

DOĞUANADOLU BÖLGESİNDE GÖZ TÜMÖRLERİ İLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA

Dr. A.R. Özgül (x)

Dr. G. Aksu (xx)

ÖZET

Ağustos 1966 - Aralık 1972 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Kliniğine müracaat eden 71. 555 hastadan 86 göz tümörü vak'ası incelenmiştir.

Elde edilen bulgular istatistik olarak değerlendirilmiş ve bu münabsebetle göz tümörleri hakkında bilgi verilmiştir.

GÖZ TÜMÖRLERİ

Göz tümörleri benign veya malign olabilirler. Görünür hale geçmeden önceki erken teşhis görme azlığı veya göz küresindeki itilme ile an-

laşılır. Metastatik oküler malignite pek nadirdir. En sık metastaz koroidaya olur.

I- KAPAK TÜMÖRLERİ

Nevus, diffüz prekanseröz melanozis (Diffüz birleşik nevus), verrucae (şişil), molluscum contagiosum, xantelesma, neurofibromatozis ve he-

mangioma grubu olarak mütalaa edilen kapiller hemangiom, kavernöz hemangiom, hemangiosarkom, lenfangiomdur.

B- MALİGN OLANLAR

Karsinomlar (Basal cell epitelioma, squamo cel epitelioma, meibomian bezinin karsinomu, adenokarsinomalar)

karsinoma ile birlikte xeroderma pigmentosum, sarkomlar, malign melanoma, lenfoma, rhabdomyosarkomadır.

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Kürsü Uzmanı

(xx) Aynı Kürsü Başkanı ve Doçenti.

Maligen oküler tümörler arasında insidansı en yüksek olanlar kapak karsinomlarıdır. Ortalama başlangıç yaşı 50-60 erkeklerde dahasıktır. En sık alt kapağın iç kantusunayakın bölgede bulunurlar. Basal cell Ca. insidansı squamo celli Ca. ya nazaran daha fazladır.

Squamo cell Ca; Yavaş ve ağrısız büyür. Tesbit edildiğinden aylarca önce başlamıştır. Genellikle küçük bir sigil şeklinde başlar. Üzerinde keratik bir örtü ile ve erezyonla ülserleşir. Ülserlerin üzeri akıntılı, hiperemik ve sert kenarlıdır. Genellikle tümör eksize edilinceye kadar deri arasında konnektif doku, kartilaj ve kemik yayılımı göstererek büyük zararlar yapar ve sıklıkla kranial kaviteye ulaşır. Bu devreden sonra sabit ve ağır bir ağrı devri başlar.

Hasta; hemoraji, menenjit veya genel bir debilite ile ölür. Lenfatik sistem yolu ile yayılmaya meyyaldır. Üst kapakta preaurüküler nodüllere, altta ise submaksiller nodüllere akar. Metastaz şansı vardır. İrradiasyona mukavimdir. Bu nedenle tek tedavi yolu komplet eksizyondur. Bilahere plastik yapılır. İlk ameliyatta geniş bir parça çıkarılmalıdır.

Basal cell Ca.; Benzeri şekilde başlar. Kenarları yüksek tabanı akıntılı tipik Rodent ülseri meydana gelir. Eğer çevre dokulara erezyon olursa squamo cell'e benzer. Gelişmesi çok yavaştır. Lenfojen yayılma göstermezler. Metastaz şansı yoktur. Teşhis için biopsi yapılmalıdır. Basal cell Ca. radiosensitifdir. Cerrahi ve radyasyon ile iyi neticeler alındığı rapor edilmiştir.

II-KONJONKTİVA TÜMÖRLERİ

A- BENİGN OLANLAR

Nevus, granuloma, dermoid tümör, dermolipom, lemfoma, fibroma ve neurofibroma gibi konnektif doku

tümörleri, angioma, papilloma, prekanseröz melanozis.

B- MALİGN OLANLAR

Epitelioma (Karsinoma): Spino cell, squamo cell, intraepitelial epitelioma (Carcinoma in situ, Bowen hastalığı), maligen melanoma, lenfosarkoma.

Konjonktiva tümörlerinden en sık görüleni dermolipomlardır. Konjenital olan bu tümör lateral kantus kenarında ve bulber konjonktivanın üst temporal kadranında yuvarlak ve düz olarak görülür.

Konjonktival karsinomlar nadir olup başlangıçta limbus kenarında küçük, opak ve alt dokuya fikse bir kabarıklık şeklindedir. Büyüme ekseri hızlı olur. Perivasküler ve perinöral lenfatikler yolu ile suprakoroidal mesafeye ve şilem kanalına yayılım gösterirler. Ölüm ekseri metastazlar sebebiyledir. Tümör küçükse eksize edilir. Büyük ve yayılma şansı varsa enükleasyon yapılır. Cerrahi eksizyondnn sonra irradiasyon tedavisi uygulanmalıdır.

KORNEA TÜMÖRLERİ

Korneanın primer tümörleri çok nadirdir.

1- Neoplasmları: Primer karsinom

lar, malign melanoma

2- Fibröz tümörler

3- Dermoidler

III INTRAOKÜLER TÜMÖRLER

A. BENİĞN TÜMÖRLER

Nevus: Uveanın her üç bölümünde olabilir. Genellikle dokunun stromasına uzanan düz, pigmentli bir leke şeklinde görülür. Büyük koroidal nevusları malign melanomlardan ayırmak zordur.

Angioma:

Retina anjiomu: nadir konjenital bir antitedir. Nadir olarak sklera kor tekş angiomları ile birlikte görülür. (Lindau hastalığı) Tümör posterior fundusta ve sıklıkla alt temporal kadrantındadır.

Tuberosis Sclerosis:

(Baurneville'a disaesa) Bu nadir intraoküler tümör değişik büyüklük ve renkte olmakla beraber sıklıkla sarı veya beyaz nodüller şeklindedir. Düz görünümünde ve fundusun her hangi bir yerine lokalize olabilmekte beraber genellikle optik disk yakınındadır. Diğer belirtileri deri değişiklikleri (Adenoma sebaceum) epilepsi, mental gerilik ve diğer nörolojik semptomlara sebep olan intrakranial değişikliklerdir. Tedavisi yoktur, son zamanlarda laser tedavisi üzerinde durulmaktadır.

B. MALİĞN TÜMÖRLER

Malign Melanoma: Bütün göz hastalıkları popullasyonunda % 0,02-0,06 oranındadır. Intraoküler malign tümörler arasında en sık görülenidir. Ortalama görüldüğü yaş 50'dir. Daıma bilateraldir. % 85 koroid. % 9 siliyar cisim ve % 6 iriste görülür. Koroidal tümörlerin çoğu arka pozisyonunda bilhassa temporal taraftadır. İriste sıklıkla alt yarımındadır. Zencilerde uveal nevus sık olmasına rağmen malign melanom nadirdir.

Klinik olarak 4 safhada seyreder

1- Asemptomatik safha

2- Intraoküler basıncın yükselmesi safhası

3- Ekstraoküler yayılma safhası

4- Metastaz safhası

Hücre tipine göre

1- Spindle cell A

2- Spindle cell-B

3- Epiteloid cell

4- Nekrotik

5- Fascicular

6- Mixed tip.

Intraoküler malign melanoma direkt olarak skleraya, lokal invazyonla intraoküler strüktürlere yayılır veya uzak metastazlar yapar.

Klinik manifestasyonlar makula atake oluncaya kadar ekseriye bulunmaz. Geç safhada tümörün büyümesi ile retinadekolmanı, büyük bir vizyon kaybı ile ortaya çıkar. Eğer tümör iriste ise büyük bir reaksiyon değişikliği veya pupillada şekil bozukluğu olur. Glokom yoksa ağrı da olmaz. Teşhiste ilk adım şüpheli lezyonlardır. Malign melanomların hepsi oftalmoskopik muayene ile görülür.

Seröz retina dekolmanından ayırmak için transillüminasyon yapılır. Tedavide enükleasyon şarttır. Eğer ekstraoküler yayılım varsa eksantrasyon gerekir. Küçük iris melanomları eksizyonla (iridektomi) çıkarılabilir. Malign melanomların prognozu iyi değildir. Gözün çıkarılması ile primer lezyon alınmış olur. Fakat böyle vakalarda 20 yıl sonra metastaz olduğu bildirilmiştir. 5 yıl yaşama şansı %50 dir. İris melanomlarında prognoz, korooid tümörlerinden iyidir.

Retinablastoma: Çocukların hayatını tehlikeye sokabilen bir tümördür. Vakaların 2/3 ü ilk 3 yaştan önce görülür. Her yaşta görülebilen nadir vakalar da rapor edilmiştir. Zencilerde beyazlara oranla daha az görülür. %30 vakada bilateraldir. Tümör otosomal dominant gen mutasyonu, ile meydana gelir. Retinablastomlu hastaların kardeşlerinde görülme oranı ise % 4- 7 dir. Retinablastomlu şahısların çocuklarında görülme şansı %50 dir (Otosomal dominant) Tümör genellikle posterior retinadan gelişir. Büyüme nodülleridir, ve bunlar üzerinde pek çok satellit nodüller ve multiple yeni tümörler olur. Yayılma optik si-

nir yoluyla beyine, damar ve sinirler boyunca sklera ve orbital dokulara doğru olur. Mikroskopik olarak tümör; küçük, yuvarlak veya poligonal kümeler halinde nukleusları koyu, stoplasmaları açık boyanan hücrelerden meydana gelmiştir. Kadranları etrafında radial pseudorozet tarzında formasyonlar olur. Sıklıkla kalsifikasyon ve nekroz gibi dejeneratif değişiklikler görülür.

Retinablastom, sıklıkla beyaz pupilla meydana gelinceye kadar dik-kati çekmez. Bu safhadan önce ya rutin muayeneler veya herediter şahıslarda bilhassa yapılmış muayeneler de görülür. Erken safhada sarımsı beyaz nodüler kitleler nadiren retinadan vitreusa uzanmış olarak görülürler. Eksoftalmisi olan çocuklarda retinablastom aramak kaidedir. Tümör yayılım göstermeden yakalanması tedavi için önemlidir. Unilateral vakalarda enükleasyon yapılır. Mortalite oranı %20 dir. Bilateral vakalarda bir göze enükleasyon yapılır diğerine radyoaktif Co gibi maddelerle radyasyon ve TEM gibi stostatikler uygulanır.

Diktyoma : (Siliar cismin epitelini tümörü) Karakteristik özelliği histolojik olarak indiferansiye embriyolojik retina dokusu ihtiva etmesidir. Sadece genç çocuklarda görülür. Büyüme çok yavaştır. Fakat mutlaka büyür. Tümör metastaz yapmamasına rağmen lokal olarak maligndir. Globu doldurabilir, sklerayı perfora edebilir. Tek tedavi yolu enükleasyondur. Bazan siklektomi muaffak olabilir.

IV- ORBİTAL TÜMÖRLER

A- PRİMER

- 1- Koristomatöz: Dermoid kist, epidermal kist, teratoma,
- 2- Hamartomatöz: Hemangiom, lenfangiom, neurofibroma.
- 3- Mezenşimal:
 - a- Adipose: Lipoma, liposarkoma.
 - b- Fibrous: Fibroma, Fibrosarkoma
 - c- Myomatous: Leiomyoma, leiomyosarkoma, rhabdomyoma, rhabdomyosarkoma.
 - d- Cartilaginous: Chondroma, chondrosarkoma.

e- Osseous: Osteoma, osteosarkoma.

4- Neural: Neuroma, neurofibroma, neurilemoma, neurogenic sarkoma, optik sinirin orbital kısmının meningioması, optik sinir gliomu, granular hücreli myoblastomu, non-kr-omaffin paragangliom.

5- Epithelial: Lacrimal gland tümörleri.

6- İnflamatuar: (Pseudotümörler) Lymphoid, plasmositoid, granulatöz, Lipogranulatöz, fibromatöz.

B- SEKONDER

1- İntraoküler: Malign melanoma, retinablastoma.

lign melanoma

2- Kornea ve konjonktiva: Malign melanom, epidermoid karsinoma.

4- Üst solunum yolu: Epetal Ca., sarkoma, mukosal

3- Kapaklar: Basal cell Ca, Meibomian bezinin Ca, epidermoid Ca, ma-

5- Kranial kavite: Meningima, intrakranial neoplasmlar.

C- Metastatik

1- Karsinoma

3- Neuroblastoma.

2- Sarkoma

D- SİSTEMİK HASTALIKLARA BAĞLI

1- Hemopoitik sistem: Lösemi, malign lenfoma, plasmositoma.

3- Metabolik sistem: Trotofik ve trotoksik eksoftalmus.

2- R.E. Sistem: Eosinofilik granuloza, Hand-Schüller- Christian hastalığı, Letterer- Siwe hastalığı, Juvenil xanthorgranuloma.

4- Fakomatözler: Von Recklinghausen hastalığı

5- Kas- İstelet sistemi: Paget hastalığı.

TABLO: 1 1966-1972 senelerinde kliniğimizde görülen göz tümörlerinin tümör cinslerine göre dağılımı.

T Ü M Ö R Ü N C İ N S	A D E T İ
Basal Cell Ca.	21
Yassı epitel Ca.	11
Retinablastoma	10
Papilloma	8
Hemangioma	7
Malign melanoma	6
Baso-spuamo gell Ca.	5
Squamo cell Ca.	3
Lipom	3
Kerato-acantoma	2
Lenfoma	2
Epitelioma	2
Pseudoepiteliomatöz piperplazi	1
İnvazif intraepidermal Ca.	1
Carcinoma in situ	1
Spino cel Ca	1
Epidermoid Ca.	1
Transizyonel cell Ca.	1
Nurofibroma	1
Rhabdomyosarkoma	1
Hemangioperistoma	1

TABLO: II. Lokalizasyonlarına göre göz tümörlerinin dağılımı

LOKALİZASYON	Basal cell Ca.	Yassı epitel Ca.	Retinablastoma	Papilloma	Hemangioma	Malign melanoma	Baso-spumo cell Ca.	Squamo cel Ca.	Lipom	Kerato-Acantomata	Lentoma	Epiteliom	Pseudoepiteliomatöz hipazi	İnvazif intraepitelial Ca.	Carcinoma in situ	Spino cell Ca.	Epidermoid Ca.	Transizyonel cell Ca.	Neurofibroma	Rhabdomyosarkoma	Hemangioperistoma
Kapak	21	3	—	5	2	2	4	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Konjonktiva	—	4	—	2	2	2	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Orbita	—	3	—	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kornea	—	1	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
İris	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Retina	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lakrimal gland	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kese	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

