T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ KLİNİĞİ

Eğitim Sorumlusu: Prof. Dr. Sebat KARAMÜRSEL

PERİOKÜLER BÖLGE TÜMÖRLERİNDE REKONSTRÜKSİYON YÖNTEMLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr. Serkan AVUNÇ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK CERRAHİ KLİNİĞİ

Eğitim Sorumlusu: Prof. Dr. Sebat KARAMÜRSEL

PERİOKÜLER BÖLGE TÜMÖRLERİNDE REKONSTRÜKSİYON YÖNTEMLERİNİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Dr. Serkan AVUNÇ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hülda Rıfat ÖZAKPINAR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Eğitim sürecim boyunca karşılaştığım engelleri kaldırmaya çalışarak hep arkamda duran, bilgi ve desteğini her daim paylaşan, özverisini ve özellikle sabrını benden esirgemeyen, bu süreci bitirmem için en az benim kadar istekli klinik şefimiz Prof. Dr. Sebat KARAMÜRSEL hocama;

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında kıymetli birikim ve deneyimlerini benimle paylaşan, ilgisini ve önerilerini göstermekten kaçınmayan, plastik cerrahi eğitimim boyunca iyi bir hekim olmam için çabalayan, en zor anlarımda bir hocadan çok bir abi şefkatiyle süreci tamamlamamda çok büyük katkılarını gördüğüm değerli danışman hocam sayın Doç. Dr. Hülda Rıfat ÖZAKPINAR'a;

Değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, zorlu eğitim sürecim boyunca özveri ve sabırla desteklerini esirgemeyen abim ve hocam Op. Dr. Ergin SEVEN'e;

Asistanlık sürecimin özellikle son dönemlerinde beraber çalışmaktan keyif aldığım başta Dr. Özcan BOZTEPE ve diğer arkadaşlarıma;

Hayatımın her anında özellikle de asistanlığımın zor günlerinde yanımda duran, desteğini benden esirgemeyen, varlığıyla gurur duyduğum sevgili eşim Uzm. Dr. Nilüfer AVUNÇ ve asistanlık boyunca çoğu zaman bir baba şefkatinden mahrum bıraktığım biricik oğlum Çağan AVUNÇ'a;

Sevgilerini ve dualarını hiç eksik etmeden her zaman yanımda olan annem Refika AVUNÇ ve babam Mahmut AVUNÇ'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Serkan AVUNÇ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……... **i**

İÇİNDEKİLER……... **ii**

KISALTMALAR DİZİNİ……**iv**

TABLOLAR DİZİNİ…… **v**

ŞEKİLLER DİZİNİ……... **vi**

GRAFİKLER DİZİNİ……... **vii**

RESİMLER DİZİNİ…….. **viii**

ÖZET…… **ix**

ABSTRACT…… **xi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ…….. **1**

2. GENEL BİLGİLER…….. **2**

2.1. ORBİTA EMBRİYOLOJİSİ…….. 2

2.2. ORBİTAL VE PERİOKÜLER ANATOMİ……... 2

2.2.1. A. Kemik Yapı……... 2

2.2.1. B. Nöral Yapı…… 4

2.2.1. C. Orbita Damar Yapısı…… 7

2.2.2. Göz Kapakları…… 8

2.2.2. A. Kas Tabakası…… 11

2.2.3. Orbital Septum……... 13

2.2.4. Yağ Yastıkları…… 13

2.2.5. Tarsus…… 15

2.3. PERİOKÜLER BÖLGE TÜMÖRAL LEZYONLARI…….. 15

2.3.1. A. Premalign Tümörler…….. 15

2.3.1. B. Malign Tümörler……... 16

2.3.1. C. Bazal Hücreli Karsinom…… 17

2.3.1. D. Yassı Hücreli Karsinom (YHK) ……...22

2.3.1. E. Sebase Bez Adenokarsinomu (SBK).……23

2.3.1. F. Malign Melanom (MM)…….25

2.3.1. G. Lenfositik Tümörler…….…….. 27

2.3.1. H. Kaposi Sarkomu……27

2.3.1. I. Merkel Hücreli Karsinom (MHK)……..28

2.3.1. J. Metastatik Tümörler……...28

2.3.2. Perioküler Tümörlerde Tanı ve Tedavi……..29

2.4. GÖZ KAPAĞI VE PERİOKÜLER BÖLGE REKONSTRÜKSİYONU.. 34

2.4.1. Üst Kapak Rekonstrüksiyonu…… 34

2.4.2. İç Kantal Defektler…….…38

2.4.3. Dış Kantal Defeklerde Onarım…….. 40

2.4.4. Alt Kapak Rekonstrüksiyonu……40

3. MATERYAL VE METOD……... 43

4. BULGULAR……...64

5. TARTIŞMA……78

6. SONUÇLAR……...85

KAYNAKLAR……... 87

ÖZGEÇMİŞ……..... 94

KISALTMALAR DİZİNİ

AC : Aktinik Keratoz

ASA : Anterior Siliyer Arterler

BCC : Bazal Hücreli Karsinom

BHK : Bazal Hücreli Karsinom

CEA : Karsinoembriyojenik Antijen

HPV : Human Papilloma Virüs

KPSA : Kısa Posterior Siliyer Arter

MALT : Mucosa Associated Lymphoid Tissue

MHK : Merkel Hücreli Karsinom

MM : Malign Melanom

NBCC : Nevoid Bazal Cell Carcinoma

SCC : Yassı Hücreli Karsinom

UPSA : Uzun Posterior Siliyer Arter

UV : Ultraviyole

XP : Xeroderma Pigmentosum

YHK : Yassı Hücreli Karsinom

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Trigeminal sinirin dalları…….. 5

Tablo 2. Hastaların histopatolojik tanılarına göre oranları……. 65

Tablo 3. Tümörlerin lokalizasyona göre oranları……66

Tablo 4. Hastaların tümör eksizyon çapına göre dağılımı…….. 67

Tablo 5. Hastaların kullanılan cerrahi yöntemlere göre oranları…… 68

Tablo 6. Hastaların sigara kullanımı ve patoloji sonucu arasındaki ilişki…….. 69

Tablo 7. Hastaların sigara kullanımı ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki……70

Tablo 8. Hastalara yapılan operasyon ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki……..71

Tablo 9. Tümörlerin yerleşim yeri ile çeşiti arasındaki ilişki……. 72

Tablo 10. Hastalara yapılan operasyon ile eksizyon çapı arasındaki ilişki…….73

Tablo 11. Hastaların postop memnuniyet durumuna göre oranı…….74

Tablo 12. Hastalara yapılan operasyon ile estetik memnuniyet arasındaki ilişki... 75

Tablo 13. Estetik memnuniyet ile yapılan operasyon arasındaki ilişki……...76

Tablo 14. Estetik memnuniyet ve cinsiyet arasındaki ilişki……76

Tablo 15. Sigara kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki……77

Tablo 16. Hastaların komplikasyonlara göre oranı……77

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Orbitayı oluşturan kemik yapı……3

Şekil 2. Orbita ve göz kapağının innervasyonu…….. 6

Şekil 3. Orbitanın arter yapısı……..7

Şekil 4. Normal palpebral fissür……..9

Şekil 5. Superior palpebral sulkus……... 10

Şekil 6. Üst göz kapağı ikili yağ yastığı…….. 14

Şekil 7. Alt göz kapağı üçlü yağ yastığı…….. 14

Şekil 8. Bazal hücreli karsinom……... 18

Şekil 9. Alt kapak defektlerinde Tenzel flebi…….. 36

Şekil 10. Üst kapak defektlerinde Tenzel flebi……... 36

Şekil 11. İç kantal bölgede bazal hücreli karsinom izlenen olgunun ameliyat öncesi görünümü……... 39

Şekil 12. Hastanın serbest greft uygulamasından sonra görünümü…… 39

Şekil 13. Alt kapak dış kenarda bazal hücreli karsinom bulunan olgu……... 41

Şekil 14. Üstteki olgunun tenzel semisirküler flebi uygulandıktan sonraki görünümü…… 42

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hastaların cinsiyete göre dağılımı……...64

Grafik 2. Hastaların sigara kullanımına göre dağılımı……... 65

Grafik 3. Hastaların histopatolojik tanılarına göre dağılımı……...66

Grafik 4. Tümör lokalizasyonuna göre dağılım……..67

Grafik 5. Hastaların kullanılan cerrahi yöntemlere göre dağılımı……..68

Grafik 6. Hastaların postoperatif patoloji sonucuna göre dağılımı…… 69

RESİMLER DİZİNİ

Resim 1: Hasta 1-İnfraorbital ve nazal bcc……44

Resim 2: Hasta 2-Supraorbital scc in situ……... 45

Resim 3: Hasta 3-İnfraorbital ve medial kantal bcc……46

Resim 4: Hasta 4-İnfraorbital melanoma in situ…… 47

Resim 5: Hasta 5- Medial kantal bcc…….. 48

Resim 6: Hasta 6- Medial kantal ve nazal bcc……... 49

Resim 7: Hasta 7- İnfraorbital bcc…… 50

Resim 8: Hasta 8- İnfraorbital bcc…… 51

Resim 9: Hasta 9- İnfraorbital bcc…… 52

Resim 10: Hasta 10- Supraorbital bcc…….53

Resim 11: Hasta 11- İnfraorbital bcc…….. 54

Resim 12: Hasta 12- İnfraorbital bcc…… 55

Resim 13: Hasta 13- Üst göz kapağında bcc……...56

Resim 14: Hasta 14- İnfraorbital bcc…… 57

Resim 15: Hasta 15- İnfraorbital bcc…… 58

Resim 16: Hasta 16- Nazojugal bcc……... 59

Resim 17: Hasta 17- İnfraorbital bcc…… 60

Resim 18: Hasta 18- İnfraorbital scc…… 61

Resim 19: Hasta 19- Medial kantal bcc…… 62

Resim 20: Hasta 20- Medial kantal scc…… 63

ÖZET

Deri tümörlerinin sıklığı bozulan çevresel faktörlerin de etkisi ile son yıllarda gitgide artmaktadır. Deri tümörleri sıklıkla baş ve boyun bölgesinde, perioküler bölge tümörleri ise sıklıkla göz kapaklarında yerleşim göstermektedir. Yaşla beraber premalign tümörlerin görülme olasılığı artar. Geriatrik hastalarda aktinik keratoz en sık görülen perioküler premalign tümördür.

Perioküler bölge malign tümörlerinin büyük kısmını bazal hücreli karsinom oluşturmaktadır. Diğer malign tümörler, sıklık sırasına göre yassı epitel hücreli karsinom, malign melanom ve deri eki tümörleridir. Kesin tanı biopsi veya eksizyon ile alınan dokuların histolojik incelenmesi ile konulmalıdır. Malign tümörlerin primer tedavisi cerrahidir. Tedavi şeklinin seçimi büyüklük, yerleşim, vital yapıların invazyonu, histopatoloji, yaş, genel durum, kozmetik kaygılar ve hasta tercihi gibi faktörlere göre değişiklik gösterir. En önemli tedavi seçeneği cerrahi eksizyon ve sonrasında oluşan defektin onarılmasıdır.

Çalışmamızda Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2010 – Aralık 2019 tarihleri arasında premalign ve malign sebeplerle perioküler rekonstrüksiyon yapılan 107 hasta incelenmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, sigara içme öyküsü detaylı olarak sorgulanmıştır. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenede lezyonları yeri, çapı tespit edilerek kayıt altına alınmıştır. Çalışmamız retrospektif bir çalışmadır.

Çalışmamıza katılan hastaların 56'sı (%52,34) erkektir. Yaşları 39 ile 97 arasında (ortalama 67,34±11,9) değişmektedir. Tümör eksizyon çapı aralığı 0,5-4 cm arasında olup ortalama 2,2 cm (±1,04) dir. Çalışmamıza katılan hastaların %42,06'sı sigara kullanmaktadır. Hastaların histopatolojik tanılarına bakıldığında; en sık (%69,2) BCC saptanmıştır. Tümörlerin yerleşim yerine göre dağılımında ilk sırada inferior orbital bölge (%28) yer almaktadır. Tümör eksizyon çapı 60 vakada %56,1 1-2 cm arasındadır. Vakaların %29'una primer süturasyon yapılmıştır. Diğerleri sıklık sırasına göre greft (%31,8), v-y flep, glabella flebi gibi ilerletme flepleri (%16,8), romboid, bilobe gibi transpozisyon flepleri (%12,1), alın gibi rotasyon

flepleri (%7,5) şeklindedir. Hastalar postoperatif patoloji sonuçlarına göre değerlendirildiğinde %90,65'inde cerrahi sınırların temiz olduğu saptanmıştır. Sigara kullanan hastaların %39,2'sinde, sigara kullanmayan hastaların %60,8'inde cerrahi sınır temiz olarak saptanmıştır. Çalışmamıza katılan hastalar rekonstrüksiyon sonrası memnuniyet durumuna göre değerlendirdiğinde %46,7'si 5, %36,4'ü 4, %15'i 3, %1,9'u 2 puan vermiştir. Hastalar postoperatif komplikasyonlar açısından incelendiğinde %7,5'inde ilk yıl içinde en az 3 defa ilaç tedavisi gerektiren göz enfeksiyonu gelişmiştir. Yüzde 6,5'inde bulanık görme/görmede azalma, %0,9'unda çift görme, %10,3'ünde gözyaşının dışa fazla aktığı, %3,7'inde ise ektropion saptanmıştır.

Çalışmamızda erkeklerin sigara kullanımının %68,9 oranında kadınlardan daha fazla saptanmıştır ($p=0,003 <\alpha=0,05$). BCC tanılı hastalarda sigara kullanımı SCC ve diğer tümörlere göre daha fazladır ($p=0,00 <\alpha=0,05$). Primer süturasyon (PS) yapılan hastalar %40 oranında çok iyi estetik memnuniyet belirtmişlerdir ($p=0,031 <\alpha=0,05$).

Rekonstrüksiyonda amaç işlevsel ve görsel bütünlüğü sağlamaktır. Defektin boyu, yerleşimi, biçimi, ilişkili olduğu anatomik yapılar ve bunların işlevleri yöntemin seçilmesinde başlıca belirleyici etkenlerdir.

Anahtar Sözcükler: periokuler bölge, malign tümör, rekonstrüksiyon

ABSTRACT

The incidence of skin tumors has been increasing in recent years with the effect of deteriorating environmental factors. Skin tumors are frequently located in the head and neck region, and periocular region tumors are frequently located in the eyelids. With age, the likelihood of premalignant tumors increases. Actinic keratosis is the most common periocular premalignant tumor in geriatric patients.

Basal cell carcinoma is the major part of the periocular region malignant tumors. Other malignant tumors are flat epithelial cell carcinoma, malignant melanoma and skin attachment tumors in order of frequency. The exact diagnosis should be made by histological examination of tissues taken by biopsy or excision. The primary treatment of malignant tumors is surgery. The choice of treatment varies according to factors such as size, location, invasion of vital structures, histopathology, age, general condition, cosmetic concerns, and patient preference. The most important treatment option is surgical excision and repair of the defect that occurs afterwards.

In our study, 107 patients who underwent periocular reconstruction for external and malignant reasons in Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital between January 2010 and December 2019 were examined. Patients' age, gender, occupation, and smoking history were questioned in detail. In the physical examination performed during the application, the location and diameter of the lesions were determined and recorded. Our study is a retrospective study.

Fifty six (52.34%) of the patients who participated in our study are male. Their ages ranged between 39 and 97 (average 67.34±11.9). Tumor excision diameter range is 0.5-4 cm and average 2.2 cm (±1.04). 42.06% of the patients participating in our study smoke. Considering the histopathological diagnosis of the patients; BCC was the most common (69.2%). Inferior orbital region (28%) ranks first in the distribution of tumors by location. Tumor excision diameter is 56.1% in 60 cases) 1-2 cm. Primary sutures were performed in 29% of the cases. Others, according to the order of frequency, graft (31.8%), advancement flaps such as vy

flap, glabella flap (16.8%), transposition flaps such as rhomboid, bilobe (12.1%), rotation flaps such as forehead (7.5%) It shaped. When the patients were evaluated according to the postoperative pathology results, 90.65% were found to have clear surgical margins. The surgical margin was found to be clean in 39.2% of smoking patients and in 60.8% of non-smoking patients. When the patients who participated in our study evaluated according to their satisfaction after reconstruction, 46.7% gave 5, 36.4% 4, 15% 3, 1.9% 2 points. When the patients were examined in terms of postoperative complications, 7.5% developed an eye infection requiring at least 3 treatments in the first year. Blurred vision / vision decreased in 6.5%, double vision in 0.9%, tear flowing out in 10.3%, and ectropion in 3.7%.

In our study, 68.9% of male smoking was detected more than women ($p=0.003 <\alpha=0.05$). Smoking is higher in patients with BCC than in SCC and other tumors ($p=0.00 <\alpha=0.05$). Patients who underwent primary suturation (PS) reported very good aesthetic satisfaction at 40% ($p=0.031 <\alpha=0.05$).

The purpose of the reconstruction is to provide functional and visual integrity. The length of the defect, its location, shape, and the anatomical structures it is related to, and their functions are the main determinants of the method.

Keywords: periocular region, malignant tumor, reconstruction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda perioküler bölge premalign ve malign tümörlerinin prevalansının tüm dünyada arttığı anlaşılmaktadır. Melanom dışı deri kanserleri, beyaz ırkta en sık tanı alan kanser tipi olup, insidansı meme, prostat ve kolon kanseri olgularının yıllık insidanslarının toplamından fazladır. Avrupa ve Amerika'da her beş kişiden birinin yaşamı boyunca deri kanseri tanısı alacağı tahmin edilmektedir. Bu durum büyük sağlık harcamalarına denk gelen önemli bir toplum sağlığı göstergesidir. Deri kanseri tedavisi Amerika Birleşik Devletleri'ndeki plastik cerrahların gerçekleştirdiği tüm işlemlerin %75'inden fazlasını kapsamaktadır. Tanı alan deri kanseri olgularının büyük çoğunluğu bazal hücreli karsinom (BCC) ve skuamöz hücreli karsinomdur (SCC). BCC, tüm dünyada en sık görülen deri malignitesi olup, bütün deri kanserlerinin yaklaşık %80'ini oluştur. Melanom ise cilt kanserleri arasında en az görüleni (%2'den azı) olmasına rağmen en tehlikeli olanıdır. Diğer organlara yayılım göstererek tüm cilt kanseri ölümlerinin çoğunluğunu oluşturur. Melanom yüz bölgesinde özellikle perioküler ve perinazal bölgede görülür. Gerek aldığı tanı gerekse yapılan cerrahi işlemler ve ülke bütçelerine olan mali külfetleri nedeniyle melanom ve melanom dışı deri kanserlerinin erken teşhisi endemik ve epidemiyolojik özelliklerinin araştırılması birçok kansere göre halk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Deri kanserinde toplumdaki bilgi ve farkındalık eksikliği, erken tanının çoğunlukla kaybedilmesine neden olabilmektedir. Geç tanıyla bazen erken evredeyken tedavisi çok kolay olan kanserler, ileri evrelerde kötü prognoz ve komplike morbidite ve mortalitelere yol açmaktadır.

Çalışmada elde edilen bilgiler ışığında, bundan sonra tarafımıza başvuracak premalign ve malign tanılı perioküler bölge lezyonları olan hastalara en iyi rekonstruktif tedavi seçenekleriyle faydalı olunması esas alınacaktır.

Çalışmamız retrospektif bir çalışma olup perioküler bölge premalign ve malign tümörlerinde eksizyon sonrası rekonstrüksiyon yöntemlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ORBİTA EMBRİYOLOJİSİ

Orbitalar kraniumun altında, başın her iki midsagittal hattında yerleşmiş kemik kavitelerdir. Orbita duvarları oluşmaya başlar ve 3. ayda optik vezikülü çevreleyen mezoderm dokusundan köken alır. Dördüncü ayda ise orbita taslağı, optik vezikülün çevrelenmesini tamamlar. Altıncı ay ile 7. ay arasında kemikleşme merkezleri oluşur. Orbitanın çapı 3. ayda 3 mm, 5. ayda 6-10 mm, 7. ayda 12 mm, 9. ayda 15 mm ve doğumda ise 17 mm'dir (1).

2.2. ORBİTAL VE PERİOKÜLER ANATOMİ

Perioküler bölgenin anatomisini oluşturan ana yapılar şunlardır:

- Kemik yapı
- Nöral yapı
- Damar yapısı
- Deri ve deri altı dokusu
- Kas sistemi
- Orbital septum
- Yağ yastıkları

2.2.1. A. Kemik Yapı

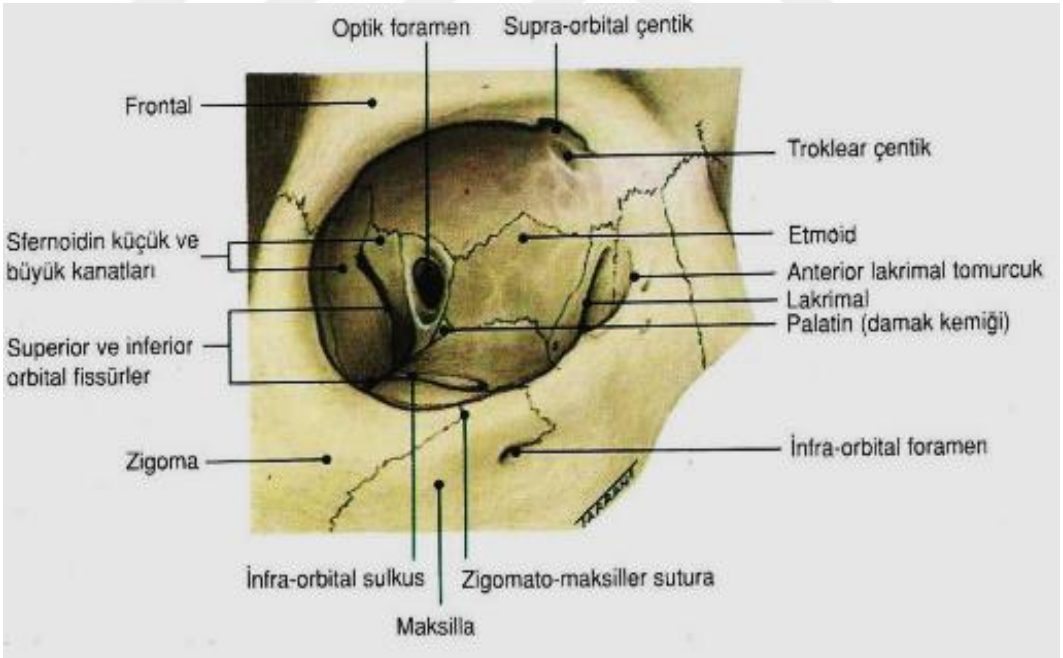
Orbitanın ana görevi göz küresini korumak ve destek vermektir. Orbita tabanı dışa açık piramit şeklinde bir boşluktur. Ön yüzey dikdörtgen şeklinde olup arkaya doğru yuvarlaklaşır. Ön-arka derinliği 45 mm'dir. Ön açıklığı yatay çapı 40 mm, dikey çapı da 35 mm'dir (1).

Orbitanın üst tarafı, frontal kemik ve sfenoidin küçük kanadı tarafından oluşturulur. Orta çizgiden yaklaşık 2.5 cm uzakta, palpasyon yoluyla kemik kenarındaki küçük bir çentik hissedilebilir, bu yapıya supraorbital çentik (vakaların %25'inde supraorbital foramen) denir. Supraorbital arter ve sinir bu çentiğin içinden

geçer. Kaşın hemen altında ve frontal sinüsün üzerinde bulunan süper siliyer kemer bulunur. Bu erkeklerde daha belirgin olup sıklıkla kadınlarda yoktur. İlerleyen dönemlerde kaşların yan kısımlarında sarkmaya neden olur (2).

Medial kısımda, maksiller kemiğin fontal kısmı, lakrimal, sfenoid kemikler ve etmoid kemik vardır. Bu alanın inferomedial sınırında maksiller ve lakrimal kemikler-den oluşan ve nazolakrimal keseyi barındıran lakrimal fossa bulunur. Ön ucunda yaklaşık 16 mm uzunluğunda, 4-9 mm genişliğinde ve 2 mm derinliğinde nazolakrimal oluk vardır. Bu oluk, burun boşluğuna akan nazolakrimal kanal haline gelir. Bu fossa, nazolakrimal kanal yoluyla nazolakrimal kanalla bütünleşir.

Yan duvar, zigomatik kemiğin frontal kısmı ve sfenoid kemikten oluşur (3). İnferiorda ise, zigomatik ve palatin kemiklere bitişik olarak maxilla vardır. Alt kenardan yaklaşık 1 cm uzaklıkta, maxilla kenarında infraorbital foramen bulunur. Bu foramenin içerisinden infraorbital sinirler ve damarlar geçmektedir (4) (Şekil 1).



Şekil 1. Orbitayı oluşturan kemik yapı

2.2.1. B. Nöral Yapı

Üst ve alt göz kapağının duyusal innervasyonu sırasıyla oftalmik ve maksiller sinirlerin dalları ile elde edilir ve her ikisi de trigeminal sinirden köken alır. Motor innervasyon, orbicularis oculi, procerus ve frontalis kaslarına etki eden fasiyal sinirin dalları (VII. kafa çifti) ile sağlanır. Bununla birlikte, üst göz kapağının elevasyonundan sorumlu yapılar, levator palpebra superioris ve Müller kasıdır. Öte yandan, frontalis kası üst göz kapağında sadece küçük bir kaldırma hareketine yardım eder. Orbicularis oculi kası, palpebral fissürün oklüzyonunu teşvik ederek hem alt, hem de üst göz kapaklarında hareketi sağlar (5). Göz ve orbita sinirleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

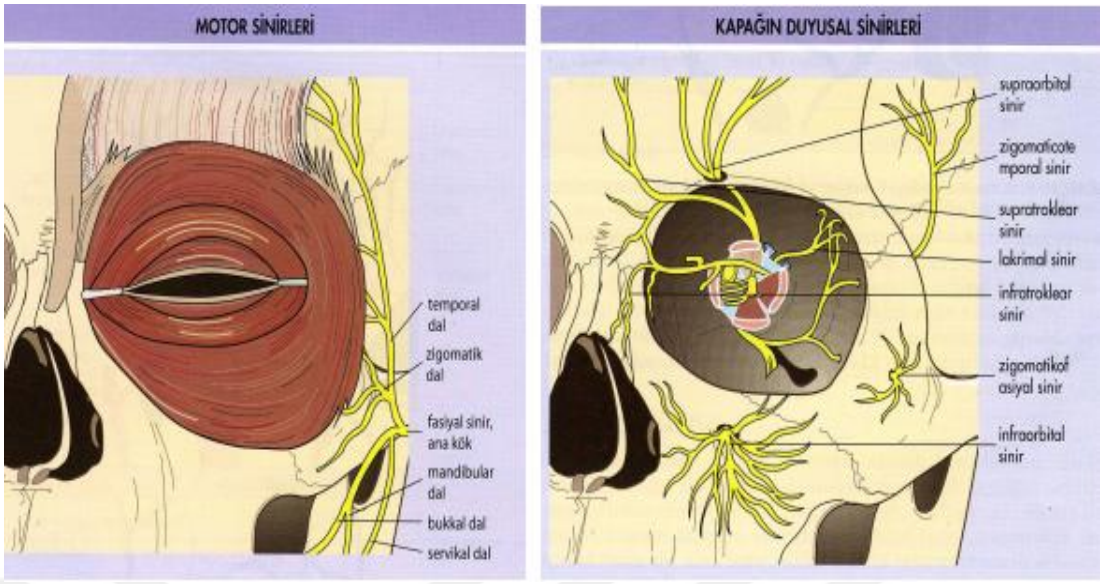
Somatik motor: Göz ve göz kapağını innerve eder. Okülomotor sinirin (III) superior kısmı superior rektus ve levator palpebra superiorisi; inferior kısmı ise inferior-medial rektus ve inferior oblik kasları innerve eder. Fasiyal sinir (VII), yüz ifadesi kaslarını innerve eder. Frontal ve zigomatik dalları orbicularis occuli kasını, frontal dalı da alın kaslarını innerve eder (4).

Duyusal: Trigeminal sinir veya 5. kranial sinir (V), yüzün ve kafa derisinin ön kısmının ana duyusal siniridir. Ana duyu dalları, genellikle sırasıyla V1, V2 ve V3 olarak adlandırılan oftalmik, maksiller ve mandibular sinirlerden oluşur (4) (Tablo 1).

Tablo 1. Trigeminal sinirin dalları (4)

Trigeminal Sinirin Dalları
1- Oftalmik sinir: Superior orbital fissürden geçer ve orbitaya ulaştığında üç tane terminal dal (nazosiliyer, frontal ve lakrimal sinirler) verir. Trigeminal sinirin (V) ilk bölümüdür. Orbital kavite ve içeriğinin duyarlılığından sorumlu afferent bir sinirdir. Bulbus oculi, konjonktiva, lakrimal bez ve kese, burun mukozası, frontal sinüs, dış burun, üst göz kapağı, alın ve kafa derisini innerve eder.
Dalları:
*** Lakrimal:** lakrimal bez, konjonktiva ve üst göz kapağının derisi.
*** Frontal:** ana dalları göz kapağına, alnına ve kafa derisine yayılır.
• Supraorbital: alın, kafa derisi, üst göz kapağı ve frontal sinüs.
• Supratrochlear: Alın ve üst göz kapağı.
*** Nazosiliyer**: Gözün duyusal siniridir.
• Dalın siliyer gangliyona iletilmesi.
• Uzun siliyer sinirler: uvea ve kornea.
• İnfratrochlear sinir: göz kapakları, burun derisi ve lakrimal kese.
• Posterior ehtmoid sinir: etmoid ve sfenoid sinüs.
• Ön ethmoid sinir: burun derisi ve burun mukozası.
2. Maksiller sinir:
***Infraorbital sinir:** Orbitanın tabanında, infraorbital sulkus, kanal ve foramenlerden geçer. Alt göz kapağı (inferior palpebral sinir), burun (burun siniri) ve üst dudak (superior labial sinir) arasında bulunan yumuşak kısımları innerve eder. Infraorbital sinir, orbitanın bir kısmının ve alt göz kapağının orta üçte birinin duyarlılığından sorumludur.

*** Oftalmik (V1) ön dal:** Supratrochlear ve supraorbital sinirler; üst göz kapağı, kaş, alın ve lakrimal bezin (lateral orbital bölge) duyusal innervasyonundan sorumludur. Nazosiliyer dal, göz ve orbitanın medial bölgesini innerve eden uzun ve kısa siliyer sinirlere uzanır; maksiller dal (V2) infraorbital sinir, alt göz kapağını innerve eder (4) (Şekil 2).



Şekil 2. Orbita ve göz kapağının innervasyonu

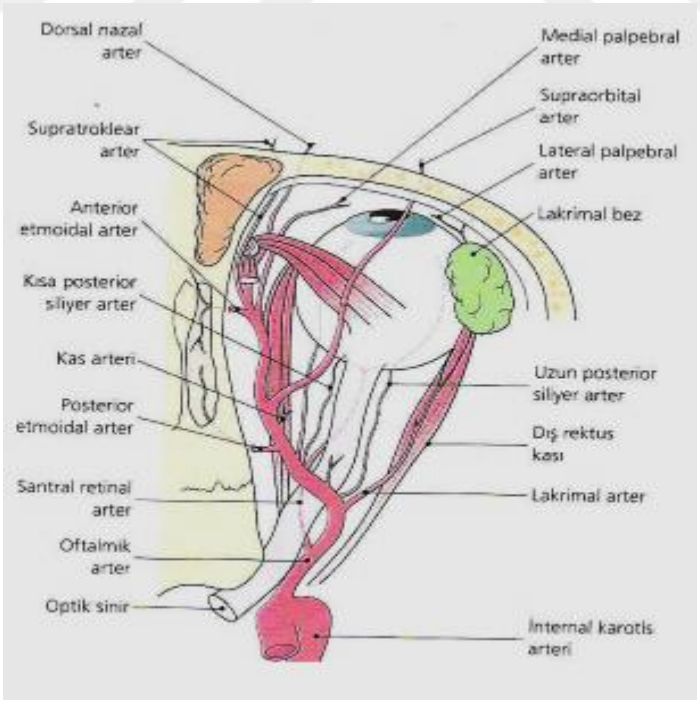
*** Visseral motor - otonom – parasempatik innervasyon:** Okülomotor sinir (III) ve optik sinirin arka 1/3'üne lateral olarak yerleştirilmiş siliyer ganglionun inferior dalı tarafından sağlanır. Siliyer ganglion, orbital apeksin yakınında, oftalmik arterin lateralinde ve lateral rektus kasına medial olarak, siliyer kasları ve pupil sfinkterini innerve eden küçük bir gangliyondur (4). Orbitanın iç yapısında bulunan okülomotor, trochlear, abducens ve trigeminal sinirin oftalmik kökü bulunur. Oftalmik sinir, trigeminal sinirin üç dalından biridir ve orbitada lakrimal, frontal ve nazosilier olmak üzere 3 dal verir (3).

Trochlear sinir, orbitaya rektus kaslarının ortak tendonunun üstünden, superior orbital fissürden girer. Superior oblik kasın innervasyonu sağlamak için üst göz kapağının levator kasının üzerinde yer alır. Abdusens siniri orbitaya, lateral rektus kasını innerve etmek üzere Zinn halkası ile superior orbita fissüründen girer (4) (Tablo 1).

2.2.1. C. Orbita Damar Yapısı

Arterler

Orbita, oftalmik arter aracılığı ile internal karotis arterin serebral bölümünden beslenmektedir. Medial ve lateral posterior siliyer arterler oftalmik arterden kaynaklanarak yaklaşık 20 dala ayrılırlar. Bunlardan iki tanesi uzun posterior siliyer arter, geri kalanı da kısa posterior siliyer arter olarak adlandırılır. Bunlar optik sinir çevresinden göz küresine girerler. Kısa posterior siliyer arter (KPSA) koroid dolaşımı sağlarken, uzun posterior siliyer arter (UPSA) ise koroid ve sklera arasından öne doğru uzanarak siliyer cismi besler. Anterior siliyer arterler (ASA), rektus kasları ile birlikte seyreder. Dış rektus hariç her bir rektus kasında iki ASA bulunur. Dış rektusta ise bir tane ASA vardır. ASA'lar rektus 6 insersiyonlarının hemen ön kısmından göz küresine girerler ve UPSA'lar ile anastamoz yaparlar. Bu yolla iris ve siliyer cismin ana arteriyel dolaşımı sağlandığından cerrahi sırasında rektus kaslarının hemen önünde insizyondan kaçınılmalıdır (6) (Şekil 3).



Şekil 3. Orbitanın arter yapısı

Venler

Posterior siliyer venler koroidin bütün kanın toplar ve superior oftalmik vene boşalır Genellikle 4 tanedir. Her kadrana bir adet gelmektedir. Ora serratanın 10-12 mm gerisinde göz küresinden çıkmadan önce sklera içinde 3-4 mm seyrederler. Skleradan çıkmadan önce ampulla denilen bir genişleme yaparlar. Üst nazal vorteks veni çıkış yeri en çok değişen vorteks venidir. Vorteks venlerinin kapatılması suprakoroidal bölgeye sızıntı olmasına neden olur. Anterior siliyer ven ise yalnızca siliyer kasın venöz drenajını sağlamaktadır (7).

Lenfatik Drenaj

Göz kapaklarının lenfatik damarları, venlere benzer şekilde pretarsal ve posttarsal olarak ikiye ayrılmıştır. Pretarsal damarlar, göz kapağı derisinin ve orbicularis oculi kasının lenfatik drenajını sağlar. Posttarsal damarlar ise derin pleksus, tarsal plaklar, bezler ve konjonktiva ve lakrimal bezler dahil palpebral yapıların lenfatik drenajını sağlar. Palpebral lenfatik damarlar iki ana alana drene olur. Lateral lenfatik drenaj grubu, her iki göz kapağının lateral kısımlarının yanı sıra üst göz kapaklarının konjonktiva ve lakrimal bezlerini boşaltan derin damarların drenajını sağlar. Yüzeysel ve derin parotis lenf düğümlerine (preaurikular) drene olurlar. Hem göz kapaklarının hem de lakrimal kesenin medial kısımları, submandibular lenf nodları içindeki lakrimal vene paralel uzanır (8).

2.2.2. Göz Kapakları

Göz kapakları, benzersiz anatomik bileşenlere sahip özel yapılardır. Göz kapağı derisi, insan vücudunun en ince dokusudur. Göz kapakları tarsal kısımda; cilt ve subkutanöz tabaka, orbicularis oculi kası, tarsus ve konjonktiva, proksimal kısımda; deri ve subkutanöz tabaka, orbicularis oculi kası, orbital septum, postseptal veya orbital yağ tabakası, üst göz kapağı levator kası aponevrozu, Müller kası ve konjonktivadan oluşur (5).

Üst göz kapağı, kaşlara paralel şekilde uzanır. Alt göz kapağı ise orbital sınırın altına uzanır ve göz kapağının gevşek konjonktif dokusundan yanaktaki daha

kalın dokuya doğru yan yana yerleşen kıvrımlar oluşturur. Palpebral deri iki kısma ayrılmıştır: orbital kısım (tarsal kısım ile orbital sınır arasında) ve tarsal kısım (serbest sınır ile orbito-palpebral sulkus arasında). Subkütanöz doku, göz kapağının derisinde çok az olan gevşek konjonktif dokudan oluşur. Tarsal kısım çok ince ve vaskülarize olup, subkutanöz doku içermez. Göz kapakları oküler kürenin koruyucu kaplamasıdır. Palpebral sınırlar, göz kapaklarının kapanması ve bağlantı hareketi sırasında temas eder. Göz kapakları, korneaların hayatta kalması için gerekli olan lakrimal film tabakasını, mukusu ve yağı oluşturmaya ve korumaya yardımcı olur. Eliptik bir şekilde olup, erkeklerde 28 ile 30 mm genişliğinde ve 7 ile 12 mm yüksekliğinde; kadınlarda 8 ile 12 mm arasında ölçülmüştür (6).

Üst ve alt göz kapakları arasındaki boşluğa palpebral fissür denir. Açıldığında, üst göz kapağı genellikle alt göz kapağının alt kenarındaki limbusu hafifçe sıyırarak irisin yaklaşık 1 ila 2 mm'sini kaplamalıdır (6) (Şekil 4).



Şekil 4. Normal palpebral fissür

Alt göz kapağının alt palpebral, malar ve nazojugal olmak üzere 3 sulkusu vardır. Alt palpebral sulkus medial kanthustan başlar, tarsusun alt sınırından geçerek lateral kanthus ile biter. Nazojugal sulkus medial kanthus altından başlar ve 45 derecelik açıyla aşağı doğru uzanır. Malar sulkus, malar çıkıntıdan lateral olarak başlar ve nazojugal sulkus ile kesişene kadar medial ve aşağı doğru kıvrılır. Nazojugal ve malar sulkus bir fasya yoluyla periosteuma bağlanır (7).

Üst göz kapağının orbito-palpebral sulkusu veya superior palpebral sulkusu vardır. Göz kapağını aşağıda kalan palpebral ve tarsal kısım ve yukarıda kalan orbital kısım olmak üzere ikiye ayırır. Bu sulkus, orbikular septumda üst göz kapağının levator kasının aponevrozundan oluşur. Sulkus siliyer sınırın 3 mm medialinden başlar (kadınlarda merkezi kısmında ortalama 6 mm ila 8 mm ve erkeklerde 7 mm ila 10 mm arasında) ve lateralde ise siliyer sınırdan 4 ila 5 mm uzaklıkta biter (8) (Şekil 5).



Şekil 5. Superior palpebral sulkus

Bu palpebral sulkus, superior blefaroplastide cildin işaretlenmesi ve çıkarılma-sında referans olarak kullanılması nedeniyle çok önemlidir. Oküler değişikliklere yol açabilecek girişimler yapmadan önce bu ölçümleri akılda tutmak önemlidir.

Palpebral sınırlar 2 mm kalınlığındadır ve cilt ile göz kapaklarının mukoza zarı arasındaki bağlantıdır. Gri çizgide palpebral bölgenin posterior kenarının yakınında bulunur ve cildin rengindeki bir değişiklikle kolayca tanımlanabilirler. Gri çizgi, cilt ve orbicularis kası (ön) ve tarsus ve konjonktiva (arka) arasındaki birleşme çizgisidir. Gri çizgi ayrıca göz kapaklarının ön ve arka lamellerinin birleşimini tanımlayan anatomik bir yapıdır. Meibomian bezlerinin orifisleri gri çizginin arkasında bulunur. Üst göz kapağında yaklaşık 40, alt göz kapağında 20 ila 30 civarı Meibomian bezi bulunmak-tadır. Kirpikler, üst göz kapağında daha fazla sayıda ve kalın olan gri çizginin önünde iki veya üç katman oluşturur. Üst göz kapağında yaklaşık 100-150, alt göz kapağında ise bu sayının yarısı kadar kirpik vardır (8).

2.2.2. A. Kas Tabakası

Orbicularis Oculi Kası

Göz kapak aralığı ve perioküler bölgeye konsantrik olarak yerleşmiş çizgili kas grubudur. Orbiküler kas esas olarak palpebral ve orbital olarak iki kısma ayrılır. Bu ayrımdan sonra kapak kısmı preseptal ve pretarsal lifler olmak üzere tekrar ikiye ayrılmaktadır.

Orbital kısımda istemli kasılmalar varken, palpebral bölümde istemli ve istemsiz hareketler olabilir. Orbita üst kısmının innervasyonu fasiyal sinirin temporal dalı, alt kısmının innervasyonu ise fasiyal sinirin zigomatik dalı yoluyla gerçekleşir. Orbicularis oculi kasının merkezi kısmı göz kapağını kaplayarak palpebral kısım olarak adlandırılır (9).

Orbicularis kasının palpebral kısmı ikiye ayrılır:

1. Pretarsal kısım: Orbicularis kasının tarsal kısmı üzerinde bulunur ve tarsusa yapışır. Lateral kanthustan başlayarak medial kanthusa insersiyo yapar. Kasıldığında, göz kapağı kapanır ve lakrimal punktumu lakrimal kese yakınına getirir.

2. Preseptal kısım: Cilde gevşek bir şekilde tutturulur ve üst-alt göz kapaklarının orbital septumunu kaplar. Preseptal kısım lateralde lakrimal fasyaya insersiyo yapar ve kasılması halinde lakrimal kese içinde gözyaşı üretilir. Kaslar gevşediğinde, lakrimal fasya normal pozisyonuna geri döner ve gözyaşı doğrudan nazolakrimal kanala akar (7). Üst ve alt medial kanthal tendonlar, papiller ve lakrimal punktum ile çakışan tarsal kısmın medialinden kaynaklanır. Lakrimal kanalikül, ana medial kanthal tendonun derinliklerinde bulunur ve bu nedenle tendonu o bölgedeki travmalardan korur. Angüler arter ve ven, tendonu medialden geçer ve tendonun üst sınırının üzerinde oftalmik damarların dalları ile birlikte anastomoz yapar (7,8).

Ekstraoküler Kaslar

Ana ekstraoküler kaslar; üst göz kapağının levator kası, dört tane rektus kası (superior, inferior, lateral ve medial) ve iki tane oblik kastan (superior ve inferior) oluşmaktadır (10).

Üst Göz Kapağı Retraktör Kasları

Üst göz kapağı retraktör kasları, frontal kaslar, üst göz kapağı levator kası, superior tarsal kas (veya Müller kası) ve ayrıca Whitnall ligamentinden oluşmaktadır (10).

Musculus Levator Palpebra Superioris ve Müller Kası

Üst göz kapağını esas olarak kaldıran "musculus levator palpebrae superioris" klinik uygulamada levator kası olarak adlandırılır. Canalis nervi optici'nin çevresinden başlayarak orbita üst duvarının altında öne doğru uzanır. Kasın hüzmeleri öne doğru gittikçe yelpaze şeklinde açılır, yassı ve ince bir kirişle sonlanırlar. Bu kirişin büyük bir parçası tarsus superiorun üst kenarına yapışır. Diğer bir parçası ince uzantılar şeklinde M. Orbicularis oculinin hüzmeleri arasından geçer ve aşağı doğru devam eder. Bu uzantıların bir kısmı deriye, diğer kısmı da kirpiklerin kökleri etrafında sonlanır. N. Oculomotorius tarafından innerve edilir. Kasıldığı zaman üst göz kapağını 1 cm kadar yukarı kaldırır. Bu çizgili kaslardan başka, göz kapakları arasındaki aralığın belirli bir derecede açık kalmasını sağlayan düz kaslar da vardır. Bunlar üst kapaktaki Müller kası ile alt kapakta bulunan Tarsal kastır. Sinirlerini boyun sempatiklerinden alırlar. M.levator palpi superior ve Müller kası üst kapak retraktörlerini; kapsulopalpebral fasya ve alt tarsal kas alt kapak retraktörlerini oluşturur. Levator kasının felci durumunda (Horner sendromu) minimal bir pitozis (1-2 mm) oluşmaktadır (11).

Alt Göz Kapağı Retraktör Kasları

Alt göz kapağı retraktör kasları, tarsusun alt sınırına bağlanan inferior rektus kasının kılıfından oluşan bir fibröz doku tabakasından oluşur. Hem morfolojik hem de işlevsel olarak bu doku üst göz kapağı levator kasının aponevrozuna benzer.

Retraktör kasları, aşağı bakarken alt göz kapağının düşürülmesinden sorumludur. Alt tarsal ve üst tarsal kaslar arasında aynı benzerlik vardır (8).

Tarsal plak, göz kapağına destek sağlayan, palpebral sınırı stabilize eden yoğun bir fibröz dokudur. On bir mm olan superior tarsal plak, tarsal-konjonktival greft için bir donör kaynağı olarak kullanılabilir. Öte yandan, yaklaşık 4 mm' lik inferior tarsal plak bu imkanı sunmaz. Medial kantal tendon pretarsal ve preseptal kaslardan oluşur. Lateral kantal tendon ön tarsal kasları oluşturan tendondur (5).

2.2.3. Orbital Septum

Orbital septum yüzeysel kasların altında yer alan ve orbital açıklığı örten tabakadır. Üstte periferde orbital kenarda periostun kalınlaşması biçiminde başlayan septum bizim ırkımızda kapakta tars üst kenarından yaklaşık 10 mm kadar yukarıda levator aponörozu üzerinde sonlanırken, doğu ırkında altta yapışma hattı tars üzerine kadar inmektedir. Bu ırkta buraya kadar inen yağ dokusu üst göz kapağı kıvrımının oluşmasına imkan vermemektedir. Alt kapakta yine orbita kenarından başlayan septum alt kapak rekraktörleri ile birleşerek tarsın alt kenarında sonlanır. Orbital septum yüzeydeki kapakları derindeki orbital yapılardan ayırır. İçte medial ligamanın gerisinde dışta lateral ligamanın önünde yer alır. Septumun sağlamlık ve esnekliği kişiler arası farklılıklar gösterir. Başta yaş ile ilgili olmak üzere gevşemesi durumunda orbital yağ dokusu öne doğru prolabe olur (12).

2.2.4. Yağ Yastıkları

Palpebral yağ yastıkları orbital septumun arkasında ve palpebral retraktör kaslarının önünde bulunur. Alt göz kapağında nazal, santral ve lateral olmak üzere üç bölüm vardır. Nazal yağ pedleri, diğerlerine göre daha beyazımsıdır. Bu yağ pedleri, onları farklı bölmelere ayıran ince lifli fasya ile çevrilidir. Üst göz kapağında ise iki bölme vardır: preaponevrotik ve nazal yağ yastığı. Lakrimal bez lateral uzanır ve adipoz doku ile karıştırılabilir. Bu nedenle, cerrahi işlemler sırasında bezin yanlışlıkla yaralanmamasına dikkat edilmelidir (8). Büyük superior ve inferior

medial palpebral damarlar, ilgili nazal yağ pedlerinin yüzeyi üzerinde uzanır ve yağ pedi blefaroplasti sırasında eksize edildiğinde dikkatlice diseke edilebilir veya klemplenebilir. Preseptal damarlar ve kas dokusu, bağ dokusu tarafından iyi desteklense de, orbital damarlar neredeyse desteklenmez. Sonuç olarak, orbital damarlar kolayca travmatize olabilir. Bu damarlardaki kanama, göz içi basıncının artmasına hatta körlüğe neden olabilir. İnferior oblik kas da, bu tür işlemlerde, inferior medial yağ yastığının çıkarılması sırasında travmaya açıktır (13).



Şekil 6. Üst göz kapağı ikili yağ yastığı



Şekil 7. Alt göz kapağı üçlü yağ yastığı

2.2.5. Tarsus

Tarsus, göz kapaklarının yapısal elementlerindendir ve yoğun lifli dokudan oluşur. Yaklaşık 29 mm genişliğinde, 10-12 mm yüksekliğinde ve 1 mm kalınlığındadır. İnferior tarsus aynı genişliğe ve kalınlığa sahiptir, ancak 5-6 mm yüksekliğindedir. Tarsus, medialde lakrimal punctumdan başlayarak lateral komissuralara uzanır. Meibomian yağ bezleri tarsal plağa vertikal yerleşimlidir. Üst göz kapaklarında 30-40, alt göz kapağında ise 20-30 bez bulunur (8).

2.3. PERİOKÜLER BÖLGE TÜMÖRAL LEZYONLARI

Deri tümörleri sıklıkla baş ve boyun bölgesinde, perioküler bölge tümörleri ise sıklıkla göz kapaklarında yerleşim göstermektedir (14).

2.3.1. A. Premalign Tümörler

Aktinik Keratoz (Solar Keratoz, Senil Keratoz) kronik ultraviyole ışınlarının etkisiyle gelişen, orta ve ileri yaş grubunda açık tenlilerde güneş gören bölgelerde ortaya çıkan, anormal epidermal keratinositlerin proliferasyonu ile karakterize hiperkeratotik lezyonlardır. İnvaziv skuamöz hücreli karsinom (SHK) gelişme potansiyeli taşıması nedeni ile prekanseröz olarak kabul edilir. Etyopatogenezinde uzun süreli güneş ışınlarına maruziyet ve bunun neden olduğu mutasyonlar, X-radyasyon, poliaromatik hidrokarbonlara maruziyet, sıcak yanıkları, geniş skarlar, kseroderma pigmentosum gibi predispoze durumlar, sitostatik ve immunosupresif ajanlarla tedavi ve immünosupresyon rol oynamaktadır. Tipik aktinik keratoz lezyonları tek veya çok sayıda, 2-7 mm çaplarında, keskin sınırlı olmayan, yer yer gri kahverengimsi, yer yer eritemli, yassı, kuru ve yapışık skuamlı makül, papül veya plaklarla karakterizedir. Lezyonların üzerinden zamanla boynuzsu bir tabaka gelişebilir. Aktinik keratoz tanısı çoğunlukla klinik bulgulara göre konulmaktadır. Tanıdan tam olarak emin olunamadığı durumlarda biyopsi gerekebilir. Histopatolojik incelemede stratum korneumda parakeratoz ve hiperkeratoz görülür. En yaygın kullanılan tedavi şekli sıvı nitrojen kriyo terapisidir. Bu tedavi şekli genellikle hızlı

ve uygun maliyetlidir ve kozmetik açıdan da genellikle kabul edilebilir sonuçlar elde edilmektedir. Diğer bir tedavi seçeneği küretajdır.

Bowen Hastalığı veya Skuamöz Hücreli Karsinoma İn Situ Deri ve mukozalarda görülen intraepitelyal skuamöz hücreli karsinomdur. SHY'ye ilerleme potansiyeli bulunmaktadır. Klinik olarak deriden kabarık olmayan, infiltre, eritmeli, skuamlı, kurutlu, keskin sınırlı plaklar şeklinde görülmektedir. Etyolojisinde güneş ışığı maruziyeti, arsenik maruziyeti, iyonizan radyasyon, immünsüperresyon ve çeşitli tiplerde HPV enfeksiyonu gibi çok sayıda faktör suçlanmaktadır. Histopatolojide epidermiste adneksiyal tutulum gösteren tam kat atipi gözlenmektedir. Eğidermis çok sayıda, atipik, pleomorfik ve hiperkromatik keratinositlerle doludur. Parakeratoz, hiperkeratoz, değişik derecelerde akantoz gözlenir. Klinik olarak bir çok hastalıkla ayırıcı tanıya girebilmektedir. Bunlardan en çok yüzeysel bazal hücreli karsinom, numulerekzema, psöriyazis, liken planus, bening likenoid keratoz, seboreik keratoz ve hipertrofik aktinik keratozla karışabilmektedir. Bowen hastalığından invaziv SHK'ye ilerleme oranı yaklaşık olarak %3-5 oranındadır. Bu nedenle tedavide ilk tercih lezyonun eksize edilmesidir. Diğer tedavi seçenekleri arasında elektrodesikasyon ve küretaj yer alır (14).

2.3.1. B. Malign Tümörler

Bazal hücreli karsinom (BCC) ve yassı hücreli karsinom (SCC) göz kapakları ve perioküler bölgede görülen malign tümörlerin %95'ten fazlasını oluşturur. Bazal hücreli karsinom (BCC), Skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve Melanom olmak üzere 3 ana cilt kanseri türü bulunmaktadır. BCC ve SCC cilt kanserinin en yaygın formlarıdır ve topluca melanoma dışı cilt kanserleri olarak adlandırılır (15). Melanom olmayan cilt kanseri, Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık görülen kanserdir. BCC, melanom olmayan cilt kanserlerinin yaklaşık dörtte üçünü oluşturmaktadır. Melanom dışı cilt kanserlerinin ABD insidans oranları birkaç yıldır artmaktadır. ABD nüfusu için tahmin edilen Medicare hizmet ücreti verilerine dayanarak, 2006 yılında tahmini 2.152.500 kişiye melanom dışı cilt kanserleri için tedavi edilmiştir (16).

2.3.1. C. Bazal Hücreli Karsinom

Bazal hücreli karsinom (BCC) ilk olarak 1827 yılında Arthur Jacob tarafından tariflenmiştir (17). Dünyadaki tüm kanserlerin en az %32'sini oluşturmaktadır. Melanom dışındaki cilt kanserlerinden yaklaşık %80'i bazal hücre kanseridir. Amerika Birleşik Devletleri' nde beyaz erkeklerin yaklaşık %35'i ve beyaz kadınların %25'i hayatlarının bir döneminde BCC'den etkilenmektedir (18).

Tüm perioküler bölge tümörlerinin %42.7'si, malign tümörlerin %90'ından fazlasını BCC'ler oluşturur (19). Genellikle 50-80 yaşları arasında görülmekte olup en sık görüldüğü yaş ise 60'tır. Ancak BCC'ler çocuk ve gençlerde de görülebilmektedir. Genç yaşlarda BCC saptanan bu olgularda çoğunlukla deri kanserleri açısından kalıtsal yatkınlık saptanmaktadır. BCC genellikle açık tenlilerde, meslek olarak denizci ve çiftçilerde rastlanır. Erkeklerde daha sık izlense de bu eğilim gittikçe azalmaktadır. Lezyonların büyük kısmı alt göz kapağı ve iç kantüste gelişmektedir. Bu hastaların %60'ında yüzde başka bir bölgede BCC daha bulunmaktadır (20).

Bazal hücreli karsinomun kaynağı tam olarak bilinmemektedir. Pilar, sebase, apokrin ve skuamöz elementlerin kitle içinde yer alması kök hücre kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Bazal hücreler epidermisin en alt tabakasındadır. Bazal hücreli karsinom bazal hücrelerden gelişmeyebilse de, kanser hücreleri mikroskop altında bazal hücrelere benzediğinden hastalık böyle adlandırılır (21).

Bazal hücreli karsinomlu bireyler tipik olarak parlak, inci derisi nodülü ile başvururlar. Bununla birlikte, yüzeysel bazal hücre kanseri egzamaya benzer kırmızı bir yama olarak ortaya çıkabilir. İnfiltratif veya morfeaform bazal hücre kanserleri, cilt kalınlaşması veya skar dokusu olarak ortaya çıkabilir ve cilt biyopsisi olmadan tanı zorlaşır. Bazal hücre kanserini akne skarı, aktinik elastoz ve son zamanlarda kriyodestrit inflamasyonundan görsel olarak ayırmak genellikle zordur (21).



Şekil 8. Bazal hücreli karsinom

Risk Faktörleri

Çevresel ve kalıtsal faktörler BCC gelişiminde önemli katkı sağlar. En önemli faktör açık renk deri ve uzun süre güneşe maruziyettir. Koyu renkli insanlarda albino siyahların dışında çok nadir görülür (22).

Ultraviyole ışığı:

Ultraviyole ışığının BCC oluşumundaki katkısı gözlemlere dayanmaktadır (17).

1. BHK güneş gören deri bölgelerinde görülür.
2. Açık havada çalışanlarda daha sıktır.
3. Açık tenli insanlarda daha sıktır.
4. Albinizim ve kseroderma pigmentozum gibi ultraviyole ışığa duyarlılıkla seyreden hastalıklarda çok sık BHK görülür.
5. Ekvatordan uzaklaşıldıkça BHK görülme sıklığı azalır.
6. Deneysel olarak mor ötesi ışığa maruz bırakılan hayvanlarda BHK izlenmiştir (17).

Özellikle 280-320 nm dalga boyundaki UV-B ışığı eritem ve güneşe bağlı yanıklardan sorumludur. UV-B'ye uzun süre maruziyet yaşlanma ve mutajenik değişimlere neden olur. UV-C daha kısa dalga boyunda olup ozon katmanı tarafından tutulmaktadır. Son yıllarda ozon tabakasının incelmesi ile UV-C ışınlarına bağlı hasarlar gündeme gelmiştir.

Ultraviyole ışığının deri üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. DNA hasarı ve onarımının bozulması üzerinde durulmaktadır. Skuamöz hücreli karsinomlarda morötesi ışığının etkisi BHK'ya göre daha belirgindir ayrıca BHK oluşumunu tek başına UV ışınlarının etkilerine bağlamak mümkün değildir. Örneğin BHK'ların önemli bir kısmı görece daha az güneş gören bölgelerde izlenirken çok ışın alan el sırtı ve ön kolda BHK oranı düşük kalmaktadır (17).

İmmunsupresyon oluşturan durumlar:

Lenfoma, lösemi, böbrek transplantasyonu, AIDS olgularında deri kanseri gelişme ihtimalinin fazla olduğu gözlenmiştir (17).

Odaksal travma:

Dermal yaralarda çoğunlukla yassı hücreli karsinom gelişmektedir. Bununla beraber BHK'ların %0.5'inin dermal skarlardan gelişebileceği bildirilmiştir. Özellikle termal yanıklar BHK gelişimi için risk faktörüdür. Çiçek, suçiçeği, saç nakil bölgeleri, deri tüberkülozu izlerinden de BHK gelişebilir (19).

İyonize ışın:

Özellikle baş ve boyun kanser tedavisinden sonra ışın alanında BHK gelişebilir. Arada geçen süre ortalama 20 yıldır. Oluşan kanserlerin 1/3'ü YHK ve 2/3'ü BHK olarak belirlenmiştir (23).

Diğer etkenler:

Blefarit, konjonktivit dermatit gibi süreğen inflamasyonlar ve katran, trivalan arsenik, fowler solüsyonu gibi kimyasallarla süreğen irritasyonlar BHK oluşumunda hazırlayıcı etmenler olarak düşünülür (17,23).

BHK İle İlişkili Cilt Hastalıkları

Jadassohn'un sebase nevüsü: Jadassohn' un sebase nevüsü baş ya da yüzde gelişebilen bir cilt hastalığıdır. Bu hastalık tek bir lezyon olarak başlar ve yaşam boyu değişikliğe uğrar. Gelişimi infantil, adölesan ve erişkin evreler olarak incelenir. Erişkin dönem lezyonlarının %5'inde BHK gelişmektedir (23). Çoğunlukla yavaş bir seyir gösterir.

Diğer ilişkili hastalıklar: Sturge-Weber sendromu, dermatofibromalar, rhinofima, Pinkus'un fibroepitelyoması gibi hastalıklarda BHK izlenebilmektedir. Nevoid Bazal Cell Carcinoma (NBCC=Gorlin Gotz Send), Xeroderma Pigmentosum (XP), Basex Sendromu, Rombo Sendromu gibi çeşitli genetik hastalıklarda da BHK görülme sıklığı artmıştır (23).

Bazal hücreli karsinom, büyüme modellerine bağlı olarak üç gruba ayrılabilir (24).

1. Yüzeysel bazal hücreli karsinom: neoplastik bazal hücrelerin yüzeysel çoğalması ile karakterizedir. Yüzeyel BHK, ikinci en sık alttip olup özellikle gövdede ve ekstremitelerde yerleşim gösterir (25).

2. İnfiltratif bazal hücreli karsinom: Morpheaform ve mikronodüler bazal hücre kanserini de kapsar. Cildin daha derin katmanlarına nüfuz etme eğilimi nedeniyle konservatif yöntemlerle tedavi edilmesi daha zordur.

3. Nodüler bazal hücreli karsinom: Nodüler bazal hücreli karsinom ("klasik bazal hücreli karsinom" olarak da bilinir) tüm BCC'nin %50'sini oluşturur. En sık baş ve boynun güneşe maruz kalan bölgelerinde görülür. Sıklıkla deri üzerinde bir nodül veya papül olarak belirir. İnci benzeri saydam bir yapısı vardır. Nodül, orta kısmında yıkıma uğrayıp ülsere olabilir ve kanamaya yol açabilir. Ülserasyon, nodülden daha fazla dikkat çekici olabilir ve sanki nodül olmaksızın bir ülserasyon mevcutmuş izlenimi verebilir (rodent ülser). Yüksek oranda melanin içeren bu tümörleri klinik olarak melanomdan ayırmak neredeyse imkansızdır (25).

BHK Histopatolojik Tipleri

Oval veya iğ şeklinde, koyu boyanan bazofilik çekirdekli, dar sitoplazmalı hücrelerden oluşur. Solid, adenoid, kistik, keratotik, yüzeyel, bazoskuamöz ve pigmentli tip olarak 8 tipi vardır. BHK'da histopatolojik incelemede mitozun fazla olmasının nüks ve prognoz ile ilgisi bulunmadığı gösterilmiştir.

Bazoskuamöz karsinom: Bazoskuamöz karsinom terimi bazal hücreli karsinom ve yassı hücreli karsinomun iç içe olduğu nadir görülen tümör grubunu ifade eder (26). 'Skuamöz metaplazili bazal hücreli karsinom veya 'metatipik karsinom' terimleri de kullanılır. Biyolojik davranışı daha çok YHK'a benzeyen bu antite daha saldırgan ve yıkıcıdır, metastaz ve nüks ihtimali daha fazladır. Melanom olmayan deri tümörlerinin %1-2.5'unu oluşturur ve metastaz insidansı %9.7'dir (26). BHK'lar kural olarak metastaz yapmasalarda %0.02-0.1 oranında genel yayılım bildirilmiştir. Konjonktiva, kornea, orbita, paranazal sinüsler, burun boşluğu ve santral sinir sistemine yayılım yapabilirler. Göz içi yayılımı nadir olmakla birlikte görülebilmektedir. Metastaz hematojenik veya lenfojenik yollarla olur. Kantus alanındaki morfeaform veya sklerozan tipteki lezyonlar derin orbital yapılara ve nazal sinüslere yayılım eğilimi gösterirler. Kranial tutulum nedeniyle ölüm görülebilir. Primer lezyonun uzun süre tedavi edilmediği ve tekrarlayan tedaviye, özellikle radyoterapiye gerek görülen olgularda uzak metastazlara rastlanabildiği bildirilmiştir. Metastazlar en sık bölgesel lenf düğümlerine, sonra sırasıyla akciğer, kemik ve karaciğere olur. Erken tanı prognozda önemli rol oynar. Genellikle küçük, nodüler, dış açıda yerleşen tümörlerin prognozunun iyi; büyük, sklerozan tip, iç açıda yerleşen ve yineleyen tümörlerin prognozunun kötü olduğu bildirilmektedir (27). BHK'un mortalitesi %2-11'dir. BHK için ancak %60 oranında klinik olarak doğru tanı konduğu bildirilmiştir. YHK' da bu oran %50'ye düşmektedir (28). YHK, nevüs, malign melanom, senil keratoz, keratoakantoma, benign papillomatöz lezyonlar ve şalazyon BHK ile sık karışan lezyonlardır. BHK için pek çok tedavi yöntemi önerilmiştir. Genel bir kural olarak hangi tedavi yöntemi uygulanırsa uygulansın eğer tümör tekrarlamışsa yapılacak ikinci tedavilerde başarı belirgin olarak azalmaktadır. Bu nedenle ilk tedavide tümörün tamamen ortadan kaldırılmasına büyük özen gösterilmelidir (27).

2.3.1. D. Yassı Hücreli Karsinom (YHK)

Yassı hücreli karsinom genellikle açık renkli, kronik güneş, arsenik, PUVA veya psoralene ile maruz kalan yaşlı kişilerde olur. Prekanseröz keratozlar da etiyolojide önemli rol oynamaktadır. Bilinen prekanseröz durumlar; Bowen dermatozu, yanıklara bağlı Marjolin ülserleri, senil ve aktinik keratoz, kronik deri ülserleri, farmakolojik immunsupresyon, xeroderma pigmentozum, okulokutanöz albinizm gibi genetik hastalıklar, HPV-16 enfeksiyonu, arsenik, radyasyon ve katran dermatozlarıdır (29,33). Nadiren solar keratozdan da gelişir. Bowen hastalığından gelişen YHK oranı %3 olarak saptanmıştır (34). Metastaz insidansı %21 olan YHK ölümcül bir tümör olup lenf nodlarına metastaz yapabilir (22).

Lezyonlar erken dönemde genellikle deriden kabarıktır, üzeri kepeklidir ve birkaç ay sonra üzerinde krutlu erozyonlar gelişmeye başlar. Lezyon üzerinde sıklıkla görülen krutların nedeni tümör hücrelerinin keratin oluşturmasıdır. Keratin oluşumu tümörün diferansiyasyonu ile orantılıdır. Dermise lokal yayılımı takiben daha derine bağ dokusu ve periosta yayılır. Tüm orbitayı ve yüzün büyük bir kısmını tutan ve sonuçta kafa içine kadar ulaşabilen mantar şeklinde ülsere bir lezyon oluşabilir. Genellikle lenfatik yayılan tümör üst kapak veya dış açıda ise kulak önü lenf nodlarına, alt kapak veya iç açıda ise maksilla altı lenf nodlarına yayılım göstermektedir. Ayırıcı tanıda BHK yanında keratoakantoma gibi diğer keratotik lezyonlar akla gelmelidir (35).

YHK Tipleri

1. Plaksı tip

2. Noduler tip

3. Ülseratif tip

YHK'un sıklıkla sağ kapakta görüldüğü bildirilmektedir. Wong ve arkadaşları bu sonucu yüzün sağ tarafının araba kullanırken daha çok güneşe maruziyeti ile açıklamaktadır (36). Mortalite oranları %0-40 arasında değişmektedir (37). YHK'nin kesin tanısı için yeterli doku örneklemesi yapılmalıdır. İnsizyonel, punch veya eksizyonel biyopsiler yeterli miktarda etraf normal dokuyu da içermelidir. Traş

biyopsiler uygun değildir. Tedavisi büyük ölçüde BHK'un tedavisine benzeyen YHK'dan korunmada prekanseröz deri lezyonu olanlarda güneş koruyucuları önerilmektedir. Cerrahi dışı tedavide ise tümörün büyümesinde önemli olan angiogenezi sağlayan Fibroblast Growth Factor Binding Protein (FGF-BP)'i inhibe eden retinoidlerle angiogenezin dolayısıyla da tümör büyümesinin durdurulması amaçlanmaktadır. Rekürren YHK'larda Paclitaxel kullanılabilir (36). Radyoterapi ve kemoterapi yayılım yapmış YHK' da diğer tedavi yöntemleridir. Tümörün biçim, boyut ve yerleşimi cerrahi yöntemi belirler. Cerrahi sırasında BHK'a göre daha geniş rezeksiyon yapılmalı ve cerrahi sınırlar ameliyat sırasında dondurulmuş-kesit veya Mohs' cerrahisi ile kontrol edilmelidir. Yassı hücreli karsinom sıklıkla lenfatik yolla lokal metastaz yapar. Lenfatik yayılım varsa çevre lenf dokuları da aynı şekilde cerrahi olarak çıkartılmalıdır (38). Lokal kemoterapi ancak preinvaziv dönemde uygulanabilir ve invaziv YHK'in tedavisinde yeri yoktur. Orbita yayılımı olan olgularda ise ekzanterasyon önerilmektedir.

2.3.1. E. Sebase Bez Adenokarsinomu (SBK)

Bazal ve yassı hücreli karsinomlardan sonra kapağın üçüncü sıklıkta görülen malign tümörüdür (40). En sık üst göz kapağı veya yüzde ve genelde 70'li yaşlarda görülür. Oldukça kötü prognoza sahiptir. Kadınlarda sıklık daha fazladır (39). En sık Meibomian bezlerden köken almaktadır (30). Bu bezler daha büyük olmaları, daha fazla asinilerinin olması ve kıl foliküllerinin olmamasıyla derinin sebase bezlerinden ayrılır (22). Nadiren Zeiss bezlerinden ya da karünkülde bulunan sebase bezlerden gelişebilir. Meibomian bezlerinin daha yoğun bulunduğu üst kapakta daha sık olarak görülür (42).

Genellikle yavaş gelişen, sert, ağrısız bir kitle olarak başlar. Terminal dönem dışında kapakta erozyon ve ülserasyon oluşturmadan derin dokulara infiltre olur. SBK sıklıkla tek taraflı konjonktivit, şalazyon, blefarit, meibomit, superior limbik keratokonjonktivit, kutanöz horn, granülomatöz inflamasyonlar (sifiliz, tüberküloz) gibi benign inflamatuar durumlarla nadiren de lakrimal bez tümörü ile karışabilmektedir. Lökoplaki, oküler pemfigoid, karsinoma in situ ve konjonktivanın

yassı hücreli karsinomunu da taklit edebilir (42). Bu tür lezyonlarda kirpiklerin dökülmüş olması ve lezyon etrafının sert ve kalınlaşmış olması maligniteyi akla getirmelidir. Klinik olarak SBK şüphesi varsa tam kat kapak biyopsisi yapılması gerekir (42). Biyopsi materyali alkol gibi yağ çözücülerin içine konulmadan direkt olarak histopatolojik tetkike yollanmalıdır. SBK'da çoğunlukla etiyoloji idiopatiktir.

SBK tanılı hastalar ikinci bir primer malign tümör gelişme riski altındadır. Bir çalışmada hastaların %23'ünde genellikle deri veya meme karsinomu olmak üzere ikinci bir tümör geliştiği bildirilmiştir (43).

SBK Tipleri

- Nodüler MBK

- Yayılım gösteren MBK

- Zeiss bezi karsinomu

Prognozu Etkileyen Faktörler

1-Pagetoid Yayılım: İntraepitelyal neoplazi; tümörün agresif davranışının göstergesi olup ekzanterasyon endikasyonu vardır.

2-Tümörün Yeri: Alt kapaktaki lezyonların prognozunun üst kapaktakinden daha iyi olduğunu belirtmektedirler. Üst kapak tutulumu olanların prognozu da her iki kapağın tutulduğu olgulara göre daha iyi seyretmektedir (44).

3-Tümörün büyüklüğü: 10 mm'den büyük tümörlerin mortalitesi daha yüksektir.

4-Süre: 6 aydan uzun süre kötü prognoz göstergesidir.

SBK nüks oranı %9-36'dır. En sık bölgesel lenf nodlarına yayılım olup, olguların %17-28'inde tanı anında bulunmaktadır (45). Preauriküler ve submandibuler lenf nodları tutulmadan servikal ve supraklavikuler lenf düğümlerinin tutulabileceği bildirilmiştir (46). Akciğer, karaciğer ve beyne metastaz yapabilir (47).

Gözün en malign epitelyal tümörü olarak bilinen SBK'ya bağlı ölüm oranı %6-30 arasında değişmektedir (45). SBK'da en uygun tedavi yöntemi cerrahidir. Genellikle mikroskopik kontrol ile 5-6 mm'lik sağlam dokuyla birlikte geniş eksizyon önerilir (47). Çevre lenf dokuları metastaz yönünden incelenmeli, hematojen yolla yayılım da mümkün olduğu için organ metastazları da araştırılmalıdır. Orbita yayılımı ve yaygın intraepitelyal neoplazi varlığında ve 6 aydan uzun süredir bulunan 2 cm'den büyük lezyonlarda da ekzanterasyon önerilmektedir (46). Lenf nodu tutulan hastalarda radikal boyun disseksiyonu, yüzeyel parotidektomi ve ameliyat sonrası radyoterapi gibi daha agresif yaklaşımlar gerekir. SBK olan hasta en az 5 yıl süreyle boyun ve bölgesel lenf bezlerine metastaz yönünden izlenmelidir.

2.3.1. F. Malign Melanom (MM)

Deride benign pigmentli lezyonlar sık görülmesine rağmen malign melanom nadirdir. Tüm deri kanserlerinin sadece %3'ünü oluşturur. Sarışınlarda ve açık tenlilerde daha sıktır. Etiyolojide rol oynayan faktörler aile öyküsü, travma, kronik irritasyonlar, radyasyon, PUVA, güneş ışığı, eski skar dokuları ve mavi nevüs, common nevüs, lentigo maligna gibi prekürsör lezyonlardır. Özellikle Xeroderma pigmentozum veya Nevoid Bazal Hücreli Karsinom Sendromlu hastalarda dikkatli olmak gerekir (22). Hastaların büyük kısmı 6-7. dekattadır ve kadınlarda sıklık biraz daha fazladır (22,29). Prognoz büyük ölçüde melanositlerin invazyonu ile ilgilidir. İnvazyon derecesi histolojik kriterler (Clarke'in invazyon dereceleri) ve tümörün histolojik yöntemlerle ölçülen gerçek kalınlığına (Breslow yöntemi) bağlıdır (22,29).

Clarke'in İnvazyon Dereceleri

Evre I: Tüm tümör hücreleri bazal membranın üstündedir (in situ).

Evre II: Papiller dermise yayılım var, retiküler dermis tutulmamıştır.

Evre III: Papiller dermisi doldurmuş, papiller ve retiküler dermis arasındaki yüzey boyunca toplanmıştır.

Evre IV: Retiküler dermis tutulmuştur.

Evre V: Deri altı yağ dokusu tutulmuştur.

Breslow tümörün gerçek kalınlığını ölçerek evrelendirme yapmıştır. Bu sınıflandırma daha objektif olup tedavi ve prognozda daha önemlidir.

Breslow Evrelendirmesi

Evre I: 0,75 mm veya daha az

Evre II: 0,76 mm - 1.50 mm.

Evre III: 1.51 - 3.0 mm.

Evre IV: 3.0 mmden fazla

Lezyonun derinliği arttıkça lenf nodu tutulumu ve mortalitesi artmaktadır.

MM Tipleri

1.Lentigo maligna (Hutchinson'un melanotik lekesi)

2.Yüzeyel yayılımlı melanoma

3.Noduler melanoma

Pigmentli bir lezyonda homojen renk dağılımı, kenarının düzgünlüğü ve çapının 10 mm'nin altında olması benign olma lehinedir. Deri malign melanomlarının prognozu invazyonun derinliği ile de ilgilidir (22,29). 0,76 mm'den ince lezyonlarda prognoz çok iyidir, 3 mm'den derin invazyonda ise prognoz kötüdür. Lezyonun büyüklüğü, sayısı da prognozu etkiler. Lenf nodu tutulumu olan ve dermiste lenfosit infiltrasyonunun olmadığı olgularda prognoz daha kötüdür. Tedaviden yıllar sonra bile uzak metastaz olabileceğinden hastaların 15 yıl gibi uzun süre izlenmesi gereklidir (22,29). Cerrahi tedavide tümör oldukça geniş rezeksiyon yapılmalı ve histopatolojik olarak tümörün tümüyle çıkarıldığından emin olunmalıdır. Lentigo malignalı olgularda 5-10 mm'lik sağlıklı doku ile birlikte çıkarılması genellikle yeterlidir. Nodüler melanomalarda ya da derin invazyon görülen durumlarda radikal davranmalı, lokal ya da sistemik metastaz araştırılmalı ve bu hastalar daha yakından takip edilmelidir (48). Cerrahi dışı tedavi olarak lokal nükste melfalan infüzyonu ya da Interferon alfa ile tümöre spesifik immunoterapi yapılabilir. Metastatik hastalıkta; HLA ekspresyonunu ve Natural Killer hücrelerinin etkisini arttıran İnterlökin (İL) ve İnterferon gammanın (INF-gamma) retroviral

vektörle enjeksiyonu yaşam süresini arttırır. Hiçbir tedaviye yanıt yoksa Aldeslökin kullanılır (49).

2.3.1. G. Lenfositik Tümörler

Bu bölgedeki lenfositik karsinomlar genellikle MALT tipi B hücreli lenfomalardır. Kapakta ani ortaya çıkan nodüler veya diffüz makuler eritematöz lezyon şeklinde bulgu verir. Ekstranodal lenfomalar göze lokalize olabilir veya tüm vücuda yayılımla birlikte göz bulguları oluşabilir. Lenfomalar nadiren orbitada başlar fakat hastalığın terminal dönemlerinde orbita tutulumu olabilir. Lenfoma gözde en sık perilimbal bölge veya alt fornikste pembe bir kitle şeklinde görülür. Sinsi seyirlidir. Hasta kitle veya egzoftalmus nedeni ile başvurur. Lenfoid neoplazmlar orta yaş ve üzerinin hastalığıdır. Genellikle bilateral ve simetriktir. Hastaların çoğunda sistemik tutulum olduğundan tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, karaciğer fonksiyon testleri, kemik iliği incelemesi, akciğer filmi, abdominal ve torakal bilgisayarlı tomografi yapılarak hastalığın evresinin saptanması ve buna göre tedavi düzenlenmelidir. Lenfomaların tedavisinde esas olarak radyoterapi kullanılmaktadır (50). PUVA, alkilleyici ajanlar, UV-B; plak tarzı lezyonlara kullanılabilir. Sistemik yayılımı olan olgularda ise sistemik kemoterapi uygulanmaktadır**.**

2.3.1. H. Kaposi Sarkomu

Damar endotel hücresinden kaynaklı malign bir tümördür. AİDS'li ve farmakolojik olarak immunsuprese hastalarda görülür. Tüm kaposi sarkomları içinde göz kapağı ve konjonktivadaki Kaposi sarkomu oranı %4'tür. Tipleri;

1-Lokalize noduler

2-Lokalize vejetan

3-İnfiltratif

4-Lenfoadenopatik tip

Tedavisinde; eksizyon, radyoterapi, CO_2 lazer, kriyoterapi gibi nonspesifik tedavi yöntemleri uygulanabilir. Sitokin, retinoik asit ve talidomid; angiogenez inhibitörü olarak denenmekte olan ilaçlardır (50).

2.3.1. I. Merkel Hücreli Karsinom (MHK)

Merkel hücreli karsinomlar, trabeküler karsinom, derinin küçük hücreli karsinomu, primer kütanöz nöroendokrin karsinom ve malign trikodiskoma olarak da bilinir. Bu lezyonlar derinin en agresif seyirli primer malignitelerindendir. Özellikle kıl folikülü etrafındaki epiteldeki plöripotent bazal hücrelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Güneş gören bölgelerde soliter, nonspesifik dermal bir nodül olarak 6. ve 7. dekadlarda oluşur. Bu lezyonların %50-75'i baş ve boyunda bulunur. Tümör subkutan dokuyu ve kasları invaze eder, kan ve lenfatik damar invazyonu ise değişkendir. Üst dermis ve epidermisi genellikle tutmaz (50).

2.3.1. J. Metastatik Tümörler

Uvea ve intraorbital yapılara metastaz sıklığına karşın kapakta metastatik tümör son derece nadirdir. Kapak metastatik tümörleri tüm malign kapak tümörlerinin %0.6-1.4'ünü oluşturur (40). 50-80 yaş arasında sık görülür. Metastaz en sık; meme karsinomu (%35), deri (%16), gastrointestinal sistem (%10) ve genitoüriner sistem (%10) karsinomlarından kaynaklanır (40). Metastatik lezyonların özel bir kliniği yoktur ancak önceden bilinen bir malignite varsa şüphelenilir. Primer odağın başarılı bir cerrahi tedavisinden yıllar sonra bile kapakta lezyon ortaya çıkabilmektedir. En çok şalazyon, kist, granülom ve ksantom ile karıştırılır. Kapak metastatik tümörleriyle ilgili 3 karakteristik görünüm tanımlanmıştır.

1) Hassas olmayan, endüre plaklar meme karsinomu için,
2) Soliter, enflame olmayan subkütan noduller genellikle malign melanoma için,

3) Ülsere nodüller metastatik akciğer ve mide karsinomları için karakteristiktir (50).

Patolojik olarak primer ile metastaz tümör ayrımı zordur. Kan damarları içinde hücre bulunması, tümörün deri altına lokalize olması, tümör hücreleri çevresindeki belirgin skleroz, deri ve iltihabı hücrelerin relatif yokluğu metastazı düşündürür. İmmünohistokimyasal boyalarla da primer odak saptanabilir. Örneğin meme karsinomunda alfa laktalbumin, prostat karsinomunda asit fosfataz, GIS karsinomunda karsinoembriyojenik antijen (CEA) bakılabilir. Tedavide lezyon tek ise cerrahi olarak çıkarılır, yaygın ise radyoterapi uygulanır (52).

2.3.2. Perioküler Tümörlerde Tanı ve Tedavi

Perioküler tümörlerin uygun şekilde tedavisi için önce doğru tanı konulmalıdır. Tümörün yeri, şekli, rengi, çevre dokulara yapışık olup olmaması, damarlanması, pigmentasyonu, gelişim süresi ve hızı, predispozan faktörlerin varlığı göz önüne alınmalı, komşu lenf nodlarının durumu incelenmelidir. Çoğu tümör karakteristik klinik görünüme sahip olsa da kesin tanı biopsi veya eksizyon ile alınan dokuların histolojik incelenmesi ile konabilir. Küçük tümörlerde eksizyonel biyopsi kuraldır. Büyük tümörlerde ise sağlam doku sınırından 2-5 mm genişlikte ve tümörün tam derinliğini kapsayacak şekilde biyopsi alınmalıdır. Biyopsi teşhis ve tedavinin ilk basamağıdır. Malign tümörlerin primer tedavisi cerrahidir.

Cerrahi uygulanamayan hastalarda başlıca diğer tedavi yöntemleri: radyoterapi, kriyoterapi, küretaj ve elektrodesikasyon, diyatermi, dikloroasetik asit gibi kimyasal maddeler, immunoterapi, sistemik sitotoksiklerle kemoterapi ve fotodinamik tedavidir.

1- Cerrahi Tedavi

Tedavi şeklinin seçimi büyüklük, yerleşim, vital yapıların invazyonu, histopatoloji, yaş, genel durum, kozmetik kaygılar ve hasta tercihi gibi faktörlere

göre değişiklik gösterir. En önemli tedavi seçeneği cerrahi eksizyon ve sonrasında oluşan defektin onarılmasıdır. Amaç en az rekürrens, morbidite ve en düşük maliyetle tümörü almaktır.

Cerrahi eksizyonun başarısı cerrahi sınırların tümörden tamamen temizlenmesine bağlıdır. Cerrahi mikroskopik denetimle yapılmadığında olguların yarısına yetersiz eksizyon yapıldığını, bu olguların ancak ¼'ünün nüks ettiği bildirilmiştir. Aynı şekilde yetersiz izlem süreleri de benzer sonuçları verebilir. Perioküler BHK'lerin subklinik yayılımları cerrahi sınırların belirlenmesinde hayati önem taşır. Wolf ve arkadaşları 2 cm'den küçük BHK'de tümör çevresinden 4 mm sağlıklı doku çıkarılmasıyla %98 oranında başarı saptamışlardır.

Cerrahi tedavinin en önemli sorunu maliyettir. Ayrıca cerrahi tedavinin başarısını arttırmaktaki etkinliği kabul gören dondurulmuş kesit ve Mohs mikroskopik denetimli cerrahisi gibi uygulamalarla bu maliyet daha da artmaktadır (53). Cerrahi rezeksiyonda 2 teknik kullanılır:

a. Mohs Mikrografik Tekniği

1946 yılında Frederick Mohs tümörün tam eksizyonu için kendi tekniğini yayınlamıştır (54). Görünen tümörün cerrahi eksizyonundan sonra parçanın tüm kenarı çıkarılır ve horizontal kesitler alınarak parça histolojik olarak incelenir. Rezidüel tümör alanları tespit edilir, yeniden rezeksiyon yapılır ve bu işlemler cerrahi sınırlar temiz olana kadar tekrarlanır. Doku farklı birçok teknikle hazırlanabilir fakat temel prensipler aynıdır. Bu tekniğin avantajları daha yüksek oranda kür sağlaması ve eksize edilen normal dokunun miktarı azaldığından kozmetik sonucun daha iyi olmasıdır. Mohs tekniği iki temel prensibe dayanır: birincisi, tüm bazal hücreli kanserlerin ardışık büyüme ile yayıldığı, ikincisi ise kür elde etmek için tüm tümör hücrelerinin alınması gerektiğidir. Rekürren veya yetersiz eksizyon yapılmış tümörlerde, sınırları belirsiz, agresif histolojisi olan, büyük primer lezyonlarda, yüksek risk veya kozmetik olarak önemli bir yerleşimde olan tümörlerde bu tekniğin akılda tutulması uygundur (54).

b. Dondurulmuş Kesitli Rezeksiyon

Tümör gözle görülebilen sınırlardan 3-5 mm'lik sağlam doku ile birlikte çıkarılır. Cerrahi sırasında dokunun tüm sınırları patolog tarafından değerlendirilerek, tümör kalıntısı olup olmadığı belirlenir. Bu yöntemle tümör sınırlarının kontrolü hastanın ikinci bir cerrahiye gereksinimini azaltır. Bu yöntemle BHK'da cerrahi başarı oranı %99-100 olarak bildirilmiştir (55).

2- Kriyoterapi

Kriyoterapi genel durumu bozuk yaşlı ve cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastalarda, 10 mm'den küçük, sınırları belirgin lezyonlarda cerrahiye alternatif bir tedavidir (56). Sıvı nitrojen, kriyo probu ile direkt temas veya sprey ile püskürtme şeklinde kullanılan en etkin dondurucu maddedir. -30 C°'de ard arda donma/çözülme işlemi ile tümör hücreleri tahrip edilebilmektedir. Malign hücreler dondurma işlemine normal hücrelerden daha hassastır. Buzlanma etkisinin kitlenin 3-4 mm dışına taşması gereklidir. Bu yöntemde nüks daha yüksektir. Konjonktival forniks tutulumu olan tümörlerde, periosta fikse tümörlerde, kapakta motor veya duyusal denervasyon olduğu durumlarda, kriyoglobulünemisi olanlarda, koyu pigmente deride, 10 mm'den büyük ve sınırları belirsiz lezyonlarda kriyoterapi sakıncalıdır (57). Radyoterapi ve kriyoterapi uygulamasında ortak bir sorun tümörün histopatolojisinin ve sınırlarının bilinememesidir. Bunun için mutlaka biyopsi gereklidir. Genellikle zaten küçük boyutlu olan tümörlerin biyopsi yerine total olarak çıkarılması daha uygundur (58).

3- Lazer Cerrahisi

Karbondioksit lazerin kızılötesi ışını ile yapılan cerrahi, geleneksel yöntemle yapılan cerrahiye göre birçok teorik kazanım sağlar. Kızıl ötesi ışın hücre içi sıvıyı buharlaştırarak dokuyu buharlaştırır. Doku yıkımı ısı koagülasyonunun 30-40 mikron uzağından kitleyi çevreler, ince katmanlar halinde kansız eksizyon ile kitle evrelendirilebilir. Bu lazerle tümörlü doku bölgesinin bütünlüğü korunur. Antikoagülan kullanan ya da kalp pili taşıyan hastalarda elektrokoter gereksinimini ortadan kaldırarak katkı sağlar (15).

4-Radyoterapi

Işın tedavisi bir alan tedavisidir. Cerrahi tedaviler geliştikçe yeri azalmıştır. Özellikle yoğun kronik hastalıkları olan, yaşlı hastalara ya da cerrahi tedavisi mümkün olmayan kitlelerin tedavisinde önerilmektedir. Işın tedavisinde sınırlar belirleneme-diğinden morfea tümör, nüks oluşumlar, üst kapağın ortasını tutan oluşumlar, kemiğe yayılmış kitleler, iç kantüs tümörlerinde önerilmemektedir. Nüks oranı %5-30 arasındadır.

Bazı serilerde cerrahi sonuca benzer biçimde 5 yıllık izlem sonucunda %90-95 başarı bildirilmiştir. Morfea tipi kitlelerin ışına dirençli olabileceği bildirilmiştir. Göz korunarak her seansta 250-650 cGy olmak üzere toplam 3400-6500 cGy dozda uygulanır. Sağlıklı derinin 1-10 mm'si ışın alanı içine girer. Işının yan etkileri arasında kirpik kaybı, kanal tıkanıklığı, epifora, deri telenjiektazisi, deri atrofisi, deri nekrozu, ışın dermatiti, konjonktiva keratinizasyonu, kuru göz, kornea ülseri, kornea delinmesi, entropion, ektropion, katarakt, pigment değişimleri sayılabilir. Nüks durumunda tedavi güçleşir (59).

5- Küretaj ve Elektrodesikasyon

Gözden uzak kitlelerin tedavisinde en çok yararlanılan yöntemdir. Alan tedavisi olması ve tedavi sonrası kapak çevresinde oluşan izler uygulamayı sınırlar (60).

6- Kemoterapi

Genellikle ileri yaygın cerrahinin uygulanamayacağı kitlelere uygulanır. Cerrahi gereksinimini ortadan kaldırabilir ya da cerrahiye yardımcı olabilir (61). Tek başına cis-platin veya doksorubisin ile birlikte uygulandığında yararlı etkileri bildirilmiştir (62). Sistemik kemoterapinin genel yan etkileri dışında papil ödemi, kortikal körlük, optik atrofi, retina pigment değişimleri gibi yan etkileri bildirilmiştir (63).

7-İnterferon

Lezyon içi enjeksiyonlarla tümörün yok edildiği ve rezidüel kitlenin kalmadığı çalışmalarla ortaya konmuştur fakat bu yöntemin etkinliğinin belirlenmesi için önce daha geniş ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır (15).

8- Fotodinamik Tedavi

Hematoporfirin gibi ışığa duyarlılık kazandıran bir madde yerel veya sistemik olarak verilerek tümör hücrelerinde yeterli düzeylerde birikim sağlanır. Etken tümörde biriktikten sonra ışığa duyarlı madde bir ışık kaynağı ile uyarılarak tümör sınırının 2 cm çevresine kadar hücre nekrozu sağlanır (16). Sağlıklı derinin yıkımını en aza indirmek için neoplastik epitelde ışığa duyarlılık sağlayan etken maddenin seçici birikimine bağlı bir yöntemdir. Lokal uygulamada emilim sorun olabilir. Sistemik uygulamada hastada genel ışık duyarlılığı gelişebilir (64).

9- Retinoidler

Entretinate ve izotretinoinin BHK'de kullanımı ile ilgili çalışmalar değişken sonuçlar vermektedir. Özellikle bazal hücreli nevüs sendromunda yararlanılmıştır. Tümör kısmen geriler. Ciddi yan etkileri kullanımını sınırlar. Nüks oranı yüksektir. Bu nedenle retinoidler tümörün tedavisinden çok önlenmesinde denenmiştir. Ancak başarılı sonuç vermemiştir (64).

10- Ekzanterasyon

Orbital yayılımı olan vakalarda ekzanterasyon uygulanmalıdır. Malign melanomda ise tümör yaygınsa, palpebral konjonktivayı tutmuş ve rekürrens göstermişse ekzanterasyon gerekir (64).

2.4. GÖZ KAPAĞI VE PERİOKÜLER BÖLGE REKONSTRÜKSİYONU

Göz küresi bütünlüğünün korunması ve görmenin sürdürülmesinde göz kapakları önemli rol oynar. Rekonstrüksiyonda amaç işlevsel ve görsel bütünlüğü sağlamaktır. Defektin boyu, yerleşimi, biçimi, ilişkili olduğu anatomik yapılar ve bunların işlevleri yöntemin seçilmesinde başlıca belirleyici etkenlerdir. Yaşlılarda kapak daha gevşek olduğu için daha geniş defektlerin birincil onarımına imkan verir. Radyasyon görmüş göz kapaklarının onarımı daha zor olup daha az oranda birincil onarıma olanak verir. Kapak rekonstrüksiyonlarında işlevsel yetersizlik sonucunda korneal ülser veya çift görme gibi oküler komplikasyonlar gelişebilir**.** Kapak rekonstrüksiyonunda 4 temel prensip vardır;

1. Kapak ön ve arka lamel olmak üzere iki bölümden meydana gelir. Ön lamel kas-cilt dokusu, arka lamel tars ve müköz membrandan meydana gelir,
2. Bir kapak lameline serbest greft yerleştirilir ise diğer lamele vaskülarizasyonu iyi olan transpozisyon, rotasyon veya ilerletme flebi yapılması gereklidir,
3. Serbest greft doku kaynakları sınırlıdır,
4. Arka kapak lameli tarsın pedikül veya ilerletme flebi, serbest burun septum grefti ve serbest tarsokonjonktival greft ile oluşturulabilir (22).

2.4.1. Üst Kapak Rekonstrüksiyonu

Üst kapak rekonstrüksiyonu, oküler komplikasyonlarını önlemek için dikkatli yapılmalıdır. Özellikle Bell fenomeni olmayan olgularda açıkta kalma keratopatisine neden olabilir. Lateralde kantal, levator ve ön orbita alanında yapılan cerrahide lakrimal bez korunmalıdır. Lagoftalmus genellikle yara kontraktürü veya vertikal cilt kısalması nedeniyle oluşur. Cerrahi sırasında levator kası korunarak pitozis oluşumu genellikle önlenebilmektedir. Üst kapak tarsı alt kapak rekonstrüksiyonunda stabil bir destek sağlarken alt kapağınki üst kapak için aynı desteği sağlayamaz.

a. Kapağın %25 ve daha azını tutan kapak defektleri:

Yara kenarlarının dikkatli şekilde karşı karşıya getirilmesi durumunda doku iyileşmesi daha hızlı olur, enfeksiyon nadirdir.

Birincil kapama, 8 mm altında ya da kapağın %25'inden azını tutan defektlerde uygulanır. Eksik beşgen şekle dönüştürülerek kapak kenarı sütüre edilir. Birincil onarımdan sonra en sık karşılaşılan komplikasyonlar kapak kenarında çentiklenme ve lokal trikiazis oluşumudur. Lokal trikiyazis krioterapi ya da koterizasyon ile giderilebilir. Ayrıca sikatrisyel ektropion, konjonktival fibrotik skar, kornea alt yarıda lokalize keratit görülebilir (22,65).

b. Kapağın %25-50'sini tutan defektler:

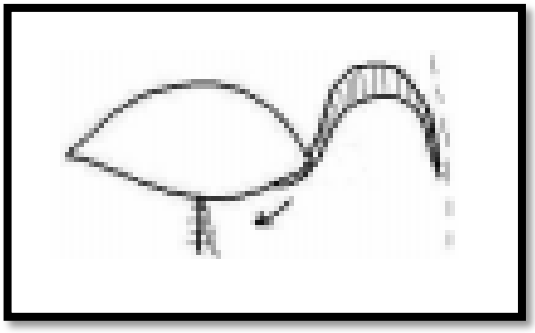
-Lateral kantotomi ve Kantolizis: On altı milimetreye kadar olan üst kapak defektleri lateral kantolizis ile kapatılabilir. Lateral kantotomi yapıldıktan sonra dış kantal ligamanın üst bacağı orbital kenara yakın kesilir. Bu işlem üst kapağın 5-6 mm uzamasını sağlar. Tars ve Müller kası aynı gözün diğer kapağından ya da karşı gözün herhangi bir kapağından alınan ön ve arka lameli içeren bileşik serbest greftlerdir. Diğer kapağın dörtte biri genişliğinde alınan bileşik greft sonrası oluşan defekt primer olarak kapatılabilir. Kompose greftler için maksimum genişlik 8 mmdir. Burun septumundan elde edilen kondromukozal greft kompose bir grefttir .

-Medial Kantotomi ve Kantolizis: Üst ve alt kapağın yarısına kadar olan defektlerin giderilmesinde uygulanabilecek alternatif bir yöntemdir. En önemli komplikasyonu kanalikülün kesilerek epiforaya neden olunmasıdır (66).

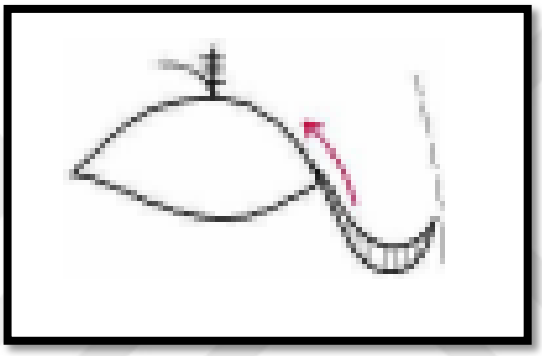
c. Kapağın %50-75'ini tutan defektler:

-Tenzel semisirküler flebi: Bu yöntemin uygulanabilmesi için medial ve lateralde en az 2 mm'lik tars parçası kalmış olmalıdır. Kaş dış kenarını geçmeyen yarımay şeklinde bir flep oluşturulur. Alt kapak defektlerinde açıklığı aşağı, üst kapak defektlerinde açıklığı yukarı bakan flebin genişliği yaklaşık 2 cm kadardır (67).

-Tarsal rotasyonel flepler: Üst kapağın 2/3'üne kadarını kaplayan defektlerde kalan tarsokonjonktival dokudan flep çevrilerek arka kat oluşturulabilir (68).



Şekil 9. Alt kapak defektlerinde Tenzel flebi



Şekil 10. Üst kapak defektlerinde Tenzel flebi

d. Kapağın %75 ve Daha Fazlasını Tutan Defektler:

Cutler beard yöntemi: Üst kapağın %60'ından fazlasını tutan defektlerde kullanılır. Temel olarak iki aşamada alt kapaktan deri, kas ve konjonktiva olmak üzere tam kat flep kullanılır. Alt kapak kenarından 5 mm aşağıdan üst kapaktaki eksik genişliğine uygun olarak horizontal insizyon yapılır. İnsizyonun iki ucundan aşağı doğru tam kat 10-15 mm'lik vertikal insizyon yapılarak flep hazırlanır. Flep alt kapakta 5 mm bırakılan kapak kenarının altından yukarı doğru kaydırılıp defekt bölgesine üç kat halinde sütüre edilir. Konjonktiva 6/0 vikril ile üst kapak konjonktivasına, Üst kapak levator apenevrozu alt kapak flebinin retraktörlerine 6/0 vikril ile, deri 6/0 ipek ya da vikril ile sütüre edilir. Alt kapakta ilerletme flebinin

kanatları açıkta kaldığından postoperatif dönemde kapak ayrılıncaya kadar topikal antibiyotikli pansuman enfeksiyon gelişimini önlemek açısından önemlidir. 8-12 hafta sonra flep kesilerek üst kapak kenarı oluşturulur. Bu süre sonunda lenfatikler yeniden oluşumunu tamamlamış ve alt kapak gerginliği yeterli uzamayı sağlamıştır. Üst kapaktaki konjonktiva ciltten daha fazla olamayacak şekilde flep kesilir. Fazla kalan konjonktiva entropionu engellemek için kapak kenarında kıvrılarak cilde sütüre edilir.

Bu yöntemin iki olumsuz yönü vardır. Birincisi göz uzun süre kapalı kalmakta, ikincisi oluşturulan kapak kenarı kirpik bulundurmamaktadır (69). Alt kapakta ektropion, kapakta şekil bozukluğu, üst ve alt kapakta skar sonucu retraksiyon diğer komplikasyonlar arasındadır (22,68).

Mc Cord yöntemi: Cutler-Beard yönteminin modifikasyonudur. Bu yöntemde ilerletilen flepte tarsal doku bulunmadığı için deri kas katı ile konjonktiva arasına kulak kıkırdağı veya verici sklerası yerleştirilir. İlerletme flebi hazırlanırken tars yerinde bırakılır. İlerletme flebindeki konjonktiva ayrılır ve eksik bölgesindeki konjonktivaya sütüre edilir. Bunun üzerine skleral greft veya kulak kıkırdağı üstte levator aponörozuna yanda tarsal kenarlara sütüre edilir. Cutler-Beard yönteminde olduğu gibi 8-12 hafta sonra kapak kenarı ayrılır ve repoze edilir (70).

"Ters" değiştirilmiş Hughes yöntemi: Alt kapaktan alınan tarsokonjonktival flap üst kapaktaki defekt yerine taşınır, ön lamel ise serbest deri grefti ile oluşturulur (40).

Tek basamaklı rekonstrüksiyon: Bu yöntemde karşı taraf üst kapaktan alınan tarsokonjonktival flep üzerine ön lamel oluşturulması için lokal muskulokutanöz flep çevrilir (71).

Alt kapak kenarından pediküllü flep: Bu teknikte, alt kapak kenarı iki aşamalı bir işlemle üst kapağa transfer edilir. İlk aşamada pedinkül üst kapağa yerleştirilir, ikinci aşamada pedinkül ayrılır ve alt kapak düzeltilir. Üst kapakta kirpik kaybı görülmez (40).

Kompozit greftler: 35 yaşın üzerindeki hastalarda kapak defektlerini onarmak için diğer üst kapaktan en fazla 8 mm tam kat cilt grefti alınarak yapılır. Ön

lamel aynı kapaktan cilt ilerletme flebi ile oluşturulur. Diğer taraftan alınan üst ve bazen alt kapak tam kat greftler kullanılır. Greftin üzerindeki muskulokutanöz tabaka kirpiklerin hemen üzerine kadar çıkartılır. Tek gözlü hastalarda gören gözün kapatılmasına yol açmadığı için tercih edilebilir. Greft defekt alanına yerleştirildikten sonra üzeri deri-kas flebi ile kaplanır. Düzgün bir kapak kontürü elde edilmesine rağmen yaklaşık olarak olguların %50'sinde kirpikler korunamaz (72,73).

Medial alın flebi: Nadir kullanılan bir teknik olup diğer tekniklerin uygulanamadığı geniş üst kapak defektlerinde kullanılır (46).

Temporal alın flebi: Kaşın üzerindeki alandan alınan temporal tabanlı transpozisyon flebi ile üst kapak defekti kapatılır. Çoğu kez flebin normal deri üzerinden geçen kısmı ikinci bir işlemle düzeltilir. Flep daha sonrasında inceltme işlemine tabi tutularak normale daha yakın bir görünüm ve fonksiyon verilebilir (46).

2.4.2. İç Kantal Defektler

Bu bölgedeki tümörler rekonstrüksiyon yöntemlerindeki farklılık ve nüks oranlarının yüksek olması nedeniyle ayrı bir önem taşır. Kozmetik ve işlevsel açıdan önemli gözyaşı kesesi, punktum, kanalikül, kantal ligaman gibi yapılar bu bölgede bulunur. Birinci amaç kitlenin tümüyle çıkarılmasıdır. Periost tutulumu varsa komşu kemik disseke edilmeli ve patoloji tarafından değerlendirilmelidir. Karünkül tutulumu aşırı diseksiyon gerektirir. Konjonktiva eksiği semblefaron oluşumunu önlemek için yerine konmalıdır.

Spontan granülasyon (Laissez-Faire yöntemi): Üst ve alt kapağı içermeyen buruna yakın eksiklerde tercih edilebilir. Cerrahi süresi kısadır. Lezyon nüks açısından izlenebilir ve sonrasında yeniden yapılandırma düşünülebilir. Antibiyotikli pomad ve kapama ile 2-3 haftada iyileşme gözlenir (74).

Tam kat deri grefti: Defektin altında yumuşak doku olduğunda greftin tutma olasılığı fazla iken; kemik, yağ dokusu ya da daha önce radyasyon uygulanan bölgelerde uygulandığı zaman tutma olasılığı zayıftır. Verici deri kulak arkası bölge veya supraklaviküler bölgeden elde edilebilir. Kozmetik sonuç oldukça iyidir (66).

İlerletme flebi: Çevredeki cilt cilt altı dokusu avive edilerek bu bölgeye ilerletilir. İlerletilen parça iç kantal bölgeye sıkıca sutüre edilmeli ve iç kantal çukurluk oluşturulmalıdır.

Rotasyonel flepler: V-Y glabellar rotasyonel greft: Alın orta hattında ters V biçiminde yapılan insizyonun ardından kaldırılan flep iç kantal bölgede ve üst kapağın iç tarafındaki eksiklerin onarımında kullanılabilir (66, 75).



Şekil 11. İç kantal bölgede bazal hücreli karsinom izlenen olgunun ameliyat öncesi görünümü



Şekil 12. Hastanın serbest greft uygulamasından sonra görünümü.

2.4.3. Dış Kantal Defeklerde Onarım

Alt ve üst kapağın en az %70'i korunmuşsa, tarsal plakların laterale çekilerek defektin kapatılması mümkündür. Defektin eşkenar biçimine getirilmesi kapatılmasını kolaylaştırır (74). Tarsal plaklar lateral orbita kenarının üst-iç yüzüne periosta tutturulur. Kantus lateralindeki defekt, alt ve üstte oluşturulan iki semisirküler müskulokutanöz flebin rotasyonu ve ilerletilmesi ile kapatılır (76).

2.4.4. Alt Kapak Rekonstrüksiyonu

a. Kapağın %25 ve daha azını tutan defektler:

Birincil kapatma uygulanır. Defekt pentagonal şekle getirilir ve kapak kenarı birleştirilir. Uygun şekilde yapılmayan karşı karşıya getirme kapakta çentiklenme, entropion oluşturabilir (22,66).

b. Kapağın %25-50'sini tutan defektler:

Lateral kantotomi yapılabilir. Alt kapakta gevşeklik, ektropion gibi komplikasyonlar oluşablir (22,66).

c. Kapağın %50-75'ini tutan defektler:

Tenzel semisirküler flep: Burada flep eğriliği aşağıya doğru olmalıdır. Alt kapakta düşüklük, retraksiyon, ektropion ve semblefaron görülen komplikasyonlardır (68).

d. Kapağın %75 ve daha fazlasını tutan defektler:

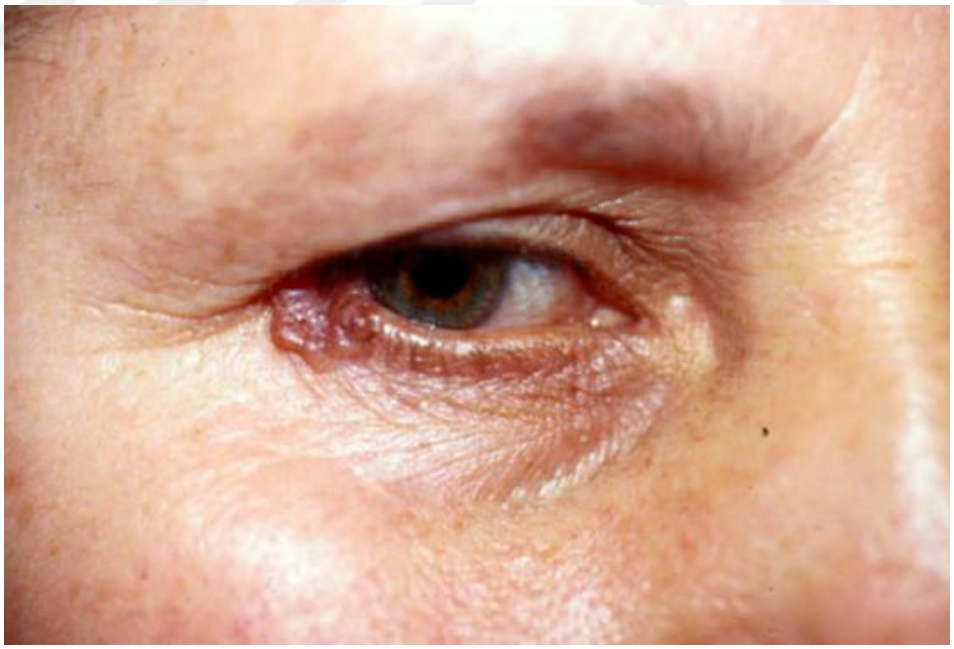
Hughes tarsokonjonktival greft, kompoze greft, Mustarde yanak rotasyonel flebi, Beyer-Bahtrik serbest tarsal defekt, veya Hewes-Beard tarsokonjonktival flep uygulanır.

Hughes tarsokonjonktival greft: En önemli sıkıntısı iki aşamalı girişim gerektirmesi ve ikinci aşamaya kadar gözün haftalarca kapalı kalmasıdır. Aynı taraf üst göz kapağından alt kapağa tarsokonjonktival flep ilerletilir. Deri eksiği ise serbest

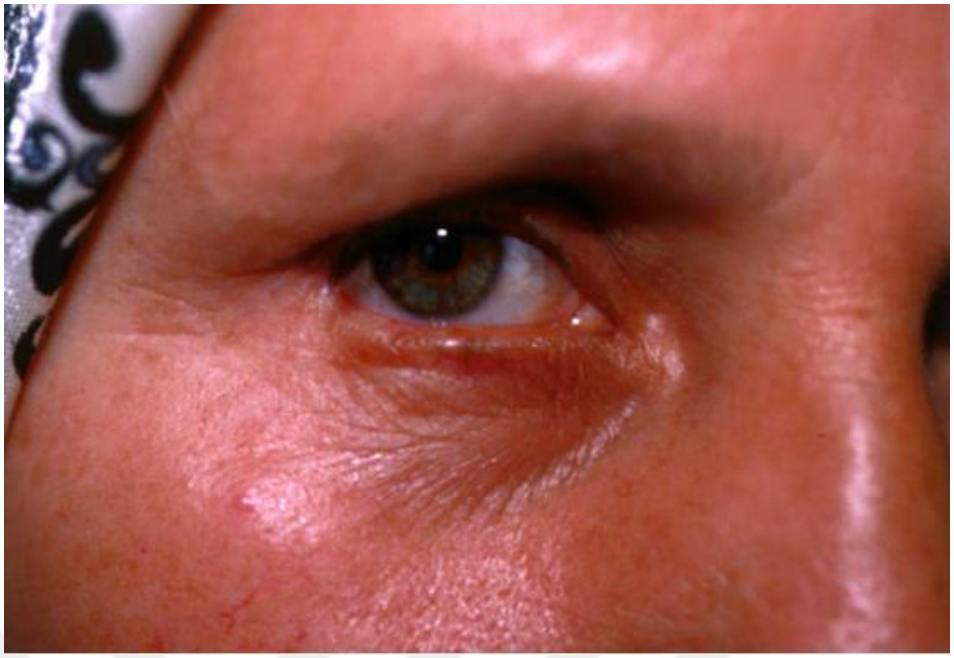
greft ya da yanaktan getirilecek ilerletme flebi ile kapatılır. İki aşamalı olan bu cerrahide iki kapağın ayrılması için 2-3 ay beklemek gerekir. Üst kapakta distorsiyon, kısalma, entropion, ektropion, trikiazis, keratit, kornea irritasyonu, çentiklenme gibi komplikasyonlar görülebilir (15,22,66).

Kompoze greftler: Aynı gözün diğer kapağından ya da karşı gözün üst kapağından alınan ön ve arka lameli içeren bileşik serbest greftlerdir. Diğer kapağın dörtte biri genişliğinden alınan bileşik greft sonrası oluşan eksikler birincil olarak kapatılır. Kompoze greftler için en fazla genişlik 8 mm olarak belirlenmiştir (22,73).

Heterolog kartilaj ile arka kat yeniden yapılandırılması: Steinkogler tarafından işlenmiş bovin kartilajın başarıyla uygulanabileceği bildirilmiştir (77). Yöntem arka kat oluşturulması için yapılacak girişimlerin süresini azaltabilir. Yöntemin tama yakın genişlikteki kapak onarımlarında uygulanabileceği aktarılmıştır (22).



Şekil 13. Alt kapak dış kenarda bazal hücreli karsinom bulunan olgu



Şekil 14. Üstteki olgunun tenzel semisirküler flebi uygulandıktan sonraki görünümü

3. MATERYAL VE METOD

Bu araştırmada Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2010 – Aralık 2019 tarihleri arasında premalign ve malign sebeplerle perioküler rekonstrüksiyon yapılan 107 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar kliniğimize perioküler bölgede uzun süredir var olan, iyileşmeyen, renk ve şekil değişikliği gösteren, büyüklüğünde artma olan lezyonlar nedeni ile başvurmuşlardır. Ayrıntılı anamnezde hastaların yaşı, cinsiyeti, mesleği, sigara içme öyküsü detaylı olarak sorgulanmıştır. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenede lezyonları yeri, çapı tespit edilerek kayıt altına alınmıştır. Hastalardan lokal anestezi altında insizyonel/eksizyonel biyopsi alınarak patolojik tanıları konulmuştur. Hastaların patolojik tanıları bazal hücreli karsinom (BCC), skuamoz hücreli karsinom (SCC), SCC in stu, malign melanom (MM), aktinik keratoz, bazoskuamoz karsinom olarak saptanmıştır. Hastaların yaşı, genel durumu, ek kronik hastalıkları, tümörün bölgesi ve büyüklüğüne göre lokal veya genel anestezi planlanmıştır. Genel ameliyat hazırlığı için hastalara rutin hemogram, biyokimya, koagülasyon, ekg ve akciğer grafisi gibi tetkikler yapılmıştır. Hastalar ameliyathaneye alınarak cerrahi alan örtünmeden sonra %10'luk polividone iyot ile steril hale getirildi. Her iki göz üzerine antibiyotikli pomad uygulanarak steril strip ile göz kapakları kapatıldı. Steril kalem ile temiz cerrahi sınırlar işaretlendi. Bu sınırlar AC için 0,5 cm, BCC için 0,5-1 cm, SCC, SCC in stu ve bazoskuamoz karsinom için 1 cm, MM için 2,5-3,5 cm olarak belirlendi. Vazokonstrüksiyon sağlanması için lokal anestezik infiltrasyon uygulandı. Tümörün tam kat rezeksiyonu sonrasında hastanın yaşı, defektin boyut ve lokalizasyonu, geri kalan orbikularis okuli kası, orbital tars, cilt ve mukoza miktarına göre hasta için en uygun rekonstrüksiyon tekniği belirlendi. Rezeke edilen spesmene işaret süturlar konuldu. Ameliyat sonrasında göz serum fizyolojik ile irrige edildi. Hastaların postop takibinde oral antibiyotik, antibiyotikli cilt pomadları ve ihtiyaca göre göz damlaları verildi. Cilt dikişleri 5-7. günlerde alındı.



Resim 1: Hasta 1-İnfraorbital ve nazal bcc

(Preoperatif, intraoperatif uygun güvenlik marjıyla işaretleme, intraoperatif nazal tam kat deri grefti, infraorbital primer sütürasyon, postoperatif 5.gün)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 2: Hasta 2-Supraorbital scc in situ

(Preoperatif, intraoperatif uygun marj ile eksizyon, intraoparatif tam kalınlıkta deri grefti, post operatif 2.hafta)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 3: Hasta 3-İnfraorbital ve medial kantal bcc

(Preoperatif, intraoperatif uygun marj ile eksizyon, intraoparatif tam kalınlıkta deri grefti, post operatif 1. sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 4: Hasta 4-İnfraorbital melanoma in situ

(Preoperatif, intraoperatif bilobe flep , postoperatif 3.hafta, post operatif 6. ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 5: Hasta 5- Medial kantal bcc

(Preoperatif, intraoperatif procerus flep, postoperatif 4.gün, post operatif 9.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 6: Hasta 6- Medial kantal ve nazal bcc

(Preoperatif, intraoperatif uygun marj ile eksizyonlar, intraoparatif nazal ilerletme flebi ve procerus ilerletme flebi, post operatif 1. ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 7: Hasta 7- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoparatif yanak ilerletme flebi, postoperatif 5.gün, post operatif 1. sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 8: Hasta 8- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif yanak ilerletme flebi, postoperatif 9. ay, post operatif 2. sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 9: Hasta 9- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif yanak ilerletme flebi, postoperatif 4.ay, post operatif 15.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 10: Hasta 10- Supraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif ilerletme flebi, postoperatif 2.hafta, post operatif 1. sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 11: Hasta 11- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif tripier flep, postoperatif 3.gün , post operatif 1.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 12: Hasta 12- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif anguler arter bazlı flep çizimi, intraoparatif flebin eleve edilmesi, post operatif 3.gün)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 13: Hasta 13- Üst göz kapağında bcc

(Preoperatif, intraoperatif anguler arter bazlı flep, postoperatif 2.hafta, post operatif 8.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 14: Hasta 14- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif rhomboid flep, intraoperatif flebin eleve edilmesi, postoperatif 4.gün)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 15: Hasta 15- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif bilobe flep, postoperatif 3. gün, post operatif 1.sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 16: Hasta 16- Nazojugal bcc

(Preoperatif, intraoperatif nazolabial ilerletme flebi, postoperatif 5.gün, post operatif 2.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 17: Hasta 17- İnfraorbital bcc

(Preoperatif, intraoperatif uygun güvenlik marjıyla eksizyon, intraoperatif anguler arter bazlı flep, postoperatif 4.gün)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 18: Hasta 18- İnfraorbital scc

(Preoperatif, intraoperatif v-y ilerletme flebi, postoperatif 2.hafta, post operatif 1.sene)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 19: Hasta 19- Medial kantal bcc

(Preoperatif, intraoperatif uygun marj ile eksizyon, intraoperatif alın flebi ve tam kat deri grefti, post operatif 4.ay)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020



Resim 20: Hasta 20- Medial kantal scc

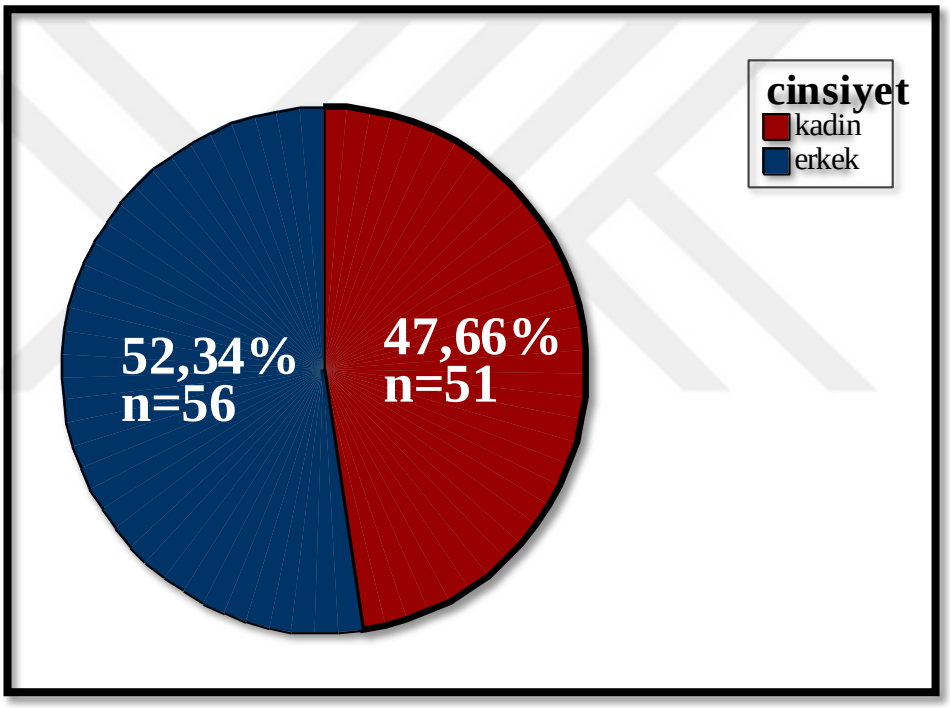
(preoperatif, intraoperatif alın flebi,intraoperatif flep adaptasyonu, postoperatif 8.gün)

Dr. Serkan Avunç, Uzmanlık tezi,

Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği Ankara 2020

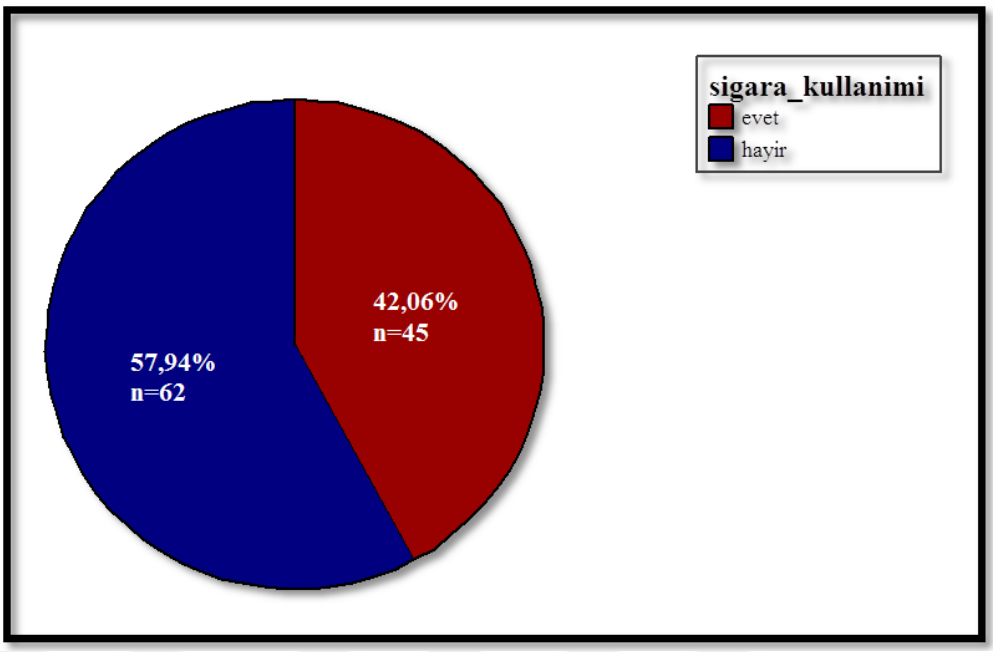
4. BULGULAR

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2010 – Aralık 2019 tarihleri arasında premalign veya malign perioküler bölge tümörü nedeni ile opere edilen 107 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 51 tanesi (%47,66) kadın, 56'sı (%52,34) erkekti (Grafik 1). Yaşları 39 ile 97 arasında (ortalama 67,34±11,9) değişmekteydi. Tümör eksizyon çapı aralığı 0,5-4 cm arasında olup ortalama 2,2 cm (±1,04) idi.



Grafik 1. Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Çalışmada 45 hastada (%42,06) sigara kullanımı mevcut iken, 62'sinde (%57,94) sigara kullanımı saptanmamıştır (Grafik 2).

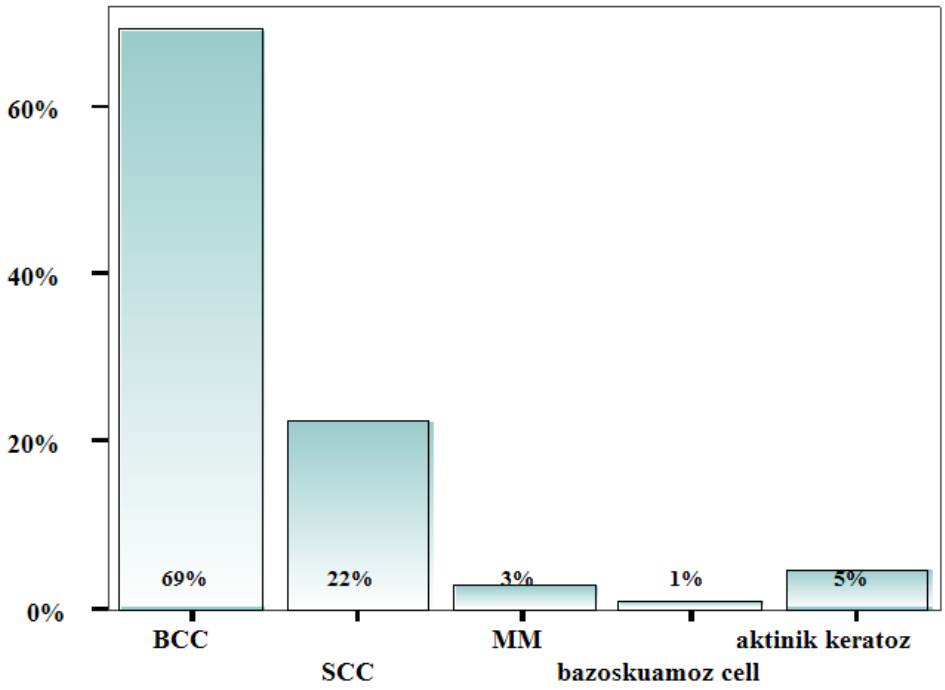


Grafik 2. Hastaların sigara kullanımına göre dağılımı

Hastaların histopatolojik tanılarına bakıldığında; 74 hasta (%69,2) BCC, 24'ü (%22,4) SCC, 3 hasta (%2,8) MM, 1'i (%0,9) bazoskuamoz hücreli karsinom, 5 hasta (%4,7) da aktinik keratoz/diğer premalign tümör tanılarını almıştır (Tablo 2) (Grafik 3).

Tablo 2. Hastaların histopatolojik tanılarına göre oranları

Tümörün çeşiti	Sayı (N)	Yüzde (%)
BCC	74	69,2
SCC/ SCC in situ	24	22,4
MM/ Melanoma in situ	3	2,8
Bazoskuamoz cell	1	0,9
A.Keratoz / diğer premalign tümör	5	4,7
Toplam	107	100

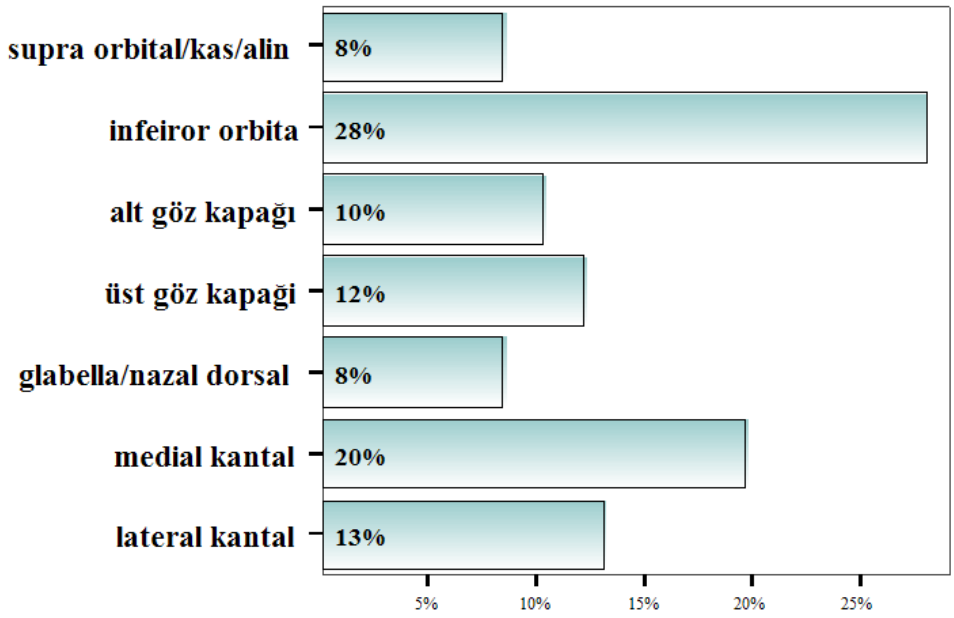


Grafik 3. Hastaların histopatolojik tanılarına göre dağılımı

Tümörlerin yerleşim yerine göre dağılımında en fazla inferior orbital bölge yer almaktadır. 30 vaka inferior orbital bölgeden kaynaklanmaktadır. Yirmi bir hastada medial kantal, 14 hastada lateral kantal, 13'ünde üst göz kapağı, 11'inde alt göz kapağı, 9 hasta glabella/nazal dorsal bölge, 9'u ise kas /alın/ supraorbital bölgede yerleşimli tümör saptanmıştır (Tablo 3) (Grafik 4).

Tablo 3. Tümörlerin lokalizasyona göre oranları

Tümörün yeri	Sayı (N)	Yüzde (%)
Lateral Kantal	14	13,1
Medial Kantal	21	19,6
Glabella/Nazal Dorsal	9	8,4
Üst Göz Kapağı	13	12,1
Alt Göz Kapağı	11	10,3
İnferior Orbita	30	28,0
Supraorbital/ Kaş / Alın	9	8,4
Toplam	107	100



Grafik 4. Tümör lokalizasyonuna göre dağılım

Hastalar tümör eksizyon çaplarına göre incelenmiştir. Eksizyon çapı 60 vakada 1-2 cm arasında, 24'ünde 1 cm altında, 11'inde 2-3 cm arasında, 5'inde 3-4 cm arasında, 7'sinde ise >4 cm olarak saptanmıştır (Tablo 4).

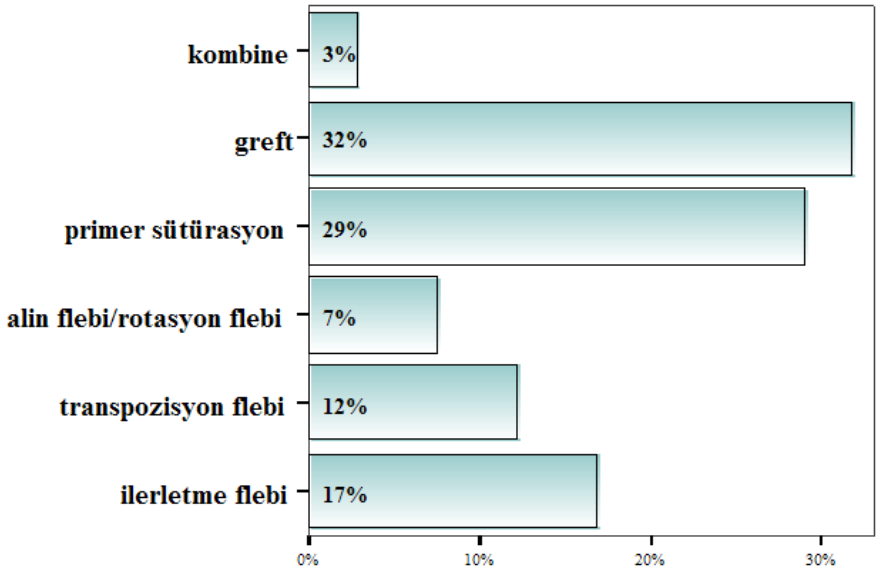
Tablo 4. Hastaların tümör eksizyon çapına göre dağılımı

Eksizyon çapı	Sayı (N)	Yüzde (%)
<1 cm	24	22,4
1 cm- 2 cm arasında	60	56,1
2 cm- 3 cm arasında	11	10,3
3 cm- 4 cm arasında	5	4,7
>4 cm	7	6,5
Toplam	107	100

Çalışmada 31 vakada primer süturasyon yapılmıştır. Otuz dört hastaya greft konulmuştur. Otuz dokuz hastada ise fleple onarım yapılmıştır. Flep çeşitlerine göre dağılım incelendiğinde; 18 vakada v-y flep, glabella flebi gibi ilerletme flepleri, 13'ünde romboid, bilobe gibi transpozisyon flepleri, 8'inde alın gibi rotasyon flepleri yapılmıştır. Üç vakada ise flep+flep veya flep+greft gibi kombine onarım yapılmıştır (Tablo 5) (Grafik 5).

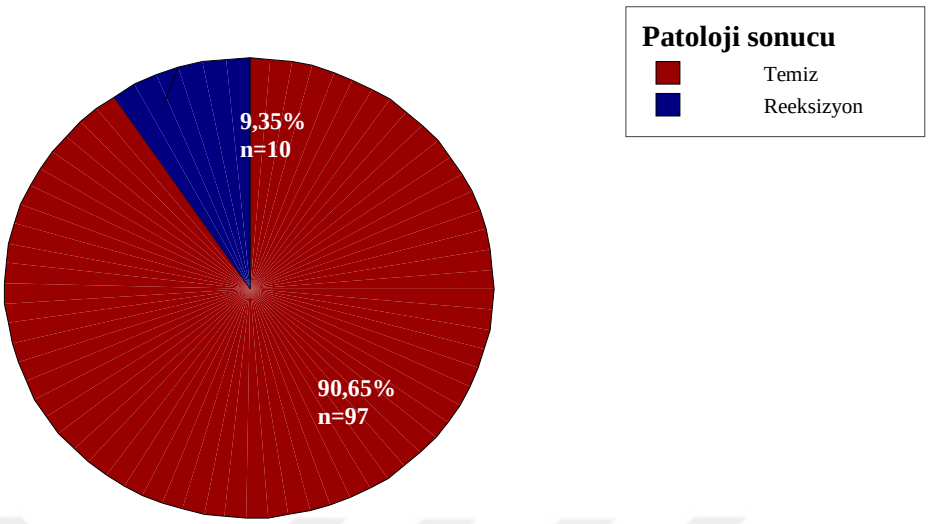
Tablo 5. Hastaların kullanılan cerrahi yöntemlere göre oranları

Yapılan operasyon	Sayı (N)	Yüzde (%)
Primer süturasyon	31	29,0
Greft	34	31,8
İlerletme Flepleri (v-y flep, glabella flebi vs.)	18	16,8
Transpozisyon Flepleri (romboid, bilobe vs.)	13	12,1
Rotasyon Flepleri (alın flebi vs.)	8	7,5
Kombine (flep+greft, flep+flep vs.)	3	2,8
Toplam	107	100



Grafik 5. Hastaların kullanılan cerrahi yöntemlere göre dağılımı

Hastalar postoperatif patoloji sonuçlarına göre değerlendirildiğinde 97 vakada cerrahi sınırların temiz olduğu görülmüştür. On vakada ise tümörün en az 1 lateral sınırda ya da tabana doğru devamlılık gösterdiği ve reeksizyon gerektiği saptanmıştır (Grafik 6).



Grafik 6. Hastaların postoperatif patoloji sonucuna göre dağılımı

Hastaların sigara kullanımı ve postoperatif patoloji sonucu arasındaki ilişki incelenmiştir. Sigara kullanan 38 hastada cerrahi sınır temiz olarak raporlanırken, sigara kullanmayan 59 hastada cerrahi sınır temiz olarak saptanmıştır. Sigara kullanan 7 hastada, sigara kullanmayan 3 hastada ise reeksizyon gerekmiştir. Sigara kullanımı ile patoloji sonucu arasında anlamlı bir ilişki mevcut değildir (p=0,60>α=0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların sigara kullanımı ve patoloji sonucu arasındaki ilişki

		Patoloji Sonucu		Toplam	Ki-kare test sonucu
Sigara Kullanımı		**Temiz**	**Reeksizyon**		
	Evet	38	7	45	P=0,60
	Patoloji içindeki %	39,2	70	42,1	
	Hayır	59	3	62	
	Patoloji içindeki %	60,8	30	57,9	
Toplam	**Sayı**	97	10	107	
	%	100	100	100	

Hastaların sigara kullanımı ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanan 42 hastanın 21'inde BCC, 18'inde SCC, 2'sinde MM, 1'inde bazoskuamoz hücreli karsinom ve 3'ünde de aktinik keratoz saptanmıştır. Sigara kullanmayan 62 hastanın ise 53'ünde BCC, 6'sında SCC, 1'inde MM, 2'sinde de aktinik keratoz görülürken bazoskuamoz hücreli karsinom raporlanmamıştır. Hastalar BCC, SCC ve diğer tümörler şeklinde gruplandırılmıştır. Tümör çeşiti ile sigara kullanımı arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00 <\alpha=0,05$). Bu ilişkiye göre BCC tanılı hastalarda sigara kullanımı SCC ve diğer tümörlere göre daha fazladır (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların sigara kullanımı ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki

		Tümör Çeşiti					Toplam	Ki-kare test sonucu
Sigara Kullanımı		**BCC**	**SCC**	**MM**	**Bazo Skuamoz**	**A. keratoz**		**P=0,00**
	Evet	21	18	2	1	3	45	
	Tümör çeşiti içindeki %	28,4	75	66,7	100	60	42,1	
	Hayır	53	6	1	0	2	62	
	Tümör çeşiti içindeki %	71,6	25	33,3	0	40	57,9	
Toplam	**Sayı**	74	24	3	1	5	107	
	%	100	100	100	100	100	100	

Çalışmada hastalara yapılan operasyon ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki incelenmiştir. İlerletme flebi yapılan 18 hastanın 11'i BCC, 5'i SCC, 2'si MM tanıları almıştır. Transpozizyon flebi yapılan 13 hastanın 11'i BCC, 1'i SCC ve 1'i de aktinik keratozdur. Rotasyon flebi yapılan 8 hastanın 6'sında BCC, 1'inde SCC ve 1'inde de aktinik keratoz saptanmıştır. Primer süturasyon yapılan 31 hastanın 21'i BCC, 7'si SCC, 1'i MM, 2'si de aktinik keratozdur. Greft konan 34 hastanın 23'ü BCC, 9'u SCC, 1'i bazoskuamoz hücreli karsinom ve 1'i de aktinik keratozdur.

Kombine tedavi (flep+flep veya flep+greft gibi) uygulanan 3 hastanın 2'si BCC ve 1'i de SCC tanısı almıştır (Tablo 8).

Yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; tümör çeşitleri ise BCC, SCC ve diğer tümörler şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile tümör çeşiti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,926 >α=0,05).

Tablo 8. Hastalara yapılan operasyon ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki

		Tümör Çeşiti					Toplam
Yapılan operasyon		**BCC**	**SCC**	**MM**	**Bazo skuamoz**	**A. Keratoz**	
	İlerletme Flebi	11	5	2	0	0	18
	Yapılan operasyon içindeki %	61,1	27,8	11,1	0	0	100
	Transpozisyon Flebi	11	1	0	0	1	13
	Yapılan operasyon içindeki %	84,6	7,7	0	0	7,7	100
	Rotasyon Flebi	6	1	0	0	1	8
	Yapılan operasyon içindeki %	5	12,5	0	0	12,5	100
	Primer Süturasyon	21	7	1	0	2	31
	Yapılan operasyon içindeki %	67,7	22,6	3,2	0	6,5	100
	Greft	23	9	0	1	1	34
	Yapılan operasyon içindeki %	67,6	26,5	0	2,9	2,9	100
	Kombine	2	1	0	0	0	3
	Yapılan operasyon içindeki %	66,7	33,3	0	0	0	100
Toplam	**Sayı**	74	24	3	1	5	107
	%	69,2	22,4	2,8	0,9	4,7	100

*Ki-Kare test sonucu p=0,926

Hastalarda görülen tümörün yerleşim yeri ile çeşiti arasındaki ilişki incelenmiştir. Lateral kantalda yer alan tümörlerin %71,4'ü BCC, %21,4'ü SCC, %7,1'i aktinik keratozdur. Medial kantalda bulunan tümörlerin %61,9'u BCC,

%23,8'i SCC, %4,8'i MM, %9,5'i aktinik keratozdur. Glabella/nazal dorsalde bulanan tümörlerin %77,8'i BCC, %11,1'i SCC, %11,1'i aktinik keratozdur. Üst göz kapağındaki tümörlerin %69,2'si BCC, %30,8'i SCC'dir. Alt göz kapağındaki tümörlerin %54,5'i BCC, %36,4'ü SCC'dir. İnferior orbital bölge kapağındaki tümörlerin %73,3'ü BCC, %20'si SCC, %3,3'ü MM, %3,3'ü bazoskuamoz hücreli karsinomdur. Supraorbital/kaş/alın bölgesindeki tümörlerin ise %77,8'i BCC, %11,1'i SCC, %11,1'i aktinik keratozdur. Tümörün çeşiti ile yeri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (p=0,938) (Tablo 9).

Tablo 9. Tümörlerin yerleşim yeri ile çeşiti arasındaki ilişki

		Tümör Çeşiti					Toplam
Tümörün Yeri		**BCC**	**SCC**	**MM**	**Bazosku-amoz**	**A.keratoz**	
	Lateral Kantal	10	3	0	0	1	14
	Tümörün Yeri içindeki %	71,4	21,4	0	0	7,1	100
	Medial Kantal	13	5	1	0	2	21
	Tümörün Yeri içindeki %	61,9	23,8	4,8	0	9,5	100
	Glabella/Nazal Dorsal	7	1		0	1	9
	Tümörün Yeri içindeki %	77,8	11,1	0	0	11,1	100
	Üst Göz Kapağı	9	4		0	0	13
	Tümörün Yeri içindeki %	69,2	30,8	0	0	0	100
	Alt Göz Kapağı	6	4		0	0	11
	Tümörün Yeri içindeki %	54,5	36,4	9,1	0	0	100
	İnferior Orbita	22	6	1	1	0	30
	Tümörün Yeri içindeki %	73,3	20,0	3,3	3,3	0	100
	Supraorbital/ kaş/alın	7	1	0	0	1	9
	Tümörün Yeri içindeki %	77,8	11,1	0	0	11,1	100
Toplam	**Sayı**	74	24	3	1	5	107
	%	69,2	22,4	2,8	0,9	4,7	100

*Ki-Kare test sonucu p=0,938

Hastalara yapılan operasyon ile eksizyon çapı arasındaki ilişki incelenmiştir. İlerletme flebi yapılan hastaların %5,6'sında eksizyon çapı <1 cm, %66,7'sinde 1-2 cm,

%27,8'inde 2-3 cm olarak saptanmıştır. Transpozisyon flebi yapılanların %30,8'inde eksizyon çapı <1 cm, %61,5'inde 1-2 cm, %7,7'sinde >4 cm'dir. Rotasyon flebi yapılanların %37,5'inde eksizyon çapı <1 cm, %50'sinde 1-2 cm, %12,5'inde >4 cm'dir. Primer süturasyon yapılanların %41,9'unda eksizyon çapı <1 cm, %48,4'ünde 1-2 cm, %3,2'sinde 2-3 cm, %6,5'inde 3-4 cm'dir. Greft konulan hastaların %8,8'inde eksizyon çapı <1 cm, %61,8'inde 1-2 cm, %8,8'inde 2-3 cm, %8,8'inde 3-4 cm, %11,8'inde >4 cm'dir. Kombine operasyonların ise %66,7'si 2-3 cm arası, %33,3'ü >4 cm'dir. Yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; eksizyon çapı ise 2cm altı ve 2 cm üstü şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile eksizyon çapı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,138 >α=0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastalara yapılan operasyon ile eksizyon çapı arasındaki ilişki

		Eksizyon Çapı					Toplam
Yapılan operasyon		**<1 cm**	**1- 2 cm arası**	**2-3 cm arası**	**3-4 cm arası**	**>4 cm**	
	İlerletme Flebi	1	12	5	0	0	18
	Yapılan operasyon içindeki %	5,6	66,7	27,8	0	0	100
	Transpozisyon Flebi	4	8	0	0	1	13
	Yapılan operasyon içindeki %	30,8	61,5	0	0	7,7	100
	Rotasyon Flebi	3	4	0	0	1	8
	Yapılan operasyon içindeki %	37,5	50,0	0	0	12,5	100
	Primer Süturasyon	13	15	1	2	0	31
	Yapılan operasyon içindeki %	41,9	48,4	3,2	6,5	0	100
	Greft	3	21	3	3	4	34
	Yapılan operasyon içindeki %	8,8	61,8	8,8	8,8	11,8	100
	Kombine	0	0	2	0	1	3
	Yapılan operasyon içindeki %	0	0	66,7	0	33,3	100
Toplam	**Sayı**	24	60	11	5	7	107
	%	22,4	56,1	10,3	4,7	6,5	100

*Ki-Kare test sonucu p=0,138

Çalışmada hastalardan rekonstrüksiyon sonrası memnuniyet durumuna göre 1-5 arasında puanlama yapmaları istenmiştir. 50 hasta 5, 39'u 4, 16'sı 3, 2'si 2 puan vermiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların postop memnuniyet durumuna göre oranı

Estetik memnuniyet	Sayı (N)	Yüzde (%)
Kötü	2	1,9
Normal	16	15
İyi	39	36,4
Çok iyi	50	46,7

Hastalara yapılan operasyon ile estetik memnuniyet arasındaki ilişki incelendiğinde ilerletme flebi yapılanların %5,6'sı 2, %33,3'ü 3, %38,9'u 4, %22,2'si 5 puan vermiştir. Transpoziyon flebi yapılanların %7,7'si 3, %46,2'si 4, %46,2'si 5 puan vermiştir. Rotasyon flebi yapılanların %62,5'i 4, %37,5'i 5 puan vermiştir. Primer süturasyon yapılanların %6,5'i 3, %29'u 4, %64,5'i 5 puan vermiştir. Greft konulan hastaların %20,6'sı 3, %32,4'ü 4, %47,1'i 5 puan vermiştir. Kombine tedavi yapılan hastaların ise %33,3' ü 2, %33,3' ü 4, %33,3'ü 5 puan vermiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Hastalara yapılan operasyon ile estetik memnuniyet arasındaki ilişki

		Estetik Memnuniyet				Toplam
Yapılan operasyon		**2 puan (Kötü)**	**3 puan (Normal)**	**4 puan (İyi)**	**5 puan (Çok iyi)**	
	İlerletme Flebi	1	6	7	4	18
	Yapılan operasyon içindeki %	5,6	33,3	38,9	22,2	100
	Transpozisyon Flebi	0	1	6	6	13
	Yapılan operasyon içindeki %	0	7,7	46,2	46,2	100
	Rotasyon Flebi	0	0	5	3	8
	Yapılan operasyon içindeki %	0	0	62,5	37,5	100
	Primer Süturasyon	0	2	9	20	31
	Yapılan operasyon içindeki %	0	6,5	29	64,5	100
	Greft	0	7	11	16	34
	Yapılan Ameliyat içindeki %	0	20,6	32,4	47,1	100
	Kombine	1	0	1	1	3
	Yapılan Ameliyat içindeki %	33,3	0	33,3	33,3	100
Toplam	**Sayı**	2	16	39	50	107
	%	1,9	15	36,4	46,7	100

Yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; estetik memnuniyet ise 5 puan ve 4 puan ve altı şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile estetik memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p=0,031<\alpha=0,05$). Flep yöntemi ile ameliyat olan hastalar %49,1 oranında 4 puan ve altı estetik memnuniyet göstermişlerdir. Primer süturasyon (PS) yapılan hastalar %40 oranında çok iyi estetik memnuniyet belirtmiş-lerdir (Tablo 13).

Tablo 13. Estetik memnuniyet ile yapılan operasyon arasındaki ilişki

		Yapılan operasyon			Toplam	Ki-kare test sonucu
Estetik Memnuniyet		**Flep**	**PS**	**Greft**		P=0,031
	4 puan ve altı	28	11	18	57	
	Estetik memnuniyet içindeki %	49,1	19,3	31,6	100	
	5 puan	14	20	16	50	
	Estetik memnuniyet içindeki %	28,0	40,0	32,0	100	
Toplam	**Sayı**	42	31	34	107	
	%	39,3	29,0	31,8	100	

Hastalar estetik memnuniyeti ve cinsiyet açısından değerlendirilmiştir. Estetik memnuniyet 5 puan ve 4 puan ve altı şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Estetik memnuniyet ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,650>\alpha=0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Estetik memnuniyet ve cinsiyet arasındaki ilişki

		Cinsiyet		Toplam	Ki-kare test sonucu
Estetik Memnuniyet		**Kadın**	**Erkek**		
	4 puan ve altı	26	31	57	P=0,650
	Estetik memnuniyet içindeki %	45,6	54,5	100	
	5 puan	25	25	50	
	Estetik memnuniyet içindeki %	50,0	50,0	100	
Toplam	**Sayı**	51	56	107	
	%	47,7	52,3	100	

Hastaların sigara kullanımı ile cinsiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,003<α=0,05). Bu ilişkiye göre erkeklerin sigara kullanımı %68,9 oranında kadınlardan daha fazladır (Tablo 15).

Tablo 15. Sigara kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki

		Cinsiyet		Toplam	Ki-kare test sonucu
Sigara Kullanımı		**Kadın**	**Erkek**		P=0,003
	Evet	14	31	45	
	Sigara kullanımı içindeki %	31,1	68,9	100	
	Hayır	37	25	62	
	Sigara kullanımı içindeki %	59,7	40,3	100	
Toplam	**Sayı**	51	56	107	
	%	47,7	52,3	100	

Hastalar operasyon sonrası komplikasyonlar açısından incelendiğinde 8 vakada postop ilk yıl içinde en az 3 defa ilaç tedavisi gerektiren göz enfeksiyonu gelişmiştir. Yedi hastada bulanık görme/görmede azalma, 1 hastada çift görme saptanmıştır. On bir vakada gözyaşının dışa fazla aktığı saptanmıştır. Dört vakada da ektropion gelişmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların komplikasyonlara göre oranı

Gözyaşı dışa fazla akıyor mu?	Sayı (N)	Yüzde (%)
Evet	11	10,3
Hayır	96	89,7
Bulanık görme/görmede azalma mevcut mu?		
Evet	7	6,5
Hayır	100	93,5
Çift görme mevcut mu?		
Evet	1	0,9
Hayır	106	99,1
Göz enfeksiyonu geçiriyor mu?		
Evet	8	7,5
Hayır	99	92,5

5. TARTIŞMA

Perioküler bölge vücudun güneşe ve dış ortama en fazla maruz kalan bölgelerinden biridir. Cilt altı yağ dokusu yanında iyi ve kötü huylu tümörlerin gelişimine olanak sağlayabilen deri yapısıyla donatılmıştır. Tüm cilt tümörlerinin yaklaşık %5-10'u bu bölgeden köken alır. Ayrıca baş ve boyun bölgesindeki neoplastik oluşumların da önemli bir yerleşim yeridir. Nadiren öldürücü olabilir ama genellikle kozmetik ve konfor bozucu etkilere sahiptir.

Perioküler bölge tümörlerinin insidansı çevresel, güneş ışığı ve ultravioleye maruz kalma, pigment dağılımı (genetik farklılık), yaşam şartları ve sosyoekonomik koşullar gibi birçok faktör tarafından etkilenebilir. Dünyada ve ülkemizde perioküler bölgedeki premalign ve malign tümörlerin sıklığının artması, bu tümörler için yapılan rezeksiyon sıklığının plastik cerrahi pratiğinde artmasına neden olmaktadır (78).

Bazal hücreli karsinom (BHK) göz kapakları ve perioküler bölgede en sık görülen malign tümördür. BHK, tüm deri kanserlerinin %70-%80'ini oluşturmaktadır. Yavaş büyüme, düşük metastaz potansiyeli (vakaların %0.01'inden az) ve lokal invaziv davranış ile karakterize olup erken tanı konulduğu zaman kolayca tedavi edilebilir bir tümördür (79).

Perioküler tümörlerin tedavisinde tercih edilen yöntem, güvenlik kenarıyla birlikte cerrahi eksizyon ve cerrahi sınırların histolojik kontrolüdür. Diğer tedavi seçenekleri, sistemik ve topikal ilaçlar, fotodinamik tedavi, radyoterapi, kriyoterapi ve koterizasyon-küretajdır. Perioküler cilt defektleri, defektin büyüklüğü, yeri, derinliği ve göz kapağı kenarı tutulumunun olup olmamasına bağlı olarak çeşitli yöntemlerle kapatılabilir (80). Asırlardır şiirlerin ve sanatın konusu olmuş insan gözünde meydana gelecek bozukluk-lar ve izlerin kişi tarafından kabul edilmesi zordur. Bu nedenle yüz bölgesinde cerrahi eksizyon sonrası oluşan defektlerin onarımı özellik arz eder.

Çalışmamızda yer alan perioküler premalign ve malign tümörü olan hastaların çoğunluğu erkeklerden (%52,34) oluşmaktaydı. Her iki cinsiyet arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark görülmemesine rağmen kadın/erkek oranı 1.06 olarak saptandı. Akbaş'ın yayınladığı seride bu oran 0.90 olarak belirtilmiştir (81). Hindistan'da yapılan bir çalışmada malign tümörlerin erkeklerde daha fazla görüldüğü ve kadın/erkek oranının 0.77 olduğu saptanmıştır (82). Görüldüğü üzere perioküler malign tümörlerin cinsiyete göre dağılmı değişik coğrafi topluluklara göre farklılık göstermekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamıza alınan hastaların ortalama yaşı 67,34 (±11,9) idi. Bu sonuç Salomon ve arkadaşlarının (83) yapmış olduğu sonuç ile paralellik göstermektedir.

Literatürlerde perioküler bölgenin %90 oranla en sık görülen malign tümörü olarak bildirilen BCC'nin ülkemizde yayınlanan serilerdeki oranı; %64-%85 arasındadır (84). Bizim çalışmamızda da görülme sıklığı açısından perioküler malign tümörler içinde ilk sırayı %69,2 ile BCC almaktadır. Bunu sırasıyla yassı hücreli karsinom (SCC) (%22,4), malign melanom (MM) (%2.8), bazoskuamoz hücreli karsinom (%0,9) ve aktinik keratoz/diğer premalign tümörler (%4,7) izlemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan Soysal ve Albayrak'ın serisinde BCC %79,3, SCC %17.4, MM %1.29 olarak; (84) Özkılıç ve Peksayar'ın çalışmasında BCC %85, SCC %8 olarak bildirilmiştir (85).

Çalışmamızda tümörlerin yerleşim yerine göre dağılımında ilk sırada inferior orbital bölge (%28) yer almaktadır. Diğer tümöral yapılar sıklık sırasına göre medial kantal (%19,6), lateral kantal (%13,1), üst göz kapağı (%12,1), alt göz kapağı (%10,3), glabella/nazal dorsal bölge (%8,4), kaş /alın/ supraorbital bölge (%8,4) şeklindedir. Huang ve ark. nın (86) çalışmasında periorbital malign tümörler %59.4 oranında alt kapak, %40 oranında üst kapak tutulumu göstermiştir. Coroi ve ark. (87) malign perioküler tümörü olan 471 olgudan oluşan çalışmalarında bu tümörlerin daha sık alt kapakta geliştiğini gözlemlemişlerdir. Aynı çalışmada malign perioküler tümörler sıklık sırasına göre alt kapak, üst kapak, iç kantal bölge ve dış kantal bölgede bulunmuştur. Wang ve ark. (88) 127 malign perioküler tümörlü hastadan oluşan çalışmalarında alt kapakta %37, üst kapakta %33,9 oranında tümör tespit etmişlerdir. 2006 yılında Genç ve ark.(89) tarafından yüzde malign deri tümörü nedeniyle yatarak tedavi gören 257 hastada yapılan çalışmada göz ve çevresinde görülen tümörler en sık iç kantus bölgesinde (%38,1) saptandı. İç kantus bölgesinden

sonra sıklık sırasına göre tümörlerin yerleşimi şöyleydi: alt göz kapağı (%35,7), lateral kantal bölge (%14,3), kaş laterali (%4,8), orbita (%4,8) ve üst göz kapağı (%2,4). Çalışmamız yerleşim yeri açısından literatürden farklılık göstermektedir.

Bazal hücreli karsinomlar en sık alt göz kapağında ve medial kantusta görülür veya her iki alanı da kapsayacak şekilde uzanır. Üst göz kapağında veya lateral kantusta oldukça az tümör görülür. Serimizde lateral kantalda yer alan tümörlerin %71,4'ü BCC, %21,4'ü SCC, %7,1'i aktinik keratozdur. Medial kantalda bulunan tümörlerin %61,9'u BCC, %23,8'i SCC, %4,8'i MM, %9,5'i aktinik keratozdur. Glabella/nazal dorsalde bulanan tümörlerin %77,8'i BCC, %11,1'i SCC, %11,1'i aktinik keratozdur. Üst göz kapağındaki tümörlerin %69,2'si BCC, %30,8'i SCC'dir. Alt göz kapağındaki tümörlerin %54,5'i BCC, %36,4'ü SCC'dir. İnferior orbital bölge kapağındaki tümörlerin %73,3'ü BCC, %20'si SCC, %3,3'ü MM, %3,3'ü bazoskuamoz hücreli karsinomdur. Supraorbital/kaş/alın bölgesindeki tümörlerin ise %77,8'i BCC, %11,1'i SCC, %11,1'i aktinik keratozdur. Tümörün çeşiti ile yeri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,938).

Cerrahi eksizyon, perioküler tümörlerde rezeksiyonun yeterli olup olmadığının denetlenebileceği tek tedavi yöntemidir. Perioküler tümör cerrahisinde amaç, hastanın hayatını tehdit edebilecek lezyondan tamamen kurtulmasını sağlarken, gereksiz doku kaybından kaçınarak, kozmetik görüntüsünü ve glob bütünlüğünü bozmamaktır. Tedavide farklı yöntemler tanımlanmasına rağmen, bir miktar çevre dokuyla beraber cerrahi olarak eksize edilmesi altın standarttır. Histopatolojik incelemede cerrahi sınırların temiz olarak saptanmasıyla tedavi tamamlanmış olur. Yapılan ilk eksizyon yetersizse, yaşlı ve sistemik problemleri olan hastalarda ek tedaviye ihtiyacı duyulması morbiditeyi artırmaktadır (27).

Çalışmamızda tümör eksizyon çapı aralığı ortalama 2,2 cm (±1,04) saptanmıştır. Tümör eksizyon çapı 60 vakada (%56,1) 1-2 cm arasında, 24'ünde (%22,4) 1 cm altında, 11'inde (%10,3) 2-3 cm arasında, 5'inde (%4,7) 3-4 cm arasında, 7'sinde (%6,5) ise >4 cm olarak saptanmıştır. Madan ve ark. (90) da tümör çeşiti ayrımı yapmaksızın 4-5 mm'lik cerrahi sınır önermişlerdir. İlerletme flebi yapılan hastaların %5,6'sında eksizyon çapı <1 cm, %66,7'sinde 1-2 cm, %27,8'inde

2-3 cm olarak saptanmıştır. Transpozisyon flebi yapılanların %30,8'inde eksizyon çapı <1 cm, %61,5'inde 1-2 cm, %7,7'sinde >4 cm'dir. Rotasyon flebi yapılanların %37,5'inde eksizyon çapı <1 cm, %50'sinde 1-2 cm, %12,5'inde >4 cm'dir. Primer süturasyon yapılanların %41,9'unda eksizyon çapı <1 cm, %48,4'ünde 1-2 cm, %3,2'sinde 2-3 cm, %6,5'inde 3-4 cm'dir. Greft konulan hastaların %8,8'inde eksizyon çapı <1 cm, %61,8'inde 1-2 cm, %8,8'inde 2-3 cm, %8,8'inde 3-4 cm, %11,8'inde >4 cm'dir. Kombine operasyonların ise %66,7'si 2-3 cm arası, %33,3'ü >4 cm'dir. Çalışmamızdaki hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; eksizyon çapı ise 2 cm altı ve 2 cm üstü şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile eksizyon çapı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,138 > \alpha=0,05$).

Çalışmamızda 31 vakada (%29) primer süturasyon yapılmıştır. Otuz dört hastaya (%31,8) greft konulmuştur. Otuz dokuz hastada ise fleple onarım yapılmıştır. Flep çeşitlerine göre dağılım incelendiğinde; v-y flep, glabella flebi gibi ilerletme flepleri (%16,8), romboid, bilobe gibi transpozisyon flepleri (%12,1), alın gibi rotasyon flepleri (%7,5) yapılmıştır. Flep+flep veya flep+greft gibi kombine onarım ise %2,8 oranındadır. İlerletme flebi yapılan 18 hastanın 11'i BCC, 5'i SCC, 2'si MM tanıları almıştır. Transpozizyon flebi yapılan 13 hastanın 11'i BCC, 1'i SCC ve 1'i de aktinik keratozdur. Rotasyon flebi yapılan 8 hastanın 6'sında BCC, 1'inde SCC ve 1'inde de aktinik keratoz saptanmıştır. Primer süturasyon yapılan 31 hastanın 21'i BCC, 7'si SCC, 1'i MM, 2'si de aktinik keratozdur. Greft konan 34 hastanın 23'ü BCC, 9'u SCC, 1'i bazoskuamoz hücreli karsinom ve 1'i de aktinik keratozdur. Kombine tedavi (flep+flep veya flep+greft gibi) uygulanan 3 hastanın 2'si BCC ve 1'i de SCC tanısı almıştır. Serimizdeki hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; tümör çeşitleri ise BCC, SCC ve diğer tümörler şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile tümör çeşiti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,926 > \alpha=0,05$).

Serimizde hastalar postoperatif patoloji sonuçlarına göre değerlendirildiğinde 97 vakada (%90,65) cerrahi sınırların temiz olduğu görülmüştür. On vakada (%9,35)

ise tümörün en az 1 lateral sınırda ya da tabana doğru devamlılık gösterdiği ve reeksizyon gerektiği saptanmıştır. Literatürde bu oran %4 ile %16,6 arasında değişmektedir (91). Çalışmamız bu açıdan literatür ile uyumludur.

Sigara kullanımı insanlardaki kanserlerin en önemli sebebidir. Sigara DNA'da çeşitli şekillerde hasara ve P53 tümör supresor geninde mutasyonlara yol açarak malign tümör gelişimini tetiklemektedir. Çalışmamızda 45 hastada (%42,06) sigara kullanımı mevcut iken, 62'sinde (%57,94) sigara kullanımı saptanmamıştır. Hastaların sigara kullanımı ile cinsiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin sigara kullanımı %68,9 oranında kadınlardan daha fazla saptanmıştır ($p=0,003 <\alpha=0,05$). Sigara kullanan 38 hastada (%39,2) cerrahi sınır temiz olarak raporlanırken, sigara kullanmayan 59 hastada (%60,8) cerrahi sınır temiz olarak saptanmıştır. Sigara kullanan 7 hastada (%70), sigara kullanmayan 3 hastada (%30) ise reeksizyon gerekmiştir. Sigara kullanımı ile patoloji sonucu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,60 >\alpha=0,05$).

Hastaların sigara kullanımı ile tümörün çeşiti arasındaki ilişki incelendiğinde; sigara kullanan 42 hastanın 21'inde BCC, 18'inde SCC, 2'sinde MM, 1'inde bazoskuamoz hücreli karsinom ve 3'ünde de aktinik keratoz saptanmıştır. Sigara kullanmayan 62 hastanın ise 53'ünde BCC, 6'sında SCC, 1'inde MM, 2'sinde de aktinik keratoz görülürken bazoskuamoz hücreli karsinom raporlanmamıştır. Çalışmamızdaki hasta sayısı yetersiz olduğundan malign tümörler BCC, SCC ve diğer tümörler şeklinde gruplandırılarak ki-kare testi uygulanmıştır. Tümör çeşiti ile sigara kullanımı arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00 <\alpha=0,05$). Bu ilişkiye göre BCC tanılı hastalarda sigara kullanımı SCC ve diğer tümörlere göre daha fazladır. Literatürde ise BCC gelişiminde sigaranın rolü olduğuna ilişkin çok açık bir veri bulunmamaktadır. Bir çalışmada çapı 1cm'den büyük olan BCC olgularında sigara içenlerin oranının tümör çapıyla orantılı bir şekilde %30'dan %50'ye kadar arttığı bildirilmektedir (92). Bazı araştırmacılar ise sigara içiminin BCC insidansında artışla sebep olmadığını bildirilmişlerdir (93).

Çalışmamızda hastalardan rekonstrüksiyon sonrası memnuniyet durumuna göre 1-5 arasında puanlama yapmaları istenmiştir. 50 hasta (%46,7) 5, 39'u (%36,4) 4, 16'sı (%15) 3, 2'si (%1,9) 2 puan vermiştir. Serimizdeki hastaların yetersiz

olmasından dolayı yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; estetik memnuniyet ise 5 puan ve 4 puan ve altı şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile estetik memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p=0,031 <\alpha=0,05$). Flep yöntemi ile ameliyat olan hastalar %49,1 oranında 4 puan ve altı estetik memnuniyet göstermişlerdir. Primer süturasyon (PS) yapılan hastalar %40 oranında çok iyi estetik memnuniyet belirtmiş-lerdir. Bu durumun nedeni primer süturasyon yapılan hastalarda daha küçük eksizyon yapılması ve çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının yüksek olması nedeni ile esnek ciltlerin defekt alanlarının primer süturasyonla kapatılmasına uygunluk sağlamasıdır. Rekonstrüksiyonlarda her zaman rekonstrüktif merdivene göre hareket edilir. Bu nedenle primer süture edilecek hastalarda bu seçenek göz ardı edilmemiştir.

Diğer grupta memnuniyetin görece daha az olmasının nedeni greftleme yapılan hastalardaki memnuniyet düşüklüğünün ortalamaya olan etkisidir.

Hastalar estetik memnuniyeti ve cinsiyet açısından değerlendirilirken; estetik memnuniyet 5 puan ve 4 puan ve altı şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Estetik memnuniyet ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,650 >\alpha=0,05$). Literatürde hastaların memnuniyet durumları ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Göz çevresi tümörlerinde tümörün total olarak çıkartılması kadar fonksiyonel iyileşme ve hasta memnuniyetinin sağlanması da önemlidir. Greftler genellikle genç hastalarda daha riskli olup ayrıca sigara kullananlar ve kronik hastalar da (diabet gibi) yüksek risk grubundadırlar. Peroperatif hemoraji ve postoperatif erken dönemde enfeksiyona bağlı greft atılımı olabildiği gibi geç dönemde de greft veya fleplerde beslenme yetersizliğine bağlı gelişen nekrozlar görülebilmektedir (94). Daha geç dönemlerde ise apozisyon bozukluklarına bağlı kötü yara iyileşmesi ile aşırı fibrozis ve skar, bunun sonucu ise skatrisyel entropiyon veya ektropiyon gelişebilmektedir (95). Komplikasyonlar ayrıca kitlenin yeri, büyüklüğü ve uygulanan cerrahi metoda bağlı olarak değişebilmektedir. Büyük lezyonlarda greft veya flep ile onarım komplikasyon oranını arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada

küçük ve primer süturasyonun yeterli olabildiği iç kantal lezyonlarda skar oluşumunun diğer bölgelerden daha sık olduğu görülmüştür (94).

Spinelli, perioküler bölge rekonstrüksiyonunda komplikasyon görülme riskini arttıran 3 etken belirlemiştir (52).

- Geniş defektler
- İç kantal yerleşimli defektler
- Yetersiz kantal süspansiyon

Geniş defektler ve yetersiz kantal destek muhtemel komplikasyonların habercisidir. Hastalar operasyon sonrası komplikasyonlar açısından incelendiğinde 8 vakada (%7,5) postoperatif ilk yıl içinde en az 3 defa ilaç tedavisi gerektiren göz enfeksiyonu gelişmiştir. Yedi hastada (%6,5) bulanık görme/görmede azalma, 1 hastada (%0,9) çift görme saptanmıştır. On bir vakada (%10,3) gözyaşının dışa fazla aktığı saptanmıştır. Dört vakada (%3,7) da ektropion gelişmiştir.

Az sayıda bile olsa rekonstrüksiyon sonrası komplikasyon gelişebilmektedir. Hastaların yakın takibi, zamanında ve uygun tedaviler ile bu komplikasyonların sekelsiz iyileşmesi mümkündür.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Ocak 2010 – Aralık 2019 tarihleri arasında premalign veya malign perioküler bölge tümörü nedeni ile opere edilen 107 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.
2. Hastaların 51 tanesi (%47,66) kadın, 56'sı (%52,34) erkektir.
3. Yaşları 39 ile 97 arasında (ortalama 67,34±11,9) değişmektedir.
4. Tümör eksizyon çapı aralığı 0,5-4 cm arasında olup ortalama 2,2 cm (±1,04) dir.
5. Çalışmamıza katılan hastaların %42,06'sı sigara kullanmaktadır.
6. Çalışmamıza dahil edilen hastaların histopatolojik tanılarına bakıldığında; en sık (%69,2) BCC saptanmıştır. Diğerleri sırasıyla SCC (%22,4), MM (%2,8), bazoskuamoz hücreli karsinom (%0,9), aktinik keratoz/diğer premalign tümörler (%4,7) şeklindedir.
7. Çalışmamızda tümörlerin yerleşim yerine göre dağılımında ilk sırada inferior orbital bölge (%28) yer almaktadır. Diğer tümöral yapılar sıklık sırasına göre medial kantal (%19,6), lateral kantal (%13,1), üst göz kapağı (%12,1), alt göz kapağı (%10,3), glabella/nazal dorsal bölge (%8,4), kaş /alın/ supraorbital bölge (%8,4) şeklindedir.
8. Tümörün çeşiti ile yeri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,938).
9. Tümör eksizyon çapı 60 vakada (%56,1) 1-2 cm arasında, 24'ünde (%22,4) 1 cm altında, 11'inde (%10,3) 2-3 cm arasında, 5'inde (%4,7) 3-4 cm arasında, 7'sinde (%6,5) ise >4 cm olarak saptanmıştır.
10. Çalışmamızdaki hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile yapılan operasyonlar flep, primer süturasyon ve greft şeklinde; eksizyon çapı ise 2 cm altı ve 2 cm üstü şeklinde gruplandıktan sonra ki kare testi uygulanmıştır. Yapılan operasyonlar ile eksizyon çapı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,138 > \alpha=0,05$).
11. Çalışmamızda vakaların %29'una primer süturasyon yapılmıştır. Diğerleri sıklık sırasına göre greft (%31,8), v-y flep, glabella flebi gibi ilerletme flepleri

(%16,8), romboid, bilobe gibi transpozisyon flepleri (%12,1), alın gibi rotasyon flepleri (%7,5) şeklindedir. Flep+flep veya flep+greft gibi kombine onarım ise %2,8 oranındadır.

12. Yapılan operasyonlar ile tümör çeşiti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,926 > \alpha=0,05$).

13. Hastalar postoperatif patoloji sonuçlarına göre değerlendirildiğinde %90,65'inde cerrahi sınırların temiz olduğu, %9,35'inde ise tümörün en az 1 lateral sınırda ya da tabana doğru devamlılık gösterdiği ve reeksizyon gerektiği saptanmıştır.

14. Hastaların sigara kullanımı ile cinsiyeti arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin sigara kullanımı %68,9 oranında kadınlardan daha fazla saptanmıştır ($p=0,003 < \alpha=0,05$).

15. Sigara kullanan hastaların %39,2'sinde, sigara kullanmayan hastaların %60,8'inde cerrahi sınır temiz olarak saptanmıştır. Sigara kullanan hastaların %70'inde, sigara kullanmayanların %30'unda reeksizyon gerekmiştir.

16. Sigara kullanımı ile patoloji sonucu arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,60 > \alpha=0,05$).

17. Tümör çeşiti ile sigara kullanımı arasında ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00 < \alpha=0,05$). BCC tanılı hastalarda sigara kullanımı SCC ve diğer tümörlere göre daha fazladır.

18. Çalışmamıza katılan hastalar rekonstrüksiyon sonrası memnuniyet durumuna göre değerlendirdiğinde %46,7'si 5, %36,4'ü 4, %15'i 3, %1,9'u 2 puan vermiştir.

19. Yapılan operasyonlar ile estetik memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p=0,031 < \alpha=0,05$). Primer süturasyon (PS) yapılan hastalar %40 oranında çok iyi estetik memnuniyet belirtmişlerdir.

20. Estetik memnuniyet ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,650 > \alpha=0,05$).

21. Hastalar operasyon sonrası komplikasyonlar açısından incelendiğinde %7,5'inde ilk yıl içinde en az 3 defa ilaç tedavisi gerektiren göz enfeksiyonu gelişmiştir. Yüzde 6,5'inde bulanık görme/ görmede azalma, %0,9'unda çift görme, %10,3'ünde gözyaşının dışa fazla aktığı, %3,7'inde ise ektropion saptanmıştır.

KAYNAKLAR

1. Palermo, Eliandre Costa. "Anatomy of the periorbital region." Surg Cosmet Dermatol 5 (2013): 245-256.
2. Thiagarajan B. Anatomy of Orbit: Otolaryngologist's perspective. ENT SCHOLAR. 2013;1:1-33.
3. Petruzzelli GJ, Hampson CM, Meyers AD, Kokoska MS, Kellman RM, Slack CL, et al. Orbit Anatomy.[Internet]. New York: Medscape; 2011 [cited 2013 Sept 9].
4. Smith RL. Anatomia da órbita: introdução. [Internet]. São Paulo: Unifesp. [citado 9 Set 2013]. Disponível em.
5. Palermo EC. Rejuvenescimento da região palpebral. In: Kadunc B, Palermo E, Addor F, Metsavaht L, Rabello L, Mattos R, et al. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 455-87.
6. Hayreh SS. Orbital vascular anatomy. Eye (Lond). 2006 [cited 2013 Sept 9];20(10):1130-44.
7. Diniz ALD, Moron AF, Santos MC. Sass N. Dopplervelocimetria colorida dos vasos orbitais: técnica de exame e anatomia vascular normal. Radiol Bras 2004;37(4):287-290.
8. Schellini SA, PretiRC, Yamamoto RK, Padovani CR, Padovan CRP. Dimensões palpebrais antes e após blefaroplastia superior - Avaliação quantitativa. Arq Bras Oftalmol. 2005;68(1):85-8.
9. Patel B, Taylor SF, Gupta R, Kokoska MS, Talavera F, LaFerriere KA, et al. Eyelid Anatomy. [Internet]. New York: Medscape; 2013 [cited 2013 Sept 9]. Available from: http://emedicine.medscape.com/article/834932- overview
10. Marur T, Tuna Y, Demirci S. Facial anatomy. Clin Dermatol 2014:32:14-23.
11. Kaminer MS, Dover JS, Arndt kA. Atlas of Cosmetic Surgery. Saunders, 2002, 351-384.
12. Palermo EC. Rejuvenescimento da região palpebral. In: Kadunc B, Palermo E, Addor F, Metsavaht L, Rabello L, Mattos R, et al. Tratado de cirurgia dermatológica, cosmiatria e laser da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 455-87.
13. Ruban JM, Baggio E: Biomaterials and eyelid surgery: Contribution of wide porous PTFE. Eyelid Surgery 1996; 65, 3-11.

14. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 1996. Atlanta, American Cancer Society, 1996.

15. Cakir BÖ, Adamson P, Cingi C (November 2012). "Epidemiology and economic burden of nonmelanoma skin cancer". Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 20 (4): 419–22.

16. GBD 2015 Mortality and Causes of Death, Collaborators (October 2016). "Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015". Lancet. 388 (10053): 1459–1544.

17. Lomas A, Leonardi-Bee J, Bath-Hextall F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. Br J Dermatol 2012;166:1069-80.

18. Gandhi SA, Kampp J (November 2015). "Skin Cancer Epidemiology, Detection, and Management". The Medical Clinics of North America. 99 (6): 1323-1335.

19. Goppner D, Leverkus M. Basal cell carcinoma: from the molecular understanding of the pathogenesis to targeted therapy of progressive disease. J Skin Cancer 2011;2011:650258.

20. Togsverd-Bo K, Haedersdal M, Wulf HC. Photodynamic therapy for tumors on the eyelid margins. Arch Dermatol. 2009;145:944-7.

21. Fusco N, Lopez G, Gianelli U (September 2015). "Basal-Cell Carcinoma and Seborrheic Keratosis: When Opposites Attract". International Journal of Surgical Pathology. 23 (6): 464.

22. Maden A. Oküloplastik cerrahi. İzmir; Özden ofset:1995:3-156.

23. Murchison AP, Walrath JD, Washington JW. Non-surgical treatments of primary, non-melanoma eyelid malignancies: a review. Clinical and Experimental Ophthalmology. 2011;39:65-83.

24. World Cancer Report 2014. World Health Organization. 2014. pp. Chapter 5.14. ISBN 978-9283204299.

25. Sunjaya, Anthony Paulo; Sunjaya, Angela Felicia; Tan, Sukmawati Tansil (2017). "The Use of BEREP4 Immunohistochemistry Staining for Detection of Basal Cell Carcinoma". Journal of Skin Cancer. 2017: 1–10.

26. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol 2002;147:41-7.

27. Gulleth Y, Goldberg N, Silverman RP, Gastman BR. What is the best surgical margin for a Basal cell carcinoma: a meta-analysis of the literature. Plast Reconstr Surg 2010;126:1222-31

28. Netscher DT, Leong M, Orengo I, Yang D, Berg C, Krishnan B. Cutaneous malignancies: melanoma and nonmelanoma types. Plast Reconstr Surg 2011;127:37e-56e

29. Vaughn GJ, Doryzbach RK, **G**ayre GS. Eyelid malignancies. In: Yanoff M, Duker JS, eds. Ophthalmology 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby; 2004. chap.93, p. 711- 719**.**

30. Char DH. Surgical Treatment of Lid Tumors.In:Char DH.ed.Clinical Ocular Oncology,2nd ed:New York :Lippincott-Raven Press;1989:33-61.

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;144:235-236.

32. Kersten RC, Ewing Chow D, Kulwin DP. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. Ophthalmology 1997;104:479-484.

33. Gökşin Z, Recep ÖF, Ekmekçi Y. Göz Kapağı Habis Tümörlerinde klinik Ve Histopatolojik Tanı. Turkiye Klinikleri J Ophthalmol 1998, 7:140-146.

34. Luxenberg, MN, Guthrie TH.Chemotherapy of cell and squamous cell carcinoma of the eyelids periorbital tissues. Ophthalmol. 93: 504-510, 1986.

35. Howard GN,Nerad JA,Carter KD,et al. Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. Am J Ophthalmol 1992;113:123-133.

36. M J Donaldson, T J Sullıvan, K J Whitehead, R M Williamson. Squamous cell carcinoma of the eyelids. BJO 2002;86:1161-1159.

37. Lawrence CM. Mohs' micrographic surgery for basal cell carcinoma. Clin Exp Dermatol 1999;24:130–133.

38. Fraunfelder FT, Zacarian SA,Wingfield DL, Limmer BL. Results of cryotherapy for eyelid malignancies. AJO 1984; 97: 184-188.

39. Char SM, Patil SB, Khare N, et al. Clinicopathological analysis of eyelid malignancies-A review of 85 cases. Indian J Plast Surg. 2012;45:22-8.

40. Mansour AM, Hidayat AA. Metastatic eyelid disease. Ophthalmol. 1987, 94,6: 667-670.

41. Alexander Gardetto, Christian rainer, chritian ensinger, ivo baldissera, Hildegunde piza-katzer; BJO 2002;86:243-244.

42. Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 1989;33:477-490.

43. Wolfe JT, Yeats RP, Wick MR, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelid. Am. J. Surg. Pathol. 1984; 8:594-606.

44. McCord CD, Cavanagh HD. Microscopic features and biologic behaviour of eyelid tumors. Ophthalraic Surg. 1980; 11: 671-681.

45. Duman S. Kantal bölge blefaroplastileri. Doğan ÖK, Aydın RÇ. (ed.ler) XXVIII. TOD Ulusal Oftalmoloji Kongresi Bülteni Cilt 1. Konya, 1994;58-61.

46. McCord CD, Wesfey R. Reconstruction of the upper eyelid and medial canthus. In: McCord, ed. Oculoplastic surgery, 2nd ed. New York: Raven Press, 1987; chap.3.

47. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systematic approach. Plast Reconstr Surg 1993; 96: 1017-24.

48. Wang JK, Liao SL, Jou JR, Lai PC, Kao SC S, Hou PK, Chen MS; Eye, 2003; 17, 216-220.

49. Mahoney MH, Joseph MG, Temple C. Topical imiquimod therapy for lentigo maligna. Ann Plast Surg. 2008;61:419-24.

50. Knowles DM, Jacobiec FA, McNally L, Burke JS. Lymphoid hyperplasia and malignant lymphoma occurring the ocular adnexa (orbit, conjonctiva and eyelids). Human pathol 1990; 21: 959-973.

51. Mauriello JA, Antonacci R. Single Tarsokonjonktival flap (lower eyelid) for upper eyelid reconstruction ("reverse" modified Hughes procedure). Ophtalmic surgery. 1994;25:374-378

52. Char DH. The management of lid and conjonctival malignancies. Surv. Ophthalmol. 1980;24: 679-689.

53. Basal Cell and Squamous Cell Skin Cancers (PDF). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. 2009. Archived from the original (PDF) on 2009-02-27.

54. Minton TJ (August 2008). "Contemporary Mohs surgery applications". Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 16 (4): 376-80.

55. Mohs FE: Chemosurgery: A microscopically controlled method of cancer excision. Arch Surg 44:279, 1941.

56. Gilberg SM, Tse DT. Malignant eyelid tumors. In: Liesegang TJ (ed) Ophthalmology Clinics of North America. Philedelphia Saunders Company 1992;5(2):261-285.

57. Lane JE, Kent DE (2005). "Surgical margins in the treatment of nonmelanoma skin cancer and mohs micrographic surgery". Current Surgery. 62 (5): 518–26.

58. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC (January 2007). "Interventions for basal cell carcinoma of the skin". The Cochrane Database of Systematic Reviews (1): CD003412.

59. Kokoszka A, Scheinfeld N (June 2003). "Evidence-based review of the use of cryosurgery in treatment of basal-cell carcinoma". Dermatologic Surgery. 29 (6): 566–71.

60. Dutton J, Slamowits T, Leshin B, Yeatts P. Management of periocular basal cell carcinoma: Mohs microgaphic surgery versus radiotherapy. Surv Ophtalmol. 1993;38:193-212.

61. Barlow JO, Zalla MJ, Kyle A, DiCaudo DJ, Lim KK, Yiannias JA (June 2006). "Treatment of basal cell carcinoma with curettage alone". Journal of the American Academy of Dermatology. 54 (6): 1039–45.

62. Guthrie TH, Mcelveen LJ, Porubsky ES, Harmon JD. Cisplatin and Doxorubicin. An effective chemotherapy combination in the treatment of Advenced basal cell carcinoma of the skin. Cancer. 1985;55: 1629-1632.

63. Peng Q, Juzeniene A, Chen J, Svaasand LO, Warloe T, Giercksky K, Moan J (2008). "Lasers in medicine". Reports on Progress in Physics. 71 (5): 056701.

64. Luxenberg MN, Guthrie TH. Chemotherapy of basal cell carcinoma of the eyelids and periorbital tissues. Ophtalmology 1986; 93:162-180.

65. Robinson JK. İsotreotinoin does not prevent basal cel carcinoma. Arch Dermatol.1992;128:975-976

66. Wong CS, Strange RC, Lear JT (October 2003). "Basal cell carcinoma". BMJ. 327 (7418): 794- 8.

67. Holds JB, Anderson RL. Medial canthotomy and cantholysis in eyelid reconstruction. Am J Ophtalmol.1993;116:218-223.

68. Tenzel RR. Orbit and Oculoplastics. Textbook of Ophtalmology. Gower medical publishing. New York. 1993: 6;16-23.

69. Cutler NL, Beard C. A method for partial and total upper lid reconstruction. Am J Ophthalmol. 1955;39: 1-7.

70. Kanski JJ. Klinik Oftalmoloji.(Türkçesi Kadri Mustafa Orağlı). 4.Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2001. Bölüm 1;19-27.

71. Avram DR, Hurwitz JJ, Kratky V. Modified Tessier flap for reconstruction of the upper eyelid. Ophtalmic Surg. 1991;22: 467-469.

72. Gorlin†, Robert J (2008). "Nevoid Basal Cell Carcinoma (Gorlin) Syndrome". Neurocutaneous Disorders Phakomatoses and Hamartoneoplastic Syndromes. pp. 669–694.

73. Werner MS, Olson JJ, Putterman AM. Composite grefting for eyelid reconstruction. Am J Ophtalmol. 1993;116: 11-16.

74. Moscana R, Pnini A, Hirshowitz B. In favor of healing by secondary intention after excision of medial canthal basal cell carcinoma. Plast and Reconst Surg . 1983;71: 189-195.

75. Okada E, Iwahira Y, Maruyama Y. The VY advencement myocutaneous flap for upper eyelid reconstruction. Plast Reconst Surg. 1997;100:996-998.

76. Older JJ. Medial canthal reconstruction. In: Hornblass A, ed.Oculoplastic, Orbital, and Reconstructive Surgery Baltimore: Williams & Wilkins. 988;v.1, chap.71.

77. Grzybicki DM, Geisinger KR, Silverman JF, Dabbs DJ, Brewer N, Raab SS (2000). "Physician perceptions and expectations of cytology and surgical pathology turn around time (TAT)". Association for Health Services Research Meeting. Los Angeles. Archived from the original on 2008-10-10. Retrieved 2009-02-18.

78. Deprez M, S. Uffer. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. Am J Dermatopathol. 2009;31(3):256-62.

79. Brana I, Siu LL. Locally advanced head and neck squamous cell cancer: treatment choice based on risk factors and optimizing drug prescription. Ann Oncol 2012;23 Suppl 10:x178-85.

80. Yazıcı B, Kırıştıoğlu MÖ. Malign Gözkapağı Tümörlerinde Cerrahi-Dışı Tedaviler: Son Gelişmeler. Gürdal C, editör. Oküloplastik Cerrahide Güncel Yaklaşımlar. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.50-9

81. Akbaş F, Gönül P, Dürük K: Kapak malign tümörlerinin klinik ve tedavi özellikleri. In, Köker ÖF, Ersöz TR, Kaya A. (Eds.): Türk Oftalmoloji XXIII. Ulusal Kongresi Bülteni (1989). Cilt II. Adana, Çukurova üniversitesi Basımevi, 1989, 867-871.

82. Abdi U, Tyagi Nmaneshwari V, et al. Tumors of the eyelid: a clinicopathologic study. J Indian Med Assoc 1996; 94:405-409.

83. Salomon J, Bıenıek A, Baran E, Szepıetowskı JC. Basal cell carcinoma on the eyelids: own experience. Dermatol Surg 2004;30:257-63.

84. Soysal H. G, Albayrak A.; göz kapaklarının primer malign tümörleri: T. Oft. Gaz. 2001, 31; 370-377.

85. Özkılıç E, Peksayar G: Kapak tümörlerinin epidemiyolojik açıdan değerlendirilmesi, T.Oft.Gaz 2003, 33; 631-640.

86. Huang YY, Liang WY, Tsai CC, et al. Comparison of the Clinical Characteristics and Outcome of Benign and Malignant Eyelid Tumors: An Analysis of 4521 Eyelid Tumors in a Tertiary Medical Center.Biomed Res Int. 2015;2015:453091.

87. Coroi MC, Roşca E, Mutiu G, et al. Eyelid tumors: histopathological and clinical study performed in County Hospital of Oradea between 2000-2007. Rom J Morphol Embryol 2010;51:111-5.

88. Wang JK, Lıao Sl, Jou JR, et al. Malignant eyelid tumours in Taiwan, Eye (Lond) 2003;17:216-20.

89. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/plastik_cerrahi/dr_bulent_genc.pdf

90. Madan V, Lear JT, Szeimies RM. Nonmelanoma skin cancer. Lancet 2010;375:673-

91. Walker P, Hill D. Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard ostoperative histological assessment. Australasian Journal of Dermatology 2006; 47:1-12

92. Smith JB, Randle HW: Giant basal cell carcinoma and cigarette smoking. Cutis 2001; 67:73-76.

93. Tuyp E, Burgoyne A, Aitchison T, et al: A case control study of possible causative factors in mycosis fungoides. Arch Dermatol 1987; 123:196-200.

94. Leibovitch I, Huilgol SC, Hsuan JD, Selva D. Incidence of host site complications in periocular full thickness skin grafts. Br J Ophthalmol. 2005;89:219-22.

95. Yang C, Zhang JD, Li JH at al. Immediate reconstruction of tissue defects on eyelid caused by tumor excision. Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi. 2009;25:108-11.

96. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: A systemic approach. Plast reconst surg.1993;91:1017-1026.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Serkan Avunç

Doğum yeri ve tarihi: Lice/Diyarbakır 01/10/1982

Uyruğu : TC

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Yaptı

İletişim adresi ve telefonu : Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi D blok 4.kat Plastik Cerrahi Servisi Asistan odası 0312 5962174

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

- Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, (Ağustos 2015- halen)
- Ankara Ulus Devlet Hastanesi (2014-2015)
- Antalya Kaş Devlet Hastanesi (2012-2014)
- İstanbul Bağcılar Barbaros Asm. (2010-2012)
- Bitlis Hizan İlçe Entegre Hastanesi (2007-2010)

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

- Pratisyen Tabip, (2007- 2015)
- Asistan Tabip, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, (2015-…)

IV- Mesleki Deneyimi

- Pratisyen Tabip, (2007- 2015)
- Asistan Tabip, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, (2015-…)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Türk Plastik,Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Derneği (TPRECD)