

ORJİNAL MAKALELER

Göz Kapağı Kitlelerinin Histopatolojik ve Epidemiyolojik Değerlendirilmesi

Arzu Taşkıran Çömez (*), Levent Akçay (**), Özlen Özgür (***), Onur Karadağ (*),
Ömer Kamil Doğan (****)

ÖZET

Amaç: Gözkapaklarında görülen kitlelerin klinik ve epidemiyolojik özelliklerini incelemek.

Gereç ve Yöntem: 1996-2005 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniğine göz kapağında kitle şikayeti ile başvuran 281 hastanın 326 kapak lezyonu, yerleşim yeri, kitle sayısı, klinik ön tanı, histopatolojik tanı ve cinsiyete göre dağılım açısından, retrospektif ve prospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 281 hastanın 130'u erkek (%46.26), 151'i (%53.74) kadındı. Yaşları 2 ile 80 yıl (ortalama 48.2), arasında değişen hastalar ortalama 32.4 ay (1-101) takip edildi. Histopatolojik değerlendirme sonucunda 326 lezyonun 287'si (%88.1) iyi huylu, 39'u (%11.9) kötü huylu olarak tanımlandı. En sık görülen iyi huylu kapak kitleleri; şalazyon (94 kitle, % 32.76), squamöz papillom (46 kitle, % 16.02), intradermal nevüs (22 kitle, %7.66), ksantelesma (20 kitle, %6.96), seboreik keratoz (16 kitle, %5.57); en sık görülen kötü huylu kapak tümörü bazal hücreli karsinom (BHK) (30 kitle, %7.6.92) idi. Bunu sırasıyla skuamöz hücreli karsinom (SHK) 6 (%15.40), malign melanom (MM) 1, (%2.56), sebace bez karsinomu (SBK) 1 (%2.56), Non Hodgkin Lenfoma (NHL),1 (%2.56) izlemektedir.

Sonuç: Göz kapaklarında lokalize olan lezyonların çoğu iyi huylu olmakla ve eksizyonla tedavi edilebilmekle beraber, göz kapaklarında görülen her türlü lezyonda maligniteler akla getirilmeli ve biyopsi ile tanı kesinleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Göz kapağı kitleleri, epidemiyoloji, histopatoloji

SUMMARY

Histopathological and Epidemiological Evaluation of Eyelid Masses

Purpose: To investigate the clinical, histopathological and epidemiological features of the masses of the eyelids.

Material and Methods: 326 eyelid lesions of 281 patients applied to Dr. Lutfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital, 1st Eye clinic complaining of eyelid lesion between 1997-

(*) Asist. Dr., S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği

(**) Op. Dr., S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği,
Klinik Şef Yard.

(***) Op. Dr., S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği

(****) Prof. Dr., S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz
Kliniği, Klinik Şefi

Yazışma adresi: Arzu Taşkıran Çömez, Eski SSK Hastanesi yanı, Rüyayşehir Sitesi A3/14,
Malatya E-posta: arzucoomez@yahoo.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 26.10.2005
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 14.09.2006
Kabul Tarihi: 30.01.2007

2005 were evaluated according to the localizations and the number of lesions, clinical diagnosis, histopathological diagnosis and sex distribution retrospectively and prospectively.

Results: 130 (%46.26) of 281 patients were male and 151 (%53.74) were female. The age of the patients ranged between 2 and 80 years (mean 48.2) and the mean follow up period was 32.4 months (between 1-101 months). Histopathological evaluation revealed that 287 (%88.1) of 326 lesions were benign and 39 (%11.9) were malign. The most frequently seen benign masses were chalazion 94 masses (32.76%), squamous papilloma 46 masses, (16.02%), intradermal nevus 22 masses (7.66%), xanthelasma 20 masses (6.96%), seborrheic keratosis 16 masses, (5.57%). The most frequently seen malign eyelid tumor was basal cell carcinoma (BCC) 30 masses, (76.92 %), and the others were squamous cell carcinoma (SCC), 6 (15.40 %), malignant melanoma (MM) 1 mass (2.56%), sebaceous gland carcinoma (SGC) 1 (2.56%), Non Hodgkin Lymphoma (NHL) 1 mass (2.56%), respectively.

Key Words: Eyelid masses, epidemiology, histopathology

GİRİŞ

Cilt, kas, mukoza, salgı bezleri gibi farklı dokulardan oluşan gözkapaklarında hem bu dokulardan kaynaklanan hem de iltihabi ve sistemik hastalıklara bağlı çeşitli lezyonlar görülebilir. Bununla birlikte; iyi veya kötü huylu lezyonların çoğu derinin hızlı büyüyen yüzeysel kısmı olan epidermisten kaynaklanır. İyi huylu lezyonlar tecrübeli bir göz tarafından klinik görüntü ve davranışlarıyla tanınabilmesine rağmen, biyopsi ile histopatolojik tanının konulması, ölümcül olabilen kötü huylu kapak tümörlerin erken tanınmasını ve tedavisini sağlamakta ve hayat kurtarıcı olmaktadır.

Bu çalışmamızda, kliniğimize göz kapağında kitle şikayeti ile başvuran hastaların epidemiyolojik çalışmasını yaparak hangi kapak tümörünün ne sıklıkta, hangi cinsiyette ve yaş gruplarında görüldüğünü ve yerleşim yerini saptamayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

1.1.1996 - 1.5.2005 tarihleri arasında Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Göz Kliniğine göz kapağında kitle şikayeti ile başvuran 281 hastanın 326 lezyonu çalışma kapsamına alındı. Lezyonlar klinik ve histopatolojik görüntülerine göre iyi huylu ve kötü huylu olarak sınıflandırıldı.

Şalazyon ve piyojenik granülom gibi inflamatuvar lezyonlar Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması'nda (International Classification of Diseases) olduğu ve iyi huylu lezyonlarla kötü huylu lezyonların oranını ortaya koymak için çalışmamız kapsamına alındı (1,2).

İyi huylu ve kötü huylu lezyon grupları kendi içlerinde, görüldükleri yaş aralığı, cinsiyet, lokalizasyon, ilk semptom özelliği ve takip süresi açısından prospektif ve

retrospektif olarak değerlendirildi. Daha sonra iki grup birbiriyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

Olguların 130'u erkek, 151'i kadın, yaş ortalaması 42.8 yaş olup yaş aralığı 2 ile 80 idi. İyi huylu kapak kitleleri tüm kapak kitlelerinin %88.1'ini, kötü huylu kapak kitleleri ise %11.9'ini oluşturmaktaydı.

En büyük oranı iltihabi kitlelerin kapladığı iyi huylu lezyonların dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

BHK'un en sık görüldüğü kötü huylu lezyonların dağılımı Grafik 1'de görülmektedir.

İyi ve kötü huylu lezyonlar cinsiyet dağılımı açısından incelendiğinde kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (ki kare testi, Tablo 2).

Kötü huylu kapak lezyonlarının görüldüğü yaş ortalaması 65 yaş (en genç 35, en yaşlı 80) iken, iyi huylu lezyonlarda bu ortalama 42 yaşa (en genç 2 yaş, en yaşlı 80 yaş) düşmektedir.

Tablo 3'de iyi ve kötü huylu kitlelerin yaşa göre dağılım oranları görülmektedir.

Tablo 4'de kötü huylu kitlelerin yaşa göre dağılımı görülmektedir.

İyi huylu kapak lezyonlarının %93.99'una klinik olarak histopatolojik inceleme ile uyumlu tanı konurken, kötü huylu kapak lezyonlarının %74.3'üne histopatolojik inceleme ile uyumlu klinik öntanı konulabildi (Tablo 5).

Klinik ve histopatolojik tanıların birbiriyle karşılaştırılmış sonuçları ve doğruluk yüzdeleri Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İyi huylu göz kapağı lezyonlarının dağılımı

| | Sayı | % |
|---------------------------|------------|------------|
| Şalazyon | 94 | 32.76 |
| Skvamöz papillom | 46 | 16.02 |
| İntradermal nevus | 22 | 7.67 |
| Ksantelasma | 20 | 6.96 |
| Seboreik keratoz | 16 | 5.59 |
| Verruka vulgaris | 12 | 4.2 |
| Dermoid kist | 12 | 4.2 |
| Hemanjiom | 11 | 3.83 |
| Sebase kist | 11 | 3.83 |
| Epidermal kist | 11 | 3.83 |
| Dermolipom | 8 | 2.79 |
| Basit kist | 4 | 1.39 |
| Molloskum contagiosum | 2 | 0.69 |
| Milia | 2 | 0.69 |
| Aktinik keratoz | 2 | 0.69 |
| Kutanöz horn | 2 | 0.69 |
| Suderiferöz kist | 2 | 0.69 |
| Fibroepitelyal polip | 1 | 0.348 |
| Benign fibröz histiositom | 1 | 0.348 |
| Koristoma | 1 | 0.348 |
| Plexiform nörofibrom | 1 | 0.348 |
| Kondroid syringiom | 1 | 0.348 |
| Toplam | 287 | 100 |

Tümörlerin semptomatik hale gelmesi ile hekime başvurma süresi arasında iki grup arasında fark bulunuyordu. İyi huylu lezyonu olan hastaların %49.88'i 12 aydan önce kitle şikayeti nedeniyle doktora başvururken, kötü huylu lezyonların sadece %23.05'inin 12 aydan önce doktora başvurduğu görüldü. 11 konjenital kitlenin 10'u iyi huylu iken, büyüyüp, şekil ve renk değiştiren 1 konjenital kitleye malign melanom ön tanısı ile biyopsi yapıldı ve BHK tanısı konuldu.

Tablo 7'de iyi huylu ve kötü huylu lezyonların be-lirti süreleri gösterilmiştir.

Yerleşim yerlerine göre iki grup karşılaştırıldığında, iyi huylu lezyonların 146'sı (%50.87) sağ, 141'i (%49.12) sol kapakta; kötü huylu lezyonların ise 27'si (%69.23) sol; 12'si (%30.76) sağ kapak yerleşimliydi. İyi huylu lezyonların, en çok üst kapakta olmak üzere

Tablo 2. İyi ve kötü huylu göz kapağı lezyonlarının cinsiyete göre dağılımı

| | Kötü huylu | Yüzde | İyi huylu | Yüzde |
|---------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Kadın | 23 | %58.9 | 157 | %54.7 |
| Erkek | 16 | %41.1 | 130 | %45.3 |
| Toplam | 39 | %100 | 287 | %100 |

Tablo 3. İyi huylu göz kapağı lezyonlarının yaşa göre dağılımı

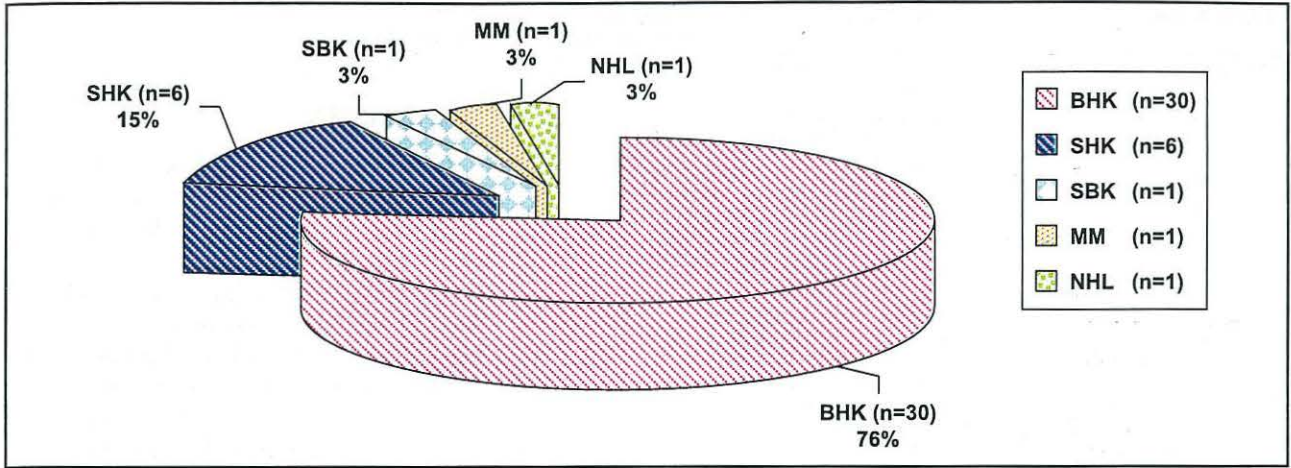
| | İyi huylu tümörler | Kötü huylu tümörler |
|-----------------|--------------------|---------------------|
| 0-19 yaş | 52 (%18.11) | |
| 20-39 yaş | 69 (%24.04) | 2 (%5.13) |
| 40-59 yaş | 107 (%37.29) | 4 (%10.25) |
| 60-79 yaş | 59 (%20.56) | 27 (%69.23) |
| 80 yaş ve üzeri | | 6 (%15.39) |
| Toplam | 287 (%100) | 39 (%100) |

(168; %58.53) sırasıyla alt kapak (93; %32.41), iç kantus (20; % 6.97) ve dış kantusta (6; %2.09) yerleştiği görüldü. Bu sıralama kötü huylu tümörlerde değişerek alt kapak (21; %53.85), üst kapak(8; %20.51) iç kantus (7; %17.95), dış kantus (3; % 7.69) şeklinde sıralandı.

Hastaların başvuru şikayeti iki grupta da benzerdi. Kitle, şişlik şikayeti her iki grupta da hekime en çok başvuru sebebiyken, hastaların uzun süredir devam eden ve büyüyen yara olarak tarifledikleri ülser benzeri düzensiz lezyonların kötü huylu lezyonlar için önemli bir semptom olduğu görüldü (Tablo 8).

Göz kapağında görülen cilt kanserlerinin %80-90 oranıyla en sık görülen tümörü olan BHK'ları yerleşim yerine göre grupladığımızda, sol kapak yerleşiminin (21; %70), sağa (9; %30) göre anlamlı olarak fazla olduğu gözlemlendi. 30 BHK'un 19'u (%63.34) alt kapak, 6'sı (%20) medial kantus, 3'ü (%10) lateral kantus, 2'si (%6.66) üst kapaktaydı.

SHK tanısı alan 6 lezyonun 5'i (%83.33) sol, 1'i (%17.7) sağ kapakta olmak üzere, 4'ü (%66.6) üst, 2'si (%33.34) alt kapaktaydı. Hemanjiom öntanısı ile eksizyonu yapılan 8 kitleden 1'i histopatolojik inceleme sonrasında şüpheli anjiosarkom olarak değerlendirildi. Bunun

Grafik 1. Kötü huylu göz kapağı lezyonlarının dağılımı

(BHK: Bazal Hücreli Karsinom, SHK: Skvamöz Hücreli Karsinom, SBK: Sebase Bez Karsinomu, MM: Malign Melanom, NHL: NonHodgkin Lenfoma)

Tablo 4. Kötü huylu lezyonların yaşa göre dağılımı

| | BHK | SHK | SBK | MM | NHL | Toplam |
|-----------------|------------|-----------|----------|----------|----------|-------------|
| 0-19 yaş | - | - | - | - | - | - |
| 20-39 yaş | 2 (%6.67) | - | - | - | - | 2 (%5.13) |
| 40-59 yaş | 3 (%10) | 1 (%16.7) | - | - | - | 4 (%10.25) |
| 60-79 yaş | 21 (%70) | 3 (%50) | 1 (%100) | 1 (%100) | 1 (%100) | 27 (%69.23) |
| 80 yaş ve üzeri | 4 (%13.33) | 2 (%33.3) | - | - | - | 6 (%15.39) |
| Toplam | 30 (%100) | 6 (%100) | 1 (%100) | 1 (%100) | 1 (%100) | 39 (%100) |

BHK: Bazal Hücreli Karsinom, SHK: Skvamöz Hücreli Karsinom, SBK: Sebase Bez Karsinomu, MM: Malign Melanom, NHL: NonHodgkin Lenfoma

üzerine immunhistokimyasal boyama yapıldı. S-100 ve HMB-45 ile pozitif boyanan hücrelerin varolmasına dayanarak malign melanom tanısı kondu.

Şalazyon tanısı ile 8 ay süresince farklı kliniklerde topikal ve sistemik antibiyotik tedavisi uygulanan 58 yaşındaki bayan hastanın sağ üst kapağında yerleşik olan lezyonuna patolojik 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 SHK tanısı konuldu.

Doğuştan beri sol alt göz kapağındaki kahverengi lezyonun son 2 aydır büyümesi üzerine kliniğimize baş-

Tablo 5. Kötü huylu ve iyi huylu tümörlerin klinik ve histopatolojik tanı oranları

| | Klinik tanı yüzdesi | Histopatolojik tanı yüzdesi |
|---------------------|---------------------|-----------------------------|
| Kötü huylu tümörler | %74.3 | %25.7 |
| İyi huylu tümörler | %93.99 | %6.01 |

vuran 67 yaşındaki bayan hastaya malign melanom ön-tanısı ile frozen biyopsi uygulandı. Lezyon, histopatolojik inceleme sonucunda BHK olarak değerlendirildi. Cerrahi sınırdaki tümör hücresi görülmesi üzerine kesi ge-

Tablo 6. Klinik ve histopatolojik tanıların birbiriyle karşılaştırılmış sonuçları ve doğruluk yüzdeleri

| Klinik ön tanı | Histopatolojik tanı | Klinik tanı doğruluk yüzdesi |
|-------------------------|--|------------------------------|
| 90 şalazyon | 84 granüloamatöz iltihab 3 seboreik keratoz 1 Skuamöz hücreli karsinom 1 Bazal Hücreli Karsinom 1 hemanjiom | %93.3 |
| 53 papillom | 42 skuamöz papillom 2 molluskum contagiosum 4 verruka vulgaris 2 hemanjiom 1 granüloamatöz iltihab 1 fibroepitelyal polip 1 suderiferöz kist | % 79.3 |
| 36 BHK | 27 Bazal Hücreli Karsinom 4 seboreik keratoz 2 Skuamöz hücreli karsinom 2 intradermal nevüs 1 aktinik keratoz | %75 |
| 23 nevüs | 20 intradermal nevüs 1 verruka vulgaris 1 hemanjiom 1 kutanöz horn | %87 |
| 22 ksantelesma | 20 ksantelesma 2 seboreik keratoz | %90.9 |
| 16 sebace kist | 9 sebace kist 3 epidermal kist 2 basit kist 2 granüloamatöz iltihab | %56.25 |
| 16 lipom | 7 dermolipom 3 epidermal kist 2 sebace kist 1 suderiferöz kist 1 koristoma 1 pilomatrixoma 1 granüloamatöz iltihab | %43.75 |
| 16 dermoid kist | 10 dermoid kist 3 epidermal kist 1 pilomatriksoma 1 dermatofibroma 1 dermatolipom | %62.5 |
| 13 verruka vulgaris | 5 verruka vulgaris 4 squamöz papillom 2 hemanjiom 1 kondroid syringiom 1 dermatofibrom | %38.46 |
| 8 hemanjiom | 5 hemanjiom 2 dermoid kist 1 Malign Melanom | %62.5 |
| 6 SHK | 3 seboreik keratoz 2 Skuamöz hücreli karsinom 1 aktinik keratoz | %50 |
| 5 kutanöz horn | 1 Skuamöz hücreli karsinom 1 granüloamatöz iltihab 2 verruka vulgaris 1 kutanöz horn | %20 |
| 5 seboreik keratoz | 4 seboreik keratoz 1 Bazal Hücreli Karsinom | %80 |
| 4 SBK | 4 granüloamatöz iltihab | 0 |
| 3 basit kist | 2 basit kist 1 epidermal kist | %66.6 |
| 3 granüloma | 1 pilomatriksoma 1 skuamöz papillom 1 epidermal kist | 0 |
| 2 milia | 2 milia | %100 |
| 1 pleksiform nörofibrom | 1 pleksiform nörofibrom | %100 |
| 1 Malign Melanom | 1 Bazal Hücreli Karsinom | 0 |
| 1 Lenfoma | 1 benign fibröz histiositom | 0 |
| 1 molluscum contagiosum | 1 granüloamatöz iltihab | 0 |
| 1 sarkom | 1 Non Hodgkin Lenfoma | 0 |

nişletilerek Mustarde rotasyonel flebi uygulandı ve damak mukozası ile arka lamel oluşturuldu.

TARTIŞMA

Gözkapağı lezyonları, tanı ve tedavileri özellik gösteren tümörler, enfeksiyonlar ve dejeneratif lezyonlar gibi farklı gruplardan oluşur (3). Deneyimli bir göz tarafından çoğu iyi huylu lezyon kolayca tanımlanabilmesine rağmen, klinik ön tanının histopatolojik tanı ile desteklenmesi hayat kurtarıcı olabilmektedir. Göz çevresi tümörlerinin sadece %15-20'si kötü huyludur (4). Bununla birlikte klinik değerlendirme ile %100 tanı konmadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırtetmek için histopatolojik inceleme önerilmektedir (5). Margo'nun çalışmasında kötü huylu kapak kitlelerinde %87.5 duyarlılık ve %81.5 spesifite ile klinik tanı konulabildiği gösterilmiştir (6).

Çalışmamızda tüm kapak tümörlerinin %88.1'i iyi huylu, % 11.9'u ise kötü huylu tümörlerdir. Aurora ve Blodi'nin 1970 yılında yayınlanan çalışmalarında bu oran iyi huylu tümörler için %76, kötü huylu tümörler için ise %24'dür (7). Abdi ve Tyagi Nmaneshwari'nin 207 vakalık klinikopatolojik çalışmasında iyi huylu lezyonların oranı %59.9, kötü huylu lezyonların oranı %41.1 olarak belirtilmiştir (8). Chang ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınlanan çalışmasında, iyi huylu tümörlerin %83.48, kötü huylu tümörlerin ise %16.52 oranında görüldüğü belirtilmiştir (9). Yalaz ve arkadaşları iyi huylu kapak tümörleri oranını %65.2, kötü huylu kapak tümörleri oranını %34,8 olarak verirken; Özkılıç ve arkadaşları bu oranları %42 ve %58 olarak bildirmişlerdir (3,4).

Görüldüğü gibi iyi ve kötü huylu kapak lezyonlarının oranları birçok çalışmada farklılık göstermektedir. Bunun sebebi bazı serilerde klinik olarak iyi huylu özellik gösteren bazı kitlelerin histopatolojik incelemelerinin yapılmaması veya iltihabi lezyonların çalışma kapsamına alınmaması olabilir. Örneğin Özkılıç ve arkadaşları oranlarının literatürdeki diğer serilerin tersine çıkmış olmasını, makalelerinde, şalazyon, hordeolum, ksantelasma gibi iltihabi veya dejeneratif kitleleri çalışma kapsamına almamış olmaları ve

Tablo 7. Kötü huylu ve iyi huylu gözkapığı tümörlerinin belirti süreleri

| Semptom ile başvuru arası süre | İyi huylu (n=287) | Yüzde | Kötü huylu (n=39) | Yüzde |
|--------------------------------|-------------------|---------|-------------------|---------|
| 0-1 ay | 1 | %0.42 | 0 | |
| 2-6 ay | 73 | %25.43 | 4 | % 10.22 |
| 7-12 ay | 69 | %24.03 | 5 | %12.83 |
| 13-24 ay | 28 | %9.74 | 12 | %30.78 |
| 25-60 | 44 | %15.33 | 15 | %38.46 |
| 61-120 | 35 | %12.18 | 2 | %5.13 |
| 121 ay ve üzeri | 27 | %9.40 | 0 | |
| Konjenital | 10 | %3.47 | 1 | %2.58 |
| Toplam | 287 | %100.00 | 39 | %100.00 |

Tablo 8. Hastaların başvuru şikayetleri

| Klinik görüntü | İyi huylu | Kötü huylu | Toplam |
|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| Kitle | 247 (%86.06) | 24 (%61.54) | 271 (%83.13) |
| Kahverengi (pigmentli) lezyon | 22 (%7.67) | 3 (%7.69) | 25 (%7.67) |
| Kaşıntılı lezyon | 10 (%3.48) | 1 (%2.56) | 11 (%3.37) |
| Sarı renkli lezyon | 7 (%2.44) | 0 | 7 (%2.15) |
| Yara | 1 (%0.35) | 11 (%28.21) | 12 (%3.68) |
| | 287 (%100.00) | 39 (%100.00) | 326 (%100.00) |

seboreik keratoz, papillom gibi iyi huylu kapak tümörlerinin kayıtlara geçirilmemiş olma olasılığının yüksek olması ile açıklıyorlar (4).

WHO'nun Uluslararası Hastalıklar Sınıflamasına (ICD) göre tümör benzeri iltihabi lezyonlar da bu sınıflama kapsamındadır (1,2). Ayrıca yüksek metastaz ve ölüm oranına sahip olan sebace bez karsinomu; şalazyonu ve kronik blefarokonjonktiviti taklit edebilmektedir. Bu iki çok önemli sebepten dolayı biz hordeolum, şalazyon gibi tümör benzeri iltihabi lezyonları da çalışmamız kapsamına aldık.

Çalışmamızda iyi huylu tümörlerden en çok görülen 5 tümör sırasıyla 94 kitle (%32.75) ile şalazyon, sonrasında skuamöz papillom (46 kitle, %16.02), intradermal nevus (22 kitle, %7.66), ksantelesma (20 kitle, %6.96), seboreik keratoz (16 kitle, %5.57) ve dermoid kisttir (13 kitle %4.53).

Yalaz ve arkadaşlarının çalışmasına göre iyi huylu kapak tümörlerinden en sık görülen; %32 oranı ile dermoid kist, Özkılıç ve arkadaşlarının çalışmasında ise %45 oranıyla hemanjiomdur (3,4). Abdi ve arkadaşları-

nin çalışmasında vasküler tümörler (% 21.3) ilk sıradadır (8). Vasküler tümörleri, %18 ile nöral tümörler, % 16.4 ile dermoid kistler, %13.1 ile skuamöz papilloma ve %12.3 ile nevüsler takip etmektedir (8). Chang'ın çalışmasında 91 iyi huylu lezyondan 38'si (%41.75) nevüs, 15'i (%16.48) skuamöz papilloma, 13'ü (%14.28) kist, 11'i (%12.08) verruka, 10'u (10.98) seboreik keratoz, ve 4'ü (%4.39) hemanjiomdu (9).

Çalışmamızda gerek iyi huylu gerekse kötü huylu tümörlerin kadınlarda daha fazla görüldüğünü saptadık. Kadın erkek oranı 1.23/1 olup, bu oran kötü huylularda 1.44/1; iyi huylularda 1.20/1 olarak bulundu. Abdi ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran 1.3/1 olarak erkekler lehineydi (8). Deshpande'nin 2003 yılında yayınlanan çalışmasında kadın/erkek oranı 0.89/1 (10), Lee'nin çalışmasında 1/1 (11), Thakur'un çalışmasında ise 1.05/1 (12) idi.

Yerleşim yerlerine göre iki grup karşılaştırıldığında, iyi huylu lezyonların 146'sı (%50.88) sağ, 141'i (%49.12) sol kapakta; kötü huylu lezyonların ise 12'si (%30.76) sağ, 27'si (%69.23) sol kapak yerleşimliydi.

İyi huylu lezyonların lokalizasyonları için literatürdeki bir çok yayında farklı sonuçlar kaydedilmiştir ve yerleşim yerleriyle ilgili bir özellik bulunmamıştır (1,9). Bizim çalışmamızda iyi huylu lezyonların en çok üst kapakta olmak üzere (168;%58.53) sırasıyla alt kapak (93;%32.41), iç kantus (20;%6.97) ve dış kantusta (6;%2.09) yerleştiği görüldü. Bu sıralama kötü huylu tümörlerde değişerek ve literatürle örtüşerek alt kapak (21;%53.85), iç kantus(7;%17.95), üst kapak(8;%20.51), dış kantus (3;%7.69) şeklinde sıralandı (13). Diğer cilt kanserleriyle benzer olarak kötü huylu kapak kitelleri de yaşla beraber artmaktadır. Literatürdeki serilerde kötü huylu kitellerinin sıklıkla 6. ve 7. dekada ortaya çıktığı bildirilmiştir (14-17). Çalışmamızda kötü huylu kapak lezyonlarının görüldüğü yaş ortalaması 65 yaş (35-80 yaş) iken, iyi huylu lezyonlarda bu ortalamanın 42 yaşa (2-80 yaş) düştüğü dikkati çekmektedir. Abdi ve arkadaşlarının çalışmasında iyi huylu tümörler daha çok ilk 2 dekada görülürken, kötü huylu tümörler sıklıkla 40-60 yaşlar arasında görülmekteydi (8).

Literatürlerde göz kapağının %90 oranla en sık görülen kötü huylu tümörü olarak bildirilen BHK'un ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; %64-%85 arasındadır. (4,18,19) Bizim çalışmamızda da görülme sıklığı açısından kötü huylu tümörler içinde ilk sırayı %76.92 ile BHK almaktadır.

Kötü huylu kapak tümörlerinde ikinci sıklıkta %15.40 ile YHK görülmektedir ve bunu %2.56 oranlarıyla Malign Melanom (MM), Sebase Bez Karsinomu (SBK) ve Non Hodgkin Lenfoma (NHL) izlemektedir. Hindistanda yapılan bir çalışmada SBK %32.6; BHK %29.8; YHK %28.1 oranlarında görülmüştür (20). Chang'ın çalışmasında BHK oranı %77.77; SBK oranı %16.66; YHK oranı %5.55 olarak bildirilmiştir (9). Abe ve arkadaşlarının çalışmasında da 22 yılda toplanmış verilerle göre YHK %48.1, BHK %32.6, SBK %13.5 olarak bildirilmiştir (17). Soysal ve Albayrak'ın serisinde BHK %79,3, YHK %17.4, SBK %1.9, MM %1.29 olarak; Özkılıç ve Peksayar'ın çalışmasında BHK %85, YHK %8, SBK %6 olarak bildirilmiştir (4,18).

Yerleşim yerine göre BHK'ları grupladığımızda, sol kapak yerleşiminin (21, %70), sağa (9, %30) göre anlamlı olarak fazla olduğu gözlemlendi. 30 BHK'un 19'u (%63.34) alt kapak, 6'sı (%20) iç kantus, 3'ü (%10) dış kantus, 2'si (%6.66) üst kapaktaydı. Bu oranlar literatürle uyumluydu (18,21,22). Avustralya'da yapılan bir çalışmada BHK'un %55.8 oranında sağ kapakta, %44.2 oranında sol kapakta görülme sebebini araba kullanırken yüzün sağ tarafının güneşe daha çok maruz kalmasına bağlanmıştır (23).

SHK tanısı alan 6 lezyonun 5'i sol (%83.3), 1'i (%16.7) sağ kapakta olmak üzere 4'ü üst, (%66.7), 2'si

(%33.3) alt kapaktaydı. Donaldson, Cook, Bartley, Özkılıç ve Peksayar SHK'un en sık alt kapakta (4,21,24,25); Kwitko ve Zimmerman ise en sık üst kapakta (26), görüldüğünü belirtmişlerdir.

Çalışmamızda BHK öntanımız %75 vakada, SHK öntanımız ise %33.3 vakada histopatolojik olarak doğrulandı. BHK'un klinik olarak tanınması olasılığı SHK'dan daha fazladır (27). Donaldson ve arkadaşları BHK'un %62.7 oranında klinik olarak tanınabildiğini belirtmişlerdir (25). SHK'un klinik bulgularıyla tanınabilme olasılığı ise %35-51 arasında değişmektedir (28,29). Bu, BHK'un görülme oranının yüksekliğine bağlı olarak beklentinin fazla olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda 1 MM (%2.56) olgusu sol üst kapakta yerleşti. 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 (5,18,30).

SBK tüm göz kapağı tümörlerinin %1'den azını oluşturmaya rağmen oldukça kötü huylu bir tümördür (31-33). Sıklıkla üst göz kapağının tarsal Meibomian bezlerinden, nadiren Zeiss bezinden kaynaklanabilir (34). Vakaların %14-20'sinde başvuru anında metastaz bulunur (33). Kronik blefarokonjonktivit, tedaviye cevap vermeyen uzun süreli şalazyon ya da tek taraflı tümör benzeri lezyonlarda SBK'dan şüphelenmek gerekir (32,33). Kötü huylu kapak tümörleri içinde SBK görülme sıklığı Kaas ve Hornblase'ın çalışmasında %1,3 (34), Özkılıç ve Peksayar'ın çalışmasında %5,5 (4), Ni ve arkadaşlarının çalışmasında %33 (32) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda SBK görülme sıklığı kötü huylu tümörler içinde %2.56 bulunmuştur.

SONUÇLAR

Göz kapağı cilt dokusunun ince ve sınırlı olması, kötü huylu tümörlerin orbita ve beyin metastazı yapabilmesi, bazı kötü huylu tümörlerin histopatolojik inceleme yapılmadan iyi huylu tümörlerden klinik olarak ayırde-dilememesi, kapak lezyonlarının estetik ve fonksiyonel bozukluğa yol açmasından başka hayati önem taşıdığını gösterir.

İltihabi lezyonların da çalışma kapsamına alındığı yayınlara göre iyi huylu tümörler kötü huylu tümörlerin yaklaşık 1,5- 6 katı kadar fazla olabilmektedir. Hem kötü huylu hem de iyi huylu lezyonlar kadınlarda daha fazla görülmektedir.

İyi huylu tümörler genç ve orta yaşlarda daha sık görülürken, kötü huylu tümörler 6.dekadan sonraki yıllarda kümelenmektedir.

Deneyimli bir göz, klinik davranış ve görüntüsüyle kötü huylu ve iyi huylu kitle ayırımını yapabilir. İyi huylu tümörlere %95 oranında klinik tanı konulabilirken, kötü huylu tümörlerde bu oran deneyimli cerrahlar da bile %70-90 olup, histopatolojik tanı gerekmektedir.

İyi huylu lezyonların yerleşim yeriyle ilgili bir özellik görülmezken, kötü huylu lezyonlar ülkemiz başta olmak üzere, güneşli ülkelerde solda daha fazla; İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde ise sağ tarafta bulunmuştur (23,35,36).

Kötü huylu tümörlerde sırasıyla en çok BHK, SHK, SBK, MM görülür.

SBK nadir fakat öldürücü bir tümör olduğu ve şalazyon gibi kronik iltihabi lezyonları taklit edebildiği için kronik ve tıbbi tedaviye cevap vermeyen şalazyon ve kronik blefaritte dikkatli olup, histopatolojik inceleme yapmak gerekir. Malign melanom için ise histopatolojik inceleme yeterli olmayıp, immunohistokimyasal boyama gerekebilir.

Yeterli alet ve deneyimli eleman eksikliğine bağlı olarak ülkemizde çoğu hastanede uygulanamayan, Mohs'un mikroskopik cerrahisi, gereksiz doku kaybının önlenmesi ve lezyonun tamamen çıkarılmasına olanak vermesi açısından tanı ve tedavide altın standarttır.

Kapaklarda görülen ve şüphe uyandıran her türlü lezyonun eksize edilerek histopatolojik inceleme ile tanısının konulması; hastanın sadece kozmetik görüntüsünü düzelterek, anatomik bütünlüğü sağlamakla kalmayıp, hayat kurtarıcı olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ten Seldman REJ, Helwig EB: Histological typing of skin tumors. Geneva: World Health Organization, 1974; 48-49
2. World Health Organization. International classification of diseases. Manual of the international statistical classification of disease, injuries, and causes of death. 9th revision, Vol. 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1977
3. Yalaz M, Varınlı S, Varınlı İ: Oftalmik tümör ve tümör benzeri lezyonların klinikopatolojik değerlendirilmesi, T. Oft. Gaz. 1990;20: 462-466
4. Özkılıç E, Peksayar G: Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi. T Oft Gaz. 2003; 33(4/1): 631-640
5. Tesluk GC: Eyelid lesions: Incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol 1985;17:704-707
6. CE Margó: Eyelid tumors: Accuracy of clinical diagnosis. Am J Ophthalmol. 1999;128(5):635-636
7. Aurora A, Blödi F: Lesions of the eyelids. A clinicopathological study. Surv. Ophthalmol 1970;15:94-104
8. Abdi Ü, Tyagi Nmaneshwari V, et al: Tumors of the eyelid: a clinicopathologic study. J Indian Med Assoc 1996; 94: 405-409
9. 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. 2003; 19(11):549-554
10. AH Deshpande, MM Munshi. Fine needle capillary sampling of eyelid masses. A study of 70 cases: Acta Cytol 2003; 7(3): 349-358
11. 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
12. Sanjay Kumar Daulat Thakur, Shatrughan Prasad Sah, Mamta Lakhey and Badri Prasad Badhu. Primary malignant tumours of eye and adnexa in Eastern Nepal. Clin Experimental Ophthalmol 2003;31(5):415-417
13. Zengin N, Karakurt A: Göz kapağının malign tümörleri; Türkiye Klinikleri Oftalmoloji. 1993;3:307-311
14. Liu CH, Ma L: The clinical features and surgical results of malignant eyelid tumors. Chang Gung Med J. 2001; 24(2):84-90
15. 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(11):820-823
16. Francis IC, Benecke PS, Kappagoda MB: A ten year hospital survey of eyelid cancer. Aust J Ophthalmol 1984; 12(2):121-127
17. 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
18. Soysal H. G, Albayrak A: Göz kapaklarının primer malignant tümörleri. T. Oft. Gaz 2001;31:370-377
19. Curtis EM, Zuber DM: Malignant tumors of the eyelid: A Population-Based Study of Non-Basal Cell and Non-Squamous Cell Malignant Neoplasms. Arch Ophthalmol. 1998;116:195-198
20. Sihota R, Tandon K, Betharia SM, et al: Malignant eyelid tumors in an Indian population. Arch Ophthalmol 1996;114:108-109
21. Cook BE Jr, Bartley GB: Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted Country, Minnesota. Ophthalmology 1999;106:746-750
22. Pieh S, Kuchar A, Novak P, Kunstfeld R, Nagel G, Steinkogler FJ: Long-term results after surgical basal cell carcinoma excision in the eyelid region. Br J Ophthalmol 1999; 83: 85-88
23. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ, Williamson RM: Squamous cell carcinoma of the eyelids Br J Ophthalmol 2002;86:1161-1165

24. Briggs E, Cook, Bartley B, George: Management of eyelid malignancies; *Ophthalmology* 2001; 108: 2088-2098
25. Leventhall HH, Messer RJ: Malignant tumours of the eyelid. *Am J Surg* 1972; 124:522-526
26. Kwitko ML, Bosniuk M, Zimmermann LE: Eyelid tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma. I. Incidence and errors in diagnosis. *Arch Ophthalmol.* 1963 Jun;69:693-697
27. Kersten RC, Ewing Chow D, Kulwin DP: Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology* 1997;104:479-484
28. Lober BA, Lober CW: Actinic keratosis is squamous cell carcinoma. *South Med J* 2000;93:650-655
29. Nixon RL, Dorevitch AP, Marks R: Squamous cell carcinoma of the skin: Accuracy of clinical diagnosis and outcome follow up in Australia. *Med J Australia* 1986;144:235-236
30. JK Wang, SL Liao, JR Jou, PC Lai, SC SKao, P-K Hou, M-S Chen: Malignant eyelid tumours in Taiwan. *Eye* 2003;17: 216-220
31. AJ Maniglia: Meibomian gland adenocarcinoma of the eyelid with neck metastasis. *Laryngoscope* 1978; 88(9 Pt 1): 1421-1426
32. Ni C, Searl SS, Kuo PK, Chu FR, Chong CS, Albert DM: Sebaceous cell carcinomas of the ocular adnexa. *Int Ophthalmol Clin* 1982;22: 23-61
33. Nelson BR, Hamlet KR, Gillard M, et al: Sebaceous carcinoma. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:1-15
34. Kass LG, Hornblase A: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol* 1989;33:477-490
35. Wong VA, Marshall JA, Whitehead KJ, Williamson RM, Sullivan TJ: Management of periocular basal cell carcinoma with frozen section controlled excision. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2002;18(6):430-435
36. Conway RM, Themel S, Holbach LM: Surgery for primary basal cell carcinoma including the eyelid margins with intraoperative frozen section control: comparative interventional study with a minimum clinical follow up of 5 years. *British Journal of Ophthalmology* 2004; 88:236-238