

Przypadek zaawansowanego raka kolczystokomórkowego okolicy skroniowej

Advanced squamous cell carcinoma of the temporal skin – case report

Robert Bilewicz¹, Magdalena Doroszyńska-Tomczyk¹, Krzysztof Dalke¹, Andrzej Świątkiewicz², Andrzej Zieliński²

¹Katedra i Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
Kierownik: prof. dr hab. med. Henryk Kaźmierczak

²Klinika Chirurgii Plastycznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika
Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Zieliński

Przegl Dermatol 2009, 96, 221–225

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:

rak głowy i szyi, zaawansowany rak skóry, rak podstawokomórkowy skóry, rak płaskonabłonkowy skóry, rak kolczystokomórkowy.

KEY WORDS:

carcinoma of the head and neck, advanced carcinoma of the skin, basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma.

Wprowadzenie: Rak skóry jest najczęstszym nowotworem złośliwym u człowieka. Przeważnie lokalizuje się na częściach odsłoniętych, narażonych na promieniowanie słoneczne. Leczeniem z wyboru raków skóry jest leczenie chirurgiczne.

Cel pracy: Przedstawienie przypadku i strategii postępowania z chorym z zaawansowanym rakiem skóry głowy.

Opis przypadku: Mężczyznę, lat 88, z rozległą wznową raka skóry okolicy skroniowej, którego główną dolegliwością był silny ból głowy, leczono chirurgicznie. Usunięto guz podczas operacji selektywnej układu chłonnego szyi i rekonstrukcji ubytków poresekcyjnych. Ubytek skóry pokryto płatem skóry zrotowanym z okolicy ciemieniowej. Wynik badania histopatologicznego wykazał obecność raka podstawokomórkowego. Nie potwierdzono przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych. Po 5 miesiącach obserwacji wystąpiła wznowa miejscowa. Za pomocą biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej guza wykazano raka płaskonabłonkowego. Zastosowano wówczas leczenie paliatywne.

Wnioski: Rozległa resekcja guza złośliwego głowy i szyi w wybranych przypadkach jest możliwa i korzystniejsza mimo złego rokowania niż zastosowanie leczenia zachowawczego. Pojawienie się rozbieżności histopatologicznych w tych przypadkach nie wpływa na zaplanowanie taktyki postępowania. W leczeniu chirurgicznym rozległych ubytków skóry głowy i szyi można zastosować płaty lokalne. Wymagane jest wówczas leczenie interdyscyplinarne.

ABSTRACT

Introduction: Skin cancer is the most common human malignant neoplasm. It is mainly found on uncovered parts of the skin exposed to the sun. The treatment of choice is surgery.

Objective: The aim of the study is to present a case of advanced carcinoma of the scalp and to discuss treatment strategies.

Case report: The 88-year-old man with extensive relapsing temporal skin cancer was treated with surgery. His main complaint was headaches. The tumour was removed with selective cervical neck dissection and reconstruction procedures simultaneously. The wound was covered by dislocation of a skin flap from the parietal area. Histopathological examination revealed basal cell carcinoma. Metastases to regional lymph

ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr med. Robert Bilewicz
Katedra i Klinika Otolaryngologii
ul. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz
e-mail: robbil@umk.pl

nodes were not found. After 5 months' observation a local relapse appeared. The needle aspiration biopsy showed squamous cell carcinoma. Then palliative treatment was introduced.

Conclusions: Extensive resection of a malignant tumour of the head and neck in some cases is possible and more beneficial in spite of poor prognosis. Discrepancies in histopathological examination in these cases do not affect the planning of treatment strategy. In therapy of extensive loss of skin of the head and neck regional flaps can be used. Then interdisciplinary treatment is required.

WPROWADZENIE

Raki skóry są najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi u człowieka [1]. U rasy białej stanowią one 30% wszystkich nowotworów złośliwych, z czego ponad 70% to raki podstawnokomórkowe, wywodzące się z komórek powierzchniowej warstwy naskórka [2]. Drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym skóry jest rak kolczystokomórkowy, wywodzący się z wrzecionowatych komórek warstwy kolczystej. Oba nowotwory występują w proporcji 10 : 1. Na trzecim miejscu znajduje się czerniak. Większość nowotworów złośliwych zlokalizowanych jest na skórze odsłoniętych części ciała, narażonych na działanie promieniowania słonecznego. Raki skóry ulegają owrzodzeniu albo mają formę guzkową, bez tworzenia owrzodzeń. Raki wrzodziejące wykazują zwykle tendencję do agresywnego wzrostu i przerzutów, które są rzadkie w przypadkach raka podstawnokomórkowego. Raki płaskonabłonkowe (kolczystokomórkowe) głowy i szyi mają natomiast większą skłonność do przerzutów niż zmiany zlokalizowane w innych okolicach. Terapią z wyboru raków skóry jest leczenie chirurgiczne. Guz należy usunąć z marginesem makroskopowo niezmięnionej skóry. W przypadku raka podstawnokomórkowego margines ten powinien wynosić 5 mm, a w przypadku raka kolczystokomórkowego – 1 cm [3]. Po resekcji guza powstaje ubytek tkanek, który wymaga jednoczesnej lub odroczonej rekonstrukcji. Zwykle odsłonięte kości czaszki wymagają natychmiastowego pokrycia przez skórę z innych okolic, zapobiegającego wystąpieniu martwicy kości. Do pokrycia ubytków poresekcyjnych tkanek stosuje się wolne przeszczepy skóry pośredniej grubości, płaty lokalne lub odległe, wolne płaty przenoszone technikami mikrochirurgicznymi lub wykorzystuje się także elementy tkankowe.

CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja przypadku i strategii postępowania z chorym z zaawansowanym rakiem skóry głowy.

OPIS PRZYPADKU

Chory (nr historii choroby 2503/08), lat 88, został przyjęty do Kliniki z powodu obecności rozległego owrzodzenia w okolicy skroniowej prawej stanowiącego wznowę raka kolczystokomórkowego G-2 skóry tej okolicy. Według zebranego wywiadu ustalono, że chory 4 miesiące wcześniej przeżył operację usunięcia owrzodzenia skóry okolicy skroniowej prawej o średnicy około 3,5 cm w jednym ze szpitali rejonowych. Jednocześnie wykonano wówczas przeszczep skóry pełnej grubości. Wyniki badania histopatologicznego usuniętego materiału wykazały obecność raka kolczystokomórkowego. W okresie pooperacyjnym wystąpiło powikłanie gojenia się przeszczepu w postaci martwicy. W tym samym ośrodku z tego powodu usunięto tkanki martwicze i ponownie przeszczepiono skórę. Nie wykonywano wówczas badania histopatologicznego usuniętych tkanek.

W chwili przyjęcia do Kliniki u chorego stwierdzono rozległe owrzodzenie skóry okolicy skroniowej i małżowiny usznej po stronie prawej (ryc. 1.) z zastojem chłonki w okolicy podoczodołowej. Owrzodzenie to rozpoznano jako wznowę wcześniej usuwanego raka skóry. Chory był obciążony innymi schorzeniami, takimi jak uogólniona miażdżycza, nadciśnienie tętnicze i zaćma obuoczną. W badaniu tomografii komputerowej głowy z kontrastem wykazano patologiczne wzmocnienie i pogrubienie tkanek miękkich prawej okolicy skroniowej z naciekaniem przez guz mięśni skroniowego, żwacza i mięśni jarzmowych oraz ucha zewnętrznego, ślinianki przyusznej wraz z okolicą stawu skroniowo-żuchwowego. Nie stwierdzono zmian osteolitycznych w kościach twarzoczaszki (ryc. 2.).

Spośród dolegliwości podawanych przez chorego dominujący był ból wynikający z podrażnienia zakończeń pierwszej i drugiej gałązki nerwu trójdzielnego. Z tego powodu choremu podawano silne środki przeciwbólowe. W przeprowadzonych badaniach ultrasonograficznych szyi odnotowano obecność węzłów chłonnych o rozmiarach do 1,2 cm w polach szyjnych po stronie owrzodzenia skroniowego, a po stronie przeciwnej – węzłów chłonnych o wymiarach do 0,8 cm. W badaniu

radiologicznym klatki piersiowej nie wykazano ewidentnych cieni mogących sugerować przerzuty nowotworowe. Po badaniu internistycznym chorego zakwalifikowano do leczenia chirurgicznego z jednoczesną rekonstrukcją ubytków tkankowych. Zabieg przeprowadzono przy współudziale chirurga plastyka. W czasie zabiegu wykonano selektywne usunięcie węzłów chłonnych szyi po stronie prawej. Guz o średnicy około 7,5 cm wycięto w jednym bloku tkanek wraz z całą małżowiną uszną i z zachowaniem 1-centymetrowego marginesu na skórze wokół guza (ryc. 3.).

Guz odpreparowano wraz z okostną dołu skroniowej i podskroniowej z pozostawieniem niezmienionej skóry przewodu słuchowego zewnętrznego. Podczas

operacji usunięto także płat powierzchniowy ślinianki przyusznej, łuk jarzmowy oraz wyrostek stawowy żuchwy wraz ze stawem skroniowo-żuchwowym (ryc. 4.).

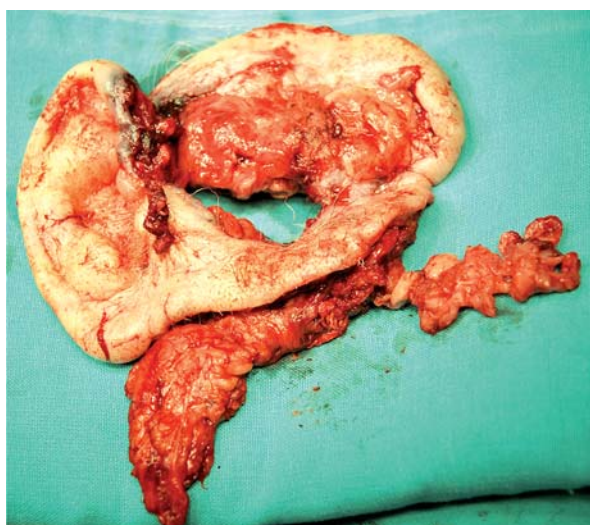
Ubytek po wycięciu nowotworu pokryto płatem zrotowanym z okolicy ciemieniowej. W przemieszczonym płacie wykonano rekonstrukcję otworu do przewodu słuchowego zewnętrznego z zastosowaniem drenika w przewodzie słuchowym, zapobiegającego jego zwężeniu. Ubytek skóry okolicy ciemieniowej pokryto przeszczepem skóry pośredniej grubości z uda lewego. W okresie pooperacyjnym nie obserwowano powikłań. Gojenie ran było prawidłowe. W badaniu histopatologicznym usuniętych tkanek (nr badania 1155) stwierdzono raka podstawnokomórkowego naciekającego



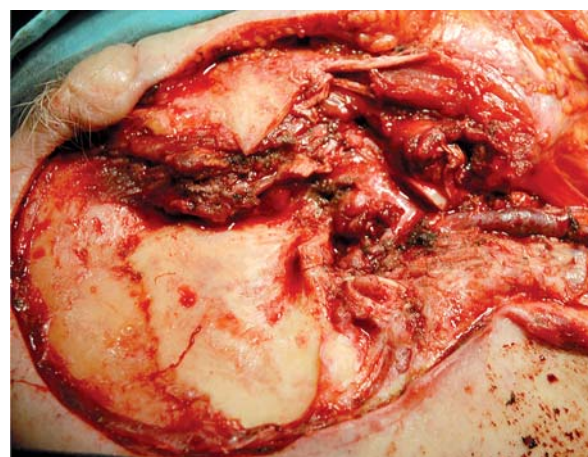
Ryc. 1. Wznowa raka płaskonabłonkowego skóry okolicy skroniowej i małżowiny usznej prawej w zakresie obrąbka i skrawka
Fig. 1. Relapse of squamous cell carcinoma of the right temporal area and the helix and tragus of auricular concha



Ryc. 2. Obraz tomografii komputerowej rozległego owrzodzenia okolicy skroniowej i ucha zewnętrznego po stronie prawej
Fig. 2. Computed tomography scan of the right temporal area and external ear



Ryc. 3. Usunięty guz w jednym bloku z małżowiną uszną
Fig. 3. The tumour with the auricular concha removed in one block



Ryc. 4. Obraz śródoperacyjny po usunięciu guza okolicy skroniowej, małżowiny usznej, płata powierzchniowego ślinianki przyusznej i stawu skroniowo-żuchwowego
Fig. 4. Intraoperative picture after removal of the tumour of the temporal area, auricular concha, superficial lobe of parotid gland and the temporomandibular joint



Ryc. 5. Chory po operacji resekcji guza i rekonstrukcji tkanek
Fig. 5. Patient after resection of the tumour and reconstruction procedures

tkanki dołu skroniowego i podskroniowego wraz z małżowiną uszną i stawem skroniowo-żuchwowym. Nacieki nowotworowe odnotowano w pobliżu linii cięcia, bez obecności komórek nowotworowych w samej linii cięć. Nie potwierdzono naciekania przez guz ślinianki przyusznej, a także nie wykazano przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych szyi. W okresie pooperacyjnym przez 3 tygodnie utrzymywano dren w przewodzie słuchowym zewnętrznym, zapobiegając jego bliznowatemu zwężeniu. Zaawansowanie nowotworu sklasyfikowano na pT4aN0M0 i skierowano do dalszego leczenia onkologicznego (ryc. 5).

Ze względu na stan ogólny chorego i ryzyko związane z efektami ubocznymi ewentualnej radioterapii odstąpiono od tego rodzaju leczenia. Po 5 miesiącach obserwacji stwierdzono pojawienie się guza w okolicy jarzmowej prawej. W badaniu tomografii komputerowej wykazano rozrzedzenia struktury kostnej kości skroniowej i jarzmowej prawej, co spowodowało weryfikację histopatologiczną guza okolicy jarzmowej prawej. Wyniki badania histopatologicznego materiału pobranego w punkcji cienkoigłowej (nr badania 6055) wskazały na obecność komórek raka płaskonabłonkowego. Ze względu na ogólny stan chorego zastosowano leczenie paliatywne. Chory pozostaje pod stałą obserwacją.

OMÓWIENIE

Rozległe, zaawansowane nowotwory złośliwe skóry w obrębie głowy i szyi stawiają często lekarza przed dylematem podjęcia decyzji odnośnie do sposobu leczenia. Problem jest trudniejszy w przypadku niepowodzenia wcześniej zastosowanego leczenia chirurgicznego lub u chorych w zaawansowanym wieku. Pierwotnie przeprowadzone leczenie zwykle dotyczy resekcji guza o niż-

szym stopniu zaawansowania. Do zaopatrzenia ubytku tkanek do 3 cm średnicy po resekcji stosuje się zwykle zmobilizowaną skórę i tkankę podskórną z sąsiedztwa. Większe ubytki poresekcyjne uzupełnia się płacami lokalnymi, odległymi lub wolnymi płacami skórnymi pośredniej grubości [1, 3–6]. W przypadku wznowy guza rekonstrukcja z wykorzystaniem płatów z tkanek sąsiednich często jest niemożliwa z powodu wytworzonych blizn i wcześniej już wykorzystanego unaczynienia przemieszczonego pierwotnie płata. W takich sytuacjach zachodzi konieczność stosowania do rekonstrukcji ubytków wolnych płatów lub przemieszczenia płatów z bardziej odległych okolic, np. płat skórno-mięśniowy z mięśnia piersiowego większego [3]. W prezentowanym przypadku decyzję o zastosowaniu uszypułowanego płata ciemieniowego razem z wolnym przeszczepem skóry pośredniej grubości z uda podjęto z uwagi na zachowane unaczynienie od tętnicy potylicznej i usznej tylnej [7] oraz ze względu na zaawansowany wiek chorego. Zaopatrzenie tak rozległego ubytku skóry okolicy skroniowej płatem ze skóry klatki piersiowej czy szyi w tym wieku uznano za ryzykowne, związane głównie ze zbyt skąpym unaczynieniem tkanek uszypułowanego płata. Metoda ta, znacznie bardziej okaleczająca, byłaby również trudna do zaakceptowania przez samego pacjenta.

Istotny w przypadkach zaawansowanej wznowy nowotworowej skóry głowy jest wybór metody leczenia, tzn. operacja czy leczenie paliatywne? W pierwszej kolejności należy ustalić możliwości racjonalnej chirurgii oraz akceptację przez samego chorego metody terapii i związanego z tym ewentualnego okaleczenia. Podejmując decyzję, należy także rozważyć możliwość wystąpienia kolejnej wznowy guza i jej leczenia w przyszłości. W przedstawionym przypadku znaczącym faktem do podjęcia decyzji były ponadto dolegliwości zgłaszane przez chorego. Dominującym objawem okazał się silny ból, który nie ustępował w wyniku farmakoterapii przeciwbólowej. Ustąpienie bólu było natomiast możliwe w wyniku usunięcia jego przyczyny, tzn. rozległego owrzodzenia nowotworowego. Pooperacyjna obserwacja chorego potwierdziła znaczne złagodzenie dolegliwości. Mimo pojawienia się kolejnej wznowy nowotworu, dolegliwości chorego pozostały niewspółmiernie mniejsze, niż byłyby w przypadku odstąpienia od leczenia chirurgicznego.

Rozbieżności występujące w badaniu histopatologicznym guza pierwotnego i kolejnych wznów, w bardzo zaawansowanych guzach, nie mają istotnego znaczenia w decydowaniu o leczeniu. Utkania raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego mogą występować w obrębie tego samego guza bez stref przejściowych między nimi lub w obrębie raka podstawnokomórkowego może pojawić się różnicowanie w kierunku raka płaskonabłonkowego [8]. Tak różnicujący się rak zwykle wiąże się z dużą agresywnością i występowaniem nawrotów. Potwierdza to prezentowany przypadek. Lecze-

nie, bez względu na rozpoznanie histopatologiczne, powinno być operacyjne, w przypadku raka płaskonabłonkowego dodatkowo poszerzone o usunięcie układu chłonnego szyi.

Leczenie chirurgiczne tak zaawansowanych nowotworów skóry głowy powinno odbywać się w ośrodkach mających doświadczenie w chirurgii onkologicznej i chirurgii plastycznej. Niezbędny jest wówczas zespół skupiający się na radykalnej resekcji guza i drugi – zespół chirurgów plastycznych i chirurgów naczyniowych – podejmujący zaplanowaną rekonstrukcję strukturalną i funkcjonalną ubytków tkankowych. To współdziałanie interdyscyplinarne przekłada się wówczas na efekt terapeutyczny [1, 2].

WNIOSKI

1. Wydaje się, że w wybranych przypadkach rozległa resekcja guza złośliwego głowy i szyi znacznie okaleczająca chorego jest – mimo złego rokowania – możliwa i korzystniejsza niż zastosowanie leczenia zachowawczego.

2. Pojawiające się rozbieżności histopatologiczne w przypadku rozległych zmian nowotworowych głowy i szyi nie wpływają na zaplanowanie taktyki postępowania.

3. Zaawansowane guzy złośliwe skóry głowy i szyi wymagają interdyscyplinarnego leczenia chirurgicznego.

4. W leczeniu chirurgicznym rozległych ubytków skalpu można zastosować płaty lokalne.

Otrzymano: 10 II 2009 r.

Zaakceptowano: 2 IV 2009 r.

Piśmiennictwo

1. **Lai S.Y., Weber R.S.:** Cutaneous malignancies of the head and neck. *Operative Techniques in General Surgery* 2004, 6, 132-142.
2. **Abo Sedira M., Amin A.A., Rifaat M.A., El-Sebai H.I., El-Badawy M.A.A., Kassem H.A.A.:** Locally advanced tumors of the scalp: the Egyptian National Cancer Institute experience. *J Egypt Natl Canc Inst* 2006, 18, 250-257.
3. **Kowalik S.:** Podstawy operacji rekonstrukcyjnych powłok twarzy. [w:]. *Chirurgia twarzy*. S. Kowalik (red.). Wyd. I. Medop, Stalowa Wola 2005, 65-79.
4. **Shah J.P., Patel S.G.:** Head and neck surgery and oncology. Wyd. III, Mosby, Edynburg, Londyn, Nowy Jork 2003.
5. **De Haro F., Giraldo F.:** Bipedicled fronto-occipital flap for reconstruction of postoncologic defects of the lateral scalp. *Plast Reconstr Surg* 2001, 107, 506-510.
6. **Wells M.D.:** Scalp reconstruction. [w:] *Plastic surgery*. S.J. Mathes, V.R. Hentz (red.) Wyd. II, Saunders, Philadelphia 2006, 3, 607-625.
7. **Krmpotić-Nemanić J., Draft W., Helms J.:** Surgical anatomy of head and neck. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Nowy Jork 1985.
8. **Leibovitch I., Huilgol S.C., Selva D., Richards S., Paver R.:** Basosquamous carcinoma – treatment with Mohs micrographic surgery. *Cancer* 2005, 104, 170-175.