

(24)

# Rak gruczołów łojowych powiek – opis dwóch przypadków

## *Sebaceous carcinoma of the eyelid – two case reports*

Tomasz Zieliński, Bogusław Antoszewski

Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: dr hab. n. med. Bogusław Antoszewski, prof. nadzw. UM

**Streszczenie:** Rak gruczołów łojowych powiek jest rzadkim, wolno rosnącym, ale wysoce złośliwym nowotworem. W większości przypadków wywodzi się on z gruczołów Meiboma tarczki powieki górnej. Nowotwór ten stwierdza się głównie u osób starszych, między szóstą i ósmą dekadą życia, częściej u kobiet. Guz zazwyczaj daje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, ale może także rozprzestrzeniać się drogą krwi lub w wyniku bezpośredniego naciekania. W wielu przypadkach prawidłowa diagnoza raka łojowego opóźnia się nie tylko z powodu jego sporadycznego występowania, ale także ze względu na podobieństwo do łagodnych schorzeń powiek takich jak gradówka czy przewlekłe zapalenie brzegów powiek. Celem pracy jest przedstawienie przypadków ilustrujących dwa typy kliniczne (postać naciekającą i guzkową) raka gruczołów łojowych powiek, podkreślenie trudności diagnostycznych i omówienie metod terapii.

**Słowa kluczowe:** rak gruczołów łojowych, powieki, leczenie chirurgiczne.

**Summary:** Sebaceous carcinoma of the eyelid is a very rare, slow growing, malignant tumor. Most ocular sebaceous carcinomas originate in the tarsal meibomian glands. It commonly occurs in the sixth to eighth decade of life, with preponderance for women and Asians. The upper eyelid is affected more frequently. The disease can spread directly by orbital invasion, lymphatic spread to regional lymph nodes and hematogenous spread to distant organs. Correct diagnosis of sebaceous carcinoma is often delayed due to its resemblance to a variety of benign conditions of the eyelids such as chalasion or chronic blepharconjunctivitis. This paper presents cases illustrating two clinical forms of sebaceous carcinoma (spreading and nodular), discusses clinical manifestation, differential diagnostic difficulties and therapy.

**Key words:** sebaceous carcinoma, eyelid, surgical treatment.

### Wstęp

Rak gruczołów łojowych powiek (sebaceous carcinoma – SC) jest rzadkim, wolno rosnącym, ale wysoce złośliwym nowotworem. Zalicza się go do guzów pochodzących z przydatków oka. W większości przypadków wywodzi się z gruczołów Meiboma tarczki, ale może również rozwinąć się z gruczołów Zeissa towarzyszących mieszkom włosowym rzęs. Ponadto może pochodzić z gruczołów łojowych mięska łzowego, brwi albo skóry twarzy. Nowotwór stwierdza się głównie u osób starszych, między szóstą i ósmą dekadą życia, częściej u kobiet. Najczęściej występuje w powiece górnej, to wynika z większej liczby gruczołów Meiboma w jej obrębie. Wielogniskowy początek i pagetoidalny sposób rozprzestrzeniania się powodują, że rak gruczołów łojowych nabiera szczególnego znaczenia wśród złośliwych zmian aparatu ochronnego oka. Guz daje zazwyczaj przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych (przyusznych i podżuchwowych), ale może także rozprzestrzeniać się drogą krwi lub poprzez bezpośrednie naciekanie (1, 2).

W wielu przypadkach prawidłowa diagnoza raka łojowego opóźnia się nie tylko z powodu jego sporadycznego występowania, ale także ze względu na podobieństwo do łagodnych schorzeń powiek takich jak gradówka czy przewlekłe zapalenie brzegów powiek. Wczesne rozpoznanie tego agresywnego nowotworu jest warunkiem prawidłowego i skutecznego leczenia (3).

Klinicznie wyróżnia się dwie postaci SC – guzkową i naciekającą. Postać guzkowa przyjmuje obraz ograniczonej, twardej, nieruchomej zmiany, zazwyczaj umiejscowionej w obrębie tarczki górnej powieki. Z powodu nagromadzonego w komórkach tłuszczu guz jest żółtawo zabarwiony. Typ ten charakteryzuje się łagodniejszym i wolniejszym przebiegiem.

Postać naciekająca zazwyczaj ma wielogniskowy początek i szerzy się w sposób pagetoidalny w obrębie spojówki, naciekając rozległe jej obszary. Objawia się to jej zgrubieniem, utratą rzęs, a proces przypomina przewlekły stan zapalny. Rozrastająca się zmiana może objąć obie powieki (4).

### Cel

Celem pracy jest przedstawienie przypadków ilustrujących dwa typy kliniczne raka gruczołów łojowych powiek, wskazanie na możliwe trudności diagnostyczne i omówienie metod terapii.

### Opis przypadków

#### Przypadek 1.

Kobieta, lat 53, leczona przez 15 miesięcy z powodu przewlekłego zapalenia brzegów powiek oka prawego. Pomimo stosowania różnych metod leczenia zachowawczego stan miejscowy ulegał pogorszeniu. Z tej przyczyny w celu postawienia diagnozy

pobrano wycinek z powieki górnej. W badaniu histopatologicznym stwierdzono komórki raka pochodzenia przydatkowego – *carcinoma sebaceum*. Do Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi przyjęto chorą, kiedy guz rozlegle naciekał powiekę górną, zewnętrzny kąt oka i 1/3 zewnętrzną powieki dolnej. Stwierdzono powiększone węzły chłonne uszne przednie i podżuchwowe. W wykonanej biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej węzłów chłonnych stwierdzono obecność przerzutów nowotworu. Podjęto leczenie, które obejmowało wycięcie guza z marginesem makroskopowo niezmiennych tkanek. Usunięto 2/3 powieki górnej, zewnętrzny kąt oka i połowę powieki dolnej. Następnie wykonano klasyczną rozległą limfadenektomię szyjną sposobem Jawdyńskiego-Crile'a polegającą na usunięciu węzłów chłonnych szyi z 5 poziomów oraz takich struktur anatomicznych jak mięsień mostkowo-obojęczykowo-sutkowy, żyła szyjna wewnętrzna, nerw dodatkowy (XI) i ślinianka podżuchwowa. Powiekę górną odtworzono jednoszypułowym płatem z okolicy nadbrwiowej (płatem Frickego), a powiekę dolną – rotacyjnym płatem policzkowym Mustarde'a. Okrwawione powierzchnie płatów pokryto wolnymi przeszczepami śluzówki pobranymi z jamy ustnej. Wczesny okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Po wygojeniu ran pacjentkę zakwalifikowano do radioterapii okolicy szyi. U chorej uzyskano zadowalający wynik czynnościowo-estetyczny, bowiem odtworzona powieka górna była gruba i sztywna. Umocowanie pozostawionych fragmentów mięśnia dźwigacza do płata zapewniło dość dobrą ruchomość powieki. Okres obserwacji w Poradni Chirurgii Plastycznej wynosił 3 lata. W tym czasie nie stwierdzono wznowy choroby (ryc. 1a i 1b).



**Ryc. 1a.** Naciekająca postać raka łojowego powieki górnej i dolnej oka prawego.

**Fig. 1a.** Spreading form of sebaceous carcinoma of the upper and lower eyelid.



**Ryc. 1b.** Stan po wycięciu nowotworu i rekonstrukcji powiek.

**Fig. 1b.** Final result after tumor resection and eyelids reconstruction.

#### Przypadek 2.

Kobieta, lat 68, z powodu gradówki powieki górnej oka lewego przez około 9 miesięcy była leczona w poradni okulistycznej. Ponieważ leczenie zachowawcze nie skutkowało poprawą, chorą zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego. Podczas zabiegu stwierdzono nietypowy dla gradówki naciek. W pobranym do badania histopatologicznego materiale stwierdzono komórki

raka łojowego. Po 4 tygodniach pacjentkę ponownie operowano w Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w celu poszerzenia marginesu wycięcia tkanek. Wykonano klinowe wycięcie fragmentu powieki górnej obejmujące miejsce usuniętej zmiany. Miejscowo nowotwór został wycięty doszczętnie. Pomimo tego w ciągu 14 miesięcy doszło do wznowy procesu nowotworowego. Niestety, pomimo widocznej i wyczuwalnej w obrębie powieki górnej zmiany pacjentka nie zgłaszała się na badania kontrolne. Do wizyty w poradni skłoniło ją dopiero znaczne powiększenie się guza. Ponowny zabieg przeprowadzono po 18 miesiącach od pierwszej operacji. Wycięto położony centralnie żółtobiaławy lity guz o średnicy około 15 mm. Odtworzono powiekę górną, wykorzystując obwodowe fragmenty powieki i półkolisty płat skórny z okolicy skroniowej (płat Tenzela). Wczesny okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Uzyskano dobry wynik czynnościowo-estetyczny. W badaniu histopatologicznym nie stwierdzono nacieku nowotworowego w pobranych do badania marginesach spojówki. W trakcie dotychczasowej dwuletniej obserwacji nie stwierdzono wznowy raka (ryc. 2a i 2b).



**Ryc. 2a.** Wznowa postaci guzkowej raka gruczołów łojowych powieki górnej.

**Fig. 2a.** Recurrence of the nodular form of SC of the upper lid.



**Ryc. 2b.** Śródoperacyjny obraz guza.

**Fig. 2b.** Intraoperative view of the tumor.

#### Omówienie

Nowotwory powiek stanowią od 5% do 10% wszystkich nowotworów złośliwych skóry. Najczęściej jest to rak podstawniokomórkowy skóry, który stanowi od 85% do 95% zmian złośliwych w tej okolicy (5). W zależności od regionu świata różnie kształtuje się częstość występowania raka łojowego. W Polsce występuje bardzo rzadko (około 1%), podczas gdy w USA stanowi od 0,5% do 5%, a w Chinach nawet 28% nowotworów złośliwych powiek (6).

Z powodu rzadkiego występowania i niecharakterystycznych objawów klinicznych nowotwór ten wciąż stwarza problemy z postawieniem prawidłowego rozpoznania we wczesnym stadium zaawansowania, to znacznie opóźnia wdrożenie prawidłowego leczenia. Rozpoznanie raka łojowego może być trudne zarówno kli-

nicznie, jak i histopatologicznie (7). Przyczyną może być podobieństwo kliniczne raka do innych łagodnych schorzeń powiek, głównie zmian zapalnych takich jak: gradówka, przewlekle, przednie zapalenie brzegów powiek czy dysfunkcja gruczołów Meiboma. Takie objawy jak: nawracająca lub atypowa gradówka, zgrubienie powieki z żółtym zabarwieniem, wypadanie rzęs lub zapalenie brzegów powiek powinny nasuwać podejrzenie raka łojowego szczególnie wtedy, kiedy są umiejscowione jednostronnie.

Rak gruczołów łojowych może być również trudny do rozpoznania histopatologicznego zwłaszcza w przypadkach wielomięscowego rozwoju guza, ponieważ wynik pojedynczej biopsji często jest fałszywie negatywny. Wycinek z jednego miejsca nie zawsze wykazuje obecność nowotworu, ponieważ może on być maskowany miejscowym stanem zapalnym. Większość autorów zatem rekomenduje wykonanie biopsji wielomięscowej lub wycięcie pełnej grubości podejrzanej zmiany i jej badanie histopatologiczne (8).

Rokowanie w przypadku SC jest bardzo złe w porównaniu z rokowaniem w przypadku innych nowotworów złośliwych powiek, chociaż śmiertelność z jego powodu w porównaniu do śmiertelności szacowanej w latach 70. zmniejszyła się znacznie i obecnie wynosi od 7% do 9% (9, 10). Rak ten znajduje się na drugim miejscu po czerniaku jako przyczyna zgonu z powodu nowotworów powiek.

Podstawową metodą leczenia SC powiek jest chirurgiczne wycięcie zmiany z marginesem zdrowych tkanek. Większość autorów zaleca 5–6-milimetrowy margines uznanego makroskopowo niezmiennego ich utkania w przypadku, kiedy nie dochodzi do naciekania zawartości oczodołu. W przypadku jego zajęcia lub wieloogniskowego naciekania spojówki gałkowej konieczna jest egzenteracja oczodołu (11). Częstość wznowy po szerokim chirurgicznym wycięciu wynosi od 9% do 36% (1). Z powodu wieloogniskowego szerzenia się zmian zastosowanie mikrograficznej metody Mohsa w leczeniu SC nie poprawiło znacząco efektów leczenia. Dlatego pomimo stwierdzonego w badaniu histologicznym ograniczenia nacieku do wyciętego pola w każdym przypadku konieczna jest dokładna kontrola pooperacyjna w celu wczesnego wykrycia ewentualnej wznowy. Ponieważ guz rośnie szybko, badania kontrolne powinny być częste. W większości przypadków do wznowy dochodzi w ciągu pierwszych 4 lat. W materiale opisanym przez Zürchera nawrót choroby miał miejsce średnio w ciągu 12 miesięcy (od 2 do 48 miesięcy) (12).

Niechirurgiczne metody leczenia SC są ograniczone. Radioterapię jako leczenie podstawowe stosuje się rzadko, ponieważ rak gruczołów łojowych jest względnie oporny na promieniowanie. Bezpośrednie sąsiedztwo gałki ocznej utrudnia skuteczne jej zastosowanie bez spowodowania licznych powikłań ze strony oka. Radioterapia jest głównie stosowana u pacjentów z przeciwwskazaniem do leczenia chirurgicznego z powodu podeszłego wieku, jako leczenie paliatywne w zaawansowanych stadiach choroby i u chorych odmawiających wykonania egzenteracji oczodołu z powodu rozległego miejscowego naciekania guza (1).

Krioterapia jest ostatnio dosyć szeroko stosowana w terapii SC powiek jako leczenie uzupełniające w przypadkach, kiedy dochodzi do pagetoidalnego naciekania spojówki gałkowej, chociaż niektórzy autorzy kwestionują jej skuteczność z powodu licznych powikłań takich jak zrosty między spojówką gałki ocznej a powieką, zespół suchego oka, owrzodzenie i unaczynienie rogówki (13).

## Wnioski

Rozpoznanie raka łojowego powiek często jest opóźnione z powodu mało charakterystycznych objawów i sporadycznego występowania. Każda jednostronna, oporna na leczenie zmiana, zwłaszcza umiejscowiona w obrębie powieki górnej, powinna być zweryfikowana histologicznie w celu wykluczenia tego typu nowotworu. Prowadzi to do szybszego rozpoczęcia właściwego leczenia i poprawy jego wyników.

## Piśmiennictwo:

1. Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC, Shields CL: *Sebaceous carcinoma of the ocular region: a review*. Survey of Ophthalmology. 2005; 50: 103–122.
2. Wali UK, Al-Mujaini A: *Sebaceous gland carcinoma of the eyelid*. Oman Journal of Ophthalmology 2010; 3: 117–121.
3. Cook BE, Bartley GB: *Treatment options and future prospects for the management of the eyelid malignancies*. Ophthalmology. 2001; 108: 2088–2098.
4. Khan JA, Doane JF, Grove AS: *Sebaceous and meibomian carcinoma of the eyelid: recognition, diagnosis and management*. Ophthal Plast Reconstr Surg. 1991; 7: 61–66.
5. Zieliński T, Iljin A, Antoszewski B: *Nowotwory złośliwe powiek – wyniki leczenia chirurgicznego i wybór metody rekonstrukcji*. Nowotwory Journal of Oncology. 2012; 62, 6: 335–341.
6. Ni C, Kou PK: *Meibomian gland carcinoma: a clinico-pathological study of 156 cases with long-period follow up of 100 cases*. Jpn J Ophthalmol. 1979; 23: 388–401.
7. Wolfe JT, Yeatts RP, Wick MR, Campbell RJ, Waller PR: *Sebaceous carcinoma of the eyelid. Errors in clinical and pathologic diagnosis*. Am J Surg Pathol; 1984; 8: 597–606.
8. Putterman AM: *Conjunctiva map biopsy to determine pagetoid spread*. Am J Ophthalmol. 1986; 102: 87–90.
9. Doxanas MT, Green WR: *Sebaceous gland carcinoma: a review of 40 cases*. Arch Ophthalmol. 1984; 102: 245–249.
10. Callahan EF, Appert DL, Roenigk RK, Bartley GB: *Sebaceous carcinoma of the eyelid: a review of 14 cases*. Dermatol Surg. 2004; 30: 1164–1168.
11. Shields JA, Shields CL: *Sebaceous adenocarcinoma of the eyelid*. Int Ophthalmol Clin. 2009; 49: 45–61.
12. Zürcher M, Hintschich CR, Garner A, Bunce C, Collin JR: *Sebaceous carcinoma of the eyelid: a clinicopathological study*. Br J Ophthalmol. 1998; 82: 1049–1055.
13. Lisman RD, Jakubiec FA, Small P: *Sebaceous carcinoma of the eyelids. The role of adjunctive cryotherapy in the management of conjunctival pagetoid spread*. Ophthalmology. 1989; 96: 1021–1026.

Praca wpłynęła do Redakcji 22.07.2013 (1467)

Zakwalifikowano do druku 14.04.2014 r.

### Adres do korespondencji (Reprint requests to):

dr n. meded. Tomasz Zieliński  
Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej  
UM w Łodzi  
ul. Kopcińskiego 22  
90-153 Łódź  
e-mail: tomziel@onet.eu