

Göz kapağının sebace bez karsinomu olgusu

Yusuf Uysal (*), Atilla Bayer (*), Serkan Köksal (*), Ayhan Özcan (**)

Özet

Göz kapağındaki şişlikten yakınan 72 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde sol göz üst kapak kenarında üzerinde kabuk benzeri yapı bulunan lezyon saptandı. Lezyonun üst kısmından alınan örneğin sitolojik incelemesinde atipik hücreler görüldü. Lezyon beşgen tarzındaki kapak kesisi ile çıkarıldı ve örneğin histopatolojik incelemesinde meibomian bezinden kaynaklanan sebace bez karsinomu olduğu anlaşıldı. İyi huylu lezyonlara benzemesi nedeniyle genellikle doğru tanısı geciken sebace bez karsinomu, kapak lezyonlarını değerlendirirken akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Göz kapağı, meibomian, sebace bez, tümör

Summary

A case of the eyelid sebaceous gland carcinoma

A 72-year-old-man who complained of the swelling on his eyelid had a lesion that had a structure on its surface resembling crust on his left eyelid. Atypical cells were detected in cytologic examination of the specimen obtained from the superficial part of the lesion. The lesion was removed by pentagonal eyelid resection, and histopathologic examination of the excised specimen revealed sebaceous gland carcinoma originating from meibomian gland. The diagnosis of sebaceous gland carcinoma, which usually has a delayed diagnosis due to resembling to benign lesions, should be kept in mind in differential evaluation of the eyelid lesions.

Key words: Eyelid, meibomian, sebaceous gland, tumor

* GATA Göz Hastalıkları AD

**GATA Patoloji AD

Ayrı basım isteği: Dr. Yusuf Uysal, GATA Göz Hastalıkları AD, Etlik-06018, Ankara
E-mail: yuysal002@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 05.12.2006

Kabul tarihi: 20.12.2006

Giriş

Sebace bez karsinomu göz kapağında meibomian veya Zeis bezinden kaynaklanır (1). Göz kapağı malign tümörlerinin %1-5'ini oluşturur (2). Genellikle yavaş büyüyen, ağrısız, sarı renkli kitle görünümünde veya kapakta diffüz kalınlaşma ve kirpik kaybına neden olan bir kitle şeklindedir (1-3). Başlangıçta şalazyon veya kronik blefarokonjonktivite ile karışması nedeniyle doğru tanı ve uygun tedavi gecikir. Esas olarak komşuluk yoluyla yayılır. Pajetoid veya papiller şekilde yayılması cerrahi sınırları kontrol etmede zorluk yaratır ve nüksleri sık görülür. Uzak organ tutulumu lenfatik ve hematojen yolla olur. Cerrahinin tek veya kriyoterapi ile beraber uygulanması en sık tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu çalışmada erken tanı konan meibomian bezi karsinomu olgusunun klinik ve histopatolojik özellikleri sunulmuştur.

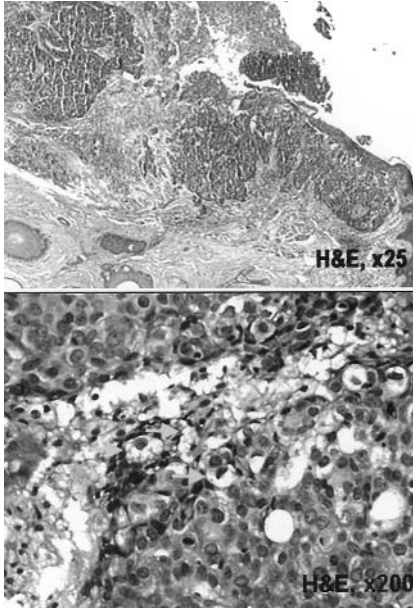
Olgu Sunumu

Yetmiş iki yaşındaki erkek hasta sol göz üst kapağındaki şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bu şişliği bir ay önce fark ettiğini belirtiyordu. Yapılan muayenesinde görme keskinliği Snellen eşeli ile her iki gözde tamdı. Sağ gözde göz dışı yapılar, ön segment ve fundus normal görünümdeydi. Sol göz üst kapak kenarında, orta hatta, üzerinde açık sarı renkli kabuk benzeri görünüm olan kitle saptandı. Ön ve arka segment muayenesi normaldi. Lezyon ilk bakışta şalazyonu andırmasına rağmen şüpheli görünümü nedeniyle üzerindeki kabuk benzeri kısım alınarak sitolojik incelemeye gönderildi. Lezyonun üst kısmı alınca sarı renkli, ortası hafif çukur, kenarları kabarık görünüm ortaya çıktı (Şekil 1). Sitolojik incelemede kökeni belirlenemeyen atipik hücreler görülmesi üzerine lezyon tam kat beşgen şeklindeki kapak kesisiyle çıkarıldı. Cerrahi kenarlardan yapılan "frozen" kesit kontrolünde tümörün tamamen çıkarıldığı saptandı. Kapak kenarları primer olarak tars, kapak kenarı ve cilde konan sütürlerle karşı karşıya getirildi. Histopatolojik incelemede solid adalar oluşturan tümör saptandı. Tümörde yer yer tübül benzeri yapılar ve bazı alanlarda sebasöz



Şekil 1. Kapak serbest kenarında sarı renkli, ortası hafif çukur, kenarları kabarık görünümdeki meibomian bezi karsinomu

diferansiyasyon izlendi. Sebasöz diferansiyasyon gösteren alanda berrak sitoplazmalı hücreler, diğer alanlarda ise dar sitoplazmalı ve hiperkromatik nükleuslu neoplastik hücreler görüldü (Şekil 2). Lezyonda pleomorfizm, atipik mitoz, sebasöz ve glandüler diferansiyasyon saptanması nedeniyle meibomian bezi karsinomu tanısı kondu. Yerel lenf nodu muayenesi ve sistemik taramada metastaz bulgusuna rastlanmadı. On dört aylık takip sonunda nüks gözlenmedi ve kapağın normal kozmetik



Şekil 2. Üstteki resimde tümörün neden olduğu ülserasyon ve solid adalar görülmektedir (H&E, x 25). Altındaki resimde solid adalar içinde bir alanda sebasöz diferansiyasyon alanı (oklarla işaretli) izleniyor (H&E, x 200)

görünümünde olduğu izlendi (Şekil 3).



Şekil 3. Tedavi sonrası kapağın normal kozmetik görünümünü kazandığı görülmüyor

Tartışma

Sebase bez karsinoması genellikle periorbital bölgedeki sebase bezlerden köken alır. En sık üst kapak daha sonra alt kapak meibomian bezinden olmak üzere Zeis bezi, karunkül ve kaşta bulunan sebase bezlerden kaynaklanabilir (1-3). Olgumuzda lezyonun üst kapak meibomian bezinden geliştiği anlaşıldı. Sebase bez kanserinin kapak malign tümörleri içindeki oranı, ırka ve ülkeye göre değişiklik gösterir. Siyah ırkta beyazlara göre daha az görülür (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde kapak malign tümörlerinin %5'ini, Çin'de ise %32'sini sebase bez kanserinin oluşturduğu bildirilmiştir (3,4).

Etiyolojisinin bilinmemesine karşın ailesel retinoblastom, radyoterapi, diüretik kullanımı ve Muir-Torre sendromu olası nedenler arasındadır (5). Genellikle ileri yaşta görülmesine rağmen çocukluk döneminde retinoblastom, yüzündeki deri hemanjiyomu veya ergenlik döneminde yüzündeki akne nedeniyle radyoterapi görenlerde, kazanılmış immün yetmezlik ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı gibi immün sistemin baskılandığı hallerde daha erken yaşlarda görülebilir (3,5). Bhalla ve ark. radyoterapi öyküsü olmayan ve

meibomian bezi karseri tanısı konan 20 yaşındaki bir olguyu bildirmişlerdir (6). Shields ve ark. 60 hastadan oluşan serilerinde en küçük yaşın 17, ortalama yaşın ise 68 olduğunu bildirmişlerdir (5). Sunduğumuz olgu ise 72 yaşındaydı ve yukarıda belirtilen risk faktörlerini taşıyordu.

Sebase bez kanserinin tanısı sıklıkla şalazyon, konjonktivit, süperiyör limbik keratokonjonktivit, tek taraflı blefarit veya blefarokonjonktivit ile karıştırılması nedeniyle gecikir (1,5,7,8). Khan ve ark. yanlış tanının %50'yi aştığını, tanıdaki gecikme süresinin ise belirtilerin başlamasından doğru patolojik tanı konana kadar ortalama 2,9 yıl olduğunu bildirmişlerdir (7). Nadir görülmesi hem klinik hem de histolojik tanıda zorluk yaratır. Çok az görüldüğünden birçok genel patoloj tarafından bazal hücreli ve yassı hücreli karsinom ile karıştırılır. Epidermis içinde pajetoid yayılım gibi farklı histolojik yapı göstermesi ve yassı hücreli veya bazal hücreli karsinoma benzemesi doğru tanıyı zorlaştırır. Patolojik olarak yanlış tanının en önemli nedeni lezyonun az diferansiyasyonu, sitoplazmik vakuolizasyon, hücresel pleomorfizm ve atipik mitoz sebase bez karsinomunu bazal ve yassı hücreli karsinomdan ayıran en önemli histopatolojik bulgulardır (9). Olgumuzun biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesinde yassı ve bazal hücreli karsinomu dışlayan bulgular saptandı. Klinik olarak da bazal hücreli ve yassı hücreli karsinom ile karıştırılabilir. Klinik görünümü tekrarlayan veya atipik şalazyon benzeri kitle, tarsta diffüz kalınlaşma, yassı hücreli papilom, kapak kenarında sarı renkli kitle, diffüz eritem, konjonktivada

kalınlaşma veya kapakta kirpik kaybıyla birlikte kalınlaşma şeklinde olabilir (1,3,10,11). Konjonktiva tutulumunun olduğu olgularda korneada yüzeysel vaskülarizasyon da görülebilir. Olgumuz ilk başvurusunu kliniğimize yapmıştı ve 1 aylık öyküye sahipti. Şüpheli görünümü nedeniyle örnek alınması doğru tanı konmasını sağladı.

Sebase bez karsinomu daha çok yerel yayılım göstermesine karşın lenfatik yolla kulak önü ve çene altı lenf bezlerine, hematojen yolla akciğer, karaciğer, kemik ve beyine metastaz yapabilir (12,13). Yerel olarak diffüz, pajetoid ve parmak şeklinde yayılım gösterebilmesi nedeniyle lezyon sınırlarını belirlemek için birçok yerden örnek alınması (harita biyopsisi) önerilmektedir (14,15). Olgumuzda konjonktival tutulum olmadığından harita biyopsi alınmadı. Kapak kenarının beşgen şeklinde çıkarılmasını takiben alınan "frozen" kesitlerde cerrahi sınırlarda tümör görülmemesi üzerine kesi yeri primer olarak kapatıldı.

Sebase bez karsinomunda tedavi yöntemi tümörün yerleşim yeri ve boyutlarına göre değişir. Cerrahi eksizyon tercih edilen yöntem olmasına karşın kriyoterapi, radyoterapi, topikal mitomisin-C, ekzenterasyon veya bunların birkaçının birlikte uygulanması başlıca tedavi modelleridir. Topikal mitomisin-C konjonktiva stromasına inmemiş, epitel düzeyinde olan lezyonlarda kullanılır (3). Radyoterapi ise lenf bezi metastazına, ekzenterasyon alanına, cerrahi istemeyenlerde lezyona, orbital tutulumlu yaşlı hastalarda ekzenterasyona alternatif olarak 55 Gy olarak uygulanabilir (16). Orbital yayılım gösteren olgularda ekzenterasyon tercih

edilir. Bölgesel lenf bezi biyopsisi ile lenfatik yayılım olup olmadığı anlaşılabilir (17).

Sebase bez kanserinde cerrahiden sonra 5 yıl içinde nüks oranı %5-36 arasındadır (7). Tümörün boyutu, her iki kapağı tutmuş olması, pajetoid yayılım, tedavisiz geçen süre, vasküler ve lenfatik yayılım, az diferansiye olması, cerrahi sınırların kontrol edilmemesi nüksü artıran etkenlerdir. Eksizyonun lezyon kenarlarından 5 mm uzaktan uygulanmasının nüksü azalttığı bildirilmiştir. Önceleri mortalitenin %20-30 arasında olduğu bildirilirken, yeni tedavi ve takip yöntemleriyle bu oran %6'ya kadar inmiştir (3,5).

Sonuç olarak sebase bez karsinomunun iyi huylu lezyonlara benzer belirtiler göstermesi ve nadir görülmesi doğru tanının gecikmesine neden olmaktadır. Kapak lezyonlarını değerlendirirken bu durumun göz önüne alınması, aynı yerde tekrarlayan şalazyon ve tek taraflı kronik blefarokonjonktivit olgularından biyopsi alınması sebase bez karsinomunun erken saptanmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Font RL. Sebaceous gland tumors. In: Spencer WH (ed). Ophthalmic Pathology. An Atlas and Textbook. 4th ed. Vol 4. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 2278-2297.
2. Shields JA, Shields CL. Sebaceous gland tumors. In: Shields JA, Shields CL (eds). Atlas of Eyelid and Conjunctival Tumors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 38-49.
3. Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the ocular region: a review. *Surv Ophthalmol* 2005; 50: 103-122.
4. 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.
5. Shields JA, Demirci H, Marr BP,

Eagle RC Jr, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology* 2004; 111: 2151-2157.

6. Bhalla JS, Vashisht S, Gupta VK, Sen AK. Meibomian gland carcinoma in a 20-year-old patient. *Am J Ophthalmol* 1991; 111: 114-115.
7. Khan JA, Doane JF, Grove AS Jr. Sebaceous and meibomian carcinomas of the eyelid. Recognition, diagnosis, and management. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1991; 7: 61-66.
8. Toker E, Acar N, Ögüt M. Sebase bez karsinomu kapakta kitle: Şalazyon mu? Karsinom mu? *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 2001; 31: 548-552.
9. Pereira PR, Odashiro AN, Rodrigues-Reyes AA, Correa ZM, de Souza Filho JP, Burnier MN Jr. Histopathological review of sebaceous carcinoma of the eyelid. *J Cutan Pathol* 2005; 32: 496-501.
10. Wagoner MD, Beyer CK, Gonder JR, Albert DM. Common presentations of sebaceous gland carcinoma of the eyelid. *Ann Ophthalmol* 1982; 14: 159-163.
11. Shields JA, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the glands of Zeis. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1988; 4: 11-14.
12. Doxanas MT, Green WR. Sebaceous gland carcinoma. Review of 40 cases. *Arch Ophthalmol* 1984; 102: 245-249.
13. Yeatts RP, Waller RR. Sebaceous carcinoma of the eyelid: pitfalls in diagnosis. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1985; 1: 35-42.
14. Shields JA, Demirci H, Marr BP, et al. Conjunctival epithelial involvement by eyelid sebaceous carcinoma. The 2003 J. Howard Stokes lecture. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 2005; 21: 92-96.
15. Putterman AM. Conjunctival map biopsy to determine pagetoid spread. *Am J Ophthalmol* 1986; 102: 87-90.
16. 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. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 2000; 16: 211-215.
17. Wilson MW, Fleming JC, Fleming RM, Haik BG. Sentinel node biopsy for orbital and ocular adnexal tumors. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 2001; 17: 338-344.