

Witold Kokot, Tadeusz Kruszczyński i Paweł Lipowski

Leczenie operacyjne nowotworów powiek z uwzględnieniem metod chirurgii rekonstrukcyjnej

Surgical treatment of lid neoplasms with reconstructive methods

Summary: Results of surgical treatment of lid neoplasms, taking into account cosmetic effects are presented. The age of patients ranged from 28-78 years, with 58% above 60; 69% of them were males. The choice of surgical method depended on the advancement of the neoplasms, their localization and the age of patients. During 2-year follow-up no recurrence was observed and the functional and cosmetic results of treatment were satisfactory.

Hasła: nowotwory powiek, operacje plastyczne

Key words: eyelids neoplasms, plastic surgery

Zmiany nowotworowe zlokalizowane w obrębie powiek i okolicy oczodołowej najczęściej występują u ludzi starych, którzy przekroczyli 60 rok życia^{2,6}. Histologicznie są to najczęściej raki płaskonabłonkowe (podstawokomórkowe). Rzadziej spotyka się raka kolczystokomórkowego, czerniaka, raki wywodzące się z gruczołu tarczowego, mięsaki. Względnie często spotyka się zmiany o charakterze łagodnym takie jak gruczolaki, włókniaki, kępki żółte, brodawczaki. Ich leczenie nie nastęca większych trudności. Leczenie chirurgiczne zmian złośliwych powinno uwzględniać dwa podstawowe założenia, doszczętne i w miarę możliwości jednocześnie usunięcie zmiany, oraz uzyskanie dobrego efektu funkcjonalnego i kosmetycznego. Niejednokrotnie spełnienie tych warunków w przypadku rozległych zmian jest trudne do osiągnięcia, bądź wręcz niemożliwe jeśli chodzi o efekt kosmetyczny. Istnieje wiele metod operacji odtworczych po usunięciu guzów powiek. Ich wybór zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania zmiany nowotworowej oraz jej lokalizacji. Nie należy jednak zapominać o inwencji i upodobaniach operatora. Do dość często stosowanych należą zabiegi Celsus-Knapp'a, Dieffenbacha, Blaskowics'a, Burow'a. W cięższych przypadkach bardzo przydatne wydają się być operacje Whigs'a, Mc Lean'a, Mustard'a^{4,7,8}.

Każdy przypadek musi być rozpatrywany indywidualnie i uwzględniać rodzaj nowotworu, stan za-

awansowania, lokalizację, wiek chorego, układ bruzd na twarzy występujących w spoczynku i tych, które pojawiają się przy współdziałaniu mięśni mimicznych. Na efekt zabiegu duży wpływ ma cięcie operacyjne, sposób hemostazy, rodzaj szwów oraz metoda ich zakładania^{2,7}. Gojenie się rany operacyjnej, oraz stan wolnego lub uszypułowanego płata, którym pokryto ubytek skóry powiek zależy od wielu czynników, przede wszystkim od tych, które mogą doprowadzić do zaburzeń w ukrwieniu płata skórniego. Z czynników ogólnych należy tu wymienić niedokrwistość, uogólnioną miażdżycę, zaburzenia krzepnięcia krwi, schorzenia wątroby, cukrzycę, choroby układu krążenia i oddechowego.

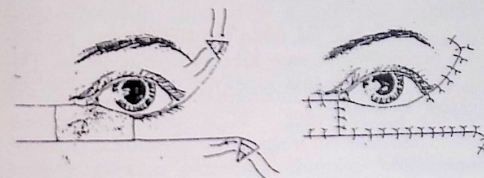
Czynniki miejscowe to stan skóry i tkanki podskórnej okolicy zmiany przed zabiegiem, a więc przebyty lub trwający proces zapalny skóry, stan po przebytych urazach lub operacjach, uprzednio wykonane zabiegi tej okolicy.

Materiał i metodyka

Materiał stanowi 28 chorych operowanych w Katedrze i Klinice Chorób Oczu AMG w latach 1989-1990 z powodu procesu nowotworowego zlokalizowanego w obrębie powiek. Większość operowanych chorych stanowili mężczyźni (69%). 58% leczonych przez nas chorych przekroczyło 60 rok życia, najmłodszy miał 28 lat, najstarszy 78. Osoby te zgłaszały się do leczenia po upływie od 4 miesięcy do 12 lat od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby. Średnio okres ten wynosił ok. 7 miesięcy. W związku z faktem, iż chorzy stosunkowo późno rozpoczynali leczenie specjalistyczne, zmiany nowotworowe zwyk-

le były rozległe. W 67% przypadków miały wymiary od 10×8mm do 60×40mm, w 28% od 5×3mm do 9×5mm a tylko u 0,5% operowanych przez nas chorych, ich wymiary nie przekraczały 4×4mm.

Zależnie od rozległości zmiany oraz jej lokalizacji stosowano różne techniki operacyjne. Ubytki powiek nie przekraczające rozmiarów 5×5mm (1/3 długości brzegu wolnego powieki) uzupełniano szwem zbliżającym brzegi rany, po uprzednim podminowaniu skóry, wykonując cięcie chirurgiczne prostopadłe do brzegu wolnego. Zmiany powiek, które po zabiegu powodowały ubytek skóry wielkości 6×10mm wymagały przeszczepu wolnego lub uszypułowanego płata skóry. Największy problem dla operatora stanowiły rozległe nacieki nowotworowe o wymiarach 10×15mm obejmujące kąt zewnętrzny lub wewnętrzny szpary powiekowej, połączone z destrukcją tarczki. Bardzo ważna była w tych przypadkach ocena przedoperacyjna, stopień zaawansowania nowotworu, a więc nie tylko jego budowa histologiczna ale fakt czy nacieka on brzeg wolny powieki, tarczkę czy spojówkę powiekową. Stwierdzone naciekanie głębszych warstw powieki łączyło się z wyborem techniki operacyjnej uwzględniającej nie tylko przesunięcie skóry ale także plastykę spojówki i tarczki. Najczęściej wykonywanym przez nas zabiegiem w tych przypadkach było usunięcie uszypułowanego płata skórniego z okolicy skroniowej w miejsce ubytku powieki (z równoczesną plastyką tarczki i przesunięciem spojówki powiekowej) (ryc. 1).



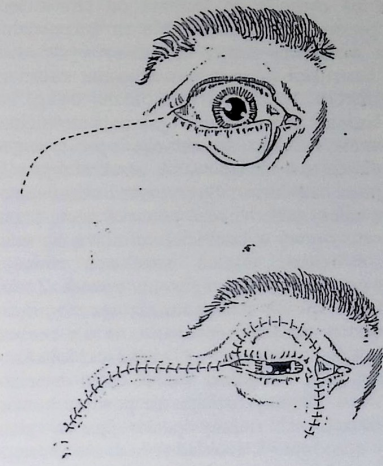
Ryc. 1. Schemat operacji metodą Celsus-Knapp

Zabieg ten wykonaliśmy u 32% chorych z rozległymi zmianami nowotworowymi, dotyczącymi szczególnie powieki dolnej (operacja metodą Celsus-Knapp, Dieffenbach lub Burow). Przeprowadzono je we wszystkich przypadkach, gdy guz naciekał kąt zewnętrzny nie powodując destrukcji całej powieki. Przesunięty kąt ustalano szwem łączącym z okostną z wyprowadzeniem na zewnątrz końca związanego na koralik. W przypadkach bardzo zaawansowanych, doprowadzających do prawie całkowitej destrukcji powieki, wykonaliśmy równoczesną plastykę tarczki i przesunięcie spojówki powiekowej. U kilku chorych wykonywaliśmy zabieg metodą Imre, przesuwając duży płat skóry z okolicy podoczodołowej.

Chorzy, u których nacieki nowotworowe obejmowały powiekę górną, poddawani byli zabiegowi polegającemu na przesunięciu płata skórniego z okolicy czołowej (16%). U osób starszych zabieg ten

likwidował jednocześnie zmarszczki na czole po stronie operowanej. W drugim etapie usuwano nadmiar skóry czoła po stronie przeciwnej dla uzyskania symetrycznego efektu kosmetycznego. W 5% przypadków, gdy nacieki obejmowały więcej niż 50% powieki górnej oraz naciekał wszystkie jej warstwy wybieraliśmy operację metodą Mc Lean'a polegającą na przesunięciu fragmentu tarczki i spojówki powieki dolnej w miejsce ubytku powieki górnej z równoczesnym przesunięciem skóry z górnej części powieki objętej naciekiem nowotworowym (ryc. 2).

W pierwszym etapie zeszywano czasowo szpare powiekową. W drugim etapie natomiast odtwarzano brzegi wolne powiek. Duże ubytki po nacieku nowotworowym, obejmujące kąt wewnętrzny uzupełniano wolnymi przeszczepami skórnymi (47% operowa-



Ryc. 2. Schemat operacji metodą Mc Lean'a

nych przez nas chorych). Za małżowiny usznej pobierano płat skórny o wymiarach nie przekraczających 10×40mm. W przypadku gdy ubytek był większy, pobierano materiał do przeszczepu z wewnętrznej powierzchni ramienia aczkolwiek ze względu na kosmetycznych najkorzystniejsze są przeszczepy pobierane z okolicy zausznej. Czasami ubytki skóry powstałe po usunięciu nacieku nowotworowego pokrywaliśmy płatem uszypułowanym pobranym z okolicy czołowo-nosowej (operacja Blaskowics'a). Po zabiegu wszystkim operowanym chorym zakładano opatrunki uciskowe, które zdejmowano po 24-48 godz. Szwy skórne usuwano w 7 dobie po operacji a szew łączący przeszczep z okostną po 10 dniach. Wśród usuwanych nowotworów dominował rak podstawokomórkowy. Potwierdzono go w badaniu histopatologicznym w 89%, w 7% stwierdzono torbiel, których punktem wyjścia były gruczolaki Meiboma, oraz w 4% brodawczaki.

Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. Barbara Iwaszkiewicz-Bilkiewiczowa

Reprint requests to:
Dr med. Witold Kokot
ul. Biernackiego 4, 80-809 Gdańsk

Omówienie

Zmiany nowotworowe powiek to dość często spotykany w praktyce klinicznej proces patologiczny. Nowotwory powiek stanowią od 42% do 46,8% wszystkich nowotworów dotyczących układu wzrokowego. Ok. 65% wszystkich nowotworów powiek to raki płaskonabłonkowe a wśród nich rak podstawnokomórkowy. W omawianym przez nas materiale raki podstawnokomórkowe stanowią 89% wszystkich przypadków co zgodnie jest z danymi z piśmiennictwa^{1,6}. Zmiany te najczęściej spotykaliśmy u naszych chorych po 60 roku życia. Symptomatologia raków powiek jest dobrze znana. Jednakże nadal są one często bagatelizowane przez pacjenta a także czasem przez lekarzy ze względu na fakt, że mogą przypominać zmiany zapalne skóry, owrzodzenia, hyperkeratozę. Tłumaczy to poniekąd zbyt późne zgłaszanie się chorych do leczenia od chwili wystąpienia pierwszych objawów. Ma to bezpośredni związek z wielkością zmian nowotworowych oraz stopniem destrukcji powiek powodowaną naciekaniem nowotworu. Należy zwrócić baczniejszą uwagę na dokładne badanie skóry powiek i jak najwcześniejsze kwalifikowanie chorego do zabiegu operacyjnego. W przypadkach małych zmian nie przekraczających 5 x 5 mm, poza badaniem palpacyjnym i oceną makroskopową należy także zbadać powiekę zajęta przez proces nowotworowy w lampie szczelinowej by móc dokładnie stwierdzić stopień naciekania zmiany, szczególnie czy zajęty jest brzeg wolny powiek. Zmienia to zupełnie sposób postępowania operacyjnego. Badając zmiany bardzo zaawansowane nie można ograniczyć się tylko do oceny ich wielkości i lokalizacji ale należy także dokładnie zbadać drogi naciekania nowotworu. Zmiany rozległe ale powierzchowne leczymy inaczej, niż zmiany penetrujące w głąb powiek czy oczodołu^{1,5}. Dokładne badanie chorego pozwala na wybór optymalnej metody operacyjnej. Chirurgia guzów powiek, szczególnie guzów złośliwych jest ściśle związana z chirurgią rekonstrukcyjną, umożliwiającą uzyskanie efektu kosmetycznego i funkcjonalnego po całkowitym wycięciu guza. Zasady chirurgii odtwórczej są nie tylko stosowane w plastyce skóry powiek czy twarzy ale także w plastyce błon śluzowych (spojówek) czy tarczki. Zasada jak najmniejszego zaburzenia struktury i funkcji powiek nie może przesłaniać faktu, że guz należy usunąć w całości i w granicach tkanek zdrowych^{2,6,7}. Należy oszczędnie postępowanie może wiązać się ze wznową nowotworu. Dlatego też warunkiem skutecznego i efektywnego leczenia zmian nowotworowych jest wczesne rozpoznanie i przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, w momencie, gdy nowotwór

nie wykazuje jeszcze cech zaawansowania^{1,2,6}. Zastosowanie płatów uszypułowanych w celu pokrycia ubytków skóry łatwiejsze jest u ludzi starszych, u których dysponujemy pewnym jej nadmiarem^{1,7}. Ważnym elementem w technice przesunięcia płatów jest zachowanie właściwego stosunku szerokości do długości przesuwanego płata, nie powinien on być mniejszy niż 1:3 aby nie doprowadzić w pierwszej fazie gojenia do zaburzeń w jego ukrwieniu^{3,5,7}. Płaty uszypułowane stosowaliśmy w celu pokrycia rozległych ubytków skorych. Płaty wolne skóry przeszczepialiśmy po usunięciu względnie małych zmian, mogą być także stosowane jako dodatkowe uzupełnienie przy płatach uszypułowanych⁸. Zabiegi, w których wykorzystujemy tkanki powiek zdrowych w celu rekonstrukcji powieki zajętej przez proces nowotworowy, są polecane w przypadkach, gdy guz nawet jeśli nie jest zbyt rozległy, nacieka wszystkie warstwy powieki. Dają one możliwość odtworzenia nie tylko ubytku skóry ale także tarczki czy spojówki (zabiegi Mc Lean'a, Wicherkiewicza)^{3,4,7}.

Okres obserwacji operowanych przez nas chorych wynosi 2 lata. U żadnego chorego nie stwierdziliśmy cech wznowy a uzyskane efekty funkcjonalne jak i kosmetyczne uważamy za zadowalające. Raki podstawnokomórkowe są złośliwe miejscowo, ich doświadczone wycięcie doprowadza do całkowitego wyleczenia. Warunkiem, który należy jeszcze raz podkreślić jest usunięcie guza z wystarczającym marginesem tkanek zdrowych. Ocena rozległości cięcia operacyjnego zależy od chirurga i ma podstawowe znaczenie. Późniejsza weryfikacja w badaniu histopatologicznym powinna być już tylko potwierdzeniem prawidłowo przeprowadzonego zabiegu operacyjnego. Tylko takie postępowanie zapewni uzyskanie dobrych efektów leczenia.

Piśmiennictwo

1. Fleming J. P.: Out-patient surgical treatment for basal-cell carcinomas. Br. J. Plastic Surg. 15: 33-36 (1962).
2. Kulakowski A. Kolodziejski T.: Leczenie chirurgiczne nowotworów skóry okolicy oka. Pol. Tyg. Lek. 21: 666-671 (1966).
3. Leone C. Jr.: Tarsal pedicle flap for lower eyelid reconstruction. Arch. Ophthalmol. 95: 1423-1426 (1977).
4. Leone C. Jr., Van Gemert Jr.: Lower eyelid reconstruction with upper eyelid transpositional grafts. Ophthalmic Surg. 11: 315-318 (1980).
5. Putterman A. M.: Semicircular skin flap in reconstruction of nonmarginal eyelid skin defects. Amer. J. Ophthalmol. 84: 708-710 (1977).
6. Shuman J.: Treatment of malignant tumors of the eyelid surgery. Brit. J. Plastic Surg. 15: 37-41 (1962).
7. Speeth E. B.: Principles of ophthalmic surgery 316-336, 568-575 (Henry Kimpton, London 1948).
8. Wesley R. E., Mc Cord C. D. Jr.: Transplantation of eye bank sclera in the Cutler-Beard method of upper eyelid reconstruction. Ophthalmology 87: 1022-1026 (1980).

Praca wpłynęła: 04.11.1993

Mirosława Gralek, Bazyli Bogorodzki, Janusz Czajkowski i Stefania Gralek

Zespół Lowe'a

Lowe's syndrome

Summary: The authors described symptoms of oculocerebral Lowe's syndrome and presented a case of this disease. It concerned a 3-week old baby with congenital cataract, hyperaminoaciduria and increasing mental and psychomotor retardation. During 16-month observation, local and general symptoms typical of Lowe's syndrome appeared.

Hasła: zespół Lowe'a, zaćma, zwężenie źrenicy, opóźnienie umysłowe, hyperaminoaciduria

Key words: Lowe syndrome, cataract, myosis, mental retardation, hyperaminoaciduria

Zespół objawów manifestujących się występowa- niem zaćmy wrodzonej, opóźnieniem rozwoju umysłowego i psychoruchowego oraz nieprawidłową czynnością kanalików nerkowych z hyperaminoacidurią opisany został po raz pierwszy przez Lowe⁴ w 1952 r. Nosi też nazwę zespołu oczno-mózgowo-nerkowego^{1,2}. Od tej pory przedstawiono około 150 przypadków. Etiologia choroby nie jest znana. Występuje rodzinnie. Dziedziczony jest recesywnie i jest związana z płcią (z chromosomem X)^{7,8,10,11}. Badanie chromosomu wykazało nieprawidłowości jego krótkiego ramienia związane z zaburzeniami molekularnymi DNA genu na poziomie Xq24 - q26. Chorują chłopcy. Niekiedy schorzenie występuje u dziewczynek chociaż kobiety głównie przenoszą chorobę^{5,6}. Klinicznie u kobiet, nosicielek obserwuje się punktowate zmętnienia soczewek nie upośledzające ostrości wzroku.

Wyróżnia się trzy fazy rozwoju choroby związane z wiekiem chorego. W początkowym okresie, dotyczącym pierwszego roku życia dominują objawy okulistyczne tj. zaćma wrodzona, przeważnie obustronna, całkowita lub obejmująca środek soczewki. Źrenice są wąskie, miernie rozszerzają się po podaniu mydriatyków. Jako objaw dodatkowy może wystąpić jaskra i oczopląs. Obserwuje się głębokie osadzenie galek ocznych w oczodołach, hypotylozizm, wyskle-

pione czoło, skąpe owłosienie skóry głowy. Zaburzenia metaboliczne gospodarki aminokwasowej powodują uogólnioną hyperaminoacidurię, której towarzyszy nieznaczna proteinuria. W drugim okresie rozwoju choroby obejmującym wczesne dzieciństwo przeważają objawy związane z postępującą dysfunkcją kanalików nerkowych i pogłębiającą się kwasicą metaboliczną¹² oraz narastające opóźnienie umysłowe i psychoruchowe, brak odruchów głębokich, wiotkość mięśni, uszkodzenie kości^{3,9}. W ostatnim okresie choroby opisane wyżej zmiany postępują, dołączają się ślepotą jako następstwo powikłań ocznych. Rokowanie jest poważne, choroba kończy się najczęściej zejściem śmiertelnym w okresie dojrzewania.

Przypadek własny

3-tygodniowe niemowlę płci męskiej przyjęte zostało do oddziału okulistyki CZMP z powodu obustronnych zaćm spostrzeżonych w 1 tygodniu życia. Dziecko urodziło się siłami natury jako wcześniak w 34 tygodniu ciąży, z masą ciała 2250g. Apgar 6. Matka w czasie ciąży chorowała. Rodzice dziecka i starsza siostra są zdrowi, nie podają dolegliwości ze strony narządu wzroku.

Badaniem okulistycznym w dniu przyjęcia stwierdzono następujące odchylenia od normy: wąskie nie reagujące na światło źrenice, soczewki w obu oczach zmętniałe we wszystkich warstwach szczególnie w centrum, w oku prawym tężówka z poroszczonymi naczyniami przechodzącymi na torebkę przednią soczewki. Dalsze odcinki oczu niemożliwe do oceny. Po podaniu mydriatyków źrenice rozszerzyły się miernie. W obu oczach uwidoczniły się rozrosty tylne. USG galek wykazało wzmoczoną echogeniczność soczewek bez innych zmian strukturalnych. Długość galek wynosiła symetrycznie 14 mm. Zapisy VER i ERG prawidłowe w obu oczach.

Z Oddziału Okulistyki Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi
Ordynator: prof. dr hab. Janusz Czajkowski

Z Katedry i Kliniki Chorób Oczu AM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. Bazyli Bogorodzki

Z Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi

Kierownik: lek. med. Janina Rutnicka-Vitali

Reprint requests to:

Dr med. Mirosława Gralek

ul. Zgierska 75/81 m. 150, 91-464 Łódź