

Orbitanın İkincil Malign Tümörleri ve Tedavi Sonuçları

Hülya Gökmen Soysal (*), Hayyam Kıratlı (**)

ÖZET

Amaç: Orbitanın ikincil malign tümörlerinde, klinik bulgular, tedavi ve sonuçlarının değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: İkincil orbita tümörü tanısı ile tedavi ve kontrolleri yapılan 56 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgular, histopatolojik tanıları, primer tümörün yerleşim yeri, klinik bulgular, uygulanan tedaviler ve sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: İkincil orbita tümörlerinin 44'ü (%78.6) göz kapaklarından, 6'sı (%10.7) konjonktivadan, 5'i (%8.9) sino-nazal bölgeden ve biri (%1.8) intrakranial bölgeden köken alıyordu. En sık orbita yayılımı yapan tümörler sırasıyla; göz kapağı bazal hücreli karsinomu, göz kapağı yassı hücreli karsinomu ve konjonktiva yassı hücreli karsinomu idi. Tedavide, çeşitli cerrahi yöntemler, radyoterapi ve sistemik kemoterapi uygulandı. 33 (%58.8) olguda ekzenterasyon ve/veya sinüzektomi yapıldı.

Sonuç: Orbitaya komşu yapıların tümörleri, erken dönemde genellikle kolay tedavi edilebilen tümörlerdir. Ancak, hastaların geç başvuruları, yetersiz tedavi ve izlem, orbita yayılımına yol açabilmektedir. Orbitaya komşu tümörlerde, görmeyi ve yaşamı tehdit eden komplikasyonların önlenmesi için, erken tanı ve yeterli tedavi amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İkincil orbita tümörü, ekzenterasyon

SUMMARY

Secondary Malignant Orbital Tumors and Treatment Results

Purpose: To study the clinical manifestations and treatment results of secondary malignant orbital tumors.

Material-Method: The records of 56 patients who were treated and followed with the diagnosis of secondary orbital tumor, were reviewed retrospectively. In all cases, the histopathologic diagnosis, localization of primary tumor, clinical manifestations and treatment results were evaluated.

Results: Secondary orbital tumors were originated from eyelids in 44 patients (78.6%), conjunctiva in 6 patients (10.7%), sino-nasal region in 5 patients (8.9%), and intracranial region in one patient (1.8%). The three most frequent tumors that invaded the orbit were; basal cell eyelid carcinoma, squamous cell eyelid carcinoma and squamous cell conjunctival carcinoma, respectively. Patients were treated with various surgical procedures, radiotherapy and systemic chemotherapy. Exenteration and/or sinusectomy was performed in 33 (58.8%) patients.

(*) Uzman Dr., SB Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Bölümü

(**) Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Oküler Onkoloji Birimi

Mecmuaya Geliş Tarihi: 12.12.2000

Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 25.01.2001

Kabul Tarihi: 09.05.2001

Conclusion: Tumors of the tissues adjacent to the orbit, were generally easily treatable in early stages. But late presentation in advanced stages, insufficient treatments and follow up may lead to secondary orbital invasion of these tumors. Early diagnosis and adequate treatment of these tumors must be aimed for preventing blindness and life threatening complications.

Key Words: Secondary orbital tumor, exenteration.

GİRİŞ

Orbita tümörleri, birincil, ikincil ve metastatik olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. İkincil orbita tümörleri; göz kapakları, konjonktiva, nazal kavite ve paranasal sinüsler, nazofarenks, göz içi ve intrakranial bölge gibi komşu yapılardan köken alan tümörlerin büyüyerek orbitaya yayılımı ile ortaya çıkmaktadır. Genellikle uzun zaman ihmal edilmiş veya kötü seyreden tümörler olduğu için, hastanın görme yetisini ve yaşamını tehdit ederler.

İkincil orbita tümörlerinin görülme sıklığı hakkında, literatürde değişik yüzdelere verilmektedir. Günalp ve ark, tüm orbita tümörlerinin %48'inin komşu yapılardan kaynaklanan tümörlerin yayılımıyla oluştuğunu bildirmiştir (1). Shields ve ark'nın çalışmasında ise, yapılan tüm orbita biopsilerinin %11'i ikincil tümörlerden oluşmaktadır (2). Bu çalışmada, 4 yıllık zaman aralığı içinde, kliniğimizde teşhis ve tedavi edilen ikincil orbita tümörleri ile ilgili bulgu ve sonuçların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ocak 1997 - Kasım 2000 tarihleri arasında, Ankara Onkoloji Hastanesi Göz Hastalıkları Bölümü'nde ikincil orbita tümörü tanısı ile tedavi ve takipleri yapılan 56 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Kliniğimizde koroid malign melanomu ve retinoblastom gibi intraoküler tümörlerin tedavi olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle, göz içi yapılardan kaynaklanan tümörler çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastalarda tanı, biopsi yapılarak histopatolojik olarak doğrulandı.

Olguların tümünde, tam oftalmolojik muayene, bazı olgularda kulak-burun-boğaz ve nöroloji konsültasyonları yapıldı. Tedavinin planlanmasında kompute tomografi (CT) ve magnetik rezonans gibi görüntüleme yöntemlerinden yararlanıldı. Olguların tedavisinde, çeşitli cerrahi girişimler,

radyoterapi ve sistemik kemoterapi uygulandı. Radyoterapi yapılan hastalarda, orbitaya verilen ışın, toplam doz 45- 65 Gy olacak şekilde, 3-5 haftaya bölünerek uygulandı.

BULGULAR

Hastaların başvuru anındaki yaşları, 32-90 (ort; 69.6) arasında değişmekteydi. Olgular, primer tümörün yerleşim yerine göre sınıflandırıldı. Orbitaya invazyon gösteren tümörlerin primer yerleşim yerleri; göz kapakları, konjonktiva, nazal kavite ve paranasal sinüsler, ve intrakranial bölge idi. Çalışma sırasında, orbitaya uzanan nazofaringeal kökenli tümöre rastlanmadı. Tablo 1, olguların, primer tümörün yerine göre dağılımını göstermektedir.

Göz kapaklarından kaynaklanan ikincil orbita tümörleri, 44 olgu (%78.6) ile en geniş grubu oluşturmaktaydı. Kapak tümörü olan bu 44 olgunun tümünde, ilk başvurudaki muayenede, kapaklarda ülser veya indure tümöral lezyon tespit edildi. 32 olguda oküler motilite bozukluğu ve inkomitant strabismus mevcuttu. 13 olguda, glob tümörün karşı tarafına doğru itilmişti. 9 olgu, şiddetli ağrıdan yakınmaktaydı. Bu gruptaki 44 olgunun düzeltilmiş görme keskinliği, absolu ile tam arasında de-

Tablo 1. Olguların primer tümörün yeri ve histopatolojisine göre dağılımı

Primer yerleşim yeri	Olgu sayısı	%	Yaş	
Histopatoloji			Min-max	ort
Göz kapakları	44	%78.6		
BHK	25	%44.6	60-90	71.5
YHK	17	%30.35	59-77	67.8
SBK	2	%3.6	78-84	81
Konjonktiva	6	%10.7	66-86	71.8
Nazal kavite ve Paranasal sinüsler	5	%8.9		
YHK	4	%7.1	32-75	62.2
Adenokarsinom	1	%1.8		
Intrakranial				
Menenjioma	1	%1.8	51	51

ğişmekteydi ve 20 olguda 0.5'in altında bulundu. Görme azlığı, kapak hareketlerinin bozulması sonucu gelişen korneal komplikasyonlar, tümörün görme aksını kapatması ve kapakların açılmaması gibi nedenlerin yanı sıra, 3 olguda katarakt ve yaşa bağlı makula dejenerasyonu gibi, tümörle ilişkisiz patolojilere bağlandı. Kapak tümörü grubunda histopatolojik olarak en sık görülen tip; bazal hücreli karsinoma (BHK) idi. BHK, 25 olgu ile tüm ikincil orbita tümörlerinin %44.6'sını, göz kapağı kaynaklı orbita tümörlerinin %56.8'ini oluşturmaktaydı. Bu 25 BHK olgusunda, lezyon 10 olguda iç kantustan, 7 olguda alt kapaktan kaynaklanıyordu. Hastalardan alınan öykü doğru kabul edildiğinde, deri lezyonunun ortaya çıkışı ile, kliniğimizde orbitaya invaze tümör tanısı alana kadar geçen süre, 4-25 yıl (ort; 12.5 yıl) idi. 25 hastanın 12'inde daha önce cerrahi veya radyoterapi ile tedavi uygulanmıştı. Bu olgular, orbital invazyon gösteren nüks olgular olarak kabul edildi. Başvuru sırasındaki radyolojik değerlendirmelerde, 4 olguda CT'de kemik destrüksiyonu izleniyordu. 7 olguda tümör, paranasal sinüsler veya nazal kaviteye uzanım gösterecek şekilde orbita dışına çıkmıştı. 2 olguda ekzenterasyon sonrası histopatolojik incelemede skleral invazyon tespit edildi. Bir olguda, izlem sırasında kulak önü lenf bezi ve akciğer metastazı ve intrakranial uzanım, başka bir olguda da intrakranial uzanım tespit edildi.

Göz kapağında BHK grubundaki hastalara uygulanan tedaviler şöyleydi: 10 olguya ekzenterasyon yapıldı, bunlardan 4'üne postoperatif radyoterapi uygulandı. 5 olguda, ekzenterasyonla birlikte, kulak-burun boğaz ve beyin cerrahisi eşliğinde paranasal sinüs cerrahisi yapıldı, bunların da 2'sine postoperatif radyoterapi uygulandı. 5 olgu, geniş lokal rezeksiyon ve postoperatif radyoterapi ile tedavi edildi. Cerrahiye reddeden veya yaş ve sistemik durumu nedeniyle kontrendikasyon olan 5 olguda radyoterapi uygulandı, bunlardan birinde tedaviye sistemik kemoterapi (Cisplatin, 5-fluorouracyl) eklendi (Tablo 2). 3 olgunun, çeşitli süreler sonunda kontrollere gelmediği saptandı ve mektupla çağrımıza cevap veremeyen bu olguların izlem süreleri son kontrol tarihlerine göre hesaplandı. 3-47 aylık izleminden sonra, toplam 5 ol-

guda tedavide başarı sağlanamadı. Bunlardan intrakranial yayılımı olan 2 olgunun eks olduğu öğrenildi. Eksizyon ve radyoterapi yapılan bir olguda ve sadece radyoterapi yapılan iki olguda nüks/ rezidü tümör saptandı. Sonuç olarak, 3- 47 aylık (ort; 22.4 ay) izleminden sonra tümöre bağlı mortalite oranı %8 (2 olgu) iken, yaşayan 3 olguda tam kür sağlanamadı.

Orbitaya invaze kapak tümörleri grubunda, 17 olguda histopatolojik tanı yassı hücreli karsinom (YHK) idi. Göz kapağı YHK'u, tüm ikincil orbita tümörlerinin %30.35'ini, kapak orijinli orbita tümörlerinin %38.6'sını oluşturmaktaydı. Bu grupta, tümöral lezyonun ortaya çıkışı ile, kliniğimizde ikincil orbita tümörü tanısı alana kadar geçen süre, 2-4 yıl (ort; 3.2 yıl) idi. 7 olguda daha önce başka merkezlerde tedavi öyküsü vardı. Başvuru anındaki değerlendirmelerde, 2 olguda CT'de orbita kemik duvarında erozyon saptandı. 2 olguda paranasal sinüs yayılımı, 2 olguda da kulak önü lenfatiklerine yayılım tespit edildi. İzlem süresi boyunca, bir olguda intrakranial yayılım, bir olguda da nazofarenks, kavernöz sinüs ve kontrolateral orbitaya yayılım oluştu. 2 olguda ekzenterasyon sonrası patolojik incelemede skleral invazyon tespit edildi.

Göz kapağı YHK grubundaki 17 olgudan 7'sine ekzenterasyon uygulandı, bunların 3'üne postoperatif radyoterapi yapıldı. 4 olgu, geniş lokal rezeksiyon ve postoperatif radyoterapi ile tedavi edildi. Cerrahiye reddeden veya kontrendike olan hastalarda, 2 olguya radyoterapi ve sistemik kemoterapi (Cisplatin, 5-Fluorouracyl, met-hotrexate, Bleomycine), 4 olguya sadece kemoterapi uygulandı (Tablo 2). 8- 42 aylık (ort; 20.58 ay) izlem süresi sonunda mortalite oranı %11.8 (2 olgu) idi. 5 olguda tümör küçülmesine rağmen, tam kür sağlanamadı. Hayatını kaybeden iki olguya kemoterapi, tam kür sağlanamayan olguların ikisine kemoterapi, ikisine kemoterapi ve radyoterapi, birine eksizyon ve radyoterapi uygulanmıştı.

Orbitaya yayılım gösteren diğer kapak tümörü, sebace bez karsinomu (SBK) idi. SBK'lu 2 olguda, tümör sadece orbitaya invaze idi ve ekstraorbital uzanım yoktu. Bir olguya ekzenterasyon, diğer olguya geniş lo-

Tablo 2. Göz kapaklarından kaynaklanan ikincil orbital tümörlerde yapılan tedaviler. (E; ekzenterasyon, S; sinüzektomi, rt; radyoterapi, e; geniş eksizyon, kt; kemoterapi)

Tümör	Tedavi yöntemi							
	E	E + rt	E + S	E + S + rt	e + rt	rt	Rt + kt	kt
BHK	6	4	3	2	5	4	1	-
YHK	4	3	-	-	4	-	2	4
SBK	1	-	-	-	1	-	-	-

kal rezeksiyon ve radyoterapi yapıldı. 14 ve 24 aylık takipler sonunda herhangi bir yineleme bulgusuna rastlanmadı.

Konjonktiva tümörleri, 6 olgu (%10.7) ile, orbitaya uzanan tümörler arasında ikinci en geniş grubu oluşturmaktaydı. Bu 6 olgunun hepsinde histopatolojik tanı yassı hücreli karsinoma idi. Bu gruptaki tüm hastalarda oküler motilite bozukluğu ve kırmızı göz bulguları mevcuttu. Görme düzeyleri, absolu ile 0.8 arasında değişmekteydi ve 3 olguda, kornea invazyonu, endoftalmi ve tümörün görme aksını kapatması nedeniyle 0.5'in altındaydı. Hiç bir hastada tümör orbita dışı uzanım göstermiyordu. Tümör, sadece 2 olguda bulbar konjonktivadan kaynaklanırken, 4 olguda palpebral veya forniseal konjonktivadan köken alıyordu. Kapak ve forniks konjonktivasından gelişen tümörlerde, kapakta palpe edilebilen kitle ve ektropium mevcuttu. Tüm hastalara ekzenterasyon yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu, bir olguda skleral, başka bir olguda intraoküler invazyon saplandı. 7-29 (ort 16.1) ay süren izlem sürelerinden sonra hiçbir olguda yineleme gözlenmedi.

İkincil orbita tümörlerinin 5'i (%8.9) nazal kavite ve paranazal sinüslerden kaynaklanıyordu. Histopatolojik tanı, bir olguda nazal mukoza adenokarsinomu, 4 olguda da maksiller sinüs yassı hücreli karsinomu idi. Bu gruptaki hastalarda en tipik bulgu, proptosis idi. Glob deplasmanı, motilite bozuklukları, diplopi, ağrı, optik atrofi, görme kaybı ve kemosis diğer klinik bulgu ve semptomlardı. Görme düzeyleri, ışık hissi ve tam arasında değişmekteydi ve 2 olguda optik atrofi ve keratopati nedeniyle 0.5'in altındaydı. Bir olgu, tanı konmadan önce göz yakınmaları nedeniyle polikliniğimize başvurmuş, ve yapılan incelemeler sonucu maksilla tümörü tanısı almıştı. Diğer gruplardaki hastaların aksine, bu gruptaki tüm olgularda, bulguların ortaya çıkışı ile, tanı konması arasında geçen süre bir yıldan kısa idi. Yapılan tedaviler; ekzenterasyon ve sinüzektomi ve postoperatif radyoterapi (2 olgu), sinüzektomi ve postoperatif radyoterapi (2 olgu), radyoterapi ve sistemik kemoterapi (1 olgu) idi. 9-26 (ort 17.8) aylık izlemiden sonra 2 olguda intrakranial uzanım tespit edildi ve bunlardan birinin öldüğü öğrenildi.

1 olguda (%1.8) orbitaya uzanan tümör intrakranial kökenli idi ve rekürent intrakranial menenjioma nedeni ile izlenen bilateral ileri derecede proptosis olan bir olguydu. Her iki gözde de optik atrofi nedeniyle, görme keskinliği ışık hissi(p+, p-) düzeyindeydi. Bu hastaya transfrontal yaklaşımla geniş rezeksiyon ve postoperatif radyoterapi uygulandı. 5 ay sonra yapılan kontrolünde, nüks düşündürecek herhangi bir bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Çalışmamız, 4 yıl gibi kısa bir zaman aralığını kapsamamasına rağmen, hastanemizin bir onkoloji merkezi olması nedeniyle, oldukça sık olarak ikincil orbita tümörleriyle karşılaşmamız, bu tür olguların geç dönemde ele alındıklarını ve tedavi edildiklerini göstermektedir. Özellikle seride çoğunluğu oluşturan göz kapağı ve konjonktiva tümörleri, çıplak gözle de görülebilen, kolay tanınabilen, ve erken dönemde başarıyla tedavi edilebilen tümörlerdir. Ancak hastaların geç başvuruları, daha önceki yetersiz tedaviler ve yeterli takibin yapılamaması gibi nedenlerle, bazı olgular ilerlemiş ve orbitaya yayılmış bir tümörle karşımıza çıkmakta, bu da tedaviyi zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda en sık orbita invazyonu yapan tümörler sırasıyla, göz kapağının BHK'u, göz kapağının YHK'u ve konjonktiva YHK'u idi. Sadece histopatolojik sınıflama dikkate alındığında, çeşitli dokulardan kaynaklanan YHK'lar %48.2'lik oranı ile ilk sırayı almaktaydı (Tablo 3). Literatürde, YHK'ların tüm sekonder orbita tümörleri içindeki oranı için %41, %60 gibi yüzdelere bildirilmiştir (1, 3). Ancak, çalışmamızda intraoküler tümörlerin dahil edilmediği göz önüne alınırsa, bu seride gerçek oran %48.2'den düşük olmalıdır.

Yerleşim yeri açısından, orbita tutulumu en sık, göz kapağı kökenli tümörlerle (%78.6) olmaktadır. Bu gruptaki olguların tümünde görülen, palpe edilebilen sert kitle veya ülser lezyon en sık görülen bulgudur (Resim 1, 2). Olguların çoğunda (%72.7), oküler motilite bozuklukları ve kayma tespit edilmiştir. Göz kapağında kitle ile birlikte hastada bu tür bulguların bulunması, veya hastanın diplopiden yakınması klinik olarak orbita yayılımını düşündürmeli, radyolojik yöntemlerle tümör yayılımı belirlenmelidir. Howard ve ark. orbitaya yayılan kapak tümörlerinin %76.9'unda oküler motilite bozukluğu tespit etmişlerdir (4). Tümör orbita içinde büyüdükçe glob kenara itilir ve fikse hale gelir. Tümörün or-

Tablo 3. Olguların histopatolojik sınıflaması

Histopatoloji	Yerleşim yeri	Olgu sayısı	(%)
YHK	Göz kapağı	17	%30.35
	Konjonktiva	6	%10.7
	Sino-nazal	4	%7.1
BHK	Göz kapağı	25	%44.6
SBK	Göz kapağı	2	%3.6
Adenokarsinoma	Nazal kavite	1	%1.8
Menenjioma	İntrakranial	1	%1.8

Resim 1. 71 yaşında kadın hastada alt kapakta geniş, ülsera tümöral lezyon (BHK) görülmektedir. Ekzenterasyon + maksillektomi yapılan hastada 15 aylık izlem süresinde nüks gözlenmemiştir.



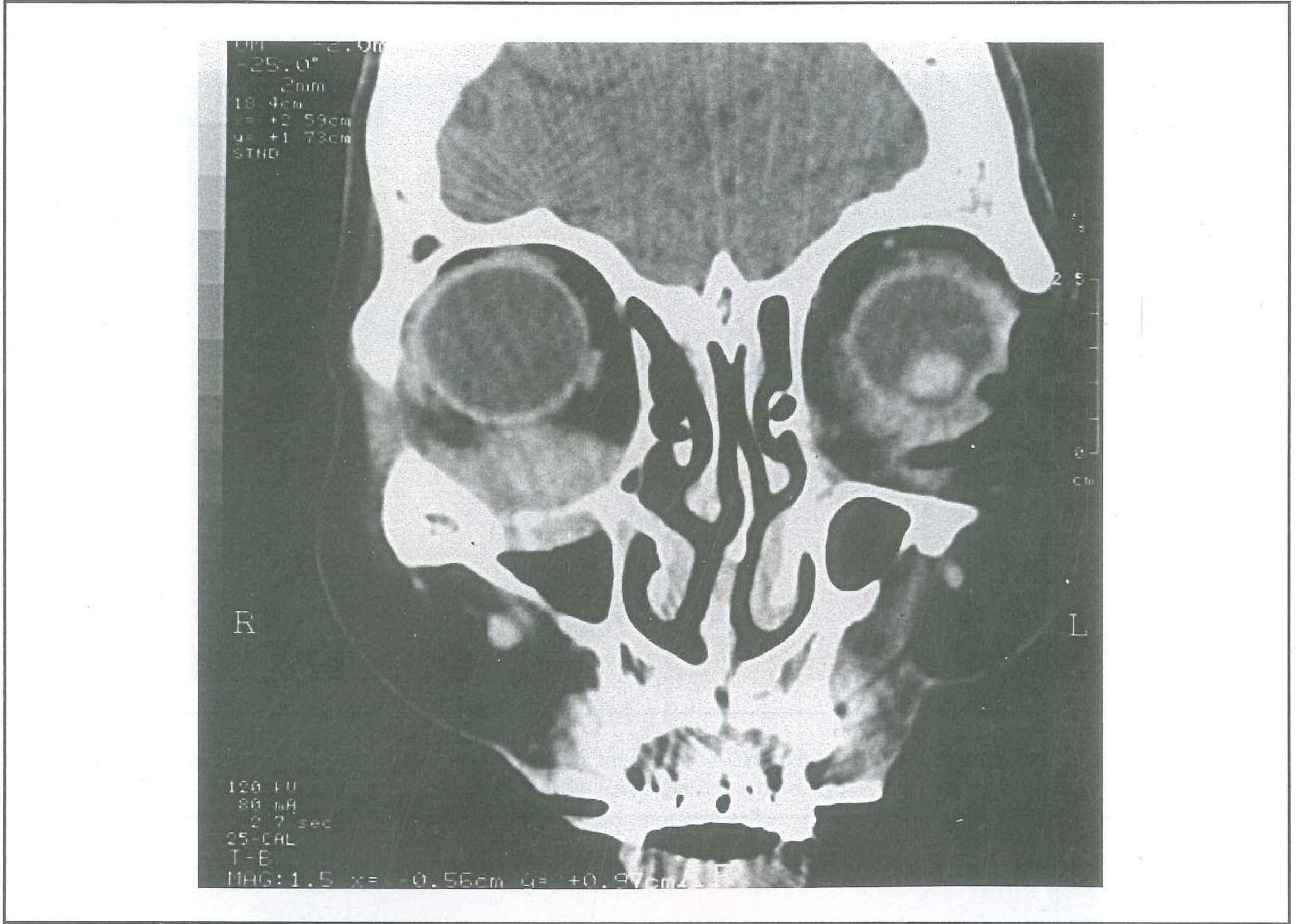
bital sinirleri tutması, özellikle supraorbital ve supratroklear sinirlerin tutulumu ağrıya neden olur (5,6). YHK'da sinir invazyonu eğilimi daha yüksek olduğu için, ağrı daha sık görülmektedir (7).

Göz kapaklarının en sık görülen malign tümörü BHK'dur. BHK, metastaz gücü sınırlı ve yavaş seyirli bir tümör olmasına rağmen, erken dönemde ve yeterli tedavi edilmediği zaman orbitaya, bulbusa, hatta paranasal sinüslere ve beyne ilerleyebilir (8, 9). Daha önce göz kapağının malign tümörleri üzerine yaptığımız bir çalışmada, BHK'nın orbitaya invazyon oranı %18.6 bulunmuş, bundan da hastanın geç başvurusu ve daha önce yapılan yetersiz tedaviler sorumlu tutulmuştur (10). Serimizde, 25 BHK olgusunun, lezyonun ortaya çıkışından orbita tümörü tanısı almasına kadar geçen süre ortalama 12.5 yıl ve daha önce tedavi uygulanmış nüks olguların oranı %48'dir (12 olgu). 7 olguda (%28), tümör orbita dışına çıkmış, maksiller, etmoid ve frontal sinüslere yayılmıştır. 2 olguda intrakranial uzanım, bir olguda lenf bezi ve akciğer metastazı tespit edilmiştir. Bu rakamlar, BHK'ların erken ve uygun tedavisinin prognostik önemini ortaya koymaktadır. Olguların %40'ında lezyon iç kantustan, %28'inde alt kapaktan orijin almaktadır. İç kantusta yerleşen BHK'larda nüks ve orbital invazyon riskinin daha yüksek olduğundan bahseden başka yayınlar da mevcuttur (11,12). Ancak bu durum, iç kantal bölge BHK'larının daha agresif olmasından çok, daha sık görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Orbital BHK'la-

rın önemli bir kısmında, ekzenterasyon kaçınılmaz hale gelmektedir. Serimizde 15 olguya ekzenterasyon yapılarak, bunlardan beşinde maksillektomi, etmoidektomi gibi prosedürler de kombine edildi ve bir kısmına postoperatif radyoterapi uygulandı. Özellikle sinüzektomi yapılanlarda, istenmeyen kozmetik sonuçlar ortaya çıktı. Radikal cerrahiyi kabul etmeyen veya kontrendikasyonu olan olgularda, lokal rezeksiyon, radyoterapi, sistemik kemoterapi gibi tedaviler uygulandı. Ancak bu seçeneklerin daha az etkili olması ve bu grup hastaların sosyoekonomik yapılarından dolayı izlemlerinde güçlük yaşanması nedeniyle, hemen tüm ölüm ve başarısız sonuçlar bu grupta ortaya çıktı.

Göz kapaklarında, BHK'dan çok daha az görülmesine rağmen, daha hızlı ve yıkıcı seyreden YHK, 17 olgu ile tüm hastaların %30.35'ini oluştuyordu. YHK'lı hastalarda da aynı şekilde geç başvuru ve önceki yetersiz tedaviler dikkat çekiyordu. YHK'nın BHK'dan daha çok metastaz ve yayılım gücü olması nedeniyle (13), mortallite ve kontrol altına alınamayan tümör oranı, bu grupta daha yüksek bulundu. Hayatını kaybeden ve başarı sağlanamayan olguların tümü, radikal cerrahi uygulanmayan olgulardan oluşmaktaydı.

Konjonktiva tümörleri, 6 olgu ile tüm olguların %10.7'sini oluştuyordu ve tümü YHK idi. Bu hastalarda da geç başvuru veya yetersiz rezeksiyon öyküsü mevcuttu. Konjonktival YHK, batı ülkelerinde yavaş büyü-

Resim 2. Aynı hastada, tümöral lezyonun CT'de koronal kesitte görünümü

yen, malignite derecesi düşük bir tümör olarak tanımlanmakla beraber, tropikal ülkelerde, daha genç yaşlarda ortaya çıkmakta ve daha saldırgan seyretmektedir (3). Çalışmamızda konjonktival YHK'lı olgular hastalığın ileri bir evresinde başvurmuş olmalarına rağmen, lenf bezi metastazı ve ekstraorbital yayılım gelişmiş olduğu için, tüm olgularda ekzenterasyon ile kür sağlandı.

Olguların %8.9'unu (5 olgu) sinonazal maligniteler oluşturuyordu. Bu tümörler esas olarak oftalmolojinin konusu olmamakla beraber, orbita komşuluğu nedeniyle, hastalığın erken dönemlerinde bile oftalmik semptom ve bulgulara neden olabilir, ve hasta ilk olarak göz hekimine başvurabilir. Bu nedenle, genellikle kötü prognozlu, fatal seyredebilen sinonazal malign tümörlerin bu tür semptom ve bulgularının göz hekimisi tarafından bilinmesi, erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir. Sinonazal karsinomlar, kemik yapıları erode ederek veya kemik boşluklarından veya perinöral-nöral invazyonla orbitaya ulaşır (5). Johnson, tüm sinonazal tümörlerin %59'unda orbital yayılım tespit etmiş (14), Conley ise, tüm sinüs karsinomlarının % 45'inde orbital tutulum ne-

deniyle ekzenterasyon gerektiğini bildirmişlerdir (15). Sinonazal karsinomların %80'i maksiller sinüsten kaynaklanır (16). En sık oftalmik semptom ve bulguları; proptosis, ağrı, görme kaybı, epifora, glob deplasmanı, diplopi, motilite bozuklukları ve palpebral fissürlerde asimetridir (14). Tedavi planlanırken, klinik ve radyolojik bulguların baş-boyun cerrahisi ile birlikte değerlendirilmesi gereklidir. Sinüs tümörleri hızlı-kötü seyirli olduklarından, orbita tutulumunda radikal sinüs cerrahisi ile kombine ekzenterasyon ve postoperatif radyoterapi-kemoterapi en iyi tedavi seçeneğidir (5). Orbitaya invaze sinonazal malignitelerde ekzenterasyon yapılmaksızın uygulanan sinüzektomilerin, onkolojik açıdan güvenilir olmadığı ileri sürülse de, McCary ve ark, 33 olguda pre-operatif radyoterapi ve kemoterapi uygulaması ile yaptıkları ekzenterasyonsuz sinüzektomilerde başarılı sonuçlar bildirmişlerdir (17). Serimizde cerrahiye uygun olmadığı için radyo-kemoterapi uygulanan bir olgu hayatını kaybetmiş (Resim 3), ekzenterasyonu reddettiği için sadece maksillektomi ve postoperatif radyoterapi yapılan bir olguda da intrakranial yayılım gelişmiştir.

Resim 3. Maksiller epitel YHK nedeniyle izlenen 32 yaşındaki kadın hastaya 6600 cGy radyoterapi ve sistemik kemoterapi (Cisplatin, 5-Flourouracyl) uygulandı



Resim 4. 5 yıl önce sol dış kantustan başlayan BHK nedeniyle 2 kez operasyon geçirmiş olan hastada, rekürrent ve orbitaya yayılmış BHK'nın görünümü



Seride, sadece bir olguda tümör intrakranial kökenli idi. İntrakranial menenjioma, benign seyirli bir tümör olmasına rağmen, sfenoid kemik çevresinde gelişenler,

bazen orbitaya girerek proptosis, görme kaybı gibi bulgular verebilirler (5). Kordoma, glioblastoma gibi diğer kafa içi tümörlerinin de çok nadir olmakla birlikte,

Resim 5. Aynı hastanın cerrahi ve radyoterapi sonrası görünümü. Tümörün kemik destrüksiyonu yapması ve temporal fossaya uzanması nedeniyle, ekzenterasyonla birlikte, orbitanın lateral ve alt duvarlarından kemik rezeksiyonu, temporal fossadan tümör rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif 4500 cGy radyoterapi uygulandı.



orbitaya yayılım yaptıkları bildirilmiştir (5,18).

Çalışmamızda, 56 hastanın 33'üne (%58.8) ekzenterasyon, sinüzektomi gibi radikal cerrahi prosedürler uygulandı (Resim 4, 5). Bunların önemli bir kısmına da radyoterapi ve/veya kemoterapi ilave edildi. İkincil orbita tümörlerinde, tam kür sağlayabilmek için genellikle radikal veya geniş çaplı cerrahi girişimler gerekli olmakta, bazen bu bile yetersiz kalmaktadır. Mouriaux, ekzenterasyon olgularının %90'ının ikincil orbita tümörü olduğunu rapor etmiştir (19). Günel ve ark'ın 429 olguluk ekzenterasyon serisinde, bu oran %81.3'tür (20). Büyük çoğunluğunu, hastalığını uzun süre ihmal eden veya yetersiz tedaviler uygulanan hastaların oluşturduğu ikincil orbita tümörlerinde, bu zaman kaybı nedeniyle tedavi zorlaşmakta, büyük çaplı cerrahi girişimlere ihtiyaç doğmaktadır. Sonuç olarak, orbitaya komşu yapılardan kaynaklanan tümörlerde, mortalite ve morbidite oranını düşürmek için, erken tanı, uygun tedavi ve düzenli takip şarttır.

KAYNAKLAR

- Günel İ, Gündüz K: Secondary orbital tumors. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1997; 13: 31-35
- Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, Flanagan JC: Classification and incidence of space occupying lesions of the orbit. *Am J Ophthalmol* 1984; 102: 1606-1611
- Johnson TE, Tabbara KF, Weatherhead RG, Kersten RC, Rice C, Nasr AM: Secondary squamous cell carcinoma of the orbit. *Arch Ophthalmol* 1997; 115: 75-78
- Howard GR, Nerad JA, Carter KD, Whitaker DC: Clinical characteristic associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992; 113: 123-133
- Shields JA: Secondary orbital tumors. In *Diagnosis and Management of the Orbital Tumors*. Philadelphia WB Saunders Comp. 1989; 341-377
- McDougall AL, Chalpin AJ, Jones RL: Infiltration of the supraorbital nerve by basal cell carcinoma. *Am J Dermatol Pathol* 1983; 5: 381-384
- Trobe JD, Hood CI, Parsons JT, Quisling RG: Intracranial spread of squamous cell carcinoma along the trigeminal nerve. *Arch Ophthalmol* 1982; 100: 608-611
- Jeong S, Yang KJ, Park YG: Extensive destruction of the eyeball by invasion of basal cell carcinoma of the eyelid. *Jpn J Ophthalmol* 1999; 43: 300-302
- Hornblass A, Roen JL: A combined facial, orbital and intracranial resection of extensive basal cell carcinoma arising in the eyelid. *Ophthalmic Surg* 1985; 16: 769-773
- Gökmen-Soysal H, Albayrak A: Göz kapaklarının primer malign tümörleri. *T Oft Gaz* 2001; 3. (Baskıda)
- Auroa AL, Blodi FC: Reappraisal of basal cell carcinoma of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 1970; 70: 329-336.
- Günel İ, Akbaş F: Göz kapağının bazal hücreli karsino-

- mu: 1100 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. MN Oftalmoloji 1996; 3: 292-301
13. Loeffler M, Hornblass A: Charecteristics and behaviour of eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell, sebaceous galnd and malignant melanoma). Ophthalmic Surg 1990; 21: 513-517
 14. Johnson LN, Krohel GB, Yeon EB, Parnes SM: Sinus tumors invading the orbit. Ophthalmol 1984; 91; 209-217
 15. Conley JJ: Sinus tumors invading the orbit. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1966; 70; 615-619
 16. Harrison DFN: The management of malignant tumors of the nasal sinuses. Otolaryngol N Clin Am 1971; 41;159-177
 17. McCary WS, Levine PA, Cantrell RW: Preservation of the eye in the treatment of sino nasal malignant neoplasms. A confirmation of the original treatise. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122; 657-659
 18. Lawton AW, Karesh JW: Intracranial gliablastoma invading the orbit. Arch Ophthalmol 1987; 104; 874-877
 19. Mouriaux F, Martinot V, Pellerin P, Petenotre P, Rouland JF, Constantinides G: Survival after malignant tumors of the orbit and periorbit treated by exenteration. Acta Ophthalmol Scand 1999; 77: 326-330
 20. Günalp İ, Gündüz K, Dürük K: Orbital exenteration: a review of 429 cases. Int Ophthalmol 1996; 19: 177-184