

Kapak Malign Tümörlerinde Dondurulmuş Kesit Denetimli Eksizyon ve Kapak Rekonstrüksiyonu

Fatma AKBAŞ KOCAOĞLU*, Özlem YALÇIN TÖK**, Ayşe BURCU***, Firdevs ÖRNEK****

ÖZET

Amaç: Kapak malign tümörlerinin cerrahi tedavisinde dondurulmuş kesit denetimi ile eksizyon ve kapak rekonstrüksiyonu sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç ve Yöntem: Ocak 1998-2008 yılları arasında histolojik tanıları bazal hücreli karsinom, yassı hücreli karsinom ve sebace bez karsinomu olan, cerrahi eksizyon ve kapak rekonstrüksiyonu yapılan 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, takip süresi, tümör yerleşimi, büyüklüğü, onarım yöntemi, postoperatif sonuçlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaşları 48-82 (ortalama $67,3 \pm 9,4$) idi. Tümörün kapaktaki yerleşimine bakıldığında 20 olguda (%52,6) alt kapakta, 8 olguda (%21) üst kapakta, 4 olguda (%10,5) iç açıda, 2 olguda (%5,2) dış açıda, 2 olguda (%5,2) iç aç ve alt kapakta, 2 olguda (%5,2) dış aç ve alt kapakta lokalize idi. Tümör boyutları 4-26 (ortalama $10,7 \pm 5,4$) mm idi. Hastalar 12-36 (ortalama $18,7 \pm 5,6$) ay takip edildi. Kapak defektlerinin onarımında 10 olguda serbest cilt grefti, 10 olguda arka lamel için kulak kartilajı ve ön lamel için kaydırma flebi, 5 olguda kantotomi ve primer sütürasyon, 4 olguda Tenzel'in semisirküler flebi, 3 olguda arka lamel için kulak kartilajı ve ön lamel için üst kapaktan transpozisyon flebi, 2 olguda nazojugal flep, 1 olguda arka lamel için periost flebi ve cilt grefti, 2 olguda Hughes yöntemi, 1 olguda alt kapaktan köprü flebi (Cutler-Beard) uygulandı. 35 (%92,1) hastada kozmetik olarak tatminkâr sonuç ulaşıldı. 4 (%10,5) hastada ise komplikasyon görüldü.

Sonuç: Kapak malign tümörlerinde esas tedavi cerrahi eksizyondur. Tümör eksizyonunda intraoperatif dondurulmuş kesit denetimi kullanarak tümör rekürrensi azaltılabilir ve doku kaybı azaltıldığından kapak rekonstrüksiyonu kolaylaşabilir.

Anahtar Kelimeler:

Malign kapak tümörü,
Kapak rekonstrüksiyonu,
Flep,
Greft

Eyelid Malignant Tumors with Intraoperative Frozen Section Controlled Excision and Eyelid Reconstruction

SUMMARY

Aim: To assess results for surgical treatment of eyelid malignant tumors after excision and eyelid reconstruction with frozen section control.

Material and Method: Records of 38 patients with histological diagnosis of basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, sebaceous gland carcinoma, treated surgical excision and eyelid reconstruction between January 1998 and 2008 were included in this study. Patients were investigated age, gender, follow up period, lesion size, anatomical location, eyelid reconstruction techniques and postoperative results.

Results: Age range was 48-82 (mean 67.3 ± 9.4) years. Anatomical location of lesions were lower lid in 20 patients (52.6%), upper eyelid in 8 patients (21%), medial canthal region in 4 patients (10.5%), outer canthal region in 2 patients (5.2%), lower lid and medial canthal region in 2 patients (5.2%), lower lid and outer canthal region in 2 patients (5.2%). Mean lesion size were 10.7 ± 5.4 (4-26) mm. Patients were followed up 12-36 (mean 18.7 ± 5.6) months. Eyelid reconstruction were made by free skin grafts at 10 patients, ear cartilage for posterior lamella and sliding flap for anterior lamella at 10 patients, primary suture and lateral canthotomy at 5 patients, semicircular flap of Tenzel at 4 patients, ear cartilage and transposition flap from upper eyelid at 3 patients, nasojugal flap at 2 patients, periosteal flap for posterior lamella and skin grafts for anterior lamella at 1 patients, Hughes procedure at 2 patients, Cutler-Beard procedure at 1 patients. 35 (92.1%) patients with eyelid reconstruction had been

Key Words:

Malignant eyelid lesions,
Eyelid reconstruction,
Graft,
Flap

good functional effects and acceptable cosmetic results. Four (10.5%) patients have complications.

Conclusion: The principles of management of malignant eyelid lesions are surgical excision. Recurrence rates can be reduced and eyelid reconstruction can be easier because of minimize tissue loss in tumor excision using frozen section control.

Giriş

Tüm cilt kanserlerinin %5-10'u göz çevresinde yerleşmiştir.¹ Kapak malign tümörleri, göz tümörlerinin %90'ını oluşturur.² Bazal hücreli karsinom (BHK) en sık rastlanan kapak tümörüdür ve yaklaşık %90'ını oluşturur.³ En sık alt kapak, sonra sırasıyla iç aç, üst kapak, dış aç tutulur.⁴ BHK nedeniyle metastaz %0,0028-0,5 iken mortalite %2-11 olarak bildirilmektedir.⁵ Kapak tümörlerinin tedavisinde asıl amaç rekürrensi en aza indirecek şekilde tümörü tam olarak çıkarmak, fonksiyonel ve kozmetik olarak kabul edilebilir kapak oluşturmaktır.⁶

Bu çalışmada dondurulmuş kesit denetimi ile tümör eksizeyonu ve kapak rekonstrüksiyonu yapılan olgularda, rekürrens ve komplikasyonlar incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Ocak 1998-2008 yılları arasında kapak malign tümörü nedeniyle eksizeyon ve kapak rekonstrüksiyonu yapılan 38 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Operasyon öncesi tüm hastalardan "Bilgilendirilmiş olur" alındı. Olgu dosyaları yaş, cinsiyet, takip süresi, tümör yerleşimi, büyüklüğü, onarım yöntemi, postoperatif görünüm, komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Orbita yayılımının olabileceği düşünülen hastalara gerekli radyolojik tetkikler yapıldı. Hastalar, ameliyat öncesi ve sonrası fotoğraflandı.

Cerrahi Teknik: Operasyon sırasında tümör boyutları işaretlendi, bazal hücreli karsinom (BHK) düşünülen hastalarda 3-4 mm, yassı hücreli ve sebase bez karsinomu düşünülenlerde 5-6 mm'lik sağlam cerrahi sınır bırakılarak eksizeyon yapıldı. Operasyon sırasında dondurulmuş kesit denetimi ile eksizeyon sınırları kontrol edildi ve gereken olgularda cerrahi sınır tümörsüz alana ulaşılan kadar genişletildi. Oluşan kapak defekti uygun flep ve/veya greft yöntemleri ile onar.

Bulgular

38 hastanın 24'ü (%63,2), kadın 14'ü (%36,8) erkekti. Hastaların yaşları 48-82 (ortalama 67,3±9,4) idi. Tümörün kapaktaki yerleşimine bakıldığında 20 olguda (%52,6) alt kapakta, 8 olguda (%21) üst kapakta, 4 olguda (%10,5) iç açıda, 2 olguda (%5,2) dış açıda, 2 olguda (%5,2) iç aç ve alt kapakta, 2 olguda (%5,2) dış aç ve alt kapakta lokalize

olduğu görüldü. Tümör boyutları 4-26 (ortalama 10,7±5,4) mm idi. Hastalar 12-36 (ortalama 18,7±5,6) ay takip edildi. Histopatolojik incelemede 30'unda (%78,9) bazal hücreli karsinom, 4'ünde (%10,5) yassı hücreli karsinom, 4'ünde (%10,5) sebase bez karsinomu saptandı. Kapak defektlerinin onarımında 10 olguda serbest cilt grefti, 10 olguda arka lamel için kulak kartilajı ve ön lamel için kaydırma flebi (Resim 1), 5 olguda kantotomi ve primer sütürasyon, 4 olguda Tenzel'in semisirküler flebi (Resim 2), 3 olguda arka lamel için kulak kartilajı ve ön lamel için üst kapaktan transpozisyon flebi, 2 olguda nazojugal flep, 1 olguda arka lamel için periost flebi ve ön lamel için cilt grefti, 2 olguda Hughes yöntemi (Resim 3) ile onarım yapıldı. Üst kapakta 26 mm boyutunda sebase bez karsinomu olan bir olguya ekzantrasyon önerildi. Ancak hastanın operasyonu kabul etmemesi üzerine 6 mm sağlam cerrahi sınır bırakılarak alt kapaktan köprü flebi (Cutler-Beard) (Resim 4) ile onarım yapıldı.

Ameliyattan sonra 38 hastanın 35'inde (% 92,1) kozmetik olarak tatminkâr sonuca ulaşıldı. Sebase bez karsinomu olan bir (%2,6) hastada üst kapak kenarında çentiklenme oldu. İki (%5,2) hastada medial ektropion gelişti. Bir (%2,6) hastada piyojenik granülom nedeniyle ikinci bir operasyona gerek duyuldu, aynı hastada ön lamelde lanugo tüylerine bağlı korneal iritasyon ve punktat epitel keratopatisi gelişti. Topikal suni gözyaşı ile tedavi edildi.

Aktinik dermatozlu ve BHK'lu 1 hastada operasyon sahasının 2-3 mm uzağında postoperatif 3.ayda tümör tespit edildi. Kitle ikinci primer olarak düşünüldü. Bunun dışında rekürrens saptanmadı.



Resim 1A: Sağ alt kapakta sklerozan tipte bazal hücreli karsinom. B. Tümör eksizeyonu sonrası kulak kartilajı ile arka lamelin oluşturulması. C-D. Üst kapak cildinden kaydırma flebi ile ön lamelin oluşturulması. E. Postoperatif 3. gün görünümü. F. Hastanın postoperatif 12. ayda görünümü.



Resim 2A: Sağ alt kapakta bazal hücreli karsinom. B. Tümör sınırları ve güvenli cerrahi sınırların işaretlenmesi. C. Tümör eksizyonu sonrası semisirküler flebin oluşturulması. D. Hastanın erken postoperatif görünümü.



Resim 4A: Sağ üst kapağın tamamını tutan sebace bez karsinomu. B. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defektin görünümü. C. Kulak kartilajı ile arka lamelin, alt kapaktan köprü flebi (Cutler-Beard) ile ön lamelin oluşturulması. D. Hastanın postoperatif 10. aydaki görünümü.

Tartışma

Tümör eksizyonu sonrası rekonstrüksiyonda amaç, hareketli, fonksiyonel ve rahat kapanan kapaklar, düzgün ve trikiyazisin olmadığı kapak kenarı, korneada epitel defekti oluşturmayacak pürüzsüz mukoza yüzeyi, tatminkâr kozmetik sonuç ve greft ya da flep oluşturulan donör sahada kabul edilebilir sekel olmasıdır.⁷ Kapak rekonstrüksiyonunda izlenecek yol defektin yerine, büyüklüğüne, geride kalan kapak dokusuna ve cerrahın seçimine göre şekillenir.

Göz kapaklarının karmaşık anatomik ve fonksiyonel



Resim 3A: Sağ alt kapakta yassı hücreli karsinom. B. Tümör eksizyonu sonrası oluşan defektin görünümü ve üst kapaktan tarsokonjonktival flep ile arka lamelin oluşturulması. C. Serbest cilt grefti ile ön lamelin oluşturulması. D. Hastanın erken postoperatif görünümü.

yapısı nedeniyle geçmişte pek çok teknik tanımlanmıştır. Günümüzde de yeni teknikler ve geleneksel tekniklerin modifikasyonları göz kapağı rekonstrüksiyonunda kullanılmaktadır. Tümör eksizyonu sonrası defekt onarımı sekonder yara iyileşmesinden greft ve flepli tekniklere kadar geniş bir yelpazede yapılabilir. Medial kantallı bölge ya da üst nazal duvar komşuluğu gibi konkav yüzeylerde lokalize küçük defektler sekonder yara iyileşmesine bırakılabilir.⁸ Ancak bu yöntemin kozmetik sonuçları özellikle büyük tümörlerde iç açıcı olmadığı gibi, uzun süren iyileşme dönemi ve yara yeri bakımı gerektirir.⁹ Kapak gevşekliliğine ve hasta yaşına göre göz kapağının %50'sine kadar olan defektler primer sütür ile onarılabilir. Sadece ön lamel defektlerinde tam kalınlıkta cilt greftinden faydalanılabilir. Greftin kalınlık ve renk olarak kapak dokusuna benzer olması gereklidir. Bu nedenle en uygun donör sahaları, aynı taraf ya da karşı taraf üst göz kapağı, kulak arkası veya önü, lateral servikal bölge, supraklaviküler alandır.¹⁰ Tam kat kapak kenarını ilgilendiren geniş (%75 ve üzeri) defektlerde kapak stabilitesini sağlamak amacıyla ön ve arka lamel ayrı ayrı oluşturulmalıdır. Arka lameli oluşturmak amacıyla tarsokonjonktival flep ve greft, oral mukoza grefti, sert damak grefti, kulak kartilajı, homolog ve otolog fascia lata kullanılabilir.^{9,11,12} Geniş defektlerde kliniğimizde sık kullanılan ön lamel onarım tekniği semisirküler fleptir. Semisirküler flep üst ve alt kapak için uygulanabilir. Alt kapak retraktörleri ve orbita septumu kesilerek hazırlanan semisirküler flepler ile göz kapağının %80'e ulaşan büyüklükteki defektleri onarılabilir.¹³ Üst kapağın totale yakın defektlerinde alt kapaktan köprü flepleri kullanılabilir.⁷ Bu tekniğin dezavantajı etkilenen gözün bir süre

kapalı kalması ve kapakların ayrılması için ikinci bir ameliyata gerek duyulmasıdır. Medial kantal bölgenin küçük defektleri cilt greft ve flepleri ile kapatılabilir. Derin defektlerde greft nekrozu riski yüksektir. Bu nedenle üst kapaktan transpozisyon flebi, nazal ilerletme flebi, çeşitli modifikasyonlardaki alın flepleri kullanılabilir.¹⁴ Dış kantal bölge defektlerinde ise loblu cilt flepleri onarımında tercih edilebilir.¹⁵

Rekonstrüksiyon sonrası kapak kenarında çentiklenme, kapak malpozisyonu, lagofthalmi, trikiyazis gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Kapak tümörlerinin tedavisinde mortalite az olmasına rağmen, rekonstrüksiyon sonrası oluşan kozmetik ve anatomik morbidite belirgindir.¹⁶ Morbiditeyi azaltmak sağlam dokularda aşırı eksizyon yapmadan güvenli cerrahi sınırlara ulaşarak sağlanabilir. Ancak bu, tümör eksizyonu sırasında cimri davranılması anlamına gelmez. Hem rekürrensi hem de morbiditeyi azaltmak amacıyla Mohs mikrografik cerrahi eksizyon yöntemi kullanılmaktadır. Özel eğitim görmüş dermatologlar tarafından uygulanan bu yöntemde cerrahi olarak 5-10 mm² yüzeyli, 2-4 mm kalınlığında lameller doku blokları çıkarıldıktan sonra histolojik olarak incelenir. Tümörsüz dokuya ulaşana kadar rezeksiyona devam edilir. Zaman alıcı olması, maliyeti ve belirli merkezlerde uygulanması ve rekonstrüksiyonun başka hekim tarafından uygulanması nedeniyle güç bir tekniktir.¹⁷ Literatürde Mohs cerrahisi ile düşük rekürrensi bildirildiği gibi,¹⁸ geleneksel dondurulmuş kesit denetimli eksizyonla benzer sonuçlarda vardır.¹⁹⁻²¹ Mohs cerrahisi ile BHK tedavisinde de yüksek kür oranları ve minimum doku kaybı bildirilmiştir.¹⁸

Wong ve ark.²² 5 yıllık takip sonucunda dondurulmuş kesit denetimli eksizyon ile BHK'da rekürrensi %2,2, Glatt ve ark.¹⁹ aynı teknikle rekürrensi %2,5 olarak bildirirken, Doxanas ve ark.²⁰ 39 hastanın hepsinde kür bildir-

mişlerdir. Yine literatürde 5 yıldan az takipli bir çalışmada dondurulmuş kesit denetimli eksizyon ile rekürrensi %2,2 olarak bildirilmiştir.²¹ Bizim çalışmamızda 38 hastanın dondurulmuş kesit denetimi ile eksizyonu sonrası tüm hastalarda küre ulaşılmıştır.

Dondurulmuş kesit denetimi kullanmadan yapılan eksizyonlarda inkomplet tümör eksizyonu %16-40, alt kapak ve kapak kenarını tutan tümörlerde ise %50 olarak bildirilmiştir.^{6,22} Monitörize edilmeyen cerrahi eksizyon sonrası BHK nüks oranı literatürde %5-100 olarak bildirilmiştir.²³ Ghauri ve ark.²⁴ dondurulmuş kesit denetimi ile temiz cerrahi sınır elde ettikten sonra histopatolojik inceleme ile %5 oranında cerrahi sınırdaki tümör saptamışlardır. Özellikle agresif histopatolojik tip tümörlerde (mofeaform BHK, kötü diferansiye yassı hücreli ve sebace bez kanserleri), ve iç açıda yerleşen tümörlerde inkomplet eksizyon riski yüksektir.²⁵

Sınırları kolayca izlenebilen nodüler BHK gibi olgularda güvenli cerrahi sınır 2 mm iken diğer tiplerde 4 mm olmalıdır.⁶ Yassı hücreli karsinomda ise %95 olasılıkla güvenli cerrahi eksizyon için 4 mm sağlam doku bırakılmalıdır.²³ Minimum 2 cm boyutlarında perioküler yassı hücreli karsinomda da güvenli cerrahi sınır %95 olasılıkla 6 mm olarak bildirilmektedir.²⁵ Kliniğimizde ilk cerrahi eksizyon sırasında BHK'da 3 mm, yassı hücreli karsinomda 5 mm'lik tümörsüz sınır bırakılmaktadır.

Sonuç olarak, tümör cerrahisinde, primer eksizyon sırasında cerrahi sınırların dondurulmuş kesitle denetimi yapılarak hem tümör rekürrensi minimize edilir hem de aşırı cilt eksizyonu önlenerek rekonstrüksiyon için kolaylık sağlanmış olur. Bu şekilde kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar, komplikasyonlar açısından kabul edilebilir sınırlarda rekonstrüksiyon yapılabilir.

Kaynaklar

1. Kleinstei RN, Lehman HF. Incidence and prevalence of eye cancer. Am J Optom Physiol Optics 1977;54:49-51.
2. Domonkos AN. Treatment of eyelid carcinoma. Arch Dermatol 1965; 9:364-70.
3. Carter KD, Nerad JA, Whitaker DC. Clinical factors influencing periocular surgical defects after Mohs micrographic surgery. Ophthal Plast Reconstr Surg 1999;15:83-91.
4. Collin JR. Basal cell carcinoma in the eyelid region. Br J Ophthalmol 1976;60:806-9.
5. Snead JW, Comer JR, Kalemeris GC, Tsakalakis PJ. Ophthalmic manifestation of metastatic basal cell carcinoma. Ophthal Plast Reconstr Surg 1989;5:56-8.
6. Hamada S, Kersey T, Thaller VT. Eyelid basal cell carcinoma: non-Mohs excision, repair, and outcome. Br J Ophthalmol 2005;89:992-4.
7. Irvine F, McNab AA. A technique for reconstruction of upper lid marginal defects. Br J Ophthalmol 2003;87:279-81.
8. Renner G, Kang T. Periorbital reconstruction: brows and eyelids. Facial Plast Surg Clin North Am 2005;13:253-65.
9. Hoşal BM, Abbasoğlu OE, Yazar Z, Gürsel E. Malign kapak tümörlerinde kapak rekonstrüksiyonu sonuçlarımız. T Klin Oftalmoloji 2001;10:165-70.
10. Kaufman AJ. Periorbital reconstruction with adjacent-tissue skin grafts. Dermatol Surg 2005;31:1704-6.
11. Flanagan JC, Mazzoli RA, Bigham WJ. Reconstruction of the lower eyelid. In: Stewart WB editors. Surgery of the eyelid,

- Orbit, and Lacrimal System. Ophthalmology Monographs 8, volume 2. American Academy of Ophthalmology 1994; 20:204-24.
12. Matsumoto K, Nakanishi H, Urano Y, Kubo Y, Nagae H. Lower eyelid reconstruction with a cheek flap supported by fascia lata. Plast Reconstr Surg 1999; 103:1650-4.
13. Atasoy A, Yazıcı B. Gözkapağı defektlerinin semisirküler fleple onarımı: ameliyat sonuçları. 2008; 38:116-21.
14. Bertelmann E, Rieck P, Guthoff R. Medial canthal reconstruction by a modified glabellar flap. Ophthalmologica 2006; 220:368-71.
15. Copcu E. Trilobed skin flap on the face: For Reconstruction of full-thickness or commissural defects. Dermatol Surg 2004; 30:915-21.
16. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ, Williamson RM. Squamous cell carcinoma of the eyelids. Br J Ophthalmol 2002; 86:1161-5.
17. Zengin N, Karakurt A. Göz kapağının malign tümörleri. Türkiye Klinikleri J Ophthalmol 1993; 2:307-11.
18. Mohs FE. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. Arch Ophthalmol 1986; 104:901-9.
19. Glatt HJ, Olson JJ, Putterman AM. Conventional frozen sections in periocular basal-cell carcinoma: a review of 236 cases. Ophthalmic Surg 1992; 23:6-8.
20. Doxanas MT, Green WR, Iliff CE. Factors in the successful surgical management of basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1981; 91:726-36.
21. Frank HJ. Frozen section control of excision of eyelid basal cell carcinomas: 8 1/2 years' experience. Br J Ophthalmol 1989; 73:328-32.
22. 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 2002; 18:430-5.
23. Malhotra R, Huilgol SC, Huynh NT, Selva D. The Australian Mohs database. Part II: periocular basal cell carcinoma outcome at five-year follow-up. Ophthalmology 2004; 111:631-6.
24. Ghauri RR, Gunter AA, Weber RA. Frozen section analysis in the management of skin cancers. Ann Plast Surg 1999; 43:156-60.
25. Nemet AY, Deckel Y, Martin PA et al. Management of periocular basal and squamous cell carcinoma: a series of 485 cases. Am J Ophthalmol 2006; 142:293-7.

Kimlik

Geliş Tarihi: 04.11.2009

Kabul Tarihi: 18.03.2010

* Uzm.Dr., S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Göz Kliniği, Ankara

** Yrd.Doç.Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

*** Dr., Klinik Şefi, S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Göz Kliniği, Ankara

**** Dr. Klinik Şefi, S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Göz Kliniği, Ankara

Yazışma Adresi: Özlem Yalçın Tök, Turan Mah. Mehmet Bilginer Sitesi C Blok No: 9 Gökçay, Isparta

e-posta: esattok@yahoo.com

☒: Bu Çalışma, TOD. 40. Ulusal Oftalmoloji Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.