

(07)

Analiza kliniczna i histopatologiczna 312 guzów spojówki leczonych chirurgicznie

Clinical and histological evaluation of 312 excised conjunctival tumors

Magdalena Dębicka-Kumela^{1,2}, Izabella Karska-Basta^{1,2}, Anna Markiewicz^{1,2}, Anna Bogdali^{1,2}, Joanna Kowal^{1,2}, Bożena Romanowska-Dixon^{1,2}

¹ Klinika Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Katedry Okulistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Bożena Romanowska-Dixon

² Oddział Kliniczny Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Bożena Romanowska-Dixon

Abstrakt:

Cel: ocena kliniczna i histopatologiczna zmian spojówki leczonych chirurgicznie w okresie jednego roku – w materiale własnym.
Materiał i metody: retrospektywna analiza kliniczna i histopatologiczna 312 zmian spojówki usuniętych chirurgicznie w Klinice Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Katedry Okulistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie w 2017 roku. Zmiany były umiejscowione jednostronnie u 298 pacjentów (97,7%), obustronnie u 7 pacjentów (2,3%). Grupę chorych stanowiło 164 mężczyzn i 141 kobiet, w wieku od 1. do 92. roku życia (średnia wieku 47,9 roku).

Wyniki: w wynikach histopatologicznych łagodne zmiany rozpoznano w 219 przypadkach (70,2%), złośliwe w 61 przypadkach (19,6%), przednowotworowe w 32 przypadkach (10,2%). Najliczniejszą grupę zmian stanowiły znamiona barwnikowe – 138 (44,2%), kolejno pierwotna nabyta melanoza PAM bez atypii – 25 (8%), czerniak – 22 (7%), chłoniak MALT – 25 (8%), pierwotna nabyta melanoza PAM z atypią – 14 (4,5%) i rak płaskonabłonkowy – 12 (3,8%). Najczęstsze trzy lokalizacje zmian to mięsisko łzowe – 75 (24%), spojówka galkowa – 143 (45,8%), w tym spojówka galkowa bez zajęcia rogówki – 73 (23,4%) oraz spojówka galkowa z zajęciem rogówki – 70 (22,4%).

Wnioski: wstępne rozpoznanie na podstawie samego badania klinicznego nie zawsze jest zgodne z ostatecznym wynikiem histopatologicznym. Nowotwory złośliwe spojówki są znacznie rzadsze niż łagodne, ale stanowią istotne zagrożenie dla życia pacjenta, konieczne jest zatem niezwłoczne i prawidłowe rozpoznanie histopatologiczne. Wiek i płeć pacjenta, umiejscowienie guza spojówki i jego występowanie obustronne mogą być przydatne do wstępnego rozpoznania i kwalifikowania pacjentów do zabiegu chirurgicznego.

Słowa kluczowe:

spojówka, guzy spojówki, nacieki spojówki, znamię, czerniak, chłoniak.

Abstract:

Aim: Clinical and histological evaluation of conjunctival lesions treated surgically over 1 year in our centre.

Material and methods: Retrospective clinical and histological analysis of 312 conjunctival tumors surgically removed at the Department of Ophthalmology, Jagiellonian University in Krakow 2017. The lesions were unilateral in 298 (97.7%) patients and bilateral in 7 (2.3%) patients. The cohort consisted of 164 men and 141 women, aged 1 to 92 years (mean age of 47.9 years).

Results: Histological analysis confirmed benign lesions in 219 (70.2%) cases, malignant lesions in 61 (19.6%) cases and premalignant lesions in 32 (10.2%) cases. The most common pathology was nevus (138 cases, 44.2%), followed by primary acquired melanosis (PAM) without atypia (25 cases, 8%), melanoma (22 cases, 7%), MALT lymphoma (25 cases, 8%), PAM with atypia (14 cases, 4.5%) and squamous cell carcinoma (12 cases, 3.8%). The two most common anatomical locations were caruncle (75 cases, 24%) and bulbar conjunctiva (143 cases, 45.8%), both with (70 cases, 22.4%) and without (73 cases, 23.4%) corneal involvement.

Conclusions: Preliminary clinical diagnosis is not always consistent with ultimate histological findings. Although malignant neoplasms of the conjunctiva are significantly less common than the benign ones, they are life-threatening, so a prompt and accurate histological diagnosis is crucial. The age and sex of the patient, tumour location and bilateral occurrence can aid the preliminary diagnosis and clinical decision making about surgery.

Key words:

conjunctiva, conjunctival tumours, conjunctival lesions, nevus, melanoma, lymphoma.

Autorzy zgłaszają brak konfliktu interesów w związku z publikowaną pracą/ The authors declare no conflict of interest

Wstęp

Zasadniczy podział nowotworów spojówki ze względu na pochodzenie wyróżnia guzy melanocytarne i amelanocytarne – pierwsze z nich to rozrosty melanocytów, drugie zaś stanowią głównie rozplem komórek nabłonka lub limfocytów (1). W tej grupie mogą powstawać guzy nowotworowe, zarówno łagodne, jak i złośliwe (1–3). Nowotwory złośliwe spojówki są

znacznie rzadsze niż łagodne, ale stanowią istotne zagrożenie dla życia pacjenta. Nie zawsze wstępne rozpoznanie na podstawie samego badania klinicznego jest zgodne z ostatecznym wynikiem histopatologicznym, dlatego każda zmiana wycięta ze spojówki powinna zostać zweryfikowana w badaniu histopatologicznym (4, 5). Dostępne w literaturze doniesienia zawierające dane kliniczne i histopatologiczne guzów spojówki

leczonych chirurgicznie (1–4, 6–8) nie odnoszą się do danych krajowych.

Cel

Celem niniejszego opracowania było przedstawienie danych klinicznych i histopatologicznych guzów spojówki leczonych chirurgicznie przez okres roku w jednym ośrodku – Klinice Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie.

Materiał i metody

Analizą objęto dokumentację 305 pacjentów rasy kaukaskiej (141 kobiet i 164 mężczyzn w wieku od 1. do 92. roku życia, średnia wieku 47,9 roku), u których wykonano zabieg chirurgicznego wycięcia guzów spojówki w okresie od 1.01.2017 roku do 31.12.2017 roku w Klinice Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Usunięte zmiany były umiejscowione w jednym oku – u 298 pacjentów (98%), a obustronnie tylko u 7 pacjentów (2%). Z tego powodu ostatecznie oceniano 312 guzów spojówki leczonych chirurgicznie. Wycięte zmiany podzielono w zależności od umiejscowienia na nowotwory spojówki gałkowej bez zajęcia rogówki, spojówki gałkowej z zajęciem rogówki, mięśnia łzowego, fałdu półksiężycowatego, załamka spojówki, spojówki tarczkowej oraz zmiany rozlane obejmujące więcej niż jeden obszar anatomiczny. Analizowane wyniki histopatologiczne pochodziły z Zakładu Patomorfologii Klinicznej i Doświadczalnej UJ CM. Przeprowadzono retrospektywną analizę danych demograficznych pacjentów oraz lokalizacji anatomicznej wyciętych zmian. Uwzględniono również zależności ww. danych od wyników badania histopatologicznego z uwzględnieniem stopnia ich złośliwości (tab. I).

Wyniki

1. Analiza wyciętych zmian spojówki w zależności od wieku i płci

Średnia wieku chorych z łagodnymi zmianami barwnikowymi, jak znamię barwnikowe oraz melanoza (ang. Primary Acquired Melanosis – PAM) bez atypii, wynosiła powyżej 40 lat i była niższa niż średnia wieku chorych ze zmianami przednowotworowymi (PAM z atypią, znamię dysplastyczne), w tym przypadku wyniosła powyżej 50 lat. Wśród pacjentów chorych na guzy barwnikowe najstarsi byli pacjenci chorujący na czerniaka spojówki, średnia wieku przekraczała 60 lat. W tej grupie mężczyźni stanowili 68,3% chorych. Na PAM z atypią równie często chorowały kobiety, jak i mężczyźni, na PAM bez atypii natomiast częściej chorowali mężczyźni (64%) (tab. I).

Chłoniaka typu MALT rozpoznano średnio u pacjentów powyżej 50 roku życia, częściej u kobiet (63,6%). Z kolei chłoniaki inne niż MALT rozpoznano tylko u mężczyzn, w podobnym przedziale wiekowym (tab. I).

Najstarszą grupę stanowili chorzy na raka płaskonabłonkowego oraz z dysplazją nabłonka spojówki. W tej grupie przeważali mężczyźni (66,7%) – średnia wieku powyżej 70 lat (Tab. I).

2. Analiza wyciętych zmian spojówki w zależności od stopnia złośliwości

W wyniku analizy histopatologicznej zmiany łagodne zostały rozpoznane w 219 przypadkach (70,2%), złośliwe w 61 przypad-

kach (19,6%), a 32 nacieki (10,2%) miały charakter zmian przednowotworowych (tab. I).

Wśród guzów łagodnych najliczniejsza grupa to 138 przypadków znamion barwnikowych (63% zmian łagodnych). Kolejne stanowiły: PAM bez atypii – 25 przypadków (11,4% zmian łagodnych), naciek limfocytarny bez cech rozrostowego procesu limfocytarnego – 13 przypadków (5,9% zmian łagodnych) oraz brodawczak płaskonabłonkowy – 9 przypadków (4,1% zmian łagodnych) (tab. I). Pozostałe rzadziej występujące typy guzów łagodnych przedstawiono w tabeli I.

Warto zwrócić uwagę, że w analizowanym materiale 5,2% znamion barwnikowych stanowiły znamiona dysplastyczne (ryc. 1.).



Ryc. 1. Znamię barwnikowe spojówki.
Fig. 1. Conjunctival nevus.

Najczęstszą spośród wyciętych zmian przednowotworowych była pierwotna nabyta melanoza z atypią – 14 przypadków (43,8% zmian przednowotworowych), a kolejno dysplastyczne znamię barwnikowe – 8 przypadków (25% zmian przednowotworowych). Pozostałe typy zmian przednowotworowych zawarto w tabeli I.

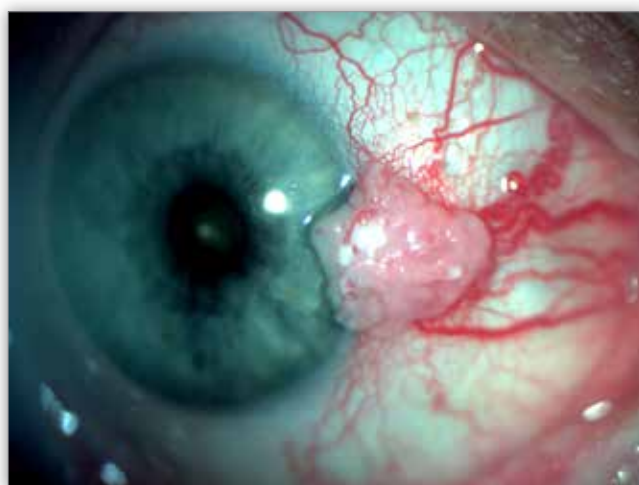
Złośliwe nowotwory najliczniej były reprezentowane przez czerniaka spojówki – 22 przypadki (36,1% zmian złośliwych) (ryc. 2), oraz chłoniaka strefy brzeżnej MALT – 25 przypadków



Ryc. 2. Czerniak spojówki.
Fig. 2. Conjunctival melanoma.

		Wiek przy rozpoznaniu (wiek w latach, średnie \pm SD)/ Age on diagnosis (years, mean \pm SD)	Liczba pacjentów N (%) / Number of patients N (%)	Spojówka gałkowa/ Bulbar conjunctiva	Spojówka i rogówka/ Conjunctiva and cornea	Mięsko łożowe/ Caruncle	Fald półksiężycowaty/ Plica semilunaris	Załamek spojówki/ Fornix	Spojówka tarczkowa/ Tarsal Conjunctiva	Zmiana Rozlana/ Diffuse lesion
Zmiany łagodne/benign lesions	Znamię barwnikowe/ Nevus	41,8 \pm 19,88	138 (44,2)	31	24	53	26	0	2	2
	PAM bez atypii/ PAM without atypia	40 \pm 22,46	25 (8)	13	8	0	3	0	0	1
	Przewlekły naciek zapalny, złogi hemosyderyny/ chronic inflammatory infiltration with hemosiderin deposits	54,5 \pm 23,61	8 (2,6)	1	1	3	1	2	0	0
	Brodawczak płaskonabłonkowy/ squamous epithelial cell papilloma	56,78 \pm 18,48	9 (2,9)	1	1	2	2	0	1	2
	Naciek limfocytarny bez cech nowotworowego procesu limfoproliferacyjnego/ Reactive lymphoid hyperplasia	47,33 \pm 16,71	13 (4,2)	2	0	1	1	2	6	1
	Naczyniak/ Hemangioma	45,5 \pm 13,7	6 (1,9)	1	0	2	0	2	1	0
	Oncocytoza	62,75 \pm 13,7	4 (1,3)	0	0	4	0	0	0	0
	Cysta epidermalna/ Epidermal cyst	47,0 \pm 16,91	4 (1,3)	0	0	4	0	0	0	0
	Ziarniak ropotwórczy/ Pyogenic granuloma	48,43 \pm 14,78	7 (2,2)	1	0	0	0	1	5	0
	Ospryskowiak/ Choristoma	41,67 \pm 37,74	3 (1,0)	2	1	0	0	0	0	0
Zmiany przednowotworowe/premalignant lesions	Przerost gruczołów łojowych/ Sebaceous glands hypertrophy	67	1 (0,3)	0	0	1	0	0	0	0
	Gruczolak łojowy/ Sebaceous adenoma	73	1 (0,3)	0	0	1	0	0	0	0
	Znamię barwnikowe dysplastyczne/ Dysplastic nevus	47,0 \pm 21,85	8 (2,6)	1	5	0	0	0	0	2
	PAM z atypią/ PAM with atypia	53 \pm 14,29	14 (4,5)	3	4	1	1	1	2	2
	Dysplazja nabłonka/ Epithelial dysplasia	68,0 \pm 19,65	6 (1,9)	1	5	0	0	0	0	0
	Brodawczak z dysplazją/ Papilloma with dysplasia	29	1 (0,3)	0	0	0	0	0	1	0
	Przewlekły naciek zapalny ze zwyrodnieniem elastycznym, leukoplakią i dysplazją/ Chronic inflammatory infiltration with elastic degeneration, leukoplakia and dysplasia	60 \pm 15,17	3 (1,0)	1	1	1	0	0	0	0

Rozpoznanie histopatologiczne/ Histological diagnosis	Wiek przy rozpoznaniu (wiek w latach, średnie ± SD)/ Age on diagnosis (years, mean ± SD)	Liczba pacjentów N (%) / Number of patients N (%)	Spojówka gałkowa/ Bulbar conjunctiva	Spojówka i rogówka/ Conjunctiva and cornea	Mięsko łzowe/ Caruncle	Fald półksiężycowaty/ Plica semilunaris	Załamek spojówki/ Fornix	Spojówka tarczkowa/ Tarsal Conjunctiva	Zmiana Rozlana/ Diffuse lesion
Czerniak/ Melanoma	61,68 ± 15,75	22 (7)	5	10	1	0	2	1	3
Rak płaskonabłonkowy/ Squamous epithelial cell carcinoma	69,3 ± 12,52	12 (3,8)	1	9	1	0	0	1	0
Chłoniak MALT/ MALT lymphoma	53,32 ± 15,11	25 (8)	8	1	0	0	11	3	2
NHL niż MALT/ NHL other than MALT	54,5	2 (0,7)	1	0	0	0	0	0	1
Suma / Total		312	73	70	75	34	21	23	16
Suma [%]/ Total [%]		100	23,4	22,4	24	11	6,7	7,4	5,1



Ryc. 3. Rak płaskonabłonkowy spojówki.
Fig. 3. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva.

(41% zmian złośliwych), i raka płaskonabłonkowego – 12 przypadków (19,7% zmian złośliwych) (ryc. 3). U dwóch pacjentów rozpoznano chłoniaka nieziarnicznego innego niż MALT (3,3% zmian złośliwych) (tab. I).

3. Analiza wyciętych zmian spojówki w zależności od ich umiejscowienia

Zakwalifikowane do wycięcia chirurgicznego guzy najczęściej były umiejscowione w obrębie mięska łzowego – 75 (24%), spojówce gałkowej – 143 (45,8%), w tym w samej spojówce gałkowej – 73 (23,4%), a w spojówce gałkowej z zajęciem rogówki – 70 (22,4%). Najrzadziej opisano nacieki rozlane obejmujące więcej niż jeden obszar anatomiczny 16 (5,1%) (tab. I).

Łagodny charakter miało 71,2% guzów wyciętych ze spojówki gałkowej bez zajęcia rogówki. Wśród nich najczęściej rozpoznano znamię barwnikowe – w 31 przypadkach (42,5%), i PAM bez atypii – w 13 przypadkach (17,8%). Charakter złośliwy jednak miało 20,5% guzów w tej lokalizacji (8 przypadków chłoniaka MALT i 5 przypadków czerniaka) (tab. I).

Połowa zmian umiejscowionych w spojówce gałkowej z zajęciem rogówki to były guzy łagodne, najczęściej znamiona barwnikowe (24 przypadki). Wśród pozostałych guzów 28,6% stanowiły nowotwory złośliwe, najczęściej czerniak (10 przypadków) i rak płaskonabłonkowy (9 przypadków), 21,4% to stany przednowotworowe (tab. I).

Spośród nacieków lokalizowanych w mięsku łzowym i fałdzie półksiężycowatym większość stanowiły znamiona barwnikowe – odpowiednio 53 przypadki (70,7%) oraz 26 przypadków (76,5%). Co istotne 5,3% guzów mięska łzowego to nowotwory złośliwe lub zmiany przednowotworowe (tab. I).

Większość spośród 21 zmian wyciętych z załamka spojówki stanowiły nowotwory złośliwe (61,9%): chłoniak strefy brzeżnej typu MALT – 11 przypadków (52,4%), czerniak – 2 przypadki (9,5%) (tab. I).

Ze spojówki tarczowej wycięto 23 guzy, w badaniu histopatologicznym najczęściej rozpoznano nacieki limfocytarne bez cech nowotworowego procesu limfoproliferacyjnego – 6 przypadków (26,1%), oraz ziarniniaka spojówki – 5 przypadków (21,7%). Występowanie ziarniniaka w każdym przypadku było poprzedzone zabiegiem chirurgicznym tego obszaru (tab. I).

Tab. I. Lokalizacja topograficzna 312 wyciętych zmian spojówki z uwzględnieniem rozpoznania histopatologicznego i stopnia złośliwości guzów i struktury wiekowej pacjentów.

Tab. I. Topographic location of 312 removed conjunctival lesions including histological diagnosis, tumour grading and patient age.

W 16 przypadkach wycięto naciek rozlany. Zmiany rozlane w większości miały charakter nowotworowy lub przednowotworowy (62,5%), najczęściej rozpoznano czerniaka spojówki – 3 przypadki (18,8%) (tab. I).

Ważną obserwacją było obustronne występowanie jedynie guzów pochodzenia limfatycznego (chłoniak typu MALT w 14% występował obustronnie, a naciek limfocytarny bez cech nowotworowego procesu limfoproliferacyjnego w 44% przypadków, chłoniak inny niż MALT występował jedynie jednostronnie) (tab. I).

Omówienie

Pierwszy duży raport dotyczący 1120 chirurgicznie wyciętych guzów spojówki opublikował Ash w 1950 roku. W większości przypadków rozpoznano histopatologicznie znamię barwnikowe (26%), raka (17%), brodawczaka (12%), tłuszczyk/skrzydlik (9%) i inne łagodne nacieki (6%). Większość guzów występowała równie często u obojga płci, z wyjątkiem kilku zmian, które częściej rozpoznawano u mężczyzn, takich jak rak płaskonabłonkowy (85% mężczyzn), brodawczak (78% mężczyzn), znamię barwnikowe (74% mężczyzn) oraz tłuszczyk/skrzydlik (67% mężczyzn) (9).

W 2004 roku Shields i wsp. opracowali raport obejmujący 1643 wycięte guzy spojówki. Najczęściej rozpoznawano znamię barwnikowe (28%), czerniaka (13%), pierwotną nabytą melanozę (11%), raka płaskonabłonkowego (11%) i guzy pochodzenia limfoidalnego (8%). Łagodne guzy tkanek miękkich stwierdzono u osób młodszych, średnio w wieku 40 lat. Guzy złośliwe z tkanki nabłonkowej, limfatycznej i wtórne – u starszych pacjentów, u których średnia wieku przekraczała 60. rok życia. Nie stwierdzono różnic w liczebności kobiet i mężczyzn, lecz zmiany pochodzenia nabłonkowego częściej odnotowano w grupie mężczyzn (80%). Guzy najliczniej występowały w spojówce gałkowej (75%), później w załamku (7%) oraz na mięsku łzowym (6%). Większość pacjentów należała do rasy kaukaskiej (89%) (1).

W 2010 roku Novais i wsp. opracowali dane dotyczące 271 wyciętych guzów barwnikowych spojówki. Najwięcej rozpoznano znamion barwnikowych (49,5%), PAM (35,5%) i czerniaków (14,9%). Nie wykazano różnic w rozkładzie płci pacjentów, jedynie melanoza występowała u chorych z grupy młodszych, częściej u kobiet. Najczęstsze miejsce zmian, to spojówka gałkowa (81,1%) oraz mięsko łzowe (14,1%). 75% czerniaków spojówki rozwinęło się na podłożu melanozy z atypią (7).

Przedstawione przez nas wyniki badania wskazują, że zmiany wycięte ze spojówki to najczęściej znamiona barwnikowe (44,2%). Znacznie rzadziej PAM bez atypii (8%), chłoniaki typu MALT (8%), czerniaki (7%) i PAM z atypią (4,5%) oraz raki płaskonabłonkowe (3,8%). Inni badacze odnotowali mniejszą liczbę znamion barwnikowych (od 26% do 28%) (1–3, 9).

Transformacja znamienia spojówki w kierunku czerniaka jest niezwykle rzadkim zjawiskiem (1, 10), w grupie naszych pacjentów jednak 5,2% znamion stanowiły znamiona dysplastyczne.

Położenie topograficzne znamienia ma znaczenie prognostyczne, wyniki wcześniej prowadzonych badań sugerują, że zmiany umiejscowione w załamku i w spojówce tarczkowej, a także naciekające rogówkę mają większą tendencję do transformacji nowotworowej i nawrotów (7, 10).

W poprzednich raportach średni wiek pacjentów z melanozą wynosił ponad 50 lat i dominowały kobiety oraz rasa kaukaska (11, 12). Nasi pacjenci z melanozą bez atypii mieli średnio 40 lat, a z melanozą z atypią – 53 lata. PAM z atypią rozpoznawano równie często u kobiet i u mężczyzn, PAM bez atypii natomiast częściej u mężczyzn (64%). W przypadku melanozy niezwykle ważne jest określenie atypii w badaniu histopatologicznym, ponieważ w od 12% do 50% przypadków PAM z atypią ma tendencję do transformacji w czerniaka (2, 13–15), podczas gdy PAM bez atypii nie wiąże się z ryzykiem transformacji nowotworowej (16). Niestety, klinicznie te zmiany są praktycznie nie do odróżnienia (16).

Czerniak spojówki stanowił 7% wszystkich wyciętych zmian. Szacuje się, że u 10–35% chorych na czerniaka spojówki przerzuty pojawią się w 5-letniej obserwacji, a u 25–49% w ciągu 10 lat (1, 10, 16). Czerniak spojówki najczęściej powstaje na podłożu PAM z atypią (2, 12, 15, 16), dlatego pacjentów z melanozą należy monitorować lub zmiany barwnikowe powinny zostać wycięte profilaktycznie (1, 10, 12, 15, 17). Najgorsze rokowanie pod względem przerzutowania mają czerniaki spojówki powstające *de novo*, w porównaniu z guzami rozwijającymi się ze znamienia czy melanozy (15). Średnia wieku pacjentów, u których rozpoznano czerniaka spojówki, wynosiła ponad 60 lat, 68,2% stanowili mężczyźni. W poprzednich raportach nie odnotowano przewagi żadnej z płci, średnia wieku pacjentów była zbliżona do stwierdzonej przez nas (1, 5, 15).

Komentarza wymaga obserwacja, że u naszych pacjentów odnotowano więcej przypadków czerniaka niż raka płaskonabłonkowego niż u pacjentów leczonych w innych ośrodkach. Większość czerniaków była umiejscowiona w spojówce z zajęciem rogówki (45,5%). Podczas ustalania częstości kontroli po zabiegu zawsze powinno być brane pod uwagę umiejscowienie guza, ponieważ wcześniej opublikowane wyniki badań sugerują, że czerniaki położone w załawkach, w spojówce tarczkowej i naciekające rogówkę charakteryzują się gorszym rokowaniem w odniesieniu do nawrotów (5, 10).

Rak płaskonabłonkowy i dysplazja nabłonka częściej występowały u mężczyzn (66,7% i 83,3%), to jest zgodne z wcześniejszymi raportami (1, 8, 16). Tłumaczy się to większym narażeniem na promieniowanie UV mężczyzn niż kobiet (18). Ta grupa pacjentów była również najstarsza – średnia wieku ponad 60 lat. Raka płaskonabłonkowego najczęściej lokalizowano w spojówce przyrąbkowej, z zajęciem rogówki, inni badacze również to stwierdzili (1, 8, 12).

W badaniu wykazano, że 40 guzów limfoidalnych w przeważającej większości miało charakter chłoniaka strefy brzeżnej typu MALT – 25 chorych (62,5%), mniej licznie występowały nacieki limfocytarny bez cech nowotworowego procesu limfoproliferacyjnego – 13 chorych (32,5%), oraz chłoniak niezłazny czy inny niż MALT – 2 chorych (5%). Zmiany rozrostowe z tkanki limfatycznej w 35% były obustronne (chłoniak typu MALT w 14% występował obustronnie, a nacieki limfocytarny bez cech nowotworowego procesu limfoproliferacyjnego w 44%, chłoniak inny niż MALT występował jedynie jednostronnie). Te dane są porównywalne z danymi z wcześniej przeprowadzonych badań (1, 2, 5). W naszym badaniu chorzy na chłoniaka mieli średnio 50 lat, we wcześniej prowadzonych badaniach średni wiek pacjentów z podobnej grupy był wyższy i wynosił ponad

60 lat (1). Histopatolodzy najczęściej rozpoznawali chłoniaka B komórkowego typu MALT, odnotowali to również inni badacze (19). Szacuje się, że chłoniak spojówki w 31% współwystępuje z chłoniakiem systemowym (20).

Zmiany wycinane u pacjentów leczonych w naszym ośrodku najczęściej były umiejscowione w mięsku łzowym (75%), w zdecydowanie większej liczbie niż zostało to opisane we wcześniejszych opublikowanych doniesieniach (1, 5). Większość wyciętych guzów mięska łzowego to zmiany barwnikowe (73,3%). Wysoka częstość profilaktycznego wycinania łagodnych zmian barwnikowych mięska łzowego wynika ze złej prognozy w przypadku transformacji nowotworowej w czerniaka w tej lokalizacji oraz niskiego ryzyka powikłań po zabiegu chirurgicznym. W literaturze przedmiotu szacuje się, że częstość złośliwych zmian nowotworowych usytuowanych w tym miejscu jest mniejsza niż 5% (1, 21). W badanej przez nas grupie 5,3% guzów mięska łzowego to guzy złośliwe i zmiany przednowotworowe (PAM z atypią, rak płaskonabłonkowy, czerniak, naciek zapalny z dysplazją nabłonka).

Zmiany równie często były wycinane ze spojówki gałkowej bez zajęcia rogówki (23,4%) (tam wg literatury najczęściej umiejscawiają się guzy spojówki) (1, 5) oraz ze spojówki z zajęciem rogówki (22,4%) – w przypadku znamion barwnikowych takie usytuowanie gorzej rokuje, stwarza większe ryzyko wznowy i transformacji nowotworowej (5, 10).

Badanie ma pewne ograniczenia. Po pierwsze – dane dotyczą jedynie zmian zakwalifikowanych do wycięcia chirurgicznego w ośrodku onkologii okulistycznej ze względu na podejście charakteru nowotworowego i powiększanie się zmiany lub wskazania kosmetyczne. Nie odzwierciedla zatem zmian spojówki w całej populacji. Po drugie – z badania nie wykluczono pacjentów z guzami poddanymi wcześniejszej nieskutecznej terapii oraz pacjentów, u których doszło do wznowy procesu nowotworowego.

Piśmiennictwo:

- Shields CL, Demirici H, Karatza E, Shields JA: *Clinical Survey of 1643 Melanocytic and Nonmelanocytic Conjunctival Tumors*. Ophthalmology. 2004; 111: 1747–1754
- Shields CL, Shields JA: *Tumors of the conjunctiva and cornea*. Surv Ophthalmol. 2004; 49, 3: 3–24.
- Mondal SK, Nag DR, Bandyopadhyay R, Adhikari A, Mukhopadhyay S: *Conjunctival biopsies and ophthalmic lesions. A histopathologic study in eastern India*. J Res Med Sci. 2012 Dec; 17(12): 1176–1179.
- Gupta Y, Gahine R, Hussain N, Memon MJ: *Clinico-Pathological Spectrum of Ophthalmic Lesions: An Experience in Tertiary Care Hospital of Central India*. J Clin Diagn Res. 2017; 11: 9–13.
- Chauhan SC, Shah SJ, Patel AB, Rathod HK, Surve SD, Nasit JG: *A Histopathological study of ophthalmic lesions at a teaching hospital*. National J of Med Res. 2012; 2: 133–136.
- Huang JJ, Li B, Liang QF, Xu XL, Gao F, Zhang ZB: *The clinical and histopathological analysis of 2053 cases of conjunctival neoplasms*. Zhonghua Yan Ke Za Zhi. 2016 Oct 11; 52(10): 738–744.
- Novais GA, Fernandes BF, Belfort RN, Castiglione E, Cheema DP, Burnier MN Jr.: *Incidence of melanocytic lesions of the conjunctiva in a review of 10 675 ophthalmic specimens*. Int J Surg Pathol. 2010 Feb; 18(1): 60–63.
- Gupta U, Shrestha R, Samdurkar AP, Shahi A: *A Histopathological Study of Neoplastic Lesions of Conjunctiva*. Journal of Universal College of Medical Sciences. 2016; 4: 32–35.
- Ash JE: *Epibulbar tumors*. Am J Ophthalmol. 1950; 33: 1203–1219.
- Shields CL, Fasiuddin A, Mashayekhi A, Shields JA: *Conjunctival nevi: clinical features and natural course In 410 consecutive patients*. Arch Ophthalmol. 2004; 122: 167–175.
- Shields JA, Shields CL, Mashayekhi A, Marr BP, Benavides R, Thangappan A, et al.: *Primary acquired melanosis of the conjunctiva: experience with 311 eyes*. Trans Am Ophthalmol Soc. 2007; 105: 61–71.
- Shields JA, Shields CL, Mashayekhi A, Marr BP, Benavides R, Thangappan A, et al.: *Primary acquired melanosis of the conjunctiva: risks for progression to melanoma in 311 eyes. The 2006 Lorenz E. Zimmerman lecture*. Ophthalmology. 2008 Mar; 115(3): 511–519.
- Asadi-Amoli F, Ghanadan A: *Survey of 274 patients with conjunctival neoplastic lesions in Farabi Eye Hospital, Tehran 2006–2012*. J Curr Ophthalmol. 2015 Oct 31; 27(1–2): 37–40.
- Honavar SG, Manjandavida FP: *Tumors of the ocular surface: A review*. Indian J Ophthalmol. 2015 Mar; 63(3): 187–203.
- Shields CL, Markowitz JS, Belinsky I, Schwartzstein H, George NS, Lally SE, et al.: *Conjunctival melanoma: outcomes based on tumor origin in 382 consecutive cases*. Ophthalmology. 2011 Feb; 118(2): 389–395.
- Oellers P, Karp CL: *Management of pigmented conjunctival lesions*. Ocul Surf. 2012 Oct; 10(4): 251–263.
- Urban B, Bakunowicz-Łazarczyk A, Rzeszeć J, Michalczuk M: *Histological and clinical evaluation of conjunctival pigmented lesions in children and adolescents*. Klin Oczna. 2017(3): 141–148.
- Asadi-Amoli F, Ghanadan A: *Survey of 274 patients with conjunctival neoplastic lesions in Farabi Eye Hospital, Tehran 2006–2012*. J Curr Ophthalmol. 2015 Oct 31; 27(1–2): 37–40.
- Folberg R, Jakobiec FA, Bernardino VB, Iwamoto T: *Benign conjunctival melanocytic lesions*. Clinicopathologic features Ophth. 1998; 96(4): 436–461.
- Folberg R, McLean IW, Zimmerman LE: *Primary acquired melanosis of the conjunctiva*. Hum Pathol. 1985; 16(2): 129–135.
- Shields CL, Chuen JL, Surakiatchanukl T, Sioufi K, Lally SE, Shields JA: *Conjunctival Tumors: Review of Clinical Features, Risk, Biomarkers and Outcomes- The 2017. Donald M Gass Lecture*. Asia Pac J Ophthalmol (Phila). 2017 Mar-Apr; 6(2): 109–120.

Praca wpłynęła do Redakcji 01.02.2019 r. (KO-00195-2019)
Zakwalifikowano do druku 28.02.2019 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
lek. Magdalena Dębicka-Kumela
Klinika Okulistyki i Onkologii Okulistycznej Katedry
Okulistyki UJ CM w Krakowie
ul. Kopernika 38
31-501 Kraków
e-mail: magdalena.debicka-kumela@uj.edu.pl