

MOŽNOSTI KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA KARCINOMOV KOŽE V PODROČJU GLAVE IN VRATU

A. Aničin

Največji organ pri človeku je koža, v njej lahko nastane vrsta benignih in malignih tumorjev. Epitelni nemelanomski malignomi kože predstavljajo najpogostejšo skupino rakavih bolezni bele rase in se pojavljajo predvsem v področju glave in vratu (80 %). Najpogostejši zvrsti v tej skupini sta bazalnocelični (75 - 80 %) ter ploščatocelični karcinom (20 - 25 %).

Bazalnocelični karcinom metastazira izredno redko, raste počasi in uničuje tkiva. V 90 % se pojavlja na koži zgornjih dveh tretjin obraza. Največkrat zbolijo starejše osebe, svetle kože in las, ki se veliko zadržujejo na prostem. Moški so prizadeti dvakrat pogosteje kot ženske. Tumor je najprej solitarna papula, širi se sprva površinsko in potem vrašča v globino. Vzorec rasti bazalnoceličnega raka je lahko cirkumskripten ali difuzen, poganjki celic rastejo iz enega središča - unicentrično. Pri 40 % uspešno pozdravljenih bolnikov se lahko pojavi nov bazaliom tudi še 10 let po prvem zdravljenju.

Ploščatocelični karcinom je druga najpogostejša zvrst epitelnega raka kože. Nastaja predvsem na spodnji tretjini obraza in spodnji ustnici. Etiološko so najpomembnejši ultravijolični žarki. Najpogosteje zbolijo starejši ljudje, svetle kože. Bolezen je petkrat pogostejša pri moških. V 80 do 90 % gre za dobro in zmerno diferencirane karcinome. Raste hitreje kot bazalnocelični karcinom in tudi na videz majhni tumorji lahko vraščajo v globoka tkiva. Pri tumorjih, ki so v največjem premeru manjši kot 2 cm, so področne metastaze redke; večje tumorje spremljajo klinično prisotne regionalne metastaze v manj kot 5 %. Iz nekaterih področij so zasevki v bezgavke na vratu pogostejši (ustnica 16 %, zunanji sluhovod 30 %), kar moramo pri načrtovanju operacije upoštevati.

Kirurško in obsevalno zdravljenje sta najpomembnejša načina zdravljenja epitelnih malignomov kože. Pri bolnikih z začetnimi tumorji sta oba terapevtska načina enako uspešna (95 % pozdravljenih). Bolnike z obsežnimi tumorji, zlasti če so že prisotni regionalni zasevki, zdravimo kombinirano: kirurško in z obsevanjem. Uveljavljeni načini zdravljenja kožnih karcinomov so tudi Mohsova kemokirurgija, lokalna in perfuzijska kemoterapija, krioterapija in elektrodesikacija.

Anamneza ter klinični in laboratorijski kazalci splošnega stanja so pomembni pri odločanju za način zdravljenja. Natančnost kliničnega pregledovanja, tega preprostega, a nepogrešljivega člana v verigi diagnostike, je pri tem zelo pomembna. Lego in razsežnost kožnega tumorja ocenimo s prostim očesom, povečevalom ter otipom. Vedno naredimo popoln otorinolaringološki pregled, vključno z natančnim iztipanjem vratu, pri sumu na invazijo v očnico pa tudi

okulistični pregled. Pri odkrivanju globokega vraščanja tumorja in zasevkov v vratnih bezgavkah nam pomagajo klasični rentgenogrami, pa tudi CT, NMR in UZ.

Majhne tumorje lahko v celoti izrežemo in obenem tudi histološko dokažemo, saj je rekonstrukcija nastalega defekta (tkivne vrzeli) enostavna. Pred zdravljenjem s histološko ali citološko preiskavo potrdimo naravo tumorjev pri katerih je potrebna obsežna ablacija ali primarno obsevanje.

Sodobne rekonstruktivne možnosti so meje operabilnosti kožnih tumorjev premaknile naprej; večje so tudi možnosti ohranjanja estetskega videza in funkcije. Kirurško zdravljenje ima prednost pri majhnih, solitarnih tumorjih, ker gre za enostaven, enkratni poseg. Pri osebah mlajših od 50 let, se nagibamo h kirurškemu zdravljenju tudi zato, ker je pri njih večja možnost, da se po morebitnem obsevanju razvije postiradiacijski dermatitis. Operacija je indicirana takrat, ko tumor vrašča v kost ali hrustanec, in pri domnevnih ali očitno obstoječih področnih zasevkih. Kirurško zdravljenje ima prednost tudi takrat, ko predvidevamo obsežnejši tkivni defekt po morebitnem primarnem obsevanju. Kirurško zdravljenje predstavlja edino terapevtsko možnost v zdravljenju rezidumov in recidivov po primarnem obsevanju.

Po opravljeni diagnostiki bolnika seznanimo z načrtom zdravljenja ter z morebitnimi funkcionalnimi in estetskimi posledicami le-tega.

Cilj kirurškega zdravljenja je odstranitev kožnega tumorja v celoti, zato moramo pri eksciziji upoštevati varnostni rob, saj so tako za bazalnocelični kot za ploščatocelični rak tipični poganjki, ki lahko vraščajo daleč v navidez neprizadeto okolišno kožo ali v globino. Za bazaliome ter za manjše spinaliome (ploščatocelične karcinome) najbi ta varnostni rob okoli vidnega tumorja znašal 5 mm, za večje spinaliome 10 do 15 mm. Kar zadeva globino, moramo ekscidirati tudi spodaj ležečo naravno bariero (npr. fascijo). Robove in dno ekscizije mora vedno, z metodo zaledenelega reza že v času operacije (ex tempore), pregledati patolog. Edinole sodelovanje kirurga in patologa lahko zagotovi radikalnost in enkratnost posega. Znano je tudi, da je največja možnost ozdravitve po prvi operaciji.

Cilj vsakega zdravljenja je zdraviti bolnika in ne bolezen. Kljub napredku kirurgije obstajajo meje operabilnosti, ki nas obvezujejo, da se izogibamo hudim mutilacijam. Vendar pa lahko pri veliki večini bolnikov z enim posegom v celoti odstranimo tumor in opravimo dokončno rekonstrukcijo tkivne vrzeli ter dosežemo zadovoljiv estetski in funkcionalni rezultat.

Možnosti za rekonstrukcijo so odvisne od lokalizacije in velikosti tumorja ter od starosti in splošnega stanja bolnika. Manjše lezije lahko odstranimo z vretenasto ekscizijo, nastalo tkivno vrzel pa lahko šivamo primarno oziroma po mobilizaciji okolišne kože. Vzdolžna os takšne ekscizije mora sovpadati z Langerjevimi izraznimi črtami obraza.

Če tkivno vrzel po izrezanju kožnega tumorja kljub izdatni mobilizaciji okolišne kože ne moremo zapreti, pride v poštev na prvem mestu rekonstrukcija z lokalnimi kožnimi režnji, le-ti se lahko prehranjujejo po dermalnem žilnem

pletežu ali po žilnem peclju. Lokalne kožne režnje oblikujemo ob samem mestu izreza, pogosto uporabimo gibljivo kožo lica ali glabele in na mesto defekta premaknemo reženj s transpozicijo, rotacijo ali napredovanjem. Najpogostejši so uni-, bi- in multilobarni rotacijski režnji, drseči režnji in Z plastika. Odstotek preživetja lokalnih kožnih režnjev je zaradi dobre prekrvavljenosti obraza zelo visok. Končni estetski učinek je zelo dober, saj je koža režnja skoraj enake debeline in barve kot odstranjena koža.

Alternativna možnost za kritje manjših tkivnih vrzeli, zlasti v področju nosu in uhlja, so prosti kožni transplantati polne debeline kože (Wolfe - Krausejev transplantat). Dno defekta mora biti lepo prekrvavljeno, odvzemno mesto je nad ključnico ali retroaurikularno. Ollier-Thierschevi epidermalni transplantati so uporabni za kritje velikih defektov, saj se koža na odvzemnem mestu obnovi sama, žal se precej krčijo in v primerjavi z Wolfejevimi tudi slabo estetsko učinkujejo. Kompozitni, kožno - hrustančni transplantati iz področja uhlja so uporabni pri rekonstrukciji po izrezanju nosnega krila.

Velike tkivne vrzeli rekonstruiramo s področnimi osnimi režnji ter s prostimi mikrovaskularnimi režnji. Prekrvavitev regionalnih osnih režnjev zagotavlja arterijsko venski žilni pecelj, lahko pa se delno prehranjujejo tudi po dermalnem žilnem pletežu, tako kot naključni lokalni kožni režnji. Po sestavi so regionalni režnji lahko kožni, mišično kožni ter fascialno kožni. Zgodovina rekonstrukcije nosu in osrednjega obraza s čelnim režnjem sega v Indijo, 2500 let p.n.št. Po II. svetovni vojni so nastale številne različice čelnih in cervikalnih režnjev. V 70. tih letih so se uveljavili osni režnji iz področja prsnega koša, ki s svojimi dolgimi peclji lahko dosežejo skoraj vse defekte na glavi in vratu. Tako je deltopektoralni reženj obsežen vir kože za rekonstrukcijo; režnja velike prsne mišice in široke hrbtne mišice vsebujeta poleg kožnega otoka tudi mišično gmoto, ki je zelo uporabna za kritje globokih sestavljenih defektov. Posebno poglavje je rekonstrukcija po izrezu tumorjev ustnic. Pri večini bolnikov zadošča primarno šivanje po klinasti eksciziji ali lokalni režnji iz ustničnih in ličnih tkiv.

Razvoj mikrokirurškega šivanja žilnih anastomoz je ob koncu 70. let omogočil prosti prenos pecljatih osnih režnjev kakršnekoli sestave v področje glave in vratu. V enem posegu je možno odstraniti tumor in dokončno rekonstruirati tkivno vrzel, do tromboze žilnega peclja in do izgube režnja prihaja le v 3 do 5-ih %.

Rekonstrukcija po popolnih odstranitvah nosu in uhlja je, kljub razmahu tovrstne kirurgije, še danes velik problem. Zato ne smemo pozabiti, da je na voljo izdelava umetnih nadomestkov - epitez, ki zadoščajo visokim estetskim merilom.

Za disekcijo vratnih bezgavk, elektivno ali terapevtsko, se odločamo, glede na razmeroma nizek odstotek zasevanja v področne bezgavke, pri vsakem bolniku individualno oziroma glede na razsežnost in lokalizacijo primarnega tumorja ter morebitno prisotnost področnih metastaz.

Pooperativno obsevanje je nujno po odstranitvi obsežnih primarnih tumorjev, zlasti če s pregledom pri disekciji odstranjenih vratnih bezgavk odkrijemo zasevke in še posebej, če metastatski tumor prerašča ovojnico bezgavke.

Temelj uspešnosti kirurškega zdravljenja kožnih karcinomov je radikalnost. Zato se je potrebno resno lotiti tudi najmanjših tumorjev. To je možno le v sodelovanju s patologom, ki še v času operacije pregleda ekscizijski preparat, njegove robove in dno. Tudi pri večjih tumorjih se moramo zavedati zahrbtnosti karcinomske rasti in vedeti, da nas še tako natančna predoperativna diagnostika lahko pusti na cedilu. Zato se takšnih posegov lahko lotimo le v centrih z razvito rentgenološko in patološko službo, kjer kirurgi obvladajo rekonstruktivno kirurgijo, vključno z mikrovaskularno tehniko, vedno pa v sodelovanju z onkologom - radioterapevtom. Dober terapevtski uspeh lahko zagotovi le uglašeno timsko delo.

Literatura

1. Cancer Principles and Practice of Oncology ed. De Vita VT, Helmann S., Rosenberg S.A. J.b. Lippincott Co., Philadelphia,1993.
2. Plastic Surgery of Head and Neck, ed. Richard Boies Stark, MD.Churchill Livingstone, New York, Edinburg, London, Melbourne 1987. 3. 3. Onkološki vikend, Zbornik, Šmarješke Toplice,1993.
3. Onkološki vikend, Zbornik, Šmarješke Toplice, 1993.
4. Robbins K.T., et al. Standardizing neck dissection terminology. Official report of the Academy's Committee for head and neck surgery and oncology. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991;117: 601- 5.