

Olgu Sunumu: Sebace Bez Karsinomu Kapakta Kitle: Şalazyon mu? Karsinom mu???

Ebru Toker (*), Nur Acar (**), Mehdi Ögüt (***)

ÖZET

Amaç: Sebace bez karsinomunda (SBK) klinik tanı, histopatolojik inceleme ve tedavi yöntemlerini vurgulamaktır.

Hasta ve Yöntemler: Bu çalışmada, kliniğimizde SBK tanısıyla opere edilen iki olgu sunulmaktadır. İlk olgu, 6 yıldan beri şalazyon tanısıyla 8 kez küretaj yapılmış olan, üst kapakta kitle şikayeti ile başvuran, 66 yaşında bayan hastaydı. İkinci olgu ise 1 yıldan beri alt kapakta kitlesi olan ve daha önce 1 kez şalazyon nedeniyle opere edilip cerrahi sonrası kitlede büyüme şikayetiyle kliniğimize başvuran 45 yaşında erkek hastaydı. Her iki olguya da SBK ön tanısı ile frozen biyopsi kontrolü altında geniş cerrahi rezeksiyon uygulandı. Birinci olguda üst kapaktaki geniş tam kat kapak defekti Cutler-Beard tekniği ile; ikinci olguda alt kapaktaki geniş tam kat kapak defekti ise komşu flep kaydırma yöntemiyle onarıldı.

Bulgular: Histopatolojik incelemede SBK'yla uyumlu bulgular izlendi. Cerrahi sonrasında her iki olguda da kozmetik olarak başarılı sonuçlar elde edildi. Dört yıl takip edilen birinci olguda nüks görülmezken, ikinci olguya yapılan konjunktiva biyopsisinde nüks görülmesi üzerine radyoterapi başlandı.

Tartışma: SBK, kapaktaki enflamatuvar ve enfeksiyöz iyi huylu lezyonlarla karışabilen, nadir görülen, invazif bir tümördür. Tekrarlayan şalazyon, tedaviye yanıt vermeyen tek taraflı kronik blefarokonjunktivit gibi durumlarda, SBK tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sebace bez karsinomu, şalazyon, tek taraflı blefarokonjunktivit

SUMMARY

Sebaceous Gland Carcinoma Mass on the Eyelid: Chalazion or Carcinoma???

Purpose: To emphasize the clinical, histopathological features and treatment methods of sebaceous gland carcinoma (SGC).

Patients and Methods: In this study 2 cases operated for SGC are presented. First case was a 66-year-old lady presenting with a mass on the upper eyelid. She had been diagnosed clinically as chalazion for 6 years which had been drained 8 times. Second case was a 45-year-old man who had a mass on the lower eyelid which was present for one year. He had been operated once for chalazion. He presented to our clinic with a complaint of enlargement of the mass after the operation. With the prediagnosis of SGC. Both cases underwent wide resection of the tumor under frozen section monitoring. The wide full-thickness upper lid defect in the first case was

(*) Yrd. Doç. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları A.B.D.

(**) Asistan Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları A.B.D.

(***) Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları A.B.D.

◆ Bu çalışma 33.Ulusal Oftalmoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

Mecmuaya Geliş Tarihi: 14.11.2000

Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 24.12.2000

Kabul Tarihi: 22.05.2001

reconstructed with Cutler-Beard technique, the wide full-thickness lower lid defect in the second case was reconstructed with adjacent flap advancement technique.

Results: The histopathological examination revealed findings confirming the diagnosis of SGC. Both cases were successfully treated cosmetically. In the first case with a follow-up of 4 years no tumor recurrence was observed. In the second case adjuvant radiotherapy was initiated because of tumor recurrence confirmed with conjunctival biopsy.

Discussion: SGC is a rare, invasive tumor which can mimic benign inflammatory or infectious lesions of the eyelid. In cases of recurrent chalazia and unilateral chronic blepharocconjunctivitis unresponsive to treatment, the diagnosis of SGC should be kept in mind.

Key Words: Sebaceous gland carcinoma, chalazion, unilateral blepharocconjunctivitis

GİRİŞ

Meibomian, Zeis bezleri ile karüncül ve kaş sebace bezlerinden köken alan sebace bez karsinomu (SBK), gözkapağı tümörlerinin ABD'de %1-5.5'unu (1), ülkemizde ise %2.5'unu (2) oluşturur. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık rastlanır, genellikle altmışlı yaşlarda görülmesine rağmen literatürde daha genç vakalar bildirilmiştir (1,3,4). SBK'nın etiyolojisi bilinmemekle birlikte daha önce uygulanmış radyasyon tedavisi ve diüretik kullanımı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (5,6).

Nadir görülen bu tümörün önemi ,yanıltıcı iyi-huyulu görünümüne rağmen malinitesinin ve metastaz potansiyelinin yüksek olmasıdır. Kapakta kitle, tekrarlayan şalazyon ve yaygın tek taraflı blefarokonjonktivit şeklinde oluşabilen klinik tablo, sıklıkla doğru tanıyı ve tedaviyi geciktirmektedir (2,3,7,8,9). Lezyonun başlangıcıyla tedavi arasında geçen sürenin 7 yıla kadar uzayabileceği bildirilmiştir (4). Nadir görülen bu tümörün histopatolojik olarak tanısını koymak doğru tedavi için gereklidir ancak patoloğ, SBK ön tanısı hakkında bilgilendirilmeli ve bu konuda deneyimli olmalıdır. İki olgu sunumuyla SBK'nın bu özellikleri vurgulanmaktadır.

VAKA TAKDİMİ

Bu çalışmada, kliniğimizde SBK tanısıyla opere edilen iki olgu sunulmaktadır.

Olgu 1: 66 yaşındaki bayan hasta üst kapakta kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hikayesinden 6 yıldır mevcut olup yavaş yavaş büyüyen lezyonun, şalazyon tanısıyla 8 kez kürete edildiği öğrenildi. Muayenesinde üst kapak mediyalinde, tarstan köken alan 1x 1,5 cm boyutlarında, karnıbahar şeklinde yüzey vejetasyonları olan, sert nodüler kitle saptandı (Resim 1).

Olgu 2: 45 yaşındaki erkek hasta alt göz kapağında kitle nedeniyle başvurdu. Hikayesinden 1 yıldır mevcut olan lezyon nedeniyle 5 ay öncesinde şalazyon küretajı yapıldığı ancak kitlenin bundan sonra da büyümeye devam ettiği öğrenildi. Alt kapağın

mediyalinde 1x1cm boyutlarında enflame sert, nodüler bir kitle saptandı (Resim 2).

Her iki olguya da SBK ön tanısı ile, lezyon kenarlarından 3 mm normal görümlü cilt dahil olmak üzere geniş cerrahi rezeksiyon uygulandı ve frozen biyopsi kontrolüyle cerrahi sınırlarda tümör hücrelerinin görülmediği tespit edildi. Birinci olguda üst kapaktaki geniş tam kat kapak defekti Cutler-Beard tekniği ile; ikinci olguda alt kapaktaki geniş tam kat kapak defekti ise komşu flep kaydırma yöntemiyle onarıldı.

Histopatolojik incelemede hiperkromatik nükleuslu, köpüksü sitoplazmalı, lobüler tarzda kümelenmiş, pleomorfik hücreler izlendi (Resim 3). Taze doku örneklerinde oil red O lipid boyası ile boyanan intrasitoplazmik granüllü tümör hücreleri görüldü.

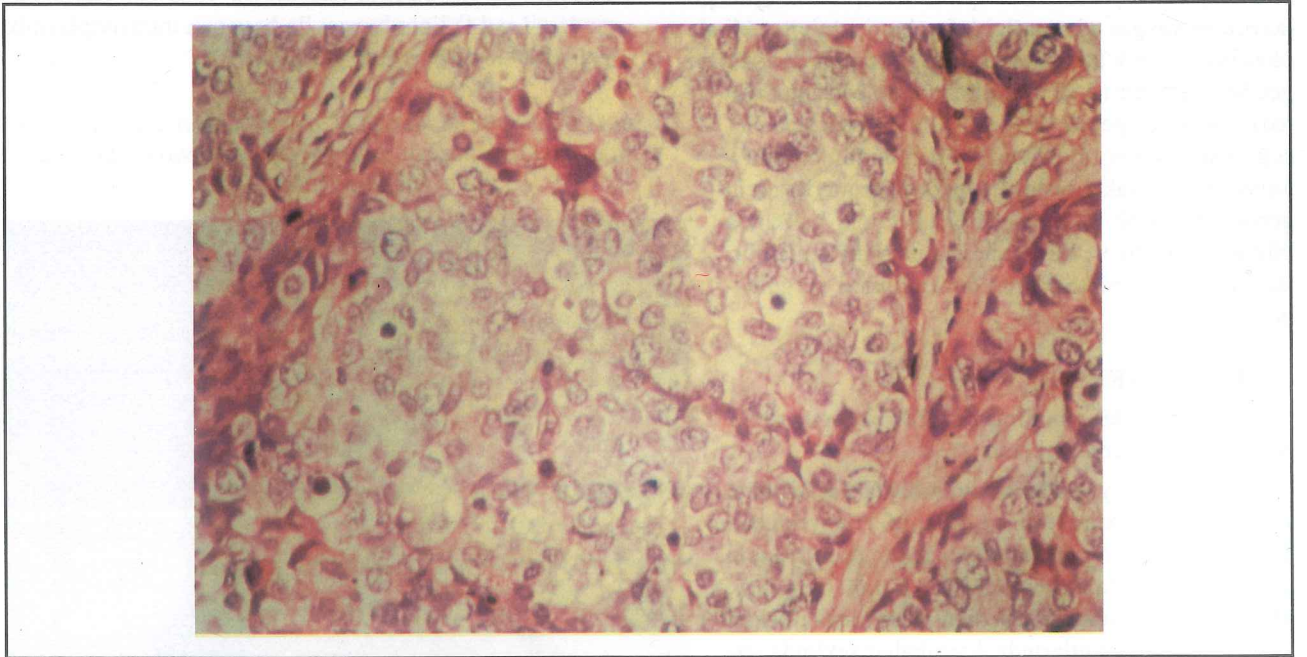
Resim 1. Üst kapak mediyalinde, tarstan köken alan 1x 1,5 cm boyutlarında, karnıbahar şeklinde yüzey vejetasyonları olan nodüler kitle.



Resim 2. Alt kapağın mediyalinde 1x1cm boyutlarında inflame nodüler kitle



Resim 3. Hiperkromatik nükleuslu, köpüksü sitoplazmalı, çok nükleoluslu, nadir mitotik aktivite gösteren, lobüler tarzda kümelenmiş tümör hücreleri (HE, X200).



Her iki olguda da kozmetik olarak başarılı sonuçlar elde edildi (Resim 4,5). Dört yıl takip edilen birinci olguda nüks görülmezken, ikinci olguya postoperatuar 2.ayda yapılan konjunktiva biyopsisinde nüks görülmesi üzerine alt kapağa radyoterapi uygulandı (toplam dozu 4000Gy).

TARTIŞMA

SBK, kapaktaki enflamatuvar ve enfeksiyöz iyi huylu lezyonlarla karışabilen, nadir görülen, invazif bir tümördür. SBK, olguların üçte ikisinde üst kapakta görülür, bu durum üst kapakta daha fazla sebace bezin olmasıyla açıklanmaktadır (9). Köken aldığı yere göre de-

Resim 4. Olgu 1'in cerrahi sonrası görünümü

ğışık klinik görünümüne neden olabilse de en sık olarak ağrısız, yavaş büyüyen, sert kıvamlı sarı bir nodülden dolayı hasta doktora başvurur ve sıklıkla şalazyonla karıştırılabilir (2,3,7,10). Günalp ve ark (2), kendi vaka gruplarındaki yalancı şalazyon oranını %33, Boniuk ve ark. (6) da %38 olarak belirtmişlerdir. Bizim sunduğumuz ilk vakada lezyonun 8 kez kürete edilmiş olması dikkat çekicidir. Yine Doxanas ve ark. (3) da SBK'lı olgu gruplarında SBK tanısı konmadan önce ortalama 3 kez küretaj uygulandığını bildirmişlerdir.

SBK'da kapakta plak benzeri kalınlaşma sonucu meibomian bez uçlarında hasarlanma, kirpiklerin invazyonuna bağlı madarozis, kirpik kaybı görülebilir. SBK pagetoid yayılım göstererek üstteki epiteli invaze edebilir ya da konjonktivaya tam kat yayılabilir ve kronik blefarokonjunktivit görünümü oluşturabilir. Literatürde yalancı blefarokonjunktivit oranı %15-30 olarak belirtilmiştir (3,6). Klasik tedaviye yanıt vermeyen ya da tekrarlayan şalazyon, tek taraflı kronik blefarokonjunktivit, meibominit olgularında SBK akılda tutulmalıdır.

SBK'da klinik tanı tam kat kapak biyopsisiyle doğrulanmalıdır (3). İntraepitelyal yayılım ve multisentrik tutulum (11) olasılığı nedeniyle komşu bulbar ve palpebral konjonktivadan multipl biyopsi alınması önerilmektedir (12,13). Taze doku, özel lipid boyalarla patolojik olarak incelenmelidir.

Ayırıcı tanıda bazal hücreli ve skuamöz hücreli kar-

sinomlar da düşünülmelidir, ancak SBK'da diğerlerinde görülen ülserleşmenin olmaması, üst kapağın daha sık tutulması ve dikkatli yapılan patolojik inceleme tanıyı doğrular.

SBK'nın tedavisinde, tümör kenarlarının mikroskopik monitörizasyonu altında dondurulmuş kesit denetimli geniş cerrahi eksizyon önerilen metottur (3,14,15). Dogru ve ark. (16) tümörün etrafından az 5 mm normal dokunun alınmasıyla %9-36 oranında belirtilen (17,18) tümör rekürrensini hiç gömediklerini bildirmişlerdir. Tümör çok genişse veya tekrarlamışsa ekzenterasyon gerekebilir. Bölgesel lenf nodu metastazı varsa, lenf nodu veya radikal boyun diseksiyonu gereklidir. Radyasyon tedavisi lokal cerrahi tedaviye ek olarak uygulanmaktadır. Sadece primer radyasyon tedavisi yeterli olmamakta, 3 yıl içinde tümörde tekrarlama görülmektedir (19,20). Cerrahi tedavinin yapılmadığı hastalarda ise radyasyon tedavisi önerilmektedir (21). Yüksek metastaz oranları bildirilen SBK'da erken tanı ve dondurulmuş kesit denetimli cerrahi ile mortalitenin önemli ölçüde azaldığı vurgulanmıştır (3,22). Metastaz yoksa %0-15 arasında değişen mortalite oranı, uzak metastaz olduğunda %50-67'ye çıkmaktadır (6,23).

Sonuç olarak SBK erken tanı ve tedavisi gereken bir tümördür. Tekrarlayan şalazyon, tedaviye yanıt vermeyen tek taraflı blefarokonjunktivit gibi durumlarda, sebace bez karsinomu tanısından şüphelenilerek lezyondan histopatolojik inceleme için biyopsi alınmalıdır.

Resim 5. Olgu 2'nin cerrahi sonrası görünümü**KAYNAKLAR**

1. Kass LG, Hornblase A: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol* 1989; 33: 477-90.
2. Günalp İ, Karel F: Sebace bez karsinomaları-21 olgunun tartışılması. *T Oft Gaz.* 1986; 16, 209-215.
3. Doxanas MT, Green WR: Sebaceous gland carcinoma - Review of 40 cases. *Arc Ophthalmol* 1984; 102: 245-9.
4. Straatsma BR: Meibomian gland carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1956;56:71-93.
5. Khan JA, Grove AS, Joseph MP, Goodman M: Sebaceous carcinoma. Diuretic use, lacrimal system spread and surgical margins. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1989; 5(4): 227-234.
6. Boniuk M, Zimmerman LE: Sebaceous carcinoma of the eyelid, eyebrow, caruncle and orbit. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1968; 72: 619-41.
7. Bilgiç S: Kapak ve konjonktiva tümörlerinin klinik tanısında rol oynayan hata faktörleri. *T Oft Gaz.* 1982; 12, 57-64.
8. Bilgiç S: Şalazyonu taklid eden meibomius bezi karsinom olguları. *T Oft Gaz.* 1981; 11, 208-212.
9. Zengin N, Karakurt A: Göz kapağının malign tümörleri. *K. Oftalmoloji,* 1983; 2: 307-311.
10. Tan KC, Cheah LST: Surgical treatment of sebaceous carcinoma of eyelids with clinico-pathological correlation. *Br J Plastic Surg* 1991; 44: 117-121.
11. Cavanagh HD, Green WR, Goldberg HK: Multicentric sebaceous adenocarcinoma of the meibomian gland. *Am J Ophthalmol* 1974; 77: 326-332.
12. Putterman AM: Conjunctival map biopsy to determine pagetoid spread. *Am J Ophthalmol* 1986; 102: 87-90.
13. Foldberg R, Whitaker DC, Tse DT, Nerad JA: Recurrent and residual carcinoma after Mohs' excision of the primary lesion. *Am J Ophthalmol* 1987; 103: 817-823.
14. Tenzel RR, Stewart WB, Boynton JR: Sebaceous adenocarcinoma of the eyelid: Definition of surgical margins. *Arch Ophthalmol* 1977; 95: 2203-2204.
15. Mohs FE, Blanchard L: Microscopically controlled surgery for extramammary Paget's disease. *Arch Dermatol* 1979; 115: 706-708.
16. Dogru M, Matsuo H, Inoue M, Okubo K, Yamamoto M: Management of eyelid sebaceous carcinomas. *Ophthalmologica* 1997; 211: 40-43.
17. Hornblase A, Kass gl: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. *Surv Ophthalmol* 1989; 6: 477-490.
18. Zimmerman LE, McLean JW, Hidayet NA, Rao NA: Sebaceous carcinomas of the ocular adnexa. A clinicopathological study of 104 cases with five year follow-up data. *Hum Pathol* 1982; 13: 113-122.
19. Nunery WR, Welsh MG, McCord CD Jr: Recurrence of sebaceous carcinoma of the eyelid after radiation therapy. *Am J Ophthalmol.* 1983; 96: 10-15.
20. Hendley RL, Rieser JC, Cavanagh HD, Bodner BI: Primary radiation therapy for meibomian gland carcinoma. *Am J Ophthalmol* 87; 206-209, 1979.
21. Yen MT, Tse DT, Wu X, Wolfson AH: Radiation therapy for local control of eyelid sebaceous cell carcinoma: report of two cases and review of the literature. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2000;16:211-5.
22. Zurcher M, Hintschich CR, Garner A, Bunce C, Collin JR: Sebaceous carcinoma of the eyelid: a clinicopathological study. *Br J Ophthalmol* 1998;82:1049-55.
23. Rao NA, Hidayet AA, McLean IW, et al: Sebaceous gland carcinomas of the ocular adnexa: a clinicopathologic study of 04 cases, with five-year follow-up data. *Hum Pathol.* 1982; 13: 113-22.