

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szemklinikájának (igazgató: Berta András egyetemi tanár) közleménye

Arc- és szemhéjtumorok kezelésének tapasztalatai a Debreceni Szemklinika 7 éves beteganyaga alapján

BALÁZS ERZSÉBET

A szerző arc- és szemhéjtumorok miatt 1988 és 1994 között a Debreceni Szemklinikán kezelt betegek klinikai adatait összegzi. Az értékelés az elváltozások méretén, megjelenésén, elhelyezkedésén, szöveti típusán alapul és kiterjed a kezelésük során nyert tapasztalataikra is.

Kulcsszavak: szemhéjtumorok, malignus epitheliomák, gyakoriság, lokalizáció, kezelés

EXPERIENCES WITH THE TREATMENT OF FACE AND EYELID TUMORS BASED ON 7 YEARS' PATIENT MATERIAL OF THE DEBRECEN EYE CLINIC

The author summarizes the clinical data of patients with face and eyelid tumors treated at the Debrecen Eye Clinic between 1988 and 1994. The evaluation was based on the size, appearance and localization as well as the histological type of the lesions and involved the experiences gained during therapy.

Key words: Eyelid tumors, malignant epitheliomas, frequency, localization, treatment

A klinikánk által szervezett szemészeti plasztikai és helyreállító sebészeti tanfolyam adta az inspirációt arra, hogy az arc és a szem környékének tumorgyanús bőrelváltozásai miatt intézményünkbe az utóbbi években felvett betegek kórtörténetét átnézzük és ezen elváltozások elhelyezkedését, szöveti típusát, valamint a kezelésük során nyert tapasztalatainkat összegezzük. Már korábban is megtettük ezt. Klinikánkról Zajác és Hatvani ilyen célú értékelésüket 1975-ben ismertették a Szemészet hasábjain. Az elmúlt 20 évben azonban hasonló felmérést nem végeztünk. A Szemészet ugyanezen kötetében olvashattuk Galli beszámolóját is osztályuk 9 éves szemhéjtumoros beteganyagáról és új műtéti eljárását, amelyet a mai napig problematikus belső zugi daganatok eltávolítása során keletkezett hiányok fedésére ajánl.

Betegek

Zajác és Hatvani felméréséhez hasonlóan én is 7 éves időintervallumot – az 1988. január 1-től az 1994. december 31-ig terjedőt – tekintettem át. A korábbi összegzés 87 betegével szemben ez idő alatt 151 (2–91 év közötti életkorú) beteget, köztük 79 nőt és 72 férfit vettünk fel osztályainkra szemkörnyéki és az arcon lévő tumorszerű növedék, ill. 12 esetben tumorrecidíva vagy annak gyanúja miatt kezelésre. Pácienseink átlagéletkora 61,4 év volt. Betegeinken 154, különböző típusú műtetet végeztünk, ami ugyanennyi kórszövettani leletet eredményezett és ami lehetővé tette, hogy ezen bőrelváltozások lokalizáció és szöveti típus szerinti megoszlását is megítéljük. A műtéti megoldás módját a daganat nagysága és elhelyezkedése szabta meg. 10 betegünkön irradiatio, 6-on cryoapplicatio történt.

Közlésre érkezett: 1997. január 12.

Közlésre elfogadva: 1998. március 15.

Eredmények

90%-ban észleltünk solitaer, 10%-ban multiplex bőrelváltozásokat azonos előfordulási arányban a szem környékén és az arcon. Ezek 80%-a klinikailag basaliomának tűnt és többsége 1–6 éve persistált betegeinken. Figyelemre méltó azonban, hogy pácienseink 15%-a több mint 10 éve tudott bőrlaesióról, 10%-ukét pedig véletlen orvosi vizsgálat fedte fel. Megjegyezendő az is, hogy ezen tumorgyanús bőrelváltozások 40%-ának a legnagyobb átmérője elérte vagy meghaladta az 1 cm-t, tehát sok esetben már a terápia szempontjából optimális méretűnél nagyobb daganatokat kellett gyógykezelnünk.

Betegeinken 154 műtéti beavatkozást követően a hisztológiai vizsgálat 134 esetben malignus epitheliomát, konkrétan basaliomát (120 eset) vagy planocellularis carcinomát (14 eset) bizonyított 9:1 egymáshoz viszonyított gyakorisággal, egy esetben a bőr járulékos mirigyeinek elváltozását, malignus eccrin poromát, 19-ben pedig benignus szemhéji vagy arcbbőri tumort igazolt (1. táblázat). Ez utóbbiakat fele-fele arányban gyermekekről és felnőttekről távolítottuk el.

A hám malignus epitheliomáinak a feltüntetésekor a kevert sejttípusú, pl. a basosquamosus vagy a spinobasocellularis alakokat patológusokkal konzultálva nem különítettem el, hanem a besorolást sejtréteg szerint végeztem el, azaz a besorolás aszerint történt, hogy mely sejtrétegből indult ki a daganat, ill. mely sejttípus dominált benne, ugyanis e kevert alakú hámdaganatok biológiai tulajdonságait és klinikai viselkedését döntően ez határozza meg.

Szembetűnő volt betegeinken a malignus epitheliomák, ezen belül is a basaliomák nagy gyakorisága, amelyek a betegek korát a kórházi felvételkor tekintve legtöbbször a 7. és a 8. évtizedben lévő pácienseinken fordultak elő. Mindössze 6 negyven évnél fiatalabb egyénen diagnosztizáltunk rosszindulatú bőrdaganatot, szöveti típusa szerint mindegyiken basaliomát. Közülük a legfiatalabb 27 éves

1. táblázat. A szem környékén és az arcon lévő tumoranyag elváltozások lokalizáció és szöveti típus szerinti megoszlása

	Szemhéj		Szemzug		Orr	Arc Homloktáj	Egyéb
	Alsó	Felső	Belső	Külső			
Epithelioma basocell.	23	1	34	4	15	6	37
Epithelioma planocell. ker.	3	1	3	0	1	2	4
Epithelioma összesen	26	2	37	4	16	8	41
Malignus eccrin poroma	0	0	0	0	0	0	1
Papilloma	1	0	2	0	0	0	0
Haemangioma	1	1	0	0	0	0	0
Lipoma	0	1	0	0	0	0	0
Atheroma	0	2	0	0	0	0	0
Neurofibroma	1	1	0	0	0	0	0
Fibroepithelioma	1	0	0	0	0	0	0
Naevus	1	0	0	0	0	0	0
Cysta epidermoides	0	0	1	0	0	0	0
Solaris keratosis	1	0	1	0	1	0	1
Chalazeon	1	0	0	0	0	0	0
Granuloma	0	0	0	0	0	0	1

volt. A nemek egymáshoz viszonyított arányában a nők minimális számbeli fölényét állapítottuk meg.

A hámeredetű carcinomákat elhelyezkedésük szerint értékelve azt tapasztaltuk, hogy a klinikánkra felvett betegek a szem környékén a belső zugi lokalizációjúak voltak a leggyakoribbak. Gyakoriságuk megelőzte az alsó szemhéjaikét. Az arc bőrén viszont leginkább az orron manifestálódtak.

Betegeinken a következő beavatkozások történtek: különböző típusú műtétek, összesen 154, irradiatio 10 esetben, cryoapplicatio 6 esetben, mindez 12 páciensünkön részben klinikánkon, részben más intézményben korábban már operált, irradiált tumor recidívája vagy annak gyanúja miatt. A kisebb tumorokat exstirpáltuk, majd a bőrszövetet varrattal egyesítettük, a nagyobbak megoldásaként íves plasticát, lépcsős vagy egyéb plasticát, Adams-féle műtetet, illetve gyakran irhafelezett vagy teljes vastagságú szabad bőrtültetést választottunk. Ezekon kívül végeztünk még totalis tarsoanaplasticát és egy irradiatióra sokadjára felvett betegünkön a megfigyelési időt megelőzően már exenteratio orbitae-t is. Ez utóbbi beavatkozás szükségessége egy mélyen az orbitába terjedő, már csontdestrukciót is okozó planocelluláris carcinoma miatt is felmerült, de betegünk ennek elvégzésébe nem egyezett bele.

A 12 tumorrecidíva vagy annak gyanúja miatt klinikánkra került páciensünkön a megelőző szövettani vizsgálat 5 esetben planocelluláris carcinomát, 7-ben basaliomát igazolt, melyek fele-fele arányban a belső szemzugban, illetve a szem környékén helyezkedtek el.

A klinikai recidíva 10 páciensünkön 2–8, egy továbbin 12 év múlva következett be. Egy betegünk esetében aggodalmunk feleslegesnek bizonyult, ugyanis a hisztológia recidív tumor helyett tumormentes hegyszövetet bizonyított. A műtét azonban nem volt hiábavaló, a hypertrophiás heg eltávolítása után a kozmetikai eredmény javult.

Különböző típusú műteteinket követően a szövettani lelet tizenötször igazolt elégtelen kimetszést vagy azt, hogy a resectió vonal közvetlenül a tumor szomszédságában ha-

lad. Ezek fele belső zugi lokalizációjú daganat volt. Közülük 4 betegünkön kiegészítő sugárkezelést indikáltunk.

Irradiatiót 6 betegen kizárólagosan, egyedüli kezelésként, 4-en műtéttel kombinálva, azt követően végeztünk.

Cryoapplicatiót kicsi, jól körülhatárolt szélű tumorok esetén alkalmaztunk. Mélybe terjedő bőrdaganatok, klinikailag nehezen megítélhető határu morphea típusú basaliomák gyógykezelésében az előbbi terápiás alternatívákat választottuk.

Megbeszélés

Kiterjedt tanulmányok foglalkoznak a szemhéj és környékének daganataival, közöttük is számos a basaliomákkal.^{3,13,15} Ez utóbbiak jelentőségét gyakoriságuk és lokális invázióra való hajlamuk indokolja, továbbá az a tény, hogy eltávolításuk nagyon gondos plasztikai és helyreállító sebészeti megoldást igényel.

A basalioma az embereken előforduló leggyakoribb és a szemészek által legtöbbször látott malignus tumor, amelyből világszerte évenként ötszáz ezret diagnosztizálnak.^{8,17} 90%-ban a nyakon és a fej bőrén, ezek 10%-ában pedig a szemhéjakon, elsősorban a szemhéj szélén, a bőr és a conjunctiva hámszövetében manifesztálódnak.^{6,8,14} Bár hajlamuk a metastasisra csekély, helyi destruktívok révén a szemhéj kozmetikai és funkcionális zavarát idézhetik elő, mélybe terjedésükkel pedig a látást és az életet veszélyeztetik.⁷ A szem környékén a basaliomák kedvelt megjelenési helye az alsó szemhéj. Gyakoriságban ezt követi a belső szemzug. Az itt elhelyezkedő bőrrákok azonban nemegyszer a mélyebb szöveteket is involválják.¹¹ Előfordulásuk a felső szemhéjon ritkább, a külső szemzugban pedig elenyésző.^{1,15} A klinikánkra felvett betegek a belső zugi carcinomák gyakorisága megelőzte az alsó szemhéjiakét. Ha azonban figyelembe vesszük azt is, hogy évente 50–70 bőrrákot távolítunk el a szem környékéről ambulanter is, és ezek 80%-át az alsó szemhéjről, akkor a malignus epitheliomák topográfiai gyakorisága a *Payne* és *mtsai*, továbbá

Aurora és *Blodi* által közöltekkel egyező klinikánk beteganyagában is.

Kialakulásukban a napsugárzás és a vegyi anyagokkal való tartós érintkezés a meghatározó. Szinte kizárólag fehér és érzékeny bőrű egyéneknek lehetségesek fel. *Naumann* publikációjában 381 basaliomás szövetből csupán 2 származott négerből. Nagyobb számú betegen végzett megfigyelések szerint típusosan a 6–8. életévtizedben, férfiakon 1,6–2x gyakrabban, nőknél viszont 10 évvel korábban alakulnak ki.^{1,16,20} Ezen eltéréseket saját pácienseink kapcsán nem észleltük. 40 évnél fiatalabb egyéneknek előfordulásuk ritka. Valószínűleg ez a magyarázata annak, hogy a fiatalkori bőrrákokat viszonylag későn ismerik fel és sok esetben tévesen diagnosztizálják.^{8,13,17}

Prognózisukat elhelyezkedésük, klinikai megjelenésük, szöveti típusuk és differenciáltsági fokuk nagymértékben befolyásolja. Nodularis-ulcerativ, superficialis és morphea-szerű formái közül a klinikai gyakorlatban ez utóbbiak igénylik a legnagyobb körültekintést, mivel a szélük makroszkóposan nehezen megítélhető, több gócban és subepithelialis is terjedhetnek, nem ritkán a belső zugban fordulnak elő.^{1,5} Mindez radikális eltávolításukat megnehezíti. Potenciális roncsoló voltak ellenére is korai felismeréssel, gyógykezeléssel és gondos ellenőrzéssel e betegség jól kézben tartható, kimenetele kontrollálható, az orbitába, a melléküregekbe és a koponyaúrba való terjedés minimalizálható (0,8–3%).^{7,18}

A választható gyógymód a sebészi eltávolítás, a besugárzás, a lézerkezelés, a cryoapplicatio és a kemoterápia. Ezek közül a hisztológiai kontrollal végzett sebészi eljárás nyújtja a legsikeresebb (csaknem 100%-os) és a legmegnyugtatóbb gyógyulási eredményt.¹⁰ Szövettani kontroll híján az eredményesség a tumoreltávolítás szabályainak következetes alkalmazásától függ. Amennyiben a szemhéj helyreállító sebészetében gyakorlottak vagyunk és a kozmetikai eredmény egyidejű figyelembevételével a kellő radikalitásról nem mondunk le, jó gyógyulási arányra számíthatunk.^{9,19}

A basaliomák magas gyógyulási rátája összefügg azzal, hogy zömük egy gócból nő. De még a multicentrikusan növekvő formák is kb. ugyanilyen sikerrel gyógyíthatók a Mohs-műtéttel, amely lamelláris blokkresectiót jelent. Ezen operáció során 5–10 mm x 5–10 mm-es négyzetalapú, 2–4 mm vastag szövetblokkokat lamellálunk addig, amíg az alap biztosan tumormentes nem lesz.¹⁰ Ez a műtéti mód a morphea-típusú és a belső zugi lokalizációjú basaliomák komplett eltávolításának a legbiztosabb módja, amely az ép szövetek megőrzésére is a legnagyobb esélyt nyújtja. Kivitelezése azonban speciális felszerelést és kellő gyakorlatot, de legfőképpen megfelelő patológiai háttérrel igényel.

Napjainkban a primaer tumorok gyógykezelésében irradiációval és cryoapplicatióval is 90%-nál magasabb gyógyulási ráta biztosítható. Az adequat gyógymód megválasztásához azonban a klinikusnak számos szempontot kell értékelni, így a tumor nagyságát, lokalizációját, szövettani lelet birtokában annak hisztológiai jellemzőit is. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy lokalizált vagy invazív terimérről, primaer vagy recidív bőrlaesióról van-e szó. Számos tanulmány igazolja, hogy egy korábban már kezelt bőrdaganat esetén – függetlenül az alkalmazott gyógymódtól – a kiújulás valószínűsége nő. Ismert az is, hogy elégtelen irradiációt követően a radikális sebészi eltávolítás nehezebb.⁵

Klinikai praxisunkban primaer és recidív bőrlaesiók esetén egyaránt a választott leggyakoribb terápiás alternatíva a sebészi eltávolítás. Előnyben részesítjük a jó kozmetikai eredményt biztosító környezetből eltolt lebenyeket, de alkalmazunk irhafelezett vagy teljes vastagságú bőrátültetést is. Ez utóbbiakhoz a transzplantátumot a fül mögül vagy a szemhéj bőréből vesszük.

A kiegészítő irradiáció tekintetében a következőképpen járunk el: ha egyértelmű a tumor residuum jelenléte és az a belső szemzugban elhelyezkedő terime alapján maradt vissza, az irradiációs kezelést egy hónapon belül elkezdjük. Egyéb lokalizációban a klinikai recidívát megvárjuk.

A társszakmák képviselőivel folytatott konzultációt elengedhetetlennek tartjuk. Így érthetjük el azt, hogy a rendelkezésre álló terápiás lehetőségek közül problematikus esetekben azt válasszuk, amellyel a tumor a legnagyobb biztonságga és a legjobb kozmetikai eredménnyel eltávolítható vagy elpusztítható. Ugyancsak fontos a beteg részletes, mindenre kiterjedő felvilágosítása, az ellenőrző vizsgálatok szükségességének a hangsúlyozása, és pácienseinknek a kontrollokon való megjelenése. Ennek elmulasztása esetén ugyanis a szemkörnyéki daganatok gyakrabban válhatnak radikális műtétet, ismételt besugárzást szükségessé tevő, esetleg a látást és az életet is veszélyeztető kórfolyamatokká.

Irodalom

1. *Aurora A. L., Blodi F. C.*: Reappraisal of basal cell carcinoma of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 70, 329 (1970).
2. *Cobb G. M., Thompson G. A., Allt W. E. C.*: Treatment of basal cell carcinoma of the eyelids by radiotherapy. *Canad Med Assoc J* 91, 743 (1964).
3. *Dollfus M. A.*: Epitheliomas palpebraux. *Ophthalmologica* 151, 23 (1966).
4. *Galli L.*: Új belső szemzugi plasztika. *Szemészet* 112, 90 (1975).
5. *Grove A. S., McCord C. D. Jr., Tanenbaum M.*: Eyelid Tumors: Diagnosis and Management in McCord CD Jr, Tanenbaum M (eds): *Oculoplastic Surgery*, 2nd edition p 197 Raven Press, New York (1987).
6. *Hollander L., Krugh F. J.*: Cancer of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 27, 244 (1944).
7. *Howard G. R., Nerad J. A., Carter K. D., Whitaker D. C.*: Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 113, 123 (1992).
8. *Lindberg J. V.*: Periocular basal cell carcinoma in young adults. *W Va Med J* 81, 241 (1985).
9. *Lukáts O.*: Totalis felső szemhéjhiány pótlása Cutler–Beard-féle hídlebenyplasticával. *Szemészet* 131, 137 (1994).
10. *Mohs F. E.*: Chemosurgery for skin cancer. Fixed tissue and fresh tissue techniques. *Arch Dermatol* 112, 211 (1976).
11. *Mohs F. E.*: The chemosurgical method for the microscopically controlled excision of radioresistant facial cancer. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 73, 61 (1955).
12. *Naumann G. O. H.*: Tumoren der Augen und Augenhöhle In: *Opitz H, Schmid F*(eds): *Handbuch der Kinderheilkunde, Tumoren im Kindesalter* Vol VIII/2 p 350 Springer, New York (1971).
13. *Nerad J. A., Whitaker D. C.*: Periocular basal cell carcinoma in adults 35 years of age and younger. *Am J Ophthalmol* 106, 723 (1988).

14. *Owen M.*: Basal cell carcinoma. A study of 836 cases Arch Pathol 10, 386 (1930).
15. *Payne J. W., Duke J. R., Butner R., Eifrig D. E.*: Basal cell carcinoma of the eyelids Arch Ophthalmol 81, 553 (1969).
16. *Reese A. B.*: Tumors of the Eye and Adnexa. Harper and Row Publishers Inc, New York (1963).
17. *Robins P., Albom M. J.*: Recurrent basal cell carcinomas in young women. J Dermatol Surg 1, 49 (1975).
18. *Shields J. A., Bakewell B., Augsburger J. J., Flanagan J. C.*: Classification and incidence of space-occupying lesions of the orbit. A survey of 645 biopsies Arch Ophthalmol 102, 1606 (1984).
19. *Stallard H. B.*: Discussion—Carcinoma of conjunctiva and eyelid. In: Boniuk M(ed): Ocular and Adnexal Tumors. p 109 New and Controversial Aspects CV Mosby, St. Louis (1964).
20. *Wynn-Williams D.*: Surgical treatment of malignant diseases of the periorbital area. Br J Plast Surg 20, 315 (1967).
21. *Zajácz M., Hatvani I.*: A szemhéj-tumorok műtéti megoldásáról. Szemészet 112, 86 (1975).

A szerző címe: *Dr. Balázs Erzsébet*
 DOTE Szemklinika
 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Kongresszusi beszámoló

Hamburgban, 1998. február 20–22. között került sor arra az MSD által szervezett nemzetközi összejövetelre, amely a „Current and future trends in medical treatment of glaucoma” címet viselte. A gyakorló szemorvosoknak szóló, kiválóan szervezett, továbbképző jellegű összejövetelnek mintegy ezer résztvevője volt. A magyarországi MSD-képviselőt jóvoltából hazánkból öten voltunk jelen.

A neves európai és észak-amerikai előadók összefoglaló előadásaikban a glaucoma patomechanizmusának és modern gyógyszeres kezelésének kérdéseit tárgyalták. Különös hangsúlyt kapott a papilla keringéskárosodása és a neurotoxikus molekuláris mechanizmusok ismertetése, valamint a ma még kutatási fázisban lévő neuropro-

tekció kérdése. Több referátum foglalkozott a helyileg alkalmazott karboanhidráz-bénítő dorzolamid retinális keringést fokozó hatásával, valamint a dorzolamid és más hatásmechanizmusú szemnyomáscsökkentő készítmények, főként a béta-receptor-blokkolók együttes adásának előnyeivel. Az előadásokat érdekes diszkusszió követte. Ez az összejövetel is rámutatott arra, hogy a gyakorló szemorvosnak ma már egyre inkább ismernie kell a modern glaucoma-kutatás legfontosabb kórélettani és biokémiai eredményeit, mivel ezek az ismeretek várhatóan már a közeli jövőben szükségesek lesznek a korszerű, az adott beteg számára optimális kezelési stratégia megválasztásához.

Holló Gábor