

# Göz Kapağı Kitlelerinde Özellikler ve Prognoza Etkili Faktörler

## Eyelid Masses Specifications and Prognostic Factors

Çağlar ÖRÜM<sup>1</sup>, Sait ERDA<sup>2</sup>, Göksu ALAÇAMLI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Keşan Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Edirne

<sup>2</sup>Dünya Göz Hastanesi, Göz Hastalıkları, Bursa

<sup>3</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Hastalıkları Kliniği, Muğla

### Öz

Bu çalışmada, kliniğimizde göz kapağı tümörü nedeniyle başvuran olgularda epidemiyolojik özellikleri, tümör çeşitleri ve görülme sıklığı, yaş ve cinsiyet dağılımına göre lokalizasyonları, klinik ve histopatolojik tanıları arasındaki uyumu incelemeyi amaçladık. Çalışmada 1995-2011 yılları arasında göz kapağında kitle yakınmasıyla Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurarak Orbital Birimi'nde tetkik edilen, tedavi uygulanan, düzenli olarak kontrole gelmiş toplam 311 olgunun, 352 kapak tümörü tıbbi kayıtlardan retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya alınan olguların 150'si (%48.24) erkek, 161'i (%51.76) kadındı. Olgularda yakınmanın başladığı yaş ortalaması 48.6±10.6 yıl, ilk başvuru yaşı ortalaması ise 49.7±12.5 yıl (7 ile 92 yaş arasında) idi. Tüm göz kapağı kitlelerinin %78.97'si iyi huylu, %21.03'ü kötü huylu lezyonlardı. İyi huylu göz kapağı tümörlerini kaynak aldıkları dokuya göre sınıfladığımızda ilk sırayı epitelial tümörler 84 (%53.16) aldı. Onu sırasıyla ksantomatöz tümörler 50 (%31.64), melanositik tümörler 13 (%8.22), vasküler tümörler 7 (%4.43), adneksiyel tümörler 3 (%1.29) ve nöral tümörler 1 (%0.66) takip etti. Bazal hücreli karsinom 67 (%90.54) olgu grubumuzda en sık görülen kötü huylu göz kapağı tümörüdür. Onu YHK 6 (%8.11) ve MM 1 (%1.35) takip etti. İyi huylu kapak tümörlerinin %90'ına makroskopik olarak histopatolojik inceleme ile uyumlu tanı konurken, kötü huylu kapak tümörlerinin %77.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu makroskopik ön tanı konulabildi. Göz kapaklarında şüphe uyandıran her türlü lezyonun erken dönemde eksize edilerek histopatolojik tanı koyulmasının önemi vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Epidemiyoloji, Göz Kapağı Kitleleri, Histopatolojik Tanı, Makroskopik Tanı

### Abstract

In this study, we aimed to examine the epidemiological features, tumor types and incidence, localizations according to age and gender distribution, and the harmony between clinical and histopathological diagnoses in patients, who applied for eyelid tumor in our clinic. In the study, a total of 352 valvular tumors of 311 cases, who applied to the Department of Ophthalmology with a mass in the eyelid between 1995 and 2011 were examined, treated and regularly checked in the Orbital Unit, were retrospectively evaluated from the medical records. One hundred and fifty patients of the investigated cases (48.24%) were male and 161 of them (51.76%) were female. The mean age on the onset of the symptomatic cases was 48.6±10.6 years. 78.97 percent of the masses were benign and 21.03 percent were malignant lesions. Epithelial tumors were the most common when tumors were analyzed based on which tissues led to the tumors. Besides, chalazion (28.40%) was the most common eyelid mass and the basal cell carcinoma (90.54%) was the most common malignant tumor. In the 90 percent of the benign eyelid tumors, the macroscopic diagnosis was compatible with the histopathological diagnosis. In the 77.5 percent of the malignant eyelid tumors, the macroscopic pre-diagnosis was compatible with the histopathological diagnosis. It is important to excise any lesions that cause suspicion in the eyelids at an early stage and make a histopathological diagnosis.

**Keywords:** Epidemiology, Eyelid Masses, Histopathological Diagnosis, Macroscopic Diagnosis

### Giriş

Göz kapakları cilt, mukoza, fibröz doku, kas, salgı bezi gibi birbirinden farklı dokulardan oluşan göz kapakları korneaların ıslanması, şeffaflığının korunması ve yüzeyinin sürekli temizlenmesi amacı ile yüz derisinin özel olarak biçimlenmiş parçalarıdır (1).

Kötü huylu tümörler makroskopik görünüm ve klinik seyire göre tecrübeli bir göz tarafından tanınabilseler de işi garantiye alabilmek bakımından histopatolojik tanı tümörlerin erken tanı ve tedavisinde önemlidir (2,3).

Bu çalışma göz kapağında kitle yakınmasıyla başvuran olgularda; klinik tablo, yaşa ve cinsiyete göre dağılım, yakınmanın başlangıcından başvuruya kadar geçen süre, tümör tipleri ve lokalizasyonları, görülme sıklığı, uygulanan cerrahi yöntemlerin sonuçları, makroskopik ve histopatolojik tanıları arasındaki uyumu gibi prognoza etkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Değişik kaynaklarda, farklı yazarlarca yapılmış farklı göz kapağı kitlesi sınıflamaları vardır. Yanoff ve Duker (4) göz kapakları kitlelerini kaynak aldıkları dokulara göre şöyle sınıflamışlardır:

Göz Kapağı Kitlelerinin Sınıflandırılması

#### A- İyi Huylu Kitleler

1. Epitelial kitleler
2. Adneksiyel kitleler
3. Vasküler kitleler
4. Nöral kitleler
5. Ksantomatöz kitleler
6. Melanositik kitleler
7. Enflamatuvar kitleler

#### B- Kötü Huylu Kitleler

1. Epitelial kitleler
2. Adneksiyel kitleler

	ORCID No
Çağlar ÖRÜM	0000-0002-9310-6888
Sait ERDA	0000-0001-8708-2691
Göksu ALAÇAMLI	0000-0001-5013-9981
Başvuru Tarihi / Received:	16.03.2021
Kabul Tarihi / Accepted :	25.11.2021
Adres / Correspondence :	Çağlar ÖRÜM
Keşan Devlet Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Edirne	
e-posta / e-mail :	caclarorum@gmail.com

3. Vasküler kitleler
4. Melanositik kitleler
5. Diğer
- İyi Huylu Kitleler
- Skvamöz Papillom*

Göz kapağında en sık görülen iyi huylu tümördür. Yassı epitelin benign hiperplazisi ile gelişirler (5). Ayırıcı tanıda fibroma, nevüs, seboreik keratoz, aktinik keratoz, verruka vulgaris akılda bulundurulmalıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur (6,7).

#### *Seboreik Keratoz*

Kabarık, yumuşak kıvamlı, deri üzerine yapıştırılmış gibi duran, yavaş büyüyen, keskin sınırlı, bazen tüm kapağı kaplayabilen ve aşırı yağlanma gösteren bir tümördür (4). Kötü huylu tümörlere dönüşüm riski taşımazlar. Tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır (5).

#### *Keratoakantom*

Nedeni belli değildir fakat güneş ışınları, travma, viral enfeksiyonlar etiolojide rol alabilir. Ayırıcı tanıda yer alan bazal hücreli karsinom (BHK) ve yassı hücreli karsinoma (YHK) göre daha genç yaşlarda görülür (5). Başlangıçta 4-8 hafta süren hızlı büyüme evresi bulunur. Son olarak da her zaman olmasa da 4-6 ay süren bir gerileme veya iyileşme dönemi görülebilir. Ayırıcı tanıda BHK, YHK ve kutanöz horn göz önüne alınmalıdır (6,7).

#### *Nevüs*

Halk arasında "ben" olarak bilinir. Ciltteki melanositlerden kaynaklanan göz kapağı nevüsleri da oldukça sık görülen iyi huylu tümörlerdendir. Kötü huylu tümörleri düşündüren koyu renkli ve hızlı büyüyen nevüsler cerrahi olarak çıkartılmalıdır (5).

#### *Nörofibrom*

Nörofibrom, aksonların, schwann hücrelerinin ve endonöral fibroblastların proliferasyonu sonucu meydana gelir. Tedavisi cerrahidir (5).

#### *Hemanjiom*

Kapiller hemanjiomlar (çilek nevüs) göz kapaklarının en sık görülen doğumsal tümörleridirler. Yüzeysel olanlar açık kırmızı-pembe, derin olanlar ise mavimsi, menekşe moru rengindedirler (5-7).

Kavernöz hemanjiomlar ise büyük dilate ve birbirleriyle anastomoz yapan damarsal boşluklardan oluşurlar, duvarlarında düz kaslar bulunur. Spontan regrese olmazlar (5).

#### *Ksantelazma*

Sıklıkla üst kapakta, bazen her iki kapakta da görülebilen iç kantusa yakın yerleşimli yumuşak, sarı, ciltten kabarık, üzerleri düzgün, yassı, plak görünümüne sahip tümörlerdir (5-7).

#### *Verruka Vulgaris*

Human papilloma virüsün epidermal enfeksiyonuna bağlı gelişir. Kendini sınırlar, göz komplikasyonu yoksa tedavi gereksizdir, gerekirse kriyoterapi ya da tam cerrahi eksizyon uygulanabilir (6).

#### *Molluskum Kontagiozum*

Derinin yüzey tabakasının (epidermis) viral (pox virüs) enfeksiyonudur. Kapak kenarında küçük, düz, simetrik ve ortası çukur lezyonlar olarak görülürler (6-8). Cerrahi yöntemle kolayca tedavi edilirler (6).

#### *Şalazyon*

Meibomian bezinin ağzının tıkanması sonucu sebaseöz sekresyonun bezin içinde birikmesiyle oluşan lipogranülamatoz inflamatuvar bir kitledir. Tedavide en sık başvurulan yöntem cerrahidir (5,7).

#### *Kutanöz Horn*

Göz kapağı derisinden boynuz şeklinde çıkan keratinize materyalden oluşur. Kutanöz hornun geliştiği ciltte seboreik keratoz gibi iyi huylu bir tümör, aktinik keratoz gibi premalign bir tümör ve BHK veya YHK gibi kötü huylu bir tümör bulunabilir (5,6).

#### *Kistler*

Göz kapağında salgı yapan pek çok bez ve hücre bulunur. Bunların her birine ait kistler oluşabilir. Hemen hemen hepsi iyi huyludur. Moll bezi kisti (Apokrin hidrokistoma) içeriği saydam, Zeiss bezi içeriği yağlıdır (5).

Moll bezi kisti (Apokrin hidrokistoma), Ektrin hidrokistoma, Sebace kist, Epidermal kist, Milia, Dermoid kist diğer kistlerdir (6-10).

#### *Aktinik Keratoz*

En yaygın premalign tümördür (10). Deri yüzeyinden kabarık olmayan kuru kabuksu bir lezyondur. %20'ye kadar yükselen bir oranda kötü huylu tümöre (YHK) dönüşebilir (10,11).

#### *Kötü Huylu Kitleler*

##### *Bazal Hücreli Karsinom (BHK)*

Göz kapaklarında görülen kötü huylu tümörlerin %90'ını oluşturur. Yavaş büyür ve nadiren metastaz yapar, fakat tedavisi gecikirse veya yeterli tedavi uygulanmazsa bulunduğu yerde belirgin şekilde doku tahribatına ve yapısal bozukluğa neden olur. Çocukluk ve ergenlik döneminde de görülmesine rağmen genellikle 50-80 yaşlarında izlenir (5).

Epiderminin bazal hücrelerinden köken alır. Bu hücreler epidermisi dermisten ayıran bazal membranın üzerinde bulunur (5).

Açık renkli cilt, beyaz ırk, ileri yaş, blefarit, konjonktivit, dermatit gibi kronik enfeksiyonlar, arsenik, Ultraviyole A, Ultraviyole B maruziyeti, yanık, travma, iyonizan Radyasyon tedavisi, katran, arsenik gibi kimyasal iritanlar, radyoterapi sonrası skarlar, güneş ışığı ve keratoz, BHK oluşumunda hazırlayıcı nedenler olarak düşünülmektedir. BHK, en sık olarak alt kapaklarda (%52) görülürken sıklık sırasına göre bunu iç kantüs (%27), üst kapak (%15) ve dış kantüs (%6) izler (1,10).

Sağlam tars tümöre geçit vermez, direnç nedeniyle yayılım yanlara kayar. Perifere doğru yavaş proliferasyonla birlikte ülserasyon ulcus rodens olarak anılır.

##### *Bazal Hücreli Karsinom Tipleri*

1. Nodüler: En sık görülen ve pronozu en iyi olan tümör tipidir (5).

2. Sklerozan (Morfeik): Tüm BHK'ların yaklaşık %15'ini oluşturur. Düz plak görünümündedir (5).

3. Yüzeysel (Süperfisyal): Ortası ülser, etrafında eritematöz plak görünümünde yüzeysel lezyonlardan oluşur (5).

#### *Yassı Hücreli Karsinom (YHK)*

Göz kapağı kötü huylu tümörleri arasında bazal hücreli karsinomdan sonra ikinci sıklıkta görülür (%5-10). Epidermisten kaynaklanır. YHK, prekanseröz bir lezyondan gelişebileceği gibi, primer de gelişebilir, fakat sıklıkla prekanseröz bir lezyondan gelişir. Bölgesel lenf düğümlerine metastaz yapabilir, kan yoluyla uzak metastaz nadirdir. Metastaz insidansı %21 olan YHK ölümcül bir tümördür. YHK açık renk cildi olanlar, kronik güneş, arseniğe maruz kalan yaşlı kişilerde olur (5).

Farklı makroskobik görünümle ortaya çıkabilmesi nedeniyle BHK, keratoakantom, aktinik keratoz, Bowen hastalığı, sebace bez karsinomu, papillom, verruka vulgaris, nevüs ve seboreik keratoz gibi hastalıklardan ayırıcı tanısı yapılması gerekir. Şüpheli lezyonlardan insizyonel biyopsi yapılarak iyi-kötü huylu tümör ayırımı yapılmalıdır (5).

#### *Sebace Bez Karsinomu (SBK)*

Sebace bez karsinomu, BHK ve YHK'dan sonra göz kapağının üçüncü sıklıkta görülen kötü huylu tümördür. En sık 60'lı yaşlarda görülür. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Oldukça agresif bir tümördür (5). En sık meibomian bezlerden köken almaktadır. SBK şüphesi varsa tam kalınlıkta kapak biyopsisi yapılması gerekir. SBK'da çoğunlukla etyoloji bilinmemektedir (8-10).

Olguların %17-28'inde tanı anında bölgesel lenf düğümlerine yayılım vardır. Akciğer, karaciğer, kafatası ve beyne metastaz yapabilir. Gözün emaligen epitelyal tümörü olarak bilinen SBK'dan ölüm oranı %6-30 arasında bildirilmektedir (9,10).

#### *Malign Melanom (MM)*

Göz kapağının kitle yapan tümörlerinin %1-3'üdür. Hastaların büyük kısmı 6-7. dekatta olup, kadınlarda biraz daha fazladır. Prognoz büyük ölçüde melanositlerin invazyonu ile ilgilidir (6-9).

Pigmentli YHK, pigmentli BHK, kapiller anevrizma, pigmentli aktinik keratoz ve pigmentli seboreik keratoz ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır (5).

Çoğu tümör karakteristik klinik görünümüne sahip olsa da kesin tanı biopsi veya eksizyon ile alınan dokuların histolojik incelenmesi ile konulabilir. Küçük kitlelerde eksizyonel biyopsi kuraldır. Büyüklerde ise sağlam doku sınırından 2-5 mm genişlikte ve tümörün tam derinliğini kapsayacak şekilde biyopsi alınmalıdır. Biyopsi teşhis ve tedavinin ilk basamağıdır. Kötü huylu göz kapağı kitlelerinde primer tedavi cerrahidir. Cerrahi uygulanamayan hastalarda başlıca diğer tedavi yöntemleri şunlardır (3):

- 1- Radyoterapi
- 2- Kriyoterapi
- 3- Kemoterapi

## **Gereç ve Yöntem**

Çalışma öncesi oluşturulan çalışma protokolü Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulu'na sunularak 30.05.2012 tarihli onay alındı.

Çalışmada 1995-2011 yılları arasında göz kapağında kitle yakınmasıyla Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurarak Orbita Birimi'nde tetkik edilen, cerrahi tedavi uygulanan ve düzenli kontrole gelen 311 olgunun (352 kapak kitlesi) tıbbi kayıtları aşağıdaki parametrelere göre retrospektif olarak dökümü yapılarak değerlendirildi.

Cinsiyet, başvurudaki yakınma, yakınmanın başladığı yaş, hekime başvuru yaşı, yakınmanın başlangıcından başvuruya kadar geçen süre, yakınma olan taraf (sağ/sol), lokalizasyon, makroskobik ön tanı, uygulanan cerrahi yöntem, histopatolojik tanı, takip süresi değerlendirilen parametrelerdi.

Kontrollerine düzenli gelmemiş, muayene kayıtları eksik, histopatolojik tanısı netleşmeyen olgular çalışmaya alınmadı.

Olguların başvurudaki yakınması, makroskobik tanısı, kitlenin lokalizasyonu ve var oluş süresi, uygulanan cerrahi tedavi yöntemler (eksizyon, flep ya da serbest greft ile onarım, kriyoterapi, radyoterapi, kemoterapi) gibi parametreler oluşturulan tabloya döküldü. Makroskobik ve histopatolojik tanıları karşılaştırıldı, tedavi ve izlem sonuçları değerlendirildi. Cerrahi uygulamalarda, eksize edilecek dokunun etrafında normal görünümülü en az 2 mm'lik emniyet bandı bırakılarak steril kalemle cerrahi hudut işaretlendikten sonra, olguların büyük bölümüne (259 olgu %86.49) lidokain 2 mg/ml + 0.125 mg/ml epinefrin (Jetokain) ile lokal infiltrasyon anestezi, 42 olguya (%13.51) ise genel anestezi uygulanmış, sütür materyali olarak; cilt için 6/0 ipek, cilt altı için 6.0 vicryl kullanılmış, postoperatif dönemde antibiyotikli pomad kullanılmış ve cilt sütürleri de postoperatif 7-10. günler civarında alınmıştı. Olgular ameliyattan sonra 1. hafta, 1. ay, 2. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. ayda muayene edilmiş. Daha sonra patolojik sonuca göre 6 veya 12 ayda bir muayeneye çağrılmış, kontrollerde gerek duyulan olguların fotoğrafları çekilerek arşivlenmişti. Ameliyat sonrası dönemde cerrahi sınırlarda tümör dokusunun bulunmaması, işlevsel ve kozmetik tatminkar sonuç şifa olarak, cerrahi sınırlarda tümör bulunması ve reoperasyon gerekliliği ise nüks olarak değerlendirilmiştir.

Kontrollerinde ilk lezyona bitişik nüks saptanan olgulara yeniden cerrahi girişim, derin orbital veya sinüs invazyonu ya da uzak metastaz olan olgulara da multidisipliner yaklaşılarak re-operasyon, radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulanmıştı.

İstatistiksel değerlendirme; 10240642 seri numaralı SPSS 19 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma

uygunlukları için tek örnek Kolmogorov Smirnov testi, normal dağılım göstermeyen grupların kıyaslanmasında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişki değerlendirilmesinde de Spearman korelasyonanalizi, niteliksel verilerde Pearson  $\chi^2$  ve Yates düzeltilmiş  $\chi^2$  testi, tanımlayıcı istatistikler olarak ise medyan (min-max) değerleri ve aritmetik ortalama±standart sapma kullanılmıştır. Tüm istatistikler için anlamlılık sınırı  $p<0.05$  olarak seçilmiştir.

## Bulgular

Çalışmamızda göz kapağında kitle olan toplam 311 olgunun, 352 lezyonu, farklı parametrelere göre değerlendirildi. Çalışmaya alınan olguların 150'si (%48.24) erkek, 161'i (%51.76) kadındı. Olgularda yakınmanın başladığı yaş ortalaması  $48.6\pm 10.6$  yıl, ilk başvurudaki yaş ortalaması ise  $49.7\pm 12.5$  yıl (7 ile 92 yaş arasında) idi. Yakınmanın başlangıcı ile başvuru arasında geçen süre kadınlarda  $8\pm 3.2$  ay, erkeklerde  $10\pm 3.9$  aydı (Tablo 1).

Tüm göz kapağı kitlelerinin 120'si (%34.1) enflamatuar, 232'si (%65.9) non enflamatuar olduğu görüldü (Tablo 2). Kötü huylu göz kapağı lezyonlarının tümü non enflamatuar karakterde olup (Tablo 3), enflamatuar kitlelerde ise dağılım şalazyon 100 (%83.33), verruka vulgaris 11 (%9.16), granülom 8 (%6.66), molluskum contagiosum 1 (%0.85) şeklindeydi.

Göz kapağı kitleleri yerleşim yerlerine göre değerlendirildiğinde, tüm lezyonların 177'si (%50.59) sağ, 175'i (%49.41) sol kapakta idi. Yani sağ/sol tutulumu açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (Pearson ki kare testi,  $p=0.401$ ). İyi huylu lezyonların 143'ü (%51.43) sağ, 135'i (%48.57) sol kapakta; kötü huylu lezyonların ise 40'ı (%54.05) sol, 34'ü (%45.95) sağ kapak yerleşimliydi. İyi huylu lezyonların, en çok üst kapakta olmak üzere (140; %50.35) sırasıyla alt kapak (118; %42.44), iç kantus (14; %5.03) ve dış kantusta (6; %2.15) yerleştiği görüldü. Bu sıralama kötü huylu tümörlerde değişerek, alt kapak 40 (%54.05), iç kantus 17 (%22.97), üst kapak 10 (%13.53), dış kantus 7 (%9.45) şekline döndüğü dikkati çekti (Tablo 4,5).

**Tablo 1.** Olguların demografik özellikleri

	Cinsiyet	
	Kadın	Erkek
<b>Olgu Sayısı n (%)</b>	161 (%51.76)	150 (%48.24)
<b>Yakınmanın Başladığı Yaş (yıl) (Ortalama±Standart Sapma)</b>	48.3±10.3	48.9±10.9
<b>İlk Başvuru Yaşı (yıl) (Ortalama±Standart Sapma)</b>	49.6±12.2	49.9±12.7
<b>Başvuruya Kadar Geçen Süre (ay) (Ortalama±Standart Sapma)</b>	8±3.2	10±3.9

**Tablo 2.** Göz kapağı kitlelerinin natürüne (enflamatuar/non enflamatuar) göre dağılımı

	Tümör (n)	Yüzde (%)
<b>Enflamatuar Tümörler</b>	120	34.1
<b>Non enflamatuar Tümörler</b>	232	65.9
<b>Toplam</b>	352	100

**Tablo 3.** Göz kapağı kitlelerinin natürüne (enflamatuar/non enflamatuar) ve iyi/kötü huylu oluşlarına göre dağılımı

	İyi huylu n(%)	Kötü huylu n(%)	Toplam
<b>Enflamatuar Tümörler</b>	120 (%34.09)	-	352 (%100)
<b>Non enflamatuar Tümörler</b>	158 (%44.88)	74 (%21.03)	

**Tablo 4.** Göz kapağı kitlelerinin tuttuğu taraf (sağ/sol)

	Sağ n(%)	Sol n(%)	p
<b>İyi huylu</b>	143 (%51.43)	135 (%48.57)	0.401
<b>Kötü huylu</b>	34 (%45.95)	40 (%54.05)	
<b>Toplam</b>	177 (%50.59)	175 (%49.41)	

**Tablo 5.** Göz kapağı kitlelerinin lokalizasyonu (üst/alt kapak, iç/dış kantus)

	İyi Huylu n(%)	Kötü Huylu n(%)
<b>Üst Kapak</b>	140 (%50.35)	10 (%13.53)
<b>Alt Kapak</b>	118 (%42.44)	40 (%54.05)
<b>İç Kantus</b>	14 (%5.03)	17 (%22.97)
<b>Dış Kantus</b>	6 (%2.18)	7 (%9.45)
<b>Toplam</b>	278 (%100)	74 (%100)

Olguların başvurudaki yakınmaları iyi ve kötü huylu tümörlü olgularda benzerdi. Büyüyen kitle, şişlik şikayeti hekime en çok başvuru sebebiyken (Pearson ki kare testi,  $p < 0.001$ ), hastaların uzun süredir devam eden ve büyüyen yara olarak tarifledikleri ülser benzeri düzensiz lezyonların kötü huylu tümörler için önemli bir bulgu olduğu görüldü (Tablo 6).

İyi huylu lezyonu olan olguların %48.50'si 12 aydan önce kitle şikayeti nedeniyle hekime başvururken, kötü huylu lezyonlu olguların sadece %28.36'sının 12 aydan önce başvurduğu görüldü (Tablo 7).

İyi huylu göz kapağı tümörlerini kaynak aldıkları dokuya göre sınıfladığımızda ilk sırayı epitelial tümörler 84 (%53.16) aldı. Onu sırasıyla ksantomatöz tümörler 50 (%31.64), melanositik tümörler 13 (%8.22), vasküler tümörler 7 (%4.43),

adneksiyel tümörler 3 (%1.29) ve nöral tümörler 1 (%0.66) takip etti (Tablo 8).

Tüm göz kapağı kitlelerinin %78.97'si iyi huylu, %21.03'ü kötü huylu lezyonlardı. En sık görülen iyi huylu göz kapağı kitlesi şalazyon 100 (%35.97) idi. Şalazyonu sıklık sırasına göre skuamöz papillom 36 (%12.94), ksantelazma 34 (%12.23), seboreik keratoz 15 (%5.39), sebace kist 15 (%5.39), nevüs 13 (%4.67), epidermal kist 11 (%3.95), verruka vulgaris (%3.95), granülom 8 (%2.87), hemanjiom 7 (%2.51), moll bezi kisti 6 (%2.15), basit kist 4 (%1.43), keratoakantom 4 (%1.43), dermoid kist 3 (%1.07), keratinöz kist 3 (%1.07), hidrokistoma 3 (%1.07), kutanöz horn 2 (%0.71) izliyordu. Aktinik keratoz, molluskum contagiozum, dermatofibrom (%0.35) birer kitle ile nadir görülen tümörlerdi. İyi huylu göz kapağı kitlelerinin histopatolojik dağılımı gösterilmiştir (Tablo 9).

**Tablo 6.** Olguların başvurudaki yakınmaları

	İyi Huylu n (%)	Kötü Huylu n (%)	Toplam n (%)	p
<b>Büyüyen Kitle, Şişlik</b>	170 (%71.72)	54 (%72.99)	224 (%72.02)	<0.001
<b>Kahverengi Lezyon</b>	45 (%18.98)	6 (%8.10)	51 (%16.39)	
<b>Kaşıntılı Lezyon</b>	11 (%4.64)	2 (%2.70)	13 (%4.18)	
<b>Sarı Renkli Lezyon</b>	10 (%4.21)	0	10 (%3.23)	
<b>Yara</b>	1 (%0.45)	12 (%16.21)	13 (%4.18)	
	237 (%100)	74 (%100)	311 (%100)	

**Tablo 7.** Kitlelerin semptomatik hale gelmesi ile hekime başvuru arasında geçen süre

Semptom İle Başvuru Arası Süre	İyi Huylu Yüzde n (%)	Kötü Huylu Yüzde n (%)
<b>0-1 ay</b>	10 (%4.21)	0
<b>2-6 ay</b>	59 (%24.89)	7 (%9.45)
<b>7-12 ay</b>	46 (%19.40)	14 (%18.91)
<b>13-24 ay</b>	39 (%16.45)	21 (%28.37)
<b>25-60 ay</b>	40 (%16.87)	25 (%33.82)
<b>61-120 ay</b>	20 (%8.43)	7 (%9.45)
<b>121 ay ve üzeri</b>	19 (%8.01)	0
<b>Konjenital</b>	4 (%1.74)	0
<b>Toplam</b>	237 (%100)	74 (%100)

**Tablo 8.** İyi huylu tümörlerin kaynak aldıkları dokuya göre dağılımı

	n	%
<b>Epitelial Tümörler</b>	84	53.16
<b>Ksantomatöz Tümörler</b>	50	31.64
<b>Melanositik Tümörler</b>	13	8.22
<b>Vasküler Tümörler</b>	7	4.43
<b>Adneksiyel Tümörler</b>	3	1.89
<b>Nöral Tümörler</b>	1	0.66
<b>Toplam</b>	158	100

Bazal hücreli karsinom 67 (%90.54) olgu grubumuzda en sık görülen kötü huylu göz kapağı tümörüydü. Onu YHK 6 (%8.11) ve MM 1 (%1.35) takip etti. Bu dağılımın istatistiksel değerlendirilmesinde BHK sıklığında YHK ve MM'ye göre istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p < 0.001$ ) saptandı. Kötü huylu tümörlerin histopatolojik dağılımı görülmektedir (Tablo 10). İyi ve kötü huylu tümörler cinsiyet dağılımı yani cinsiyetin tümör oluşumunda rolü açısından

incelendiğinde kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen tümör oluşumunda iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Pearson ki kare testi,  $p = 0.794$ ) (Tablo 11).

Kitlelerin yaşla ilişkisi incelendiğinde; iyi huylularda 55'inin (%19.78) 0-19 yaş grubunda, 50'sinin (%17.98) 20-39 yaş grubunda, 80'inin (%28.77) 40-59 yaş grubunda, 18'inin (%6.5) 80 yaş ve üzerinde olduğu, kötü huylularda ise yaşa göre dağılımı incelendiğinde; 0-19 yaş döneminde

görülmedikleri, 1'inin (%1.35) 20-39 yaş grubunda, 9'unun (%12.16) 40-59 yaş grubunda, 53'ünün (%71.62) 60-79 yaş grubunda, 11'inin (%14.87) 80 yaş ve üzerinde olduğu görüldü. İyi ve kötü huylu göz kapağı kitlelerinin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir (Tablo 12).

Kötü huylu tümörlerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; BHK'lı hastaların 1'inin (%1.51) 20-39 yaş arasında, 7'sinin (%10.44) 40-59 yaş arasında, 49'unun (%73.13) 60-79 yaş arasında, 10'unun (%14.92) 80 yaş ve üzerinde olduğu, YHK'lı hastaların 2'sinin (%66.67) 40-59 yaş arasında, 3'ünün (%50) 60-79 yaş, 1'inin (%33.33)

80 yaş ve üzerinde olduğu, 0-19 yaş döneminde görülmedikleri saptandı. Tek malign melanom olgumuz ise 74 yaşında idi. Kötü huylu kapak lezyonlarının görüldüğü yaş ortalaması  $68 \pm 12.97$  (en genç 36, en yaşlı 92), iyi huylu lezyonlarda bu ortalama  $43 \pm 18.56$  yaşa (en genç 7 yaş, en yaşlı 85 yaş) düşmektedir. Kötü huylu tümöral kitlelerde yaş gruplarına göre dağılım görülmektedir (Tablo 13). İyi huylu kapak tümörlerinin %90'ına makroskopik olarak histopatolojik inceleme ile uyumlu tanı konurken, kötü huylu kapak tümörlerinin %77.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu makroskopik ön tanı konulabildi (Tablo 14).

**Tablo 9.** İyi huylu göz kapağı kitlelerinde histopatolojik tanıya göre dağılım

	n	%
<b>Salazyon</b>	100	35.97
<b>Kistik Oluşum</b>	42	15.10
Sebase Kist	15	
Epidermal Kist	11	
Moll Bezi Kisti	6	
Basit Kist	4	
Dermoid Kist	3	
Keratinöz Kist	3	
<b>Skvamöz Papillom</b>	36	12.94
<b>Ksantelazma</b>	34	12.23
<b>Seboreik Keratoz</b>	15	5.39
<b>Nevüs</b>	13	4.67
<b>Verruka Vulgaris</b>	11	3.95
<b>Granülom</b>	8	2.87
<b>Hemanjiom</b>	7	2.51
<b>Keratoakantom</b>	4	1.43
<b>Hidrodistoma</b>	3	1.07
<b>Kutanöz Horn</b>	2	0.71
<b>Aktinik Keratoz</b>	1	0.35
<b>Molluskum Kontagiozum</b>	1	0.35
<b>Dermatofibrom</b>	1	0.35
<b>Toplam</b>	278	100

**Tablo 10.** Kötü huylu göz kapağı tümörlerinde histopatolojik tanıya göre dağılım

	n (%)	p
<b>Bazal Hücreli Karsinom</b>	67 (%90.54)	
<b>Yassı Hücreli Karsinom</b>	6 (%8.11)	
<b>Malign Melanom</b>	1 (%1.35)	<0.001
<b>Toplam</b>	74 (%100)	

**Tablo 11.** İyi ve kötü huylu tümörlerin cinsiyete göre dağılımı

	Kötü Huylu n	Yüzde	İyi Huylu n	Yüzde	p
<b>Kadın</b>	39	%52.70	140	%50.35	
<b>Erkek</b>	35	%47.30	138	%49.65	0.794
<b>Toplam</b>	74	%100	278	%100	

**Tablo 12.** İyi ve kötü huylu kitlelerin yaş gruplarına göre dağılımı

	İyi Huylu Tümörler n (%)	Kötü Huylu Tümörler n (%)
<b>0-19 yaş</b>	55 (%19.78)	-
<b>20-39 yaş</b>	50 (%17.98)	1 (%1.35)
<b>40-59 yaş</b>	80 (%28.77)	9 (%12.16)
<b>60-79 yaş</b>	75 (%26.97)	53 (%71.62)
<b>80 yaş ve üzeri</b>	18 (%6.5)	11 (%14.87)
<b>Toplam</b>	278 (%100)	74 (%100)

Makroskobik değerlendirmede %100 tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırt etmek için histopatolojik inceleme gerekmektedir. Makroskobik ön tanı ve histopatolojik tanıların birbiriyle karşılaştırma sonuçları ve makroskobik ön tanılarda doğruluk oranları gösterilmiştir (Tablo 15).

Göz kapağı kötü huylu tümörlerinin %80-90 oranıyla en sık görüleni olan BHK'ları yerleşim

yerine göre grupladığımızda, sol kapak yerleşiminin 37 (%55.22), sağa 30 (%44.78) göre fazla olduğu gözlemlendi. 67 BHK'nın 38'i (%56.71) alt kapak, 17'si (%25.37) iç kantus, 7'si (%10.44) dış kantus, 5'i (%7.46) üst kapaktaydı.

Bazal hücreli karsinomların histopatolojik alt tiplerinin sayısal değerlendirmesinde nodülerin 45 (%67.16), sklerozan-morfeik 13 (%19.40), yüzeysel 9 (%13.44) olduğu görüldü (Tablo 16).

**Tablo 13.** Kötü huylu tümör tiplerinin yaş gruplarına göre dağılımı

	BHK n (%)	YHK n (%)	MM n (%)	Toplam n (%)
0-19 yaş	-	-	-	-
20-39 yaş	1 (%1.51)	-	-	1 (%1.35)
40-59 yaş	7 (%10.44)	2 (%66.67)	-	9 (%12.16)
60-79 yaş	49 (%73.13)	3 (%50)	1 (%100)	53 (%71.62)
80 yaş ve üzeri	10 (%14.92)	1 (%33.33)	-	11 (%14.87)
<b>Toplam</b>	<b>67 (%100)</b>	<b>6 (%100)</b>	<b>1 (%100)</b>	<b>74 (%100)</b>

BHK: Bazal Hücreli Karsinom, YHK: Yassı Hücreli Karsinom, MM: Malign Melanom

**Tablo 14.** Tümör ön tanısında doğruluk (makroskobik/histopatolojik)

	Makroskobik tanı doğruluk yüzdesi	Histopatolojik tanı doğruluk yüzdesi
<b>Kötü huylu tümörler</b>	%77.5	%22.5
<b>İyi huylu tümörler</b>	%90	%10

Bazal hücreli karsinomun histopatolojik alt tiplerinin lezyon yaygınlığına göre dağılımı değerlendirildiğinde; tümör boyutları 3-26 mm arasında (ortalama 12.6 mm) idi. 12'si (%17.91) 1-5 mm arasında, 28'i (%41.79) 5-9 mm arasında, 13'ü (%19.29), 11'i (%16.4) 15-19 mm arasında, 3'ü (%4.61) ise 20 mm ve üstündeydi (Tablo 17).

Altmış yedi BHK'ya uygulanan cerrahi tedavi sonrası nüks oranı %13.43'tü (9 tümör). Lokalizasyonlarına göre dağılımları %55.5 (5 tümör) iç kantus, %22.22 (2 tümör) alt kapak, %11.14 (1 tümör) üst kapak, %11.14 (1 tümör) dış kantus şeklindeydi. Nüks eden tümör boyutları değerlendirildiğinde 2 tümör (%22.22) 10-14 mm, 3 tümör (%33.33) 15-19 mm, 4 tümör (%44.45) 20 mm ve üzerindediydi. Patolojik analiz sonucu 9 nüks eden tümörün 5'i (%55.55) nodüler, 3'ü (%33.33) sklerozan, 1'i (%11.12) yüzeysel tip BHK idi.

Ayrıca istatistiksel analizlere göre BHK'da tümör boyutları ile süre arasında (Spearman testi, p=0.004), nüks arasında (Mann Whitney U testi, p=0.001) ve orbital invazyon (Mann Whitney U testi, p=0.003) arasında anlamlı bir ilişki vardı.

Yassı hücreli karsinom tanısı alan 6 lezyonun 3'ü (%50) sağ, 3'ü (%50) sol kapakta olmak üzere, 4'ü (%66.66) üst, 2'si (%33.33) alt kapaktaydı. YHK daha az görülmeyle (%8.11) birlikte daha öldürücü bir tümör olup, cerrahi sonrası nüks %50'ydi (geçirilen evrede başvuru, yetersiz tedavi).

Tüm olguların takibi ortalama 9.46±2.99 ay iken, iyi huylu tümörlerde 3.23±2.84 ay, kötü huylu tümörlerde 16.99±3.01 ay olarak bulundu. Takip süresi kötü huylu tümörlerde daha uzun olup, istatistiksel olarak farklıydı (p<0.001) (Tablo 18).

## Tartışma

Göz kapağında kitle yakınmasıyla başvuran olgularda klinik tablo, yaş ve cinsiyete göre dağılım, tümör tipleri ve lokalizasyonları, görülme sıklığı, uygulanan cerrahi yöntemler, makroskobik ve histopatolojik tanıları arasındaki uyumun değerlendirildiği çalışmamızda elde edilen veriler bu konudaki kaynaklarla birlikte değerlendirilerek tartışıldı.

Çalışmaya alınan 311 olgunun 150'si (%48.24) erkek, 161'i (%51.76) kadındı. Olgularda yakınmanın başladığı yaş ortalaması 48.6±10.6 yıl, ilk başvurudaki yaş ortalaması ise 49.7±12.5 yıl (7 ile 92 yaş arasında) idi. Çömez ve ark. (12) 2006 yılında yaptıkları çalışmalarında 281 hastanın 130'unun (%46.26) erkek, 151'inin (%53.74) kadın olup başvuru yaş ortalamasının 48.2, Özkılıç ve ark. (13) ise çalışmalarına dahil ettikleri 737 olgunun 406'sının (%55) kadın, 331'inin (%45) erkek; başvuru yaş ortalamasının 41.3 olduğunu bildirmişlerdir.

Aurora ve Blodi (2) araştırmalarında enflamatuvar lezyonların tüm göz kapağı kitlelerinin %12'sini, Çömez ve ark. (12) ise %33.12'sini oluşturduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda tüm göz kapağı kitlelerinin 120'si (%34.10) enflamatuvar, 232'si (%65.9) non enflamatuvar tümörlerden oluşmaktaydı. Kötü huylu göz kapağı lezyonlarının tümü non enflamatuvar tümörlerden oluşmaktaydı.

**Tablo 15.** Makroskopik ve histopatolojik tanıların birbiriyle karşılaştırma sonuçları ve makroskopik ön tanılarda doğruluk oranları

Makroskopik Ön Tanı	Histopatolojik Tanı	Makroskopik Ön Tanı Doğruluk Oranı
100 şalazyon	96 şalazyon	%96
	2 seboreik keratoz	
	1 hemanjiom	
70 BHK	1 bazal hücreli karsinom	%88.57
	62 bazal hücreli karsinom	
	2 seboreik keratoz	
	2 nevüs	
	2 skuamöz papillom	
	1 yassı hücreli karsinom	
	1 aktinik keratoz	
35 skuamöz papillom	30 skuamöz papillom	%85.71
	2 verruka vulgaris	
	1 hemanjiom	
	2 şalazyon	
34 ksantelazma	34 ksantelazma	%100
15 seboreik keratoz	12 seboreik keratoz	%80
	2 skuamöz papillom	
	1 keratoakantom	
15 sebace kist	10 sebace kist	%66.66
	4 şalazyon	
	1 basit kist	
13 nevüs	11 nevüs	%84.61
	1 moll bezi kisti	
	1 granülom	
11 epidermal kist	8 epidermal kist	%72.72
	1 moll bezi kisti	
	1 sebace kist	
	1 basit kist	
11 verruka vulgaris	9 verruka vulgaris	%81.81
	1 skuamöz papillom	
	1 granülom	
8 granüloma	6 granülom	%75
	1 epidermal kist	
	1 skuamöz papillom	
7 hemanjiom	4 hemanjiom	%57.14
	1 dermoid kist	
	1 hidrokistoma	
	1 malign melanom	
6 YHK	3 yassı hücreli karsinom	%50
	1 bazal hücreli karsinom	
	1 seboreik keratoz	
	1 keratoakantom	
6 moll bezi kisti	3 moll bezi kisti	%50
	2 sebace kist	
	1 basit kist	
4 basit kist	1 basit kist	%25
	1 epidermal kist	
	2 sebace kist	
4 keratoakantom	2 keratoakantom	%50
	2 seboreik keratoz	
3 keratinöz kist	3 keratinöz kist	%100
3 dermoid kist	1 dermoid kist	%33.3
	1 epidermal kist	
	1 dermatofibrom	
3 hidrokistoma	2 hidrokistoma	%66.66
	1 moll bezi kisti	
2 kutanöz horn	2 kutanöz horn	%100
1 malign melanom	1 hemanjiom	0
1 aktinik keratoz	1 bazal hücreli karsinom	0
1 molluskum contagiozum	1 molluskum contagiozum	%100
1 dermatofibrom	1 dermoid kist	0



**Tablo 16.** Bazal hücreli karsinom histopatolojik alt tipleri (n(%))

<b>Nodüler</b>	45 (%67.16)
<b>Sklerozan-Morfeik</b>	13 (%19.40)
<b>Yüzeysel</b>	9 (%13.44)
<b>Toplam</b>	67 (%100)

**Tablo 17.** Bazal hücreli karsinomlarda histopatolojik alt tiplerin lezyon yaygınlığına göre dağılımı

	<b>Nodüler n (%)</b>	<b>Sklerozan n (%)</b>	<b>Yüzeysel n (%)</b>	<b>Toplam n (%)</b>
<b>1-5 mm</b>	8 (%11.94)	2 (%2.98)	2 (%2.98)	12 (%17.91)
<b>5-9 mm</b>	17 (%25)	6 (%8.95)	5 (%7.46)	28 (%41.79)
<b>10-14 mm</b>	8 (%11.94)	4 (%5.97)	1 (%1.49)	13 (%19.29)
<b>15-19 mm</b>	9 (%13.43)	1 (%1.49)	1 (%1.49)	11 (%16.4)
<b>20 mm ve üstü</b>	3 (%4.47)	-	-	3 (%4.61)
<b>Toplam</b>	45 (%67.16)	13 (%19.40)	9 (%13.44)	67 (%100)

**Tablo 18.** Tüm olguların takip süresi

	<b>İyi Huylu Tümörler medyan (min-maks)</b>	<b>Kötü Huylu Tümörler medyan (Min-Maks)</b>	<b>p</b>
<b>Takip Süresi (Ay)</b>	2 (1-11)	12 (2-24)	<0.001

Çalışmamızda iyi huylu non enflamatuvar göz kapağı tümörlerini kaynak aldığı dokuya göre sınıflandırdığımızda ilk sırayı epitelyal tümörler 84 (%53.16) aldı. Onu sırasıyla ksantomatoz tümörler 50 (%31.64), melanositik tümörler 13 (%8.22), vasküler tümörler 7 (%4.43), adneksiyel tümörler 3 (%1.29) ve nöral tümörler 1 (%0.66) takip etti. Çömez ve ark. (12) yaptıkları çalışmada 179 iyi huylu non enflamatuvar tümörde ilk sırayı 103 (%57.54) epitelyal tümörlerin aldığını saptadı. Onu sırasıyla ksantomatoz tümörler 24 (%13.49), melanositik tümörler 22 (%12.29), adneksiyel tümörler 14 (%7.82), vasküler tümörler 11 (%6.14), nöral tümörler 5 (%2.72) takip etti. Aurora ve Blodi (2), Uzun ve ark. (14) da çalışmalarında epitelyal tümörlerin ilk sırada yer aldığını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda tüm kapak tümörlerinin %78.97'si iyi huylu, %21.03'ü kötü huylu tümörlerdir. Aurora ve Blodi (2) 1970 yılında yaptıkları çalışmalarında bu oranı iyi huylu tümörler için %76, kötü huylu tümörler için ise %24 olarak saptadı. Abdi ve ark. (15) 207 vakalık çalışmalarında iyi huylu lezyonların oranını %59.9, kötü huylu lezyonların oranını %41.1 olarak belirtmişlerdir. Chang ve ark. (16) 2003 yılında yayınlanan çalışmalarında, iyi huylu tümörlerin %83.48, kötü huylu tümörlerin ise %16.52 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir. Yalaz ve ark. (17) iyi huylu kapak tümörleri oranını %65.2, kötü huylu kapak tümörleri oranını %34.8 olarak verirken; Özkılıç ve ark. (13) bu oranları %42 ve %58, Çömez ve ark. (12) %88.1 ve %11.9, Deprez ve ark. (18) %84 ve %16 olarak bildirmişlerdir.

Görüldüğü gibi iyi ve kötü huylu kapak tümörlerinin oranlarının birçok çalışmada farklılık göstermektedir. Bunun sebebi bazı serilerde makroskopik olarak iyi huylu özellik gösteren bazı tümörlerin histopatolojik incelemelerinin yapılmaması veya iltihabi lezyonların çalışma kapsamına alınmaması olabilir. Örneğin Özkılıç ve ark. (13) oranlarının literatürdeki diğer serilerin tersine çıkmış olmasını, çalışmalarında şalazyon,

ksantelazma gibi enflamatuvar veya dejeneratif tümörleri çalışma kapsamına almamış olmaları ve seboreik keratoz, papillom gibi iyi huylu kapak tümörlerinin kayıtlara geçirilmemiş olma olasılığının yüksek olması ile açıklamaktadırlar.

Lokalizasyonlarına göre değerlendirildiğinde, iyi huylu tümörlerin 143'ü (%51.43) sağ, 135'i (%48.57) sol kapakta; kötü huylu tümörlerin ise 40'ı (%54.05) sol, 34'ü (%45.95) sağ kapak yerleşimliydi. Sağ-sol yerleşim açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (Pearson ki kare testi, p=0.343). İyi huylu tümörlerin lokalizasyonları için literatürdeki birçok yayında farklı sonuçlar kaydedilmiştir ve yerleşim yerleriyle ilgili bir özellik bulunmamıştır (16,19). Kötü huylu tümörler ülkemiz başta olmak üzere, güneşli ülkelerde solda daha fazla; İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde ise sağ tarafta daha fazla bulunmuştur. Bu araba kullanırken yüzün sağ tarafının güneşe daha çok maruz kalmasına bağlanmıştır (20,21). Bizim çalışmamızda iyi huylu tümörlerin en çok üst kapakta olmak üzere 140 (%50.35) sırasıyla alt kapak 118 (%42.44), iç kantus 14 (%5.03) ve dış kantusta 6 (%2.15) yerleştiği görüldü. Bu sıralama kötü huylu tümörlerde değişerek ve literatürle örtüşerek alt kapak 40 (%54.05), iç kantus 17 (%22.97), üst kapak 10 (%13.53), dış kantus 7 (%9.45) şeklinde sıralandı (22).

Büyüyen kitle, şişlik şikayeti hem iyi hem de kötü huylu tümörlü olguların hekime en sık başvuru yakınmasıydı (Pearson ki kare testi, p=0.0001). Çömez ve ark. (12) da çalışmalarında benzer şekilde %83 oranıyla kitle, şişlik şikayetinin en sık başvuru yakınması olduğunu saptadı.

Tümörlerin semptomatik hale gelmesi ile hekime başvuru arasında geçen süreler arasında iyi ve kötü huylu tümörlü olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunuyordu. İyi huylu tümörü olan olguların %48.50'si 12 aydan önce kitle şikayeti nedeniyle doktora başvururken, kötü huylu tümörlü olguların sadece %28.36'sı 12 aydan önce doktora

başvurduğu görüldü (Yates düzeltmeli ki kare testi,  $p=0.002$ ). Bu süre literatürle uyumludur (12,13).

İyi huylu göz kapağı kitlelerinin dağılımı sırasıyla 100 şalazyon (%35.97), skuamöz papillom 36 (%12.94), ksantelazma 34 (%12.23) ve seboreik keratoz 15 (%5.39), sebace kist 15 (%5.39) ve nevüs 13 (%4.67) şeklindeydi. Çömez ve ark. (12) da çalışmalarında iyi huylu göz kapağı tümörleri dağılımını sırası ile şalazyon %32.76, skuamöz papillom %16.02, nevüs %7.67, ksantelazma %6.96, seboreik keratoz %5.59, verruka vulgaris %4.2 olarak belirtmişlerdir. Yalaz ve ark. (17) çalışmalarında %32 oranı ile dermoid kisti, Özkılıç ve ark. (13) ise %45 oranıyla hemanjiomu en sık görülen iyi huylu göz kapağı tümörü olarak saptamışlardır. Chang ve ark. (16) 91 iyi huylu tümörün 38'inin (%41.75) nevüs, 15'inin (%16.48) skuamöz papillom, 13'ünün sebace kist, 11'inin (%12.08) verruka vulgaris, 10'unun (%10.98) seboreik keratoz ve 4'ünün (%4.39) hemanjiom olduğunu bildirmişlerdir.

Bazal hücreli karsinomun ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; %64-94 arasındadır (13,23,24). Bizim çalışmamızda da görülme sıklığı açısından kötü huylu tümörler içinde ilk sırayı %90 ile BHK almaktadır. İkinci sıklıkta %8 ile YHK, üçüncü sıklıkta ise MM %2 görülmektedir. Çömez ve ark. (12) bu oranları BHK %76.2, YHK %15.4, MM, SBK ve non hodgkin lenfoma %2.56; Soysal ve ark. (23) BHK %79.3, YHK %17.4, SBK %1.9, MM %1.29; Özkılıç ve Peksayar (13) ise BHK %85, SHK %8, SBK %6 olarak bildirmişlerdir.

Çalışmamızda gerek iyi huylu gerekse kötü huylu tümörlerin kadınlarda daha fazla görüldüğünü saptadık. Kadın erkek oranı 1.02/1 olup, bu oran kötü huylularda 1.08/1; iyi huylularda 1.01/1 olarak bulundu. Tümör oluşumunda iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Pearson ki kare testi,  $p=0.862$ ). Abdi ve ark. (15) bu oranı 1.37 olarak erkekler lehine buldu (15). Deshpande ve ark. (25) 2003 yılında yayınladıkları çalışmalarında kadın/erkek oranını 0.89/1, Lee ve ark. (26) 1/1, Thakur ve ark. (27) ise 1.05/1 olarak saptadılar.

Diğer cilt tümörleriyle benzer olarak kötü huylu göz kapağı tümörleri görülme sıklığı da yaşla beraber artmaktadır. Literatürde kötü huylu tümörlerin sıklıkla 6. ve 7. dekatta ortaya çıktığı bildirilmiştir (5). Çalışmamızda kötü huylu kapak tümörlerinin görüldüğü yaş ortalaması  $68\pm 12.97$  (en genç 36, en yaşlı 92) iken iyi huylu kitlelerde bu ortalama  $43\pm 18.56$  yaşa (en genç 7 yaş, en yaşlı 85 yaş) düşmektedir. Çömez ve ark. (12) kötü huylu tümörlerin görüldüğü yaş ortalamasını 65, iyi huylu tümörlerini ise 42 olarak bildirmiştir. Abdi ve ark. (15) iyi huylu tümörlerin daha çok ilk 2 dekatta görülürken, kötü huylu tümörlerin sıklıkla 40-60 yaşlar arasında görüldüğünü yayınlamışlardır.

Lokalizasyonlarına göre BHK'ları grupladığımızda, sol kapak yerleşiminin 40 (%54.80), sağa 33 (%45.20) göre daha fazla olduğu

gözlendi. Sağ-sol lokalizasyon açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (Pearson ki kare testi,  $p=0.463$ ). 67 BHK'nın 38'i (%56.71) alt kapak, 17'si (%25.37) iç kantus, 7'si (%10.44) dış kantus, 5'i (%7.46) üst kapaktaydı. Bazal hücreli karsinom patolojik alt tipleri sıklık sırasına göre nodüler (45 tümör %67.16), sklerozan (13 tümör %19.40), yüzeysel (9 tümör %13.44) BHK şeklindeydi. Bu oranlar literatürle uyumluuydu (5.28).

Göz kapağı tümörlerinin %15-20'si kötü huyludur (12,13). Ancak makroskobik değerlendirme ile kesin tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırt etmek için histopatolojik inceleme önerilmektedir (29). İyi huylu tümörlere %80-95 oranında makroskobik ön tanı konulabilirken, kötü huylu tümörlerde bu oran %70-90 olup, histopatolojik tanı gerekmiştir (30-32). Bizim çalışmamızda da iyi huylu kapak tümörlerinin %90'ına makroskobik olarak histopatolojik inceleme ile uyumlu tanı konurken, kötü huylu kapak tümörlerinin %77.5'ine histopatolojik inceleme ile uyumlu makroskobik ön tanı konulabildi. Margo (33) çalışmasında kötü huylu kapak tümörlerinde %87.5 duyarlılık ve %81.5 spesifisite ile makroskobik ön tanı konulabildiğini ifade etmiştir. Çalışmamızda BHK ön tanımız %88 vakada, YHK ön tanımız ise %50 vakada histopatolojik olarak doğrulandı. BHK'nın makroskobik olarak tanınması olasılığı YHK'dan daha fazladır (34). Donaldson ve ark. (20) BHK'nın %62.7 oranında makroskobik olarak tanılabildiğini belirtmişlerdir. Margo (33) çalışmasında bu oranı %88, Yazıcı ve ark. (34) %95 olarak saptamıştır. YHK'nın makroskobik bulgularıyla tanılabileme olasılığı ise %35-51 arasında değişmektedir (35,36). Bu, BHK'nın görülme oranının yüksekliğine bağlı olarak beklentinin fazla olmasına bağlı olabilir.

Altmış yedi tümöre (BHK) uygulanan cerrahi tedavi sonrası nüks oranı %13.43'tü (9 tümör). Çömez ve ark. (12) nüks oranını %15.79, Soysal ve ark. (23) %10.56, Peksayar (28), %22 olarak yayınlamışlardır. Lokalizasyonlarına göre dağılımları 5 (%55.5) iç kantus, 2 (%22.22) alt kapak, 1 (%11.14) üst kapak, 1 (%11.14) dış kantus şeklindeydi. Nüks eden tümör boyutları değerlendirildiğinde 2 tümör (%22.22) 10-14 mm, 3 tümör (%33.33) 15-19 mm, 4 tümör (%44.45) 20 mm ve üzerindedi. Patolojik analiz sonucu 9 nüks eden tümörün 5'i (%55.55) nodüler, 3'ü (%33.33) sklerozan, 1'i (%11.12) yüzeysel tip BHK idi. Özellikle iç kantus bölgesinin kompleks anatomik yapısının, tümörün büyüklüğünün, patolojik alt tipinin nükste etkin olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (5.28).

Ayrıca yaptığımız istatistiksel analizlere göre BHK'da tümör boyutları ile süre arasında (Spearman testi,  $p=0.004$ ), nüks arasında (Mann Whitney U testi,  $p=0.001$ ) ve orbital invazyon (Mann Whitney U testi,  $p=0.003$ ) arasında anlamlı bir ilişki vardır. Bu oranlar literatür ile uyumluuydu (37).

Yassı hücreli karsinom tanısı alan 6 tümörün 3'ü (%50) sağ, 3'ü (%50) sol kapakta olmak üzere, 4'ü (%66.66) üst, 2'si (%33.33) alt kapaktaydı. Cook ve ark. (38), Özkılıç ve ark. (23), Peksayar (28), Donaldson ve ark. (30) YHK'nın en sık alt kapakta; Kwitko ve ark. (39), Çömez ve ark. (12) ise en sık üst kapakta görüldüğünü belirtmişlerdir. Daha az görülmekle (%8.11) birlikte daha öldürücü bir tümör olan YHK'da cerrahi sonrası nüks %50'di. Soysal ve Albayrak (23) serilerinde nüks oranını %37 olarak saptamışlardır.

Tek MM (%1.35) olgusu sağ üst kapakta yerleşti. Tesluk ve ark. (29) serilerinde MM oranını %5.4, Soysal ve ark. (23) %1.29, Wang ve ark. (32) ise %3.9 olarak değişen oranlarda bildirmişlerdir.

Tüm olguların takibi ortalama 9.46±2.99 ay iken, iyi huylu tümörlerde 3.23±2.84 ay, kötü huylu tümörlerde 16.99±3.01 ay olarak bulundu. Takip süresi kötü huylu tümörlerde daha uzun olup, fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.0001).

Sonuç olarak; göz kapaklarında şüphe uyandıran her türlü lezyonun erken dönemde eksize edilerek veya eksizyonel biyopsi ile histopatolojik olarak incelenerek tanı konması hem görme sistemi hem de hastanın yüz görünümünün değişmeden anatomik bütünlüğünün sağlanması için önemlidir.

**Etik Kurul Onayı:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulu'dan 30.05.2012 tarihli onay alındı.

## Kaynaklar

1. Maden A. Dermatolojik hastalıklar ve tümörler. Oküloplastik Cerrahi. İzmir: Punto Yayıncılık. 1995. s.93-102.
2. Aurora A, Blodi F. Lesions of the eyelids. A clinicopathologic study. Surv Ophthalmol. 1970;15:94-104.
3. Zilelioğlu G. Göz kapaklarının rekonstrüktif cerrahisi. Ankara Üni Tıp Fak Göz Klin Yıllığı. 1982;34:79-83.
4. Yanoff M, Duker S. Oftalmoloji. İstanbul: Hayat Tıp Kitapevi. 2007:698-720.
5. Uysal Y. Göz kapağının benign-malign tümörleri. Türk Oftal Dern Eği Yayın no:6. Temel Oküler Onkoloji; 2008. S.17-56.
6. Ünal M, Konuk O. Göz kapakları ve hastalıkları. Aydın P, Akova Y (Editörler). Temel göz hastalıkları'nda. Ankara: Güneş Kitabevi. 2010. s.160-5.
7. Kansky JJ. Klinik oftalmoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2001:12-27.
8. Bengisu Ü. Göz kapakları. Göz Hastalıkları'nda. Ankara: Palme Yayıncılık. 1998. s.34-7.
9. Özçetin H. Göz kapağı hastalıkları. Klinik Göz Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Yayınları. 2003. s.17-8.
10. Çömez A. Göz Kapaklarının Primer Malign Tümörleri (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği; 2006.
11. Gilberg SM, Tse DT. Malignant eyelid tumors. In: Liesegang TJ (ed). Ophthalmology Clinics of North America. 3 th ed. Philadelphia: Elsevier; 1992. p.157-9.
12. Çömez AT, Akçay L, Özgür Ö, ve ark. Göz kapağı kitlelerinin histopatolojik ve epidemiyolojik değerlendirilmesi. T Oft Gaz. 2007;37:84-92.
13. Özkılıç E, Peksayar G. Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi. T Oft Gaz. 2003;33(4/1):631-40.
14. Uzun A, Gündüz K, Erden E ve ark. İyi huylu göz kapağı tümörlerinde klinik ve histopatolojik tanı. TJO. 2012;42(1):43-6.
15. Abdi U, Tyagi N, Maneshwari V, ve ark. Tumours of the eyelid. J Indian Med Assoc. 1996;94:405-9.
16. Chang SM, Lai YH, Huang J, ve ark. Eyelid tumors in southern Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2003;19(11):549-54.
17. Yalaz M, Varınlı S, Varınlı İ. Oftalmik tümör ve tümör benzeri lezyonların klinikopatolojik değerlendirilmesi. T Oft Gaz. 1990;20:462-6.
18. Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. Am J Dermatopathol. 2009;31:256-62.
19. Ten-Seldam RE J, Helwig EB. Histological typing of skin tumours. Geneva: World Health Organization. 1974;48-9.
20. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ, ve ark. Squamous cell carcinoma of the eyelids. Br J Ophthalmol. 2002;86:1161-5.
21. 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;144:235-6.
22. Zengin N, Karakurt A. Göz kapağının malign tümörleri. T Klin Oftalmoloji. 1993;2:307-11.
23. Soysal HG, Albayrak A. Göz kapaklarının primer malign tümörleri. T Oft Gaz. 2001;31:370-7.
24. Curtis EM, Zuber DM. Malignant tumours of the eyelid: A population-based study of non-basal cell and non-squamous cell malignant neoplasms. Arch Ophthalmol. 1998;116:195-8.
25. Deshpande AH, Munshi MM. Fine needle capillary sampling of eyelid masses. A study of 70 cases. Acta Cytol. 2003;47(3):349-58.
26. Lee SB, Seang MS, Kah GA, ve ark. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol. 1999;83:595-7.
27. Thakur SD, Shatrughan PS, Mamta L, ve ark. Primary malignant tumours of eye and adnexa in Eastern Nepal. Clin Experimental Ophthalmol. 2003;31(5):415-7.
28. Peksayar G. Kapak epitelyomaları kliniği. Türk Oftalmoloji Derneği XXX. Ulusal Kongresi Bülteni, ed; Kural G, Duman S. Antalya, 1996; 57-61.
29. Tesluk GC. Eyelid lesions: Incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol. 1985;17:704.
30. Deokule S, Child V, Tarin S, ve ark. Diagnostic accuracy of benign eyelid skin lesions in the minor operation theatre. Orbit. 2003;22(4):235-8.
31. Kersten RC, Ewing CD, Kulwin DP. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. Ophthalmology. 1997;104(3):479-84.
32. Wang JK, Liao SL, Jou JR, ve ark. Malignant eyelid tumours in Taiwan. Eye. 2003;17:216-20.
33. Margo CE. Eyelid tumors: Accuracy of clinical diagnosis. Am J Ophthalmol. 1999;128:635-6.
34. Yazıcı B, Atasoy A, Horoz R. Gözkapağı malign tümörlerinde klinik tanının doğruluğu. MN Oftalmoloji. 2007;14:56-9.
35. 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;144:235-6.
36. Lober BA, Lober CW. Actinic keratosis is squamous cell carcinoma. South Med J. 2000;93:650-5.
37. Soysal HG, Soysal E, Markoç F, ve ark. Basal cell carcinoma of the eyelids and periorbital region in a Turkish population. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2008;24(3):201-6.
38. Cook BE, Bartley GB. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumours in an incidence cohort in Olmsted Country Minnesota. Ophthalmology. 1999;106:746-50.
39. Kwitko M, Boniuk M, Zimmerman LE. Tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma. Arch Ophthalmol. 1963;69:693-7.