

Balayeva R.N., Qasimov E.M.

GÖZ QAPAQLARININ BÖYÜK ÖLÇÜLÜ BƏDXASSƏLİ YENİTÖRƏMƏLƏRİNİN MÜALİCƏSİNDƏ BİZİM TƏCRÜBƏMİZ

Akademik Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzi, Bakı, Azərbaycan

E-mail: r.n.balayeva@mail.ru

<https://www.doi.org/10.71110/km80280420264346>

Giriş

Bədxassəli yenitörəmələr müasir tibbin ən mürəkkəb problemlərindən biridir. Onkologiya və oftalmologiyanın uzun illər paralel inkişaf etməsinə baxmayaraq, son illər onların inteqrasiyasına zərurət yaranıb. Əgər əvvəllər bədxassəli yenitörəmələrə nadir hallarda rast gəlinirdi və klinik onkologiyanın arsenalında əsasən cərrahi müalicə üsulları mövcud idi, son illər, bir tərəfdən, onkooftalmoloji patologiyanın tezliyi artıb, digər tərəfdən, bədxassəli yenitörəmələrin kompleks və çoxkomponentli müalicə üsulları meydana gələndən sonra cərrahi üsul öz müstəsnalığını itirib. Bədxassəli şişin göz alması və ya digər üzvdə lokallaşması əsas deyil, əsas odur ki, onunla dəqiq müəyyən edilmiş qanunlar çərçivəsində mübarizə aparılmalıdır. Göz qapaqlarının ən geniş yayılmış bədxassəli şişləri bazalhüceyrəli və yastihüceyrəli xərçəngdir. Periorbital sahədə daha çox alt qapaqlarda inkişaf edirlər (52%). Qadın və kişilərdə rastgəlmə tezliyi eynidir. Xəstələrin orta yaşı təxminən 50 - 60 yaş təşkil edir [1]. Bədxassəli yenitörəmələr dərinin kanserogenlər ilə zədələnməsi, kanserönu dermatozlar fonunda və de novo inkişaf edə bilərlər. Digər bədxassəli yenitörəmələr kimi onlar da TNM üzrə təsnifatlanırlar. Əsas müalicə üsulları cərrahi, şüa və kombinə üsuldur [2, 3].

Məqsəd – göz qapaqlarının bədxassəli yenitörəmələrinin cərrahi müalicə taktikasının əsas prinsiplərini öyrənmək.

Material və metodlar

Cərrahi müalicə – bədxassəli şişlərin müalicəsində ən geniş yayılmış üsullardan biridir. Bədxassəli şişlərlə 67 xəstə əməliyyat olunub, bu da xəstələrin ümumi sayının $50,0 \pm 5,8\%$ təşkil edib. Radikalığı təmin etmək üçün əməliyyatlar mikrocərrahi texnikanın istifadəsilə icra olunub. T1 – T2 mərhələlərdə cərrahi müalicə müvafiq olaraq 24,3% və 43,2% hallarda, şüa müalicəsi - 7,7% və 15,4% aparılıb. Şüa müalicəsi alan xəstələrin sayı T3 – T4 mərhələlərdə üstünlük təşkil edir (müvafiq olaraq 26,9% və 50,0%). Qeyd etmək lazımdır ki, xəstələrin bir hissəsi gecikmiş mərhələlərdə kombinə edilmiş müalicə almışdır. Bizim tədqiqatda 5 pasiyentdə böyük həcmli zədələnmə sahəsi nəzərə alınaraq orbitanın ekzenterasiyası ilə müştərək şüa terapiyası icra olunub. Şişin cərrahi götürülməsi zamanı sağlam toxuma sahələrində müxtəlif dərinlikli və lokalizasiyalı toxuma defektləri əmələ gəlib. Eynizamanlı rekonstruktiv mərhələnin aparılması zamanı defektin lokalizasiyası, sahəsi və dərinliyindən asılı olaraq bir neçə loskut variantlarının

kombinasiyası tələb olunub. Beləliklə, 15 xəstədə mərkəzi lokalizasiya zamanı biz şişin pentaqonal rezeksiyasını kantolizis və kantotomiya ilə birlikdə icra etdik. Mərkəzdə yerləşən orta ölçülü şiş ilə 22 xəstədə biz Tenzel üzrə gicgah nahiyəsindən yarpaqvari loskutla plastika, qapağın lateral hissəsində lokallaşan şiş ilə 11 xəstədə gicgah nahiyəsindən sürüşən loskutla plastika əməliyyatını apardıq. Şişin alt qapağın medial hissəsində lokallaşması zamanı biz 8 xəstədə Mak-Qreqor üzrə Z-plastika ilə şişin rezeksiyasını həyata keçirmişik. Prosesə üst və alt qapağın zədələnməsi ilə daxili qapağın birləşməsinin cəlb edilməsi ilə 3 pasiyentdə alın və burunun üst hissəsindən V-Y loskutla plastika, şişin ölçüləri 80%-dən çox olan 3 pasiyentdə Hughes üzrə kontrlateral qapaqdan plastika icra olunub.

Nəticələr

Gözün əlavə aparatının şişlərinin rekonstruktiv-bərpa müalicəsi funksiyaların və anatomik tamlığın bərpasını nəzərdə tutur. Cərrahi müalicənin, həmçinin mono-üsul kimi tətbiqi də bir sıra amillərdən asılıdır: şişin ölçüləri, xəstəliyin mərhələsi, şişin morfoloji növü, onun lokalizasiyası. Biz bədxassəli şişlərin cərrahi müalicəsinin nəticələrini TNM təsnifatı üzrə mərhələlərdən asılı olaraq tədqiq etdik.

Bir çox pasiyentdə (47 xəstə) sağalma əsasən birincili bitişmə ilə baş verib, əməliyyatdan sonrakı dövr fəsadsız keçərək, əməliyyatdan sonrakı tikişlərin adaptasiyası, irinli-septik ağırlaşmaların olmaması, köçürülmüş loskutun tam bitişməsi ilə xarakterizə olunub. Belə ki, $75,0 \pm 12,5\%$ -də T1 mərhələdə əla nəticə əldə olunub, T2 mərhələdə əla və kafi nəticə müvafiq olaraq $51,9 \pm 9,6\%$ və $11,1 \pm 6,0\%$ alınıb. Gecikmiş mərhələlərdə kafi və qeyri-kafi nəticələrin tezliyi T3 mərhələdə müvafiq olaraq $36,8 \pm 11,1\%$ və $10,5 \pm 7,0\%$, T4 mərhələdə $31,3 \pm 11,6\%$ və $62,5 \pm 12,1\%$ (statistik dürüstlük $p < 0,001$) təşkil edib. Bu da xəstəliyin mərhələsi və müalicənin nəticəsi arasında birbaşa əlaqənin olduğunu sübut edir.

Yekun

İndiki zamanda törəmənin, eyni zamanda götürülməsinin və göz qapaqların plastikasının zəruriliyində heç kəsin şübhəsi yoxdur. Lakin bunlar törəmənin tam götürülməsi və əmələ gələn defektin mümkün qədər qapaqların funksional və estetik bərpası şərti ilə həyata keçirilməlidir.

***Açar sözlər:** bədxassəli şişlər, göz qapağı, dəri loskutu*

Balayeva R.N., Gasimov E.M.

OUR EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF LARGE MALIGNANT NEOPLASMS OF THE EYELIDS

National Ophthalmology Centre named after Academician Zarifa Aliyeva, Baku, Azerbaijan

E-mail: r.n.balayeva@mail.ru

<https://www.doi.org/10.71110/km80280420264346>

Introduction

Malignant neoplasms remain one of the most complex challenges in modern medicine. Despite the long-standing parallel development of oncology and ophthalmology, recent years have highlighted the necessity for their closer integration. Whereas malignant neoplasms were previously encountered relatively infrequently and surgical intervention constituted the principal therapeutic modality in clinical oncology, the incidence of ocular oncological pathology has increased in recent years. Moreover, with the emergence of complex, multimodal treatment strategies, surgery has lost its former exclusivity as a standalone method. Regardless of whether a malignant tumour is localised within the globe or in another organ, management must adhere to well-established oncological principles. The most common malignant tumours of the eyelids are basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. They most frequently develop in the periorbital region, particularly affecting the lower eyelid (52%). The incidence is comparable in males and females. The mean age of patients ranges between 50 and 60 years [1]. Malignant neoplasms may arise as a result of carcinogenic damage to the skin, against a background of precancerous dermatoses, or de novo. As with other malignant tumours, they are classified according to the TNM system. The principal treatment modalities include surgical, radiotherapeutic, and combined approaches [2, 3].

Purpose – to investigate the fundamental principles of surgical management in malignant eyelid neoplasms.

Material and Methods

Surgical treatment is one of the most widely employed modalities in the management of malignant tumours. A total of 67 patients with malignant neoplasms underwent surgery, representing $50.0 \pm 5.8\%$ of the total cohort. In order to ensure radical excision, all procedures were performed using microsurgical techniques. In stages T1 and T2, surgical treatment was performed in 24.3% and 43.2% of cases, respectively, while radiotherapy was administered in 7.7% and 15.4%. Radiotherapy predominated in advanced stages T3 and T4 (26.9% and 50.0%, respectively). It should be noted that a proportion of patients in advanced stages received combined treatment. In our study, five patients with extensive lesions underwent orbital exenteration in combination with radiotherapy. Following tumour excision, tissue defects of varying depth and localisation developed within healthy surrounding tissues. During the simultaneous reconstructive stage, depending on the localisation, size, and depth of the defect, combinations of different flap techniques were required. Thus, in 15 patients with centrally localised tumours, pentagonal resection combined with cantholysis and canthotomy was performed.

In 22 patients with moderately sized centrally located tumours, reconstruction was carried out using a temporal semicircular (Tenzel) flap. In 11 patients with tumours localised in the lateral eyelid, reconstruction was performed using a sliding temporal flap. In cases where the tumour was localised in the medial portion of the lower eyelid, Z-plasty according to McGregor was performed in eight patients. In three patients with involvement of both upper and lower eyelids and the medial canthal region, reconstruction was achieved using a V–Y advancement flap from the forehead and nasal bridge. In three patients with defects exceeding 80% of the eyelid length, reconstruction was performed using a Hughes tarsoconjunctival flap from the contralateral eyelid.

Results

Reconstructive management of tumours of the ocular adnexa aims to restore both anatomical integrity and functional capacity. The use of surgery as a monotherapy depends on several factors, including tumour size, disease stage, morphological type, and localisation. We analysed the outcomes of surgical treatment according to TNM stage.

In 47 patients, healing occurred primarily by primary intention. The postoperative course was uneventful, characterised by satisfactory wound adaptation, absence of purulent-septic complications, and complete integration of the transferred flap. Excellent outcomes were achieved in $75.0 \pm 12.5\%$ of patients with stage T1 disease. In stage T2, excellent and satisfactory results were obtained in $51.9 \pm 9.6\%$ and $11.1 \pm 6.0\%$ of cases, respectively. In advanced stages, the frequency of satisfactory and unsatisfactory outcomes increased. In stage T3, satisfactory and unsatisfactory results were observed in $36.8 \pm 11.1\%$ and $10.5 \pm 7.0\%$ of cases, respectively. In stage T4, these figures were $31.3 \pm 11.6\%$ and $62.5 \pm 12.1\%$ (statistically significant, $p < 0.001$). These findings demonstrate a direct correlation between disease stage and treatment outcome.

Conclusion

At present, there is no doubt regarding the necessity for simultaneous tumour excision and eyelid reconstruction. However, such procedures must ensure complete tumour removal while achieving the best possible functional and aesthetic restoration of the eyelids.

Keywords: *malignant tumours, eyelid, skin flap*

ƏDƏBİYYAT | REFERENCES

1. Бровкина, А.Ф. *Офтальмоонкология // Руководство для врачей, – М., – 2002. – с. 424.*
2. French, J. *How gender, age, and geography influence the utilization of radiation therapy in the management of malignant melanoma / J.French, C.McGahan, G.Duncan [et al.] // Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., – 2006. 66(4), – p. 1056-1063. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2006.06.051>*
3. Katz, T. *One-step reconstruction of large lower eyelid defects: technique and outcomes / T.Katz, T.Pennington, J.Yohendran [et al.] // Clin. Exp. Ophthalmol., – 2014. 42(9), – p. 889-892. <https://doi.org/10.1111/ceo.12362>*