

Podstawowe patologie powiek, cz. IV

Guzy łagodne



Foto: archiwum Autorki



Foto: archiwum Autora



Foto: archiwum Autora

Dr med. MAŁGORZATA SEREDYKA-BURDUK¹, mgr WALDEMAR BŁOCH¹, mgr PAWEŁ STĘPNIIEWSKI²

¹Klinika Okulistyki i Optometrii Katedra Chorób Oczu Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Klinika Okulistyczna Oftalmika im. Prof. J. Kałużnego w Bydgoszczy

Wstęp

Guzy powiek są nowotworami wywodzącymi się najczęściej ze skóry. W większości przypadków mają charakter łagodny. Jedynie 1,5% stanowią guzy złośliwe, a 6% – stany przedrakowe [1]. Ustalenie charakteru zmiany jest niezwykle istotne dla dalszego postępowania i decyduje o sposobie leczenia. Niekiedy wnikliwy wywiad z pacjentem i skrupulatna ocena w lampie szczelinowej pozwalają różnicować czy zmiana jest łagodna, czy też złośliwa. W niniejszym opracowaniu zostaną krótko omówione łagodne guzy powiek – te, z którymi specjaliści spotykają się na co dzień.

Klasyfikacja

Łagodne guzy powiek można podzielić z uwagi na rodzaj tkanki, z której się wywodzą. Wyróżnia się zatem guzy pochodzące z naskórka, skóry właściwej i przydatków skóry – gruczołów potowych, łojowych i mieszków włosowych. Osobną grupę zmian stanowią zmiany barwnikowe, wywodzące się z melanocytów. Z uwagi na charakter wzrostu guzy dzieli się na torbiele oraz zmiany lite [2,3].

Diagnostyka

Podstawę diagnostyki guzów powiek stanowi wnikliwa ocena w lampie szczelinowej. Do charakterystycznych cech zmian łagodnych należą: ograniczony wzrost, wyraźne, regularne i stałe granice, jednolite zabarwienie, zachowanie prawidłowej struktury brzegu powieki. Na złośliwy charakter zmiany mogą wskazywać objawy, takie jak: stwardnienie, owrzodzenie z towarzyszącą wydzieliną lub krwawieniem, nieregularne zabarwienie, niewyraźny, niekiedy uniesiony brzeg, unaczynienie, zaburzenie struktury brzegu powieki wraz z nieprawidłowym wzrostem rzęs [2,4].

W większości przypadków badanie w lampie szczelinowej pozwala różnicować zmianę. W przypadkach wątpliwych diagnostykę należy poszerzyć o wykonanie badania histopatologicznego materiału uzyskanego z biopsji. W przypadku niewielkich zmian zaleca się wycięcie całego guza – biopsja ma więc wówczas charakter diagnostyczno-leczniczy. W sytuacji, gdy zmiany są większe, zwłaszcza gdy podejrzewa się guz złośliwy, należy wyciąć fragment zmiany wraz z marginesem zdrowej tkanki. Dzięki tego rodzaju biopsji – zwanej, biopsją wycinkową – uzyskuje się jedynie informację o charakterze histopatologicznym guza. Na jej podstawie możliwe jest nie tylko postawienie rozpoznania, ale przede wszystkim zaplanowanie leczenia z określeniem rozległości planowanego zabiegu [2,5].

Torbiele powiek



Ryc. 1. Duża torbiel łojowa w zewnętrznej części powieki górnej

Torbiele, inaczej cysty to przestrzenie w tkankach wypełnione płynem lub treścią stanowiącą wydzielinę gruczołu. W powiekach torbiele powstają najczęściej w wyniku zaczerwienia ujść występujących tam gruczołów. Na brzegu powieki bardzo często stwierdza się obecność torbieli gruczołu Molla

lub gruczołu Zeisa. Pierwsza z nich powstaje z apokrynowego gruczołu potowego i przybiera postać kulistej, niebolesnej podskórnej cysty o półprzezroczystej ścianie wypełnionej płynem. Druga zaś tworzy się po zaczerwieniu ujścia gruczołu łojowego mieszka włosowego rzęs. Zmiana ta jest niewielka, jej ściana jest nieprzezroczysta, a zawartość stanowi wydzielinę łojowa. Niekiedy w powiece, poza jej brzegiem, stwierdzane są zmiany przypominające torbiele gruczołu Molla i Zeisa. W pierwszym przypadku powstają one z ekrynowych gruczołów potowych znajdujących się w skórze powiek, w drugim – z gruczołów łojowych otwierających się do mieszków włosowych. Niekiedy, na skutek stałego, powolnego wzrostu torbiele łojowe osiągają duże rozmiary – do kilku centymetrów średnicy. Wówczas przybierają postać typowego kaszaka – miękkiego, kulistego guza o cielistym zabarwieniu, w którego

centrum nierzadko występuje wgłębienie stanowiące kanał zaczerwionego mieszka włosowego. We wnętrzu zmiany, oprócz łaju, gromadzi się złuszczone naskórek – wydzielinę ma kaszkowatą strukturę, stąd nazwa zmiany [2,3].

W skórze powiek wystąpić mogą także



Ryc. 2. Prosac powieki górnej (strzałka)

zmiany typowe dla skóry twarzy – zaskórniki i prosaki. Zaskórniki stanowią zaczerpnięte keratyną mieszki włosowe wypełnione wydzieloną łojową. Typowo są otwarte – wówczas widoczny jest ciemno zabarwiony czop keratynowy zamykający mieszek włosowy, niekiedy jednak są zamknięte – wtedy przybierają postać kremowych grudek. Prosaki zaś są małymi (1–2 mm średnicy) woskowo-białymi lub żółtymi torbielami naskórkowymi wypełnionymi łojem i keratyną. Bardzo często występują u zdrowych noworodków, u których zanikają samoistnie [2,6].

Rzadką, wrodzoną torbielą położoną podskórną jest skórzak, inaczej dermoid. Powstaje on na skutek uwięźnięcia fragmentu skóry podczas rozwoju embrionalnego. Lokalizuje się najczęściej w sąsiedztwie skroniowej części brwi i przymocowany jest do okostnej w skroniowej części oczodołu [4].

Guzy łite

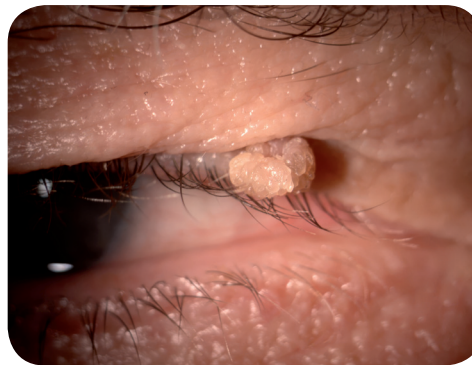
Częstą obustronną zmianą dotyczącą przyśrodkowej części powiek są kępki żółte (łac. *xanthelasma*). Występują one u pacjentów w średnim wieku



Ryc. 3. Kępka żółta

i mają postać mnogich żółtych płytek zlokalizowanych w skórze. Histologicznie w obrębie płytek stwierdza się obecność histiocytozów skóry przetadowanych lipidami. Co ciekawe – jedynie u 1/3 chorych z kępkami żółtymi stwierdza się zaburzenia gospodarki lipidowej. Na rycinie 2

przedstawiono kępkę żółtą wyjątkowo dużych rozmiarów u 44-letniego ogólnie zdrowego pacjenta [2–4].



Ryc. 4. Brodawczak kolczystokomórkowy – postać uszypułowana

Kolejną powszechnie występującą zmianą powiek jest brodawczak kolczystokomórkowy (łac. *papilloma spinocellulare*). Obraz kliniczny tego guza jest zmienny. Może mieć on charakter cielistej uszypułowanej zmiany o wąskiej podstawie, różowej zmiany o szerokiej podstawie



Ryc. 5. Brodawczak podstawnokomórkowy (brodawka łojotokowa)

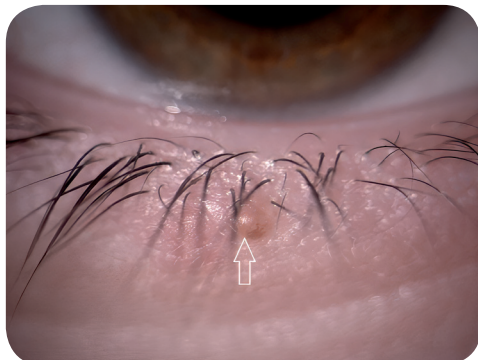
lub może przypominać róg skóry. Niezależnie od formy, jaką brodawczak przyjmuje, w badaniu histologicznym stwierdza się palczaste wypustki tkanki włóknisto-naczyniowej pokrytej nabłonkiem wielowarstwowym płaskim. U części chorych występowanie brodawczaka związane jest z infekcją wirusem brodawczaka ludzkiego [2, 4].

U osób starszych na skórze twarzy, tułowia i kończyn często

stwierdza się mnogie zmiany o charakterze brodawczaka podstawnokórnego (łac. *papilloma planoepitheliale*), zwanego inaczej brodawką łojotokową. Nierzadko guz ten występuje również w obrębie powiek. Ma on zróżnicowany wygląd i kształt. Zwykle zmiana jest płaska, jasno lub ciemnobrązowa, o brodawkowatej powierzchni. Sprawia wrażenie, jakby była nalepiona na skórę. W badaniu histologicznym stwierdza się nadmierną proliferację warstwy podstawnej z następczym rozrostem nabłonka płaskiego z towarzyszącymi torbielami śródnaskórkowymi wypełnionymi keratyną [2,3].

Łagodne zmiany barwnikowe powiek

Łagodne zmiany barwnikowe powiek powstają z melanocytów, czyli komórek barwnikowych wytwarzających melaninę występujących w naskórku i skórze właściwej. Często zmianą barwnikową powiek są piegi. Są to mnogie, małe (1–5 mm), płaskie plamki pojawiające się w miejscach ekspozowanych na działanie promieniowania ultrafioletowego. Pod jego wpływem piegi ciemnieją. Przyczyną powstawania piegów jest zwiększenie zawartości melaniny w melanocytach warstwy podstawnej naskórka. Płaską, większą niż piegi zmianą barwnikową jest plama soczewicowata zwykła. Ma ona wyraźne granice i jednolite zabarwienie – od brązowego do czarnego, które nie zmienia swojej intensywności pod wpływem promieniowania ultrafioletowego. Plama soczewicowata powstaje z melanocytów naskórka [3,4,7].



Ryc. 6. Niewielkie znamię barwnikowe powieki dolnej (strzałka)

Dużą grupę pod względem różnorodności zmian barwnikowych powiek stanowią znamiona. Mogą one mieć charakter wrodzony lub nabyty. Znamiona wrodzone są zwykle niewielkie, płaskie i mają jednolity kolor. Wywodzą się najczęściej ze skóry właściwej i tkanki podskórnej. Szczególną postacią

znamienia wrodzonego jest „znamię rozdzielone”, zwane inaczej „znamieniem caującym”. Obejmuje ono sąsiadujące ze sobą obszary powieki górnej i dolnej. Sugeruje to, iż znamię powstaje pomiędzy 9. a 20. tygodniem ciąży, gdy powieki są jeszcze zrośnięte [2,4]. Na rycinie 6 przedstawiono niewielkie znamię wrodzone u 10-letniego dziecka.

Znamiona nabyte rozwijają się w dzieciństwie i mają tendencję do powiększania się w okresie dojrzewania. Z uwagi na lokalizację komórek znamienia, wyróżnia się:

- znamiona łączące (brzeżne) – komórki znamienia położone są na połączeniu naskórka i skóry właściwej, mają postać brązowej jednolicie ubarwionej plamki, charakteryzuje je niska zdolność do zezłotliwienia,
- znamiona śródskórne – komórki znamienia znajdują się w skórze właściwej, zmiana przyjmuje postać brodawczaka o niewielkiej pigmentacji, nie wykazują zdolności do zezłotliwienia,
- znamiona złożone – komórki znamienia położone są zarówno na połączeniu naskórka i skóry właściwej, jak i w skórze właściwej, są zwykle uniesione i mają jednolitą barwę od jasno do ciemnobrązowej, charakteryzuje je niska zdolność do transformacji nowotworowej [2].

Zmiany barwnikowe powiek wymagają częstej oceny. Podejrzenia budzą zmiany, które powstają u młodych dorosłych i charakteryzuje je:

- asymetria w budowie (cecha A, ang. *asymmetry*),
- nieregularne brzegi (cecha B, ang. *border irregular*),
- zmienne ubarwienie (cecha C, ang. *color variegated*),
- wielkość przekraczająca 6 mm (cecha D, ang. *diameter*),
- udokumentowany wzrost (cecha E, ang. *envolving over time*) [7].

Zmiany naczyniowe powiek

Najczęstszym nowotworem naczyniowym powieki jest naczynek włóscinkowy. Jest to zwykle zmiana wrodzona, występuje częściej u dziewczynek. Ujawnia się tuż po urodzeniu lub w czasie kilku pierwszych tygodni życia. Rośnie zwykle szybko w pierwszym roku życia, następnie stabilizuje się i zanika pomiędzy 4 a 7 rokiem życia. Klinicznie wyróżnia się dwa typy tej zmiany – postać powierzchowną i głęboką. W pierwszym przypadku zmiana jest uniesiona, ma czerwono-fioletowy kolor, jest miękka i ma na powierzchni wgłębienia – z uwagi na podobieństwo do truskawki nazywana jest „znamieniem truskawkowym”. Lokalizuje się zwykle w powiece górnej, pod wpływem ucisku blednie, a w czasie płaczu dziecka – powiększa się. Zmiana głęboka występuje w tkance podskórnej, jest bardziej płaska i ma niebieskawe zabarwienie. Histologicznie naczyńki włóscinkowe zbudowane są z pętli naczyń włosowatych przedzielonych włóknistymi przegrodami [2,4,6].

Rzadką, wrodzoną naczyniową zmianą powiek jest naczynek jamisty, który ma postać płaskiej, dobrze odgraniczonej różowej plamy, która nie blednie podczas ucisku. Wraz z wiekiem zmiana ciemnieje – staje się czerwona lub purpurowa, a pokrywająca ją skóra może ulegać przerostowi. Taki wygląd sprawia, że zmiana nazywana jest „znamieniem czerwonego wina”. Występuje ona jednostronnie, zwykle w obszarze zaopatrywanym przez jedną z gałęzi nerwu trójdzielnego. U około 10% pacjentów podobne zmiany występują w oczodole i ośrodkowym układzie nerwowym. Histologicznie stwierdza się duże, rozszerzone jamiście naczynia, przedzielone cienkimi przegrodami z tkanki włóknistej [2,4].

Leczenie

Terapia łagodnych zmian powiek zależy od ich rodzaju. W przypadku torbieli zwykle wystarczy ich otworzenie igłą lub skalpelem i opróżnienie zawartości. Kiedy zmiany są większe konieczna może być marsupializacja, czyli wszycie ściany torbieli w skórę lub jej całkowite wycięcie. Zmiany lite, zwłaszcza gdy są niewielkie i budzą podejrzenie transformacji nowotworowej, powinny zostać usunięte w całości i wysłane do oceny histopatologicznej. Usunięcie większych zmian powinno poprzedzić wykonanie biopsji, której wynik zdecyduje o rozległości zabiegu. Zmiany barwnikowe powiek należy przede wszystkim obserwować. Jeśli istnieje taka możliwość, podczas każdej wizyty powinna być wykonywana dokumentacja fotograficzna, która pozwoli dostrzec niepokojące zmiany. Wiele kontrowersji budzi leczenie zmian naczyniowych. Wydaje się, że – podobnie jak w przypadku zmian barwnikowych – najwłaściwsza jest obserwacja. Jednak w przypadku, gdy zmiana powoduje opadnięcie powieki górnej, a pacjent jest dzieckiem, z uwagi na ryzyko rozwoju niedowidzenia, powinna zostać podjęta decyzja o leczeniu chirurgicznym [3,5].

Podsumowanie

Pojawienie się jakichkolwiek zmian na powiekach powinno skłonić pacjenta do pojawienia się u specjalisty. Większość z nich to zmiany łagodne, niewymagające leczenia. W przypadkach wątpliwych, gdy istnieje podejrzenie zezłotliwienia, wizyty powinny odbywać się częściej lub należy podjąć decyzję o skierowaniu chorego do leczenia chirurgicznego.

Foto: archiwum Autorów

Piśmiennictwo

1. F. C. Gundogan, U. Yolcu, A. Tas et al. Eyelid tumors: clinical data from an eye center in Ankara, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015; 16: 4265–4269
2. J. J. Kański, B. Bowling. *Okulistyka kliniczna*. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2013
3. A. Pogrzebielski. *Łagodne zmiany guzkowe powiek*. Medycyna Praktyczna 2022 <https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/chorobyoczu/chorobypowiekiukladulzowego/77525,lagodne-zmiany-guzkowe-powiek>
4. J. Pe'er. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol* 2016; 64(3): 177–90. doi: 10.4103/0301-4738.181752
5. G. L. Spaeth. *Chirurgia Okulistyczna*. (Wyd. polskie red J. Szaflika) Edra Urban&Partner Wrocław 2016
6. Z. Zagórski, G. O. H. Naumann, P. Watson: *Choroby rogówki, twardówki i powierzchni oka*. Wydawnictwo Czelej Lublin 2008
7. A. Pogrzebielski: Zmiany barwnikowe powiek. *Medycyna Praktyczna* 2014 <https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/chorobyoczu/chorobypowiekiukladulzowego/77695,zmiany-barwnikowe-powiek>