

Perioküler Bazal Hücreli Karsinomlarda Cerrahi Eksizyon ve Onarım Sonuçları: Klinik Deneyimlerimiz

Dilek Yüksel (*), Evin Şingar (*), Burçin Çakır (*), Remzi Kasım (*), Sunay Duman (*)

ÖZET

Amaç: Göz kapakları ve çevresinde yerleşim gösteren bazal hücreli karsinom (BHK) olgularında cerrahi eksizyon ve onarım tekniklerimizi ve sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Bu çalışmada 1999-2008 döneminde BHK bulunan 27 olguda uyguladığımız eksizyon ve onarım tekniklerimiz ve sonuçları değerlendirildi. Cerrahi eksizyon tümör sınırından 5 mm uzaklıktan uygulandı. Dondurulmuş kesit denetimi 6 olguda uygulanırken, 21 olguda uygulanmadı. Cerrahi eksizyon sonrası oluşan defektlerden arka lamellanın onarımı için sert damak mukoza grefti ve üst kapak tarsokonjonktival grefti kullanılırken, ön lamellanın onarımı için çeşitli greft ve flepler kullanıldı.

Bulgular: Dondurulmuş kesit denetimi yapılmayan 21 olgudan 1'inde cerrahi sınıra yakın tümör dokusunun saptanması nedeniyle erken dönemde eksizyon tekrarlandı. Bu olguların hiçbirinde izleme dönemi içinde yineleme görülmedi. Dondurulmuş kesit denetimi yapılan 6 olgudan 1'inde ise yineleme görüldü. İki kez yineleme anamnezi veren bu olguda tümör dokusu iç kantil bölgedeydi. Bu çalışmada arka lamella onarımı için sert damak mukoza grefti, ön lamella onarımı için üst kapak cildi sık olarak kullanıldı. Cerrahi onarım sonrası 2 olguda kapak kenarında şekil bozukluğu, 1 olguda hafif alt kapak retraksiyonu, 1 olguda ciltte skar dokusu, 1 olguda hafif semblefaron saptandı. Diğer olgularda ise kozmetik sonucun iyi olduğu saptandı.

Tartışma: Bu çalışmada, sınırlı sayıda hasta grubunda, perioküler BHK'ların çevresindeki 5 mm'lik sağlam dokuyla birlikte çıkartıldıktan sonra tekrarlamadığı gözlenmiştir. Buna karşılık, yüksek riskli BHK'ların, seyrek de olsa, intraoperatif dondurulmuş kesit biyopsiyle cerrahi sınırların denetimine rağmen nüksettiği izlendi. Hastaların çoğunda, arka lamella defektlerinde sert damak mukoza greftinin kullanımıyla, ön lamella defektlerinde üst gözkapığı cildinin kullanımıyla tatminkar kapak onarımı elde edildi.

Anahtar Kelimeler: Bazal hücreli karsinom, gözkapığı onarımı, dondurulmuş kesit denetimi, cerrahi eksizyon

(*) S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Göz Kliniği, Ankara

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Dilek Yüksel, Hoşdere Cad, Çankaya Evleri E Blok No: 26 Çankaya Ankara - Türkiye
E-posta: yukseld2000@yahoo.com

Mecmuaya Geliş Tarihi: 26.03.2009
Düzeltilmeden Geliş Tarihi: 23.09.2009
Kabul Tarihi: 23.09.2009

SUMMARY

Surgical Excision and Reconstruction Results On Periocular Basal Cell Carcinoma: Our Clinical Experiences

Purpose: To evaluate our surgical excision and reconstruction techniques and results for patients with basal cell carcinoma (BCC) in the eyelids and periocular region.

Methods: We evaluated the surgical excision and reconstruction techniques and results in a retrospective study of 27 patients with BCC, operated between 1999 to 2008 years. Surgical excision was performed at a 5mm distance from the tumor margin. Frozen section (FS) was performed at 6 cases, but it was not performed at 21 patients. For posterior lamella defects occurred after excision, hard palate mucous graft (HPMG) and superior eyelid tarsoconjunctival graft were used. As for anterior lamella defects, different grafts and flaps were used.

Results: Due to the detection of residual tumor cells near the surgical border in 1 of 21 patients not controlled by FS, an early revision was performed. In these cases, there was no recurrence in the follow-up. Recurrence was determined in 1 of 6 cases controlled by FS. In this case, twice recurrence was seen previously and tumor was at medial canthal area. In this study, HPMG for reconstruction of posterior lamella defects and superior eyelid skin for reconstruction of anterior lamella defects were used frequently. After reconstruction, lid margin deformity in 2 cases, minimal lower eyelid retraction in 1 case, cutaneous scar in 1 case, minimal symblepharon in 1 case were determined. Satisfactory cosmetic results were achieved in other cases.

Conclusion: In this study, no recurrence was reported in a limited number of patients with periocular BCC excised at a 5mm distance from the tumor margin together with the healthy tissue. However, recurrence can rarely be seen in patients with high-risk BCC despite clear borders seen in intraoperative FS. In most of the patients, satisfactory lid repair was acquired with HPMG for reconstruction of posterior lamella defects and superior eyelid skin for reconstruction of anterior lamella defects.

Key Words: Basal cell carcinoma, eyelid reconstructions, frozen section, surgical excision

GİRİŞ

Bazal hücreli karsinom (BHK) gözkapakları ve çevresinde görülen en yaygın kötü huylu tümördür ve tüm kötü huylu gözkapakları tümörlerinin % 90'ını oluşturmaktadır (1). Uzun süreli güneş ışığına maruz kalan yaşlılarda sık olarak görülmektedir (2). Bazal hücreli karsinom sıklıkla çevre dokulara yayılım göstermekle birlikte, % 2-11 oranında mortalite, % 0.0028-0.5 oranında uzak metastaz bildirilmektedir (2, 3). Çoğunlukla cerrahi eksizyon ile kesin tedavi sağlanmaktadır.

Bu çalışmada gözkapakları ve çevresinde BHK bulunan olgularda uyguladığımız cerrahi eksizyon, onarım yöntemlerimiz ve sonuçları sunulacaktır.

YÖNTEM VE GEREÇ

Bu çalışmada 1999-2008 döneminde gözkapakları ve çevresinde BHK bulunan 27 olguda uyguladığımız eksizyon ve onarım tekniklerimiz ve sonuçlarımız retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 15'i kadın, 12'si erkek

olup yaşları 42 ile 84 (ortalama: 61.3 yıl) arasında değişmekteydi. Olguların 13'ünde alt kapak, 1'inde üst kapak, 1'inde alt-üst kapak tutulumu saptandı. Tümör 8 olguda iç kantal bölgede, 2 olguda dış kantal bölgede, 2 olguda orbital kenar hizasında yerleşim göstermekteydi. İç kantal bölge tutulumu bulunan olgulardan 1'inde tümöral oluşum her iki gözkapakına, 1'inde ise alt kapağa uzanım göstermekteydi. Tümöral lezyon 27 olgunun 3'ünde punktum ve/veya kanalikül yakınında yerleşirken, 3'ünde lakrimal kese tutulumuna neden olan derin dokulara yayılım bulunuyordu. Bu 6 olgunun 2'sinde tümörün aynı zamanda fornikse yakın yerleşim gösterdiği gözlenirken, 3'ünde daha önce başka kliniklerde geçirilmiş ameliyat, 1'inde ise tümöral lezyonun bulunduğu iç kantal bölgeye yönelik travma nedeniyle ameliyat anamnezi mevcuttu.

Tüm olgularda cerrahi girişim öncesi fotografik dokümantasyon alındı. Tümörlerdeki yayılımın derinliği, lezyonun altındaki doku üzerindeki hareketliliği değerlendirilerek saptanmaya çalışıldı. Lakrimal keseye yayılım şüphesi bulunan olgularda, manyetik rezonans görüntüleme tetkiki yapıldı. Cerrahi eksizyon 24 olguda lokal anestezi ile, 3 ol-

guda genel anestezi ile uygulandı. Lokal anestezi için % 0.5'lik bupivacaine ve % 000125 epinefrin içeren % 2'lik lignocaine karışımı kullanıldı. Tümör sınırı makroskopik olarak belirlendikten sonra, eksizyon sınırı tümör sınırından 5 mm uzaklıkta olacak şekilde işaretlendi. Eksizyon tüm olgularda aynı uzaklıktan yapıldı. Cerrahi eksizyon sonrası çıkartılan materyaller sütle işaretlenerek patolojik değerlendirmeye gönderildi. Dondurulmuş kesit denetimi lakrimal sistem ve fornikse yakın ve/veya derin dokulara yayılım gösteren veya yineleme anamnezi veren 6 olguda uygulanırken, 21 olguda uygulanmadı. Dondurulmuş kesit denetimi uygulanan olgulardan 4'ünde morfeaform BHK, 2'sinde nodüloülseratif BHK bulunmaktaydı. Nodüloülseratif BHK bulunan 2 olgu ile morfeaform BHK bulunan 2 olguda geçirilmiş ameliyat anamnezi mevcuttu. Dondurulmuş kesit denetimi uygulanmayan, iyi sınırlı ve ilk kez cerrahi girişim uygulanan 21 olgudan 8'inde nodüloülseratif, 13'ünde nodüler tip BHK bulunmaktaydı.

Ön ve arka lamellanın birlikte tutulduğu 17 olgunun 13'ünde eksizyon yapıldıktan sonra kapak uzunluğunun %

50'si ile % 100'ünü kaplayan tam kat defektler oluştu. Bu olguların 10'unda arka lamellanın onarımı için sert damak mukoza grefti, 3'ünde üst kapak tarsokonjonktival grefti kullanılırken, ön lamellanın onarımı için transpozisyon flepleri (üst kapak, nazojugal ve yanak), alın ve ilerletme flepleri kullanıldı (Şekil 1-3). Dört olguda ise kapak uzunluğunun yaklaşık % 25-30'unu içeren tam kat defektler oluştu. Primer sütürasyon uygulanan bu olgulardan 2'sinde girişime kantolizis eklendi. Arka lamella onarımı için kullanılan sert damak mukoza grefti, 10 olgunun 9'unda lokal anestezi ile (Şekil 2c), 1'inde genel anestezi ile alındı. Sert damak grefti alındıktan sonra eksizyon alanına kanama kontrolü için surgicell yerleştirildi. Kalan 10 olguda ise eksizyon sonrası ön lamellada oluşan defektler, çeşitli greft (üst kapak, kulak arkası) ve fleplerle (üst kapak, alın, ilerletme, iki loblu, o-z plasty) onarıldı (Şekil 4,5). Üst kapak cildinin flep veya greft olarak kullanıldığı 6 olguda aynı girişimde diğer gözkapağına da blefaroplasti uygulanarak bilateral blefaroplasti gerçekleştirildi. (Şekil 4). Olgulardan 2'sinde alt punktum ve alt kanalikül, 1'inde her iki kanalikül, 3'ünde ise lakrimal kese eksizyonu uygulandı.

Şekil 1. A) Alt kapak mediali ve lakrimal sisteme yayılım gösteren BHK' lu bir olgu. B) Tümöral lezyonun dondurulmuş kesit denetimi ile alt kapak ve lakrimal keseyi de içeren eksizyonu C) Eksizyon sonrası oluşan defektin görünümü D) Defektin sert damak mukoza grefti ve nazojugal transpozisyon flebi kullanılarak onarımından sonraki görünümü.



Alt punktum ve alt kanalikül lateralinin eksizye edildiği bir olguda aynı girişimde nazolakrimal silikon entübasyon uygulandı. Tüm girişimler aynı cerrah (DY) tarafından gerçekleştirildi. Olgular 1 yıl ile 7 yıl arasında (ortalama 39.4 ay) biomikroskopik kontrol ve fotografik dökümantasyon alınarak izlendi.

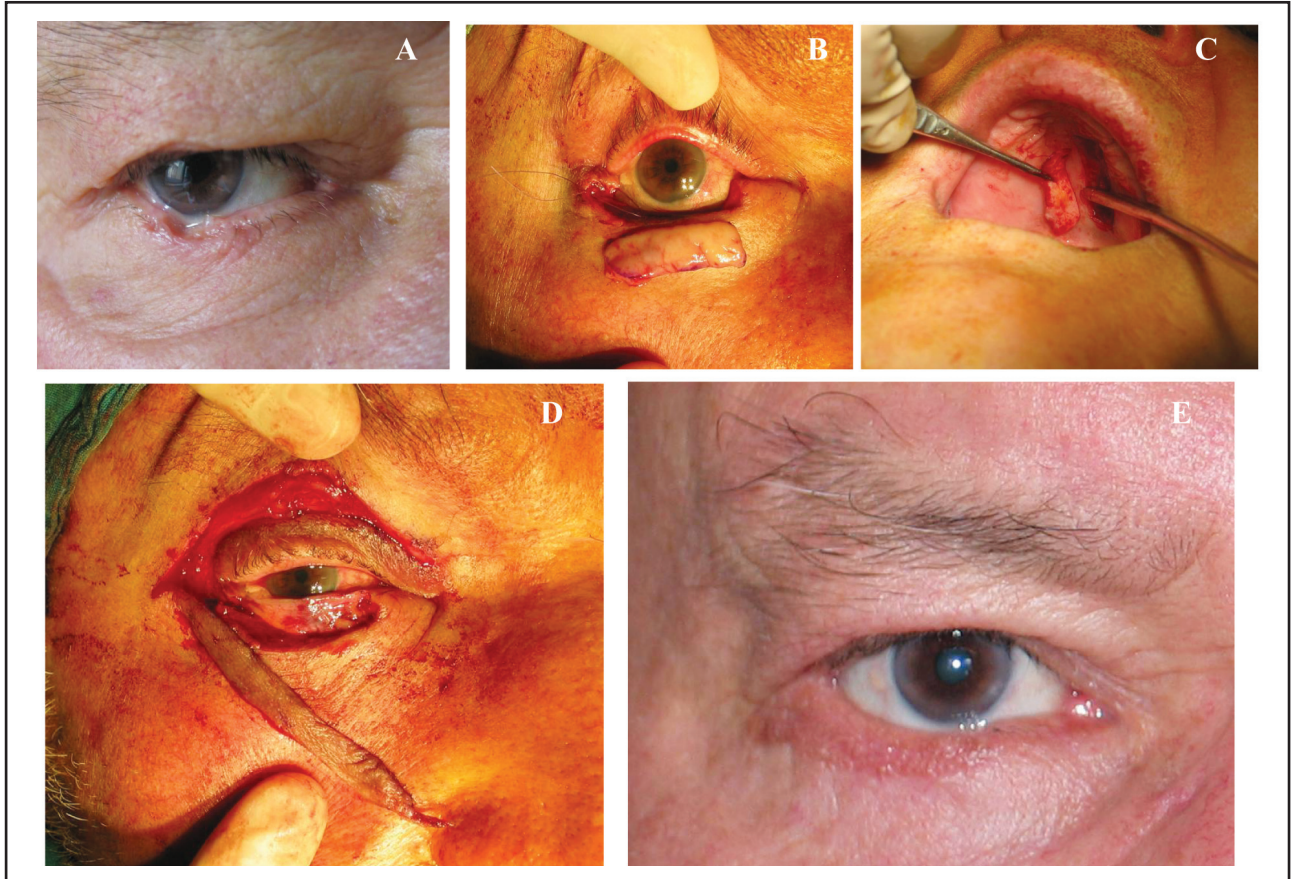
BULGULAR

Tümörlerin dağılımları incelendiğinde; 10 olguda nodüloülseratif, 13 olguda nodüler, 4 olguda morfeaform (sklerozan) BHK saptandı. Olguların 6'sında tümöral lezyon pigmentasyon göstermekteydi. Dondurulmuş kesit denetimi uygulanmayan 21 olgu içinde, cerrahi sınıra çok yakın tümör dokusunun saptandığı 1 olguda (% 4.7) erken dönemde (1. hafta) girişim tekrarlandı. Üst kapakta ön ve arka lamellanın birlikte tutulduğu ve eksizyon sonrası primer sütürasyon uygulanmış olan bu olguda, eksizyon alanı genişletildi ve kantolizis uygulanarak primer sütürasyon tekrarlandı. Dondurulmuş kesit denetimi

uygulanmayan diğer olgularda ise, histopatolojik olarak cerrahi sınırların temiz olduğu saptandı. Bu olgularda izleme dönemi içinde yineleme görülmedi.

Dondurulmuş kesit denetimi uygulanan 6 olgunun 5'inde cerrahi sınırların temiz olduğu bildirildi. 1 olguda ise tümör dokusunun eksizyon sınırına (alt kanalikül yakını) çok yakın olduğunun bildirilmesi nedeniyle bu olguda aynı girişimde alt kanalikül eksizye edildi. Dondurulmuş kesit denetimi uygulanan ve cerrahi sınırların temiz olduğu bildirilen olgulardan birinde defekt onarımı sırasında şüpheli bir alandan biyopsi alındı. Bu olguda tümöral kitle iç kantal bölgede derin yayılım yaparak alt ve üst kapağa uzanım göstermekteydi Sert damak mukoza grefti ve alın flebi ile onarım uygulanan bu olguda biyopsi materyalinde tümör dokusunun saptanması nedeniyle girişim sonrasında radyoterapi uygulandı. Daha önce 2 kez yineleme anamnezi bulunan bu olguda 1 yıl içinde bir kez daha yineleme görüldü. Dondurulmuş kesit denetimi yapılan 6 olgunun 1'i dışında yineleme görülmedi. Bu olguların 4'ünde morfeaform BHK mevcuttu.

Şekil 2. **A)** Alt kapakta BHK bulunan bir olgu. **B)** Tümör sınırından 5 mm uzaklıktan yapılan eksizyon sonrasında oluşan defekt ve alınmış olan sert damak mukoza greftinin sütüre edilmeden önceki görünümü **C)** Lokal anestezi ile alınan sert damak mukoza greftinin görünümü **D)** Defektin sert damak mukoza grefti ve üst kapak transpozisyon flebi kullanılarak onarımı **E)** Olgunun defekt onarımından sonraki görünümü.



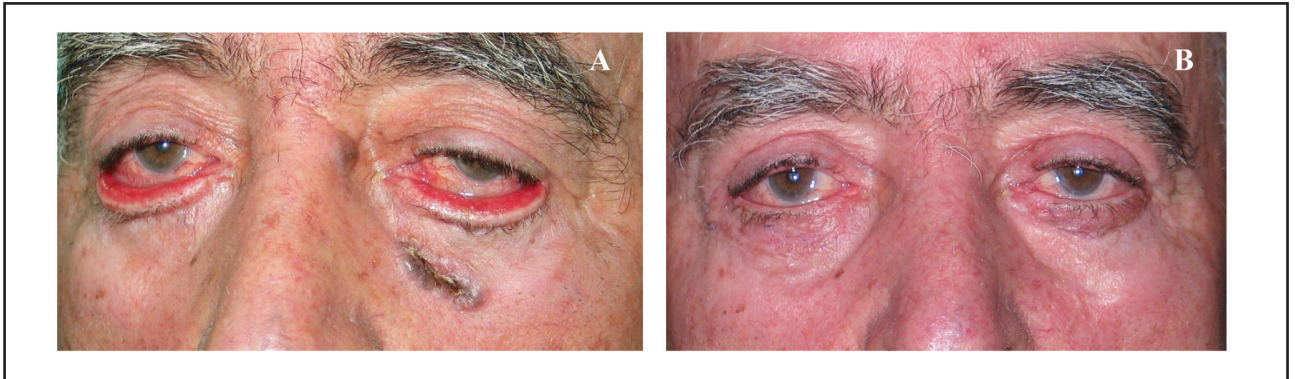
Şekil 3. **A)** Tüm alt kapak, lakrimal sistem, üst kapak medialinde yaygın BHK bulunan olgu. **B)** Cerrahi eksizyon sınırının tümör sınırından 5 mm uzaklıktan işaretlenmesi **C)** Fornikse de yakın olan tümöral lezyonun dondurulmuş kesit denetimi ile tüm alt kapak, üst kapak mediali, alt-üst kanalikül ve lakrimal keseyi de içeren eksizyonu **D)** Tümöral dokunun dondurulmuş kesit denetimi ile ortadan kaldırılmasından sonra, defektin sert damak mukoza grefti ve transpozisyon flebi kullanılarak onarımından sonraki görünümü.



Bu çalışmada arka lamella onarımı için en sık sert damak mukoza grefti, ön lamella onarımı için ise en sık üst kapak cildinin kullanılmış olduğu tespit edildi. Cerrahi onarım sonrası erken dönemde bir olguda flep altın-

da kanama gözlemlendi. Bu olgu atrial fibrilasyon ve tromboemboli anamnezi nedeniyle varfarin sodyum (kumadin) kullanan ve cerrahi tedaviden 10 gün önce kumadin tedavisi kesilmiş olan bir olguydu. Sert damak mukoza

Şekil 4. **A)** Orbital kenar hizasında yerleşim gösteren 2 odaklı BHK ve bilateral alt kapak ektropionu bulunan olgu **B)** BHK'ların eksizyonu sonrası oluşan defektlerin bilateral blefaroplastiden elde edilen cilt kullanılarak onarımı ve olgunun bilateral ektropion cerrahisi uygulandıktan sonraki görünümü.



Şekil 5. A, B) Medial kantal bölgedeki BHK'un eksizyonu ve oluşan defektin onarımı için oluşturulan altın flebinin görünümü C) Cerrahi tedaviden 2 yıl sonraki görünümü



grefti ve üst kapak transpozisyon flebinin kullanıldığı bu olguda ameliyat sonrasında ortaya çıkan kanama, problem oluşturmadan rezorbe oldu. İzleme döneminde 2 olguda kapak kenarında şekil bozukluğu, 1 olguda hafif alt kapak retraksiyonu, 1 olguda ciltte skatris, 1 olguda hafif semblefaron saptandı. Diğer olgularda ise kozmetik sonucun iyi olduğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

Bazal hücreli karsinom yavaş ilerleyen, sıklıkla komşu dokulara yayılım gösteren kötü huylu bir tümördür ve çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Cerrahi eksizyon ise kesin tedavi olarak kabul edilmektedir. Bazal hücreli karsinom klinik görünümü temel alınarak nodüler, nodüloülseratif ve morpheaform (skleroza) olarak sınıflandırılmaktadır. Sıklıkla alt kapakta yerleşim gösteren BHK, % 73 oranında nodüler tip şeklinde görülmektedir (4). Yapılan çalışmalarda, BHK'un subklinik genişleme gösteren morpheaform tipinde nodüler tipe göre daha sık olarak yetersiz eksizyon bildirilmektedir (5-7). Tekrarlayan cerrahilerin uygulandığı olgularda yineleme oranının % 50'ye kadar yükseldiği bildirilmektedir. Bu durum, yineleme görülen tümörlerin yayılım potansiyeli daha fazla olan hücrelerden oluşması ile açıklanmaktadır (4). İç kantal bölgede, derin dokulara yayılım yapan morpheaform tip BHK'un en fazla yineleme riski taşıdığı bildirilmektedir (4, 8-11). Bu bölgede yoğun kan damarları, sinirler, lakrimal drenaj sistemi, iç kantal tendon ve orbital septal bağlantıların oluşturduğu karmaşık anatomi nedeniyle kötü huylu tümörlerin yayılımı daha hızlı ve kontrolsüz olabilmekte ve cerrahi tedavi açısından da güçlükler bulunmaktadır. Bu nedenle iç kantal bölgede tekrarlayan cerrahilerin uygulandığı olgularda destekleyici radyoterapi önerilmektedir (4). Çalışmamızda da iç kantal bölgeden birkaç kez cerrahi girişim geçirdiği öğrenilen, morpheaform tip BHK bulunan olguda eksizyon sonrası radyoterapi uygulanmasına rağmen yinelemeye engel olunamamıştır. Ayrıca çalışmamızda tümöral lezyonun iç kantal bölge, lakri-

mal sistem ve fornikse yakın olması durumunda dondurulmuş kesit denetimi uygulanmıştır ve 6 olguda lakrimal drenaj sistemi eksizyonu gerekli olmuştur.

Gözkapağındaki kötü huylu tümörlerde yineleme oranlarını azaltmak amacıyla dondurulmuş kesit denetimi kullanılmaktadır (12,13). Bu yöntem standart veya Mohs mikroskopik cerrahi (MMC) tekniği kullanılarak uygulanmaktadır. Mohs mikroskopik cerrahi tekniğinde cerrahi kenarların tamamı değerlendirilirken, standart teknikde cerrahi kenarlardan rastgele alınan örnekler değerlendirilmektedir. Bu nedenle standart teknikde, değerlendirilmeden kalan alanlarda tümör hücrelerinin bulunma ihtimalinin olduğu bildirilmektedir (14). Ghauri ve ark'larının çalışmalarında, dondurulmuş kesit denetimi ile cerrahi sınırlarda tümör dokusu saptanmayan olguların % 5'inde, daha sonra yapılan ayrıntılı patolojik incelemede cerrahi sınırlarda tümör dokusuna rastlandığı bildirmektedirler (15). Nemet ve ark, BHK'da tümör sınırından 3 mm uzaklıktan yapılan eksizyon sonrasında % 25.4 oranında cerrahi sınırlarda tümör dokusu saptandığını rapor etmektedir (5). Bu çalışmada iç kantal bölgede yerleşmiş, lakrimal sisteme yakın ve yineleme görülen olgularda dondurulmuş kesit denetimi uygulanırken, iyi sınırlı olgularda tümör sınırından 3 mm uzaklıktan eksizyon uygulanmıştır. Aynı çalışmada standart dondurulmuş kesit denetimi ile % 4.7 yineleme bildirilirken, MMC tekniği ile yineleme görülmediği bildirilmektedir. Bizim çalışmamızda da benzer olgularda standart dondurulmuş kesit denetimi uygulanırken, tüm olgularda tümör sınırından 5 mm uzaklıktan eksizyon yapılmıştır. Wolf ve Zitelli'nin çalışmalarında, tümör sınırından 2 mm uzaklıktan uygulanan eksizyon ile % 70 oranında, 3 mm uzaklıktan uygulanan eksizyon ile % 85 oranında, 4 mm uzaklıktan uygulanan eksizyon ile % 95 oranında tümör dokusunun tamamen ortadan kaldırıldığı bildirmektedirler (7). Atasoy ve Yazıcı'nın çalışmalarında da dondurulmuş kesit denetimi ile birlikte tümör sınırından 4-5 mm uzaklıktan yapılan eksizyon ile, geniş yayılım bulunan olguları da içeren bazal hücreli karsinomlu 34 olgunun 2'sinde (% 5.8) yineleme bildirilmek-

tedirler (16). Hamada ve ark ise, % 70'ini iyi sınırlı tümörlerin oluşturduğu olgularda dondurulmuş kesit denetimi uygulamadan tümör sınırından 4 mm uzaklıktan uyguladıkları eksizyon ve primer sütürasyon ile yineleme tespit etmediklerini bildirmektedirler (17). Çalışmamızda tümör sınırları iyi gözlenebilen olgularda, dondurulmuş kesit denetimi uygulamadan tümör sınırından 5 mm uzaklıktan uyguladığımız eksizyon ile yineleme olmadığını saptadık. Bu durumda, tümör sınırlarının iyi gözlenebilmesi, eksizyonun yeterli genişlikte yapılabilmesine imkan tanınması nedeniyle önem taşımakta ve bu olgularda yineleme oranları daha düşük olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, histopatolojik olarak cerrahi sınırlarda tümör dokusu saptanan bazal hücreli karsinomlu olguların sadece az bir bölümünde klinik olarak yineleme görüldüğü bildirilmektedir. Günalp ve Akbaş'ın çalışmalarında, cerrahi sınırlarda tümör hücresi bulunan olguların % 13.5'inde yineleme gözleendiği, cerrahi sınırdaki tümör hücresi bulunan ve bulunmayan olgulardaki yineleme oranlarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır (18). Nemet ve ark'nın çalışmalarında ise, cerrahi sınırlarda tümör dokusunun saptandığı olgularda ortalama 33 aylık izleme döneminde % 8.9 oranında yineleme gözleendiği bildirmektedirler (5). Hamada ve ark'da histopatolojik olarak cerrahi sınırlarda tümör dokusu saptanan olgularda eksizyonun tekrarlanması halinde, % 53 oranında tümör dokusunun tespit edilmediğini raporlamaktadırlar (17). Bu durum, eksizyon materyalinin genişliği ve histopatolojik değerlendirilme aşamasının önem taşıdığını göstermektedir. Eksizyon materyalinin kenarlarında bırakılan sağlam dokunun yetersiz olması durumunda, preparatın örnekleme ve fiksasyonu sırasında oluşan distorsiyonun yanlış ve güvenilir olmayan sonuçlara neden olabileceği bildirilmektedir (17). Bu nedenle histopatolojik olarak cerrahi sınırlarda tümör dokusunun bulunduğu ve yetersiz eksizyon olarak tanımlanan olgularda klinik olarak yineleme oranı beklenenden daha düşük olmaktadır (19-21).

Mohs mikroskopik cerrahi tekniği kullanılarak uygulanan dondurulmuş kesit denetimi en güvenilir teknik olmakla birlikte, mikroskopik kesitleri değerlendirme aşamasının uzun sürmesi ve tecrübeli bir patolog gerektirmesinin yanısıra, pahalı olması nedeniyle gerek ülkemizde gerekse yurtdışındaki bir çok klinikte uygulanamamaktadır (14, 17). Standart dondurulmuş kesit denetimi uygulamasında ise yeterli genişlikte eksizyon yapılmaması durumunda, cerrahi sınırlardan rastgele örnekleme yapılması nedeniyle güvenilir olmayan sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (14). Yine eksizyon genişliğinin yetersiz olması durumunda materyalin distorsiyonu patolojik değerlendirilmenin yanlış sonuçlanmasına neden olabilmektedir (17). Bu durumda güvenli bir cerrahi eksizyon için en önemli etkenin eksiz-

yon genişliği olduğu bir kez daha anlaşılmaktadır. Dondurulmuş kesit denetiminin uygulandığı durumlarda da eksizyonun yeterli genişlikte yapılması önem taşımaktadır. Çalışmamızda emniyetli cerrahi kenar olarak tanımlanan, eksizyon sınırı ile tümör sınırı arasındaki uzaklığın 5 mm olarak belirlenmesi ile yetersiz eksizyon ve yineleme oranımızın azaldığı kanısındayız. Ayrıca yineleme riski yüksek olan olgularda dondurulmuş kesit denetiminin uygulanmasının yineleme oranımızın azalmasına önemli ölçüde katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz. Sonuç olarak, göz kapağı BHK'da yineleme oranlarını önemli ölçüde azalttığı bilinen dondurulmuş kesit denetimi ile güvenilir sonuçlar alınabilmesinin, eksizyon genişliğinin yeterli miktarda yapılması ile mümkün olduğu unutulmamalı, mümkünse MMC tekniği tercih edilmelidir.

Tümöral lezyonun ortadan kaldırılmasından sonra ikinci derecede önem verilmesi gereken konu ise ortaya çıkan defektin onarılması ve kabul edilebilir bir görünüm elde edilmesidir. Oluşan defektin lokalizasyonu, büyüklüğü ve derinliği dikkate alınarak çeşitli onarım teknikleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda ön ve arka lamella tutulumu bulunan ve tümöral lezyonun eksizyonu sonrasında ortaya çıkan arka lamella defekti için sıklıkla sert damak mukoza grefti kullanıldı. Tarsokonjonktival doku ile benzerlik gösteren sert damak mukaza grefti içerdiği yoğun kollajen fibrilleri nedeniyle dokuya stabilite sağlamaktadır (22). Tarsokonjonktival dokunun greft olarak kullanılması için uygun büyüklükte alınmasında zorluklar olabilmekte ve % 10 oranında skarizel entropion, üst kapak retraksiyonu ve blefaroptozis komplikasyonları görülebilmektedir (23, 24). Bu nedenle biz, sert damak greftini daha sıklıkla tercih etmekteyiz. Islak, sert ve aynı zamanda esnek bir yapıya sahip olan sert damak greftleri, göz küresi ve göz kapağı arasında kolay uyum sağlamakta ve greftin alındığı donör bölgesi de kısa süre içinde tamamen iyileşmektedir. Ayrıca sert damak greftinde postoperatif dönemde en fazla % 10 kadar bir küçülme olduğu da bildirilmektedir (25-27). Benzer amaçla kullanılan burun septumu ve kulak kıkırdak greftleri ise çok daha kalın ve sert olmaları nedeniyle göz kapağı ile göz küresi arasında uyum problemleri ve irritasyona neden olabilmekte ve onarım sonrasında göz kapağında olması gerekenden daha sert bir yapıyla karşılaşmaktadır (28,29). Çalışmamızda sert damak mukoza grefti kullanarak arka lamella onarımı uyguladığımız olgularda iyileşme döneminde herhangi bir problemle karşılaşmamıştır. Bu olgularda üst kapak, nasojugal ve yanak transpozisyon flepleri kullanılarak uygulanan ön lamella onarımı sonrasında elde edilen kozmetik sonuçların da oldukça tatminkar olduğu saptanmıştır. Üst kapak cildinin flep veya greft olarak kullanıldığı ve aynı girişimde diğer üst göz kapağına blefaroplasti uyguladığımız olgularda mükemmel kozmetik sonuca ula-

şıldığı gözlenmiştir. Bu nedenle ileri yaşdaki olgularda ön lamellada oluşan defektlerin kapatılmasında üst kapak cildinin kullanılması ile daha hızlı ve etkili bir onarım mümkün olurken, girişimin bilateral üst kapak blefaroplastisi ile sonlandırılması hastaların hem fonksiyonel ve hem de kozmetik olarak rehabilite edilmesine imkan vermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda da uyguladığımız gibi tümör sınırının yeterince gözlenemediği, derin doku yayılımı bulunan olgular, iç kantal bölge lokalizasyonu ve özellikle morfeaform tip BHK ve yineleme gösteren olgularda dondurulmuş kesit denetiminin uygulanması, mümkünse MMC tekniğinin tercih edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. İyi sınırlı BHK ve ilk kez eksizyon uygulanacak olgularda ise emniyetli cerrahi kenarın 5 mm olarak belirlenmesinin sıklıkla yeterli olacağı düşünülmekle birlikte, mümkünse girişime dondurulmuş kesit denetiminin de eklenmesinin faydalı olacağı dikkate alınmalıdır. Özellikle dondurulmuş kesit denetiminin yeterli genişlikte eksizyon yapılması durumunda daha güvenilir sonuçlar vereceğinin unutulmaması ise, girişimin en kritik aşamasını oluşturmaktadır. Ayrıca bu çalışmada arka lamella defektlerinin onarımı için sert damak mukoza greftinin, ön lamella defektlerinin onarımı için üst kapak cildinin kullanımı ile tatminkar sonuçların alındığı saptanmıştır. Uygun olgularda aynı girişimde diğer gözkapığına blefaroplasti uygulanması ile de mükemmel kozmetik sonuca ulaşıldığı gözlenmiştir.

KAYNAKLAR

- Cook BE Jr, Bartley GB. Treatment options and future prospects for the management of the eyelid malignancies: an evidence-based update. *Ophthalmology* 2001; 108: 2088-2098.
- Margo CE, Waltz K. Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. *Surv Ophthalmol* 1993; 38: 169-191.
- Snead JW, Comer JR, Kalemeris GC, et al. Ophthalmic manifestation of metastatic basal cell carcinoma. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1989; 5: 56-58.
- Pieh S, Kuchar A, Novak P, Kunstfeld R, Nagel G, Steinkogler FJ. Long term results after surgical basal cell carcinoma excision in the eyelid region. *Br J Ophthalmol* 1999; 83: 85-88.
- Nemet AY, Deckel Y, Martin PA, et al. Management of periocular basal and squamous cell carcinoma: a series of 485 cases. *Am J Ophthalmol* 2006; 142: 293-297.
- Breuninger H, Dietz K. Prediction of subclinical tumor infiltration in basal cell carcinoma. *J Dermatol Surg Oncol* 1991; 17: 574-578.
- Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1987; 123: 340-344.
- Telfer NR, Colver GB, Bowers PW. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 1999; 141: 415-423.
- Czarnecki D, Staples M, Mar A, Giles G, Meehan C. Recurrent non-melanoma skin cancer in southern Australia. *Int J Dermatol* 1996; 35: 410-412.
- Czarnecki D, Mar A, Staples M, Giles G, Meehan C. The development of nonmelanocytic skin cancers in people with a history of skin cancer. *Dermatology* 1994; 189: 364-367.
- Martinez J-C, Otley CC. The management of melanoma and nonmelanoma skin cancer: a review for the primary care physician. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 1253-1260.
- Yalaz M. Gözkapağı tümörleri ve rekonstrüksiyonları. In: Okuloplasti, TOD Eğitim Yayınları No: 1. Bursa: Fikret Özsan Matbaası, 2003; 119-124.
- Tunç M, Aktan G. İç kantüs ve alt kapak tümörlerinin eksizyonundan sonra alt kapağın tarsokonjonktival fleplerle rekonstrüksiyonu. *MN Oftalmoloji* 2000; 7(2):196-198.
- Malhotra R, Huilgol SC, Huynh NT, et al. The Australian Mohs database. Part II: periocular basal cell carcinoma outcome at five-year follow-up. *Ophthalmology* 2004; 111: 631-636.
- Ghuri RR, Gunter AA, Weber RA. Frozen section analysis in the management of skin cancers. *Ann Plast Surg* 1999; 43: 156-60.
- Atasoy A, Yazıcı B. Gözkapağı defektlerinin semisirküler fleple onarımı: ameliyat sonuçları. *T Oft Gaz.* 2008; 38: 116-121.
- Hamada S, Kersey T, Thaller VT. Eyelid basal cell carcinoma: non-Mohs excision, repair, and outcome. *Br J Ophthalmol* 2005; 89:992-994.
- Günalp İ, Akbaş F. Göz kapağının bazal hücreli karsinomu: 1100 olguda klinik bulgular ve tedavi yaklaşımları. *MN Oftalmoloji* 1996; 3: 292-301.
- Hauben DJ, Zirkin H, Mahler D, et al. The biologic behavior of basal cell carcinoma: analysis of recurrence in excised basal cell carcinoma: part II. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 110-116.
- De Silva SP, Dellon AL. Recurrence rate of positive margin basal cell carcinoma: results of a five-year prospective study. *J Surg Oncol* 1985; 28: 72-74.
- Sarma DP, Griffing CC, Weilbaeher TG. Observations on the inadequately excised basal cell carcinoma. *J Surg Oncol* 1984; 25: 79-80.
- Ito R, Fujiwara M, Nagasako R. Hard palate mucoperiosteal graft for posterior lamellar reconstruction of the upper eyelid: histologic rationale. *J Craniofac Surg* 2007; 18(3): 684-690.
- Mohammad Ael-N A. The use of composite lid graft and the adjacent temporal myocutaneous tissue with orbicularis muscle mobilization for full-thickness total and subtotal upper lid reconstruction. *Orbit* 2005; 24: 87-93.
- Moschella F, Cordova A. Upper eyelid reconstruction with mucosa-lined bipediced myocutaneous flaps. *Br J Plast Surg* 1995; 48: 294-299.
- Cohen MS, Shorr N. Eyelid reconstruction with hard palate mucosa grafts. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1992; 8: 183-195.
- Bartley GB, Kay PP. Posterior lamellar reconstruction with a hard palate mucosal graft. *Am J Ophthalmol* 1989; 107: 609-612.
- Fujiwara M. Upper eyelid reconstruction with a hard palate mucosa-lined bipediced myocutaneous flap. *J Craniofac Surg* 2006; 17: 1011-1015.
- Hashikawa K, Tahara S, Nakahara M, et al. Total lower lid support with auricular cartilage graft. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 880-884.
- Baylis HI, Rosen N, Neuhaus RW. Obtaining auricular cartilage for reconstructive surgery. *Am J Ophthalmol* 1982; 93: 709