

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖZ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Yaşar Sait ERDA

GÖZ KAPAĞI KİTLELERİNDE ÖZELLİKLER VE PROGNOZA ETKİLİ FAKTÖRLER

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Çağlar ÖRÜM

EDİRNE-2012

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmamda mesleki bilgi ve manevi desteğini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Yaşar Sait Erda'ya, mesleki alanda bilgi ve beceri kazanmamda büyük emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Haluk Esgin'e, Doç. Dr. Vuslat Pelitli Gürlü'ye, Yrd. Doç. Dr. Ömer Benian'a, beraber çalıştığım tüm doktor arkadaşlarıma ve istatistiksel analizlerde bana yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Nesrin Turan'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
GÖZ KAPAĞI KİTLELERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	4
İYİ HUYLU KİTLELER.....	4
KÖTÜ HUYLU KİTLELER.....	9
GÖZ KAPAĞI KİTLELERİNDE TANI VE TEDAVİ	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER	17
BULGULAR	19
TARTIŞMA.....	32
SONUÇLAR.....	37
ÖZET	39
SUMMARY	41
KAYNAKLAR.....	43
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BHK	: Bazal Hücreli Karsinom
MM	: Malign Melanom
SBK	: Sebase Bez Karsinomu
YHK	: Yassı Hücreli Karsinom

GİRİŞ VE AMAÇ

Göz kapakları; gözün anatomik bütünlüğünün sağlanması ve görme fonksiyonunun sürdürülmesindeki işlevi yanında bireyin kendine özgü yüz görünümünün bir parçası olarak da çok önemlidir (1).

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).

Vücutta cilt ve mukoza ile kaplı herhangi bir yerde oluşabilen tümörler göz kapaklarında da görülebilirler. Bunların yetersiz veya uygun olmayan tedavileri sonucunda görme organında ciddi yapısal, fonksiyonel ve non kozmetik bozukluklar meydana gelebilir. Özellikle kötü huylu olanların ihmal edilmeleri durumunda derinleşip ilerleyerek glob içine, orbita derinliklerine hatta beyin dokularına ilerleme olasılığı, göz kapağı tümörlerinin tanı ve tedavilerinin önemini arttırmaktadır (2).

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).

Göz hastalıkları, plastik rekonstrüktif cerrahi ve dermatoloji uzmanlarının ilgi alanına giren göz kapağı tümörlerinin tedavisinde amaç, kitleyi ortadan kaldırmak olmakla birlikte, görme organının yapısal bütünlüğünün, fonksiyonlarının ve doğal görünümünün korunması da hedeflenmelidir (3).

Yavaş seyirli tümörler, zamanla hasta tarafından kanıksanarak, hekime başvuruda gecikmelere hatta başvuru bile önemsenmeyip yönlendirilmemeleri nedeniyle patolojinin derinleşmesine, evresinin ilerlemesine, tedavinin zorlaşmasına neden olmaktadır.

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 tanımlar arasındaki uyumu gibi prognoza etkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

Göz kapaklarında çok farklı tümöral kitle görülebilmektedir. Kapak kitlelerinde de özellikle lezyon küçükken, erken başvuru, lezyonun natürünün belirlenmesinde son derece önemlidir (1).

Göz kapağı kitlelerinde klinik öykünün doğru alınması son derece önemlidir. Lezyonun başlama yaşı, büyüme hızı, rengi, yüzey yapısı (düzgün, pürtüklü), kişinin başka bir kötü huylu hastalığının bulunup bulunmadığı, lezyona daha önce herhangi bir tedavi uygulanıp uygulanmadığı belirlenmelidir (2).

Biyomikroskopla inceleme, oküler hastalıklarda olduğu gibi kapak lezyonlarında tanıya yönelik önemli ipuçları verebilir. Kirpiklerin kaybı ya da distorsiyonu, meibomian bezi ağızlarının tahribi ve kanamalı, krutlu olması lezyonun kötü huylu olabileceği yönünde işaretlerdir (2).

Tümöral kitle elle incelenerek sertliği, çevre dokulara ve kemiğe invaze olup olmadığı, lenf düğümüne atlamaların olup olmadığı değerlendirilmelidir (2).

Göz hareketlerinin muayene edilmesi de önemlidir. Göz hareketlerinde kısıtlılık ve proptozis, görülen lezyonun orbital yayılımı olduğunun bir göstergesidir (2).

Metastatik olduğu düşünülen kitlelerde, muhtemel primer tümörün yerini ortaya çıkartmak kişi için sistemik olarak incelenmelidir (3).

Tıbbi dosyalarda kitlenin biçimi, boyutu ve yerleşim yeri şematik olarak çizilmeli mümkünse lezyonun fotoğrafları da çekilerek arşivlenmelidir (3).

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 KAPAĞI KİTLELERİNİN SINIFLANDIRILMASI

A- İyi Huylu Kitleler

- 1. Epitelyal kitleler**
- 2. Adneksiyal kitleler**
- 3. Vasküler kitleler**
- 4. Nöral kitleler**
- 5. Ksantomatöz kitleler**
- 6. Melanositik kitleler**
- 7. Enflamatuvar kitleler**

B- Kötü Huylu Kitleler

- 1. Epitelyal kitleler**
- 2. Adneksiyal kitleler**
- 3. Vasküler kitleler**
- 4. Melanositik kitleler**
- 5. Diğer**

İYİ HUylu KİTLELER

Skumöz Papillom

Göz kapağında en sık görülen iyi huylu tümördür. Yassı epitelin benign hiperplazisi ile gelişirler (5). Orta ve ileri yaşlı bireylerde sık görülür ve yavaş büyürler. Yüzeyi girintili çıkıntılı lezyonlardır. Ağaç çileğini, böğürtleni andıran bir yüzeye sahip, kalın, hiperkeratotik, papillamatöz görünümlü olabilirler (6). Ten rengindedirler. Ayırıcı tanıda fibroma, nevüs, seboreik keratoz, aktinik keratoz, verruka vulgaris akılda bulundurulmalıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur (7).

Seboreik Keratoz

Orta ve ileri yaşı bireylerin yüz ve göz kapaklarında sık görülen tümörlerdir. Kabarık, yumuşak kıvamlı, deri üzerine yapıştırılmış gibi duran, yavaş büyüyen, keskin sınırlı, bazen tüm kapağı kaplayabilen ve aşırı yağlanma gösteren bir tümördür. Genellikle pigmentlidir, yüzeylerinde çatlak ve papiller oluşumlar mevcuttur (4). Büyüklükleri (1-10 mm) ve renkleri ihtiva ettikleri pigmentasyonlara bağlı olarak (açıktan koyu kahverengiye) değişim gösterir. Kötü huylu tümörlere dönüşüm riski taşımazlar. Tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır (5).

Keratoakantom

Hızlı büyüyen, ortasında keratin dolu krater bulunan iyi huylu cilt tümörüdür. Nedeni belli değildir fakat güneş ışınları, travma, viral enfeksiyonlar etyolojide rol alabilir. Ayırıcı tanıda yer alan bazal hücreli karsinom (BHK) ve yassı hücreli karsinoma (YHK) göre daha genç yaşlarda görülür (5). Böbrek naklini takiben immünsüpresif tedavi görmekte olan hastalarda daha sık görülürler. Genellikle ağrısız, tek bir lezyon şeklindedirler. Ciltten kabarık, kubbe şeklinde ve ortalama 7 mm veya daha büyük çaplarda olurlar. Olgular ilk başvurdıklarında tümör küçük ve iyi sınırlıdır. Doğal seyrinde 3 dönem bulunur. Başlangıçta 4- 8 hafta süren hızlı büyüme evresi bulunur. Bunu birkaç hafta süren büyümenin olmadığı dönem izler. Son olarak da her zaman olmasa da 4-6 ay süren bir gerileme veya iyileşme dönemi görülebilir. Tümör üzerinde telenjektazi bulunabilir. Bu durumda YHK veya BHK ile makroskopik ayrımı zorlaşır. Ayırıcı tanıda BHK, YHK ve kutanöz horn göz önüne alınmalıdır (6,7).

Nevüs

Halk arasında "ben" olarak bilinir. Ciltteki melanositlerden kaynaklanan göz kapağı nevüsları da oldukça sık görülen iyi huylu tümörlerdendir. Hayatın erken yaşlarında daha açık renklidirler, zamanla koyulaşırlar. Göz kapağının herhangi bir yerinde bulunabilirler. Kapağın marjinal (kenar) kısmında yer alanlar, hem cildi hem de konjonktivayı tutabilirler. Nadiren kötü huylu bir tümöre dönebilirler. Kötü huylu tümörleri düşündüren koyu renkli ve hızlı büyüyen nevüslar cerrahi olarak çıkartılmalıdır. Doğuştan olanlar doğumdan itibaren, kazanılmış olanlar ise 5-10'lu yaşlardan itibaren ortaya çıkarlar (5).

Nörofibrom

Nörofibrom, aksonların, schwann hücrelerinin ve endonöral fibroblastların proliferasyonu sonucu meydana gelir. Göz kapağında, soliter nörofibrom (nörofibromatozis ile ilişkisiz) veya pleksiform nörofibrom, çok odaklı nörofibrom (nörofibromatozis ile ilişkili) şeklinde bulunabilir. Üst göz kapağında yaygın bir kalınlaşmaya ve kapakta pitozis ile birlikte S şeklinde kıvrılmaya neden olur. Tümörde sürekli bir yavaş büyüme görülür. Görüntüleme yöntemleri ile esas boyutları ortaya konur. Tedavisi cerrahidir (5).

Hemanjiom

Kapiller hemanjiomlar (çilek nevüs) göz kapaklarının en sık görülen doğumsal tümörleridirler. 1 yaşına kadar hızlı büyüyüp, bundan sonraki birkaç yılda duraklama ve kendiliğinden gerileme periyoduna geçebilirler. 7 yaş civarında lezyonların çoğu kaybolur. Daha çok kız çocuklarında ve üst kapakta görülürler. Yüzeyel olanlar açık kırmızı- pembe, derin olanlar ise mavimsi, menekşe moru rengindedirler. Palpasyonla yumuşaktırlar, büyük olanlarda o bölgede ısı artması, fluktuasyon alınır. Büyük olanlar, üst kapaktakiler mekanik pitoza ve ambliyopiye neden olabilirler. Tümör fazla büyük değilse ve göz tembelliği riski oluşturmuyorsa tedavide acele edilmez. Tedavide değişik yöntemler kullanılır. Uygun vakalarda lezyon içine kortikosteroid enjeksiyonları yapılabilir (5,6,7).

Kavernöz hemanjiomlar ise büyük dilate ve birbirleriyle anastomoz yapan damarsal boşluklardan oluşurlar, duvarlarında düz kaslar bulunur. Kapiller hemanjiomlara nazaran daha çok gelişimseldirler ve 1. dekattan sonra büyümeye meğillidirler. 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. Genellikle her iki kapakta ve simetrik olma eğilimindedirler (5).

Histolojik olarak dermal histiositlerde lipid birikimi olduğu gözlenir. Bazen bir hiperlipideminin bulgusu olabilmesine karşın bu olguların çoğunluğunda kan lipid ve kolesterol düzeyleri normaldir (6).

Kozmetik sorun yaratıyorsa tedavi edilebilirler. Tedavide tam kat cilt eksizyonu ile tümör ortadan kaldırılır. Tümör geniş alanı kaplıyorsa greft veya flep gerekebilir (6).

Karbondioksit lazer uygulaması diğerk bir tedavi seçeneğidir. Ksantelazma, hiperlipidemi sendromları ile beraberse tedavi sonrası rekürrensler görülebilir (7).

Verruka Vulgaris

Human papilloma virüsün epidermal enfeksiyonuna bağı gelişir. Doğrudan temas yolu ile yayılır. Çocuk ve genç erişkinlerde daha sıktır, ciltte herhangi bir yerde bazen de göz kapaklarında oluşabilir. Kabarık, düzensiz, hiperkeratotik ve papillamatöz yüzeylidir. Kapak kenarındaki tümörler virüs partiküllerinin gözyaşı içindeki dağılımı nedeni ile papiller konjonktivite neden olabilir. Olgularda yüzeysel punktat keratit gelişebilir. Kendini sınırlar, göz komplikasyonu yoksa tedavi gereksizdir, gerekirse kriyoterapi ya da tam cerrahi eksizyon uygulanabilir (6).

Molluskum Kontagiozum

Derinin yüzeysel tabakasının (epidermis) viral (pox virüs) enfeksiyonudur. Kapak kenarında küçük, düz, simetrik ve ortası çukur lezyonlar olarak görülürler. Genellikle çocuk ve gençleri etkiler. İmmun sistemi bozuk yaşlılarda da görülür ve daha dirençlidir (6,7,8). Kapak kenarında bulunurlarsa, keratit veya konjonktivit (folliküler) ile birliktelikleri olabilir. Cerrahi yöntemle kolayca tedavi edilirler (6).

Şalazyon

Meibomian bezinin ağzının tıkanması sonucu sebasöz sekresyonun bezin içinde birikmesiyle oluşan lipogranülamatoz inflamatuvar bir kitledir. Akne rozasea veya seboreik dermatiti olanlarda daha sık görülür. Klinik olarak tars üzerinde ağrısız, yuvarlak, sert bir kitle görünümündedir. Bazen lezyon tarsal konjonktival yüze boşalabilir. Küçük lezyonlar kendiliğinden kaybolabilirler. Tedavide en sık başvuru yöntem cerrahidir. Lezyon içine steroid uygulaması bir diğerk tedavi seçeneğidir. Steroid enjeksiyonunda ilacın lezyon dışına kaçmamasına özen gösterilmeli ve uygulama yavaş yapılmalıdır. Cilt altına kaçan ilaç oluşturacağı nekroz nedeniyle ciltte pigmentasyona neden olur. Ayrıca verilen ilaç partiküllü ise retinal arter tıkanıklığına neden olabilir. Bu tedavilerin dışında akne rozasealı ve seboreik dermatitli hastalardaki tekrarlayan şalazyonlarda profilaktik amaçla sistemik tetrasiklin kullanılabilir (5).

Kutanöz Horn

Göz kapağı derisinden boynuz şeklinde çıkan keratinize materyalden oluşur. Derinin stratum korneum tabakasının konik olarak birikmesiyle meydana gelir. Sıklıkla ileri yaş ve cildin güneş gören alanlarında ortaya çıkar. Genellikle üst kapakta ve tek olarak bulunur. Uzunluğu 10 mm'yi nadiren geçer ve ortalama boyu 8 mm civarındadır. 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. Taban çapı ne kadar genişse altta kötü huylu bir tümörün bulunma olasılığı o kadar yüksektir (5,6).

Kistler

Göz kapağında salgı yapan pek çok bez ve hücre bulunur. Bunların herbirine 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), genellikle kapak ön kenarında bulunur. Genellikle erişkinlerde bildirilmesine rağmen, çocuklarda da görülebilir. Kist boyutları 1-11 mm olabilir (5).

Ekrin hidrokistoma, nadir bulunur. Moll bezi kisti görünümüne sahiptir, fakat göz kapağı kenarıyla sınırlı kalmaz. Lezyon, dermis içindeki ter bezi kanalındaki genişleme ile olur. Saydam kistik içerik üzerindeki deri, düz ve parlaktır. Yaz aylarında, sıcak iklimlerde, çamaşırhane, bulaşikhane gibi nemli ortamlarda çalışan orta yaş bayanlarda daha fazla görülür (6).

Sebase kist, Meibomian bezi, Zeiss bezi, veya kıl folikülü bulunan sebase bezlerin kanallarının tıkanması sonucu gelişir. Yaşlılarda daha fazla görülür (7). Sebase kistler, klinik olarak, epidermal inklüzyon kistine benzer fakat daha nadir görülürler. İç kantus ve kaşta kıl folikülleriyle birliktedirler. İçerik peynirimsi görünüme sahiptir (8).

Epidermal kist, pilosebace yapıların obstrüksiyonu sonucu (ter bezi ya da yağ bezi kisti) ya da konjenital veya edinsel olarak yüzey epitelinin subepitelyal implantasyonu sonucu ortaya çıkar (epidermal inklüzyon kisti). Konjenital olup da klinik vermeyebilirler (9). İleriki yaşlarda, travma, geçirilmiş cerrahi işlem sonrasında ortaya çıkabilirler. Sıklıkla ergenlik döneminde ortaya çıkarlar. Hassasiyet göstermezler. Dışı cilt renginde, içi gudde tipine göre, şeffaf ya da yağlı karakterde olabilir. Kıl folikülleri, keratin içerebilirler. Transluminasyon verilerse, içerik saydamdır. Genellikle üst kapakta tek bir lezyon olarak bulunurlar (10).

Milia, kıl folikülündeki tıkanmaya bağlı gelişir. Lezyonda kıl folikülünde genişleme ve keratin birikimi izlenir. Lezyonun içinde sarı-opak materyal bulunur. Primer, travma, enfeksiyon, radyasyona ikincil ortaya çıkabilir (9).

Dermoid kist, gelişimsel koristomdur (normal bir dokunun olması gereken bir yerden başka bir yerde olması). Doğumda ya da doğumdan hemen sonra ortaya çıkar. Deri altında ve kitle görünümünde olan bu lezyon, genellikle üst temporal ya da üst nazalde yerleşir. Çocuğun büyümesiyle boyutu da artar. Fronto-zigomatik, frontoetmoidal birleşme yerleriyle bağlantısı vardır (9-10).

Aktinik Keratoz

En yaygın premalign tümördür (10). Deri yüzeyinden kabarık olmayan kuru kabuksu bir lezyondur. Düz, eritematöz, yuvarlak, pul pul dökülen keratotik lezyonlardır. Tipik olarak aşırı güneş ışığına maruz kalmış (çiftçi, inşaatçı gibi), yaşlı, açık tenli bireyleri etkiler. Genellikle 2-6 mm çaplıdırlar. %25'i kendiliğinden düzelirken %20'ye kadar yükselen bir oranda kötü huylu tümöre (YHK) dönüşebilir. Aktinik keratoz zemininde gelişen YHK, normal bir cilt alanından gelişen YHK'ya göre daha az agresif seyreder (10). Takibinde, güneşten uzak kalma önerilir. Tümörde görülen genişleme veya yüksekliğindeki artış biyopsi ile histopatolojik inceleme ve uygun tedaviyi gerektirir (11).

KÖTÜ HUylu KİTLELER

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).

Bazal hücreli karsinom, epidermisin bazal hücrelerinden köken alır. Bu hücreler epidermisi dermisten ayıran bazal membranın üzerinde bulunur. Gelişen tümör hücreleri dermise ulaşır ve farklı morfolojik (nodüler, yüzeysel, sklerozan) yapılar kazanırlar (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 irritanlar, radyoterapi sonrası skarlar, güneş ışığı ve keratoz, BHK oluşumunda hazırlayıcı nedenler olarak düşünülmektedir. Kseroderma

pigmentozum, Basex sendromu, Rombo sendromu gibi çeşitli genetik hastalıklar ya da farmakolojik immünsüpresyonlu kişilerde de görülme sıklığı artmıştır. 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).

Bazal hücreli karsinomların baskın çoğunluğu yavaş fakat amansızca ilerler. Tümör, yavaş büyüyen bir yapıya sahip, lokal invazyon gösteren ama metastaz yapmayan tiptedir. Tedavi edilmediği durumlarda çevre dokulara yayılarak yıkıma neden olur. 35 yaşından gençlerde saldırgan büyüme çarpıcıdır, bu olgularda nüks oranı da yüksektir. Tümörde spontan ve lokal gerileme BHK'nın bir diğer belirtisidir. Bu bölgelerde lenfosit infiltratlı fibröz skarlar olarak kendini gösterir ve eksize tümörlerin %14'ünde histolojik olarak saptanır (5,10).

Bazal hücreli karsinom en az dirençli bölgelerde doku yayılımını yapar, bu nedenle kemik, kıkırdak ve kas yıkımı geç dönemlerde oluşur. Tümör yağ dokusunda septalar boyunca ilerler (5). Sağlam tars tümöre geçit vermez, direnç nedeniyle yayılım yanlara kayar. Perifere doğru yavaş proliferasyonla birlikte ülserasyon *ulcus rodens* olarak anılır. Lenfatik yayılım doğal histolojik bulgudur ancak çok ender olarak bölgesel metastazla sonuçlanır. Orbita boyunca ve periosta yayılım kemik tutulum ve yıkımı olmaksızın gelişebilir. Kartilaj ve kemik invazyonuna yol açan derin infiltrasyon *ulcus trebelans* olarak isimlendirilir (6,7). Periferik sinirleri izleyerek komşu doku tutulumu bulguları vermeksizin derin dokulara yayılabilir. Baş ve boyun tümörlerinde merkezi sinir sistemine yayılım, kranyal sinirler boyunca orbital fissür ve foraminalar aracılığı ile oluşur (8,9). İç kantüs yakınlarında yer alan tümör, orbita ve sinüs invazyonu yapmaya daha bir meyilli olup diğer sahalarda ortaya çıkanlara kıyasla bunlara müdahale etmek de daha zordur. Sinir çevresi tutulumu belirsiz olabileceği gibi, ağrı uyuşma ve motor felçlerle kendini gösterebilir (10).

Bazal hücreli karsinomun göz içine yayılımı nadirdir. Genellikle orbita tutulumu olan olgularda görülür. Yetersiz tedavi sonucu nüks eden BHK'lar birincil kitlelere göre daha saldırgan gidiş gösterirler. BHK'da ölüm çoğunlukla kafa içine yayılım sonucudur. Metastaz çok nadiren izlenir. En sıklıkla bölgesel lenf düğümleri, akciğerler, kemik, karaciğer, dalak, adrenal bezlere metastaz görülür (5,10).

Bazal Hücreli Karsinom Tipleri

1. Nodüler: En sık görülen ve pronozu en iyi olan tümör tipidir. Dermis içindeki küçük veya büyük tümör odakları bulunur. Bu tümör odaklarında kistler bulunabilir. Nodüler

tipte lezyon üzerinde ülserasyon gelişirse nodüloülseratif tip adını alır. Nodüler ve nodüloülseratif tip, BHK'nın %70'ini oluşturur (5).

2. Sklerozan (Morfeik): Tüm BHK'ların yaklaşık %15'ini oluşturur. Düz plak görünümündedir. Endürasyon gösteren, düz bir plak halinde, epidermis altından laterale doğru infiltrate olduğu için sınırları netleştirilemediği için teşhis edilmesi zordur. Palpasyonla, inspeksiyonla görüldüğü halinden çok daha yaygın bulunma eğilimindedir. Başlangıçta inflamatuvar değişimlerin varlığı ve kirpiklerin kaybı ile kronik blefariti taklit edebilir (1). Pembe-sarıdan kahverengiye kadar değişik renklerde dağılımı olabilir. Hafif kabarık beyaz-pembe, sarı-esmer renkli sınırları belirsiz sert fibröz bir plak şeklindedir. Ülserasyon, yuvarlanmış kenarlar, kabuklanma yoktur. Telenjiektazi belirgindir. Bazı morfeaform oluşumlarda bölgesel kabuklanma, papül, nodül oluşumları tümör yüzeyine dağılmış olarak izlenebilir. Bu görünüm blefariti anımsatabilir (5). Çok nadiren lezyonda hassasiyet ve ağrı olabilir. Bu perinöral yayılım belirtisidir ve orbita içi yayılım için risk faktörüdür. Tümör dermis hatta subkutise yayılabilir. Bu tür oluşumların orbita ve sinüs yayılımları da görülebilir. Pitoz, göz hareket kısıtlılığı, tümörün kemik dokuya fiksasyonu, orbita içi yayılımı düşündürmelidir. Bu nitelikleriyle tümörün klinikte görülebilir sınırları dışında da mevcut olması tedavilerini çok güçleştirir. Oluşumun ileri evrelerinde merkezde ülserasyon gelişebilir. Skatrisyel tümör yüzeysel olarak yayılırken, bir noktada skatrizasyon diğer yerde ülserasyon olur ve deri atrofik kalır (10).

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

Makroskobik olarak papillom, nevüs, moll bezi kisti, YHK ve epidermal kist ile karıştırılabilir. Özellikle 2-3 mm büyüklüğündeki küçük tümörlerde ayırıcı tanı daha zordur (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. Primer olarak gelişenler daha agresif seyirlidir. 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). Prekanseröz keratozlar da etyolojide önemlidir. Bilinen prekanseröz durumlar; Bowen

dermatozu, yanıklara bağlı marjolin ülserleri, senil ve aktinik keratoz, kronik deri ülserleri, dermal yaralar, farmakolojik immünsüpresyon, okulokutanöz albinizm gibi genetik hastalıklar, arsenik, radyasyon ve katran dermatozlarıdır. Erken dönemde hemen daima kabarık, sert, üzeri kepekli ve birkaç ay sonra üzerinde yarıklar, krutlu ülsere erezyonlar gelişmeye başlar. Üzerinde sıklıkla görülen krutların nedeni tümör hücrelerinin keratin oluşturmalarıdır. Keratin oluşumu tümörün diferansiyasyonu ile doğru orantılıdır. Dermise lokal yayılımını takiben daha derine bağ dokusu ve periosta yayılır. Tüm orbitayı ve yüzün büyük bir kısmını tutan ve sonuçta kafa içine bile ulaşabilen mantar şeklinde ülsere bir lezyon oluşabilir. Genellikle lenfatik yayılan tümör üst kapak veya dış açıda ise kulak önü lenf düğümlerine, alt kapak veya iç açıda ise maksilla altı lenf düğümlerine yayılım gösterir (10).

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

Sebace Bez Karsinomu (SBK)

Sebace bez karsinomu, BHK ve YHK'dan sonra göz kapağının üçüncü sıklıkta görülen kötü huylu tümörüdür. Çocukluk döneminde de görülebilmesine rağmen en sık 60'lı yaşlarda görülür. Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmektedir. Oldukça agresif bir tümördür (5). En sık meibomian bezlerden köken almaktadır. Bu bezler daha büyük olmaları, asinilerinin daha fazla olması ve kıl foliküllerinin olmamasıyla derinin sebace bezlerinden ayrılırlar. Nadiren zeiss bezlerinden ya da karünkülde bulunan sebace bezlerden de gelişebilirler. Meibomian bezlerinin daha yoğun olarak bulunduğu üst kapakta daha sık olarak görülürler. Genellikle yavaş gelişen, sert, ağrısız bir kitle olarak başlar (6). Son dönem dışında kapakta erezyon ve ülserasyon oluşturmada derin dokulara infiltre olur. SBK; tek taraflı konjonktivit, şalazyon, blefarit, meibomit, superior limbik keratokonjonktivit, kutanöz horn, granülomatöz inflamasyonlar (sifiliz, tüberküloz) gibi benign inflamatuvar durumlarla sıklıkla; nadiren de lakrimal bez tümörü ile karışabilmektedir (7). Lököplaki, oküler pemfigoid, karsinoma in situ ve konjonktivanın yassı hücreli karsinomunu da taklit edebilir. Bu tür lezyonlarda kirpiklerin dökülmüş olması ve lezyon etrafının sert ve kalınlaşmış olması, akla kötü huylu tümörleri getirmelidir. SBK şüphesi varsa tam kalınlıkta kapak biyopsisi yapılması gerekir. Biyopsi materyali alkol gibi yağ çözücülerin içine konulmadan direkt olarak histopatolojik tetkike yollanmalıdır. 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 en malign epitelyal tümörü olarak bilinen SBK'dan ölüm oranı % 6-30 arasında bildirilmektedir (9). Metastaz gelişen hastalarda 5 yıllık ölüm oranı % 50-67 arasındadır (10).

Şalazyon ve BHK en sık karışabileceği tümörlerdir. Bunların dışında merkel hücreli karsinom, kutanöz horn, göz kapağının metastatik tümörleri, tek taraflı blefarokonjonktivit, sarkoidoz ve YHK'dan ayırıcı tanısı yapılması gerekir. Kapak kenarındaki BHK beyaz veya saydam bir görünüme sahipken SBK sarı renklidir. Şalazyonda kirpikler korunurken SBK'da kirpikler genellikle dökülmüştür. Palpasyonda şalazyon yumuşakken SBK serttir. Şalazyon, SBK'nın sık görüldüğü ileri yaşlarda nadiren ortaya çıkar. Tümör dokusu bazen sağlam meibomian bezlerinin kanallarını tıkayarak SBK ile şalazyonun birlikte görülmesine neden olur (5).

Tek taraflı blefarokonjonktivit olgularında yüzeysel yayılım gösteren SBK'nın akılda bulundurulması gerekir. Yüzeysel yayılım gösteren diffüz SBK makroskobik olarak YHK, papillom, amelanotik melanom, allerjik blefarokonjonktivit ve dev papiller konjonktivite benzerlik gösterir (5).

Malign Melanom (MM)

Göz kapağının kitle yapan tümörlerinin %1-3'üdür. Sarışınlarda ve açık tenlilerde daha sık görülürler. Etyolojide aile öyküsü, travma, kronik irritasyonlar, radyasyon, güneş ışığı, eski skar dokuları ve mavi nevüs, *lentigo maligna* gibi öncül lezyonlar bulunmaktadır. Hastaların büyük kısmı 6-7. dekatta olup, kadınlarda biraz daha fazladır. Prognoz büyük ölçüde melanositlerin invazyonu ile ilgilidir. İnvazyon derecesi histolojik kriterler (Clarke'ın invazyon dereceleri) ve tümörün histolojik yöntemlerle ölçülen gerçek kalınlığına (Breslow yöntemi) bağlıdır (6-9).

Pigmentli bir lezyonda homojen bir renk dağılımı, kenarının düzgünlüğü ve çapının 10 mm'nin altında olması iyi huylu olma lehinedir. Prognoz invazyonun derinliğiyle de ilgilidir. 0,76 mm'den ince lezyonlarda prognoz çok iyidir, 3 mm'den derin invazyonda ise prognoz kötüdür. Tümörün büyüklüğü, sayısı da prognozu etkiler. Lenf düğümü tutulanlarda, dermiste lenfosit infiltrasyonunun olmadığı olgularda prognoz daha kötüdür. Tedaviden yıllar sonra bile uzak metastaz olabileceğinden hastaların 15 yıl gibi uzun süre izlenmesi gereklidir (5).

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

GÖZ KAPAĞI KİTLELERİNDE TANI VE TEDAVİ

Göz kapağının tümöral kitleleri uygun biçimde tedavi edilebilmesi için önce doğru tanı konulmalıdır. Kitlenin yeri, şekli, rengi, damarlanması, pigmentasyonu, gelişim süresi ve hızı, predispozan faktörlerin varlığı göz önüne alınmalı, komşu lenf nodüllerinin durumu incelenmelidir. Takibinde renkli fotoğrafların önemi büyüktür. Çoğu tümör karakteristik klinik görünüme 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

Cerrahi Tedavi

Cerrahi rezeksiyonda 2 teknik kullanılır.

1- Dondurulmuş kesitli rezeksiyon: Kitle gözle görülebilen sınırlardan 3-5 mm'lik sınırlardan sağlam doku ile birlikte çıkarılır. Cerrahi sırasında dokunun tüm sınırları patolog tarafından değerlendirilerek, tümör kalıntısı olup olmadığı belirlenir. Bu yöntemle tümör sınırlarının kontrolünün sağlanmasının yanında hastanın ikinci bir cerrahiye gereksinimi azaltılır. Bu yöntemle BHK'de cerrahi başarı oranı %99-100 olarak bildirilmiştir (11).

2- Mohs'un mikrografik cerrahisi: Kitlelerin tüm sınırlarının boyanarak dokunun tabakalar halinde çıkarılıp, her tabakanın frozen kesitlerde bir haritasının çıkarılmasını içerir. Bu teknikle tümör tamamen çıkartılırken sağlam doku da maksimum düzeyde korunur. Diğer tedavi yöntemlerine göre en düşük rekürrens oranına sahiptir. Fazla zaman alması, pahalı alet ve tecrübeli eleman gerektirdiğinden sadece belirli merkezlerde uygulanabilmesi ve maliyetinin yüksekliği bu tekniğin dezavantajlarıdır. Derin yayılım gösteren iç kantal bölge tümörlerinde, 2 cm'den büyük tümörlerde, agresif büyüyen veya nüks eden tümörlerde ve sınırların çok net gözlenemediği morfeik BHK'da önerilir. Pigmente tümörlerde, multifokal tümörlerde, SBK gibi tümörsüz alanları olan tümörlerde etkinliği düşüktür. Orbital yayılımı olan vakalarda ekzanterasyon uygulanmalıdır. Malign melanomda ise tümör yaygınsa, palpebral konjonktivayı tutmuşsa ve nüks etmişse ekzanterasyon gerekir (11,12).

Radyoterapi

İlk tedavi seçeneği olarak düşünülmemeli, cerrahi uygulanamayan hastalarda düşünülmalıdır. Kriyoterapide olduğu gibi çapı 10 mm'yi geçen tümörlerde nüks oranı artmaktadır. Skatrissel kapak değişimleri, deride atrofi, kirpik folliküllerinde hasar, konjonktivada keratinizasyon, keratit, lakrimal drenaj sisteminde tıkanıklık, katarakt, optik atrofi, retinal toksisite gibi ciddi yan etkileri vardır. Oluşan doku skatrizasyonu daha sonra uygulanacak bir cerrahi sırasında gerek rezeksiyon gerekse rekonstrüksiyon açısından büyük güçlük çıkartır (13,14).

Kriyoterapi

Kriyoterapi genel durumu bozuk yaşlı ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyenler hastalarda, 10 mm'den küçük, sınırları belirgin lezyonlarda cerrahiye alternatif bir tedavidir (15). Sıvı nitrojen, kriyo probu ile direkt temas veya sprey ile püskürtme şeklinde kullanılan en etkin dondurucu maddedir. -80 derecede ard arda donma-çözülme işlemi ile tümör hücreleri tahrip edilebilmektedir. Tümör hücreleri dondurma işlemine normal hücrelerden daha hassastır. Buzlanma etkisinin kitlenin 3-4 mm dışına taşması gereklidir. Bu yöntemde nüks belirgin olarak daha sıktır. Konjonktival forniks tutulumu olan tümörlerde, periosta fiks tümörlerde, göz kapağında motor veya duysal denervasyon olduğu durumlarda, kriyoglobulünemisi olanlarda, koyu pigmente deride, 10mm'den büyük ve sınırları belirsiz lezyonlarda kriyoterapi sakıncalıdır (16). Radyoterapi ve kriyoterapi uygulamasında ortak bir sorun kitlenin histopatolojisinin ve sınırlarının bilinmemesidir. Bunun için mutlaka küçük de olsa biyopsi cerrahisi gereklidir (17,18).

Kemoterapi

Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen veya genel durumu iyi olmayan hastalarda kullanılır. Sisplatin tek başına ya da doksorubisin, bleomisin, izoretionin ve alfa interferonla birlikte kullanılır. Sistemik kemoterapinin sakıncaları; renal yetmezlik, dekompanse kalp yetmezliği, nötropeni ve trombositopenidir. Sisplatinin papil ödem, retrobulber nörit, homonim hemianopsi, retina pigment epitel değişikliği gibi gözle ilgili yan etkileri bildirilmiştir. Entretinate ve izotretinoin'in BHK'da kullanımı ile ilgili çalışmalar değişken sonuçlar vermektedir. Ciddi yan etkileri kullanımını sınırlar. Tedavinin sona ermesiyle kısmen gerilemiş kitle tekrarlar, bu nedenle retinoidler tümörün tedavisinden çok önlenmesinde denenmiştir ancak başarılı sonuç vermemiştir (19,20).

Kapak Rekonstrüksiyonu

Rekonstrüksiyonda amaç; kitle çıkarıldıktan sonra kalan defektin kozmetik olarak kapatılması ve gözün normal fizyolojik işlevlerinin devamını sağlamaktır. Defektin boyutu, lokalizasyonu, çevre dokularla ilişkisi ve hastanın yaşı uygulanacak rekonstrüksiyon yönteminin planlanmasında temel belirleyicilerdir. Yaşlılarda kapak cildinin gevşekliğine bağlı olarak daha geniş defektlerin primer sütürasyonla kapatılması mümkün olabilirken, gençlerde fleb, greft uygulamak gerekebilir. Daha önceden kapak cerrahisi geçirmiş ya da radyoterapi uygulanmış hastalarda onarım daha güç olur (21).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

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.

Çalışma öncesi oluşturulan çalışma protokolü Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Yerel Etik Kurulu'na sunulurak 30.05.2012 tarihli onay alındı (Ek 1).

Olguların başvurudaki yakınması, makroskobik tanısı, kitlenin lokalizasyonu ve var oluş süresi, uygulanan cerrahi tedavi yöntemler (eksizyon, flep ya da serbest greft ile onarım, krioterapi, radyoterapi, kemoterapi) gibi parametreler oluşturulan tabloya döküldü. Makroskobik ve histopatolojik tanımlar karşılaştırıldı, tedavi ve izlem sonuçları değerlendirildi.

Cerrahi uygulamalarda, alan temizliğinde polyvinylpyrolidone iyodun % 10 solüsyonu (Batticon) kullanılmış, eksize edilecek dokunun etrafında normal görünümlü 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 anestezisi, 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 alınmıştır.

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 çağırılmış, kontrollerde gerek duyulan olguların fotoğrafları çekilerek preoplarla birlikte arşivlenmiştir.

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 uygulanmıştır.

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 korelasyon analizi, niteliksel verilerde Pearson χ^2 ve Yates düzeltmeli χ^2 testi, tanımlayıcı istatistikler olarak ise Median (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 ± 10.6 yıl, ilk başvurudaki yaş ortalaması ise 49.7 ± 12.5 yıl (7 ile 92 yaş arasında) idi. Yakınmanın başlangıcı ile başvuru arasında geçen süre kadınlarda 8 ± 3.2 ay, erkeklerde 10 ± 3.9 aydı (Tablo 1).

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

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

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

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

	Tümör sayısı	Yüzde (%)
Enflamatuar Tümörler	120	34.1
Non enflamatuar Tümörler	232	65.9
Toplam	352	100

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

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

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, $p=0.343$). 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 yerleşimli idi. 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 4. Göz kapağı kitlelerinin tuttuğu taraf (sağ/sol)

	Sağ	Sol	p*
İyi huylu	143 (%51.43)	135 (%48.57)	0.343
Kötü huylu	34 (%45.95)	40 (%54.05)	
Toplam	177 (%50.59)	175 (%49.41)	

* Pearson ki kare testi

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

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

Olguların başvuruındaki yakınmaları iyi ve kötü huylu tümörlü olgularda benzerdi. Büyüyen kitle, şişlik şikayeti hekime en çok başvuru sebebiyken (Pearson ki kare testi, $p=0.0001$), 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).

Tablo 6. Olguların başvuruındaki yakınmaları

	İyi Huylu	Kötü Huylu	Toplam	p*
Büyüyen Kitle, Şişlik	170 (%71.72)	54 (%72.99)	224 (%72.02)	0.0001
Kahverengi Lezyon	45 (%18.98)	6 (%8.10)	51 (%16.39)	
Kaşıntılı Lezyon	11 (%4.64)	2 (%2.70)	13 (%4.18)	
Sarı Renkli Lezyon	10 (%4.21)	0	10 (%3.23)	
Yara	1 (%0.45)	12 (%16.21)	13 (%4.18)	
	237 (%100)	74 (%100)	311 (%100)	

* Pearson ki kare testi

İyi ve kötü huylu tümörlü olgularda başvuru süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Yates düzeltilmeli ki kare testi, $p=0.002$). 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).

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

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

İyi huylu göz kapağı tümörlerini kaynak aldıkları dokuya göre sınıfladığımızda ilk sırayı epitelial 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 (Tablo 8).

Tablo 8. İyi huylu tümörlerin kaynak aldıkları dokuya göre dağılımı

	Sayı	%
Epitelial Tümörler	84	53.16
Ksantomatoz Tümörler	50	31.64
Melanositik Tümörler	13	8.22
Vasküler Tümörler	7	4.43
Adneksiyel Tümörler	3	1.89
Nöral Tümörler	1	0.66
Toplam	158	100

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 Tablo 9'da gösterilmiştir.

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

			Sayı	%
Şalazyon			100	35.97
Kistik Oluşum	Sebase Kist	15	42	15.10
	Epidermal Kist	11		
	Moll Bezi Kisti	6		
	Basit Kist	4		
	Dermoid Kist	3		
	Keratinöz Kist	3		
Skvamöz Papillom			36	12.94
Ksantelazma			34	12.23
Seboreik Keratoz			15	5.39
Nevüs			13	4.67
Verruka Vulgaris			11	3.95
Granülom			8	2.87
Hemanjiom			7	2.51
Keratoakantom			4	1.43
Hidrohistoma			3	1.07
Kutanöz Horn			2	0.71
Aktinik Keratoz			1	0.35
Molluskum Kontagiozum			1	0.35
Dermatofibrom			1	0.35
Toplam			278	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 Tablo 10'da görülmektedir.

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

Bazal Hücreli Karsinom	67 (%90.54)	p* 0.001
Yassı Hücreli Karsinom	6 (% 8.11)	
Malign Melanom	1 (%1.35)	
Toplam	74 (%100)	

*Ki kare analizi.

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, $p=0.862$) (Tablo 11).

Tablo 11. İyi ve kötü huylu tümörlerin cinsiyete göre dağılımı

	Kötü Huylu	Yüzde	İyi Huylu	Yüzde	p*
Kadın	39	%52.70	140	%50.35	0.0862
Erkek	35	%47.30	138	%49.65	
Toplam	74	%100	278	%100	

* Pearson ki kare testi

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 dağılım incelendiğinde; 0-19 yaş döneminde görülmedikleri, 1'inin (% 1.35) 20-39 yaş grubunda, 9'unun (%12.16) 40-59 yaş grubunda, 53'sinin (%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 Tablo 12'de görülmektedir.

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

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

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 ± 12.97 (en genç 36, en yaşlı 92), iyi huylu lezyonlarda bu ortalama 43 ± 18.56 yaşa (en genç 7 yaş, en yaşlı 85 yaş) düşmektedir. Tablo 13'te kötü huylu tümöral kitlelerde yaş gruplarına göre dağılım görülmektedir.

Tablo 13. Kötü huylu tümör tiplerinin yaş gruplarına göre dağılımı

	BHK	YHK	MM	Toplam
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)
Toplam	67 (%100)	6 (%100)	1 (%100)	74 (%100)

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

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 14. Tümör ön tanısında doğruluk (makroskopik/histopatolojik)

	Makroskopik tanı yüzdesi	Histopatolojik tanı yüzdesi
Kötü huylu tümörler	%77.5	%22.5
İyi huylu tümörler	%90	%10

Makroskopik değerlendirmede %100 tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırdetmek için histopatolojik inceleme gerekmektedir. Makroskopik ön tanı ve histopatolojik tanıların birbiriyle karşılaştırma sonuçları ve makroskopik ön tanılarda doğruluk oranları Tablo 15’te gösterilmiştir.

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

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-morfeğin 13 (%19.40), yüzeyelin 9 (%13.44) olduğu görüldü (Tablo 16).

Tablo 16. Bazal hücreli karsinom histopatolojik alt tipleri

Nodüler	45 (%67.16)
Sklerozan-Morfeik	13 (%19.40)
Yüzeyel	9 (%13.44)
Toplam	67 (%100)

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).

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

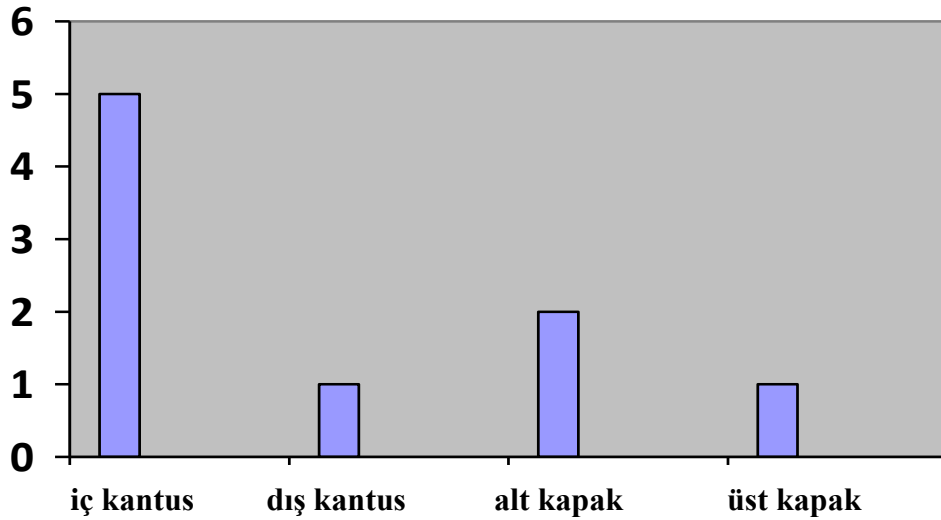
	Nodüler	Sklerozan	Yüzeyel	Toplam
1-5 mm	8 (%11.94)	2 (%2.98)	2 (%2.98)	12 (%17.91)
5-9 mm	17 (%25)	6 (%8.95)	5 (%7.46)	28 (%41.79)
10-14 mm	8 (%11.94)	4 (%5.97)	1 (%1.49)	13 (%19.29)
15-19 mm	9 (%13.43)	1 (%1.49)	1 (%1.49)	11 (%16.4)
20 mm ve üstü	3 (%4.47)	-	-	3 (%4.61)
Toplam	45 (%67.16)	13 (%19.40)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

Bazal hücreli karsinomun tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler değerlendirildiğinde; 43 tümöre (%64.2) eksizyon, 11 tümöre (%16.41) eksizyon+cilt grefti, 11 tümöre (%16.41) eksizyon+cilt flebi, 1 tümöre (%1.49) enükleasyon, 1 tümöre (%1.49) eksizyon+krioterapi yapılmış olduğu görüldü (Tablo 18).

Tablo 18. Bazal hücreli karsinomda uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri

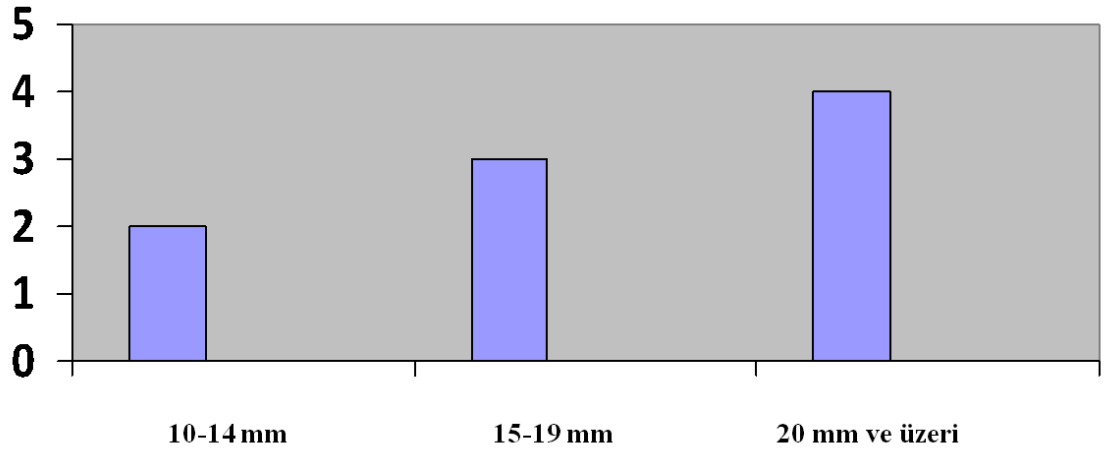
Tedavi	Tümör Sayısı
Eksizyon	43 (%64.2)
Eksizyon+Cilt Flebi	11 (%16.41)
Eksizyon+Cilt Grefti	11 (%16.41)
Eksizyon+Krioterapi	1 (%1.49)
Enükleasyon	1 (%1.49)
Toplam	67 (%100)

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) dış kantus, %11.14 (1 tümör) üst kapak şeklindeydi (Şekil 1).



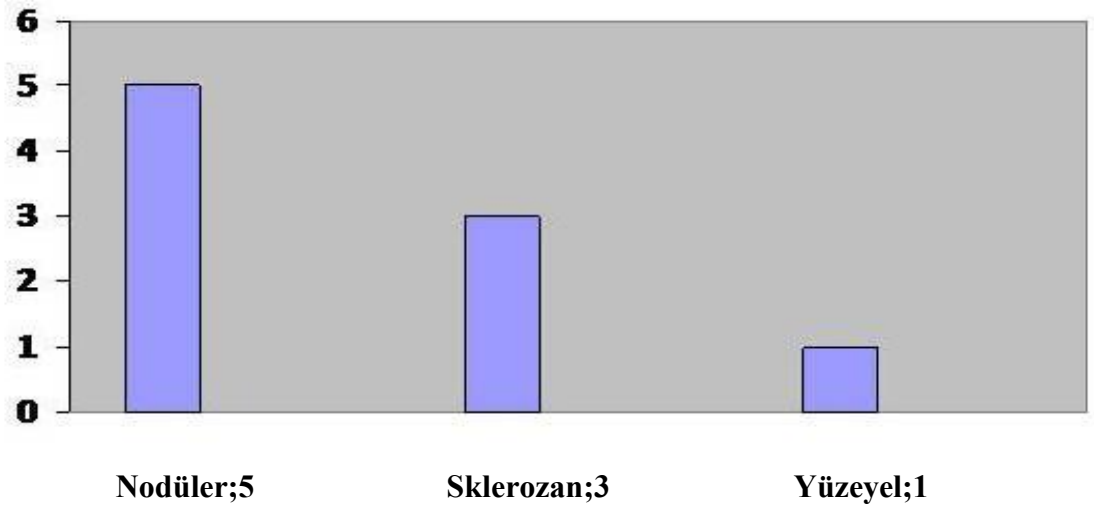
Şekil 1. Nüks bazal hücreli karsinomda lokalizasyona göre dağılım

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 üzerindeydi (Şekil 2).



Şekil 2. Nüks bazal hücreli karsinomda boyutlara göre dağılım

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 (Şekil 3).



Şekil 3. Nüks bazal hücreli karsinomda alt tiplere göre dağılım

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 tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemler değerlendirildiğinde; 3 tümöre (%50) radyoterapi+ekzenterasyon, 1 tümöre (%16.66) radyoterapi+ekzenterasyon+kemoterapi, 1 tümöre (%16.66) eksizyon+krioterapi, 1

tümöre (%16.66) eksizyon yapıldığı tespit edildi (Tablo 19). YHK daha az görülmekle (%8.11) birlikte daha öldürücü bir tümör olup, cerrahi sonrası nüks %50’ydi (geç-ileri evrede başvuru, yetersiz tedavi).

Tablo 19. Yassı hücreli karsinomda uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri

Tedavi	Tümör Sayısı
Eksizyon	1 (%16.66)
Eksizyon+Krioterapi	1 (%16.66)
Radyoterapi+ Ekzenterasyon	3 (%50)
Radyoterapi+ Ekzenterasyon+Kemoterapi	1 (%16.66)
Toplam	6 (%100)

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 ($p=0.0001$) (Tablo 20).

Tablo 20. Tüm olguların takip süresi

	İyi Huylu Tümörler A.Ort.±SS Ortanca (Min-Maks)	Kötü Huylu Tümörler A.Ort.±SS Ortanca (Min-Maks)	p*
Takip Süresi	3.23 ± 2.84 ay 2 (1-11) ay	16.99 ± 3.01 ay 12 (2-24) ay	0.0001

*Mann Whitney U testi.

Tüm olguların verileri Ek 2’de verilmiştir.

TARTIŞMA

Göz kapağında kitle yakınmasıyla başvuran olgularda klinik tablo, yaş ve cinsiyete göre dağılım, tümör tipleri ve lokalizasyonları, görülme sıklığı, uygulanan cerrahi yöntemler, makroskopik ve histopatolojik tanımlar 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. (22) 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. (23) 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 enflamatuar lezyonların tüm göz kapağı kitlelerinin %12'sini, Çömez ve ark. (22) ise %33.12'sini oluşturduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda tüm göz kapağı kitlelerinin 120'si (%34.10) enflamatuar, 232'si (%65.9) non enflamatuar tümörlerden oluşmaktaydı. Kötü huylu göz kapağı lezyonlarının tümü non enflamatuar tümörlerden oluşmaktaydı.

Çalışmamızda iyi huylu non enflamatuar 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. (22) yaptıkları çalışmada 179 iyi huylu non enflamatuar 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. (24) 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. (25) 207 vakalık çalışmalarında iyi huylu lezyonların oranını % 59.9, kötü huylu lezyonların oranını % 41.1 olarak belirtmişlerdir. Chang ve ark. (26) 2003 yılında yayınlanan çalışmalarında, iyi huylu tümörlerin % 83.48, kötü huylu tümörlerin ise % 16.52 oranında görüldüğünü belirtmişlerdir. Yalaz ve ark. (27) iyi huylu kapak tümörleri oranını % 65.2, kötü huylu kapak tümörleri oranını % 34.8 olarak verirken; Özkılıç ve ark. (23) bu oranları % 42 ve % 58, Çömez ve ark. (22) %88.1 ve %11.9, Deprez ve ark. (28) %84 ve %16 olarak bildirmişlerdir.

Görüldüğü gibi iyi ve kötü huylu kapak tümörlerinin oranlarının birçok çalışmada farklılık göstermektedir. Bunun sebebi bazı serilerde makroskobik olarak iyi huylu özellik gösteren bazı tümörlerin histopatolojik incelemelerinin yapılmaması veya iltihabi lezyonların çalışma kapsamına alınmaması olabilir. Örneğin Özkılıç ve ark. (23) 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 (26,29). 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 (30,31). 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 (32).

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. (22) 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 düzeltilmeli ki kare testi, $p=0.002$). Bu süre literatürle uyumludur (22,23).

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), sebase kist 15 (%5.39) ve nevüs 13 (%4.67) şeklindeydi. Çömez ve ark. (22) 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. (27) çalışmalarında %32 oranı ile dermoid kisti, Özkılıç ve ark. (23) ise %45 oranıyla hemanjiomu en sık görülen iyi huylu göz kapağı tümörü olarak saptamışlardır. Chang ve ark. (26) 91 iyi huylu tümörün 38'inin (% 41.75) nevüs, 15'inin (% 16.48) skuamöz papillom, 13'ünün sebase 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 (23,33,34). 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. (22) bu oranları BHK %76.2, YHK %15.4, MM, SBK ve non hodgkin lenfoma %2.56; Soysal ve ark. (33) BHK %79.3, YHK %17.4, SBK %1.9, MM %1.29; Özkılıç ve Peksayar (23) 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. (25) bu oranı 1.37 olarak erkekler lehine buldu (25). Deshpande ve ark. (35) 2003 yılında yayınladıkları çalışmalarında kadın/erkek oranını 0.89/1, Lee ve ark. (36) 1/1, Thakur ve ark. (37) 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 ± 12.97 (en genç 36, en yaşlı 92) iken iyi huylu kitlelerde bu ortalama 43 ± 18.56 yaşa (en genç 7 yaş, en yaşlı 85 yaş) düşmektedir. Çömez ve ark. (22) kötü huylu tümörlerin görüldüğü yaş ortalamasını 65, iyi huylu tümörlerinkini ise 42 olarak bildirmiştir. Abdi ve ark. (25) 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 gözlemlendi. 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 uyumluydu (5,38).

Göz kapağı tümörlerinin % 15-20'si kötü huyludur (22,23). Ancak makroskobik değerlendirme ile kesin tanı konamadığı için kötü huylu lezyonları iyi huylu lezyonlardan ayırt etmek için histopatolojik inceleme önerilmektedir (39). İyi huylu tümörlere %80-95 oranında makroskobik ön tanı konulabilirken, kötü huylu tümörlerde bu oran %70-90 olup, histopatolojik tanı gerekmiştir (40,41,42). 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 (43) 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 (44). Donaldson ve ark.(30) BHK'nın %62.7 oranında makroskobik olarak tanınabildiğini belirtmişlerdir. Margo (43) çalışmasında bu oranı %88, Yazıcı ve ark. (44) %95 olarak saptamıştır. YHK'nın makroskobik bulgularıyla tanınabilme olasılığı ise %35-51 arasında değişmektedir (45,46). 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. (22) nüks oranını %15.79, Soysal ve ark. (33) %10.56, Peksayar (38)

%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 üzerindeydi. 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 bölgenin kompleks anatomik yapısının, tümörün büyüklüğünün, patolojik alt tipinin nükste etkin olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (5,38).

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 uyumluydu (47).

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. (48), Özkılıç ve ark. (23), Peksayar (38), Donaldson ve ark. (30) YHK'nın en sık alt kapakta; Kwitko ve ark. (49), Çömez ve ark. (22) ise en sık üst kapakta görüldüğünü belirtmişlerdir. Daha az görülmekle (%8.11) birlikte daha öldürücü bir tümör olan YHK'da cerrahi sonrası nüks %50'yd. Soysal ve Albayrak (33) serilerinde nüks oranını %37 olarak saptamışlardır.

Tek MM (%1.35) olgusu sağ üst kapakta yerleşti. Tesluk ve ark. (39) serilerinde MM oranını %5.4, Soysal ve ark. (33) %1.29, Wang ve ark. (42) 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.

SONUÇLAR

Göz kapağında kitle yakınmasıyla başvuran toplam 311 olgunun 352 lezyonun değerlendirildiği çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

1. Tüm göz kapağı kitlelerinin (352), %34.10'unun enflamatuvar, %65.90'ının non enflamatuvar; bunların da %78.98'inin iyi huylu, %21.02'sinin kötü huylu olduğu,
2. Non enflamatuvar 232 kitleden %68.11'inin iyi huylu, %31.89'unun kötü huylu olduğu,
3. En sık görülen iyi huylu göz kapağı kitlesinin şalazyon (%35.97) olduğu,
4. Kötü huylu tümörler içinde bazal hücreli karsinomun (%90.54), en sık görülen kötü huylu göz kapağı kitlesi olduğu,
5. Bazal hücreli karsinomun klinik seyrinin yavaş, metastaz oranının düşük, cerrahi tedavi sonrası nüksün %13.43, yassı hücreli karsinomun ise daha az görülmekle (%8.11) birlikte daha agresif seyrettiği, cerrahi tedavi sonrası nüks oranının (bunda geç başvurunun ve derine invazyonun rolü olduğu) %50 olduğu,
6. Bazal hücreli karsinomda nodüler tipin en sık görülen (%67.16) histopatolojik alt tip olduğu,
7. İyi huylu lezyonlu olgularda yaş ortalaması 43 ± 18 iken, kötü huylulardaki yaş ortalamasının 68 ± 12 olduğu,
8. Hastaların en sık başvuru şikayetinin göz kapağında non-kozmetik görünüm yapan şişlik ve ağrı olduğu; uzun süredir devam eden ve büyüyen yara olarak tarifledikleri ülserli sınırları düzensiz lezyonların malign tümörler için önemli bir bulgu olduğu,
9. Deneyimli bir hekimin, klinik tablo ve makroskobik görünümle iyi/kötü huylu tümör ayırımını yapabildiği, iyi huylu tümörlere %90 oranında makroskobik doğru tanı

- konabilirken, kötü huylu tümörlerde bu oran deneyimli kişilerde bile %60-80 düzeyinde olduğu (iyi huylu kabul ediliyor), histopatolojik tetkikin gerekli olduğu,
10. Oldukça agresif kötü huylu bir tümör olan; BHK, keratoakantom, seboreik keratoz ile çok karışan YHK'da %50 gibi düşük bir oranda doğru makroskobik tanı konabildiği,
 11. Kitlelerin sağ veya sol tarafta oluşu bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı,
 12. İyi huylu tümörlerde lokalizasyonla ilgili bir özellik görülmezken, kötü huylu tümörlerin %54.05 alt kapak, %22.97 iç kantus, %13.53 üst kapak, %9.45 dış kantus şeklinde yerleşim gösterdiği,
 13. Tedavide erken tanı ve erken cerrahi eksizyonun, güvenilir yöntem olduğu; gecikmenin ve yetersiz eksizyonun tümörün yayılımına, aşırı eksizyona, çoklu multidisipliner cerrahiye gerek göstererek tedavi maliyetini arttırdığı, kozmetik ve fonksiyonel onarımı güçleştirdiği görüldü.

ÖZET

Göz kapağında kitle yakınmasıyla başvuran olgularda; demografik bulgular, lezyonların klinik bulguları, tipleri ve lokalizasyonları, yakınmanın başlangıcından başvuruya kadar geçen süreçteki değişimler, görülme sıklıkları, makroskopik ve histopatolojik tanılar arasındaki uyum gibi prognoza etkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla; 1995-2011 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na başvurarak, Orbita Birimi'nde tetkik edilen ve cerrahi tedavi uygulanan olgulardan düzenli olarak kontrole gelen toplam 311 olgunun 352 lezyonu çalışma kapsamında değerlendirildi.

Olguların 150'si (%48.24) erkek, 161'i (%51.76) kadındı. Olgularda yakınmanın başladığındaki ortalama yaş 48.6 ± 10.6 yıldır. Yakınmanın başlangıcı ile başvuru arasında geçen süre kadınlarda 8 ± 3.2 ay, erkeklerde 10 ± 3.9 aydır.

Tüm göz kapağı kitlelerinin 120'si (%34.10) enflamatuvar, 232'si (%65.9) non enflamatuvar karakterdeydi. Tüm kitlelerin %78.97'si iyi huylu, % 21.03'ü kötü huylu lezyonlardı. Kaynak aldıkları dokulara göre değerlendirildiklerinde epitelyal tümörler ilk sırada yer aldı. Şalazyon (% 28.40) en sık görülen göz kapağı kitlesi, bazal hücreli karsinom (%90.54) en sık görülen kötü huylu tümördü. Tümörlerin cinsiyetle ilişkisinde kadınlarda daha fazlaymiş gibi görülmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Kötü huylu kapak lezyonları grubunda görüldüğü yaş ortalaması 68 ± 12.97 iken, iyi huylu lezyonlar grubunda ise bu ortalama 43 ± 18.56 'ydı.

İyi huylu kapak tümörlerin % 90'ında makroskopik olarak histopatolojik sonuç ile uyumlu tanı konabildiği, kötü huylu kapak tümörlerinin % 77.5'ine histopatolojik tanı ile uyumlu makroskopik ön tanı konulabildiği görüldü.

Göz kapaklarında şüphe uyandıran her türlü lezyonun erken dönemde eksize edilerek veya eksizyonel biyopsi alınarak histopatolojik tanı konmasının; hem görme sistemi hem de hastanın yüz görünümünün değişmeden korunması bakımından önemi vurgulandı.

Anahtar kelimeler: Göz kapağı kitleleri, epidemiyoloji, makroskopik ön tanı, histopatolojik tanı

EYELID MASSES SPECIFICATIONS AND PROGNOSTIC FACTORS

SUMMARY

In order to evaluate the results obtained about the distribution of the population by demographic and clinical findings, the duration from the beginning of the complaints to the application to the health services and the change in the time between the beginning of the complaints and the application, types and localizations, the incidence, compliance rates between the macroscopic and histopathological diagnosis among the patients who applied for eyelid masses to the Orbita Unit of the Department of Ophthalmology in the Trakya University Faculty of Medicine and who were examined and underwent surgical treatment in that department, a total of 311 cases, who regularly came to the control, with 352 lesions were investigated under this study.

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. The time between the onset of complaints and the appliance was 8 ± 3.2 months for women and 10 ± 3.9 months for men.

One hundred and twenty (34.10%) of the eyelid masses were characteristically inflammatory and 232 (65.90%) of them were non inflammatory. 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 terms of the relationship between tumors and gender, although it appeared that tumors were more frequent in women than men, no

statistically significant difference considering gender was found. The mean age in the group of malignant eyelid lesions was 68 ± 12.97 and the mean in the group of benign lesions was decreased to 43 ± 18.56 .

In the 90 percent of the benign eyelid tumors, the macroscopic diagnosis was compatible with the histopathological diagnosis. However, in the 77.5 percent of the malignant eyelid tumors, the macroscopic pre-diagnosis was compatible with the histopathological diagnosis.

As a conclusion, the diagnosis through histopathological examination and excising all kinds of suspicious lesions in the eyelids may be life-saving by fixing the cosmetic appearance of the patient without distorting the anatomical integrity of the patient.

Key words: Eyelid masses, epidemiology, macroscopic pre-diagnosis, histopathological diagnosis

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 Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniği Yıllığı 1982;34:79-83.
4. Yanoff M, Duker S (Çeviri: T. Bavbek). Oftalmoloji. İstanbul: Hayat Tıp Kitapevi; 2007:698-720.
5. Uysal Y. Göz kapağının benign-malign tümörleri. Türk Oftalmoloji Derneği Derneği Eğitim Yayınları 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. Kanski JJ (Çeviri: KM. Orağlı). 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. Svanson NA. Mohs's surgery. Technique, indications, applications and the future. Arch Dermatol 1983;119:761-73.
13. Schlienger P, Brunin F, Desjardins L, Laurent M, Haye C, Vilcoq JR. External radiotherapy for carcinoma of the eyelid. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1996;34(2):507.
14. Lederman M. Radiation treatment of cancer of the eyelids. Br J Ophthalmol 1976;60:794-805.
15. Sullivan JH. Cryosurgery in ophthalmic practice. Ophthal Surg 1979;37:10-8.
16. Kuflik EG. Cryosurgery for carcinoma of the eyelids. J Dermatol Surg Oncol 1985;11:243-6.
17. Yararcan M, Bilgiç S. Göz kapağının bazal hücreli karsinomalarında kriyoterapi uygulaması ve sonuçları. T Oft Gaz 1982;12:150-60.
18. Günalp L. Kapak karsinomalarında soğuk tedavinin etkinliği. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniği Yıllığı 1981;33:59-80.
19. Griffin JD, Garnick MB. Eye toxicity of chemotherapy. Cancer 1981;48:1539-49.
20. Morley M, Finger PT, Perlin M, Weiselberg LR, DeBlasip DS. Cis-platinum chemotherapy for ocular basal cell carcinoma. Br J Ophthalmol 1991;75:407-10.
21. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction. Plast Reconstr Surg 1993;96:1017-24.
22. Çömez AT, Akçay L, Özgür Ö, Karadağ O, Doğan ÖK. Göz kapağı kitlelerinin histopatolojik ve epidemiyolojik değerlendirilmesi. T Oft Gaz 2007;37:84-92.
23. Özkılıç E, Peksayar G. Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi. T Oft Gaz 2003;33(4/1):631-40.
24. Uzun A, Gündüz K, Erden E, Heper AO. İyi huylu göz kapağı tümörlerinde klinik ve histopatolojik tanı. TJO 2012;42(1):43-6.
25. Abdi U, Tyagi N, Maneshwari V, Gogi R, Tyagi SP. Tumours of the eyelid. J Indian Med Assoc 1996;94:405-9.
26. Chang SM, Lai YH, Huang J, Su MY, Wang HZ. Eyelid tumors in southern Taiwan. Kaohsiung J Med Sci 2003;19(11):549-54.
27. Yalaz M, Varınlı S, Varınlı İ. Oftalmik tümör ve tümör benzeri lezyonların klinikopatolojik değerlendirilmesi. T Oft Gaz 1990;20:462-6.
28. 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.

29. REJ TS, Helwig EB. Histological typing of skin tumours. Geneva: World Health Organization 1974;48-9.
30. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ, Williamson RM. Squamous cell carcinoma of the eyelids. Br J Ophthalmol 2002;86:1161-5.
31. 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.
32. Zengin N, Karakurt A. Göz kapağının malign tümörleri. T Klin Oftalmoloji 1993;2:307-11.
33. Soysal HG, Albayrak A. Göz kapaklarının primer malign tümörleri. T Oft Gaz 2001;31:370-7.
34. 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.
35. Deshpande AH, Munshi MM. Fine needle capillary sampling of eyelid masses. A study of 70 cases. Acta Cytol 2003; (3):349-58.
36. Lee SB, Seang MS, Kah GA, Tat KC, Hin PL. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. Br J Ophthalmol 1999;83:595-7.
37. Thakur SD, Shatrughan PS, Mamta L, Badri PB. Primary malignant tumours of eye and adnexa in Eastern Nepal. Clin Experimental Ophthalmol 2003;31(5):415-7.
38. Peksayar G. Kapak epitelyomaları kliniği. Türk Oftalmoloji Derneği XXX. Ulusal Kongresi Bülteni, ed; Kural G, Duman S. Antalya, 1996; 57-61.
39. Tesluk GC. Eyelid lesions: Incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol 1985;17:704.
40. Deokule S, Child V, Tarin S, Sandramouli S. Diagnostic accuracy of benign eyelid skin lesions in the minor operation theatre. Orbit 2003;22(4):235-8.
41. Kersten RC, Ewing CD, Kulwin DP. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. Ophthalmology 1997;104:479-84.
42. Wang JK, Liao SL, Jou JR, Lai PC, Kao SC. Malignant eyelid tumours in Taiwan. Eye 2003;17:216-20.
43. Margo CE. Eyelid tumors: Accuracy of clinical diagnosis. Am J Ophthalmol 1999; 128:635-6.
44. Yazıcı B, Atasoy A, Horoz R. Gözkapağı malign tümörlerinde klinik tanının doğruluğu. MN Oftalmoloji 2007;14:56-9.

45. 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.
46. Lober BA, Lober CW. Actinic keratosis is squamous cell carcinoma. *South Med J* 2000;93:650-5.
47. Soysal HG, Soysal E, Markoç F, Ardiç F. Basal cell carcinoma of the eyelids and periorbital region in a Turkish population. *The American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 2008;24(3):201-6.
48. 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.
49. Kwitko M, Boniuk M, Zimmerman LE. Tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1963;69:693-7.

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2012/127				
	PROTOKOL ADI	Göz Kapağı Tümörlerinin Farklı Yönleriyle Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Sait ERDA				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Ulusal	☐ Çok Merkez ☐ Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/ 05 Tarih: 16.05.2012					
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sait ERDA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Çağlar ÖRÜM'ün tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugul KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Recep YAGIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Avukat Gülden ATILLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Turan EGE
Dekan

Ek 2