

# Podstawowe patologie powiek, cz. V

## Guzy złośliwe

Foto: archiwum Autora



Foto: archiwum Autora



Foto: archiwum Autora



Dr med. MAŁGORZATA SEREDYKA-BURDUK<sup>1</sup>, mgr WALDEMAR BŁOCH<sup>1</sup>, mgr PAWEŁ STĘPNIĘWSKI<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Klinika Okulistyczna Oftalmika im. Prof. J. Kałużnego w Bydgoszczy

### Wstęp

Nowotwory złośliwe powiek stanowią od 5 do 10% wszystkich złośliwych nowotworów skóry [1]. Dotyczą one zwykle osób starszych, rasy kaukaskiej, z jasną karnacją, narażonych na długotrwałą ekspozycję na światło słoneczne. Większość z nich lokalizuje się w powiece dolnej i w okolicy kąta przyśrodkowego szpary powiek [2]. Wczesne rozpoznanie zmiany, jej identyfikacja histopatologiczna i jak najszybsze podjęcie leczenia zmniejszają ryzyko nawrotów i odległych przerzutów, co zwiększa szanse na wyleczenie. W niniejszym opracowaniu zostaną krótko omówione najczęstsze złośliwe guzy powiek – te, z którymi specjaliści spotykają się na co dzień.

### Diagnostyka

Podstawę diagnostyki guzów złośliwych powiek stanowi – podobnie jak w przypadku zmian łagodnych – wnikliwa ocena w lampie szczelinowej. 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 [3,4].

W przypadku każdej zmiany o potencjalnie złośliwym charakterze należy diagnostykę poszerzyć o badanie histopatologiczne 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, powinno się wyciąć do badania fragment zmiany wraz z marginesem zdrowej tkanki. Dzięki tego rodzaju biopsji – zwanej biopsją wycinkową – uzyskuje się ocenę histopatologiczną guza. Na jej podstawie możliwe jest postawienie rozpoznania oraz zaplanowanie leczenia z określeniem rozległości zabiegu [3–5].

Ważnym elementem diagnostyki – szczególnie w przypadku podejrzenia odległych przerzutów – jest wykonanie dodatkowych badań radiologicznych, tj. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy pozytronowa tomografia emisyjna. Na podstawie uzyskanych wyników możliwa jest ocena rozległości zmiany pierwotnej oraz wykluczenie lub potwierdzenie obecności przerzutów [6].

### Rak podstawnokomórkowy

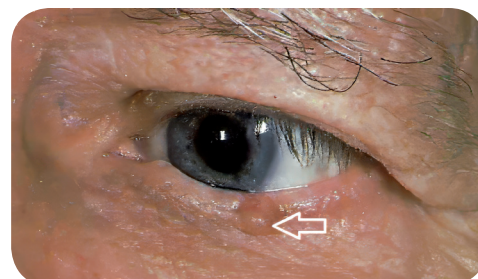
Rak podstawnokomórkowy (ang. *basal cell carcinoma*, BCC) jest najczęstszym nowotworem skóry, w 90% przypadków dotyczącym skóry głowy i szyi. Stanowi 90% wszystkich złośliwych zmian powiek. Występuje z jednakową częstością u obu płci, najczęściej pomiędzy 50 a 80 rokiem życia. Wśród czynników ryzyka rozwoju BCC wymienia się między innymi jasną karnację, palenie tytoniu oraz długotrwałą ekspozycję na promieniowanie ultrafioletowe. Guz dotyczy najczęściej powieki dolnej (50–66%), kolejno lokalizuje się w kącie przyśrodkowym

(25–30%), powiece górnej (15%) i kącie bocznym (5%). Jego wzrost jest zwykle powolny, jest miejscowo złośliwy – przerzuty odległe dają niezmiernie rzadko w 0,0028 – 0,55%. W przypadku lokalizacji zmiany w kącie przyśrodkowym wzrasta ryzyko naciekania guza w głąb oczodołu oraz do zatok obocznych nosa [2,4,6].

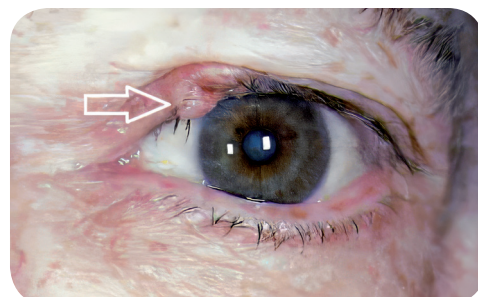
Z uwagi na wygląd BCC wyróżnia się:

- postać guzkową,
- postać guzkowo-wrzedziejącą,
- postać twardniejącą,
- postać barwnikową [2,4].

Postać guzkowa BCC występuje najczęściej. Stwierdza się wówczas twardy, woskowy lub pertowy guzek o charakterystycznym połysku. Na jego powierzchni występują liczne poszerzone naczynia krwionośne. Zmiana rośnie w kierunku obwodu, zwykle szybciej niż następuje jej unaczynienie. W związku z tym dochodzi do niedokrwienia wnętrza guza i tworzenia centralnego owrzodzenia. Przyjmuje on wówczas postać guzkowo-wrzedziejącą, dla której charakterystyczne jest centralne owrzodzenie otoczone przez uniesiony, wałowaty brzeg. Zmiana w tej postaci szerzy się obwodowo, niekiedy trudno jest dokładnie określić jej granice. Centralne owrzodzenie bardzo łatwo ulega uszkodzeniu mechanicznemu, krwawi, trudno się goi, pokrywając się strupem. Jego dno jest często wypełnione tkankami martwiczymi i krwistą wydzieliną. Postać twardniejąca BCC przybiera wygląd białoróżowej twardej płytki. Jej granice jest niezmiernie trudno określić, ponieważ guz wzrasta w głąb, osiągając rozmiary większe, niż widoczna na zewnątrz zmiana. W przypadku, gdy lokalizuje się przy brzegu powieki – może sugerować przewlekłe zapalenie, co opóźnia decyzję o właściwym leczeniu.



Ryc. 1. Rak podstawnokomórkowy powieki dolnej – postać guzkowa



Ryc. 2. Rak podstawnokomórkowy powieki górnej – postać guzkowo-wrzedziejąca dolnej – postać guzkowa

Postać barwnikowa BCC występuje stosunkowo rzadko, zwykle u osób o ciemnej karnacji. Guzek ma wówczas zabarwienie od jasnobrązowego do czarnego i przypomina znamień barwnikowe. Może być też podobny do czerniaka złośliwego [2,4].

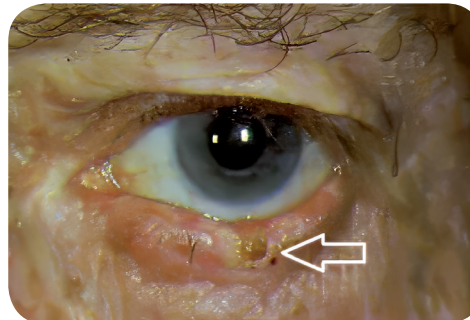
BCC wywodzi się z komórek warstwy podstawnej naskórka. Komórki te dzielą się i rozprzestrzeniają w głąb skóry. Cechą charakterystyczną BCC jest palisadowy układ komórek na obwodzie zmiany. W przypadku postaci twardniejącej guza skupiska komórek nowotworowych pod postacią łańcuchów lub wysp zatopione są we włóknistym zrębie [2,4,6].

### Rak kolczystokomórkowy

Rak kolczystokomórkowy (in. płaskonabłonkowy) (ang. *squamous cell carcinoma*, BCC) jest drugim pod względem częstości nowotworem złośliwym powiek. Występuje w 5–10% przypadków guzów złośliwych powiek. SCC jest bardziej inwazyjny niż BCC – w 24% przypadków nacieka okoliczne węzły chłonne, w 8–14% szerzy się drogą okołonerwową w głąb oczodołu i do mózgu, w 6% daje odległe przerzuty do płuc, kości, ośrodkowego układu nerwowego i wątroby. Należy pamiętać, iż zajęcie węzłów chłonnych odbywa się zgodnie z anatomią dróg odpływu limfy. W przypadku, gdy nowotwór znajduje się w obrębie 2/3 zewnętrznej części powieki górnej lub 1/3 zewnętrznej części powieki dolnej naciekane są węzły chłonne przedmażzowinowe po tej samej stronie. Jeśli nowotwór zlokalizowany jest w 1/3 wewnętrznej części powieki górnej lub 2/3 wewnętrznej części powieki dolnej – zajmowane są węzły podżuchwowe po tej samej stronie [4,6].

SCC występuje 2 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, najczęściej rozpoznawany jest pomiędzy 68 a 73 rokiem życia. Wśród czynników ryzyka rozwoju SCC wymienia się – podobnie jak w przypadku BCC – jasną karnację i długotrwałą ekspozycję na światło słoneczne. Poza tym guz częściej występuje u pacjentów z obniżoną odpornością, poddawanych immunosupresji, po ekspozycji na karcynogeny, takie jak arsenik czy wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne.

W większości przypadków SCC rozwija się na podłożu zmian przedrakowych i zapalnych skóry. Guz dotyczy najczęściej powieki dolnej i kąta przyśrodkowego [2,4,6].



Ryc. 3. Rak kolczystokomórkowy powieki dolnej

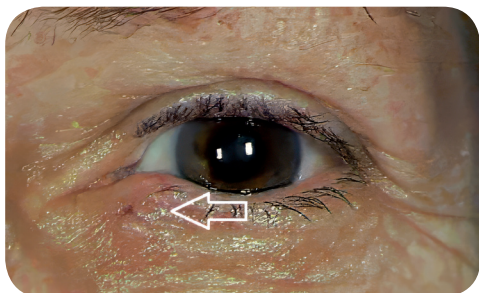
Podczas oceny klinicznej niejednokrotnie trudno odróżnić SCC od BCC. W przypadku SCC wzrost guza jest zwykle szybszy, na jego powierzchni nie stwierdza się naczyń, dość często występuje nadmierne rogowacenie. Na powierzchni zrogowaciałego guzka mogą powstawać szczeliny, jego powierzchnia łuszczy się, nierzadko pokryta jest strupami. W centralnej części zmiany może tworzyć się owrzodzenie, otoczone przez twarde wał o zaczerwienionej podstawie [4].

SCC wywodzi się z komórek warstwy kolczystej naskórka. Komórki te mają hiperchromatyczne jądra i cytoplazmę z eozynofilnymi wtrętami. W przypadku guzów o wysokim zróżnicowaniu stwierdza się tzw. perły keratyny i widoczne są połączenia międzykomórkowe – desmosomy. W guzach nisko zróżnicowanych nie stwierdza się rogowacenia. Charakterystyczną cechą pozwalającą postawić rozpoznanie SCC jest obecność skupisk atypowych komórek nowotworowych w skórze właściwej, co świadczy o przekroczeniu granicy, jaką jest błona podstawna naskórka [2,6].

### Rak gruczołu łojowego

Rak gruczołu łojowego (ang. *sebaceous gland carcinoma*, SGC) jest trzecim pod względem częstości nowotworem złośliwym powiek. Występuje w 1% przypadków guzów złośliwych powiek i charakteryzuje go powolny wzrost. Jest to guz ▶

potencjalnie śmiertelny – śmiertelność wynosi około 33%. Przyczyną tak dużej ilości zgonów jest opóźnienie w postawieniu właściwego rozpoznania, gdyż guz ten przypomina łagodne zmiany powiek, często mylony jest z gradówką. W 23% przypadków SGC nacieka okoliczne węzły chłonne. W chwili postawienia rozpoznania u 1/5 chorych stwierdza się naciekanie węzłów. Odległe przerzuty w SGC występują rzadko [4,6].



Ryc. 4. Rak gruczołu łojowego powieki dolnej

SGC rozpoznawany jest najczęściej w 6 lub 7 dekadzie życia, niemal 2 razy częściej dotyczy kobiet. Guz wywodzi się zarówno z gruczołów tarczowych Meiboma, jak i z gruczołów Zeissa na brzegu powieki, gruczołów łojowych mięsaka łzowego, mieszków włosowych skóry powiek i brwi. Lokalizuje się zwykle w powiece górnej, prawdopodobnie z powodu większej ilości gruczołów. Charakterystyczną cechą SGC jest wielogniskowość, czyli możliwość rozwoju kilku ognisk nowotworu w obrębie powiek po tej samej lub przeciwnej stronie [2,4,6].

Podczas oceny histopatologicznej stwierdza się obecność komórek z dużym hiperchromatycznym jądrem i pęcherzykami zawierającymi tłuszcz w cytoplazmie. Guz ma budowę zrazikową. Nierzadko stwierdza się wzrost pagetoidalny, co oznacza poziome rozprzestrzenianie się guza na granicy skórno-naskórkowej. Obraz kliniczny SGC jest zróżnicowany, zależy od lokalizacji i zaawansowania zmiany. W przypadku, gdy wywodzi się z gruczołów Meiboma przybiera postać twardego („twardy jak skała”), niebolesnego guzka o żółtawym zabarwieniu. Przypomina wówczas gradówkę. Gdy powstaje z gruczołów łojowych Zeissa czy mieszków włosowych ma wygląd żółtego guzka zlokalizowanego pod spojówką lub podskórną. W przypadku wzrostu pagetoidalnego dochodzi do pogrubienia powieki w całości i stwardnienia skóry, co może sugerować zapalenie brzegu powiek. Komórki nowotworowe mogą w tej sytuacji szerzyć się w obrębie nabłonka spojówki – najpierw powiekowej, potem gałkowej sięgając nabłonek rogówki [2,4].

Klasyfikacja

Przed przystąpieniem do leczenia guzów złośliwych powiek należy nie tylko właściwie rozpoznać guz pod względem jego budowy histopatologicznej, ale także określić rozległość zmiany, która zdecyduje o rodzaju terapii. Klasyfikację wg AJCC (ang. *American Joint Committee on Cancer*) omówionych powyżej guzów złośliwych przedstawiono w tabeli 1 [7].

### Klasyfikacja

Przed przystąpieniem do leczenia guzów złośliwych powiek należy nie tylko właściwie rozpoznać guz pod względem jego budowy histopatologicznej, ale także określić rozległość zmiany, która zdecyduje o rodzaju terapii. Klasyfikację wg AJCC (ang. *American Joint Committee on Cancer*) omówionych powyżej guzów złośliwych przedstawiono w tabeli 1 [7].

Kategoria	Kryteria
T1 guz poniżej 10 mm w największym wymiarze	
T1a	guz nie nacieka tarczki i brzegu powieki
T1b	guz nacieka tarczkę lub brzeg powieki
T1c	guz obejmuje całą grubość powieki
T2 guz osiąga wymiar 10–20 mm	
T2a	guz nie nacieka tarczki i brzegu powieki
T2b	guz nacieka tarczkę lub brzeg powieki
T2c	guz obejmuje całą grubość powieki
T3 guz osiąga wymiar 20–30 mm	
T3a	guz nie nacieka tarczki i brzegu powieki
T3b	guz nacieka tarczkę lub brzeg powieki
T3c	guz obejmuje całą grubość powieki
T4 guz dowolnych rozmiarów naciekający gałkę oczną, oczodoł lub twarz	
T4a	guz nacieka gałkę oczną lub struktury wewnątrz oczodołu
T4b	guz nacieka kości oczodołu, zatoki przynosowe, woreczek łzowy lub mózg

Tab. 1. Klasyfikacja złośliwych guzów powiek wg AJCC [7]

### Leczenie

Podstawę leczenia złośliwych nowotworów powiek stanowi chirurgiczne usunięcie zmiany z marginesem zdrowych tkanek. Wielkość tego marginesu uzależniona jest od rodzaju guza oraz stopnia jego zaawansowania. Uznaje się zwykle, że margines 4–5 mm jest wystarczający. W przypadku powiek zabieg z jednej strony powinien być na tyle rozległy, by zapewnić radykalne usunięcie zmiany, z drugiej zaś strony na tyle oszczędny, by uzyskać dobry wynik czynnościowy i zachować prawidłową funkcję powieki. Po usunięciu guza konieczna jest rekonstrukcja powieki, tak by mogła ona nadal chronić gałkę oczną i zapobiegać wysychaniu oka. W przypadku ubytku pełnej grubości, który nie przekracza 1/3 szerokości powieki wystarczy warstwowo zszyć brzegi rany. Jeśli pacjentem jest osoba w podeszłym wieku, z wiotkimi tkankami metoda ta może być wykorzystana nawet wtedy, gdy ubytek dotyczy 40–50% powieki. W sytuacji, gdy usunięcie guza wymaga wycięcia 1/3 – 1/2 powieki do jej rekonstrukcji wykorzystuje się sąsiadujące tkanki. Rozległe ubytki, przekraczające 1/2 szerokości powieki, zmuszają operatorów do wykonania płatów rotacyjnych. W tych przypadkach konieczne jest również odtworzenie tarczki i spojówki powiekowej [5,6,8].

W sytuacji, gdy chirurgiczne usunięcie guza nie jest możliwe z uwagi na stan ogólny pacjenta lub kiedy chory nie wyraża zgody na takie leczenie, możliwe jest naświetlenie zmiany. Radioterapia jest także wykorzystywana jako leczenie wspomagające (np. w przypadku przerzutów do węzłów chłonnych) i paliatywne, gdy guz osiąga znaczne rozmiary. Wiąże się ona z ryzykiem powikłań, takich jak zanik skóry, jej bliznowacenie z odwinięciem lub podwinięciem powieki, zwężenie przewodu nosowo-łzowego, rogowacenie spojówki, keratopatia, zaćma, retinopatia, neuropatia wzrokowa. Ryzyko powikłań zmniejsza się, gdy stosuje się optymalne dawki promieniowania oraz odpowiednio ostoni gałkę oczną [2,4]. W przypadku niewielkich, dobrze ograniczonych zmian pewną alternatywą dla leczenia operacyjnego stanowi krioterapia i laseroterapia. Również w tym przypadku mogą wystąpić powikłania pod postacią odbarwienia lub przebarwienia skóry, bliznowacenia, zniekształcenia brzegu powieki, zwężenia dróg łzowych, utraty rzęs [4].

W przypadku zaawansowanych zmian stwierdzanych miejscowo oraz odległych przerzutów leczenie prowadzone jest wspólnie z lekarzem onkologiem. Duże znaczenie w tych przypadkach ma immunoterapia oraz chemioterapia [6].

Po zakończeniu leczenia pacjent wymaga systematycznych kontroli. Zwykle odbywają się one co 3–6 miesięcy w czasie pierwszych 2 lat po leczeniu, następnie co 6–12 miesięcy przez kolejne 3 lata. Podczas każdej kontroli – oprócz oceny miejscowej – należy zebrać szczegółowy wywiad dotyczący pojawienia się nowych zmian o innej lokalizacji oraz dotyczący stanu ogólnego pacjenta, szczególnie wtedy, gdy zmiana pierwotna dawała przerzuty odległe. W tej sytuacji pacjent do końca życia powinien pozostać pod kontrolą lekarza onkologa, który określa częstość wizyt kontrolnych i zaleca wykonywanie badań dodatkowych (tj. USG jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, PET) [4,6].

### Podsumowanie

Obecność nietypowych zmian w obrębie powiek zawsze powinno zaniepokoić pacjenta i zmusić go do wizyty u specjalisty. Wnikliwy wywiad oraz dokładna ocena w lampie szczelinowej niekiedy wystarczy, by postawić właściwe rozpoznanie. W przypadkach wątpliwych, gdy podejrzewamy zmianę o charakterze złośliwym, należy niezwłocznie skierować pacjenta do okulisty. To pozwoli uściślić diagnozę i zaplanować bez zwłoki odpowiednie leczenie, co w przypadku guzów złośliwych może oznaczać uratowanie choremu życia.

Foto: archiwum Autorów

### Piśmiennictwo

- S. Bień, S. Żyłka, A. Klimas i wsp. Nowotwory złośliwe skóry głowy i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2006; 3: 11–20
- J.J. Kański, B. Bowling. *Okulistyka kliniczna*. Elsevier Urban & Partner Wrocław 2013
- A. Pogrzebielski. Złośliwe guzy powiek. *Medycyna Praktyczna* 2014 <https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/chorobyoczu/chorobyopwiekiukladulzowego/77752,zlosliwe-guzy-powiek>
- Z. Zagórski, G.O.H. Naumann, P. Watson. *Choroby rogówki, twardówki i powierzchni oka*. Wydawnictwo Czelej Lublin 2008
- T. Zieliński, A. Ijijn, B. Antoszewski. Nowotwory złośliwe powiek – wyniki leczenia chirurgicznego i wybór metody rekonstrukcji. *Journal of Oncology* 2012; 6(62): 431–437
- K. J. Schoelles, C. Auw-Haedrich. Updates on eyelid cancers. *Asia Pac J Ophthalmol* 2024; 13(2):100057. doi: 10.1016/j.apjo.2024.100057
- M.B. Amin, S.B. Edge, F. L. Greene et al. *AJCC cancer staging manual*. 8th Edition. Springer 2017
- G.L. Spaeth. *Chirurgia Okulistyczna*. red. J. Szaflika, Edra Urban&Partner Wrocław 2016