

SB.
Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
I. Göz Kliniği
Şef: Prof.Dr.Ömer Kamil Doğan

GÖZ KAPAKLARININ PRİMER MALİGN TÜMÖRLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Arzu Taşkiran Çömez

İstanbul, 2006

- İÇİNDEKİLER -

GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
MATERYAL VE METOD	30
BULGULAR	32
TARTIŞMA	39
SONUÇ	47
KAYNAKLAR	49

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden her zaman yararlandığım, bana tıp, etik ve ahlaki yönden çok önemli değerleri veren, iyiliği, dürüstlüğü, alçakgönüllülüğüyle örnek olan ve hatalarımda bir baba şefkatiyle doğrulara yönlendiren Sayın Hocam;

Prof.Dr.ÖMER KAMİL DOĞAN'a;

Yardım ve önerileri ile asistanlığımın başından beri tezimin oluşmasına destek olan, teorik ve cerrahi bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşmaktan çekinmeyen, zor durumlarda desteğini ve yardımını her zaman hissettirerek beni cesaretlendiren ve bundan sonra da desteğini hissedeceğime emin olduğum Şef muavinim Sayın;

Dr.LEVENT AKÇAY'a;

Oftalmolojiyi sevmemi ve seçmemi sağlayarak hayatıma yön veren, desteğini ve sevgisini eksik etmeyen Sayın;

Dr.YAŞAR KÜÇÜKSÜMER'e;

Eğitimime katkısı olan Şef Muavinlerim Sayın;

Doç.Dr.Aysu Karatay ARSAN, Dr.Yeşim ORAL VE Dr.E.T. OĞUZ'a;

Asistanlığım süresince her zor anımda yanımda olup, desteklerini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, yetişmemde büyük katkıları olan çok değerli uzmanlarım;

Dr.Arda Kayman GÜVELİ, Dr.Baran KANDEMİR, Dr.Yelda ÖZKURT, Dr.Süleyman KUĞU, Dr. Özlen ÖZGÜR, ve Dr.Umur KAYABAŞI'na;

Asistanlığım süresince yaşadığım uyumlu ve sıcak çalışma ortamını sağlayan çok sevgili arkadaşlarıma;

Gösterdikleri tüm kolaylıklar ve desteklerinden dolayı kliniğimiz hemşireleri, Tıbbi sekreterlerimiz, ve klinik personellerimize ;

Manevi desteklerinden dolayı aileme;

14 yıldır iyi ve kötü günlerimi paylaşan, birlikte büyüdüğüm ve birlikte yaşlanacağım değerli eşim

Dr.YUSUF İLKER ÇÖMEZ'e

teşekkürü bir borç bilirim.

GİRİŞ

Cilt, mukoza, kas, salgı bezi gibi birbirinden farklı dokulardan oluşan göz kapakları; gözün anatomik bütünlüğünün sağlanması ve görme işlevinin sürdürülmesi açısından hayati önem taşırlar.

Göz kapağında karşımıza çıkan benign ya da malign lezyonlar; vücutta deri ile kaplı herhangi bir yerde de görülebilirler. Fakat; gerek histolojik özellikleri, gerekse tedavisinde uygulanan cerrahi prensipler açısından, vücudun diğer bölgelerinde lokalize cilt lezyonlarından farklıdırlar. Yetersiz veya uygun olmayan tedavi sonucunda ciddi kozmetik, anatomik ve fonksiyonel anomaliler oluşturmaları; glob, orbita ve beyin invazyonu yapabilmeleri, göz kapak tümörlerinin önemini arttırmaktadır.

Benign lezyonlar tecrübeli bir göz tarafından klinik görüntü ve davranışlarıyla tanınabilmesine rağmen, biyopsi ile histopatolojik tanının konulması, fatal olabilen malign kapak tümörlerin erken tanınmasını ve tedavisini sağlamakta ve hayat kurtarıcı olmaktadır.

Göz kapaklarındaki tüm lezyonların histopatolojik olarak değerlendirildiği, ve 38 yıl takip edildiği bir çalışmada benign lezyonların malign lezyonlardan 3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (1).

Kapakların şekil bozukluklarının giderilmesinde cerrahi işlemlerin uygulanması çok eski zamanlara kadar dayanır. Hint literatüründe 7.Yüzyılda Susrata tarafından yapılmış plastik ameliyatlara bildirilmiştir. Bazal hücreli karsinomun cerrahi tedavisine ilişkin ilk yazılı kayıt 1755' de Londra' da Jacques Daviel tarafından verilmiştir (2). 1975' de Older, Quickert ve Beard cerrahi tedavi uyguladıkları 157 bazal hücreli karsinom olgusunda birkaç ay ile 18 yıl arasında değişen izlem süreleri boyunca nüks görmediklerini bildirerek kapak tümörü cerrahisinde ideal sayılabilecek bir sonuç elde etmişlerdir (3).

Göz hastalıkları, plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve dermatoloji uzmanlarının görev alanına giren kapak kitlelerinin tedavisinde, kitleyi ortadan kaldırmak temel amaç gibi görünmekle birlikte, esas amaç; gözün anatomik ve fizyolojik fonksiyonlarının devamının sağlanması, anatomik yapının ve kozmetik görüntünün korunmasıdır (4).

Göz kapağı onarımı rekonstrüktif cerrahlar için özel bir önem taşır. Başarısız onarımlar estetik kusurlara yol açmasının yanında; konjonktivit, keratit ve sonunda körlüğe kadar gidebilen ciddi komplikasyonlara neden olabilir (5-7).

Gözkapağı lezyonları; tümörler, enfeksiyonlar ve dejeneratif lezyonlar gibi farklı gruplardan oluşur. Göz çevresi tümörlerinin sadece %15-20'si malign özellik taşımaktadır. Bununla birlikte klinik değerlendirme ile %100 tanı konamadığı için malign lezyonları benign lezyonlardan ayırdetmek için mutlaka histopatolojik inceleme önerilmektedir.

Yeterli alet ve deneyimli eleman eksikliğine bağlı olarak ülkemizde çoğunlukla uygulanamayan, Mohs'un mikrografik cerrahisi (MMC), gereksiz doku kaybının önlenmesi ve lezyonun tamamen çıkarılmasına olanak vermesi açısından tanı ve tedavide altın standarttır. (8-11). Alışılmış yöntemlere göre bir hayli uzun zaman alması ve maliyetinin daha yüksek olması özellikle Mohs cerrahisi' nin yaygınlaşmasını engellemektedir.

Çalışmamız; 1996-2005 yılları arasında S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniğine göz kapağında kitle şikayeti ile başvurup eksizyonel biyopsi tekniğiyle malign kapak tümörü tanısı konulan ve oluşan doku defektlerinin çeşitli cerrahi tekniklerle düzeltildiği 51 hastanın 51 lezyonunu kapsamaktadır.

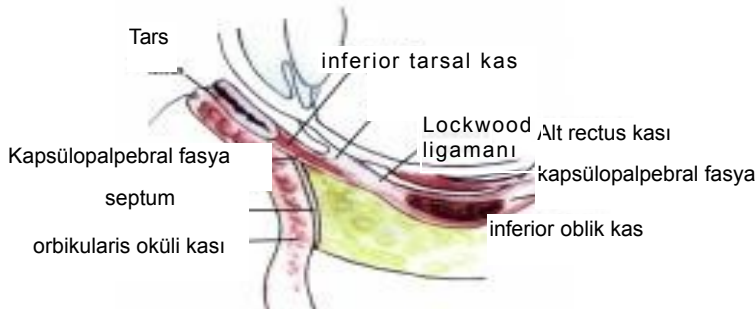
GENEL BİLGİLER

ANATOMİ

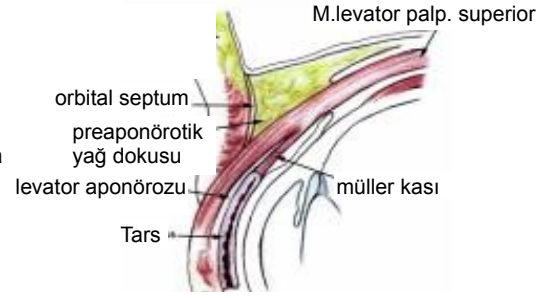
1. GÖZ KAPAKLARININ YAPISI

Globu korumak, kornea yüzeyindeki gözyaşı film tabakasının devamlılığını sağlamak ve lakrimal pompa sistemine yardımcı olmak gibi önemli görevleri olan göz kapaklarının dış yüzleri deri, iç yüzlerinde mukoza ile örtülmüştür.

Her iki göz kapak aralıkları elips şeklinde ve simetriktir. İç kantustan dış kantusa kadar olan mesafe 30 mm'dir. İç kantal ligaman medial ve lateral lakrimal krest'e; lateral kantal ligaman ise zigomaya tutunur. Üst göz kapaklarında en büyük cilt katlantısı levator tendonunun yapışma yerinde oluşur. Üst palbebral sulkus kapak kenarından 8-10 mm yukarıda bulunur. Alt palbebral sulkus kirpik kenarından 5 mm aşağıda olup tarsın alt kenarı hizasındadır. Göz kapaklarının birbirine bakan serbest kenarları (margo palpebralis) ortalama 2 mm genişliğinde olup çok katlı yassı epitelle örtülmüş ve soluk renktedir. Serbest kenarlar önde künt bir kenar (limbus palpebralis anterior) aracılığı ile deri ile birleşir. Arka kenar ise (limbus palpebralis posterior) daha keskin olup konjonktiva ile birleşir. Ön kenar üzerinde kirpikler (cilia), arka kenar üzerinde ise glandula tarsales (Meibomius bezleri) denilen bezlerin boşaltıcı kanalları bulunur. Dış tarafta alt ve üst göz kapaklarının serbest kenarları dar bir açı yaparak birleşirler ve angulus occuli lateralis adını alır. İç tarafta serbest kenarlar yuvarlak bir köşe yaparak birleşirler ve angulus occuli medialis oluştururlar. Serbest kenarların iç köşeye yakın parçalarında kirpik bulunmaz ve hafif bir kabartı üzerinde gözyaşı kanalcıklarının delikleri görülür (puncta lacrimalia). Serbest kenarları arasında kalan aralığa rima palpebrum denilir. Aralığın genişliği ve şekli ırka ve şahsa göre değişir. Klinik olarak, deri ve orbiküler kas kapak ön lamelini; tars ve konjonktiva ise arka lamelini oluşturur (12).



Alt Göz kapağının Cerrahi Anatomisi



Üst Göz kapağının Cerrahi Anatomisi

1) DERİ TABAKASI

Göz kapaklarının cildi ince, hassas, katlanabilen ve kapakların rahat hareketine imkan veren bir yapıdadır. Orbita kenar bölgesinde kapaklar daha kalın ve daha az hareketlidir. Üst kapakta 0.25 mm, alt kapakta 0.3 mm kalınlıktadır (13). Göz kapaklarının en belirgin yüzey çizgisi olan 'üst göz kapağı kıvrımı' tarsın üst kenarı düzeyinde olup kapak kenarından ortalama 10 mm uzaklıktadır (13,14).

Kapak kenarlarında 2-3 sıra halinde 7-9 mm uzunluğunda kirpikler bulunur. Üst kapakta kirpikler daha uzun ve sayıca çoktur. Cildin içinde küçük yağ ve ter bezleri bulunur. Bunlara Zeis ve Moll bezleri denir. Zeis bezinin sebace bir salgısı vardır. Her bir bez kısa bir kanal ile bir tek kirpiğin follikülüne açılır. Moll bezleri apokrin salgısı olan ter bezleridir. Salgısını ya direkt kirpik folliküllerine yada Zeis bezlerinin kanallarına boşaltırlar(14).

2) KAS TABAKASI

Göz kapaklarının aktif hareketlerini ve gözlerin açılıp kapanmasını sağlayan kaslar iki tanedir.

- Musculus orbicularis occuli
- Musculus levator palpebra superioris

MUSCULUS ORBICULARIS OCCULI

Orbitayı çevreleyerek örten bir kas tabakasıdır. Kapak kenarlarında daha ince, orbita kenarında daha kalındır. Orbital ve palpebral olmak üzere 2 kısımdan oluşur (10).

Orbital kısım orbita kenarını sarar ve gözlerin sıkıca kapatılmasını sağlar. Palpebral kısım, preseptal ve pretarsal olarak ikiye ayrılır. Pretarsal kısım lateral kantal tendona iki ayrı uç ile bağlıdır. Preseptal kısım da benzer şekilde kantal tendonlara bağlanır. Orbiküler kas 7.kafa siniri tarafından innerve edilir.

Orbital parça: M. orbicularis'in orbita üzerinde bulunan parçasıdır ve en kuvvetli kısımdır. Orbital kas göz kırpmasında hiç rol oynamaz, fakat göz kapaklarının kuvvetli kapanmasında yardımcı olur. Aynı zamanda yüz ifadesini yaratan kasılmaları yapar.

Palpebral parça: Pretarsal ve preseptal olmak üzere iki bölümde incelenir. *Pretarsal kısım*, tars üzerinde bulunur. Bu kas içte medial kantal tendonu, dışta lateral kantal tendonu oluşturur. Arka fibrilleri içe ve arkaya yayılarak lakrimal fasyaya, göz yaşı kesesi temporaline ve krista lacrimalis posterior'a yapışır. Bu fibriller her göz kırpışında lakrimal fasyayı çekerek lakrimal pompa fonksiyonu ile göz yaşı kesesi içinde negatif basınç meydana getirir. *Preseptal kısım;* orbikülaris kasının orbital septum üzerinde bulunan kısmıdır. Kasın ön fibrilleri medial kantal tendona, arka fibrilleri ise arka lakrimal kristaya ve lakrimal fasyaya yapışırlar. Göz kırpma hareketi ile arka fibrillerin kasılması gözyaşı kesesi içinde negatif basınç meydana getirir. Preseptal kas fibrilleri dış tarafta birleşerek lateral kantal tendona yapışırlar.

Orbikularis kasının bütün bölümleri N. Facialis'den innerve olur. Göz kırpmak, basit göz kapanması, preseptal ve pretarsal fibrillerin fonksiyonu ile ortaya çıkar. Kapakların kuvvetli kapanması ise orbital kasın fonksiyonu ile oluşur.

MUSCULUS LEVATOR PALPEBRA SUPERIORİS

Canalis nervi optici'nin çevresinden başlar ve orbitanın üst duvarının altında öne doğru uzanır. Kasın hüzmeleri öne doğru gittikçe yelpaze şeklinde açılır, yassı ve ince bir kirişle sonlanırlar. Bu kirişin büyük bir parçası tarsus superiorun üst kenarına yapışır. Diğer bir parçası ince uzantılar şeklinde M. orbicularis oculinin hüzmeleri arasından geçerek aşağıya doğru devam eder. Bu uzantılardan bir parçası deriye diğer bir parçası da serbest kenarda kirpiklerin kökleri etrafında sonlanır.

N. Oculomotorius tarafından innerve edilir. Kasıldığı zaman üst göz kapağını 1 cm kadar yukarıya kaldırır. Bu çizgili kaslardan başka, göz kapakları arasındaki aralığın belirli bir derecede açık kalmasını sağlayan düz kaslar da vardır. Bunlar üst kapaktaki

Müller kası ile alt kapakta bulunan Tarsal kastır. Sinirlerini boyun sempatiklerinden alırlar.

M.levator palpi superior ve Müller kası üst kapak retraktörlerini; kapsulopalpebral fasya ve alt tarsal kas alt kapak retraktörlerini oluşturur.

3) FİBRÖZ TABAKA

Kas tabakasının arkasında yer alan tarsus ve septum orbitale tarafından oluşturulur.

a-Tarsi palpebrarum: Kapakların göz aralığına yakın parçalarında bulunurlar, çok sıkı bağ dokusundan yapılmış, yarımay şeklinde sert ve sağlam plaklardır. Kapakların iskeletini oluştururlar. Üst tarsus daha geniştir. Orbita duvarlarına doğru yönelmiş kenarları septum orbitale ile birleşmiştir. Gözün dış köşesinde tarsusların dış uçları birbirleriyle birleşirler ve ligamentum palpebra laterale aracılığı ile zygomatik kemiğe yapışırlar. İç tarafta tarsusların iç uçları birleşirler ve ligamentum palpebra medialeyi oluşturarak maxillanın frontal çıkıntısına yapışırlar.

Tarsların dokusu arasında glandula tarsales (Meibomius) bezleri denilen alveolar bezler vardır. Bu bezler göz kapaklarının serbest kenarlarına doğru dikey durumda yanyana sıralanmıştır. Boşaltıcı kanallar serbest kenarların arkasında (limbus palpebralis posterior) küçük delikler aracılığıyla açılırlar. Bu bezlerin yağlı salgıları, serbest kenarları yağlamak suretiyle gözyaşının dışarıya akmasına engel olurlar. Sayıları üst kapakta 30-40, alt kapakta 20-30 arasındadır.

b-Septum orbitale: Tarsların konveks kenarları ile orbita duvarları arasında kalan alanı, septum orbitale denilen, fibröz bağ dokusundan yapılmış ince bir zarla kapatılmıştır. Orbital septum, göz kapağının dokularını, derin orbita dokularından ayırır. Bu septum ön ve arka tabakalar arasında hemoraji veya iltihabın infiltrasyonunu önleyen bir baraj görevi yapar. Herhangi bir rekonstrüksiyon işleminde kapakları tamamen serbestleştirmek için veya ptozis cerrahisinde kapak retraktörlerini açığa çıkarmak için septum kesisi şarttır (15).

4) MUKOZA (KONJONKTİVA)

Tars ve septum orbitale'nin arka yüzleri konjonktiva ile örtülmüştür. Konjonktiva mukoza karakterinde ince bir zar olup göz kapakları ve skleranın birbirine temas

eden yüzlerini örter ve bu yüzlerin kayganlığını ve göz küresinin rahat hareket edebilmesini sağlar. Konjonktiva, limbus palpebralis posterior'dan başlar göz kapaklarının arka yüzlerini örttükten sonra skleraya atlarken yukarıda ve aşağıda meydana gelen çıkmazlara alt ve üst forniksler denir.

GÖZ KAPAĞININ BESLENMESİ

Kapaklar internal ve eksternal karotis arterlerinin arasında anastomoz oluşturan palpebral arterler tarafından sağlanan zengin bir kaynağa sahiptir. Bu sayede yara iyileşmesi hızlı olmakta ve enfeksiyon pek görülmemektedir. Üst kapakta iki ana palpebral ark vardır biri tars üzerinde, diğeri Müller kasının alt kısmının üzerinde yeralir. Alt kapakta palpebral arterler kapak kenarından 2-4 mm aşağıda yeralırlar (15,16).

ARTERLERİ

2 sistemden gelir..

1-Orbital sistem: Dorsal, nazal, frontal, supraorbital ve lakrimal dallardan oluşur.

2-Fasyal sistem: Fasyal arter, superfisyel temporal ve infraorbital arterlerden oluşur.

Orbital sistem: A.oftalmika'nın dalları olan;

-*Dorsal nasal arter:* Medial palpebral dalları verir ve daha derin yapıları besler.

-*Frontal arter:* Üstgöz kapağı yapılarını besler.

-*Lakrimal arter:* Lateral palpebral dallar olarak sonlanır ve her iki kapağın lateral kısımlarını besler.

Lateral palpebral dallar medial palpebral dallarla anostomozlaşarak tarsın üstünde ve altında iki arcus meydana getirirler.

Fasyal sistem:

-*Fasyal arter:* A. carotis externa'dan ayrıldıktan sonra yukarıya burnun lateraline doğru uzanır. A. angularis adı altında medial kant tendonunun yüzeyinde ilerler ve

dorsal nazal arterle anostomozlaşarak sonlanır. Göz yaşı kesesi, medial kantus bölgesi ve alt kapak medialini besler

-*Superficial temporal arter*: A. carotis externanın terminal dallarındandır. Göz kapağının lateralini, orbicularis oculi'nin üst kısımlarını besler.

-*Infraorbital arter*: Alt göz kapağı ve keseyi besler.

VENLERİ

Kapak venalarının büyük kısmı içte v.angularis yoluyla v.oftalmika'ya, oradan da sinüs kavernosus'a dökülürler. Bu nedenle kapaklardaki iltihapları çok ciddi komplikasyonlara yol açabilirler. Kapak venalarının bir kısmı da v.temporalis superficialis ve v.lacrimalis'e dökülürler.

LENFATİKLER

Göz kapaklarının iç kısımlarının lenfatikleri çene altı lenf nodlarına dış kısımlarının lenfatikleri kulak önü lenf nodlarına drene olurlar.

İNNERVASYON

Göz kapaklarının innervasyonu 5.kafa sinirinin oftalmik ve maksiller bölümlerinden, başlıca supraorbital ve infraorbital sinirlerden sağlanır. Supraorbital sinir supraorbital çentik hissedilerek hemen altından orbita septumu da geçilerek verilecek 1-2 cc lokal anesteziyle bloke edilir. İnfraorbital sinir, orbita alt kenarının biraz altında supraorbital çentikle aynı hizada olan infraorbital foramen etrafına verilecek anesteziyle bloke edilebilir.Lokal infiltrasyon anestezisi deri ve konjonktivanın hemen altına verilerek sinir uçları duyarsızlaştırılır (15,16).

HİSTOPATOLOJİ

Kapak kitleleri;

1-İnflamatuar hastalıklar ve psödotümörler.

2-Dejeneratif hastalıklar

3-Malign kapak tümörleri, olarak 3 büyük sınıfta incelenebilir.

MALİGN KAPAK TÜMÖRLERİ

BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM (BHK)

Göz kapağının en sık görülen malign tümörü olup ilk defa 1827 yılında Arthur Jacob tarafından tanımlanmıştır (17-19). "Rodent ülser", "*Basalioma*" ya da "*Epitelioma bazosellulare*" gibi adlar almıştır. Malign hücreler epidermin bazal veya germinal olarak adlandırılan hücrelerinden köken alırlar.

Literatürlerde göz kapağının %90 oranla en sık görülen primer malign tümörü olarak bildirilen Bazal Hücreli Karsinom (BHK)'un ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; % 64-%85 arasındadır (18,20,21). Kwitko ve arkadaşlarına göre BHK tüm göz kapağı tümörlerinin %42,72'sini, göz kapağının malign lezyonlarının ise %91'ini oluşturmaktadır (22).

Bazal hücreli karsinomun (BHK), yassı hücreli karsinoma (YHK) oranını Kwitko (22) 38,6/1, Aurora ve Blodi (1) 11,5/1, şeklinde bildirmişlerdir. Pek çok araştırmacıya göre BHK kadın ve erkeklerde eşit oranda görülmekteyse de (4,23-26) literatürde bazı çalışmalarda kadınlarda (27), bazı çalışmalar da ise erkeklerde (28,29) fazla görüldüğü bildirilmektedir. Erkek cinsiyet, beyaz ırk, ileri yaş, blefarit, konjonktivit, dermatit gibi kronik enfeksiyonlar, arsenik, UV B, UV A maruziyeti, yanık, travma, iyonizan radyasyon tedavisi, katran, arsenik gibi kimyasal iritanlar, radyoterapi sonrası skarlar, güneş ışığı ve keratoz, BHK oluşumunda hazırlayıcı nedenler olarak düşünülmektedir (12,16,20-22). Nevoid Bazal Cell Carcinoma (NBCC=Gorlin Gotz send), Xeroderma Pigmentosum (XP), Basex sendromu, Rombo Sendromu gibi çeşitli genetik hastalıklar, AIDS ya da farmakolojik immun supresyonlu kişilerde de görülme sıklığı artmıştır (12,16).

BHK; en sık olarak alt kapaklarda (%70) görülürken sıklık sırasına göre bunu iç kantüs (%14), üst kapak (%9), ve dış kantüs (%7) izler (4,18,20,21,24,27).

BHK klinik tipleri

-*Noduler*: Tipik olarak yüzeyinde küçük dilate damarlar bulunan, sert sedefsi parlak bir nodül görünümündedir. Nodul üzerinde telenjektazik değişimler ve ortasında ülserasyon ve göbeklenme olabilir. 0.5 cm çapa 1-2yılıda erişir (12,16,30)

-*Noduloülseratif (rodent ülser)*: Merkezinde ülser bulunan kenarları kalkık ve yüzeyinde dilate damarlar içeren bir lezyon oluşturur.

-*Sklerozan (Morpheic)*: En nadir görülen tiptir. Düz plak görünümündedir. Lokalize "morfeaform ya da fibrotik" olarak adlandırılan atipik görünümde de olabilir. Başlangıçta inflamatuvar değişimlerin varlığı ve kirpiklerin kaybı ile kronik blefariti hastalığı taklit edebilir (12,16,30).

BHK histopatolojik tipleri

Oval veya iğ şeklinde, koyu boyanan bazofilik çekirdekli, dar sitoplazmalı hücrelerden oluşur. Solid, adenoid, kistik, keratotik, yüzeysel, bazoskuamöz ve pigmentli tip olarak 8 tipi vardır.

BHK'da histopatolojik incelemede mitozun fazla olmasının tümörün yinelenmesi ve prognoz ile ilgisi bulunmadığını göstermiştir (31).

Bazoskuamöz karsinom: Bazoskuamöz karsinom terimi bazal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinomun içiçe olduğu nadir görülen tümör grubunu ifade eder (32). Bazı otörlere göre bu tümör grubu bazal hücreli karsinom'un histolojik alt grubudur ve ameliyat öncesi dönemde tanınmasını sağlayacak klinik özellikleri çoğu kez yoktur. 'Skvamöz metaplazili bazal hücreli karsinom veya 'metatipik karsinom' terimleri de kullanılır (2). Biyolojik davranışı daha çok YHK'a benzeyen bu antite daha saldırgan ve yıkıcıdır, metastaz ve nüks görülme ihtimali daha fazladır. Melanom olmayan deri tümörlerinin % 1-2.5' unu oluşturur ve metastaz insidansı % 9.7' dir (33).

BHK'lar kural olarak metastaz yapmasalarda % 0.02-0.1 oranında genel yayılım bildirilmiştir (34). Konjonktiva, kornea, orbita, paranasal sinüsler, burun boşluğu ve santral sinir sistemine yayılım yapabilirler. Göz içi yayılımı nadir olmakla birlikte görülebilmektedir (35). Metastaz hematojenik veya lenfojenik yollarla olur. Kantus alanındaki morfeaform veya sklerozan tipteki lezyonlar derin orbital yapılara ve nazal sinüslere yayılım eğilimi gösterirler. Beyin tutulumu nedeniyle ölüm görülebilir. Primer lezyonun uzun süre tedavi edilmediği ve defalarca tedaviye, özellikle radyoterapiye gerek görülen olgularda uzak metastazlara rastlanabildiği bildirilmiştir (30,35-39). Metastazlar en sık bölgesel lenf düğümlerine, sonra sırasıyla akciğer, kemik ve karaciğere olur (12,40).

Erken tanı prognozda önemli rol oynar. Hastaların doktora geç başvurmaları sonucu göz kapağında geniş deformiteler oluşabilmektedir (35). Genellikle küçük, nodüler, dış açıda yerleşen tümörlerin prognozunun iyi; büyük, sklerozan tip, iç açıda yerleşen ve yineleyen tümörlerin prognozunun kötü olduğu bildirilmektedir (12,40). BHK'un mortalitesi % 2-11'dir (41).

BHK için ancak % 60 oranında klinik olarak doğru tanı konduğu bildirilmiştir (41,42). YHK'da bu oran %50'ye düşmektedir (43). Bu; BHK'un görülme oranının yüksekliğine bağlı olarak beklentinin fazla olmasına bağlı olabilir (44). YHK, nevüs, malign melanom, senil keratoz, keratoakantoma, benign papillomatöz lezyonlar ve şalazyon, BHK ile sık karışan lezyonlardır (12,16).

BHK için pekçok tedavi yöntemi önerilmiştir. Genel bir kural olarak hangi tedavi yöntemi uygulanırsa uygulansın eğer tümör tekrarlamışsa yapılacak ikinci tedavilerde başarı belirgin olarak azalmaktadır. Bu nedenle ilk tedavide tümörün tamamen ortadan kaldırılmasına büyük özen gösterilmelidir (38,41).

YASSI HÜCRELİ KARSİNOM (YHK)

Skuamöz hücreli epiteloma, epidermoid karsinoma, spinoselüler epiteloma, spinalioma, prickle hücreli epiteloma gibi farklı şekilde de tanımlanabilir. YHK malign kapak lezyonlarının %2-48.1'ini, tüm kapak lezyonlarının ise % 1-2 sinden daha azını oluşturur(2,14,20,22,23,45-50). Tüm deri kanserlerinin % 5-9.2'si göz kapaklarında bulunur ve bu bölgedeki kanserler deri tümörlerindeki tüm mortalitenin %11'ine neden olur (51,52). BHK/YHK oranı % 2,9-38,6 arasında değişmektedir (20,22,23,30,39,50,53). Metastaz insidansı %21 olan YHK ölümcül bir tümördür, lenf düğümlerine metastaz yapabilir (10,17,42,43,46-48). Yassı hücreli kanser genellikle açık renk derili, kronik güneş, arsenik, PUVA veya psoralene ile maruz kalan yaşlı kişilerde olur. Prekanseroz keratozlar da etiyolojide önemlidir. Bilinen prekanseroz durumlar; Bowen dermatozu, yanıklara bağlı Marjolin ülserleri, senil ve aktinik keratoz, kronik deri ülserleri, farmakolojik immunsupresyon, xeroderma pigmentozum, okulokutanöz albinizm gibi genetik hastalıklar, HPV-16 enfeksiyonu, arsenik, radyasyon ve katran dermatozlarıdır (10,40,46). Nadiren solar keratozdan gelişir. Bowen hastalığından gelişen YHK oranı %3 olarak belirtilmiştir (54).

Lezyonlar erken dönemde hemen daima kabarık, üzeri kepekli ve birkaç ay sonra üzerinde yarıklar ve krutlu erozyonlar gelişmeye başlar. Lezyon üzerinde sıklıkla görülen krutların nedeni tümör hücrelerinin keratin oluşturmasıdır. Keratin oluşumu tümörün diferansiyasyonu ile doğru orantılıdır. Dermise lokal yayılımını takiben daha derine bağ dokusu ve periosta yayılır. Tüm orbitayı ve yüzün büyük bir kısmını tutan ve sonuçta kafa içine bile ulaşabilen mantar şeklinde ülser bir lezyon oluşabilir. Genellikle lenfatik yayılan tümör üst kapak veya dış açıda ise kulak önü lenf düğümlerine, alt kapak veya iç açıda ise maksilla altı lenf düğümlerine yayılım gösterir. Ayırıcı tanıda akla BHK yanında keratoakantoma gibi diğer keratotik lezyonlar gelmelidir (55,56).

YHK Tipleri

1.Plaksı tip

2.Noduler tip

3.Ülseratif tip

YHK'un literatürde sıklıkla sağ kapakta görüldüğü bildirilmektedir. Wong ve arkadaşları bu sonucu çalışmalarında yüzün sağ tarafının araba kullanırken daha çok güneşe maruz kalması ile açıklamaktadırlar (42,57). Cook ve Bartley YHK'un en sık olarak sırasıyla alt kapak, medial kantus, üst kapak ve lateral kantus yerleşimli olduğunu belirtmişlerdir (24,58,59). Mustarde (60) üst kapakta, Lederman (61) ve Mc Callum (62) ise alt kapakta daha sık görüldüğünü bildirmektedirler. Mortalite oranları %0-40 arasında değişmektedir (23). Tedavisi büyük ölçüde BHK'un tedavisine benzeyen YHK'dan korunmada, prekanseröz deri lezyonu olanlarda güneş koruyucuları önerilmektedir. Cerrahi dışı tedavide ise tümörün büyümesinde önemli olan angiogenezi sağlayan Fibroblast Growth Factor Binding Protein (FGF-BP)'i inhibe eden retinoidlerle angiogenezin, dolayısıyla tümörün büyümesinin durdurulması amaçlanmaktadır. Rekürren YHK'larda Paclitaxel kullanılabilir (42,55,56). Radyoterapi ve kemoterapi yayılım yapmış YHK'da diğer tedavi seçenekleridir.

Tümörün biçim, boyut ve yerleşimi cerrahi planı belirler. Cerrahi sırasında BHK'a göre daha geniş rezeksiyon yapılmalı ve cerrahi sınırlar ameliyat sırasında dondurulmuş-kesit veya Mohs' cerrahisi ile kontrol edilmelidir. Yassı hücreli karsinom

sıklıkla lenfatik yayılım ile bölgesel metastaz yapar. Lenfatik yayılım varsa çevre lenf dokuları da aynı şekilde cerrahi olarak çıkartılmalıdır.

Fraunfelder ve arkadaşları 21 YHK'lu hastada kriyoterapi uygulamışlar ve 21.6 aylık izlemde nüks görmediklerini ancak forniksin tutulduğu, periosta fikse, sınırları belirsiz veya 10 mm'den büyük tümörlerde kriyoterapinin kontrendike olduğunu belirtmişlerdir (63). Lokal kemoterapi ancak preinvaziv dönemde uygulanabilir ve invaziv YHK'in tedavisinde yeri yoktur. Orbita yayılımı olan olgularda ise ekzanterasyon önerilmektedir.

SEBASE BEZ ADENOKARSİNOMU (SBK)

Bazal ve yassı hücreli karsinomlardan sonra kapağın üçüncü sıklıkta görülen malign tümürüdür (2,64,65). Kapak malign tümörleri arasında görülme sıklığı ise %1.9-32.62'dir (3,16,18,20,39,49,50,66). Oldukça kötü bir prognoza sahiptir. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir (3,16,20,39,49,66). En sık Meibomian bezlerden köken almaktadır (12,40 67). Bu bezler daha büyük olmaları, daha fazla asinilerinin olması ve kıl foliküllerinin olmamasıyla derinin sebese bezlerinden ayrılırlar (12,40,68). Nadiren Zeiss bezlerinden yada karünkülde bulunan sebese bezlerden de gelişebilir. Meibomian bezlerinin daha yoğun olarak bulunduğu üst kapakta daha sık olarak görülür (61,66,68-70).

Genellikle yavaş gelişen, sert, ağrısız bir kitle olarak başlar. Son dönem dışında kapakta erozyon ve ülserasyon oluşturmadan derin dokulara infiltre olur. SBK; tek taraflı konjonktivit, şalazyon, blefarit, meibomit, superior limbik keratokonjonktivit, kutanöz horn, granülomatöz inflamasyonlar (sifiliz, tüberküloz) gibi benign inflamatuvar durumlarla sıklıkla; nadiren de lakrimal bez tümörü ile karışabilmektedir. Lökoplaki, oküler pemfigoid, karsinoma in situ ve konjonktivanın yassı hücreli karsinomunu da taklit edebilir (61,66,68-70). Bu tür lezyonlarda kirpiklerin dökülmüş olması ve lezyon etrafının sert ve kalınlaşmış olması, akla maligniteyi getirmelidir. Klinik olarak SBK şüphesi varsa tam kalınlıkta kapak biyopsisi yapılması gerekir (61,66,68-70). Biyopsi materyali alkol gibi yağ çözücülerin içine konulmadan direkt olarak histopatolojik tetkike yollanmalıdır. SBK'da çoğunlukla etiyoloji bilinmemektedir. Işın tedavisi sonrası gözde SBK oluşabileceği 1968 yılında tanımlanmış, bu konuda ilk yayın 1976'da literatüre girmiştir (71,72).

SBK olan hastalar ikinci bir primer malign tümör gelişme riski altındadırlar. Bir çalışmada hastaların % 23'ünde genellikle deri veya meme karsinomu olmak üzere ikinci bir tümör geliştiği bildirilmektedir (73).

SBK Tipleri

1-Nodüler MBK

2-Yayılım gösteren MBK

3-Zeiss bezi karsinomu

Prognozu Etkileyen Faktörler

1-Pagetoid Yayılım: İntraepitelyal neoplazi; tümörün agresif davranışının bir göstergesidir ve ekzanterasyon endikasyonu vardır.

2-Tümörün Yeri: Alt kapaktaki lezyonların prognozunun üst kapaktakinden daha iyi olduğunu belirtmektedirler (74). Üst kapak tutulumu olanların prognozu da her iki kapağın tutulduğu olgulara göre daha iyidir (74).

3-Tümörün büyüklüğü: 10mm'den büyük tümörün mortalitesi yüksektir

4-Süre: 6 aydan uzun süre kötü prognoz göstergesidir.

SBK %9-36 oranında yinelemektedir (75-78). En sık bölgesel lenf düğümlerine yayılma olup olguların % 17-28'inde tanı anında vardır (75,79). Preauriküler ve submandibuler lenf düğümleri klinik olarak tutulmadan servikal ve supraklavikuler lenf düğümlerinin tutulabileceği bildirilmiştir (80). Akciğer karaciğer, kafatası ve beyine metastaz yapabilir (79,81). Gözün en malign epitelyal tümörü olarak bilinen SBK'dan ölüm oranı % 6-30 arasında bildirilmektedir (75,79). Metastaz olan hastalarda 5 yıllık ölüm oranı % 50-67 arasındadır (79).

SBK'da en uygun tedavi cerrahidir Genellikle mikroskopik kontrol ile 5-6 mm'lik sağlam dokuyla birlikte geniş eksizyon önerilmektedir (78,81,82). Mohs'un mikrocerrahisi de uygulanabilir. Çevre lenf dokuları metastaz yönünden incelenmeli, hematojen yolla yayılım da mümkün olduğu için organ metastazları da araştırılmalıdır. Orbita yayılımı ve yaygın intraepitelyal neoplazi varlığında ve 6 aydan uzun süredir bulunan 2 cm'den büyük lezyonlarda da ekzanterasyon önerilmektedir (75,79,80,82). Lenf düğümü tutulmuş olan hastalarda radikal boyun disseksiyonu,

yüzeysel parotidektomi ve ameliyat sonrası radyoterapi gibi daha agresif yaklaşımlar gerekir. SBK olan hasta en az 5 yıl süreyle boyun ve bölgesel lenf bezlerine metastaz yönünden izlenmelidir.

MALİGN MELANOM (MM)

Derinin benign pigmentli lezyonlarının çokluğuna karşın malign melanomu nadirdir. Tüm deri kanserlerinin sadece % 3'ünü oluşturur. Göz kapağının tüm tümörlerinin % 1-5.4'idir (20,23,45,82). Sarışınlarda ve açık tenlilerde daha fazla görülür. Etiyolojide rol oynayan faktörler arasında; aile öyküsü, travma, kronik irritasyonlar, radyasyon, PUVA, güneş ışığı, eski skar dokuları ve mavi nevüs, common nevüs, lentigo maligna gibi prekürsör lezyonlar bulunmaktadır. Özellikle Xeroderma pigmentosum veya Nevoid Bazal Hücreli Karsinom Sendromlu hastalarda dikkatli olmak gerekir. (12,40,30). Hastaların büyük kısmı 6-7. dekatta olup, kadınlarda biraz daha fazladır (12,40,30). Prognoz büyük ölçüde melanositlerin invazyonu ile ilgilidir. İnvazyon derecesi histolojik kriterler (Clarke'in invazyon dereceleri) ve tümörün histolojik yöntemlerle ölçülen gerçek kalınlığına (Breslow yöntemi) bağlıdır (12,40).

Clarke'in invazyon dereceleri

Evre I :Tüm tümör hücreleri bazal membranın üstündedir (in situ).

Evre II : Papiller dermise yayılım var, retiküler dermiş tutulmamış.

Evre III: Papiller dermisi doldurmuş, papiller ve retiküler dermis arasındaki yüzey boyunca toplanmış.

Evre IV: Retiküler dermis tutulmuş.

Evre V: Deri altı yağ dokusu tutulmuş.

Breslow tümörün gerçek kalınlığını ölçerek evrelendirme yapmıştır. Bu sınıflandırma daha objektif olup tedavi ve prognozda önemlidir.

Breslow evrelendirmesi

Evre I : 0,75 mm veya daha az

Evre II: 0,76 mm - 1.50 mm.

Evre III: 1.51 - 3.0 mm.

Evre IV: 3.0 mm den fazla

Lezyonun derinliği arttıkça lenf düğümü tutulması ve mortalitesi artmaktadır.

MM Tipleri

1.Lentigo maligna (Hutchinson'un melanotik lekesi)

2.Yüzeyel yayılımlı melanoma

3.Noduler melanoma

Pigmentli bir lezyonda homojen bir renk dağılımı, kenarının düzgünlüğü ve çapının 10 mm'nin altında olması benign olma lehinedir. Deri malign melanomlarının prognozu invazyonun derinliğiyle de ilgilidir (12,30,40). 0,76 mm den ince lezyonlarda prognoz çok iyidir, 3 mm'den derin invazyonda ise prognoz kötüdür.

Lezyonun büyüklüğü, sayısı da prognozu etkiler. Lenf düğümü tutulanlarda, dermiste lenfosit infiltrasyonunun olmadığı olgularda prognoz daha kötüdür. Tedaviden yıllar sonra bile uzak metastaz olabileceğinden hastaların 15 yıl gibi uzun süre izlenmesi gereklidir (12,30,40).

Cerrahi tedavide tümör oldukça geniş olarak çıkarılmalı ve histopatolojik olarak tümörün tümüyle çıkarıldığından emin olunmalıdır. Lentigo maligna formunda görünür 5-10 mm'lik sağlıklı doku kenarı ile birlikte çıkarılması genellikle yeterlidir. Nodüler melanomalarda ya da derin invazyon görülen durumlarda radikal davranmalı, lokal ya da sistemik metastaz araştırılmalı ve bu hastalar daha yakından izlenmelidir (26,82-84).

Cerrahi dışı tedavi olarak lokal nüksde melfalan infüzyonu ya da Interferon alfa ile tümöre spesifik immunoterapi yapılabilir. Metastatik hastalıkda; HLA ekspresyonunu ve Natural Killer hücrelerinin etkisini arttıran İnterlökin (İL), ve İnterferon gammanın (INF-gamma) retroviral vektörle enjeksiyonu yaşam süresini arttırır. Hiçbir tedaviye cevap yoksa Aldeslökin kullanılır.

Bir çalışmada, Rekombinan Human Granulosit Makrofaj Colony Stimulating Factor (rhGM-CSF)'ün ve otolog melanom aşısının malign hücreleri inhibe ettiği rapor edilmiştir. (85).

LENFOSİTİK TÜMÖRLER

Okuler adnekslerdeki lenfositik karsinomlar genellikle MALT tipi B hücreli lenfomalardır. Kapakta aniden ortaya çıkan nodüler lezyon veya diffüz makuler eritematöz lezyon şeklinde bulgu verir. Ekstranodal lenfomalar göze lokalize olabilir veya tüm vücuda yayılımla birlikte göz bulguları oluşabilir. Lenfomalar nadiren orbitada başlar fakat hastalığın geç dönemlerinde orbita tutulabilir. Lenfoma gözde en sık perilimbal bölge veya alt fornikte pembe bir kitle şeklinde görülür. Oldukça sinsidir. Hasta kitle veya egzoftalmus nedeniyle başvurur. Lenfoid neoplazmlar orta yaş ve üzerinin hastalığıdır. Sıklıkla bilateral ve simetriktir, her dört kapağı da tutabilir. Hastaların çoğunda sistemik tutulum olduğundan, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, karaciğer fonksiyon testleri, kemik iliği incelemesi, akciğer filmi, abdominal ve torakal bilgisayarlı tomografi yapılarak hastalığın evresinin saptanması ve buna göre tedavinin düzenlenmesi önerilmektedir (86). Lenfomaların tedavisinde esas olarak radyoterapi kullanılmaktadır (87). PUVA, alkilleyici ajanlar, UV-B; plak tarzı lezyonlara kullanılabilir. Işın tedavisi yalnız lezyona değil, varsa lenfadenopatilere de yapılmalıdır. Sistemik yayılımı olan olgularda ise sistemik kemoterapi uygulanmaktadır.

KAPOSi SARKOMU

Damar endotel hücresi kaynaklı malign bir tümördür. AIDS'li ve farmakolojik olarak immunsuprese hastalarda görülür. Göz kapağı ve konjonktivadaki Kaposi sarkom oranı tüm kaposi sarkomlar içinde; %4'dür.

Tipleri:

1-Lokalize noduler

3-İnfiltratif

2-Lokalize vejetan

4-Lenfoadenopatik tip

Tedavisinde; eksizyon, radyoterapi, karbondioksit lazer, kriyoterapi gibi nonspesifik tedavi yöntemleri uygulanabilir. Bleomisin, Vinka alkaloidi, Doksorubisin ve Taxol kemoterapide kullanılabilir. Sitokin, retinoik asit ve talidomid; angiogenez inhibitörü olarak denenmekte olan ilaçlardır.

MERKEL HÜCRELİ KARSİNOM (MHK)

Merkel hücresi bazal epitelyal hücreleri ile aynı özelliklere sahiptir. Sitokeratin ve epitelyal membran antijenleri içerirler. Nöral krest hücrelerine de benzerler. Nöron spesifik enolaz (+)'dir. İleri yaşta görülen dermis kaynaklı, agresif bir tümördür. Sıklıkla üst kapakta kırmızı mor bir nodül olarak görülür. UV potansiyel risktir. MHK'ların %10'u periokulerdir. 5 yıllık yaşam süresi %33-88 arasında değişir. Nüks oranı %44'dür. %75 rejyonel lenf nodu metastazı, %33 uzak metastaz yapar. Transplantasyonlu veya immunsuprese hastalarda sıktır. Tedavisi geniş cerrahi eksizyon ile birlikte radyoterapidir. Kemoterapi de eklenebilir.

METASTATİK TÜMÖRLER

Üveave göz içi yapılara metastaz sıklığına karşın kapakta metastatik tümör son derece nadir görülür. Kapak metastatik tümörleri tüm kapak malign tümörlerinin % 0.6-1.4'ini oluşturur (88). 50-80 yaş arasında sık görülür. Metastaz en sık; meme karsinomu (%35), deri (%16), gastrointestinal sistem (%10) ve genitoüriner sistem (% 10) karsinomlarından olur (64). Metastatik lezyonların özel bir kliniği yoktur ancak önceden bilinen bir malignite varsa şüphelenilir. Primer odağın başarılı bir cerrahi tedavisinden yıllar sonra bile kapakta lezyon ortaya çıkabilmektedir. En çok şalazyon, kist, granülom ve ksantom ile karıştırılır. Riley kapak metastatik tümörleriyle ilgili 3 karakteristik görünüm tanımlamıştır.

1) *Hassas olmayan, endüre plaklar **meme karsinomu** için,*

2) *Soliter, enflame olmayan subkütan noduller genellikle **malign melanoma** için,*

3) *Ülsere nodüller metastatik **akciğer ve mide karsinomları** için karakteristiktir (89).*

Patolojik olarak primer tümör ile metastazın ayırımı zordur. Kan damarları içinde hücre bulunması, tümörün deri altına lokalize olması, tümör hücreleri çevresindeki belirgin skleroz, deri yapısının ve iltihabı hücrelerin relatif yokluğu metastazı düşündürür. İmmünohistokimyasal boyalarla da primer odak saptanabilir. Örneğin meme karsinomunda alfa laktalbumin, prostat karsinomunda asit fosfataz, GIS karsinomunda karsinoembriyogenik antijen (CEA) bakılabilir. Tedavide lezyon tek ise cerrahi olarak çıkarılır, yaygın ise radyoterapi yapılır (90).

GÖZ KAPAĞI TÜMÖRLERİNDE TANI VE TEDAVİ

Göz kapağı tümörlerinin uygun biçimde tedavi edilebilmesi için önce doğru tanı konulmalıdır. Tümörün yeri, şekli, rengi, çevre dokulara yapışık olup olmaması, damarlanması, pigmentasyonu, gelişim süresi ve hızı, predispozan faktörlerin varlığı göz önüne alınmalı, komşu lenf nodüllerinin durumu incelenmelidir. Tümörün takibinde renkli fotoğrafların önemi büyüktür. Çoğu tümör karakteristik klinik görünümüne sahip olsa da kesin tanı biyopsi veya eksizyon ile alınan dokuların histolojik incelenmesi ile konulabilir. Küçük tümörlerde eksizyonel biyopsi kuraldır. Büyük tümörlerde ise sağlam doku sınırından 2-5 mm genişlikte ve tümörün tam derinliğini kapsayacak şekilde biyopsi alınmalıdır. Biyopsi teşhis ve tedavinin ilk basamağıdır.

Kapak malign tümörlerinin primer tedavisi cerrahidir. Cerrahi uygulanamayan hastalarda başlıca diğer tedavi yöntemleri:

- 1-Radyoterapi,
- 2-Kriyoterapi,
- 3-Küretaj ve elektrodeseksiyon,
- 4-Diyatermi,
- 5-Dikloroasetik asit gibi kimyasal maddeler,
- 6-İmmunoterapi,
- 7-Sistemik sitotoksiklerle kemoterapi,
- 8-Fotodinamik tedavi'dir.

CERRAHİ TEDAVİ

Cerrahi rezeksiyonda 2 teknik kullanılır.

1-Dondurulmuş kesitli rezeksiyon: Tümör gözle görülebilen sınırlardan 3-5 mmlik sağlam doku ile birlikte çıkarılır. Cerrahi sırasında dokunun tüm sınırları patoloğ tarafından değerlendirilerek, tümör kalıntısı olup olmadığı belirlenir. Bu yöntemle tümör sınırlarının kontrolünün sağlanmasının yanında hastanın ikinci bir cerrahiye gereksinimi azaltılır. Bu yöntemle BHK'da cerrahi başarı oranı %99-100 olarak bildirilmiştir (91)

2-Mohs'un mikroskopik cerrahisi=Kemocerrahi (MMC): Tümörün tüm sınırlarının boyanarak dokunun tabakalar halinde çıkarılıp, her tabakanın frozen kesitlerde bir haritasının çıkarılmasını içerir. Bu teknikle tümör tamamen çıkartılırken sağlam doku da maksimum düzeyde korunur. Diğer tedavi yöntemlerine göre en düşük rekürrens oranına sahiptir (4,92). Fazla zaman alması, pahalı alet ve tecrübeli eleman gerektirdiğinden sadece belirli merkezlerde uygulanabilmesi ve maliyetinin yüksekliği bu tekniğin dezavantajlarıdır. Derin yayılım gösteren iç kantal bölge tümörlerinde, 2 cm'den büyük tümörlerde, agresif büyüyen veya nüks eden tümörlerde ve sınırların çok net gözlenemediği morfeaform BHK'da MMC önerilir. Pigmente tümörlerde, multifokal tümörlerde, SBK gibi tümörsüz (skip) alanları olan tümörlerde etkinliği düşüktür. Frederich Mohs, BHK'da başarı oranının %99, rekürren karsinomlarda ise bu oranının %92.4 olduğunu belirtmiştir (4,36).

RADYOTERAPİ

İlk tedavi seçeneği olarak düşünülmemeli, cerrahi uygulanamayan hastalarda düşünülmalıdır. Kriyoterapide olduğu gibi çapı 10 mm'yi geçen tümörlerde nüks oranı artmaktadır (93). Skatrisyel kapak değişimleri, deride atrofi, kirpik folliküllerinde hasar, konjonktivada keratinizasyon, keratit, lakrimal drenaj sisteminde tıkanıklık, katarakt, optik atrofi, retina toksisitesi gibi ciddi yan etkileri vardır. Oluşan doku skatrizasyonu daha sonra uygulanacak bir cerrahi sırasında gerek rezeksiyon gerekse rekonstrüksiyon açısından büyük güçlük çıkartır (94).

KRİYOTERAPİ

Kriyoterapi genel durumu bozuk yaşlı ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyenler hastalarda, 10 mm'den küçük, sınırları belirgin lezyonlarda cerrahiye alternatif bir tedavidir (95). Sıvı nitrojen, kriyo probu ile direkt temas veya spreyle püskürtme şeklinde kullanılan en etkin dondurucu maddedir. -30 C° da ardarda donma/çözülme işlemi ile tümör hücreleri tahrip edilebilmektedir. Malign hücreler dondurma işlemine normal hücrelerden daha hassastır. Buzlanma etkisinin kitlenin 3-4 mm dışına taşması gereklidir. Bu yöntemde nüks belirgin olarak daha yüksektir. Konjonktival forniks tutulumu olan tümörlerde, periosta fikse tümörlerde, kapakta motor veya duysal denervasyon olduğu durumlarda, kriyoglobulünemisi olanlarda, koyu pigmente deride, 10mm'den büyük ve sınırları belirsiz lezyonlarda kriyoterapi

sakıncalıdır (96). Radyoterapi ve kriyoterapi uygulamasında ortak bir sorun tümörün histopatolojisinin ve sınırlarının bilinmemesidir. Bunun için mutlaka küçük de olsa biyopsi cerrahisi gereklidir. Genellikle zaten küçük boyutlu olan tümörlerin biyopsi yerine total olarak çıkarılması daha uygundur (97,98).

KÜRETAJ VE ELEKTRODESİKASYON

Gözden uzak kitlelerin tedavisinde en çok yararlanılan yöntemdir (51). Alan tedavisi olması ve tedavi sonrası kapak çevresinde oluşan izler uygulanmasını sınırlar.

KEMOTERAPİ

Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya genel durumu iyi olmayan hastalarda kullanılır. Sisplatin tek başına ya da doksorubisin, bleomisin, izoretionin ve alfa interferonla birlikte kullanılır (52,99). Sistemik kemoterapinin sakıncaları; renal yetmezlik, dekompanse kalp yetmezliği, nötrositopeni ve trombositopenidir. Sisplatinin papil ödem, retrobulber nörit, homonim hemianopsi, retina pigment epitel değişikliği, ERG ve VEP anomalileri gibi gözle ilgili yan etkileri bildirilmiştir. Entretinate ve izotretinoin'in BHK'da kullanımı ile ilgili çalışmalar değişken sonuçlar vermektedir. Ciddi yan etkileri kullanımını sınırlar. Tedavinin sona ermesiyle kısmen gerilemiş kitle tekrarlar, bu nedenle retinoidler tümörün tedavisinden çok önlenmesinde denenmiştir ancak başarılı sonuç vermemiştir (100).

İNTERFERON

Lezyon içi enjeksiyonlarla tümörün yok edildiği ve rezidüel kitlenin kalmadığı çalışmalarla ortaya konmuştur fakat bu yöntemin etkinliğinin belirlenmesi için önce daha geniş ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır (36).

FOTODİNAMİK TEDAVİ

Hematoporfirin gibi ışığa duyarlılık kazandıran bir etkin madde yerel veya sistemik olarak verilerek tümör hücrelerinde yeterli düzeylerde birikimi sağlanır. Etkin tümörde biriktikten sonra ışığa duyarlı madde bir ışık kaynağı örneğin dye-lazer ile uyarılarak tümör sınırının 2 cm çevresine kadar hücre nekrozu sağlanır (101). Sağlıklı derinin yıkımını en aza indirmek için neoplastik epitelde ışığa duyarlılık sağlayan etken

maddenin seçici birikimine bağlı bir yöntemdir. Yerel uygulamada emilim sorun olabilir. Sistemik uygulamada hastada genel ışık duyarlılığı gelişebilir.

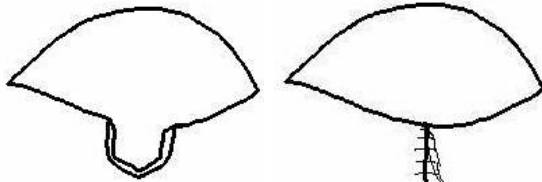
EKZANTERASYON

Orbital yayılımı olan vakalarda ekzanterasyon uygulanmalıdır. Malign melanomda ise tümör yaygınsa, palpebral konjonktivayı tutmuşsa, ve rekürrens göstermişse ekzanterasyon gerekir.

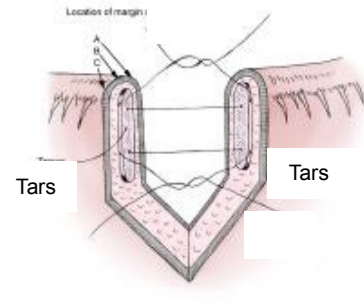
KAPAK REKONSTRÜKSİYONU

Rekonstrüksiyonda amaç; kozmetik ve anatomik bütünlüğü sağlayarak, gözün normal fizyolojisinin ve fonksiyonunun devamını sağlamaktır. Defektin boyutu, lokalizasyonu, çevre dokuların durumu ve hastanın yaşı uygulanacak rekonstrüksiyon yönteminin planlanmasında temel belirleyicilerdir. Yaşlılarda kapak cildinin gevşekliğine bağlı olarak daha geniş defektlerin primer sutureasyonla kapatılması mümkün olabilirken, daha önceden kapak cerrahisi geçirmiş yada radyoterapi uygulanmış hastalarda onarım daha güç olur.

1.PRİMER KAPAMA: Kapak kenarını ilgilendiren 8 mm'ye veya kapak genişliğinin % 25'ine kadar olan defektlerde en yaygın olarak kullanılan yöntem primer onarımdır (81,82). Bu yöntemde kapak kenarında oluşmuş ya da oluşturulan defekt pentagonal hale getirilir. Sutureasyona kapak kenarından başlanır. Bu sutureler bağlanmadan önce tarsal plak defekti emilebilir suturelerle kapatılır. Daha sonra orbikularis kası ve cilt kapatılır. Kapak kenarında yer alan suturelerin uçları uzun bırakılarak ya da düğüm yara yerinin içine gizlenerek kornea irritasyonu önlenir. (Şekil 1-2)



Şekil 1: Primer kapama



Şekil 2: Kenar sutureünün lokalizasyonu

Şekil 2:Sütür tekniği

2. FLEP YÖNTEMLERİ: Oküloplastik cerrahide çoğu kez deri flepleri kullanılır. Nadiren deri-kas fleplerinden de yararlanılmaktadır. Flepler o bölge derisinden köken aldıkları için renk ve kalınlık açısından fazla farkları bulunmaz. Kanlamalarının iyi olması, ön lamel rekonstrüksiyonunu sağlamaları ve greftlere göre daha az büzülme göstermeleri de diğer avantajlarıdır. Flepler biçimlerine göre;

1- Kaydırma,

2-İlerletme,

3-Çevirme (rotasyon)

4-Yer değiştirme (transpozisyon) flepleri olarak adlandırılabilirler.

Z plasti: Mevcut bir skarı ya da doku defektini uzatmak için kullanılır. Fleplerin transpozisyonu ile %75lik bir uzama sağlanır.

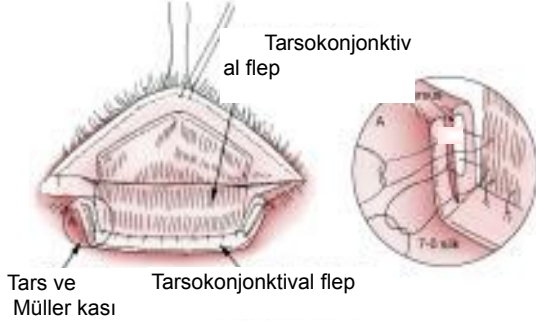
O-Z Plasti: Yuvarlak biçimli defektlerin kapatılmasında kullanılır (Şekil 3).



Şekil 3: O-Z Plasti

3. GREFT YÖNTEMLERİ: Alıcı bölgede grefti besleyecek, greftle direk temas halinde vaskularize bir doku olması gerekmektedir.

1-Tam kalınlık deri greftleri: Dermal ve epidermal katları içeren greftlerdir. Kapak defektlerinde greft almak için kullanılacak en iyi bölge diğer kapaktır. Retroauriküler bölge, supraklaviküler bölge, üst kolun iç kısmı veya ayağın dorsal kısmı da daha nadir olarak greft alınımında kullanılacak bölgelerdir (75). Bu bölgelerden alınan greftin altındaki subkutan doku tamamen temizlenerek inceltmelidir. Serbest greftler büzüşerek küçülme eğiliminde olduklarından dolayı greft genişliği her zaman alıcı bölgeden %50 daha büyük olmalıdır.



Aynı gözün diğer kapağında yada karşı gözün herhangi bir kapağında alınan ön ve arka lameli içeren bileşik serbest greftlerdir. Diğer kapağın dörtte biri genişliğinde alınan bileşik greft sonrası oluşan defekt primer olarak kapatılabilir. Kompose greftler için maksimum genişlik 8 mm'dir. Burun septumundan elde edilen kondromukozal greft kompose bir grefttir (Şekil 4) .

Şekil 4: Kompose greft

3-Kıkırdak greftleri: Kulak kepçesinden alınan kıkırdak dokunun arka yüzeyinin mukoza ile örtülme zorunluluğu yoktur.

4-Laissez-Faire tekniği (Spontan granülasyon): Her iki kapağı tutan geniş medial kantal defektlerden veya radyoterapiden sonra kullanılır. Antibiyotikli pomad ve vazelinli gaz pansuman ile 2-3 hafta içinde spontan granülasyonla iyileşme görülür.

DEFEKTLERİN LOKALİZASYONUNA GÖRE CERRAHİ TEKNİKLER

ÜST KAPAK REKONSTRÜKSİYONU

a-Kapağın %25 ve daha azını tutan defektler:

Defekt pentagonal şekle dönüştürülerek primer sütürasyonla kapatılır. Gençlerde kapağın 1/3'üne yakın defektler direkt kapatılırken yaşlı kimselerde ise dokuların gevşekliğine bağlı olarak kapağın yarısına yakın genişlikteki defektler bile kolaylıkla primer sütürasyonla kapatılabilir (80). Primer sütürasyondan sonra en sık karşılaşılan sorunlar kapak kenarında çentiklenme ve bölgesel trikiasis oluşumudur. Nadir de olsa skatrisyel ektropiyon, konjonktival fibrotik skar, kornea alt kenarında keratit görülebilir.

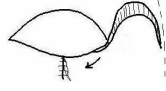
b-Kapağın %25-50'sini tutan defektler:

-Lateral kantotomi ve Kantolizis: 16 mm'ye kadar olan üst kapak defektleri lateral kantolizis ile kapatılabilir. Lateral kantotomi yapıldıktan sonra dış kantal ligamanın üst bacağı orbital kenara yakın kesilir. Bu işlemle üst kapağın 5-6 mm uzamasını sağlar.

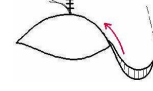
-Medial Kantotomi ve Kantolizis: Üst ve alt kapağın yarısına kadar olan defektlerin giderilmesinde uygulanabilecek bir alternatiftir. Yöntemin sakıncası kanalikülün kesilerek epiforaya neden olunmasıdır (102).

c-Kapağın %50-75'ini tutan defektler:

-Tenzel semisirküler flebi: Bu yöntemin uygulanabilmesi için medial ve lateralde enaz 2 mmlik tars parçası kalmış olmalıdır. Kaş dış kenarını geçmeyen yarımay şeklinde bir flep oluşturulur. Alt kapak defektlerinde açıklığı aşağı, üst kapak defektlerinde açıklığı yukarı bakan flebin genişliği yaklaşık 2cm kadardır (103) (Şekil 5,6).



Şekil 5:Alt kapak defektlerinde Tenzel flebi



Şekil 6:Üst kapak defektlerinde Tenzel flebi

-Tarsal rotasyonel flepler: Üst kapağın 2/3'üne kadarını kaplayan defektlerde kalan tarsokonjonktival dokudan flep çevrilerek arka kat oluşturulabilir (65,104-106).

d- Kapağın % 75 ve daha fazlasını tutan defektler

-Cutler Beard yöntemi: Levator aponeurozunun sağlam kaldığı defektlerde kullanılan iki aşamalı tam kat kapak paylaşım işlemidir (104). Totale yakın defektlerde dahi kullanılabilir. Orijinal şeklinden farklı olarak, deri ile mukoza arasına kulak kıkırdağı yerleştirilerek daha stabil bir üst kapak elde edilebilir. Köprü flebinin nekrozu, kapak kenarı düzensizliği, kirpik kaybı, alt kapağın skara bağlı retraksiyonu gibi komplikasyonlar görülebilir. Alt kapak köprüsü en az 4-5 mm kalınlıkta olursa marjinal vasküler ark korunmuş olur. Rekonstrükte edilmiş kapaktaki kirpiksiz bölüm için takma kirpikler kirpik greftlerinden daha başarılıdır (80). Alt kapakta ektropion, kapakta şekil bozukluğu, üst ve alt kapakta skar sonucu retraksiyon diğer komplikasyonlar arasındadır (76,107).

-Mc Cord yöntemi: Cutler-Beard yönteminin modifikasyonudur. Bu yöntemde ilerletilen flepte tarsal doku bulunmadığı için deri kas katı ile konjonktiva arasına kulak kıkırdağı veya verici sklerası yerleştirilir. İlerletme flebi hazırlanırken tars yerinde bırakılır. İlerletme flebindeki konjonktiva ayrılır ve eksik bölgesindeki konjonktivaya sütüre edilir. Bunun üzerine skleral greft veya kulak kıkırdağı üstte

levator aponörozuna yanda tarsal kenarlara suture edilir. Cutler-Beard yönteminde olduğu gibi 8-12 hafta sonra kapak kenarı ayrılır ve repoze edilir (14).

-Ters değiştirilmiş Hughes yöntemi: Alt kapaktan alınan tarsokonjonktival flep üst kapaktaki defekt yerine taşınır, ön lamel ise serbest deri grefti ile oluşturulur (105).

-Tek basamaklı yeniden yapılandırma: Bu yöntemde karşı taraf üst kapaktan alınan tarsokonjonktival flep üzerine ön lamel oluşturulması için lokal muskulokutanöz flep çevrilir (77,105).

-Alt kapak kenarından pedinküllü flep: Bu teknikte, alt kapak kenarı iki aşamalı bir işlemle üst kapağa transfer edilir. İlk aşamada pedinkül üst kapağa yerleştirilir, ikinci aşamada pedinkül ayrılır ve alt kapak düzeltilir. Üst kapakta kirpik kaybı görülmez (64).

-Bileşik greftler: Diğer taraftan alınan üst ve bazen alt kapak tam kat greftler kullanılır. Greftin üzerindeki muskulokutanöz tabaka kirpiklerin hemen üzerine kadar çıkartılır. Tek gözlü hastalarda gören gözün kapatılmasına yol açmadığı için tercih edilebilir. Greft defekt alanına yerleştirildikten sonra üzeri deri-kas flebi ile kaplanır. Düzgün bir kapak kontürü elde edilmesine rağmen yaklaşık olarak olguların % 50'sinde kirpikler korunamaz (106,107).

-Medial alın flebi: Nadir kullanılan bir teknik olup diğer tekniklerin uygulanamadığı geniş üst kapak defektlerinin tamirinde kullanılır (80).

-Temporal alın flebi: Kaşın üzerindeki alandan alınan temporal tabanlı transpozisyon flebi ile üst kapak defekti kapatılır. Çoğu kez flebin normal deri üzerinden geçen köprü kısmı ikinci bir işlemle düzeltilir. Flep ileriki bir tarihte inceltme işlemine tabi tutularak normale daha yakın bir görünüm ve fonksiyon verilebilir (80).

ALT KAPAK REKONSTRÜKSİYONU

a-Kapağın % 25 ve daha azını tutan defektler:

-Primer kapama: Alt kapakta da en sık kullanılan onarım yöntemi kapak kenarının ucuca direkt olarak birleştirilmesidir. En sık alt kapağın %40'ından azını kaplayan merkezi defektlerinde kullanılır. Daha genç hastalarda kapak kenarının %30'una kadar genişlikteki defektleri basit direkt kapama tekniği ile onarmak mümkün olabilir. *Lateral kantolizis* yapılabilir. McCord deriden çıkartılan bölümde kesinin temporale doğru uzandığı oblik deri eksizyonu tekniğini alternatif olarak önermiş ve 'köpek kulağı' (dog ear) oluşum riskinin azaltılabileceğini ileri sürmüştür(108).

b-Kapağın %25-50 'sini tutan defektler:

Lateral kantotomi yapılabilir. Alt kapakta gevşeklik, ektropion gibi komplikasyonlar görülebilir (14,76).

c-Kapağın %50-75'ini tutan defektler:

-Tenzel semisirküler flebi: Alt kapağın santral veya lateral yerleşimli %40 ila %60 oranındaki defektleri lateral, semisirküler bir rotasyon mini-flebi ile onarılabilir (109,110).Geniş defektlerde kapak lateralinin periost flebi ile desteklenmesi ve daha geniş defektlerde kulak kıkırdağının destek olarak kullanılması önerilmiştir.

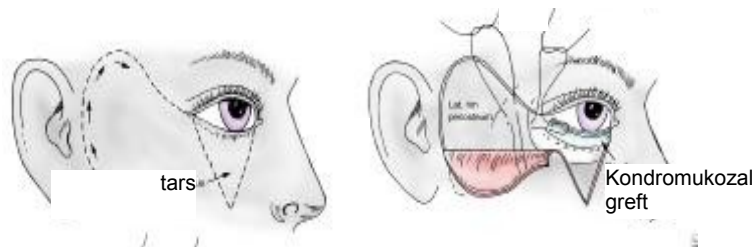
d- Kapağın %75 ve Daha Fazlasını Tutun Defektler:

-Modifiye Hughes yöntemi: Alt kapağın %50'sinden geniş defektleri üst kapaktan alınan tarsokonjunktival flep ile onarılabilir (111).Tarsokonjunktival ilerletme flebi, aynı taraf yanaktan alınan deri-kas ilerletme flebi ile veya tam kat serbest deri grefti ile örtülür. Flep ve deri greftine 6-8 hafta dokunulmaz. Bu sürede greft damarlanması tamamlanırken oluşan traksiyon ile yara retraksiyonuna karşı konulmuş olunur.

-Hewes yöntemi: Kapağın temporal yarısını içeren dar defektler için tasarlanmıştır. Üst kapaktan alınan tarsokonjunktival transpozisyon flebi tam-kalınlıkta bir deri grefti veya flebi ile örtülür (108,111).

-Mustarde Yanak Rotasyon Flebi: Alt kapağın her türlü defektinin kapatılmasında kullanılabilecek bir tam-kat rotasyonel yanak flebidir (108,111) (Şekil 7). Nazal defektler için daha uygundur. Bu işlemin dezavantajları yüzde uzun bir skar hattı

oluşturması, normal dokudan üçgen biçiminde geniş bir alanın çıkartılması ve rekonstrükte edilmiş kapağın adinamik yapısıdır. Atonisite, lakrimal pompa mekanizmasını bozduğu gibi geç dönemde alt kapak sarkmasına ve ektropiona yol açabilir. Geniş, vertikal uzanan nazal yerleşimli defektlerde; kapağın glokom, aktif kornea ülseri, veya çocuklarda ambliyopi riski nedeniyle kapalı tutulmasının istenmediği durumlarda; ikinci bir cerrahi girişimi tolere edemeyecek hastalarda endikedir. Yanak nekrozu, nazomukozal greft nekrozu ve buna bağlı entropion, 7.sinir felci, lakrimal sistem hasarına bağlı epifora, belirgin skar oluşumu en önemli komplikasyonlarıdır.



Şekil 7: Mustarde yanak rotasyon flebi

-Beyer-Bathrick tarsokonjonktival grefti: Bu yöntemin uygulanabilmesi için serbest tarsokonjonktival greftin üzerini kaplamak için yeterli miktarda yanak derisi bulunmalıdır (14,108).

-Leone-Hand tekniği: Alt kapağın geniş medial defektleri için kullanılan kompoze greftleme yöntemidir (14,111,112).

-Kompoze greftler: Aynı gözün diğer kapağından ya da karşı gözün üst kapağından alınan ön ve arka lameli içeren bileşik serbest greftlerdir. Diğer kapağın dörtte biri genişliğinden alınan bileşik greft sonrası oluşan eksikler birincil olarak kapatılır. Kompoze greftler için en fazla genişlik 8mm olarak belirlenmiştir (14,79).

-Heterolog kartilaj ile arka kat yeniden yapılandırılması: Steinkogler tarafından, işlenmiş bovin kartilajının başarıyla uygulanabileceği bildirilmiştir (113).Yöntem arka lamel oluşturulması için yapılacak girişimlerin süresini kısaltabilir ve tama yakın genişlikteki kapak onarımlarında uygulanabilir.

İÇ KANTAL DEFEKTLER

KANTAL TÜMÖRLER

Kantal tümörler; rekonstrüksiyon yöntemlerindeki farklılıklar ve nüks oranlarının daha yüksek olması ile ayrı bir öneme sahiptir. Kozmetik ve işlevsel açıdan önemli gözyaşı kesesi, punktum, kanalikül, kantal ligaman gibi yapılar bu bölgede bulunur. Primer amaç tümörün tamamen çıkartılmasıdır. Dondurulmuş kesitlemeyle çalışılması zorunludur. Periost tutulumu varsa bitişik kemik dokusu çıkartılmalı ve histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Karünkül tutulumu aşırı diseksiyon gerektirir. Bulbar konjunktiva çıkartılmışsa sembleferon oluşumunu önlemek için yerine konjunktiva veya bukkal mukozal greft konmalıdır. Kapaklardan küçük bir kısım çıkartılmışsa defekt serbest kısımların primer olarak periosta fiksasyonu ile kapatılabilir (14,114).

-Spontan granülasyon (Laissez-Faire yöntemi): Üst ve alt kapağı içermeyen buruna yakın defektlerde tercih edilebilir. Cerrahi süresi kısadır. Lezyon nüks açısından izlenebilir ve sonrasında yeniden yapılandırma düşünülebilir (115). Alt kapağın tam-kat defektlerinde punktum ve inferior kanalikülün bir kısmı da defekte dahil olabilir. Alt kapakla birlikte alt kanalikülün de onarımı, epifora görülmesini önlemek için sekonder olarak Jones tüpü uygulama gereksinimini ortadan kaldırır. Quickert-Dreyden tüpü ile entübasyon uygulanması yeni oluşturulan punktum ve kanalikülün kalıcılığını sağladığı gibi alt kapağa destek de sağlar. Tüp 3 ila 6 hafta sonra alınabilir (115). Spinelli (81) ve Older (116) medial rekonstrüksiyon sırasında silikon tüp ile entübasyonu önermektedirler. Bazı otörler ise diğer işlemlerin, bu bölgedeki nüks sıklığı ve gizli tümör adacıklarının bulunabilmesi ihtimali gözönüne alındığında tümörün burun boşluğuna geçme riskini arttırdığı için 6-12 ay sonraya ertelenip, herhangi bir nüks belirtisi görülmezse ikinci bir seansta uygulanmasını önermektedirler (78,117).

-Glabellar flep ve orta hat alın flebi: Glabellar alandan V-Y ilerletme, rotasyon ya da transpozisyon flebi çevrilir. Yine alın bölgesinden orta hat transpozisyon flebi çevrilebilir. Bu flepler medial kantüsü içeren defektlerin tamirinde tek başına veya alt kapak köprü flebi ile birlikte kullanılabilir.

DIŞ KANTAL DEFEKLERDE ONARIM

Alt ve üst kapağın en az %70'i korunmuşsa, tarsal plakların laterale çekilerek defektin kapatılması mümkündür. Defektin eşkenar biçimine getirilmesi kapatılmasını kolaylaştırır (115,118). Tarsal plaklar lateral orbita kenarının üst-iç yüzüne periosta

tutturulur. Kantus lateralindeki defekt, alt ve üstte oluşturulan iki semisirküler müskulokutanöz flebin rotasyonu ve ilerletilmesi ile kapatılır (119).

MATERYAL VE METOD

Tez çalışması kapsamında 1.1.1996 - 1.5.2005 tarihleri arasında S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniğine göz kapağında kitle şikayeti ile başvuran 295 hastanın 335 lezyonundan histopatolojik olarak benign olduğu gösterilmiş olan 284 lezyon çalışmamız kapsamına alınmayarak, malign olduğu ispatlanan 51 lezyonun görüldüğü 51 hasta; cinsiyet, yaş, kitle yerleşim yeri, kitle sayısı, klinik ön tanı, histopatolojik tanı, cerrahî teknik, ve ameliyat sırasındaki ve sonrasındaki komplikasyonlar yönünden retrospektif ve prospektif olarak değerlendirildi. Klinik görünüm ya da biyopsi ile öntanı olarak Bazal Hücreli Karsinom (BHK), Yassı Hücreli Karsinom (YHK), Sebace Bez Karsinomu (SBK) veya Malign Melanom (MM) düşündüğümüz hastaların cerrahisinde lezyon çevresindeki en az 5 mm'lik sağlam doku ile eksize edildi. BHK için 3 mm'lik güvenlik alanı yeterliyken biz YHK ile görüntü açısından bazen karışabilmesi nedeniyle 5 mm'lik marjı standart olarak uyguladık. Sebace bez karsinomu düşünülen lezyonlarda geniş bir rezeksiyon yapmadan önce dondurulmuş kesitli inceleme yöntemiyle lezyonun histopatolojik yapısı saptandı ve bu saptamaya göre malign yapıda olan lezyonlarda çevrelerindeki en az 5 mm'lik normal görünümlü doku ile birlikte eksizyon amaçlandı. Histopatolojik olarak kenar yada tabanında tümör hücresi saptanan lezyonlar rezidü olarak kabul edildi.

Eksizyon sonrası oluşan defektlerin yerleşimleri üst kapak, alt kapak, iç kantüs, dış kantüs olarak 4 bölgeye ayrıldı. Alt ve üst kapak kenarındaki defektler, defektin kapak kenarı uzunluğuna yüzdelikli oranına göre gruplara ayrıldı.

Olgulara uygulanan yeniden yapılandırma işlemleri üç grupta incelendi:

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

Cerrahi sahanın dezenfeksiyonunda polyvinylpyrolidone iyod %10 solüsyon (Batticon) kullanıldı. Lezyonla birlikte çıkartılacak normal görünümlü doku steril kalem ile işaretlendikten sonra lokal anestezi uygulandı. Olguların büyük bir bölümünde % 2'lik lidocain (1/100.00'lik adrenalinli) ile infiltrasyon anestezisi uygulandı. Lokal anestezi planlanan hastalara ameliyattan yarım saat önce intramuskuler diazepam ampul 10 mg (Diazem) uygulandı. Sütür materyali olarak kapak ve çevresi deri dokusu için 6/0 ipek veya vicryl, tars için 5/0 vicryl, kapak kenarı için 6/0 ipek veya vicryl, kantal tendonlar için 5/0 dacron kullanıldı. Cilt sütürleri postoperatif 7-10. günlerde alındı.

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

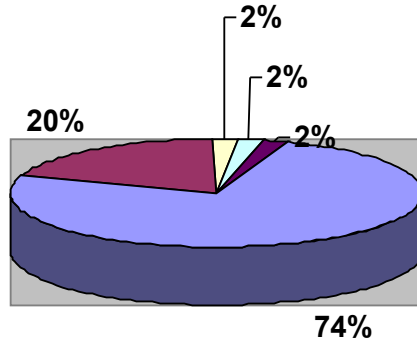
İzlemlerinde nüks saptanıp yeni bir cerrahi kabul etmeyen ya da görüntüleme yöntemleriyle derin orbital veya sinüs invazyonu saptanan yada uzak metastazlı hastalar onkoloji birimine yönlendirilerek, radyoterapi ve/veya kemoterapi için değerlendirildi.

Hastalar ameliyattan sonra 1. gün, 1. hafta, 1 ay, 3. ay, 6. ay ve 1. yılda muayene edildi. Sonrasında her 6 ayda bir defa muayeneye çağrıldı. Kontrollerinde fotoğrafları çekilerek bir arşiv oluşturuldu.

BULGULAR

51 hastanın 23 (%45)'ü erkek, 28 (%55)'i kadın olup en genç hasta 35, en yaşlı hasta 80 yaşında idi. Genel yaş ortalaması 62.5, erkek hasta yaş ortalaması 59.85 ve kadın hasta yaş ortalaması 66.75 olarak saptandı.

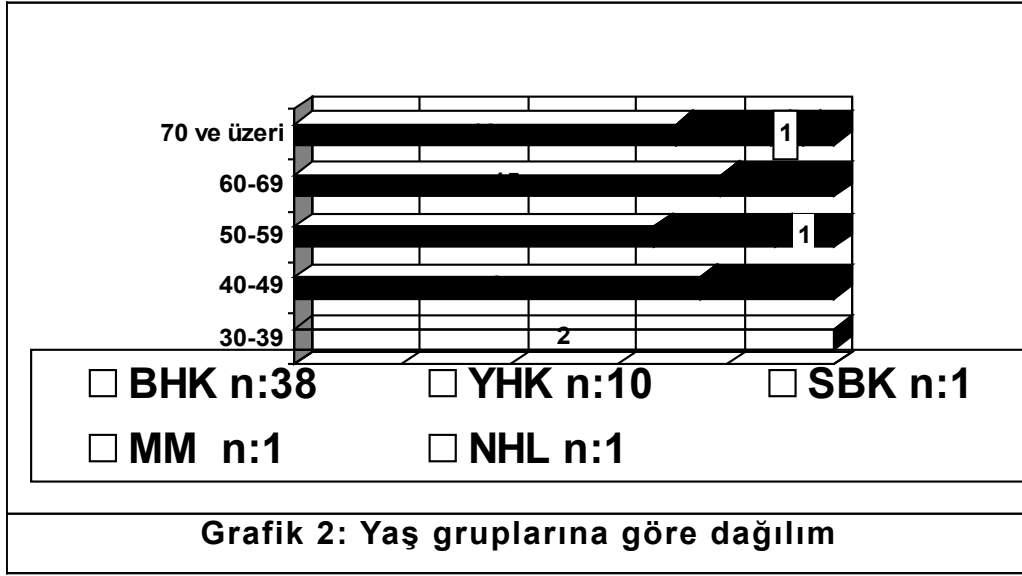
Eksizyonel biopsi materyallerinin histopatolojik tetkiki sonucu en sık görülen kötü huylu kapak tümörü bazal hücreli karsinom (BHK) 38 kitle,(%74.5) idi. Bunu sırasıyla yassı hücreli karsinom (YHK) 10 kitle;(%19.6), malign melanom (MM) 1 kitle;(%1.96), sebase bez karsinomu (SBK) 1 kitle(%1.96), ve Non Hodgkin Lenfoma (NHL); 1 kitle (1.96%) izlemekteydi. Kapak malign tümörlerinin dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.



■ BHK n=38	■ YHK n=10	■ SBK n=1
■ MM n=1	■ NHL n=1	

Grafik 1:Kapak malign tümörlerinin dağılımı

Olgularımızın yaş gruplarına göre dağılımı Grafik2’de görülmektedir.



Lezyonların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde malign tümörler kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (K/E: 1.22).

BHK’lu 38 vakanın 22’si (%57.9) kadın, 16’sı (%42.1) erkekti. YHK’lu 10 vakanın 6’sı (%60) erkek, 4’ü (%40) kadındı. SBK ve MM tanısı olan 1’er hasta da kadındı. NHL tanısı olan 1 hasta erkekti.

Kapak malignitelerinin %76.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu klinik öntanı konulabildi. %23.5 olguda ameliyat öncesi klinik tanı ile ameliyat sonrası histopatolojik tanı farklılık gösterdi.

Şalazyon tanısı ile 8 ay süresince farklı kliniklerde topikal ve sistemik antibiyotik tedavisi uygulanan 58 yaşındaki bayan hastanın sağ üst göz kapağında yerleşik olan lezyonuna dondurulmuş kesitli inceleme sonunda SBK tanısı konuldu. Geniş eksizyon yapılan hastanın izleminde metastaz ve nüks saptanmadı.

Klinik görüntü olarak tipik bir kutanöz horn olarak değerlendirilen ve eksizyonel biyopsi yapılan lezyona histopatolojik inceleme sonucunda YHK tanısı konuldu.

30 yıldır sol alt göz kapağında varolan kahverengi lezyonun son 2 aydır büyümesi üzerine kliniğimize başvuran 67 yaşındaki bayan hastaya malign melanom ön tanısı ile dondurulmuş kesitli biyopsi uygulandı. BHK tanısı konulan hastada 5 mm'lik güvenlik marjıyla eksizyon yapıldı. Defekt Mustarde yanak rotasyon flebi ile onarıldı. Sert damak mukozası ile arka lamel oluşturuldu.

Çalışmamızdaki tek MM (%1.96) olgusu yaklaşık 30 yıldır sol üst göz kapağında kitle olan 75 yaşındaki bayan hasta idi. 7 aydır büyüdüğü belirtilen pembe mor renkli 3 mm.'lik kitleyi klinik görüntüsü ile hemanjiom olarak değerlendirerek basit eksizyon ve primer onarım uyguladık. Histopatolojik inceleme sonrasında şüpheli anjiosarkom olarak değerlendirilmesi üzerine eksizyonel biyopsi materyali immunhistokimyasal incelemeye tabii tutuldu. S-100 ve HMB-45 ile pozitif boyanan hücrelerin varolmasına dayanarak malign melanom tanısı kondu.

Bir yıldır sağ göz medial kantal bölgede kitle ve epifora şikayeti olan 76 yaşındaki erkek hastaya özel bir merkezde eksternal dakriyosistorinostomi ameliyatı uygulanmış, hasta şikayetlerinin geçmemesi ve insizyon bölgesinde şişlik oluşması nedeniyle kliniğimize başvurmuştu. Hastanın yapılan muayenesinde; sağ medial kantal bölgede lakrimal kese ve alt kapağı da içerecek büyüklükte şiş, ödemli ve parlak kırmızı, hareket ettirilemeyen kitle palpe edildi. Cildin kalınlaşmış ve hareketsiz olduğu görüldü. Hastaya sarkom öntanısı ile insizyonel biyopsi uygulandı. Mikroskopik incelemede; dermis, kas ve tars yapılarının lenfoid hücrelerle infiltrate olduğu görüldü. İmmunhistokimyasal boyama ile CD3, CD43 ile (+) boyanan B lenfosit hakimiyeti olduğu saptandı. S100, CK, HMB ile boyama negatif idi. Hastaya diffüz malign B Hücreli lenfoma tanısı konuldu.

Lezyonların 34'ü (%66.6) sol, 17'si (%33.4) sağdaydı. Lezyonların %51'i (n=26) alt kapakta, %23.5'i (n=12) üst kapakta, %17.7'si (n=9) iç kantüste ve %7.8'i (n=4) dış kantüste yerleşmişti. Bazal hücreli karsinom olgularının 21'i (%55.2) alt kapakta, 8'i (%21) iç kantüste, 5'i (%9.8) üst kapakta, ve 4'ü (%7.9) dış kantüste yerleşmişti.

İnsizyonel biyopsi sonucu yüksek evreli Non Hodgkin Lenfoma tanısı konulup radyoterapi için onkolojiye sevk edilen 1 hastaya cerrahi uygulanmadı. Cerrahi uygulanan 50 vakada oluşan defektin kapak kenarı uzunluğuna göre oranına baktığımızda; 15 (%30) hastada kapağın %0-35'i, 10 (%20) hastada kapağın %25-50'si, 8 (%16) hastada kapağın %50-75'i, 17 (%34) hastada ise kapak kenar uzunluğunun %75 ve fazlasını içeren bir defekt olduğu görüldü. 17 (%34) olguda primer onarım, 8 (%16) olguda primer onarıma ilave lateral kantotomi, 24 (%48) olguda flep ile onarım, 1 (%2) olguda kulak arkası cilt grefti ile onarım tekniği uygulandı

Flep ile onarım uygulanan 24 olgudan 7'sine Tenzel rotasyon flebi+/- tarsokonjonktival flep, 5'ine glabellar kaydırma flebi, 4'üne Mustarde yanak rotasyon flebi, 3'üne Cutler Beard flebi, 3'üne alt kapaktan rotasyon flebi, 2'sine temporalden kaydırma flebi uygulandı.

Mustarde yanak rotasyon flebi uygulanan 4 olgudan 2'sine arka lamel oluşturulması için burundan alınan kondromukozal greft, 1 vakada üst kapaktan tarsokonjonktival greft, 1 vakada ise sert damak mukoza grefti kullanıldı. Tarsokonjonktival greftte ameliyat sonrası 2.haftada büzüşme görülmesi üzerine defekt sert damak grefti ile tekrar onarılarak arka lamel oluşturuldu.

Alt kapağın %75'inden fazlasını tutan medial kitlede ise kulak arkasından cilt grefti ile onarım yapıldı.

Cerrahi uygulanan 50 hastanın ameliyat sonrasındaki takiplerinde 8 (%16) hastada cerrahi müdahale gerektiren major komplikasyon; 2 (%4) hastada ise minör komplikasyon görüldü. Major ve minör komplikasyonlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Major ve minör komplikasyonlar

Minör komplikasyonlar	-Flepte ödem, hematom -Sütür enfeksiyonu
Major komplikasyonlar	-Üst kapak entropiyonu -Alt kapak entropiyonu -Epifora -Tarsokonjonktival greftte büzüşme -Piyojenik granülom -Ektropiyon -Lagoftalmi -Flep nekrozu

8 majör komplikasyondan 6'sı (%75) göz kapağının %50'sinin üzerindeki defektlerinin onarımına bağlı olarak görüldü. Majör komplikasyonların 4'ü (%50) Mustarde yanak rotasyon flebi, 2'si (%25) glabelladan ve temporalden rotasyon flepleri, 1'i (%12.5) Tenzel flebi, 1'i (%12.5) primer sütürasyon sonrası görülürken; minör komplikasyonlardan 2'si (%100) de Mustarde yanak rotasyon flebi sonrası görüldü. Cerrahi sonrası görülen major komplikasyonların onarım tiplerine göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2:Major komplikasyonların onarım tiplerine göre dağılım

Onarım tipi	Majör komplikasyonlar
Primer onarım	-Üst kapak entropiyonu
Mustarde yanak rotasyon Flebi	-Alt kapak entropiyonu -Epifora -Tarsokonjonktival greftte büzüşme -Piyojenik granülom
Tenzel flebi	-Ektropiyon
Rotasyonel flepler	-Lagoftalmi -Flep nekrozu

Primer onarım sonrası üst kapakta entropiyon gelişen hastaya sert damak mukoza grefti ile arka lamel uzatma yapıldı. Mustarde yanak rotasyon flebi ile onarım sonrası oluşan alt kapak entropiyonu Jones yöntemi ile düzeltildi. Epifora şikayeti olan bir hastaya dakriyosistorinostomi ile birlikte bikanaliküler silikon tüp entübasyonu (DSR +BSTE) uygulanırken; arka lamel oluşturulmasında kullanılan tarsokonjonktival greftte büzüşme görülen 1 hastanın grefti üst damak mukozası ile değiştirildi. Alt kapak konjonktivasında oluşan piyojenik granülom ise eksizyon ile, Tenzel flebi sonrası oluşan entropiyon ise lateral tarsal strip ile düzeltildi. Rotasyonel fleple onarılıp, sonrasında açıkta kalma keratiti gelişen hastaya geçici tarsorafı yapıldı. Flep nekrozu gelişen hastanın flebi eksize edilerek, defekt, kulak arkasından alınan cilt grefti ile yeniden onarıldı.

Başka bir merkezde kapak kitlesi nedeniyle eksizyon ve primer sütürasyon yapıp, 1. ayda nüks nedeniyle kliniğimize başvuran hastaya, dondurulmuş kesitli inceleme sonrası adenoid kistik tipte bazal hücreli karsinom tanısı konularak, 5 mm güvenlik marjı ile geniş eksizyon yapıldı ve oluşan defekt alt kapaktan rotasyonel fleple onarıldı. Bu hastanın nüksden çok rezidü olarak değerlendirilebileceği kanısına varıldı.

Malign lezyon nedeniyle ameliyat edilen 9 (%17.6) vakada histopatolojik değerlendirmeye tümör hücre kalıntısı saptandı. Medial kantal bölgede YHK tanısı ile eksizyonla birlikte glabellar bölgeden kaydırma flebi uygulanan hastanın ameliyat sonrası takiplerinde 12.ayda nüks görüldü. Hastaya genişletilmiş eksizyon yapılarak spontan granülasyona bırakıldı. Takiplerde nüks görülmedi, ikinci bir düzeltme gerekmedi.

Lateral kantal lokalizasyonlu BHK tanısı ile ameliyat edilen hastada ise 3.yılda nüks görüldü. Hastanın ameliyatı kabul etmemesi üzerine onkolojiye yönlendirildi.

En çok rezidü YHK'de (5; %50) görüldü. 9 rezidü olgunun 5 (%55.6)'inde kitle medial kantus, 2 (%22.2)'sinde lateral kantus, 1 (%11.1)'inde alt kapakta, 1 (%11.1)'inde üst kapaktaydı. Tüm olgularımız içinde nüks oranımız %4, BHK için %2.63; YHK için ise %10'dur. Tümör tiplerine göre şifa, rezidü ve nüks oranlarımız Tablo 3'de gösterilmiştir

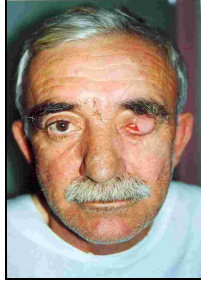
Tablo 3: Tümör tiplerine göre şifa, rezidü ve nüks oranlarımız

Olguların %9.8'inde 6 aydan daha az, %31.4'ünde 6-12 ay, % 19.6'sında 13-24 ay, % 2.16'sında 25-60 ay ve %17.65'ind 61 aydan daha uzun süreli takip sağlandı. Tüm olgular için ortalama takip süresi 49.7 ay (3-103) ay) olarak saptandı. Hastaların % 63'ünün birinci yıldan sonra kontrollerine gelmediği görüldü.

	BHK	YHK	SBK	MM	NHL	Toplam
Şifa	32 (%84.21)	6 (%60)	1 (%100)	1 (%100)	-	40 (%78.43)
Rezidü	5 (%13.16)	3 (%30)	-	-	1 (%100)	9 (%17.65)
Nüks	1 (%2.63)	1 (%10)	-	-	-	2 (%3.92)
Toplam	38 (%100)	10 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	1 (%100)	51 (%100)



Resim 1A



Resim 1B



Resim 1C

Resim 1A: Sol üst göz kapağında Bazal Hücreli Karsinom

Resim 1B: Cutler Beard tekniği ile üst kapak rekonstrüksiyonu

Resim 1C: Ameliyat sonrası 3.ayda kapak ayırıldıktan sonraki görüntü

TARTIŞMA

Cilt, kas, mukoza, salgı bezleri gibi farklı dokulardan oluşan göz kapaklarında hem bu dokulardan kaynaklanan hem de iltihabi ve sistemik hastalıklara bağlı çeşitli lezyonlar görülebilir. Gözkapağı lezyonları, tanı ve tedavileri özellik gösteren tümörler, enfeksiyonlar ve dejeneratif lezyonlar gibi farklı gruplardan oluşur (119). Göz kapaklarının kötü huylu tümörleri çeşitli çalışmalarda tüm kapak tümörlerinin %16.5-58 kadarını oluşturduğu gösterilmiştir (1,18,29,50,120).

İyi huylu lezyonlar tecrübeli bir göz tarafından klinik görüntü ve davranışlarıyla tanınabilmesine rağmen, klinik değerlendirme ile %100 tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırdetmek için histopatolojik inceleme önerilmektedir (5). Biyopsi ile histopatolojik tanının konulması, ölümcül olabilen kötü huylu kapak tümörlerinin erken tanınmasını ve tedavisini sağlamakta ve hayat kurtarıcı olmaktadır Margo'nun çalışmasında kötü huylu kapak kitlelerinde %87.5 duyarlılık ve %81.5 spesifite ile klinik tanı konulabildiği gösterilmiştir (45).

51 vakadan oluşan serimizde vakaların 23'ü (%45.1) erkek, 28'i (%54.9.) kadındır. Singapurda yapılan 28 yıllık bir çalışmada kadınların dışarıda çalışma oranının artmasına bağlı olarak güneş ışığına daha çok maruz kalmaları kadınlarda kapak tümörü görülme oranını arttırmış olmasına rağmen, erkeklerde görülme insidansının kadınlara göre hala yüksek olduğu belirtilmiştir $(K/E)=(6.5/1,000,000)/(5.5/1,000,000)$ (121). Çalışmamızda her iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemesine rağmen kadın/erkek oranı 1.22'dir. Akbaş'ın yayınladığı seride bu oran 0.90 olarak belirtilmiştir (122). Hindistanda yapılan bir çalışmada malign tümörlerin erkeklerde daha fazla görüldüğü ve kadın/erkek oranının 0.77 olduğu belirtilmiştir (29). Görüldüğü üzere kapak malign tümörlerinin cinsiyete göre dağılımı değişik coğrafi topluluklara göre farklı görülmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yüzde 88.23'ü 50 yaş ve üzerinde olan vakalarımızın yaş ortalaması 62.5 idi. Bu sonuç; Alabamada (123) ve Sidney'de (124) yapılan çalışma ile aynı olmakla beraber ortalama olarak 70 yaşını bildiren Philadelphia (45) ve Japonyadaki (39) çalışmalardaki

ortalamadan daha az, Abdi ve arkadaşlarının çalışmasındaki yaş ortalamasından daha fazladır (29). Diğer cilt kanserleriyle benzer olarak kötü huylu kapak kitleleri de yaşla beraber artmaktadır. Yaşlı hastalarda rastlanan tümörlerin malign olma ihtimalinin gençlerde rastlanana göre daha fazla olduğu ve yaşlı hastalarda görülen kapak kitlelerine daha çok kuşku ile yaklaşılması gerektiği sonucu çıkmakla beraber, BHK tanısı alan 2 erkek hastamızın yaşlarının 35 ve 38 olması, kapak kitlelerine her yaşta şüphle yaklaşılması gerektiğini ve histopatolojik incelemenin mutlaka yapılması gerektiğini göstermektedir. BHK'un görülme insidansı 60 yaş civarında artmaktadır (36). Bir çalışmada 30 yaşından önce BHK tanısı almış hasta oranı tüm BHK'lar içinde % 2.6'lık bir oran kaplamaktadır(125,126). BHK tanısı olan genç hastalarda kutanöz neoplazilere kalıtsal olarak bir yatkınlık olabileceği sonucu çıkarılabilir.

Literatürlerde göz kapağının %90 oranla en sık görülen kötü huylu tümörü olarak bildirilen BHK'un ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; %64-%85 arasındadır (18,20,120). Bizim çalışmamızda da görülme sıklığı açısından kötü huylu tümörler içinde ilk sırayı %74.5 ile BHK almaktadır. Bunu sırasıyla yassı hücreli karsinom (YHK)(10;% 19.6), malign melanom (MM) (1;%1.96), sebace bez karsinomu (SBK) (1;%1.96), ve Non Hodgkin Lenfoma (NHL),(1;%1.96) izlemektedir.

Tayvan'da yapılan bir çalışmada BHK oranı %77.77; SBK oranı %16.66; YHK oranı %5.55 olarak bildirilmiştir (50). Japonyada Abe ve arkadaşlarının yayınladığı 22 yılda toplanmış verilerde YHK %48.1, BHK %32.6, SBK %13.5 olarak bildirilmiştir (39). Hindistanda, BHK (%38.8) en sık görülen tümörken, 27.1% oranıyla SBK, %22.4 oranıyla YHK, 8.2% ile bazoskuamöz karsinom, 3.5% ile de MM izlenmiştir (29). Hindistanda yapılan başka bir çalışmada ise SBK %32.6; BHK %29.8; YHK %28.1 oranlarında görülmüştür (49).

Ülkemizde yapılan çalışmalardan Soysal ve Albayrak'ın serisinde BHK %79,3, YHK %17.4, SBK %1.9, MM %1.29 olarak; (20) Özkılıç ve Peksayar'ın çalışmasında BHK %85, YHK %8, SBK %6 olarak bildirilmiştir (18).

Çalışmaların sonuçlarının gerek oran gerek de sıralama açısından farklı olmaları, kapak tümörlerinin hem kalıtsal hem de çevresel etkenlere bağlı olarak oluştuğunu göstermektedir. Bizim sonuçlarımız da ülkemizde yapılmış olan diğer çalışma sonuçlarını destekler nitelikteydi.

Malign kapak lezyonlarının 2:1 oranında sol göz kapağında daha fazla oluştuğunu gözlemledik. Avustralya'da yapılan bir çalışmada YHK'un %55.8 oranında sağ kapakta, %44.2 oranında sol kapakta görülme sebebini araba kullanırken yüzün sağ tarafının güneşe daha çok maruz kalmasına bağlanmıştır (42,57). Kuzey Amerika'da yapılmış bir çalışmada ise iki göz kapağının da eşit olarak tutulduğu belirtilmiştir (58). Olgularımızda kapak malign tümörünün bulunduğu yere göre dağılımı incelendiğinde, literatürde olduğu gibi bizim serimizde de en sık alt kapak yerleşimi (26; %51) görülmüştür (127). Bunun sebebi serimizin büyük bir kısmını BHK olgularının teşkil etmesi ve BHK'un da en sık alt kapakta yerleşmesidir. Serimizde ikinci sırada literatürden farklı olarak üst kapak (12; %24.5), üçüncü sırada medial kantus (9; %17.7) yerleşimi izlenirken; lateral kantus (4; %7.8) yerleşimine en az rastlanmıştır. Literatürlerde bu sıralama alt kapak, medial kantus, üst kapak ve lateral kantus şeklindedir (128).

Bazal hücreli karsinom olgularımız literatürdeki diğer yayınlarla benzer şekilde sırasıyla en sık (21; %55.2) alt kapakta, (8; %21) iç kantüste, (5; %13.2) üst kapakta, ve (4; %10.5) dış kantüste yerleşmişti.

Serimizdeki YHK'ların lokalizasyonları incelendiğinde 6 olgunun (%60) üst, 3 olgunun ise (%30) alt kapak, 1 (%10) olgunun medial kantus yerleşimli olduğu, lateral kantus tutulumunun olmadığı görüldü. Donaldson, Cook, Bartley, Özkılıç ve Peksayar SHK'un en sık alt kapakta (18,21,41,58); Kwitko ve Zimmerman ise en sık üst kapakta (22), görüldüğünü belirtmişlerdir.

Birer vakalık SBK, MM ve NHL olgularında ise sırasıyla üst kapak, üst kapak ve medial kantus yerleşimi tespit edildi.

Vakalarımızdan %1.96'sını oluşturan SBK kadınlarda daha fazla görülen, tüm göz kapağı tümörlerinin %1'den azını oluşturmalarına rağmen oldukça kötü huylu bir tümördür (129-132). Sıklıkla üst göz kapağının tarsal Meibomius bezlerinden, nadiren Zeiss bezinden kaynaklanabilir (66). Vakaların %14-30'sinde başvuru anında metastaz bulunur (130,132,133). Kronik blefarokonjonktivit, tedaviye cevap vermeyen uzun süreli şalazyon ya da tek taraflı tümör benzeri lezyonlarda SBK'dan şüphelenmek gerekir (131,132). Kötü huylu kapak tümörleri içinde SBK görülme sıklığı Kaas ve Hornblass'ın çalışmasında %1,3 (134), Özkılıç ve Peksayar'ın çalışmasında %5,5 (18), Ni ve arkadaşlarının çalışmasında %33 (131) olarak

saptanmıştır. Singapurda yapılan bir çalışmada SBK'ü BHK'dan sonra ikinci en sık görülen kapak tümörü olarak bildirilmiştir (121). Metastaz varlığında sadece %50 vaka 5 yıllık yaşam süresine ulaşabilir. Geniş eksizyon yada orbital ekzanterasyon primer tümörün tedavisi için gerekliyken, bölgesel metastazlar için lenf nodu disseksiyonu, radikal boyun disseksiyonu ve radyoterapi gerekir. Primer tümörün sadece radyoterapi ile tedavisi mümkün olmamaktadır (134,135).

Çalışmamızdaki tek MM (%1.96) olgusu doğuştan beri sol üst göz kapağında kitle olan 75 yaşındaki bayan hasta idi. S-100 ve HMB-45 ile pozitif boyanan hücrelerin varolmasına dayanarak malign melanom tanısı kondu. MM tüm kapak tümörlerinin % 1'inden azını, malign kapak tümörlerinin ise % 6'sını oluşturur (136). Tesluk ve arkadaşlarının serilerinde MM oranı %5.4, Soysal ve Albayrak'ın serilerinde % 1.29, Wang ve arkadaşlarının serilerinde %3,9 olarak değişen oranlarda bildirilmiştir (45,20,82). Malign melanomun; hemanjiom, benign nevüs ya da skuamöz papillom gibi benign kitlelerle olduğu kadar, pigmentli bazal hücreli karsinom, anjiosarkom ya da Kaposi sarkomla da karışabilmesi, histopatolojik inceleme ile klinik tanının doğrulanmasının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

Bir yıldır sağ göz medial kantallık bölgede kitle ve epifora şikayeti olup özel bir merkezde kronik dakriyosistit tanısı ile eksternal dakriyosistorinostomi ameliyatı uygulanan 76 yaşındaki erkek hastaya sarkom öntanısı ile insizyonel biyopsi uygulandı. Mikroskopik incelemede; dermis, kas ve tars yapılarının lenfoid hücrelerle infiltrasyon olduğu görüldü. İmmunhistokimyasal boyama ile CD3, CD43 ile pozitif boyanan B lenfosit hakimiyeti olduğu görüldü. Hastaya diffüz malign B Hücreli lenfoma tanısı konuldu. Onkoloji biriminde radyoterapi ve kemoterapi uygulanması ile kitle küçüldü ve takiplerde yapılan servikal ve paratrakeal LAP aspirasyonunda lenfoid infiltrasyon görülmedi. Hastamız, halen onkoloji biriminde takip edilmektedir.

Medial kantallık bölgede olup nazolakrimal drenajı engelleyen ve epifora şeklinde bulgu veren kitlelerde cerrahi öncesi insizyonel biyopsi ve MRG, direk grafi ya da BT gibi görüntüleme yöntemleri yapılması, tanı koymak ve tedavi şeklimizi planlamak açısından mutlaka gereklidir. Eksternal dakriyosistorinostomi; böyle bir hastada şikayetleri gidermekten çok uzak olması yanında, mortalitesi yüksek olan medial kantus yerleşimli bir tümörün orbita, sinus ve kafa içine yayılımına neden olarak hastanın ölüm oranını arttırabilir.

Göz kapağı lenfomaları oldukça nadirdir (40). Etiyolojisinde, immun yetmezlik sendromları, otoimmün hastalıklar, orbital ksantogranulomatöz hastalıklar, Addison Hastalığı, Kaposi sarkomu, radyasyon, fenitoin, dioksin maruziyeti, EBV ve HCV suçlanmaktadır. Baş ve boyun bölgesindeki lenfomaların çoğu Waldeyer halkası ve boyun lenf nodlarından kaynaklanmaktadır. Tanı anında sadece %10 hasta Evre 1-2'dedir. Erken evredeki hastaların radyoterapi ile 5 yıllık yaşam oranı %60-80'dir. İleri evrelerde kemoterapi uygulanmakla birlikte hastanın yaşam süresine pek etkisi olmamaktadır. İmmunoterapi denenmektedir. Tek bir kitle varlığında kitlenin eksizyonu sonrasında RT uygulanması başarıyı arttırmaktadır (136).

Çalışmamızda olgularımızın %76.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu klinik öntanı konulabildi. Tesluk'un çalışmasında malign kitlelerde %92.8 oranında histopatolojik tanı ile klinik ön tanının uyumlu olduğu bildirilmiştir (45). Benign kitlelerin öntanı ile histopatolojik tanıların karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise %95.7 oranla doğru öntanı konulduğu, 3 malign, 3 premalign lezyonun ise klinik inceleme ile yanlış olarak benign tanımlandığı görüldü (137).

Çalışmamızda BHK öntanımız %91.89 vakada, SHK öntanımız ise %50 vakada histopatolojik olarak doğrulandı. Donaldson ve arkadaşları BHK'un %62.7 oranında klinik olarak tanınabildiğini belirtmişlerdir (42). SHK'un klinik bulgularıyla tanınabilme olasılığı ise %35-51 arasında değişmektedir (43,138). Bu, BHK'un görülme oranının yüksekliğine bağlı olarak beklentinin fazla olmasına bağlı olabilir.

Mortalitesi yüksek olan MM, SBK, NHL tanısının histopatolojik olarak konduğu 3 lezyonun hiçbirine klinik olarak doğru tanı koyamadığımızı göz önüne alırsak, klinik tanının histopatolojik tanı ile her zaman ve her vakada doğrulanmasının önemi bir kez daha görülmektedir.

Göz kapak tümörlerinin tedavisinde, cerrahi eksizyon, ekstirpasyonun yeterli olup olmadığının denetlenebileceği tek tedavi yöntemidir. Kapak tümör cerrahisinde amaç, hastanın, hayatını tehdit edebilecek lezyondan tamamen kurtulmasını sağlarken, gereksiz doku kaybından kaçınarak, kozmetik görüntüsünü ve glob bütünlüğünü bozmamaktır. Mohs'un Mikrografik Cerrahisi (MMC) bu anlamda kapak tümörlerinin tanı ve tedavisinde altın standart olarak kabul edilmektedir (8-10,23,91,117). Tekniğin en büyük sakıncası fazla zaman alması, pahalı ekipman ve bu konuda bilgili ve deneyimli patolog gerektirmesidir. Bu nedenle ancak sınırları net olmayan sklerozan

tip tümörler ile tekrarlayan lezyonların tedavisinde gündeme gelmektedir (8,139).

Kapak defektlerinin onarılmasında en önemli belirleyici, defektin genişliğidir. Bunun yanısıra defektin lokalizasyonu, ilişkili olduğu anatomik yapılar ve bunların işlevleri rekonstrüksiyon yönteminin seçilmesinde temel belirleyici faktörlerdir (14). Ülkemizin sosyoekonomik şartları göz önüne alındığında MMC veya dondurulmuş-kesit denetimli eksizyon (DDE) ile çalışma koşulları çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Biz vakalarımızda DDE'ü sadece sınırlarından emin olamadığımız 5 vakada ve daha önceden başka bir merkezde kapak tümörü tanısıyla opere edilmiş olan 1 vakaya uygulayabildik. Kapak tümörlerine yaklaşımımız; lezyonun klinik görüntüsü, süresi ve davranışının sorgulanması sonrasında hastanın yaşı, cinsiyeti, predispozan faktörlere maruziyetin ya da genetik bir yatkınlığının olup olmadığını irdelemek ve cerrahi kararını vermektir. Biz kendi serimizde lezyonla birlikte 3-5 mm'lik normal görünümlü çevre doku çıkarılması yöntemini uyguladık. Bu yöntemle bizim serimizde 5'i (%55.5) BHK, 3'ü (%33.3) YHK, 1'i (%11.2) NHL olmak üzere 9 (%17.65) olgumuzda rezidü görüldü. 9 rezidü olgunun 5 'inde (%55.5) kitle medial kantus, 2'sinde (%22.2) lateral kantus, 1'inde (%11.1) alt kapakta, 1'inde (%11.1) üst kapaktaydı.

Nüks olgularından ameliyat sonrası 1.yılda nüks eden YHK medial kantus yerleşimli, ameliyat sonrası 3.yılda nüks görülen BHK lateral kantus yerleşimliydi. Orbita içi yayılım sadece NHL tanılı hastamızda görüldü. Sistemik ve uzak metastaz hiçbir hastamızda görülmedi. Değişik yayınlarda da iç kantüs lezyonlarında daha geniş bir invazyon görüldüğü bildirilmiştir (16,25,80,116,140-142). Bu yüzden iç kantüs tümörlerinde mümkünse DDE tekniği uygulanmalı, DDE sonucuna göre daha geniş ve derin rezeksiyon yapılmalıdır.

Tüm olgularımız içinde nüks oranımız %3.92, BHK için %2.63; YHK için ise %10'dur. Bizim serimizde rezidü görülen olguların ortalama izlem süreleri tüm olgular için 41.9 ay, BHK olguları için 41.54 ay olup literatürde ameliyat sonrası 47.ayda bile nüks bildirilmiştir (38). Collin, 176 bazal hücreli karsinom olgusunda 3-5 mm'lik normal görünümlü doku ile birlikte eksizyon uygulamış ve %2.3'lük nüks oranı bildirmiştir (3).

BHK için MMC veya DDE uygulanamazsa, okuloplasti cerrahları lezyonun klinik ve histopatolojik özelliklerini gözönünde bulundurarak 3-5 mm'lik normal görünümlü komşu doku ile birlikte eksizyon yöntemini tercih etmişlerdir. 2 cm veya daha küçük

çaplı BHK kitlelerinin 4 mm sağlam doku ile birlikte çıkartılmalarının olguların % 98'inde yeterli olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlara dayanarak cerrahi sınırların operasyon sırasında kontrol edilmediği eksizyonel biopsi yönteminde belirgin oranda rezidü riski olduğu, ancak aynı oranda nüks görülmediği söylenebilir.

Alt kapağın tamamına yakın bir kısmını işgal eden lezyonların rezeksiyonunda çok geniş bir defekt kalmaktadır. Arka lamel rekonstrüksiyonu için kullanılan kondromukozal kompozit greftlerle kapağa sağlam bir yapı kazandırılmaya çalışılmaktadır. Alternatif olarak sert damak mukozası da kullanılabilir. Ön lamel için hem defekti örtecek hem de bu grefti besleyecek iyi damarlanması olan bir greft gerekmektedir. En çok Mustardé'nin tarif ettiği yanak rotasyon flebi kullanılmaktadır (3). Mustardé yanak rotasyon flebi kozmetik olarak oldukça eleştirilen bir teknik olmasına rağmen yine de en çok kullanılan rekonstrüksiyon yöntemidir.

Göz kapak kenar uzunluğunun %30'una kadar defekti olan 15 (%30) olguda yara kenarları karşı karşıya getirilerek kolaylıkla primer onarım yapıldı. %25 -50 oranında defekt olan 10 (%20) olgudan 8'inde primer onarım lateral kantotomi ile yapıldı. Gevşek kapak cildinin primer onarıma izin verdiği yaşlı 2 hastamızda ise %50'ye yakın kapak defekti lateral kantotomi yapılmaksızın düzeltilebildi.

25 (%50) olguda uygulanan primer onarım +/- lateral kantotomi en sık kullanılan yöntemdi. İkinci sık kullanılan onarım yöntemi olan flep ile onarım %50-100 arasında kapak defekti olan 24 (%48) olguda kullanıldı. %75'in üzerinde defekt olan 1 (%2) vakada ise kulak arkası cilt grefti kullanıldı. Ciltaltı dokunun derinlemesine rezekke edildiği ve greft beslenmesinin sorunlu olabileceğinden kuşku edilen olgularda flepler tercih edildi.

Ameliyat sonrasındaki 8 (%16) hastada görülen majör komplikasyondan 6'sı (%75) ve 2 (%4) minör komplikasyonun ikisi de gözkapağının %50'sinin üzerindeki defektlerinin onarımına bağlı olarak görüldü.

Flep uygulanan olgularda beslenme sorunu görülmemesi perioküler bölgenin damar yapısı ile ilgilidir. Baş ve boyun bölgesindeki flepler subkutan dokuda seyreden arterlerden çıkan direkt perforan dallardan beslendikleri için, flebin boyu genişliğinin İki katına çıksa bile beslenme sorunu görülmez (140). Perioküler bölgede yer alan lateral alın flebi superior temporal arterin frontal dalından; alın orta hat flebi de supratrokleer arterden beslenir (140). Greftin tutmasında etkili en önemli faktörler

arasında alıcı yatak damarlanmasının perioküler bölgede iyi olması, greft ile alıcı yatak temasının postoperatif dönemde 3-5 gün yerinde tutulan baskılı gaz tamponlarla sağlanması, greft yüzeyine yapılan birkaç insizyon ile greft altında hematoma yada serum birikiminin ve buna bağlı temas kaybının önlenmesi ve greft tabanındaki fazla subkutan dokunun temizlenmesi sayılabilir (141,142).

DDE tekniğinin seçilmiş olgularda çok değerli olmakla birlikte her olguda endike olmadığı öne sürülmüştür. Wong dondurulmuş derin kesitli eksizyon uyguladığı BHK'lu vakalardan oluşan çalışmada 2,5 yıllık takip sonunda %0.7; 5 yıllık takip sonunda ise %2.1 nüks görüldüğünü; 4 mm sağlam doku ile eksizyon yaptığı BHK'lu olguları içeren çalışmada 2,5 yıllık takipte %1,8; 5 yıllık takibin sonunda ise %5 nüks görüldüğünü bildirmiştir.

Bazal hücreli karsinomlu 38 olgumuzdan sadece 1' inde (%2.63) nüks görülmüştür. Beken ve arkadaşları (143), 38 BHK olgusundan 2' sinde (%5.26) 5. ayda nüks bildirmişlerdir. Akbaş ve arkadaşları BHK olgularında %12.6 nüks bildirmişlerdir (122). 10 YHK olgumuzdan 1'inde (%10) nüks görülmüştür. Primer tedavisi radyoterapi olan lenfoma tanılı hastamızda tanı anında lokal ya da sistemik metastaz görülmezken, radyoterapi ve kemoterapi tedavisinin 3.ayında orbita içine yayılım görülmüştür. Tüm kapak tümörlerinde uzun süreli takip, nüks ve yeni tümörlerin erken tanısı açısından çok önemli ve gereklidir.

SONUÇ

1-Bazal hücreli karsinom en sık görülen kapak tümörüdür. Daha çok lokal invazyon yapan bazal hücreli karsinomda metastaz oranı düşüktür. Yassı hücreli karsinom ise daha az görülmele beraber daha saldırgan ve öldürücü bir tümördür.

2- Sebace bez karsinomları şalazyon ve blefarokonjonktiviti taklit edebilen, tanı anında çoğunlukla metastaz yapmış olan, mortalitesi yüksek tümörlerdir. Cerrahi tedavide mümkünse dondurulmuş kesit denetimli eksizyon yapılmalıdır. Kapaklarda ve fornikslerde yaygın tümör varsa ekzanterasyon gerekir. Primer veya proflaktik radyoterapi oldukça tartışmalıdır.

3-Pigmentli lezyonlarda büyüme, pigmentasyon artışı, genişleme, çevrede uydu lezyonların ortaya çıkması malign melanomu şüphelendirmelidir. %15 mortalitesi olan malign melanomda geniş ve derin eksizyonla evreleme yapılmalı, gerekirse cerrahi sonrası radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanmalıdır.

4-Kapak lezyonlarında tanı; malign melanom, yassı hücreli karsinom veya sebace bez karsinomu ise, esas tedavi cerrahidir, gerektiğinde radyoterapi ve/veya kemoterapi eklenebilir. Lenfomalarda ise primer tedavi radyoterapidir. Evreleme için, batin ve göğüs manyetik rezonans görüntüleme yapılmalı, sistemik muayene ile lenfadenopati varlığı araştırılmalıdır. Sistemik tutulum varsa kemoterapi eklenir.

5-Bazal hücreli karsinomda 3 mm; yassı hücreli karsinom ve sebace bez karsinomunda 5 mm'lik sağlam doku ile birlikte birlikte geniş eksizyon rezidüyü ve nüksü azaltarak mortaliteyi düşürmektedir.

6-Serimizde kapak malignitelerinin %76.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu klinik öntanı konulabildi. %23.5 olguda ameliyat öncesi klinik tanı ile ameliyat sonrası histopatolojik tanı farklılık gösterdi. Bu yüzden kritik bölgelerde ve malign olup olmadıkları kuşkulu lezyonlarda dondurulmuş kesit denetimli eksizyon ile histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Geniş lezyonlarda fazla doku kaybından kaçınmak için Mohs'un mikrografik cerrahisi düşünölmelidir.

7-Hasta yaşı ise, diabet, kardiyopulmoner hastalık, antikoagölan ilaç kullanımı gibi cerrahi sakıncalar varsa cerrahi dışı diğer yöntemler uygulanabilir.

8-Rekonstrüktif cerrahi bazen çok zor olabilir. Fonksiyonel ve kozmetik sonuçlar hastanın umduğu kadar iyi olmayabilir. Ameliyat öncesi hastayı ve hasta yakınlarını ilk amacın tümörün tamamen çıkarılması olduğunu, kozmetik düzeltmenin ikinci amaç olacağı ve çoklu cerrahi yada radyoterapi ve/veya kemoterapi gerekebileceği mutlaka belirtilmeli, her olgudan onam alınmalı ve ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflar çekilerek arşiv oluşturulmalıdır.

9-Tümör göz hareketlerini kısıtlayacak kadar orbitaya yayılmışsa ekzanterasyon ile birlikte rekonstrüksiyon yapılır.

10-Cerrahi eksizyon, doğru hasta seçimi halinde en güvenilir ve en eski tedavi yöntemidir. Yetersiz eksizyon tümörün yayılımını ve hastanın mortalitesini arttırırken; aşırı eksizyon ya da çoklu cerrahi gereksiz doku kaybına yol açarak, kozmetik ve fonksiyonel onarımı güçleştirecektir. Boyutu ve lokalizasyonu nedeniyle özel rekonstrüktif yöntemlerle onarımı gereken kitleleri mümkünse hiç dokunmadan okuloplasti cerrahına yönlendirmek en doğru karar olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Aurora A, Blodi F. Lesions of the eyelids. A clinicopathologic study. *Surv. Ophthalmol* 1970;15:94-104.
- 2- Collin JRO. Basal cell carcinoma in the eyelid region. *Br J Ophthalmol* 1976;60:806-809.
- 3- Older JJ, Ouickert MH, Beard C. Surgical removal of basal cell carcinoma of the eyelids utilizing frozen section control. *Am J Ophthalmol* 1975; 79: 658-63.
- 4- Zileliođlu G. Gözkapaklarının rekonstrüktif cerrahisi. *AÜTF Göz Kliniği Yıllığı* (1981), 1982:34:79-83.
- 5- Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th edition. Lippincott- Raven. 1997; 532-535.
- 6- Mustarde JC: Repair and Reconstruction in the Orbital Region. New York, Churchill Livingstone, 1980, pp 130-151.
- 7- Codner M.A. Reconstruction of the eyelids and orbit. Coleman, JJ in *Plastic Surgery*. London, Mosby, 2000; 1425.
- 8- Mohs FF. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. *Arch Ophthalmol* 1986; 104: 901-909.
- 9- Bernstein PE. Mohs '98: single-procedure Mohs surgery with immediate reconstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;120:184–189.
- 10- Shriner DL, McCoy DK, Goldberg DJ, Wagner Jr. RF. Mohs micrographic surgery. *J Am Acad Dermatol* 1998;39:79 –97.
- 11- Payne JW, Duke JR, Butner R, Eifrig DE. Basal cell carcinoma of the eyelids: a long-term follow-up study. *Arch Ophthalmol* 1969;81:553-558.
- 12- Maden A. Oküloplastik cerrahi. İzmir; Özden ofset:1995:3-156.

- 13- Bergin DJ. Anatomy of the eyelids, lacrimal system and orbit. In: McCord CD, Tanenbaum, eds. Oculoplastic surgery, 2nd ed. New York: Raven Press, 1987; chp.2.
- 14- Kanski JJ. Klinik Oftalmoloji. (Türkçesi Kadri Mustafa Orağlı). 4. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2001. Bölüm 1; 19-27.
- 15- Gioia VM, Linberg JV, McCormick SA: The anatomy of the lateral canthal tendon. Arch Ophthalmol 1987 Apr; 105(4): 529-532.
- 16- Nauman GOH, Apple DJ. Pathology of the eye. New York Spünger- Verlag Inc. 1986; pp.849-63.
- 17- Tenzel RR. Orbit and Oculoplastics. Textbook of Ophthalmology. Gower medical publishing. New York. 1993: 6.16-23.
- 18- Özkılıç E, Peksayar G: Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi, T. Oft. Gaz 2003, 33; 631-640.
- 19- Duke E. System of Ophthalmology. Vol. XIII, Part II. London: Henry Kimpton; 1974, pp 1105-1107.
- 20- Soysal H. G, Albayrak A.; göz kapaklarının primer malign tümörleri: T. Oft. Gaz. 2001, 31; 370-377.
- 21- Peksayar G. Kapak epitelyomaları kliniği. Türk Oftalmoloji Derneđi XXX. Ulusal Kongresi Bülteni, ed; Kural G, Duman S., Antalya, 1996; 57-61.
- 22- Kwitko M, Boniuk M, Zimmerman LE. Eyelid. Tumors With Reference to Lesions Confused With Squamous Cell Carcinoma. Arch. Ophthalmol 1963, 69; 693-697.
- 23- Lawrence CM. Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma. Clin Exp Dermatol 1999; 24:130-133.
- 24- Kaktreider SA, Callahan C. Pathogenesis of malignant eyelid tumors. Ophthalmology Clinics of North America. Volume 13, number 4, December 2000; 557-569.
- 25- Doxanas MT, Green WR. Factors in the Successful Surgical Management of Basal Cell Carcinoma of the Eyelids. Am. J. Ophthal. 91: 726, 1981.110.

- 26- Perlman GS , Hornblass A. Basal Cell Carcinoma of the Eyelids. A review of Patients Treated by Surgical Excision. *Ophthal. Surg.* 1976. Winter;7(4):23-27.
- 27- Chalfin J, Putterman AM. Frozen section Control in the Surgery of Basal Cell Carcinoma of the Eyelid. *Am. J. Ophthal.* 1979, 87: 802.
- 28- Aurora AL, Blodi FC. Reappraisal of Basal cell carcinoma of the Eyelids *Am.j. Ophthal.* 1973.70: 329-336.
- 29- Abdi U, Tyagi Nmaneshwari V, et al. Tumors of the eyelid: a clinicopathologic study. *J Indian Med Assoc* 1996;94:405-409.
- 30- Loeffler M, Hornblass A. Characteristics and behaviour of the eyelid carcinoma (basal cell, squamous cell, sebaceous gland, and malignant melanoma). *Ophthal Surg* 1990; 21: 513-518.
- 31- Rootman J et al. *Diseases of the Orbit.* Philadelphia: JB Lippincott, 1988:51–93.
- 32- Konrad EA, Wolburg H. Metatypical carcinoma of the lower eyelid. *Ophthalmologica.* 1983;187(1):51-58.
- 33- Lang PG, Maize JC. Histologic evolution of recurrent basal cell carcinoma and treatment implications. *J Am Acad Dermatol*1986. 14:186-196.
- 34- Scanlon EF, Volkmer DD, Oviedo MA, et al. Metastatic basal cell carcinoma. *J. Surg Oncol* 1980; 15:171-180.
- 35- Weber RS, Lippman SM, McNeese MD. Advanced basal and squamous cell carcinomas of the skin of the head and neck. *Cancer Treat Res* 1990, 52:61-81.
- 36- Margo CE, Waltz K: Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. *Surv. Ophthalmol* 1993;38:169-192.
- 37- Günalp İ, Akbaş F: Göz kapaklarının yassı hücreli karsinomu: 164 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *MN O ftalmoloji* 1996;3: 284-291.
- 38- Steinkogler FJ.Scholda CD. The necessity of long-term follow up after surgery for basal cell carcinomas of the eyelid. *Ophthalmic Surg* 1993; 24: 755-758.
- 39- Abe M, Ohnishi Y, Hara Y, et al. Malignant tumour of the eyelid- clinical survey during a 22-year period. *Jpn J Ophthalmol* 1983;27:175-184.

- 40- Vaughn GJ, Doryzbach RK, Gayre GS. Eyelid malignancies. In: Yanoff M, Duker JS, eds. Ophthalmology 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004. chap.93, p. 711-719
- 41- Gallagher RP, Ma B, McLean DI, et al. Trends in basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, and melanoma of the skin from 1973 through 1987. J Am Acad Dermatol 23:413-421.
- 42- M J Donaldson, T J Sullivan, K J Whitehead, R M Williamson. Squamous cell carcinoma of the eyelids. BJO2002;86:1161-1159
- 43- Nixon RL, Dorevitch AP, Marks R. Squamous cell carcinoma of the skin: accuracy of clinical diagnosis and outcome follow up in Australia. Med J Aust 1986;144:235-236
- 44- Kersten RC, Ewing Chow D, Kulwin DP. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. Ophthalmology 1997;104:479-484
- 45- Tesluk GC. Eyelid lesions: incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol 1985;17:704-707.
- 46- Gökşin Z, Recep ÖF, Ekmekçi Y. Göz Kapağı Habis Tümörlerinde klinik Ve Histopatolojik Tanı. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 1998, 7:140-146.
- 47- Chuang TY, Popescu NA, Su WP, et al. Squamous cell carcinoma. A population-based incidence study in Rochester, Minn. Arch Dermatol 1990, 126:185-188.
- 48- Immerman SC, Scanlon EF, Christ M, et al. Recurrent squamous cell carcinoma of the skin. Cancer, 1983, 51:1537-1540.
- 49- Sihota R, Tandon K, Betharia SM, et al. Malignant eyelid tumors in an Indian population. Arch Ophthalmol 1996;114:108-109.
- 50- SM Chang, YH Lai, J Huang, MY Su, HZ Wang, and YT Liu. Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. Kaohsiung J Med Sci, Nov 2003; 19(11): 549-54.
- 51- Knox JM, Lyles TW, Shapiro EM, Martin RD. Curettage and electrodesiccation in the treatment of skin cancer. Arch Dermatol.1960;82:197-204.

- 52- Morley M, Finger PT, Perkin M et al. Cis-platinum chemotherapy for ocular basal cell carcinoma. *Br J Ophthalmol* 1991;75:407-410.
- 53- Ferry A: The eyelids. In. *Modern Ophth.* Sorsby A, ed. Philadelphia, PA: Lippincott;1972:833-853.
- 54- Luxenberg, MN, Guthrie TH. Chemotherapy of cell and squamous cell carcinoma of the eyelids periorbital tissues. *Ophthalmol.* 93: 504-510, 1986.
- 55- Dryden RM. Periocular squamous cell carcinoma. In: Fraunfelder FT, Roy FH, eds. *Current Ocular Therapy*, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 1990; 304-5.
- 56- Howard GN, Nerad JA, Carter KD, et al. Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 1992;113:123-133.
- 57- Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ, Williamson RM, Sullivan TJ. Management of periocular basal cell carcinoma with modified en face frozen section controlled excision. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, Nov 2002; 18(6): 430-435.
- 58- Cook BE Jr, Bartley GB. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumours in an incidence cohort in Olmsted County Minnesota. *Ophthalmology* 1999;106:746-750
- 59- Briggs E. Cook, Bartley B. George; Management of eyelid malignancies ; *ophthalmology* 2001;108:2088-2098.
- 60- Mustarde JC (1971) *Repair and Reconstruction in the Orbital region.* Churchill Livingstone, Edinburgh, 1971, Chaps 7 & 8.
- 61- Lederman M Treatment of malignant disease of the skin of the orbital region. *Proc R Soc Med.* 1973 Jul;66(7): 690-691.
- 62- Mc Callum DI, Kinmont PDC, Williams DW et al. Intraepidermal carcinoma of the eyelid margin. *Br. J Dermatol.* 1975;93: 239-252.
- 63- Fraunfelder FT, Zacarian SA, Wingfield DL, Limmer BL. Results of cryotherapy for eyelid malignancies. *AJO* 1984; 97: 184-188,

- 64- Mansour AM, Hidayat AA. Metastatic eyelid disease. *Ophthalmol.* 1987, 94,6: 667-670.
- 65- Kersten RC, Anderson RL, Tse DT, Weinstein GL. Tarsal rotational flap for upper eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.* 1986;104:918-922.
- 66- Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol* 1989;33:477-490.
- 67- Alexander Gardetto, Christian rainer, chritian ensinger, ivo baldissera, Hildegunde piza-katzer; *BJO2002*;86:243-244.
- 68- Lisman RD .Jacobiec FA, Smail P. Sebaceous carcinoma of the eyelids. *Ophthalmology* 1989; 96: 1021-1026.
- 69- Miwagawa M, Havasaka S, Nagaoka S, Mihara M. Sebaceous gland carcinoma of the eyelid presenting as a conjuntival papilloma. *Ophthalmologica* 1994; 208: 46-48.
- 70- Balcioğlu N, Peksayar G, Demiryont M, Güncel H. Gözkapasının yağ bezi karsinomları. *TOD XXI.Ulusal Kongre Bülteni, Cilt 11.1987*; 1040-1043.
- 71- Bosniak M, Zimmerman LE. Sebaceous carcinoma of the eyelid, eyebrow caruncle and orbit. *Trans. Am.Acad.Ophthal. Otolaryn.* 1968, 72: 619-641.
- 72- Schlernitzaver DA., Font RL. Sebaceous gland carcinoma of the eyelid following radiation therapy for cavernous hemangioma. of the face. *Arch. Ophthal.* 1976; 4:1523-1525.
- 73- Wolfe JT, Yeats RP, Wick MR, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelid. *Am. J. Surg. Pathol.* 1984; 8:594-606.
- 74- McCord CD, Cavanagh HD. Microscopic features and biologic behaviour of eyelid tumors. *Ophthalmic Surg.* 1980; 11: 671-681.
- 75- Duman S. Kantal bölge blefaroplastileri. Doğan ÖK, Aydın RÇ. (ed.ler) XXVIII. *TOD Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 1. Konya, 1994*;58-61.
- 76- Collin JRO. Tumor excision and eyelid reconstruction. *A manual of systemic eyelid surgery.* Edinburg: Churcill Livingstone, 1983: 76-95.

- 77- Avram DR, Hurwitz JJ, Kratky V. Modified Tessier flap for reconstruction of the upper eyelid. *Ophthalmic Surg.* 1991;22:467-469.
- 78- Custer PL Conceptual approach to eyelid reconstruction. *Otolaryngol Clin North Am* 1990; 23: 991-1001.
- 79- Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. *Clin PlastSurg* 1985; 12: 393-410.
- 80- McCord CD, Wesfey R. Reconstruction of the upper eyelid and medial canthus. In: McCord, ed. *Oculoplastic surgery*, 2nd ed. New York: Raven Press, 1987; chap.3.
- 81- Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. *Plast Reconstr Surg* 1993; 96: 1017-24.
- 82- Wang JK, Liao SL, Jou JR, Lai PC, Kao SC S, Hou PK, Chen MS; *Eye*, 2003; 17, 216-220.
- 83- Folberg R, Bemardino VB, Bernardino EA. Pigmented eyelid lesions. In: Homblass A, ed. *Oculoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1988; v.1, chap.30.
- 84- Peksayar G, Bankeroğlu F. Kapak ve konjonktiva melanomları. *T Oft Gaz*, 1987; 17: 159-162.
- 85- Leong SP, Enders-Zohr P, Zhou YM, Stuntebeck S, Habib FA, Allen RE Jr, Sagebiel RW, Glassberg AB, Lowenberg DW, Hayes FA. Recombinant human granulocyte macrophage-colony stimulating factor (rhGM-CSF) and autologous melanoma vaccine mediate tumor regression in patients with metastatic melanoma. *J Immunother* 1999, Mar;22(2):166-174.
- 86- Mills P, Parsons CA. Primary orbital lymphoma: staging by computed tomography scanning. *Br. J. Ophthalmol.* 1989, 62: 287-289.
- 87- Knowles DM, Jacobiec FA, McNally L, Burke JS. Lymphoid hyperplasia and malignant lymphoma occurring the ocular adnexa (orbit, conjonctiva and eyelids). *Human pathol* 1990; 21: 959-973.

- 88- Char DH. The management of lid and conjonctival malignancies. *Surv. Ophthalmol.* 1980;24: 679-689.
- 89- Riley FC. Metastatic tumors of the eyelids. *Am. J. Ophthal.* 1970; 69: 259-264.
- 90- Morgan LW, Linberg JV, Anderson RL. Metastatic disease first presenting as eyelid tumors: A report of two cases and review of the literature. *Am J Ophthal* 1987, 19: 13-18.
- 91- Gilberg SM, Tse DT. Malignant eyelid tumors. In: Liesegang TJ (ed) *Ophthalmology Clinics of North America*. Philadelphia Saunders Company 1992;5(2):261-285.
- 92- Svanson NA. Mohs' surgery. Technique, indications, applications and the future. *Arch Dermatol* 1983;119: 761-773.
- 93- Schlienger P, Brunin F, Desjardins L, Laurent M, Haye C, Vilcoq JR External radiotherapy for carcinoma of the eyelid: report of 850 cases treated. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1996 Jan 15;34(2):507.
- 94- Lederman M. Radiation treatment of cancer of the eyelids. *Br J Ophthalmol* 1976; 60: 794-805.
- 95- Sullivan JH.: Cryosurgery in Ophthalmic Practice *Ophthal. Surg.* 1979; 37:10-18.
- 96- Kuflik EG. Cryosurgery for carcinoma of the eyelids. A 12 year experience. *J Dermatol. Surg Oncol* 1985;11:243-246.
- 97- Yararcan M, Bilgiç S. Gözkapağının bazal hücreli karsinomalarında kriyoterapi uygulaması ve sonuçları. *T Oft Gaz,* 1982; 12: 150-160.
- 98- Günalp L. Kapak karsinomalarında soğuk tedavinin etkinliği. *AÜTF Göz Klin Yıl.* 1981; 33: 59-80.
- 99- Griffin JD, Garnick MB. Eye toxicity of chemotherapy: a review of the literature. *Cancer* 1981; 48:1539-1549.
- 100- Robinson JK. Isotretinoin does not prevent basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 1992; 128: 975-976.

- 101- Tse DT, Kersten RC, Andreson RL. Hematoporphyrin derivative photoradiation therapy in managing nevoid basal cell carcinoma syndrome “ A preliminary report”. Arch Ophtalmol. 1984; 102: 990-994.
- 102- Holds JB, Anderson RL. Medial canthotomy and cantholysis in eyelid reconstruction. Am J Ophtalmol.1993;116:218-223.
- 103- Tenzel RR. Orbit and Oculoplastics. Textbook of Ophtalmology. Gower medical publishing. New York. 1993: 6;16-23.
- 104- Mauriello JA, Antonacci R. Single Tarsokonjonktival flap (lower eyelid) for upper eyelid reconstruction (“reverse” modified Hughes procedure). Ophtalmic surgery.1994;25:374-378.
- 105- Konuk O, Ünal M, Hasanreisöglu B. Üst kapak tümör cerrahisi sonrası gelişen geniş deformitelerin tek basamaklı rekonstrüksiyonu.MN oftalmoloji. 1999;6:386-389.
- 106- Epstein GA. Free tarsoconjunctival grafts and composite grafts. In: Levine MR, ed. Manual of Oculoplastic Surgery. New York: Churchill Livigstone, 1988; 169-174.
- 107- Werner MS, Olson JJ, Putterman AM. Composite grafting for eyelid reconstruction. Am J Ophthalmol 1993; 116: 11-16.
- 108- McCord CD, Nunery WR. Reconstruction of the lower eyelid and outer canthus . In: McCord CD, Tanenbaum M, eds. Oculoplastic Surgery, 2nd ed. NewYork: Raven Press, 1987; pp.93-116.
- 109- Tenzel RR. Lid reconstruction. In: Smith BC, Della Rocca RC, Nesi FA, Lisman RD, eds. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. St . Louis: The CV Mosby Co. 1987; v.2, chap.39.
- 110- Brown BZ. Recostruction of the lower eyelid: moderate defects. in. Hornblass A, ed. Oculoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery. Baltimore: Williams & Wilkins. 1988; v.1, chap.68.
- 111- Wiggs EO. Tarsconjunctival advancement flap in lower eyelid reconstruction. In: Levine MR, ed. Manual of Oculoplastic Surgery .NewYork: Churchill Livingstone, 1988;153-156.

- 112- Leone CR, Hand SI. Reconstruction of the medial eyelid. Am J Ophthalmol 1979; 87: 797-801.
- 113- Steinkogler FJ. Heterologous cartilage sandwich lower lid reconstruction. Ophthalmic Surg. 1993;24:351-354.
- 114- McCord CD. System of repair of full-thickness eyelid defects. .İn: McCord CD, Tanenbaum M, eds. Oculoplastic surgery, 2nd ed. New York: Raven Press, 1987, p.117-128.
- 115- Moscana R, Panini A, Hirshowitz B. In favor of healing by secondary intention after excision of medial canthal basal cell carcinoma. Plast and Reconst Surg 1983;71:189-195.
- 116- Older JJ. Medial canthal reconstruction. In: Hornblass A, ed.Oculoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery Baltimore:Williams & Wilkins. 988;v.1, chap.71.
- 117- Bosniak SL, Schiller J. Patient management after Mohs' Surgery. Ophthalmology Clinics of North America, 1991; vol 4: 165-72.
- 118- Steinkogler FJ. Reconstruction of the temporal canthus. Br J Ophthalmol. 1983 Apr;67(4):267-9.
- 119- Breier F, Meissl G, Diem E. Functional reconstruction of the upper eyelid after excision of squamous cell carcinoma in xeroderma pigmentosum. Plast Reconstr Surg.1997;99(6):1730-3.
- 120- Yalaz M, Varınlı S, Varınlı İ. Oftalmik tümör ve tümör benzeri lezyonların klinikopatolojik değerlendirmesi,T.Oft.Gaz. 1990;20; 462-466.
- 121- Sao-Bing Lee, Seang-Mei Saw, Kah-Guan Au Eong, Tat-Keong Chan, Hin-Peng Lee. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995 . Br J Ophthalmol 1999;83:595-597.
- 122- Akbaş F, Gönül P, Dürük K: Kapak malign tümörlerinin klinik ve tedavi özellikleri. In, Köker ÖF, Ersöz TR, Kaya A. (Eds.): Türk Oftalmoloji XXIII. Ulusal Kongresi Bülteni (1989). Cilt II. Adana, Çukurova üniversitesi Basımevi, 1989, 867-871.

- 123- Swanson MW, Cloud G. A retrospective analysis of primary eye cancer at the University of Alabama 1958-1988. Part 2: Eyelid tumors. J Am Optom Assoc 1991;62:820-823.
- 124- Francis IC, Benecke PS, Kappagoda MB. A ten-year hospital survey of eyelid cancer. Aust J Ophthalmol 1984;12:121-127.
- 125- Milstone EB, Helwig EB. Basal cell carcinoma in children. Arch Dermatol 1973;108:523-527.
- 126- Rahbari H, Mehregan AH. Basal cell epithelioma (carcinoma) in children and teenagers. Cancer 1982;49:350-353.
- 127- Özmert E, Günalp İ. 1964-1984 yılları arasında kliniğimizde görülen benign kapak tümörü ve kistlerine göre yaklaşım. TOD XX.Ulusal Kongre Bülteni. 1989; 203-208.
- 128- Zengin N, Karakurt A. Göz kapağının malignant tümörleri; TK oftalmoloji 1993;2; 307-311.
- 129- KJ Cho, SK Khang, JS Koh, JH Chung, and SS Lee Sebaceous carcinoma of the eyelids: frequent expression of c-erbB-2 oncoprotein. J Korean Med Sci, Oct 2000; 15(5): 545-550.
- 130- AJ Maniglia. Meibomian gland adenocarcinoma of the eyelid with neck metastasis. Laryngoscope, Sep 1978; 88(9 Pt 1): 1421-1426.
- 131- Ni C, Searl SS, Kuo PK, et al. Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa. Int Ophthalmol Clin 1982;22:23 -61.
- 132- Pang P, Rodriguez-Sains RS: Ophthalmologic oncology: sebaceous carcinomas of the eyelids. J Dermatol Surg Oncol 1985 Mar; 11(3): 260-264.
- 133- KC Tan, ST Lee, and ST Cheah Surgical treatment of sebaceous carcinoma of eyelids with clinicopathological correlation. BrJ Plast Surg, Feb 1991; 44(2): 117-121.
- 134- Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 1989;33 :477-490.

- 135- Doxanas MT, Green RW. Sebaceous gland carcinoma. Arch Ophthalmol 1984;102: 245-249.
- 136- Rodriguez-Sains RS: Ophthalmologic oncology: common eyelid tumors. J Dermatol Surg Oncol 1982; 8(4): 247-253.
- 137- S Deokule, V Child, S Tarin, S Sandramouli. Diagnostic accuracy of benign eyelid skin lesions in the minor operation theatre. Orbit, Dec 2003; 22(4): 235-238.
- 138- Lober BA, Lober CW. Actinic keratosis is squamous cell carcinoma. South Med J 2000;93:650-655.
- 139- R.N.Downes,N.P.J.Walker and J.R.O.Collin Migrographic (MOHS) Surgery in the Management of Periocular Basal Cell Epitheliomas. Eye 1990 ; 4;160-168.
- 140- H Mehta Surgical management of carcinoma of eyelids and periorbital skin. British Journal of Ophthalmology, 1979, Vol 63, 578-585.
- 141- Putterman AM. Reconstruction of the eyelids following resection for carcinoma. Clin Plast Surg 1985; 12: 393-410.
- 142- Günay GK. Karsinoma bağlı kapak defektlerinin onarımı. TOD XXIII.Ulusal Kongre Bülteni, Cilt II. 1989; 444-449.
- 143- Beken Z, Karadede S, Karadağ T. Kapak malign tümörleri tedavi sonuçları. TOD XXV.Ulusal Kongre Bülteni, Cilt III. 1991; 239-243.