

KIRURŠKO ZDRAVLJENJE EPITELNIH TUMORJEV KOŽE

Zoran M. Arnež

Ključne besede: bazaliom, epiteliom, kirurgija, rekonstrukcija, prosti prenos tkiv

Izveček

Prispevek obravnava kirurški način zdravljenja epitelnih kožnih tumorjev. Prikazuje prednosti takega načina zdravljenja, indikacije zanj, načrtovanje kirurškega posega, diagnostiko, odstranitev tumorja in različne načine rekonstrukcijske tkivne vrzeli po odstranitvi.

Prosti prenos tkiv z mikrovaskularno tehniko omogoča radikalnost operacije ter sočasno dokončno rekonstrukcijo tkivne vrzeli.

Key words: basocellular carcinoma, planocellular carcinoma, surgery, reconstruction, free tissue transfer

Summary

The paper deals with surgical treatment of epithelial skin tumors. Presented are indications for such treatment, diagnostic procedures, excision of tumor and modalities of soft tissue defect reconstruction following excision.

Free tissue transfer by microvascular techniques offers the advantage of radical tumor excision and simultaneous definitive reconstruction of the defect.

Cilj vseh vrst zdravljenja epitelnih kožnih tumorjev je enak: odstraniti bolezen (tako primarni tumor kot mesto/a razsoja) na način, ki najbolj ohranja tako funkcijo kot estetski videz. Splošno sprejeti načini zdravljenja so: kirurgija, radioterapija, Mohsova mikrografična kirurgija, kriokirurgija, elektrodesikacija in kiretaža, dermabrazija ter perfuzija oziroma lokalna uporaba citotoksičnih zdravil. Vsak izmed naštetih načinov zdravljenja ima svoje mesto.

V tem prispevku bom obravnaval vlogo kirurgije pri zdravljenju bazaliomov in epiteliomov.

Prednosti kirurškega zdravljenja bazaliomov in epiteliomov so:

1. Visok odstotek ozdravitve: za bazaliom 85 do 95 % (1), povprečno 91 % (2).
2. Kratko zdravljenje (največkrat en sam ambulantni operativni poseg v lokalni anesteziji ali pa kratko bolnišnično zdravljenje).

3. Dober funkcionalni rezultat in estetski videz. V starostnem obdobju, ko srečamo največ bazaliomov in epiteliomov, so brazgotine kot posledice celjenja lepe, težave s hipertrofičnimi brazgotinami ali keloidi pa redke.
4. Potrditev diagnoze in ustreznosti odstranitve s histološko preiskavo.
5. Možnost odstranitve regionalnih bezgavk 'v kontinuiteti' s tumorjem.

Podobne rezultate ozdravitve (za bazaliom 92 % /2/) in estetskega videza lahko doseže tudi izkušen radioterapevt z obsevanjem. Tako zdravljenje je zaradi frakcioniranja doze praviloma daljše in bolnika izpostavlja nevarnostim žarčenja (radiodermatitis, radionekroza). Če pred obsevanjem ne napravimo biopsije, so rezultati histoloških preiskav po obsevanju nezanesljivi. Radioterapija se je trdno zasedrila v zdravljenju kožnega raka v številnih državah in tudi pri nas v času, ko je bila kirurška terapija še v rokah splošnih kirurgov, ki niso poznali sodobnih možnosti rekonstrukcije, zlasti ne prostega prenosa tkiv z drobnožilno kirurgijo.

Indikacije za kirurško zdravljenje epitelnih tumorjev kože

a) Absolutne

Kirurško zdravljenje je izbirna metoda za zdravljenje:

1. majhnih tumorjev, ki jih brez težav odstranimo z ekscizijo, rano pa direktno zašijemo;
2. po obsegu velikih tumorjev, kjer bo po odstranitvi tumorja potrebna kirurška rekonstrukcija;
3. epitelnih kožnih tumorjev na hrbtišču rok, sprednji strani goleni, ustnicah, licu, čelu in trupu;
4. recidivov epitelnih tumorjev po predhodnem obsevanju.

b) Relativne

Kirurška terapija ima prednost pred radioterapijo na delih telesa, kjer hrustanec ali tetive ležijo neposredno pod kožo (notranji očesni kot, veke, nosna konica in alarni predel, uhelj in predel pred uhljem, zunanji sluhovod).

Splošni načrt kirurškega zdravljenja

1. Diagnoza

Diagnozo postavimo s kliničnim pregledom ter jo obvezno potrdimo histološko z ekscizijsko biopsijo med operacijo (zaledeneli rez) ali po njej (parafinski rezi). Prizadetost drugih tkiv ugotavljamo z dodatnimi preiskavami (RTG, CT, NMR) ob sumu na lokalni ali sistemski razsoj. S kliničnim pregledom epitelnih kožnih tumorjev ugotavljamo:

1. velikost (je v premem sorazmerju z globino rašče in možnostjo oddaljenega zasevanja);
2. globino (pregledamo tudi bližnje telesne votline, npr. nos in usta zaradi možnosti širitve rašče na sluznico);

3. pomičnost proti podlagi (pomemben znak širjenja rašče, saj pritrjenost na podlago, fascijo, hrustanec ali kost pomeni vraščanje tumorja);
4. trajanje (posredno nam da sklepati na obseg razsoja).

2. Varnostni rob ekscizije

Ekscizija obvezno zajema pas zdravega tkiva okrog tumorja. Širina varnostnega pasu je odvisna od:

- a) velikosti tumorja,
- b) patoloških značilnosti tumorja,
- c) anatomske lege tumorja in
- d) kirurgovih izkušenj.

Splošno sprejeti varnostni robovi za epitelne tumorje so 5 do 10 mm za bazaliom, 10 do 15 mm za epiteliom ter 3 do 6 cm za maligni melanom. Epstein (3) je ugotovil, da s prostim očesom lahko na 1 mm natančno določimo pravi rob bazalioma pri 94 % bolnikov. To velja predvsem za majhne, nodularne tumorje, medtem ko mora biti za njegove večje, fibrozirajoče, morphea in infiltrativne oblike varnostni rob ekscizije za enak odstotek ozdravitev precej širši.

3. Odstranitev tumorja

Pomemben je dober pregled nad operativnim poljem. Krvavitev zmanjšamo z uporabo lokalne anestezije, splošne anestezije s hipotenzijo, lokalnega vbrizgavanja vazokonstriktorskih sredstev (adrenalin) ali oblaganjem votlin z raztopinami lokalnih vazokonstriktorjev (kokain).

Ustreznost ekscizije potrdimo ali zavrremo z intraoperativnimi zaledenelimi rezi ali citološkimi razmazi. Kliničnega patologa med operacijo sprašujemo po invaziji tumorja v robove ali dno preparata. Če so rezultati preiskav pozitivni, ekscizijo širimo ali poglobljamo, dokler robovi in dno niso brez tumorskih celic.

Preparat po končani eksciziji pravilno usmerimo, označimo s šivi ter pošljemo na dokončno histološko preiskavo s parafinskimi rezi.

4. Kritje tkivne vrzeli

Tkivne vrzeli delimo v enostavne (navadna rana ostrih robov) in kompleksne (obsežna rana s prizadetostjo številnih različnih tkiv). Po odstranitvi tumorja je treba tkivno vrzel zapreti. Pogosto je to enostaven poseg (enostavne vrzeli) in zadostuje že nekaj dobro postavljenih šivov, včasih pa narava vrzeli zahteva kompleksno rekonstrukcijo (kompleksne vrzeli) in mora kirurg obvladati vse, tudi najzahtevnejše rekonstruktivne metode.

Zapiranje vrzeli je lahko takojšnje, odloženo, dokončno ali začasno.

Takojšnje zapiranje je nujno potrebno, kadar so izpostavljene pomembne strukture (dura, kost, hrustanec, žile, živci), kar lahko neposredno ogrozi življenje ali povzroči odmrtje teh struktur. Tkivne vrzeli ne smemo zapreti takoj, kadar nismo prepričani o ustreznosti ekscizije tumorja (ekscizija ni v

zdravo) ali kadar je rekonstrukcija tehnično prezahtevna za naše sposobnosti. V takih primerih lahko tkivno vrzel začasno zapremo s prostim kožnim transplantatom ali z neposrednim šivom kože in sluznice na robu vrzeli (začasno zapiranje). Osnovni namen takega zapiranja je primarno celjenje rane, ki ga moramo doseči tudi, kadar takojšnja rekonstrukcija tkivne vrzeli ni mogoča.

Kadar po izrezu tumorja iz različnih razlogov (izostanek histološke potrditve, kritično splošno stanje bolnika, vnetje v okolici) na rani menjavamo obkladke in jo zapremo šele čez nekaj dni, govorimo o odloženem zapiranju tkivne vrzeli.

Dokončno zapiranje tkivne vrzeli pomeni, da je po taki operaciji doseženo končno stanje in da nadaljne rekonstruktivne operacije niso potrebne.

Tkivno vrzel lahko zapremo razen z neposrednim šivom še s prostim transplantatom kože ali z režnjem.

Kadar le moremo, zapremo tkivno vrzel z neposrednim šivom robov vrzeli. Šivno črto skušamo pri tem spraviti v »izrazne črte«, kjer je najmanj opazna. Neposredni šiv ni mogoč, kadar je vrzel preširoka. V takih primerih si pomagamo z obsežno mobilizacijo kože na obeh straneh vrzeli, kar napravi kožo pomičnejšo. Ko tudi to ni mogoče, se zatečemo k uporabi kožnih transplantatov ali režnjev. Prosti kožni transplantat polagamo na dobro prekrvljene površine, iz katerih se prehranjuje. Čim tanjši je transplantat, tem lažje se prime. Gola kost ali hrustanec ne moreta prehraniti prostega transplantata. Poleg prekrvljenosti podlage, na katero ga položimo (sprejemno mesto), je za preživetje transplantata nujen tudi dober stik s površino in nepomičnost proti podlagi. Vsak prosti kožni transplantat se praviloma krči. Krčenje je tem bolj izraženo, čim tanjši je transplantat. Krčenje transplantata lahko povzroči omejeno gibljivost v sklepih ali pa kožno kontrakturo. Zato manjše vrzeli (predvsem na obrazu) zapiramo s transplantati cele debeline kože (Wolfe-Krausejev transplantat), ki jih odvajamo izza uhlja ali z vratu nad ključnico (odvajemno mesto). Taki transplantati se le malo krčijo in so po barvi podobni koži obraza. Odvajemno mesto prostega transplantata cele debeline kože moramo neposredno zašiti. Tanke proste kožne transplantate (Ollier-Tierschevi transplantati) uporabimo za kritje zelo obsežnih tkivnih vrzeli, saj po njihovem prenosu koža na odvajemnem mestu ponovno zraste in je ne šivamo.

Režnji so praviloma debelejši od kožnih transplantatov. Prehranjuje jih lastna prekrvavitev, zato z njimi lahko prekrivamo tudi slabo prekrvljene površine. Po prekrvitvi jih delimo na kožne, mišično-kožne in fascio-kožne. Glede na oddaljenost od tkivne vrzeli jih delimo na lokalne (ležijo blizu vrzeli) in oddaljene. Lokalni režnji se po načinu pomika proti vrzeli ločijo na rotacijske, transpozicijske in napredujoče. Režnji lahko s svojim odvajemnim mestom ostanejo povezani z žilnim pecljem (pecljati režnji) ali pa tudi njega prekinemo in reženj prosto prenesemo na katerokoli sprejemno mesto, kjer ga povežemo z žiljem pod povečavo operacijskega mikroskopa (prosti režnji).

Kožne režnje sestavljata koža in podkožno maščevje. Prehranjujejo se lahko skozi bazo režnja po dermalnem žilnem pletežu (naključni režnji) ali po stalnem žilnem peclju, ki vodi neposredno v kožo (osni ali aksialni režnji). Pri naključnih režnjih je za preživetje celotnega režnja pomembno razmerje med širino režnja (bazo) in dolžino režnja. Samo razmerje 1 : 1 nam zagotavlja preživetje režnja pri 100 %. To razmerje pri osnih režnjih ni pomembno, zato lahko reženj dvignemo po celotnem območju, ki ga napaja izbrana arterija, in še malo čez.

Lokalni kožni režnji so lahko naključni ali osni. Skupna značilnost je, da se nahajajo neposredno ob tkivni vrzeli ali blizu nje in jih vanjo premaknemo z rotacijo, transpozicijo ali napredovanjem sosednje, vrzeli priležne kože. Zato ima koža režnja povsem enake značilnosti, barvo, debelino in otip kot manjkajoča koža v tkivni vrzeli. Rekonstrukcija z lokalnimi kožnimi režnji je najumestnejša na obrazu in odkritih delih telesa. Slaba lastnost lokalnih kožnih režnjev pa je, da lahko večinoma prekrijejo le majhne tkivne vrzeli, če hočemo neposredno zapreti odvzemno mesto režnja. Pri dvigu večjih lokalnih kožnih režnjev je za kritje odvzemnega mesta nujno potreben kožni transplantat, kar izniči prednosti uporabe lokalnih režnjev.

Prednost osnih kožnih režnjev (npr. ingvinalni reženi) je poleg stalne prekrvitve še, da lahko njihovo bazo (širino povezave z odvzemnim mestom) zožimo samo na žilni pecelj, okrog katerega reženj poljubno premikamo v katerikoli smeri. Taki režnji so pecljati ali otočni (insularni).

Mišično-kožni režnji (primer: latissimus dorsi mišično-kožni reženj) so osni režnji, pri katerih se koža prehranjuje iz arterije, ki leži pod mišico ali v njej; skozi tanke žile prebodnice (perforantne žile), ki polnijo dermalne žilne pleteže. Uporabljamo jih za kritje globokih ali sestavljenih tkivnih vrzeli predvsem po odstranitvah napredovalih tumorjev ali njihovih recidivov.

Fascio-kožni režnji (primer: lateralni nadlahtni reženj) so po sestavi podobni mišično-kožnim režnjem, le da mišico nadomešča fascia, pod katero leži arterija, ki skozi žile prebodnice polni podkožne in kožne žilne pleteže. Fascio-kožni režnji so tanjši od mišično-kožnih in primernejši za kritje plitvih vrzeli.

Če pecljatemu osnemu režnju kakršnekoli sestave prekinemo žilni pecelj (arterijo in veno), s katerim se drži odvzemnega mesta, dobimo prosti reženj. Tak reženj lahko prosto, brez vsakih ovir, prenesemo kamorkoli po telesu, vendar moramo na sprejemnem mestu arterijo in veno režnja z drobnožilnimi šivi povezati s sprejemnima arterijo in veno. Prednost prostih režnjev je predvsem v možnosti kritja tudi velikih vrzeli kakršnekoli sestave z ustreznimi tkivi, ki jih lahko odvezamo z očem skritih mest kjerkoli na telesu. Za doseg končnega rezultata je največkrat potrebna ena sama operacija. Slaba lastnost pa je nujnost uporabe mikrokirurške operativne tehnike in možnost zapletov (tromboz drobnega žilja) med operacijo ali po njej (povprečno pri 3 do 5 % bolnikov), zaradi katerih lahko pride do odmrtja in izgube celotnega režnja.

5. Odstranitev tumorja in rekonstrukcija

Največja možnost ozdravitve epitelnih kot tudi drugih tumorjev je po prvi operaciji. Zato je za prvo operacijo potrebno skrbno načrtovanje, ki naj zagotovi, da bo poseg zadosti radikalen, da bo odstranil celoten tumor. V preteklosti je bila glavna ovira za radikalno odstranitev tumorja nezmožnost rekonstrukcije tkivne vrzeli, bodisi zaradi njene velikosti bodisi zaradi slabega poznavanja ali nerazvitosti rekonstruktivnih metod. Danes prosti prenos tkiv omogoča zaprtje skoraj vseh tkivnih vrzeli, zato sodobna kirurgija teži k takojšnji in dokončni rekonstrukciji v isti seji z odstranitvijo tumorja, po kateri praktično ni več razlogov za začasno rekonstrukcijo.

Literatura

1. Bart RS et al. Scalpel excision of basal cell carcinomas. Arch Dermatol 114:739, 1978.
2. Dubin N and Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. Arch Dermatol 119:373, 1983.
3. Epstein E: How accurate is the visual assessment of basal carcinoma margins? Br J Dermatol 89:37, 1973.