

Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος της ρινός

Πάστρας Β., Πέρος Γ., Τασούλης Α.

Ω.Ρ.Λ. Κλινική Γ.Ν.Ν. Αγρινίου

Περίληψη

Το Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος του προσώπου είναι από τα πλέον συχνά καρκινώματα του δέρματος, στην χώρα μας, εμφανίζεται σε άτομα που, λόγω επαγγέλματος, εκτίθενται στην ηλιακή ακτινοβολία. Από αυτά 25 - 30% συμβαίνουν στο δέρμα της ρινός. Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναφέρουμε 32 περιπτώσεις ασθενών με βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος της ρινός, που αντιμετωπίστηκαν στην ΩΡΛ Κλινική του ΓΝΝ Αγρινίου από το 1991 έως το 1998. Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, διαπιστώσαμε ότι το 62,5% ήταν γυναίκες. Το όριο ηλικίας κυμάνθηκε μεταξύ 50 - 85 ετών.

Όσον αφορά την τοπογραφική θέση, το πτερύγιο της ρινός ήταν η πλέον συχνή εντόπιση 31,2%, ακολουθούμενη από την κορυφή 25%, την πλάγια επιφάνεια της ρινός 18,7%, την ράχη της ρινός 12,5% και την πτερυγοπροσωπική και ρινοπροσωπική αύλακα 6,2%.

Η πιο σπάνια εντόπιση ήταν η στυλίδα και η ρίζα της ρινός 3, 1%. Όλες οι περιπτώσεις αντιμετωπίστηκαν χειρουργικά είτε με ελικοειδή εξαίρεση του όγκου και συμπλησίαση 12,5%, είτε με ελεύθερο μόσχευμα 25%, είτε με τοπικούς κρημνούς 59,4%. Η αφαίρεση όλων των βλαβών ήταν σε υγιείς ιστούς, το αισθητικό αποτέλεσμα υπήρξε θαυμάσιο, από δε τα ελεύθερα μόσχευματα ουδεμία απόρριψη είχαμε.

Εισαγωγή

Το Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα είναι η πλέον συχνή κακοήθεια που συμβαίνει στην λευκή φυλή. Συνήθως παρουσιάζεται στις ηλικίες από 50 έως 70 ετών.

Η περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου επηρεάζεται σε ποσοστό 80 έως 90% περίπου. Από αυτό το ποσοστό το 25 έως 30% εντοπίζεται στο δέρμα της ρινός (1,7). Η συχνότερη εντόπιση στην περιοχή της ρινός ευρίσκεται στην περιοχή του πτερυγίου (1,2).

Συνήθως παρουσιάζεται σαν μονήρης βλάβη αν και ενίοτε εντοπίζεται και ως πολλαπλή ή διαδοχικά εμφανιζόμενη.

Περίπου το 40% των ασθενών με βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, θα εμφανίσουν ένα ή περισσότερα καρκινώματα σε μία δεκατία (6).

Είναι βραδέως εξελισσόμενοι όγκοι, μη απειλητικοί για την ζωή. Κατά κανόνα δεν μεθίστανται, αν δε θεραπευθούν ατελώς υποτροπιάζουν και σε παραμελημένες περιπτώσεις προκαλούν μεγάλες καταστροφές των ανατομικών μορίων.

Υπόκεινται σε διάφορους τρόπους θεραπείας που λόγω της θέσεως τους αποτελούν πρόκληση από αισθητική άποψη.

Υπάρχουν πέντε κλινικοί τύποι βασικοκυτταρικού καρκινώματος:

1) Το Οζώδες. Ο πλέον συχνός τύπος, με ευκρινή κλινικά όρια. Εμφανίζεται σαν ένας μικρός κηρώδης όζος με μικρές τελεαγγειεκτασίες που συχνά εξαελκύνται.

2) Το ινώδες (Morphealike). Είναι το δεύτερο κατά σειρά συχνότητας. Εμφανίζεται σαν μια επίπεδη ή ελαφρώς πιεσμένη σκληρή υποκίτρινη πλάκα με ασαφή όρια. Το υπερκείμενο δέρμα παραμένει για μικρό χρο-

νικό διάστημα ανέπαφο πριν εξελκωθεί.

3) Το μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα. Διαφέρει από το οζώδεςμόνο στο ότι παρουσιάζει μελάγχρωση.

4) Το επιπολής Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα. Εμφανίζεται ως ερυθρόχρους πλάκα με εφελκίδες, που ομοιάζει με ψωρίαση με σχετικώς ευκρινή λεπτά όρια. Εντοπίζεται συχνότερα στον κορμό.

5) Ινοεπιθηλίωμα με συχνά ελαφρά μισχωτή ερυθρά εμφάνιση. Εντοπίζεται συχνότερα στην πλάτη.

Υπάρχουν και τρία κλινικά σύνδρομα στα οποία το Βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα αποτελεί ουσιώδη κλινική οντότητα. Αυτά είναι:

α) Το Σύνδρομο σπιλοειδούς (nevroid) βασικοκυτταρικού επιθηλιώματος. Μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό επικρατούν γονίδιο, με χαμηλή διεισδυτικότητα. Παρατηρούνται πολλαπλά βασικοκυτταρικά καρκινώματα στην κεφαλή, τον λαιμό και τον κορμό. Επίσης ανευρίσκονται εντυπώματα στις παλάμες και τα πέλματα.

β) Ο γραμμικός ετερόπλευρος βασικοκυτταρικός Σπίλος (Linear unilateral b.c. nevus). Ανευρίσκεται ένα ετερόπλευρο γραμμικό ή ζωστηροειδές ερύθημα αποτελούμενο από πολλαπλούς όζους βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων.

γ) Το Σύνδρομο Bazex που παρουσιάζει θυλακίωδη ατροφοδερμία με πολλαπλά βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα.

Επίσης υπάρχει το βασικοακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα με χαρακτηρισές ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Υποδιαιρείται στον μικτό και τον ενδιάμεσο τύπο. Το Μικτό καρκίνωμα όπου ένα ακανθοκυτταρικό επιθηλίωμα ευρίσκεται σε άμεση γειτονία με ένα βασικοκυτταρικό (6).

Από ιστολογική άποψη τα βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα, χωρίζονται σε αδιαφοροποίητα και διαφοροποιημένα.

Το μελαγχρωματικό βασικοκυτταρικό επιθηλίωμα, το ινώδες, το επιπολής και το ινοεπιθηλίωμα συνήθως παρουσιάζουν μικρή ή καθόλου διαφοροποίηση. Τα αδιαφοροποίητα επιθηλιώματα καλούνται γενικώς συμπαγή επιθηλιώματα.

Το οζώδες επιθηλίωμα όπως και οι βλάβες των ως άνω συνδρόμων, δυνατόν να είναι είτε διαφοροποιημένα είτε αδιαφοροποίητα.

Τα διαφοροποιημένα προς τα χαρακτηριστικά της τριχός ονομάζονται κερατωτικά επιθηλιώματα, τα προς τα χαρακτηριστικά των σμηγματογόνων αδένων κυστικά και τα προς τα των εκκρινών αδένων αδενοειδή βασικοκυτταρικά επιθηλιώματα (6).

Τα χαρακτηριστικά κύτταρα του βασικοκυτταρικού επιθηλιώματος έχουν μεγάλο οβάλ ή επιμήκη πυρήνα και λίγο κυτταρόπλασμα. Διαφέρουν από τα κύτταρα της βασικής στιβάδος της επιδερμίδας από την μεγαλύτερη αναλογία πυρήνος προς το κυτταρόπλασμα και την μη ύπαρξη μεσοκυττάρων γεφυρών. Μιτώσεις και διαφορές στο σχήμα δεν υπάρχουν.

Επίσης υπάρχουν ορισμένα ιστολογικά χαρακτηριστικά που υποδηλούν περισσότερο επιθετική συμπεριφορά: Εκτός από την κατά βάθος διείσδυση, η παρουσία μικρών ομάδων κυττάρων με ανώμαλη σταχαιοειδή εμφάνιση και η διήθηση με κύτταρα σε λεπτές δοκίδες με μια ή δύο σειρές κυττάρων, όπως και η παρουσία σκληρυντικού υποστρώματος.

Το ινώδες επιθηλίωμα θεωρείται πλέον επιθετικό, όπως επίσης και το βασικοακανθοκυτταρικό (μετατυπικό) (6,7).

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι θεραπείας όπως η απόξεση, η ηλεκτροκαυτηρίασις, η ακτινοθεραπεία και η χειρουργική.

Ο σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να παρουσιάσουμε την εμπειρία μας στην αντιμετώπιση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος. Αναφέρονται δημογραφικά αποτελέσματα ως και η ανατομική εντόπιση της νόσου.

Υλικό και Μέθοδοι

Πρόκειται για μια μελέτη 32 περιπτώσεων ασθενών με βασικοκυτταρικό καρκίνωμα του δέρματος της ρινός που αντιμετωπίστηκαν στην ΩΡΛ Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αγρινίου από το 1991 έως το 1998.

Όλες οι βλάβες ήταν πρωτοεμφανιζόμενες εκτός μίας γυναίκας η οποία είχε αντιμετωπισθεί με επιθηλίωμα της ράχως της ρινός και παρουσίασε μετά πέντε έτη νέα βλάβη στο πτερύγιο της ρινός.

Η εκλογή της μεθόδου της θεραπείας πρέπει να λαμβάνει υπόψιν την κλινική εικόνα, την εντόπιση της βλάβης, το μέγεθος και την ιστολογική εικόνα (7).

Η μέθοδος θεραπείας που επιλέχθηκε ήταν η χειρουργική.

Το μέγεθος των καρκινωμάτων που αντιμετωπίσαμε ήταν μέχρι 1,3cm. Ετσι το μέγεθος της βλάβης επέτρεπε με χειρουργικό όριο τεσσάρων χιλιοστών την πλήρη αφαίρεση της βλάβης. Η θέση και τα ιστολογικά χαρακτηριστικά συνηγορούσαν για την χειρουργική αφαίρεση, η δε παθολογοανατομική εξέταση βοηθά στον προσδιορισμό της επαρκούς εκρίζωσης της νόσου, ο χρόνος αποθεραπείας είναι σύντομος, οι ασθενείς περιπατητικοί και τα αισθητικά αποτελέσματα πολύ καλά.

Αποτελέσματα

Από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης διαπιστώσαμε ότι από δημογραφική άποψη το 62,5% των ασθενών ήταν γυναίκες και το 37,5% άνδρες.

Το όριο ηλικίας κυμάνθηκε μεταξύ 50 και 85 έτη.

Όσον αφορά την τοπογραφική θέση, το πτερύγιο της ρινός ήταν η πλέον συχνή εντόπιση 31,2%, ακολουθούμενη από την κορυφή 25%, την πλάγια επιφάνεια της ρινός 18,7%, την ράχη της ρινός 12,5%, την πτερυγοπροσωπική και ρινοπροσωπική αύλακα 6,2%. Η πιο σπάνια εντόπιση ήταν η στυλίδα και η ρίζα της ρινός 3,1%. σχ. 1

Οι χειρουργικές τεχνικές με τις οποίες αντιμετωπίστηκαν οι βλάβες ήσαν: πέντε περιπτώσεις με ελιψοειδή αφαίρεση του όγκου και συμπλησίαση, οκτώ περιπτώσεις με ελεύθερο μόσχευμα και 19 περιπτώσεις με τοπικούς κρημνούς.

Συζήτηση

Το δέρμα της ρινός είναι μια συχνή περιοχή καρκίνων του δέρματος, τα περισσότερα από τα οποία είναι βασικοκυτταρικά καρκινώματα (3,4).

Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται η έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, η προηγούμενη ακτινοθεραπεία, η ανοσοκαταστολή, η λήψη αρσενικού και

κατά δεύτερο λόγο οι ουλές μετά από έγκαυμα ή άλλης αιτιολογίας (2,6,7).

Η πλειονότητα των επιθηλιωμάτων επεκτείνεται τοπικά και η μετάστασις είναι σπάνια (2).

Το δέρμα της ρινός θεωρείται ως περιοχή υψηλού κινδύνου (3) με περισσότερες πιθανότητες υποκλινικής επέκτασης του όγκου και υποτροπής λόγω πιθανώς εμβρυολογικών συνενώσεων της περιοχής (1,4).

Σπανίως διηθεί το περιχόνδριο αλλά έχει την τάση να επεκτείνεται κάτω από το δέρμα και υπάρχει σχετική δυσκολία στον ακριβή προσδιορισμό των ορίων (1).

Στην μελέτη μας η πλειονότητα των ασθενών ήσαν θήλειες με υπέρταση του πτερυγίου από πλευράς ανατομικής εντόπισης. Αυτή η εντόπιση μας βρίσκει σύμφωνους με άλλες μεγάλες μελέτες (2,3).

Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στο πτερύγιο της ρινός και η σπανιότητα της εντόπισης στην στυλίδα πιθανώς υποδηλεί τον ρόλο της ηλικιακής ακινοβολίας.

Το 12,5% των όγκων αντιμετωπίστηκε με ελιψοειδή αφαίρεση και συμπλησίαση των χειλέων όπου το δέρμα ήταν λεπτό και κινητό με μικρή βλάβη.

Το κεφαλικό 1/3 του δέρματος της ράχως της ρινός είναι λεπτό και κινητό και προσφέρεται για πρωτογενή σύγκλιση για μικρού μεγέθους βλάβες.

Εν αντιθέσει τα 2/3 ουραία τμήματα της ρινός έχουν παχύ και σχετικά ακίνητο δέρμα, που καθιστούν αδύνατη την συμπλησίαση.

Μικρά ελλείματα στην περιοχή αυτή καλύτερα αντιμετωπίζονται με ελεύθερα μοσχεύματα ολικού πάχους (4,8).

Το 25% των περιπτώσεων μας αντιμετωπίστηκαν με ελεύθερο μόσχευμα ολικού πάχους είτε από την οπισθοωτιαία περιοχή είτε από την υπερκλειδί.

Αφορούσαν δε την κορυφή της ρινός.

Το μόσχευμα συρράπτεται και τοποθετείται πιεστική γάζα. Πέντε ημέρες αργότερα αφαιρείται η γάζα. Το υποκείμενο δέρμα έχει μια ροδόχρου έως ερυθροκύανη απόχρωση. Η εμφάνιση καλύτερα κατά την διάρκεια των επόμενων εβδομάδων. Δεν είχαμε καμία απόρριψη μοσχεύματος.

Το 59,4% των περιπτώσεων αντιμετωπίστηκε με τοπικούς κρημνούς.

Οι κρημνοί δέρματος γενικά χρησιμοποιούνται όταν το έλλειμα είναι μεγάλο για πρωτογενή σύγκλιση ή όταν η απλή σύγκλιση έχει σαν αποτέλεσμα μεγάλη τάση ή παραμόρφωση. Χρησιμοποιώντας κρημνούς επιτυγχάνεται αναδιανομή της τάσης ή του ιστού σε μια δεδομένη περιοχή.

Κατά την δημιουργία ενός κρημνού δύο είναι οι σημαντικές κινήσεις: η πρώτη είναι η μετακίνηση του κρημνού προς το έλλειμα και η δεύτερη η συμπλησίαση των χειλέων του τραύματος προς τον κρημνό ούτως ώστε να ελαττώνεται η τάση (8).

Εμείς χρησιμοποιήσαμε τον απλό προωθημένο κρημνό (7,8,9) όπου ο κρημνός μετακινείται σε ευθεία γραμμή προς το έλλειμα.

Αυτό προϋποθέτει δυνατότητα μετακίνησης ίσου ποσού ιστού από όλες τις κατευθύνσεις. Η βλάβη εντοπιζόταν στην ράχη της ρινός και η βάση του κρημνού προς το μέτωπο, είτε προς την παρειά. Καθώς προωθείται ο κρημνός προς το έλλειμα για να αποφευχθεί η δυσμορφία στην βάση του, αφαιρείται μία

μικρή τρίγωνος περιοχή.

Ο περιστροφικός κρημνός γενικώς δημιουργείται κάνοντας μια τοξοειδή τομή από την βάση ενός τριγωνικού ελλείματος. Ο κρημνός προωθείται στο έλλειμα με μία ελαφρά περιστροφική κίνηση.

Εμείς κυρίως χρησιμοποιήσαμε τον μεσόφρυο περιστροφικό κρημνό για καρκινώματα της ράχως της ρινός. Αυτή η περιοχή έχει πολύ καλή αιμάτωση από τα υπερκόγχια και υπερτροχίλια αγγεία καθώς και κάθετες πτυχές με πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα.

Επίσης η δότρια περιοχή συρράπτεται με απλή σύγκλιση.

Ο ρινοχειλικός κρημνός χρησιμοποιεί μια περιοχή με μεγάλη χαλαρότητα δέρματος την παρειά και δύναται να καλύψει ελλείματα της ράχως, της κορυφής και του πτερυγίου της ρινός. Εάν παρεμβάλλεται φυσιολογικός ιστός μεταξύ του ελλείματος και της βάσεως του κρημνού, αφαιρείται. Το περιφερικό άκρο του κρημνού σμικρύνεται βαθμιαία σε μια γωνία 300 για να αποφευχθεί η δυσμορφία όταν συγκλείεται το δευτερογενές έλλειμα. Η ουλή του δευτερογενούς ελλείματος συγκαλείπεται από την ρινοχειλική πτυχή.

Στα καρκινώματα του πτερυγίου χρησιμοποιήσαμε τον δίλοβο εκ μεταθέσεως κρημνό (Bilobed transpositional Flap).

Πρόκειται για ευρείας βάσεως περιστροφικό κρημνό με δύο κάθετα σκέλη. Χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπου υπάρχει σχετικά χαλαρό αλλά μη ελαστικό δέρμα στην περιφέρεια του ελλείματος. Το πρώτο σκέλος κόβεται σε μέγεθος παρόμοιο του ελλείματος ενώ το δεύτερο σκέλος κόβεται λίγο μικρότερο και εφαρμόζει στο δευτερογενές έλλειμα που δημιουργείται από το πρώτο σκέλος. Έτσι απομακρυσμένο χαλαρό δέρμα βοηθά στην σύγκλειση του ελλείματος.

Συμπέρασμα

Ηταν μία μελέτη 32 ασθενών με b.c. της ρινός. Το γυναικείο φύλο υπερίσχυσε σε συχνότητα του ανδρικού. Η πλέον συχνή εντόπιση ήταν το πτερύγιο και η κορυφή της ρινός. Θεραπεία εκλογής ήταν η χειρουργική κυρίως με τοπικούς κρημνούς με λίαν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

1. N.F. Logarakis, MJ Weinberg, OM Antonyshyn, CR Forrest, D. Assaad, I Ackerman. Basal cell carcinoma of the nose. *Can J Plast Surg.* 1995, 3(2):74-78
2. Conley J. Cancer of the skin of the nose. *Ann Otol* 1974, 83:3-8.
3. Goepert H., Ballantyne AL, Luna MA. Cancer of the skin of the nose. *Arch Otol* 1976, 102:90-5.
4. Bakez SR, Swanson NA. Management of nasal cutaneous malignant neoplasmas. *Arch Otolaryngol* 1983, 109:473-8.
5. Deutsch HL, Ozenteich N. Treatment of small external cancers of the nose. *Ann Plast Surg.* 1979, 3:567-71.
6. Levez-Schaumburg-Levez sixth Edition *Histopathology of the skin.*
7. Weeland *Cutaneous Surgery* 1995 Saunders Company.
8. *Illustrated Atlas of Cutaneous Surgery* Tessica

L, Fewkes Mack L. Cheney Sheldon v. Pollack T.B.
Lippincott Company-Philadelphia.
9. Dermatologische Operationen Farbatlas und

Lehrbuch der Houtchirurgie Roland Kantmann 1987
Erich Landes.

