

Ocena efektów chirurgicznego wycięcia raków podstawnocomórkowych z zastosowaniem wolnych przeszczepów skóry – doświadczenia własne

Analysis of surgical excision of basal cell carcinoma with free skin flaps technique-own experience

MARIOLA WYGLĘDOWSKA-KANIA¹, EWA KRAUZE¹, GRAŻYNA KAMIŃSKA-WINCIOREK¹, EWA PIERZCHAŁA², AGATA SOSNOWSKA¹, LIGIA BRZEZIŃSKA-WCISŁO¹

¹Katedra i Klinika Dermatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło, prof. nadzw. ŚAM, ²Zakład Medycyny Estetycznej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, kierownik Zakładu dr med. Ewa Pierzchała

Streszczenie

Wprowadzenie: Terapia raka podstawnocomórkowego dotyczącego skóry twarzy ze względu na specyficzne warunki anatomiczne i funkcjonalne wymaga wdrożenia odpowiednich technik operacyjnych.

Cel pracy: W pracy przedstawiono efekty chirurgicznego leczenia raka podstawnocomórkowego z zastosowaniem wolnych przeszczepów skóry z uwzględnieniem skuteczności, bezpieczeństwa oraz końcowego efektu kosmetycznego zastosowanej terapii.

Material i metody: Obserwacją objęto 20 pacjentów (13 mężczyzn i 7 kobiet) leczonych w Gabinetce Dermatologii ŚAM w Katowicach, z rozpoznaniem klinicznie i histopatologicznie rakiem podstawnocomórkowym. Ze względu na lokalizację, wielkość ogniska oraz wymóg radykalności zabiegu w leczeniu zastosowano chirurgiczne wycięcie zmiany chorobowej w całości, z marginesem skóry zdrowej. Ubytek pokrywano wolnym przeszczepem skóry pobranej z okolicy zausznej. W efekcie końcowym ocenie poddano przebieg gojenia, radykalność zabiegu oraz końcowy efekt kosmetyczny.

Wyniki: Wyniki końcowe powyższego leczenia były zadowalające pod względem leczniczym, kosmetycznym i funkcjonalnym.

Wnioski: Z obserwacji klinicznej wynika, że w przypadku zmian rozległych lub zlokalizowanych w okolicach anatomicznych, uniemożliwiających proste wycięcie ogniska wymagane

Abstract

Background: Basal cell carcinoma of the face in the aspect of the specific anatomic and functional condition demands a proper surgical therapy.

Objectives: The purpose of the study was to assess the results of surgical excision of basal cell carcinoma with free skin flaps technique in the aspect of efficiency, safety and final aesthetic effect of performed therapy.

Material and methods: Follow-up study included 20 patients (13 male and 7 female) who was surgically treated in Dermatological Department of Silesian Medical Academy in Katowice because of proved clinically and histopathologically basal cell carcinoma. Owing to localization, size of lesions and requirement of radicality, in the therapy simple total excision with a clear margins was performed. Skin depletion was covered by free skin flaps which were transplanted from retroauricular region.

Results: Final results of our surgical treatment was therapeutically, aesthetic and functional sufficient.

Conclusions: In the final assesment -healing, efficiency of surgical excision and aesthetic effects were taken into account. On the base of study adequate plastic surgical procedures should be done especially in the cases of extensive or difficult anatomic accessibility of lesions when a typical simple surgical excision could not be done. One of this method is a free skin flaps technique.

Adres do korespondencji: dr med. Mariola Wyględowska-Kania, Katedra i Klinika Dermatologii ŚAM, ul. Francuska 20/24, 40-024 Katowice, tel./faks +48 32 256 11 82, e-mail: mwyględowska-kania@slam.katowice.pl

jest wdrożenie plastycznych technik operacyjnych. Jedną z nich jest zastosowanie wolnych przeszczepów skóry.

Słowa kluczowe: leczenie chirurgiczne raka podstawnkomórkowego twarzy, wolne przeszczepy skóry.

Wstęp

Rak podstawnkomórkowy skóry (*basal cell carcinoma, carcinoma basocellulare epithelioma basocellulare, BCC*) opisany został po raz pierwszy przez Krompechera w 1903 r. Jednak dopiero w 1914 r. Adamson zaliczył go do grupy nowotworów nabłonkowych [1]. Rak podstawnkomórkowy jest najczęściej występującym nowotworem skóry, rzadko dającym przerzuty, cechuje się powolnym wzrostem. Ze względu na mniejszy stopień złośliwości i niewielki odsetek przerzutów, nowotwór ten często nazywany jest *nabłoniakiem* [2, 3]. Typowy BCC nie przekracza średnicy 1 cm, ma litą budowę histologiczną i nieznacznie nacieką podłoże [4]. Rokowanie dla raków podstawnkomórkowych jest dobre, ale efektywność leczenia zależy od zastosowanej metody terapii właściwej dla wybranej postaci klinicznej i histopatologicznej [5]. Czynniki predysponującymi do występowania raka podstawnkomórkowego są płeć męska, wiek powyżej 60 lat, rasa biała, promieniowanie ultrafioletowe i jonizujące, czynniki kancerogenne (arsen), przewlekłe utrzymujące się owrzodzenia [2, 3]. Ponadto podkreśla się rolę czynników genetycznych – mutację w obrębie genu PTCH, warunkującą rozwój sporadycznego raka podstawnkomórkowego [3]. Zmiany chorobowe najczęściej lokalizują się w centralnej części twarzy [6], zazwyczaj na podłożu skóry niezmienionej, bez dolegliwości bólowych [2]. W przeważającej większości występują one u mężczyzn powyżej linii łączącej kąciaki ust z dolnym brzegiem małżowin usznych. Około 30% raków podstawnkomórkowych rozwija się na skó-

Key words: surgical treatment of basal cell carcinoma on the face, free skin flap.

(PDiA 2004; XXI, 5: 226–230)

rze nosa [3]. Środkowa część twarzy charakteryzuje się złożoną budową anatomiczną, a ryzyko wznowy w tej okolicy związane jest ze specyfiką połączeń embryonalnych wyrostków twarzowych, warunkujących inwazję nowotworu [1].

Wybór metody terapii zależy od obrazu klinicznego i histopatologicznego zmiany chorobowej, jej lokalizacji, dynamiki rozwoju oraz wieku pacjenta [7]. W planowaniu zabiegu konieczne jest również, przy spełnieniu wymogu radykalności, uwzględnienie końcowego efektu kosmetycznego oraz funkcjonalnego akceptowanego przez pacjenta [4, 8].

Do najczęstszych metod leczenia raków podstawnkomórkowych należą chirurgiczne usunięcie zmiany w całości, kriochirurgiczne zniszczenie ognisk chorobowych, laseroterapia wysokoenergetyczna, metoda fotodynamiczna i coraz rzadziej stosowana rentgenoterapia [2].

W przypadkach zmian nowotworowych BCC zlokalizowanych w obrębie skóry twarzy, w leczeniu operacyjnym nie zawsze możliwe jest proste wycięcie zmiany chorobowej z bezpośrednim zszyciem rany. W celu zapewnienia radykalności zabiegu i zadawalającego efektu terapeutyczno-kosmetycznego należy zastosować podstawowe techniki chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Do chirurgicznych metod leczenia raków skóry, poza wyżej wymienionym, zalicza się wycięcie zmiany chorobowej w całości z pokryciem ubytku przeszczepem skóry pełnej lub pośredniej grubości, wycięcie guza z rekonstrukcją płatową lub połączenie kilku technik jednocześnie.



Ryc. 1. Chirurgiczne wycięcie zmiany chorobowej



Ryc. 2. Elektrokoagulacja podłoża wyciętej zmiany



Ryc. 3. Pobranie przeszczepu skóry z okolicy zamięłżownikowej



Ryc. 4. Pobranie przeszczepu skóry z okolicy zamięłżownikowej



Ryc. 5. Pobranie przeszczepu skóry z okolicy zamięłżownikowej



Ryc. 6. Przygotowanie przeszczepu – odpreparowywanie tkanki tłuszczowej



Ryc. 7. Przygotowanie przeszczepu

Cel pracy

Celem pracy była ocena efektów chirurgicznego wycięcia raków podstawnkomórkowych z zastosowaniem przeszczepów skóry pełnej grubości, z uwzględnieniem skuteczności, bezpieczeństwa oraz końcowego efektu kosmetycznego wdrożonej terapii.

Materiał i metody

Obserwacją objęto 20 pacjentów (13 mężczyzn, 7 kobiet) leczonych w Gabinetce Dermatologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, z rozpoznaniem klinicznie i histopatologicznie rakiem podstawnkomórkowym, zlokalizowanym w obrębie skóry twarzy. Wszyscy chorzy hospitalizowani byli w latach 2001–2003. Łączny czas obserwacji wynosił od 2 do 4 lat. Wiek operowanych wahał się od 50. do 70. roku życia (średnia wieku – 60,7 lat; u mężczyzn 63,5 i kobiet 55,4 lat).

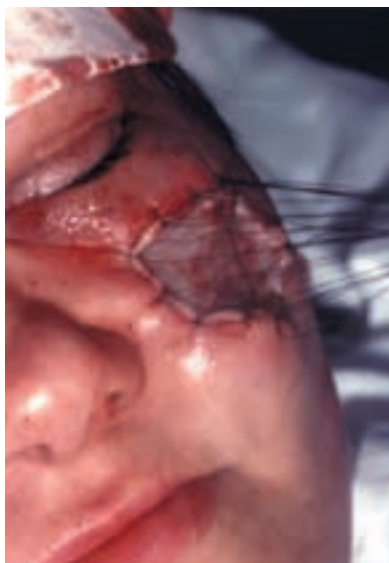
Rak podstawnkomórkowy u operowanych pacjentów miał charakter pojedynczej zmiany o średnicy od 1,5 do 2 cm, zlokalizowanej w obrębie skóry okolicy jarzmowej (9), skroniowej (5), czołowej (2), fałdu nosowo-wargowego (2) oraz bocznej powierzchni nosa (2).

Z uwagi na wielkość i lokalizację zmian oraz zapewnienie radykalności zabiegu w leczeniu zastosowano chirurgiczne wycięcie ogniska chorobowego w całości, z marginesem skóry zdrowej, ubytek pokrywając przeszczepem skóry pełnej grubości.

Zabieg wykonywano w znieczuleniu miejscowym, z zastosowaniem 0,25% roztworu ksylokainy. Ognisko



Ryc. 8. Nalożenie i wszycie przeszczepu



Ryc. 9. Nalożenie i wszycie przeszczepu



Ryc. 10. Założenie opatrunku uciskowego



Ryc. 11. Kontrola przeszczepu po 48 godz. od wykonanego zabiegu

Tab. 1. Powikłania u chorych po wycięciu raka podstawnkomórkowego twarzy z zastosowaniem przeszczepu skóry pełnej grubości

Rodzaj powikłania	Liczba chorych	
	kobiety	mężczyźni
krwiak	0	0
martwica częściowa	0	2
martwica całkowita z brakiem wgojenia przeszczepu	0	1
zakażenie	1	0
obkurczenie	0	1
przebarwienie	1	0
suma	2	4

chorobowe usuwano w całości, z zachowaniem marginesów skóry zdrowej (ryc. 1.). Po usunięciu nowotworu zapewniano hemostazę, zapobiegając powstaniu krwaka, który mógłby utrudnić unaczynienie przeszczepu, a w konsekwencji prowadzić do powstania martwicy (ryc. 2.). Ubytek pokrywano wolnym przeszczepem skóry pełnej grubości, pobranej z okolicy zamałżowinowej (ryc. 3., 4., 5.). Ranę w miejscu pobrania przeszczepu zszywano szwem materacowym prostopadłym.

Przeszczep pełnej grubości stanowi naskórek i skóra właściwa, bez tkanki tłuszczowej. Niezwykle ważne jest więc odpowiednie przygotowanie przeszczepu przez

usunięcie resztek tkanki tłuszczowej (ryc. 6.), z zachowaniem jego odpowiedniego kształtu i wymiarów (ryc. 7.). Tak przygotowany przeszczep nakładano na ubytek powstały po wycięciu zmiany chorobowej (ryc. 8.), a następnie zszywano go pojedynczymi szwami, zapewniając odpowiednie napięcie (ryc. 9.). W celu odpowiedniego drenażu i prawidłowego wgojenia przeszczepu w części centralnej wykonywano 2 niewielkie nacięcia. Ponadto na przeszczep zakładano sterylny opatrunek uciskowy z gazy z antybiotykiem (ryc. 10.). Następnie mocowano go za pomocą wiązania szwów przeciwnych, zapewniając ściśle przyleganie przeszczepu do

podłoża. Po 48 godz. od zabiegu chirurgicznego zdemontowano opatrunek uciskowy, kontrolując przeszczep i zabezpieczając ranę sterylnym opatrunkiem z gazy z wazeliną (ryc. 11). Opatrunki zmieniano raz dziennie. W 10. dobie usuwano szwy.

W efekcie końcowym oceniano przebieg gojenia, radykalność zabiegu oraz efekt kosmetyczny. Wynik badania histopatologicznego wyciętych zmian potwierdzał radykalność zabiegu.

Wyniki i omówienie

U 14 pacjentów gojenie przebiegało bez powikłań. W 2 przypadkach doszło do częściowej martwicy, a w 1 do całkowitej martwicy, którą wycięto, a gojenie nastąpiło w drodze ziarninowania.

U 1 z obserwowanych chorych w 3. dobie gojenie powikłane było wtórną infekcją bakteryjną, która ustąpiła po zastosowanej antybiotykoterapii miejscowej. W 1 przypadku stwierdzono znaczne obkurczenie przeszczepu. Choremu zalecono wykonywanie masażu uciskowego. U 1 kobiety stwierdzono przebarwienie przeszczepu, pacjentka nie stosowała się do zaleceń terapeutycznych (ochrona przeciwsłoneczna po zabiegu). Rodzaj i liczbę powikłań obrazuje tab. 1.

W leczeniu raka podstawnokomórkowego zlokalizowanego w obrębie skóry twarzy można wykorzystać różne techniki chirurgiczne [9].

Technika prostego wycięcia zmiany z poszerzonym marginesem nie znajduje szerszego zastosowania w leczeniu raków podstawnokomórkowych twarzy [7]. Ponieważ większość BCC lokalizuje się w centralnej części twarzy, leczenie chirurgiczne obarczone jest nie tylko wymogiem radykalności, ale również akceptowalnym przez pacjenta efektem kosmetycznym. Według danych literaturowych najlepsze wyniki osiąga się poprzez zastosowanie przeszczepów skóry pełnej grubości, pobieranych zazwyczaj z okolicy zamiężowinowej, przedamiężowinowej i obojczykowej [4]. Metoda ta zapewnia nie tylko radykalność przeprowadzonego zabiegu, ale również dobry efekt funkcjonalny i kosmetyczny, akceptowany przez chorego. Zastosowanie przeszczepów skóry pełnej grubości pozwala na odtworzenie ubytku skóry homologiczną tkanką o bardzo podobnych właściwościach, tj. zabarwienie, grubość, owłosienie [10].

W chwili obecnej niektórzy autorzy zalecają również wykorzystywanie tzw. przeszczepów złożonych, w rekonstrukcji przede wszystkim ubytków nosa, ze względu na ich kolor, powierzchnię oraz grubość [11]. Przeszczepy te zawierają naskórek, skórę właściwą oraz powierzchowne warstwy tkanki podskórnej [11].

Wnioski

1. W przypadku raka podstawnokomórkowego zlokalizowanego w obrębie skóry twarzy, w warunkach uniemożliwiających proste wycięcie ogniska, wymagane jest wdrożenie plastycznych technik operacyjnych. Jedną z nich jest zastosowanie wolnych przeszczepów skóry pełnej grubości.
2. Przedstawione w pracy powikłania związane z zastosowaną techniką wolnych przeszczepów pełnej grubości występowały sporadycznie, nie mając wpływu na ostateczny wynik terapeutyczny, kosmetyczny i funkcjonalny przeprowadzonego leczenia.
3. W 2 przypadkach w badaniu kontrolnym stwierdzono oznaki wznowy, potwierdzone w badaniu histopatologicznym. 3 pacjentów nie zgłosiło się do badania kontrolnego. U pozostałych 15 pacjentów w badaniu klinicznym nie stwierdzono objawów wznowy raka podstawnokomórkowego.

Piśmiennictwo

1. Pogorzelska-Dyrbuś J: Liczba komórek Langerhansa w złośliwych nablónkowych nowotworach skóry. Rozprawa doktorska, ŚAM, Zabrze, 2002.
2. Kamińska-Budzińska G, Wyględowska-Kania M, Brzezińska-Wcisło L i wsp.: Współczesne kierunki w leczeniu raków skóry. *Przegl Dermatol* 2002, 89: 127-31.
3. Braun Falco O, Plewig G, Wolff HH i wsp.: *Dermatologia*. Czelej, Lublin, 2004.
4. Włodarkiewicz A, Muraszko-Kuzma M: Czynniki zwiększonego ryzyka wznowy w raku podstawnokomórkowym skóry. *Przegl Dermatol* 1998, 85: 405-10.
5. Sherman CD: Rak skóry. W: *Podręcznik onkologii klinicznej*. Red. Hossefeld DK. PWN, Warszawa – Kraków 1994: 202-8.
6. Włodarkiewicz A, Placek W, Dziewulska-Bokiniec A i wsp.: Chirurgiczne leczenie zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry. *Przegl Dermatol* 1995, 3: 235-40.
7. Bieniek A, Wąsik F, Cisło M i wsp.: Zasady kwalifikacji do leczenia raków skóry różnymi metodami ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii mikrograficznej Mohsa, na podstawie doświadczeń własnych. *Derm Klin i Zabieg* 1999, 1: 17-21.
8. Bogdanowski T, Wyględowska-Kania M, Filipowska R: W sprawie leczenia stanów przednowotworowych oraz łagodnych i złośliwych nowotworów skóry – doświadczenia Gabinetu Chirurgii Dermatologicznej. *Przegl Dermatol* 1992, 4: 201-5.
9. Włodarkiewicz A: Czynnościowe i estetyczne problemy w chirurgicznym leczeniu chorych z rakiem skóry twarzy. *Derm Estet* 2000, 5 (10), 200-5.
10. Krauss M: Podstawy chirurgii plastycznej. W: *Chirurgia kliniczna i operacyjna*. Red. Śliwiński M, Rudowski W. PZWL, Warszawa 1983: 699-735.
11. Gurlunluoglu R, Shafiqhi M, Gardetto A, et al.: Composite skin grafts for basal cell carcinoma defects of the nose. *Aesthetic Plast Surg* 2003, 27 (4): 286-92.