

KONRAD WROŃSKI^{1,2}

Rekonstrukcja ubytku wargi górnej uszypułowanym płatem z fałdu nosowo-wargowego po wycięciu nowotworu – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa

Reconstruction of loss upper lips pediculated nasolabial flap after neoplasm resection – case report and a review of literature

¹Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn

KEY WORDS

nasolabial flap, lip, carcinoma, surgical flaps, treatment

SUMMARY

Malignant neoplasm of the lip constitute 8-12% of all cancers of the head and neck. In terms of histological most common malignancy is squamous cell carcinoma accounting for about 98% of all cases. The vast majority, about 93% of cancers lip is located within the lower lip. 5% of cancers are located within the upper lip and 2% in the corner of the mouth. Carcinogenic factors in the etiology of lip cancer include smoking, infection with HSV and HPV viruses, alcohol and exposure to sunlight.

Excision of malignant lip requires the implementation of reconstruction lips. Today there are many different methods lip defect reconstruction after radical resulting malignant tumor resection, but most of these methods relates to the lower lip. One method to reconstruct the defect formed after resection of the upper lip is the use of pedicle flap from the naso-labial fold.

This article presents a case of 72-year-old patient with cancer of the upper lip, who had the reconstruction of the lip defect after resection of a malignant tumor using pediculated nasolabial flap.

WPROWADZENIE

Nowotwory złośliwe wargi stanowią 8-12% wszystkich nowotworów głowy i szyi (1, 2). Pod względem histopatologicznym najczęściej spotykanym nowotworem złośliwym jest rak płaskonabłonkowy stanowiący około 98% przypadków (1). Do innych nowotworów złośliwych wargi, występujących rzadziej, zaliczamy: raka podstawonokomórkowego, czerniaka i raki z drobnych gruczołów ślinowych. Zdecydowana większość, bo około 93% raków wargi, zlokalizowana jest w obrębie wargi dolnej (2). 5% raków zlokalizowanych jest w obrębie wargi górnej, a 2% w kącie ust (1-4). Do czynników kancerogennych w etiologii raka wargi zaliczamy: palenie tytoniu, zakażenia wirusami HSV i HPV, picie alkoholu i ekspozycję na promieniowanie słoneczne (4).

Obecnie istnieje wiele różnych metod rekonstrukcji ubytku w wardze powstałego po radykalnym wycięciu nowotworu złośliwego. Pierwszy opis rekonstrukcji wargi pochodzi z książki Celsusa pt.: „De medicina libri octo” datowanej na 50 rok przed narodzinami Chrystusa. Inne stosowane do dnia dzisiejszego metody rekonstrukcji wargi to: metoda von Burowa z 1855 roku, Bernarda z 1853 roku czy Eslandera z 1968 (1, 2). Większość opisanych metod leczenia dotyczy rekonstrukcji wargi dolnej (1-3). Jedną z metod rekonstrukcji ubytku powstałego po wycięciu guza wargi górnej jest zastosowanie uszypułowanego płata z fałdu nosowo-wargowego. Podskórny płat nosowo-wargowy został po raz pierwszy opisany przez Sushruta w 600 roku przed Chrystusem, ale używany był głównie do zabiegów rekonstrukcyjnych zewnętrznej części nosa.

OPIS PRZYPADKU

72-letnia kobieta została przyjęta do Oddziału Chirurgii Onkologicznej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie z powodu rozpoznanego raka płaskonabłonkowego wargi górnej celem planowego leczenia chirurgicznego (ryc. 1, 2). W wywiadzie guz wargi górnej obecny od około roku, w ciągu ostatnich dwóch miesięcy chora zaobserwowała szybszy wzrost guza.

W wywiadzie chora nie leczyła się na żadne choroby przewlekłe. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłań od normy.

Badaniem palpacyjnym wargi górnej stwierdzono guz średnicy około 2 cm naciekający błonę śluzową (ryc. 2).

W badaniu palpacyjnym węzły chłonne przeduszne, wewnątrzprzusznicze, podzuchwowe i węzły chłonne szyjne nie były powiększone – cT2N0M0. W wykonanym badaniu USG szyi nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych.

Pacjentka została zakwalifikowana do leczenia chirurgicznego. Przed rozpoczęciem operacji zaznaczono flamastrzem rozległość zabiegu operacyjnego (ryc. 3). U chorej wycięto guz wargi górnej wraz z marginesem tkanek zdrowych (ryc. 4). Ubytek powstały po wycięciu guza nowotworowego pokryto uszypułowanym płatem z fałdu nosowo-wargowego (ryc. 4-6). Czas trwania zabiegu operacyjnego wynosił 60 minut.

Po zabiegu operacyjnym chora czuła się dobrze, nie zgłaszała dolegliwości bólowych. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Efekt kosmetyczny zabiegu był dla chorej w pełni satysfakcjonujący (ryc. 7). Pacjentka w pierwszej dobie po operacji została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. W badaniu histopatologicznym stwierdzono rak płaskonabłonkowy G2. Obecnie chora znajduje się pod opieką Poradni Chirurgii Onkologicznej w SP ZOZ MSW z W-MCO w Olsztynie. Po trzech miesiącach



Ryc. 1. Rak płaskonabłonkowy wargi górnej.



Ryc. 2. Rak wargi górnej naciekający błonę śluzową.



Ryc. 3. Zdjęcie wykonane przed rozpoczęciem zabiegu operacyjnego przedstawiające planowane wycięcie guza.



Ryc. 4. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego przedstawiające stan po wycięciu raka wargi górnej.



Ryc. 5. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego przedstawiające początek rekonstrukcji ubytku wargi górnej po wycięciu guza nowotworowego.



Ryc. 6. Zdjęcie wykonane w trakcie zabiegu operacyjnego przedstawiające stan po rekonstrukcji ubytku wargi górnej uszypułowanym płatem z fałdu nosowo-wargowego.



Ryc. 7. Zdjęcie wykonane w pierwszej dobie po operacji przedstawiające efekt rekonstrukcji ubytku wargi górnej po wycięciu guza nowotworowego uszypułowanym płatem z fałdu nosowo-wargowego.

od zabiegu operacyjnego nie stwierdzono u chorej nawrotu procesu nowotworowego.

OMÓWIENIE

Mimo iż guz wargi jest łatwy do zauważenia przez chorego i powinien stanowić sygnał o natychmiastowym pojawieniu się w poradni lekarza rodzinnego celem dalszego leczenia, to większość chorych bagatelizuje wczesne objawy raka wargi.

Weryfikacja raka wargi powinna się odbyć na podstawie biopsji guza lub biopsji wycinającej (1, 2). W przypadku podejrzenia raka wargi pacjent powinien mieć zbadane oburęcznie węzły chłonne od strony dna jamy ustnej i szyi (1). W przypadku raka wargi górnej niezbędna jest ocena węzłów chłonnych przyduszných, węzłów chłonnych leżących w obrębie ślinianki przyusznej oraz węzłów chłonnych szyjnych (1-3). W każdym przypadku raka wargi pacjent powinien mieć wykonane USG węzłów chłonnych szyi i ewentualną biopsję aspiracyjną cienkoigłową pod kontrolą USG w przypadku powiększonych węzłów chłonnych w celu potwierdzenia lub wykluczenia przerzutów raka do węzłów chłonnych (1-3).

Leczeniem raka wargi w przypadku T1N0 i T2N0 jest leczenie chirurgiczne; brachyterapia jest alternatywą (5). W przypadku guzów T3N0 i T4N0 stosuje się leczenie chirurgiczne, a w przypadku wątpliwych marginesów czy nacieku guza nowotworowego na żuchwę – uzupełniającą radioterapię (5).

W leczeniu chirurgicznym dąży się do uzyskania pełnej radykalności onkologicznej resekcji, zachowania unerwienia czuciowego i ruchowego, uzyskania optymalnego efektu kosmetycznego i zachowania funkcji szpary ust (1-3). Margines resekcji tkanek zdrowych powinien wynosić od 3 do 10 mm (1, 2).

Rekonstrukcja ubytków w wardze dolnej po wycięciu nowotworu złośliwego jest łatwiejsza niż w przypadku wargi górnej. Płat nosowo-wargowy jest idealnym płatem do rekonstrukcji małych ubytków wargi górnej po wycięciu raka (6). Płat ten znalazł także swoje zastosowanie do rekonstrukcji ubytków skóry powstałej po wycięciu nowotworów nosa, powieki dolnej czy języka (6-9).

Pojedynczy płat nosowo-wargowy może pokryć ubytek powstały po wycięciu nowotworu do 3 cm, natomiast zastosowanie do rekonstrukcji dwóch płatów nosowo-wargowych pozwala na pokrycie ubytku o wielkości 5 x 5 cm (8). Zastosowanie pojedynczego płata nosowo-wargowego zdaje egzamin przy guzach od T1 do T3 wargi górnej.

Dużą zaletą tego płata jest dobre unaczynienie, co zmniejsza ryzyko wystąpienia martwicy płata po operacji, a także ma znaczenie w przypadku skierowania pacjenta na radioterapię. Płat ten unaczyniony jest przez gałąź tętnicy twarzowej, tętnicę poprzeczną twarzy i tętnicę podczołową (10).

Pomimo że płat nosowo-wargowy jest dobrze unaczyniony, może dojść do powikłań po zabiegu operacyjnym. Palenie tytoniu jest związane ze zwiększonym ryzykiem martwicy

płata, ponieważ substancje zawarte w dymie tytoniowym powodują hipoksemię i zwężenie naczyń (9). Zła hemostaza podczas zabiegu operacyjnego, a także koagulopatia polekowa (przyjmowany przez pacjenta przed operacją kwas acetylosalicylowy, niesteroidowe leki przeciwzapalne czy witamina E) mogą spowodować wystąpienie krwiaka, który może doprowadzić do rozejścia się rany pooperacyjnej (9, 11). Dlatego ważne jest, aby dwa tygodnie przed zabiegiem operacyjnym oraz tydzień po operacji pacjenci nie przyjmowali leków powodujących koagulopatię, zaprzestali palenia tytoniu i picia alkoholu (9).

Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej po zastosowaniu płata uszypułowanego w chirurgii głowy i szyi wynosi 2,8% (12). Najczęstszym powikłaniem po zastosowaniu uszypułowanych płatów w chirurgii głowy i szyi jest ich przekrwienie żyłne, które może prowadzić do wystąpienia zatorów tętnic i w konsekwencji do martwicy płata (12).

Wydaje się, że zastosowanie uszypułowanego płata nosowo-wargowego jest łatwe technicznie, jednak wiele niuansów podczas operacji decyduje o końcowym sukcesie rekonstrukcji ubytku. Niektórzy autorzy uważają, że zabiegi rekonstrukcyjne ubytku wargi górnej płatem uszypułowa-

ny z fałdu nosowo-wargowego powinny być wykonywane w wysokospecjalistycznych ośrodkach mających doświadczenie w leczeniu raka wargi (12, 13).

Autor niniejszego artykułu uważa, że oddział chirurgiczny podejmujący się leczenia raka wargi powinien mieć doświadczenie w stosowaniu różnych metod resekcji i rekonstrukcji oraz w leczeniu przerzutów raka do regionalnych węzłów chłonnych.

WNIOSKI

1. Pacjenci z wolno powiększającym się owrzodzeniem, strupkiem, zgrubieniem powinni być jak najszybciej kierowani przez lekarzy rodzinnych do oddziałów specjalizujących się w leczeniu raka wargi.
2. Płat nosowo-wargowy jest idealnym płatem do rekonstrukcji małych ubytków wargi górnej po wycięciu nowotworu złośliwego.
3. Dobre unaczynienie płata sprawia, że może być on poddany radioterapii bez ryzyka wystąpienia w przyszłości martwicy.
4. Leczenie raka wargi powinno się odbywać w wyspecjalistycznych oddziałach chirurgii onkologicznej.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Konrad Wroński
Oddział Chirurgii Onkologicznej
Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim
Centrum Onkologii
ul. Aleja Wojska Polskiego 37,
10-228 Olsztyn
tel. +48 505-818-126
e-mail: konradwronski@wp.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Zitsch RP: Evaluation and surgical therapy of tumors of the oral cavity. Lip tumors. [W:] Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD: Comprehensive management of head and neck tumors. WB Saunders Comp, Philadelphia 1999: 673-685.
2. Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA: Stell and Maran's Head and Neck Surgery. Butterworth Heinemann, Oxford 2000.
3. Zitsch RP: Carcinoma of the lip. Otolaryngol Clin N Am 1993; 26: 265-277.
4. Wroński K, Bocian R, Depta A: Czy pacjenci wiedzą, że jednym z głównych czynników epidemiologicznych w raku wargi jest ekspozycja na promieniowanie słoneczne? Wpływ ekspozycji na promieniowanie słoneczne w powstawaniu raka wargi – przegląd piśmiennictwa. Nowa Stomatologia 2010; 4: 165-169.
5. Krzakowski M, Warzocha K (red.): Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013. Tom 1, VM Media Sp z o.o. VM Group sp. k., Warszawa 2013.
6. Kolokythas A: Long-term surgical complications in the oral cancer patient: a comprehensive review. Part II. J Oral Maxillofac Res 2010; 1(3): e2.
7. Ikeda C, Katakura A, Yamamoto N et al.: Nasolabial flap reconstruction of floor of mouth. Bull Tokyo Dent Coll 2007; 48(4): 187-192.
8. Ducic Y, Burye M: Nasolabial flap reconstruction of oral cavity defects: a report of 18 cases. J Oral Maxillofac Surg 2000; 58(10): 1104-1108.
9. El-Marakby HH: The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction. J Egypt Natl Canc Inst 2005; 17(4): 245-250.
10. Guero S, Bastian D, Lassau JP, Csukonyi Z: Anatomical basis of a new naso-labial island flap. Surg Radiol Anat 1991; 13(4): 265-270.
11. Joshi A, Rajendraprasad JS, Shetty K: Reconstruction of intraoral defects using facial artery musculomucosal flap. Br J Plast Surg 2005; 58(8): 1061-1066.
12. Ingh S, Kumar R, Pandey M: Nasolabial flap reconstruction in oral cancer. World J Surg Oncol 2012; 10: 227.
13. Chitlangia P, Kumuran E, Sabitha KS: Use of nasolabial flap in intra and extraoral reconstruction: our experience with 40 cases. J Maxillofac Oral Surg 2012; 11(4): 451-454.

nadesłano: 12.02.2015

zaakceptowano do druku: 27.02.2015