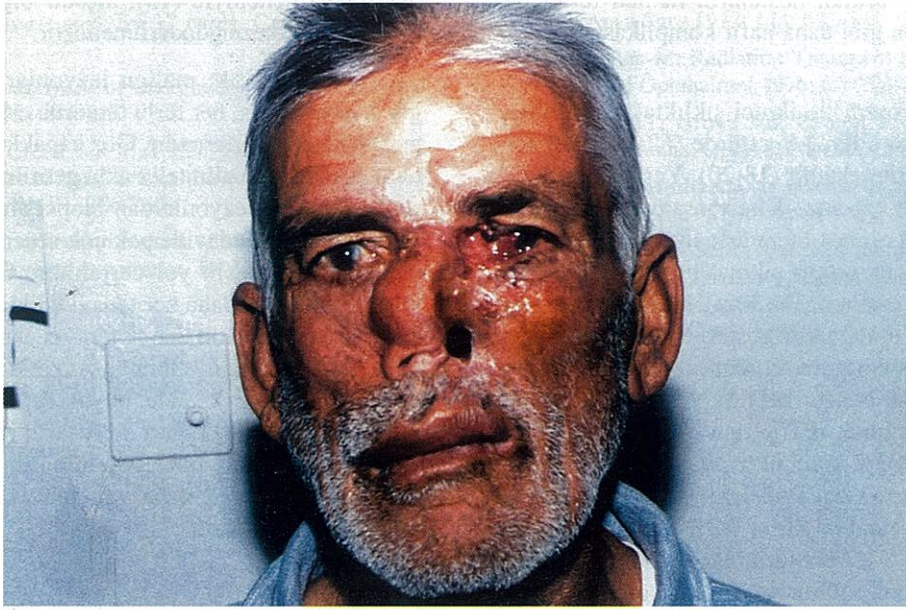
Şekil 2. Hastaya re-ekzenterasyon, maksillektomi, etmoidektomi ve frontal sinüs cerrahisi yapıldı. Daha sonra radyoterapi uygulanan hasta 14 aydır izlenmektedir.



yapıldığı, hatta bazı hastaların aylarca damla- pomad gibi ilaçlarla tedavi edilmeye çalışıldığı, bazı hastaların kendi kendilerine yakma- bıçakla kazıma gibi yöntemler uyguladığı öğrenildi. İleri yaşlarda olmaları nedeniyle,

ekonomik gücü yetersiz ve bakacak kimsesi olmayan hasta sayısı çoğunlukta. Ayrıca hastanemizin onkoloji dalında referans bir devlet hastanesi olması nedeniyle, kırsal bölgelerden yaygın tümörlü, hiçbir sağlık güven-

Şekil 3. İç aç - burun kökü arasında 8 yıldır tümöral lezyonu (BHK) olan hastanın 10 yıldır burnundan 3 kez BHK nedeniyle opere olduğu, kapak tümörü için tedavi yapılmadığı öğrenildi. Cerrahi kabul etmeyen hastaya radyoterapi yapıldı, ancak radyoterapi komplikasyonlarına bağlı olarak enükleasyon gerekli oldu. Enükleasyon sırasında konjonktiva ve kapak cildinden alınan örneklerde tümöre rastlanmadı.



cesi olmayan hastalar sık gönderiliyordu. Olgularımızdaki yayılım oranları, bütün bu faktörleri yansıtmaktadır. %8 konjonktivaya, %13.8 orbitaya, %4.8 orbita ve paranasal sinüslere, %1.6 skleraya invazyon tespit edilmiş, akciğer metastazı ve intrakranial uzanım nedeniyle iki hasta eks olmuştur. Yerli ve yabancı hiç bir yayında bu kadar yüksek yayılım oranına rastlanmamıştır. Henderson %3, Collin %1.5 orbita yayılımı bildirmektedir (8,9). Ülkemizde de Günalp ve ark %8 oranında orbita yayılımı bildirmişlerdir. Serimizde orbita yayılımı olan toplam olguların oranı %18.6 olup, bunun %4.8'lik kısmı paranasal sinüslere de yayılmıştır. Bu oranlar, ülkemizde sağlık sistemindeki olumsuzlukları, hastaların bilinçsizliğini ve ülkemizin sosyo-ekonomik koşullarını açık bir şekilde gözler önüne sermektedir.

Bir olguda (%0.8), lenf nodu ve akciğerde metastaz saptanmıştır. BHK'ların metastaz oranı çok nadir olarak ve %1'in altında bildirilmiştir (5,10). Metastazlar en sık, lenf düğümleri, akciğer, kemik, karaciğer, dalak ve adrenal bezlere olur (11,12).

BHK'da en eski ve en etkili tedavi şekli cerrahidir (13). Yeterli rezeksiyon yapılırsa, nüks oranı %3'lerin altına inebilir (14). En yüksek başarı oranları, Mohs' mikroskopik cerrahi ve dondurulmuş kesit denetimli cerrahi yapılan serilerde bildirilmiştir (15,16). Ancak, ülke-

miz koşullarında genellikle basit-tam eksizyonel cerrahi tercih edilmektedir. Eksizyon, tümör sınırlarının en az 3mm dışından yapılmalıdır. Eğer ileri derecede yayılım varsa ekzenterasyon, hatta kulak-burun-boğaz ve beyin cerrahi eşliğinde paranasal sinüs cerrahisi gündeme gelmeli, kemik destrüksiyonu varsa kemik rezeksiyonu yapılmalı veya radyoterapi eklenmelidir. Ancak bu tür radikal cerrahilerden sonra özellikle kozmetik açıdan olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Şekil 2).

BHK'larda radyoterapi ile %92-%95 gibi, cerrahi sonuçlara yakın başarı oranları bildirilmiştir (4). Rodriguez, radyoterapi ile tedavi edilen BHK'larda, 3 yıllık izlem sonucu hiç nüks gelişmediğini rapor etmiştir (17). Ancak yine de radyoterapi, tümörün sınırlarının belirlenememesi, üst kapağın orta kısmına uygulanamaması, daha sonraki cerrahi girişimleri zorlaştırması, yeni tümör oluşumuna eğilimi artırması ve komplikasyonları nedeniyle göz hekimleri tarafından giderek daha az tercih edilir olmuştur. Daha çok, yaşlı, düşkün, medikal sorunları olan veya cerrahi kabul etmeyen olgulara saklanmaktadır (5). Serimizde, bu sayılan nedenlerle radyoterapiye başvuran hastalarda, genellikle tümör yaygın olduğu için başarı oranı %66 gibi, literatürdekilerden düşük bulunmuştur. Radyoterapinin, kanalikül stenoza, konjonktiva keratinizasyonu, ektropium, entropium, ku-

ru göz, kornea ülseri-perforasyonu, katarakt gibi ciddi komplikasyonları vardır (13). Serimizde medikal problemleri nedeniyle cerrahi yerine radyoterapi yapılan 2 olguda, tedaviye dirençli kornea absesi ve endoftalmi oluşmuş, bu olgulara enükleasyon yapılmıştır. Ayrıca radyoterapiye başvuru hastaların hemen tümünde, kuru göz, ektropion gibi daha hafif komplikasyonlar ortaya çıkmıştır.

YHK, %17.4 oranı ile ikinci sıklıkta gördüğümüz kapak malign tümörüdür. Literatürde %2.4-%30.2 arasında oranlar bildirilmektedir (18-20). Yerleşim yeri bakımından en sık alt kapakta, daha sonra üst kapak, iç ve dış açıda görülmüş olması literatürle uyumlu bulunmuştur (18,21). Lezyonun ortaya çıkmasından sonra hekime başvuru süresinin ortalama 30.3 ay oluşu BHK'ya göre daha hızlı seyirli olduğunun göstergesidir. Daha önce başka bir yerde tedavi görmüş olma oranı %29.6 olup, BHK grubundakine benzer şekilde yüksektir. Yayılım derecesine bakıldığında, BHK dan çok daha kötü bir tablo mevcuttur. %3.7 konjonktivaya, %51.8 orbitaya, %11.1 orbita ve paranasal sinüslere, %3.7 kavernoöz sinüse, %3.7 intrakranial yayılım, %3.7 preauriküler lenf nodülü metastazı, %3.7 preauriküler ve boyun lenf nodülü metastazı tespit edilmiştir. Yayılım oranlarının bu kadar yüksek olmasının nedeni, BHK'larda geçerli olan açıkladığımız nedenlere ilave olarak, YHK'ların daha malign ve invazif oluşudur. YHK'larda orbita invazyonunun BHK'lardan daha sık olduğu ve çeşitli serilerde %1-%21 arasında değişen oranlarda lenf düğümü metastazı yaptığı bildirilmiştir (2, 22).

YHK'nın tedavi prensipleri de BHK'dakine benzer. Yine de cerrahi planlanırken tümörün daha saldırgan olduğu unutulmamalıdır. Farklı olarak YHK radyoterapiye daha az yanıt verir. Radyoterapiden, cerrahiye kontrendike durumları olan veya reddeden hastalarda veya ekzenterasyon sonrası gelişebilecek nüksleri önlemek amacıyla yararlanılabilir (18). Kemoterapinin yeri sınırlı olmasına rağmen, ilerlemiş-metastazlı olgularda adjuvan olarak kullanılabilir. Serimizde kemoterapi uygulanan olgularda tümörün küçüldüğü ancak tam olarak ortadan kalkmadığı gözlenmiştir.

Serimizde üçüncü sırayı %1.9 ile SBK, dördüncü sırayı %1.29 ile MM almaktadır. Oldukça nadir görülen tümörler olmasından dolayı, bu çalışmada da olgu sayısı çok az olduğu için yorum yapılamamıştır. Her ikisi de oldukça saldırgan ve metastaz riskleri yüksek tümörlerdir. Tedavilerinde daha geniş ve radikal cerrahilere gereklilik olması önemlidir (23-25). Radyoterapi ve kemoterapinin etkileri sınırlı olmakla birlikte, ilerlemiş olgularda ek tedavi olarak başvurulabilir.

Göz kapağı malign tümörlerinin tedavi seçenekle-

rinden biri olan krioterapi, kliniğimizde bulunmadığı için, hiç bir olgu bu şekilde tedavi edilmemiştir. Daha kolay ve ekonomik olmasına rağmen, cerrahi sınırların belirlenememesi, nüks oranlarının diğer yöntemlerden daha az olmaması ve nispeten küçük lezyonlarda etkili olabilmesi nedeniyle (13), hiç bir olgu krioterapi için başka bir merkeze gönderilmemiştir.

Sonuç olarak; malign lezyonların sık görüldüğü göz kapaklarında, her türlü tümörün erken tanı ve uygun tedavisi hayat kurtarıcıdır. Göz kapaklarında görülen her türlü lezyonda, maliniteler akla getirilmeli, klinik olarak şüphe duyulan lezyonlardan biopsi alınarak tanı kesinleştirilmelidir. Tedavide pek çok seçenek olmasına rağmen, hala en kesin yol cerrahidir. Cerrahi sırasında, nüks lezyonların daha zor tedavi edildiği ve tümörü saldırganlaştırdığı hatırlanarak tam rezeksiyon yapılmasına özen gösterilmelidir. Günümüzde, okuloplastik cerrahideki gelişmeler sayesinde, büyük defektlerde bile çeşitli flep ve greft uygulamaları ile başarılı rekonstrüksiyonlar yapılabileceği için, öncelikle tümörün tam çıkarılması, ileride oluşabilecek daha ağır deformiteleri ve yaşam kaybını önleyecektir.

KAYNAKLAR

1. Ferry A: The eyelids. In. Modern Ophthalmology. Sorsby A, ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 1972: 833-853
2. Loeffler M, Hornblass A. Characteristics and behaviour of eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell, sebaceous gland and malignant melanoma). Ophthalm Surg 1990; 21: 513-518
3. Zengin N, Hasıripi H, Ertüre S, Kural G: Göz kapağı kitellerinde etyoloji ve tedavi yaklaşımımız. Günelp İ, Hasanreisoglu B, Duman S, Turaçlı E, Şerifoğlu A, Zilelioğlu O, Sanaç Ş, editörler. XXIV. TOD Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni. Cilt 2, Ankara, Yıldırım Basımevi, 1990: 42-44
4. Günelp İ, Akbaş F: Göz kapağının bazal hücreli karsinomu. 1100 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. MN Oftalmoloji 1996; 3: 292-301
5. Zengin N, Karakurt A: Göz kapağının malign tümörleri. TK Oftalmoloji 1993; 2: 307-311
6. Margo CE, Waltz K: Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. Surv Ophthalmol 1993; 38: 169-192
7. Aldred WV, Ramirez VG, Nicholson DH: Intraocular invasion by basal cell carcinoma of the lid. Arch Ophthalmol 1980; 98: 1821-1827
8. Henderson JW: Orbital Tumours. Philadelphia. Saunders Comp. 1973: 444-494
9. Collin JRO: Basal cell carcinoma in the eyelid region. Br J Ophthalmol 1976; 60:806-809
10. Beyer-Machule CK, Riedel KG: Basal cell carcinoma. In. Principles and Practice of Ophthalmology. Vol 3. ed. Al-

- bert DM, Jacobiec FA. Philadelphia. WB Saunders Comp. 1994: 1724-1733
11. Koh HK, Bhawan J: Tumors of the skin. In *Dermatology Vol 2*. Ed. Mosvella SI, Hurley HJ. Philadelphia. WB Saunders Comp. 1992: 1721-1808
 12. Farmer ER, Helwig EB: Metastatic basal cell carcinoma: A clinicopathologic study of 17 cases. *Cancer* 1980; 46: 748-757
 13. Beard C: Management of malignancy of eyelids. *Am J Ophthalmol* 1981; 92: 1-6
 14. Doxanas MT, Green WR, Iliff CE: Factors in the successful management of basal cell carcinoma of eyelids. *Am J Ophthalmol* 1981; 91: 726-736
 15. Frank HJ: Frozen section control of excision of basal cell carcinoma. 8.5 years experience. *Br J Ophthalmol* 1988; 73: 328-332
 16. Downes RN, Walker NPJ, Collin JRO: Micrographic (Mohs') surgery in the management of periocular basal cell epitheliomas. *Eye* 1990; 4: 160-168
 17. Rodriguez JM, Deutsch GP: The treatment of periocular basal cell carcinomas by radiotherapy. *Br J Ophthalmol* 1992; 76: 195-197
 18. Günalp İ, Akbaş F: Göz kapaklarının yassı hücreli karsinomu: 164 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *MN Oftalmoloji* 1996; 3: 284-291
 19. Auroa A, Blodi F: Lesions of the eyelids. A clinicopathologic study. *Surv Ophthalmol* 1970; 15: 94-104
 20. Leventhal HH, Messer RJ: Malignant tumours of the eyelid. *Am J Surg* 1972; 124: 522-526
 21. Lederman M: Radiation Treatment of cancer of the eyelids. *Br J Ophthalmol* 1976; 60: 794-796
 22. Glover AT, Grove AS: Orbital invasion by malignant eyelid tumours. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1989; 5: 1-12
 23. Kass LG, Hornblass A: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol* 1989; 33: 477-490
 24. Jacobiec FA: Sebaceous tumour of ocular adnexa. In *Principles and Practice of Ophthalmology Clinical Practice*. Albert DM, Jacobiec FA, editors. Vol 3 Philadelphia. WB Saunders Comp 1994: 1745-1770
 25. Rodriguez-Sains RS: Malignant melanomas of eyelid skin. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 1000-1001