



ORBİTAL EKZENTERASYON OLGULARININ HİSTOPATOLOJİK TANILARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ: TEK MERKEZ, 10 YILLIK TECRÜBE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ORBITAL EXENTERATIONS: SINGLE CENTER, 10 YEARS EXPERIENCE

Ömer KOKAÇYA¹

[0000-0002-1650-5957](https://doi.org/10.36516/jocass.2019.21)

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Adana
Sorumlu Yazar/Corresponding Author: Ömer KOKAÇYA E-mail: kokacya@yahoo.com

Geliş Tarihi/Received: 13.08.2019 Kabul Tarihi-Accepted: 06.09.2019 Available Online Date/Çevrimiçi Yayın Tarihi: 20.10.2019

Cite this article as: Kokaçya Ö. Orbital ekzenterasyon olgularının histopatolojik tanıların retrospektif analizi: Tek merkez, 10 yıllık tecrübe. J Cukurova Anesth Surg. 2019;2(3):180-7. Doi: [10.36516/jocass.2019.21](https://doi.org/10.36516/jocass.2019.21)

Öz

Amaç: Bu makalenin amacı çalışma döneminde gerçekleştirilen orbital ekzenterasyon vakalarının histopatolojik tanıların analiz edilmesidir.

Materyal ve Metod: Bu retrospektif çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği (Adana/ Türkiye)'nde 1 Ocak 2009- 31 Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen orbital ekzenterasyon vakaları analiz edilmiştir. Veriler ameliyat kayıt defterleri taranarak ve hasta dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Yaş, cinsiyet, hangi göze ekzenterasyon uygulandığı, ekzenterasyon materyalinin patoloji raporundan elde edilen histopatolojik tanı, cerrahi sınır, ekzenterasyon tipi, onarım yöntemi ve yara yeri komplikasyonları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma döneminde 47 orbital ekzenterasyon operasyonu gerçekleştirilmiştir. 7 hastanın verilerine ulaşılamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya 40 hasta dahil edilmiştir. Kadın / erkek oranının 1/1 ve ortalama (min-maks) yaşın 61,5 (4-86) olduğu görülmüştür. Hastaların 17 (%42,5) tanesi yassı hücreli karsinom, 10 (%25) tanesi bazal hücreli karsinom, 3 (%7,5) tanesi bazoskuamöz hücreli karsinom, 3 (%7,5) tanesi retinablastom, 2 tanesi (%5,0) malign melanom ve 5 tanesi diğer nedenlerle (karsinoma insitu, rabdomiyosarkom, ameloblastik karsinom, malign sinir kılıfı tümörü, adenokarsinom) opere edilmiştir.

Sonuç: Orbital ekzenterasyonların en sık nedeni yassı hücreli ve bazal hücreli karsinomdur ve etkili erken tedavi yöntemleri ile ekzenterasyon ihtiyacı kısıtlanabilir.

Anahtar Kelimeler: orbita, ekzenterasyon, yassı hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom

Abstract

Aim: Aim of this study is to analyze the histopathological diagnosis of orbital exenterations performed during the study period.

Material and Methods: Orbital exenterations performed between 1 January 2009 and 31 December 2018 at Cukurova University Faculty of Medicine Department of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery have been analysed. Data was obtained retrospectively by reviewing operation log books and medical records. Age, sex, operated eye (left or right), histopathological diagnosis obtained from exenteration material, surgical margins, type of exenteration, reconstruction method and surgical area complications were recorded.

Results: 47 orbital exenteration operations have been performed during the study period.

7 case records were irretrievable. 40 were analyzed. The male to female ratio was 1:1 and average (min-max) age was 61.5 (4-86). Exenteration was performed because of squamous cell carcinoma at 17 (42.5 %), basal cell carcinoma at 10 (25 %), basosquamous carcinoma at 3 (7.5 %), retinoblastoma at 3 (7.5 %), malign melanoma at 2 (5 %) and at 5 patients for other malignancies (carcinoma insitu, rhabdomyosarcoma, ameloblastic carcinoma, malignant peripheral nerve sheath tumor, adenocarcinoma).

Conclusion: Most common malignancies resulting orbital exenteration are squamous cell and basal cell carcinomas and early and effective treatment methods can limit indications for orbital exenterations.

Keywords: orbit, exenteration, squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma

Giriş

Orbital ekzenterasyon gözküresi ve ekstraoküler kasların çıkarılmasıdır. Genellikle maliniteler, enfeksiyon ve diğer agresif hastalıkların (fibröz displazi, nörofibromatozis, mukormikozis gibi) tedavisinde veya travma sonrası endikedir.¹ Ekzenterasyon total, subtotal ve genişletilmiş olmak üzere 3 sınıfa ayrılır. Subtotal ekzentrayonda alt ve üst göz kapaklarından biri veya ikisi ve konjunktiva korunur. Genişletilmiş ekzenterasyonda gözküresi ve ekstraoküler kaslara ek olarak hastalıklı periorbital kemik yapı ve yumuşak doku da çıkarılır.² Bu makalenin amacı çalışma döneminde gerçekleştirilen orbital ekzenterasyon vakalarının histopatolojik tanıların değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği (Adana/ Türkiye)'nde 1 Ocak 2009- 31 Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen orbital ekzenterasyon vakaları analiz edilmiştir. Veriler ameliyat kayıt defterleri taranarak ve

hasta dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Yaş, cinsiyet, hangi göze ekzenterasyon uygulandığı, ekzenterasyon materyalinin patoloji raporundan elde edilen histopatolojik tanı, cerrahi sınır, ekzenterasyon tipi, onarım yöntemi ve yara yeri komplikasyonları değerlendirilmiştir. Tümör nüksü ve radyoterapiye bağlı doku hasarı yara yeri komplikasyonu olarak değerlendirilmemiştir.

Bulgular:

Çalışma döneminde 47 adet orbital ekzenterasyon operasyonu gerçekleştirilmiştir. Vakaların 7 tanesinin verilerine ulaşamadığı için çalışmaya dahil edilmemiş, 40 hasta çalışmaya dahil edilmiştir (Tablo 1).

Hastaların tamamı göz çevresinde veya gözde kitle şikayeti ile başvurmuştur.

Kadın / erkek oranınının 1/1 ve ortalama (min-maks) yaşın 61,5 (4-86) olduğu görülmüştür.

Hastaların 18 tanesine sağ, 22 tanesine sol göz ekzenterasyonu yapılmıştır.

Tablo 1: Çalışmadaki hastaların demografik verileri, histopatolojik tanıları, cerrahi sınırları, gerçekleştirilen ekzenterezyon tipi, onarım yöntemi ve flep veya greft kaybı durumu

No	Yaş	Cinsiyet	Hangi Göz	Histopatolojik tanı	Cerrahi Sınır	Ekzenterezyon Tipi	Onarım Yöntemi	Flep / greft kaybı
1	60	kadın	sağ	karsinoma insitu	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
2	30	erkek	sol	ameloblastik karsinom	devamlılık	genişletilmiş	temporal kas flebi	yok
3	84	erkek	sağ	SCC	temiz	total	temporoparietal fasiya flebi	yok
4	79	erkek	sağ	BCC	devamlılık	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
5	64	erkek	sol	SCC	devamlılık	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
6	70	kadın	sol	malign sinir kılıfı tümörü	temiz	total	temporal kas flebi	parsiyel greft kaybı
7	85	kadın	sol	SCC	temiz	total	paramedian alın flebi	yok
8	82	erkek	Sağ	SCC	temiz	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
9	86	kadın	sol	SCC	temiz	total	lateral alın flebi	yok
10	83	erkek	sol	SCC	temiz	genişletilmiş	skalp flebi	yok
11	6	kadın	sol	rabdomiyosarkom	devamlılık	total	deri grefti	yok
12	39	erkek	sol	SCC	temiz	genişletilmiş	temporal kas flebi	yok
13	83	kadın	sağ	SCC	temiz	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
14	64	kadın	sağ	MM	temiz	total	temporoparietal fasiya flebi	yok
15	13	kadın	sağ	bazoskuamöz	temiz	total	temporoparietal fasiya flebi	yok
16	57	kadın	sol	MM	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
17	71	erkek	sağ	BCC	temiz	total	temporal kas flebi	parsiyel flep nekrozu
18	77	kadın	sağ	bazoskuamöz	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
19	70	kadın	sol	SCC	temiz	total	lateral alın flebi	yok
20	78	erkek	sağ	adenokarsinom metastazı	temiz	total	temporal kas flebi + nazolabial flep	total temporal kas flebi nekrozu
21	66	erkek	sol	BCC	temiz	total	deri grefti	yok

22	83	erkek	sol	SCC	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
23	74	erkek	sol	BCC	temiz	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
24	30	erkek	sağ	SCC	temiz	genişletilmiş	temporoparietal fasiya flebi	yok
25	74	kadın	sol	BCC	devamlılık	total	paramedian alın flebi	yok
26	69	erkek	sol	BCC	temiz	total	paramedian alın flebi	yok
27	62	erkek	sol	BCC	temiz	genişletilmiş	paramedian + lateral alın flebi	yok
28	86	kadın	sağ	SCC	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
29	60	erkek	sol	SCC	temiz	total	temporal kas flebi	yok
30	61	kadın	sol	BCC	temiz	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
31	59	erkek	sol	SCC	devamlılık	genişletilmiş	temporal kas flebi	yok
32	67	erkek	sol	SCC	devamlılık	genişletilmiş	serbest ALT flebi	yok
33	86	kadın	sağ	SCC	temiz	total	temporal kas flebi	parsiyel greft kaybı
34	71	kadın	sağ	bazoskuamöz	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
35	63	erkek	sağ	BCC	temiz	genişletilmiş	lateral alın flebi	yok
36	7	erkek	sağ	retinablastom	temiz	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
37	5	kadın	sol	retinablastom	devamlılık	subtotal	korunan göz kapakları cildi	yok
38	80	kadın	sağ	BCC	temiz	total	temporoparietal fasiya flebi	total flep nekrozu
39	70	kadın	sol	SCC	temiz	total	temporal kas flebi	yok
40	4	kadın	sağ	retinablastom	devamlılık	genişletilmiş	deri grefti	yok (BOS fistülü)

BCC: bazal hücreli karsinom, SCC: yassı hücreli karsinom, MM: malign melanoma, ALT: anterolateral uyluk, BOS: beyin omurilik sıvısı

Temporal kas ve temporoparietal fasiya fleplerinini üzerleri kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarılmıştır.

Hastaların 8 tanesine subtotal, 17 tanesine total ve 15 tanesine genişletilmiş ekzenterasyon gerçekleştirilmiştir.

Hastaların 17 tanesi yassı hücreli karsinom (SCC), 10 tanesi bazal hücreli karsinom (BCC), 3 tanesi bazoskuamöz hücreli karsinom, 3 tanesi retinablastom (RB), 2 tanesi malign melanom (MM), ve 5 tanesi diğer nedenlerle (karsinoma insitu, rabdomiyosarkom, ameloblastik karsinom, malign sinir kılıfı tümörü, adenokarsinom) opere edilmiştir. (Tablo 2)

Tablo 2: Histopatolojik tanıların dağılımı

	n	%
SCC	17	42,5
BCC	10	25
Bazoskuamöz	3	7,5
Retinablastom	3	7,5
MM	2	5
Rabdomiyosarkom	1	2,5
Ameloblastik karsinom	1	2,5
Adenokarsinom	1	2,5
Karsinoma insitu	1	2,5
Malign sinir Kılıfı tümörü	1	2,5
Toplam	40	100

31 hastada cerrahi sınır temiz gelirken 9 hastada cerrahi sınırdaki devamlılık raporlanmıştır.

Hastaların hiçbirinde ekzenterasyon defektinin sekonder epitelizasyonu beklenmemiştir. Subtotal ekzenterasyon yapılan 8 hastanın tamamında onarım korunan göz kapakları ciltlerinin sütürasyonu ile yapılmıştır. Total veya genişletilmiş ekzenterasyon yapılan 32 hastanın 3 tanesinde deri grefti ile soket onarımı yapılırken diğer 29 hastaya flep ile onarım yapılmıştır. 9 hastaya lateral alın, 8 hastaya temporal kas, 5 hastaya temporoparietal fasiya, 3 hastaya paramedian alın, 1 hastaya serbest anterolateral uyluk ve 1 hastaya skalp flebi ile onarım yapılmıştır. 2 hastada ise defekt onarımı için 2 farklı flep birlikte kullanılmıştır: temporal kas + nasolabial flep ve paramedian + lateral alın flebi.

Temporal kas flebi + deri grefti ile onarım yapılan iki hastada parsiyel greft kaybı olmuştur ve pansumanla takip edilen hastada ek ameliyata gerek kalmadan iyileşme sağlanmıştır. Temporal kas flebi + deri grefti ile onarım yapılan diğer hastada parsiyel flep nekrozu gerçekleşmiştir ve ikinci bir operasyonda mevcut flep ilerletilerek problemin üstesinden gelinmiştir. Temporal kas flebi + deri grefti + nazolabial flep ile

onarım yapılan bir hastada total temporal kas flebi nekrozu gerçeklemiştir ve nasolabial flep korunarak temporal kas flebi dedride edilip deri grefti ile onarım yapılmıştır. Temporoparietal fasiya + deri grefti ile onarım yapılmış hastada total flep nekrozu gerçekleşmesi üzerine debridman ve temporal kas flebi +deri grefti ile defekt başarılı bir şekilde onarılmıştır. Retinablastom tanılı 4 yaşındaki deri grefti ile soket onarımı yapılmış bir hastada deri grefti kaybı olmamıştır fakat sokette beyin omurilik sıvısı fistülü olmuştur. Hiçbir hastada bağlanan optik demetin açılmasına veya sızdırmasına bağlı sokette veya intrakraniyal alanda kanama görülmemiştir.

Tartışma

Orbita ekzenterasyonu enfeksiyon ve diğer agresif hastalıkların (fibröz displazi, nörofibromatozis, mukormikozis gibi) tedavisinde veya travma sonrası da gerçekleştirilse de en çok maligniteler nedeniyle gerçekleştirilmektedir. Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda ekzenterasyon endikasyonlarının tamamı^{3,4} veya tamamına yakını⁵ maliniteler olarak

bildirilmiştir. Çalışmamızdaki ekzenterasyonların tamamı maliniteler nedeniyle yapılmıştır.

429 orbital ekzenterasyon vakasının değerlendirildiği çalışmada⁶ SCC %30 oranla en sık neden olarak bildirilmiştir. Ratbun ve ark. SCC oranını %12,5 olarak bildirirken Ackuaku-Dogbe⁷'nin 25 vakalık serisinde SCC oranı %76 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Kıratlı ve Koç⁵, Duman ve ark⁴, Soysal³ sırasıyla 20, 31,25 ve 45,6 oranlarında SCC bildirmişlerdir. Çalışmamızda %42,5 oranla SCC en sık neden olarak bulunmuştur.

Önceki ekzenterasyon çalışmalarındaki endikasyonlarda BCC oranı %8 ile %44 arasında değişmektedir.⁸⁻¹² Ülkemizde yapılan çalışmalardan Duman ve ark⁴, Soysal³, Kıratlı ve Koç⁵ sırasıyla 43,75 , 38,24 ve 10 oranlarında BCC bildirmişlerdir. Çalışmamızda BCC %25 oranla SCCden sonra ikinci en sık neden bulunmuştur.

Orbita ekzenterasyonu defektlerinin onarımında spontan granülasyonla sekonder iyileşmeden serbest flep ile onarıma kadar bir çok yöntem kullanılmaktadır. Flep

cerrahisinin dezavantajları arasında operasyon sresinin uzaması ve olası tümör nüksünü gizleyebilmesi sayılabilir. Sino-orbital fistül ekzenterasyonun sık karşılaşılan komplikasyonlarından^{13,14} Orbita tabanı veya medial duvarının da eksize edildiği durumlarda ve postoperatif radyoterapi alınması durumunda sıklığı artmaktadır. Postoperatif radyoterapi alması öngörülen hastalarda flep ile onarım dşnlmelidir. Spontan granlasyonla iyileşme ise yavaş iyileşme, enfeksiyon riskinin fazla olması ve sino-orbital fistül oranının yüksek olması gibi dezavantajları vardır.

Ekzenterasyon hastanın görünüşünü bozan ve psikolojisini etkileyen radikal bir cerrahi işlemdir fakat gecikmiş olgularda bazen son seçenektir. Ekzenterasyon aşamasına gelmeden tümörün cerrahi tedavisinin yapılmamış olmasında hastanın tümörü göz ardı etmesi ve sağlık kuruluşun geç başvurmasının rolü olabilir. Ayrıca yeterince radikal tedavi edilmemiş periorbital tümörler de orbita ekzenterasyonuna giden yolu aralayabilir.

Sonuç:

Orbital ekzenterasyonların en sık nedeni SCC ve BCC'dir ve etkili erken tedavi yöntemleri ile ekzenterasyon ihtiyacı kısıtlanabilir.

Finansal destek:

Bu makalede açıklanan çalışma için herhangi bir finansman alınmadı.

ıkar atışması:

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar atışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Brecht LE. Craniofacial and maxillofacial prosthetics. In: Grabb and Smith's plastic surgery. 6th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.2007:350-352.
2. Nabavi CB, Czyz CN. Orbit: Orbital Exenteration (Subtotal/Total/Extended). In: Operative Dictations in Ophthalmology. Springer; 2017:433-436.
3. Soysal HG. Orbital exenteration: a 10-year experience of a general oncology hospital. Orbit. 2010;29(3):135-139.
4. Duman R, Balci M, DUMAN R, Ozdogan S. Orbital exenterations: our experience at ankara oncology research and training hospital. International Journal of Hematology and Oncology. 2013;28(4):166-170.
5. Kiratli H, Ko İ. Orbital exenteration: Institutional review of evolving trends in indications and rehabilitation techniques. Orbit. 2018;37(3):179-186.
6. Gunalp I, Gunduz K, Duruk K. Orbital exenteration: a review of 429 cases. International ophthalmology. 1995;19(3):177-184.

7. Ackuaku-Dogbe E. Review of orbital exenterations in Korle-Bu teaching hospital. Ghana medical journal. 2011;45(2):45-49.
8. Bartley GB, Garrity JA, Waller RR, Henderson JW, Ilstrup DM. Orbital exenteration at the Mayo Clinic. 1967-1986. Ophthalmology. 1989;96(4):468-473.
9. Levin PS, Ellis DS, Stewart WB, Toth BA. Orbital exenteration. The reconstructive ladder. Ophthalmic plastic and reconstructive surgery. 1991;7(2):84-92.
10. Mohr C, Esser J. Orbital exenteration: surgical and reconstructive strategies. Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology. 1997;235(5):288-295.
11. Rahman I, Cook A, Leatherbarrow B. Orbital exenteration: a 13 year Manchester experience. British Journal of Ophthalmology. 2005;89(10):1335-1340.
12. Rathbun JE, Beard C, Quickert MH. Evaluation of 48 cases of orbital exenteration. American journal of ophthalmology. 1971;72(1):191-199.
13. Al-Hity A, Gregory ME, Kemp EG. The intraoperative use of polydioxanone foil to reduce the risk of sino-orbital fistula formation in orbital exenteration. Orbit. 2018;37(2):140-144.
14. Hararah MK, Mattingly JK, Ramakrishnan VR. Use of a Contralateral Nasoseptal Flap for Sino-Orbital Fistula Closure. The Journal of craniofacial surgery. 2018;29(3):709-711.