

VOKŲ RIEBALINIŲ LIAUKŲ KARCINOMA (2 KLINIKINIAI ATVEJAI)

SEBACEOUS CARCINOMA OF THE EYELIDS (2 CLINICAL CASES)

Aistė Damijonaitytė^{1,2}, Laura Butkienė^{1,2}, Ona Garlaitė^{1,2}, Donatas Petroška^{1,3}, Mykolas Pajaujįs^{1,2}, Rimvydas Ašoklis^{1,2}

¹Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

²Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Akių ligų centras

³Valstybinis patologijos centras

¹Vilnius University, Faculty of Medicine

²Vilnius University Hospital Santariskiu Klinikos Center of Eye Diseases

³National Centre of Pathology

SANTRAUKA

Reikšminiai žodžiai: vokų kraštas, riebalinės vokų liaukos, vokų augliai.

Darbo tikslas. Pristatyti du vokų riebalinių liaukų karcinomos klinikinius atvejus. Aptarti šio naviko kliniką, diagnostiką, gydymo būdus.

Medžiaga ir metodai. Retrospektyviai išanalizuotos dviejų ligonių, tirtų dėl vokų riebalinių liaukų karcinomos, ligos istorijos, vokų navikų fotografijos, pathistologinės skaidrės.

Rezultatai. Abiejuose klinikiniuose atvejuose vokų riebalinių liaukų karcinoma diagnozuota pavėluotai. Pirmajame klinikiniam atvejuje sebacinė liaukų karcinoma simuliuo gerybinį vokų naviką, antrajame – lėtinį blefaritą. Pirmajai ligonei navikas pašalintas sveikų audinių ribose, atliktas pathistologinis tyrimas patvirtino ekscizijos radikalumą. Po operacijos komplikacijų nepastebėta, gauti geri funkciniai rezultatai. Per beveik 7 metų stebėjimo laikotarpį tumoros recidyvo ir metastazių nedidino. Antrajai pacientei atliekant biopsiją pašalintas visas iškilus darinys, dėl rastų metastazių kaklo srities limfmazgyje pradėta taikyti voko ir kaklo limfmazgio srities spindulinė terapija.

Išvados. Pristatyti du klinikiniai atvejai patvirtina riebalinių liaukų karcinomos klinikinės ir pathistologinės diagnostikos sudėtingumą. Šis navikas yra linkęs simuliuoti uždegiminę ar kitą neoplastinę vokų patologiją. Sėkmingai ligos diagnozei labai svarbus gydytojo oftalmologo įtarumas ir nuodugnus ligonio ištyrimas.

ABSTRACT

Key words: palpebral margin, sebaceous glands of the eyelids, palpebral tumours.

Purpose. To illustrate by 2 clinical cases the clinical presentation, diagnosis and treatment of palpebral sebaceous carcinoma.

Materials and methods. Retrospective analysis of medical records, photographs and pathistological slides of 2 patients with sebaceous carcinoma of the eyelids.

Results. in both cases diagnosis of sebaceous carcinoma was delayed. Sebaceous carcinoma masqueraded as a benign palpebral tumour in the first clinical case and as chronic blepharitis in the second one. Radical excision of the tumour with the margins of health tissue was confirmed by pathistological examination in the first clinical case. There were no postsurgical complications. Good functional results were observed. No recurrences or metastasis of the tumour were diagnosed during 7 years period. Biopsy was performed by removing the visible tumour in the second clinical case. Radiation therapy to the eyelid and cervical lymph nodes was started after diagnosis of metastasis in the regional lymph nodes.

Conclusions. Presented clinical cases confirm the difficulties of the clinical and pathistological diagnosis of the palpebral sebaceous carcinoma. Its clinical presentation often masquerades as an inflammatory or other neoplastic lesion therefore a high suspicion and thorough examination of the patient is required for the correct and timely diagnosis.

ĮVADAS

Vokų riebalinių (sebacinė) liaukų karcinoma yra retas piktybinis navikas [2, 3, 11], kurio diagnostika sudėtinga dėl klinikinių ir pathistologinių požymių panašumo į kitas vokų ligas [1, 2, 7, 10, 14]. Dažnai šio auglio gydymą ap-

sunkina vėlyva diagnozė, o tai lemia didelius mirtingumo rodiklius [2, 10, 12]. Sebacinė liaukų karcinoma yra trečias pagal dažnumą vokų piktybinis navikas po bazoląstelinės ir plokščialąstelinės karcinomų [10, 15]. Deja, pirmos apžiūros metu gydytojai terapeutai vokų riebalinių liaukų

A. Damijonaitytė

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Akių ligų centras

Santariškių g. 2, Vilnius

aistedam@gmail.com

karcinomą kliniškai diagnozuoja tik 18,6 proc., o oftalmologai – 50 proc. atvejų [14].

Šis navikas gali atsirasti iš Meibomo, Ceiso, antakių ir voko gyvaplaukių folikulų ar ašarų mėsytės riebalinių liaukų [2, 8, 15]. Dažniausia lokalizacija – viršutinis vokas, kur kremzlėje gausu riebalinių Meibomo liaukų [2]. Paprastai serga vyresnio amžiaus moterys, sulaukusios šešto–aštunto dešimtmečio [1, 2, 8]. Kiti literatūroje nurodomi riebalinių liaukų karcinomos rizikos veiksniai yra azijietiška [11, 12, 14] kilmė, spindulinė radiacija [1, 12], Muir-Tore sindromas [3, 4, 12], imunosupresija [1, 16].

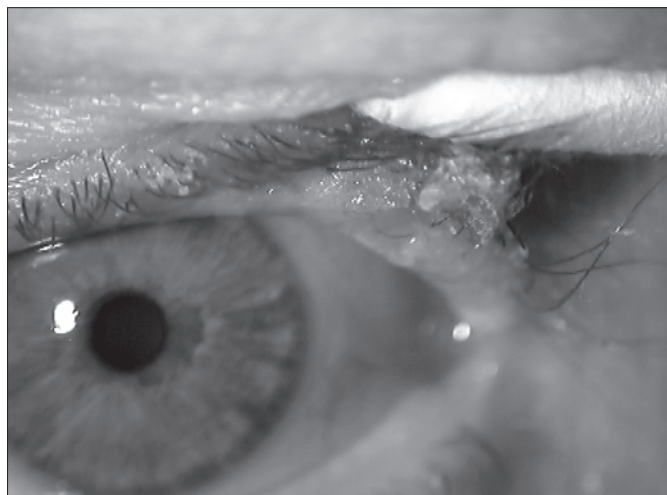
Vokų riebalinių liaukų karcinoma yra reta ir sunkiai diagnozuojama liga. Užsienio mokslinėje literatūroje dominuoja šio naviko klinikinių atvejų apžvalgos. Deja, trūksta didesnės apimties, prospektyvinių tyrimų, nepavyko rasti lietuviškų mokslinių straipsnių sebacinėlių liaukų karcinomos tema. Šiame straipsnyje apžvelgiami du klinikiniai atvejai, kurie parodo galimas riebalinių liaukų karcinomos kliniškas išraiškas, diagnostikos sunkumus, gydymą ir išėitis.

TYRIMO MEDŽIAGA IR METODAI

Retrospektyviai išanalizuoti du vokų riebalinių liaukų karcinomos klinikiniai atvejai, diagnozuoti Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų (VUL SK) Akių ligų centre 2002–2008 m. Diagnozei patvirtinti Valstybiniame patologijos centre atlikti pathistologiniai navikinių audinių tyrimai. Ligos anamnezės, klinikiniai, tyrimų ir gydymo duomenys gauti iš pacientų ligos istorijų, Akių ligų centro fotografijų archyvo, pathistologinių skaidrių.

1 KLINIKINIS ATVEJIS

2002 m. balandžio mėn. 65 m. ligonė I. G. kreipėsi į VUL SK dėl darinio ant kairės akies viršutinio voko (1, 2 pav.). Prieš 1,5 m. jai buvo diagnozuotas gerybinis voko navikas. Ligonė reguliariai stebėta vienoje Lietuvos akių ligų klinikoje. Atsiradus išopėjimui, skirtas gydymas tetraciklino tepalu, tačiau pagerėjimo nebuvo. Atvykus į VUL SK, kairės akies viršutinio voko lateraliniam trečdalyje rastas neskausmingas 0,7 cm standus išopėjęs darinys, padengtas šašu, apimantis intermarginalinį tarpą ir vidinį voko kraštą. 2002 m. balandžio mėn. atliktas kairės akies viršutinio voko auglio pašalinimas 4 mm sveikų audinių ribose ir plastika Hughes metodu. Naviko kilmei ir operacijos radikalumui patikslinti visi pašalinti audiniai išsiųsti pathistologiniam tyrimui. Gauta pathistologinė diagnozė: voko riebalinių liaukų karcinoma, pT3. Pooperacinių komplikacijų nepastebėta, gauti geri funkciniai rezultatai. 2002–2008 m. ligonė tirta dėl artimųjų ir tolimųjų naviko metastazių kitoje akių ligų klinikoje, auglio išplitimo nerasta.



1 pav. Išopėjęs viršutinio voko navikas (1 klinikinis atvejis)



2 pav. Viršutinio voko navikas, apimantis voko kraštą (1 klinikinis atvejis)

2 KLINIKINIS ATVEJIS

2008 m. rugsėjį 65 m. ligonė B. B. kreipėsi į VUL SK Akių ligų centrą dėl skausmingo kairės akies viršutinio voko darinio. 2004–2007 m. vienoje Lietuvos akių ligų klinikoje nustatius blefarito diagnozę, taikytas gydymas antibiotikais. Būklei negerėjant, 2007 m. vasarį atlikta biopsija, kurios išvada: infiltracinė plokščialąstelinė karcinoma, G3. Ligonei buvo pasiūlyta kairės akiduobės egzenteracija, tačiau ji atsisakė. Pacientė papildomai konsultacijai nuvyko į užsienio kliniką, kurioje atlikus biopsiją diagnozuota plokščialąstelinė karcinoma *in situ* (seu Morbus Bowen). Atlikus viso kūno pozitronų emisijos tomografiją ir kompiuterinę tomografiją su kontrastu, auglio išplitimo nerasta, paskirtas gydymas „Mitomycin“ lašais į OS. Nuo 2007 m. pavasario ligonė buvo gydoma vienoje Lietuvos onkologijos klinikoje, kur atlikti 5 voko auglio fotodinaminės terapijos kursai, būkle negerėjo. 2008 m. ligonė išsiųsta į VUL SK Akių ligų skyrių konsultacijai dėl tolesnės voko naviko gydymo taktikos. Kliniškai pastebėta: kairės akies viršutinis vokas medialinėje pusėje kiek deformuotas, kraštas nelygus, randuotas,

išvertus viršutinį voką matyti 1,2 x 0,8 x 0,6cm dydžio rausvas iškilus plačiu pagrindu kremzlės konsistencijos darinys, kraujavimas iš po viršutinio voko (3, 4 pav.). Atlikta auglio biopsija pašalinant visą iškilųjį darinį. Biopsijos medžiaga tirta pathistologiškai – diagnozuota bazinių ląstelių karcinoma. Tačiau dėl anamnezės ir klinikos specifiškumo įtarus riebalinių liaukų karcinomą, pathistologinis tyrimas buvo pakartotas, jo išvada: išopėjusi riebalinių liaukų karcinoma, pT1. Aptikus metastazes kaklo srities limfmazgyje, pradėta taikyti voko ir kaklo limfmazgio srities spindulinė terapija.



3 pav. Viršutinio voko randai (2 klinikinis atvejis)



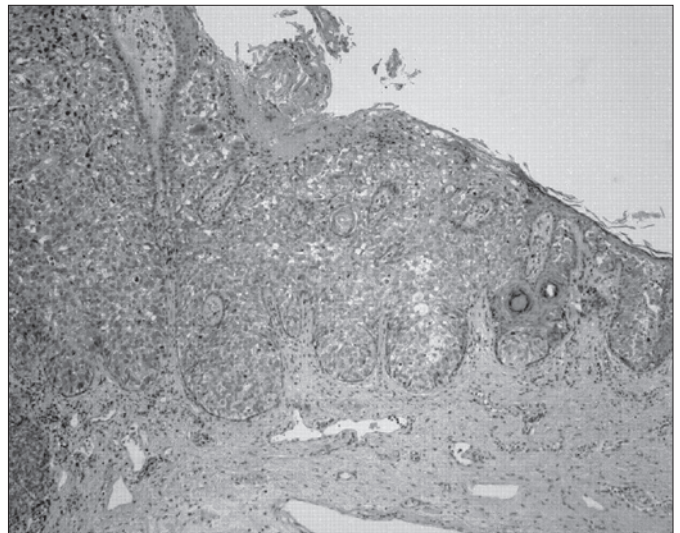
4 pav. Kremzlės konsistencijos viršutinio voko navikas vidiniame voko paviršiuje (2 klinikinis atvejis)

REZULTATAI

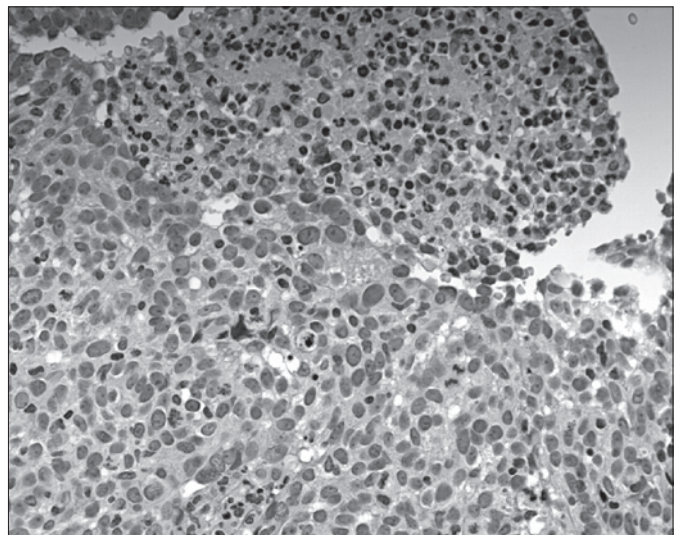
Abiejuose klinikiniuose atvejuose vokų riebalinių liaukų karcinoma diagnozuota pavėluotai. Pirmame klinikiniam atvejuje sebacinių liaukų karcinoma pusantrų metų simulavo gerybinį vokų naviką. Augliui išopėjus, būklei blogėjant, paimta auglio biopsija. Antrame klinikiniam atvejuje ligonė trejus metus buvo gydoma dėl lėtinio blefarito. Vėliau per pusantrų metų buvo atliktos trys auglio biopsijos. Dviejų iš eilės pathistologinių tyrimų metu dviejose skirtingose klinikose klaidingai diagnozuota plokščialąstelinė kar-

cinoma, dar vienas biopsinis tyrimas parodė bazinių ląstelių karcinomą. Tik pakartotinai ištyrus paskutinę biopsinę medžiagą nustatyta riebalinių liaukų karcinoma.

Pirmajai pacientei pathistologiškai nustatytas voko navikas, užpildantis perifolikulinius riebalinių liaukų guolius ir plintantis į epidermį ir plauko folikulus. Auglys suformuotas iš stambių polimorfiškų ląstelių, vezikuolizuota citoplazma, matyti ląstelingi folikulines, lizdines struktūras sudarantys infiltratai, polimorfiniai, polichromiški ląstelių branduoliai (5 pav.). Navikas apie 1,5 cm plito voko junginės paviršiuje ir invazyviai poepitelinėje stromoje. Antrosios pacientės voko auglio pathistologinio tyrimo skaidrėse pastebėtas navikinio audinio biopatas išopėjusiu paviršiaus epitelium, sudarytas iš tamsių bazaloidinių ląstelių kompaktiškų židinių, formuojančių pavienes sunkiai įžiūrimas alveolines struktūras (6 pav.), navikas su gausiomis atipinėmis mitozėmis, pavieniais nekrozės židiniais.



5 pav. Į epidermį ir plauko folikulus plintantis navikas (dažymas hematoksilinu ir eozinu, padidinta 100 kartų, 1 klinikinis atvejis)



6 pav. Naviko nekrozė (dažymas hematoksilinu ir eozinu, padidinta 200 kartų, 2 klinikinis atvejis)



7 pav. Būklė po voko auglio biopsijos (2 klinikinis atvejis)

Pirmame klinikiniame atvejuje pathistologinio tyrimo metu nustatyta, kad navikas pašalintas radikaliai. Po operacijos komplikacijų nepastebėta, gauti geri funkciniai rezultatai.

Per beveik 7 metų stebėjimo laikotarpį tumoro recidyvo ir metastazių nedideliuota. Antrajai pacientei atliekant biopsiją pašalintas visas iškilusis darinys, gauti geri funkciniai rezultatai (7 pav.). Nustačius riebalinių liaukų karcinomą, ligonė nukreipta į onkologijos kliniką. Pacientės valia jai toliau taikyta voko auglio fotodinaminė terapija. 2 mėn. po sebacinų liaukų karcinomos nustatymo onkologijos klinikoje atlikta kaklo srities limfmazgio echoskopija ir aspiracinė biopsija. Pathistologinio tyrimo išvados: ląstelės suderinamos su pirminės riebalinių liaukų karcinomos diagnoze. Atlikus kraujo tyrimus, vidaus organų echoskopiją, daugiau metastazių nerasta. Ligonei pradėta taikyti voko ir kaklo limfmazgio srities spindulinė terapija.

DISKUSIJA

Riebalinių liaukų karcinoma yra retas odos priedų piktybinis navikas, dažniausiai pasitaikantis akių srityje, ypač vokuose [1–4, 14]. Vakarų šalyse jis sudaro mažiau nei 1 proc. visų ir 0,2–4,7 proc. piktybinių vokų navikų, Azijos šalyse šis rodiklis kur kas didesnis [2, 6, 7, 17]. Nedidelis sergamumas riebalinių liaukų karcinoma nesumažina šios patologijos svarbos – dėl agresyvaus augimo, metastazavimo ir sudėtingos diagnozės ji yra vienas piktybiškiausių akių navikų, lemiantis blogą išgyvenimo prognozę. Literatūros duomenimis, mirtingumo dažnis svyruoja nuo 9 iki 15 procentų [17]. Tiesa, pastaruosiu metu pastebima teigiamą tendenciją – riebalinių liaukų karcinomos diagnostika gerėja, mirtingumas mažėja [2, 11, 14].

Mūsų klinikiniai atvejai papildė duomenis, kad dažniau vokų riebalinių liaukų karcinoma serga vyresnio [1–3, 9, 13, 17] amžiaus moterys [1, 2, 6, 13, 14]. Kiti nustatyti šio naviko rizikos veiksniai yra azijietiška [1, 2, 11, 12, 14]

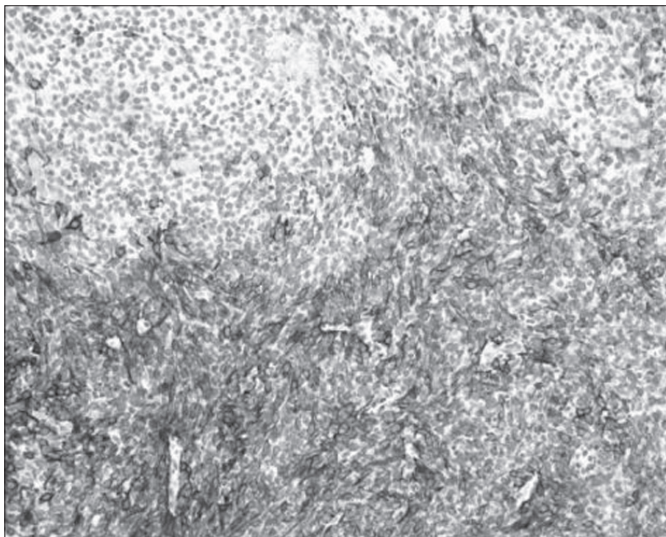
kilmė, spindulinė radiacija [1, 12], Muir-Tore sindromas [1, 3, 4, 12], imunosupresija [1, 16]. Tačiau tyrimų išvados nėra vienareikšmiškos – dalis autorių teigia, kad riebalinių liaukų karcinomos dažnis tarp lyčių pasiskirsto vienodai [4, 17] ar net buvo didesnis tarp vyrų [3], o azijietiška kilmė nėra nepriklausomas riebalinių liaukų karcinomos veiksnys [3].

Sudėtingą ir todėl dažnai vėlyvą [2, 4, 13, 17] riebalinių liaukų karcinomos diagnozę lemia kelios priežastys. Svarbiausios jų yra įvairi, kitas vokų ligas simuliuojanti šio naviko klinika ir nedidelis sergamumas. Kai kurie autoriai nurodo, kad vidutiniškai riebalinių liaukų karcinomos diagnozė uždeliama 1 metus [17]. Dažnai šis auglys primena uždegiminę ar kitą neoplastinę vokų patologiją. Todėl riebalinių liaukų karcinomą visuomet reikėtų įtarti ligoniui su atipiniu, recidyvuojančiu šaltu miežiu, mazginiu ar difuziniu gelsvo atspalvio viršutinio voko sustorėjimu ir blakstienų iškritimu, gydymui atspariu keratokonjunktyvitu ar blefarokonjunktyvitu, persistuojančiu vienpusiu blefaritu [1, 2, 7, 9, 11, 17]. Šis navikas gali būti panašus į gerybinius voko auglius, odos raga, piogeninę granuliomą, priminti piktybines vokų būkles: plokščialąstelinę karcinomą, bazaliomą, Merkellio ląstelių karcinomą, junginės karcinomą *in situ*, ašarų liaukos navikus [1, 2, 7, 9, 11, 17]. Antrame mūsų tirtame klinikiniame atvejuje ligonė ilgą laiką buvo gydoma dėl lėtinio blefarito, pirmajai pacientei ligos pradžioje diagnozuotas voko gerybinis navikas.

Ne mažiau sudėtinga yra ir pathistologinė riebalinių liaukų karcinomos diagnozė [1, 2, 7, 15]. Kartais auglio audiniai gali priminti plokščialąstelinę ar bazoląstelinę karcinomą. Diferencijuojant šio naviko histogenetinę kryptį reikalingi papildomi imunohistocheminiai tyrimai, kadangi vienareikšmiškų, specifinių morfologinių kriterijų, patikimai nurodančių naviko nozologinį vienetą įprastame audinių tyrime, nėra. Literatūros duomenimis, vokų bazoląstelinės karcinomos – dažniausias piktybinis navikas – turi BerEP-4 teigiamą ir EMA neigiamą imunofenotipą [15]. Antras pagal dažnumą vokų piktybinis navikas plokščialąstelinė karcinoma pasireiškia atvirkštiniu bazoląstelinei karcinomai imunofenotipu: BerEP-4 neigiamas, o EMA teigiamas. Antrame klinikiniame atvejuje pacientės tiriamas navikas pasireiškė EMA ir BerEP-4 teigiamu imunofenotipu (8 pav.), suderinamu su sebacinės karcinomos diagnoze [15]. Minėtų imuninių žymenų išryškėjimas sutinkamas ir liaukinės kilmės navikuose (adenomose, adenokarcinomose). Tačiau šio atvejo navikas pasižymi ir CK5 imunoprofilu, kuris artimesnis ne liaukinės kilmės navikams, bet bazaloidinės-plokščialąstelinės kilmės navikams, taip pat riebalinių liaukų navikams, kurie, literatūros duomenimis, manoma, turi bendrą kamieninę histogenezę [15]. Antrame klinikiniame atvejuje tris kartus klaidingai nustatyta pathistologinė diagnozė – riebalinių liaukų karcinoma supainiota

su plokščialąsteline karcinoma ir bazinių ląstelių karcinoma. Tokių diagnostikos klaidų atvejus pristato ir kiti autoriai [10, 11].

Tiksliai riebalinių liaukų karcinomos pathistologinei diagnozei labai svarbus tinkamas biopsinės medžiagos paėmimas [1, 2, 5]. Literatūroje minimos incizinė arba ekscizinė naviko biopsijos. Incizinė pilno voko storio biopsija rekomenduojama didelių auglių atvejais, kai ateityje numatoma rekonstrukcinė voko operacija, pastebimi blefarokonjunktyvito požymiai; ekscizinė biopsija (1 klinikinis atvejis) – esant nedideliam ribotam navikui, kuris pašalinamas sveikų audinių ribose [1]. Plonos adatos aspiracinė biopsija riebalinės karcinomos atveju nėra tinkama dėl mažo tiriamos medžiagos kiekio [1]. Maždaug pusei riebalinių liaukų karcinoma sergančių ligonių diagnozuojamas intraepitelinis auglio plitimas, difuziškai apimantis junginę ar voką [7, 11, 13, 14, 17]. Tokiais atvejais išplitimo riboms nustatyti rekomenduojamos „žemėlapinės“ biopsijos (map biopsies) [1, 2, 5, 9, 14].



8 pav. BerEP-4 teigiamas imunofenotipas (BerEP-4, padidinta 200 kartų, 2 klinikinis atvejis)

Diagnozavus riebalinių liaukų karcinomą, reikalingas tolesnis ligonio tyrimas dėl galimos auglio invazijos į aplinkines akies struktūras, artimųjų ir tolimųjų metastazių. Dažniausiai pasitaiko artimos auglio metastazės: įvairių straipsnių duomenimis, 8–28 proc. visų atvejų pažeidžiamieji regioniniai – preaurikuliniai, pažandiniai, kaklo, intraparotidiniai limfmazgiai [2, 6, 17, 13]. Riebalinių liaukų karcinoma gali peraugti greta esančius akiduobės audinius, prienosinius ančius, pasiekti intrakranijines struktūras. Lokalaus plitimo dažnis, literatūros duomenimis, svyruoja iki 17 proc. [2]. Navikui išplitus hematogeniniu būdu, būdingos metastazės plaučiuose, kepenyse, kauluose ir smegenyse [2, 6, 9]. Shield su bendraautoriais nurodo 20 mėn. vidutinę šio naviko metastazavimo trukmę nuo diagnozės nustatymo datos [13]. Tam, kad laiku būtų aptiktas naviko išplitimas

ir pradėtas adekvatus gydymas, kiekvienam riebalinių liaukų karcinoma sergančiam ligoniui rekomenduojama atlikti regioninių limfmazgių echoskopiją, krūtinės ląstos rentgenografiją, bendrą kraujo ir kepenų fermentų tyrimus. Kai kurių straipsnių duomenimis, naudinga kaklo srities, pilvo organų ir smegenų kompiuterinė tomografija, kaulų skenavimas [1, 6]. Įtarus limfmazgių metastazes, indikuotina aspiracinė limfmazgio biopsija, tačiau jos rezultatai gali būti klaidingai neigiami [1]. Antrajai pacientei echoskopiškai įtarus metastazes regioniniuose limfmazgiuose, jos buvo patvirtintos biopsija. Tam, kad būtų laiku diagnozuotas auglio išplitimas, po lokalaus riebalinių liaukų karcinomos gydymo pacientą rekomenduojama pirmais metais tirti kas 3 mėn., antraisiais – kas 6 mėn., vėliau – kasmet iki gyvenimo pabaigos [5, 6].

Pagrindinis neišplitusios riebalinių liaukų karcinomos gydymas – naviko pašalinimas sveikų audinių ribose. Literatūroje dažniausiai aprašomos šios technikos: Mohso mikrografinė chirurgija šaldytų pjūvių kontrolėje ir plati auglio ekscizija kartu su 4–6 mm sveikai atrodančiais aplinkiniais audiniais, pathistologiškai ištiriant naviko pašalinimo radikalumą [1, 2, 4, 14, 17]. Antrame mūsų klinikiname atvejuje riebalinių liaukų karcinoma buvo sėkmingai pašalinta 4 mm sveikų audinių ribose. Kai navikas išplinta akiduobėje arba plačiai akies obuolio junginėje ir nerandama tolimųjų metastazių, ligoniui indikuotina eksanteracija [1, 2, 13]. Intraepitelinio sebacinių liaukų karcinomos plitimo atveju literatūroje diskutuojama dėl labiau audinius tausojančių procedūrų: vietinės chemoterapijos „Mitomycin C“ ir krioterapijos [1, 2]. Spindulinis gydymas rekomenduojamas, jei diagnozuojamos tolimosios metastazės, auglio recidyvas arba pacientas atsisako eksanteracijos [2, 6, 17].

IŠVADOS

Šiame straipsnyje pristatyti du vokų riebalinių liaukų karcinomos klinikiniai atvejai patvirtina klinikinės ir pathistologinės šių navikų diagnostikos sudėtingumą. Riebalinių liaukų karcinoma linkusi simuliuoti uždegiminę ar kitą neoplastinę vokų patologiją, todėl sėkmingai ligos diagnozei labai svarbus gydytojo oftalmologo įtarumas ir nuodugnus ligonio tyrimas. Nepriklausomai nuo naviko išplitimo ir gydymo radikalumo, visą gyvenimą reikalingas reguliarus ligonio stebėjimas dėl auglio recidyvų ir metastazių.

LITERATŪRA

1. Buitrago W, Joseph AK. Sebaceous carcinoma: the great masquerader. Emerging concepts in diagnosis and treatment. *Dermatol Ther.* 2008 Nov–Dec; 21(6): 459–66.
2. Callahan EF, Appert DL, Roenigk RK, Bartley GB. Sebaceous Carcinoma of the Eyelid: A Review of 14 Cases. *Dermatol Surg.* 2004 Aug; 30(8): 1164–8.
3. Dasgupta T, Wilson LD, Yu JB. A Retrospective Review of 1349

- Cases of Sebaceous Carcinoma. *Cancer*. 2009 Jan 1; 115(1): 158–65.
4. Dores GM, Curtis RE, Toro JR, Devesa SS, Fraumeni JF Jr. Incidence of Cutaneous Sebaceous Carcinoma and Risk of Associated Neoplasms. *Cancer*. 2008 Dec; 15; 113(12): 3372–81.
 5. Garetto A, Rainer C, Ensinger C, Baldissera I, Piza-Katzer H. Sebaceous carcinoma of the eyelid: a rarity worth considering. *Br. J. Ophthalmol.* 2002 Feb; 86(2): 243–4.
 6. Husain A, Blumenschein G, Esmali B. Treatment and outcomes for metastatic sebaceous cell carcinoma of the eyelid. *Int J Dermatol.* 2008 Mar; 47(3): 276–9.
 7. Izumi M, Mukai K, Nagai T, Matsubayashi J, Iwaya K, Chiu CS, et al. Sebaceous carcinoma of the eyelids: Thirty cases from Japan. *Pathol Int.* 2008 Aug; 58(8): 483–8.
 8. Johnson S, Nerad JA, Syed NA. Sebaceous Cell Carcinoma: A Masquerade Syndrome. *EyeRounds.org*. January 23, 2007.
 9. Kelshikar AK, Shinde CA, Jagannathan M. Surgical Management of Upper Lid Sebaceous Cell Carcinoma. *Bombay Hospital Journal.* 2008; 50(3): 501–3.
 10. Lai TF, Huilgol SC, Selva D, James CL. Eyelid Sebaceous Carcinoma Masquerading as In Situ Squamous Cell Carcinoma. *Dermatol Surg.* 2004; 30: 222–225.
 11. Pereira PR, Odashiro AN, Rodrigues-Reyes AA, Correa ZM, de Souza Filho JP, Burnier MN Jr. Histopathological review of sebaceous carcinoma of the eyelid. *J Cutan Pathol.* 32(7), 496–501.
 12. Rumelt S, Hogan NR, Rubin PAD, Jakobiec FA. Four-Eyelid Sebaceous Cell Carcinoma Following Irradiation. *Arch Ophthalmol.* 1998 Dec; 116(12): 1670–2.
 13. Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle RC Jr, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology.* 2004 Dec; 111(12): 2151–7.
 14. Snow SN, Larson PO, Lucarelli MJ, Lemke BN, Madjar DD. Sebaceous Carcinoma of the Eyelids Treated by Mohs Micrographic Surgery: Report of Nine Cases with Review of the literature. *Dermatol Surg.* 2002 Jul; 28(7): 623–31.
 15. Sramek B, Lisle A, Loy T. Immunohistochemistry in ocular Carcinomas. *J Cutan Pathol* 2008 Jul; 35(7): 641–6.
 16. Timm A, Stropahl G, Schittowski M, Sinzidi C, Kayembe D, Guthoff R. Association of malignant tumors of the conjunctiva and HIV infection in Kinshasa. D. R. Congo. First results. *Ophthalmologie.* 2004 Oct; 101(10): 1011–6.
 17. Zürcher M, Hintschich CR, Garner A, Bunce C, Collin JR. Sebaceous carcinoma of the eyelid: a clinicopathological study. *Br J Ophthalmol.* 1998 Sep; 82(9): 1049–55.

*Gautas 2009 m. balandžio 3 d., aprobuotas 2009 m. balandžio 14 d.
Submitted April 3, 2009, accepted April 14, 2009*