

Nowotwory złośliwe powiek — wyniki leczenia chirurgicznego i wybór metody rekonstrukcji

Tomasz Zieliński, Aleksandra Iljin, Bogusław Antoszewski

Cel pracy. Nowotwory powiek stanowią od 5 do 10% wszystkich złośliwych nowotworów skóry. Pojawiają się one głównie u osób w starszym wieku, narażonych na przewlekłe działanie promieniowania słonecznego. Podstawowym leczeniem jest chirurgiczne wycięcie guza w całości. Celem pracy jest analiza kliniczna i histopatologiczna złośliwych nowotworów powiek u leczonych chorych, przedstawienie wybranych metod rekonstrukcji i ocena odległych wyników chirurgicznego leczenia guzów powiek.

Materiał i metoda. Badaniu poddano 92 chorych leczonych w Klinice Chirurgii Plastycznej Rekonstrukcyjnej i Estetycznej w latach 2000–2009 z powodu nowotworów złośliwych powiek. U wszystkich pacjentów wycięto guz z jednoczesną rekonstrukcją powieki. Wybór metody odtwórczej uzależniony był od wielkości i lokalizacji nowotworu. Przeprowadzono weryfikację preparatów histopatologicznych, określając typ nowotworu zgodnie z aktualną klasyfikacją WHO i radykalność zabiegu operacyjnego. Na podstawie dokumentacji medycznej i badań kontrolnych pacjentów oceniono odległe wyniki leczenia.

Wyniki. Nowotwory najczęściej zlokalizowane były w obrębie powieki dolnej — 67 (70,5%) i przyśrodkowego kąta oka — 17 (17,9%). Raka podstawnokomórkowego (BCC) stwierdzono w 83 (87,3%) przypadkach, natomiast u 12 (12,7%) rozpoznano inne, rzadziej występujące nowotwory złośliwe. Brak radykalnego wycięcia zmiany w badaniu histopatologicznym stwierdzono u 14 (14,7%) chorych. Reoperację z powodu wznowy nowotworu wykonano u 11 (15,6%) osób. Dobre odległe wyniki czynnościowo-estetyczne rekonstrukcji powiek stwierdzono w 84 (91,3%) przypadkach.

Wnioski. Rak podstawnokomórkowy jest najczęstszym nowotworem złośliwym aparatu ochronnego oka i lokalizuje się głównie w obrębie powieki dolnej. Znacznie większe ryzyko wznowy istnieje w przypadku bardziej agresywnego podtypu BCC — postaci naciekającej oraz guzów zlokalizowanych w obrębie przyśrodkowego kąta oka. Znajomość wielu metod rekonstrukcyjnych umożliwia chirurgowi leczącemu nowotwory powiek wybór najodpowiedniejszej z nich, zależnie od wielkości i lokalizacji ubytku powstałego po wycięciu zmiany.

Malignant eyelid tumors — results of surgical treatment and of the choice of reconstruction method

Background. Eyelid tumors constitute 5–10% of all skin malignancies. They mostly affect the elderly and those chronically exposed to sunlight. The primary treatment is radical surgical excision of the tumor. The aim of this study is the clinical and microscopical analysis of malignant eyelid tumors in treated patients, the presentation of selected reconstructive methods and the evaluation of long-term results of surgical treatment of eyelid tumours.

Material and method. The study involved 92 patients treated in the Department of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery in Łódź in 2000–2009 for malignant tumors of the eyelids. All patients underwent surgical excision of the tumor with concurrent eyelid reconstruction. The choice of reconstructive method depended on the size and location of the tumor. Histopathological evaluation was carried out specifying the type of cancer and radical surgery. The long-term results were rated on the basis of medical records and patients' examinations.

Results. Tumors were located mostly within the lower eyelid 67 (70.5%) and the medial canthus 17 (17.9%). Basal cell carcinoma was found in 83 (87.3%) cases, while in 12 (12.7%) diagnosed with other, less common cancers. Histopa-

thological verification of tumor margins revealed incomplete excision in 14 specimens (14.7%). Re-operations due to recurrent tumor was performed in 11 (15.6%) cases. Good long-term results of functionally-aesthetic reconstruction of the eyelids was observed in 84 (91.3%) patients.

Conclusion. 1. Basal cell carcinoma is the most common malignant tumor of the oculopalpebral region and originates mainly in the lower eyelid. 2. Significantly higher risk of recurrence exists with the more aggressive form of BCC (infiltrative basalcell carcinoma) and tumors located in medial canthus. 3. The knowledge of multiple reconstruction methods allows the surgeon to choose the most appropriate one, depending on the size and location of the defect formed after excision of the tumor.

NOWOTWORY Journal of Oncology 2012; 62, 6: 431–437

Słowa kluczowe: rak powieki, leczenie chirurgiczne, rekonstrukcja powiek

Key words: eyelid tumor, surgical treatment, eyelid reconstruction

Nowotwory powiek stanowią od 5 do 10% wszystkich nowotworów złośliwych skóry. Pojawiają się one głównie u osób w wieku starszym, rasy białej, narażonych na przewlekłe działanie promieniowania słonecznego. Patologiczne zmiany powstają głównie na powiece dolnej i w okolicy przyśrodkowego kąta oka. Podobnie jak w innych lokalizacjach, najczęściej jest to rak podstawnokomórkowy skóry, który stanowi 85–95% zmian złośliwych w tej okolicy. Rzadziej występujące — rak kolczystokomórkowy, rak łojowy czy czerniak — wykazują znacznie większą miejscową agresywność i skłonność do przerzutów w obrębie węzłów chłonnych twarzy i szyi [1–3].

Większość złośliwych nowotworów pochodzenia nabłonkowego wzrasta na podłożu stanów przedrakowych — rogowacenia słonecznego, skóry pergaminowatej barwnikowej, zespołu Gorlin-Goltz oraz zmian powstałych w konsekwencji radio- lub chemioterapii [4].

Umiejscowienie, wielkość i patomorfologia guzów powiek, a także unaczynienie tkanek sąsiednich, jak również wiek i stan ogólny chorego, warunkują wybór metody terapeutycznej fizykalnej (krio-, radio-, lasero-, chemio-, fotodynamiczną terapię) i/lub operacyjnej [5]. Zalecaną metodą leczenia nowotworów powiek jest chirurgiczne wycięcie zmiany z marginesem zdrowych tkanek i wykonanie jednoczesowej ich rekonstrukcji [6]. Doszczętność wycięcia ma istotne znaczenie, ponieważ wznowa okazuje się trudniejsza w leczeniu, a inwazyjność guza może wzrosnąć. Rekonstrukcja wczesna lub odroczone do czasu weryfikacji histopatologicznej z reguły wymaga zastosowania wybranych metod plastyki płatowej, przeszczepów skóry lub śluzówki, bądź kojarzenia tych metod w zależności od ubytku powstałego po wycięciu patologicznie zmienionych tkanek [7].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza kliniczna i histopatologiczna złośliwych nowotworów powiek u leczonych chorych, przedstawienie wybranych metod rekonstrukcyjnych

i ocena odległych wyników chirurgicznego leczenia guzów powiek.

Materiał i metody

W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi w latach 2000–2007 operowano 92 chorych (49 — kobiet, 43 — mężczyzn) w wieku 46–90 lat z powodu nowotworów złośliwych powiek. U 89 (96,8%) badanych obecność guza obserwowano w jednej lokalizacji. W trzech przypadkach stwierdzono po dwa ogniska nowotworowe. Łącznie wycięto i przebadano histopatologicznie 95 zmian, określając ich lokalizację — na powiece górnej, dolnej, w przyśrodkowym lub bocznym kącie oka.

U wszystkich chorych wycięto guz z 3–5 mm marginesem tkanek niezmiennych makroskopowo w zależności od stopnia zaawansowania zmiany. Przeprowadzono ponowną weryfikację preparatów histopatologicznych, określając typ nowotworu wg aktualnego podziału WHO z 2006 roku.

Lokalizacja i stopień zaawansowania zmian, jak również wiek i stan ogólny chorego decydował o wyborze znieczulenia i sposobu leczenia rekonstrukcyjnego. Wybór metody rekonstrukcyjnej w zależności od lokalizacji i wielkości ubytku przedstawiono w tabeli I.

Wszyscy pacjenci poddawani byli badaniom kontrolnym w 1, 3, 6 i 12 miesiącu po zabiegu, a następnie w ciągu 5 lat w odstępach 6-miesięcznych. Najkrótszy czas obserwacji analizowanych chorych wynosił 3 lata. Podczas kontroli oceniano skuteczność leczenia onkologicznego oraz funkcjonalny i estetyczny wynik rekonstrukcji powieki.

Zastosowane metody rekonstrukcji powieki z ubytkami pełnej grubości

Bezpośrednie warstwowe zszycie rany

Ubytki powiek pełnej grubości nieprzekraczające 1/3 jej szerokości, zarówno górnej jak i dolnej, można zamknąć przez bezpośrednie zblizenie brzegów rany i warstwowe ich zszycie. W przypadku nadmiernego napięcia, szczególnie

Tabela I. Wybór metody rekonstrukcyjnej w zależności od lokalizacji i wielkości ubytku

Lokalizacja	Rodzaj i wielkość ubytku po wycięciu guza	Metoda rekonstrukcji	Liczba pacjentów	
Powieka dolna	Ubytki powierzchowne	Plastyka miejscowa	5	
		Wolny przeszczep skóry	4	
	Ubytki pełnej grubości	do 1/3 powieki	Warstwowe zszycie ubytku	17
			Warstwowe zszycie z przecięciem więzadła powiekowego bocznego	3
		od 1/3 do 1/2	Płat skroniowy Tanzela	8
			Płat McGregora	13
		ponad 1/2 powieki	Rotacyjny płat policzkowy Mustardé	15
	Płat z okolicy nadbrwiowej Frickego	2		
Powieka górna	Ubytki powierzchowne	Wolny przeszczep skóry	2	
	Ubytki pełnej grubości	do 1/3	Warstwowe zszycie ubytku	5
		od 1/3 do 1/2	Płat skroniowy Tanzela	2
Przyśrodkowy kąt oka		Wolny przeszczep skóry	8	
		Płat z gładyszki	6	
		Plastyka miejscowa	3	
Boczny kąt oka		Wolny przeszczep skóry	2	

u osób młodych, pomocne jest wykonanie dodatkowego zabiegu, polegającego na przecięciu odnogi dolnej więzadła powiekowego bocznego w rekonstrukcji powieki dolnej lub odnogi górnej w plastyce powieki górnej. Więzadło można wypreparować z osobnego cięcia przeprowadzonego nad jego przyczepem.

Płat Tanzela i jego wydłużenie Z-plastyką

W przypadku, gdy centralnie położonego ubytku powieki dolnej lub górnej nie można zamknąć przez warstwowe zszycie rany, pomocne jest wypreparowanie półkolistego płata w okolicy skroniowej. Cięcie prowadzone jest łukowato od bocznego kąta oka na długości około 5 cm. Przecinana jest spojówka bocznego kąta oka wraz z odnogą więzadła powiekowego. Płat preparowany jest do okostnej i rotowany przyśrodkowo. Centralny ubytek zszywany jest warstwowo. Boczna okrwawiona część płata pozostawiana jest do gojenia *per secundam*. W przypadkach, gdy zmobilizowany płat nie pozwala na zamknięcie ubytku bez napięcia, można go dodatkowo wydłużyć poprzez wykonanie Z-plastyki w okolicy skroniowej (ryc. 1 A i B).

Zmodyfikowany płat tarczowo-spojówkowy Hughesa

Jest to dwuetapowa metoda rekonstrukcji centralnie położonych ubytków powieki górnej. Na wewnętrznej powierzchni powieki górnej wykonuje się poziome nacięcie 4 mm od brzegu powieki. Długość cięcia powinna odpowiadać wielkości ubytku. Następnie preparuje się tarczkę i śluzówkę w kierunku sklepienia górnego oczodołu. Wypreparowany płat zszywa się ze spojówką dolnego załamka i brzegami tarczki powieki dolnej. Aby odtworzyć warstwę

zewnątrzną, tarczkę pokrywa się wolnym przeszczepem skóry pobranym z powieki górnej lub okolicy zamażowinowej. Po trzech tygodniach, w drugim etapie odcina się śluzówkową szypułę płata.

Rotacyjny płat policzkowy Mustardé

Płat ten służy do rekonstrukcji rozległych ubytków, obejmujących więcej niż połowę powieki dolnej. Preparowanie płata rozpoczyna się od cięcia w okolicy bocznego kąta oka, które prowadzone jest w kierunku górnego bieguna małżowiny usznej, dalej — ku dołowi w bruździe małżowinowo-policzkowej, i kończy się 1,5–2 cm poniżej płatka małżowiny usznej. To łukowate wygięcie powyżej poziomu bocznego kąta oka zapobiega opadnięciu odtworzonej powieki dolnej. Po odparowaniu płat przemieszczany jest w kierunku przyśrodkowego kąta oka, a jego wewnętrzna powierzchnia przyszywana do okostnej dolnego brzegu oczodołu w celu zmniejszenia napięcia i ciężaru odtworzonej powieki. Do odtworzenia wewnętrznej warstwy powieki stosowano wolny, złożony przeszczep śluzówkowo-chrząstki pobrany z przegrody nosa, którego dolny brzeg doszywano do spojówki załamka dolnego, a górny do brzegu płata (ryc. 2 A, B i C).

Płat z okolicy nadbrwiowej Frickego

Płat ten może być użyty do rekonstrukcji powieki górnej lub dolnej, a nawet obu powiek. Planowany jest w okolicy nadbrwiowej z szypułą zlokalizowaną w okolicy skroniowej. Po przemieszczeniu okrwawiona powierzchnia pokrywana była wolnym przeszczepem śluzówki z jamy ustnej, lub gdy było to możliwe, spojówką zmobilizowaną z dolnego załamka powiekowego. Miejsce po pobraniu płata zamykane jest poprzez zszycie brzegów rany (ryc. 3. A i B).



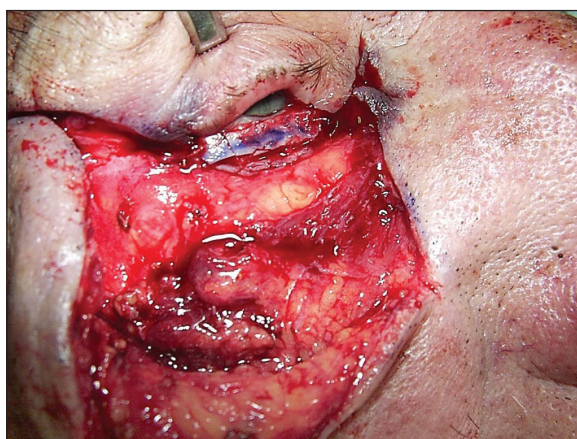
Rycina 1A. Rak podstawnomórkowy powieki dolnej



Rycina 2A. Rak kolczystokórkowy powieki dolnej



Rycina 1B. Stan w 6 miesięcy po wycięciu guza i rekonstrukcji płatem McGregora



Rycina 2B. Stan po wycięciu guza, wypreparowaniu płata i przeszczepie złożonym chrzęstno-śluzówkowym z przegrody nosowej

Płat z gładzyszki

Znajduje zastosowanie w rekonstrukcjach przyśrodkowych części powieki górnej i dolnej, jak i przyśrodkowego kąta oka. Wytwarzany jest w linii środkowej czoła z szypułą zlokalizowaną w okolicach nasady nosa. Długość i szerokość płata zależna jest od rozległości i lokalizacji ubytku. Po wypreparowaniu rotowany jest o 90–180 stopni i wszywany w miejsce ubytku. W przypadku rekonstrukcji powieki konieczne jest pokrycie obwodowej części płata wolnym przeszczepem śluzówki. Rana po wytworzeniu płata zamykana jest przez zszycie jej brzegów. Transpozycja płata zazwyczaj powoduje wytworzenie tzw. „psich uszu” w okolicy szypuły i stwarza konieczność przeprowadzenia zabiegu korekcyjnego (ryc. 4 A, B i C).

Wyniki

Nowotwory złośliwe najczęściej zajmowały powiekę dolną — 67 (70,5%) przypadków. Drugą pod względem częstości lokalizacją była okolica przyśrodkowego kąta oka — 17 (17,9%) chorych. U 9 (9,5%) pacjentów zmiana po-



Rycina 2C. Stan w 1 rok po odtworzeniu powieki płatem Mustardé

wstała w obrębie powieki górnej, a u 2 (2,1%) obejmowała boczny kąt oka.

Raka podstawnomórkowego (BCC) w różnych postaciach rozpoznano u 83 (87,3%) chorych, natomiast



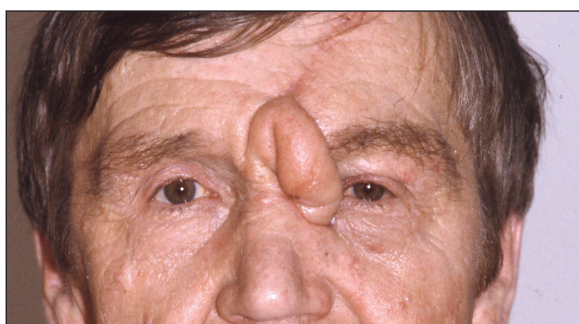
Rycina 3A. Rak podstawnomórkowy powieki dolnej i zaplanowany płat z okolicy nadbrwiowej



Rycina 4A. Guz przyśrodkowego kąta oka



Rycina 3B. Stan w 1 rok po wycięciu guza i odtworzeniu powieki płatem Frickiego



Rycina 4B. Stan po wycięciu nowotworu i pokryciu ubytku płatem z czoła

u 12 (12,7%) pozostałych — inne, rzadziej występujące nowotwory złośliwe. Częstość występowania poszczególnych — typów nowotworów w zależności od lokalizacji zestawiono w tabeli II.

W badaniu histopatologicznym niedoszczętnie wycięcie nowotworu ujawniono w 14 (14,7%) przypadkach. Powtórnie operowano dwóch chorych z niecałkowicie wyciętym rakiem kolczystokomórkowym i rakiem Merkla powieki dolnej, pozostałych 12 pacjentów, u których histopatologicznie stwierdzono raka podstawnomórkowego, objęto częstszymi badaniami kontrolnymi.

Wznowę nowotworu stwierdzono u 11 operowanych w okresie od 9 do 36 miesięcy. Była ona obserwowana w największym odsetku przypadków (23%) w obrębie przyśrodkowego kąta oka. W zależności od rodzaju histopatologicznego guzów powiek najczęściej wznowa miała miejsce w przypadku typu naciekającego BCC (38%). Pacjentów tych poddano ponownym zabiegom operacyjnym. Dotychczasowe obserwacje wskazują na całkowite wyleczenie wszystkich chorych ze wznowy nowotworu.



Rycina 4C. Stan po odcięciu i odprowadzeniu szypuły płata

Dobre odległe wyniki czynnościowo-estetyczne rekonstrukcji powiek odnotowano u 84 (88,4%) badanych. Niedomykalność szpary powiekowej stwierdzono u 4 chorych, u których powiekę odtworzono płatem Mustardé. Powieki dolne zrekonstruowane u 2 pacjentów płatem z okolicy nadbrwiowej były zbyt grube. Dwóch chorych, u których nowotwór zlokalizowany był w obrębie przyśrodkowego kąta oka, skarżyło się na uporczywe łzawienie. Bliznowate wywnięcie powieki dolnej, wymagające plastyki korekcyjnej, wystąpiło u 3 operowanych.

Tabela II. Histopatologiczny podział nowotworów i ich lokalizacja

	Rak podstawnokomórkowy skóry (BCC)									
	Typ guzkowy	Typ naciekający	Typ z różnicowaniem przydatkowym	Typ rogowaciejący	Typ drobnoguzkowy	Typ powierzchniowy	Rak kolczystokomórkowy skóry (SCC)	Rak z komórek Merkla	Rak wywodzący się z przydatków skóry	Razem
PD	37	9	6	3	3		3	2	4	67
PG	5	1	1	–	–				2	9
PK	10	2	3	1	–	1				17
BK	–	1			–		1			2
Razem	52	13	10	4	3	1	4	2	6	95

PD — powieka dolna, PG — powieka górna, PK — przyśrodkowy kąt oka, BK — boczny kąt oka

Dyskusja

Przeprowadzona w pracy analiza lokalizacji nowotworów złośliwych powiek dowodzi, że zgodnie z danymi prezentowanymi przez innych autorów, najczęściej procesem chorobowym objęta jest powieka dolna. Natomiast histopatologicznie najczęściej rozpoznawany jest rak podstawnokomórkowy skóry (BCC).

Podstawowym leczeniem złośliwych nowotworów powiek jest chirurgiczne wycięcie guza z marginesem zdrowych tkanek. Powszechnie przyjmuje się, że 4–5 mm margines zdrowych tkanek gwarantuje pełne wyleczenie w blisko 95% przypadków. Wycięcie zmiany nowotworowej powinno być na tyle rozległe, by zapewnić radykalność zabiegu, ale i na tyle oszczędne, by w możliwie największym stopniu zachować delikatne struktury powieki, i tym samym umożliwić wykonanie jednoczesowej rekonstrukcji z dobrym wynikiem czynnościowo-estetycznym. Te dwa przeciwstawne elementy, czasami wzajemnie się wykluczające, powodują, że granice wycięcia planuje się z marginesem minimalnej konieczności. Stąd w leczeniu chirurgicznym bez doraźnego badania histopatologicznego nieradykalne wycięcie stwierdza się w 11–17% przypadków [8].

Wybór metody rekonstrukcyjnej powiek zależy od stopnia zaawansowania guzów i ich lokalizacji. Odtworzona powieka ma zapewnić ochronę gałki ocznej przed trwałym odsłonięciem i wysychaniem oraz nie powinna różnić się znacząco od powieki drugiego oka.

W przypadku zmian powierzchniowych i nieobjętych brzegu rzęsowego możliwe jest zamknięcie ubytku po wycięciu nowotworu przy użyciu plastyki miejscowej lub wolnego przeszczepu skóry.

Rekonstrukcje powiek, zarówno górnej jak i dolnej, z ubytkami pełnej grubości nieprzekraczającymi 1/2 szerokości jej wolnego brzegu z powodzeniem mogą być wykonane za pomocą prostego, warstwowego zszycia brzegów rany. U osób starszych, które stanowią większość leczonych pacjentów, na skutek ogólnego zwiotczenia tkanek można

tę metodę zastosować nawet przy ubytkach sięgających do 40–50% powieki. Aby uniknąć nadmiernego napięcia, pomocne jest wykonanie bocznej kantotomii, czyli przecięcia więzadła bocznego operowanej powieki. Konieczność takiej procedury wystąpiła u 2 naszych chorych.

Brak od 1/3 do 1/2 powieki wymaga zastosowania tkanki z obszarów przyległych, np. łukowatego płata Tanzela lub wydłużonego Z-plastyką płata McGregora [9, 10]. W naszym materiale najczęściej stosowano ten drugi sposób rekonstrukcji, ponieważ Z-plastyka powoduje tu nie tylko wydłużenie, ale i uniesienie płata ku górze, co zapobiega opadnięciu odtworzonej powieki. Do dużych ubytków powieki zlokalizowanych centralnie użyteczna może być rekonstrukcja płatem tarczko-spojówkowym (wg Hughesa) [11]. Płat ten zastosowano tylko u dwóch chorych z ubytkami powieki dolnej. Główną przyczyną rzadkiego stosowania tej metody są jej wady: dwuetapowy zabieg operacyjny i konieczność użycia do rekonstrukcji tkanek z powieki górnej, co stoi w sprzeczności z ogólnie przyjętym algorytmem postępowania rekonstrukcyjnego powiek, zalecającym odtwarzanie powieki górnej tkankami z powieki dolnej, a dolnej — tkankami z sąsiedztwa. Jest to podyktowane dużo większą fizjologiczną rolą ochronną powieki górnej. Należy jednak zaznaczyć, że metodę tę poleca wielu autorów [12].

W rozległych ubytkach, przekraczających 1/2 powieki dolnej, do rekonstrukcji wykorzystuje się rotacyjny płat policzkowy Mustardé lub płat Frickego z okolicy nadbrwiowej. Najczęściej stosowaliśmy płat Mustardé, warstwę wewnętrzną odtwarzając wolnym przeszczepem śluzówkowo-chrzęstnym z przegrody nosowej [13]. Tarczkę można odtworzyć wolnym przeszczepem chrzęstno-ochrzęstnowym z małżowiny usznej lub wolnym przeszczepem śluzówkowo-okostnowym z podniebienia twardego. Wyniki rekonstrukcji uzyskane tą metodą uznaliśmy za dobre pomimo pewnych ujemnych aspektów tego zabiegu (zrekonstruowana powieka dolna jest adynamiczna i pozbawiona

rzęs, a blizny na twarzy są długie i widoczne). Opisany przez Frickego płat do rekonstrukcji powieki dolnej zastosowaliśmy tylko u 2 chorych, gdyż nasze obserwacje potwierdziły doniesienia innych autorów, że odtworzona tą metodą powieka jest gruba i sztywna. Czasami może również dojść do zniekształcenia okolicy dawczej w postaci nienaturalnego uniesienia brwi [14]. Sztywność tego płata może być również jego zaletą, gdyż nie jest konieczne odtwarzanie tarczki.

Metody stosowane do odtworzenia powieki górnej są zasadniczo podobne do tych wykorzystywanych w rekonstrukcji powieki dolnej, jednakże z powodu ciągłego mrugania wszelkie nieregularności (szwy lub sztywny przeszczep chrząstki) po stronie spojówkowej powieki mogą powodować podrażnienie rogówki. Dodatkowo należy oszczędnie postępować z mięśniem dźwigaczem, aby zachować ruchomość odtworzonej powieki.

Szczegółnej uwagi wymagają guzy zlokalizowane w obrębie przyśrodkowego kąta oka, z uwagi na największe ryzyko wznów w tym obszarze (4/17 chorych z naszej grupy).

Pozostawienie w dniu rany nowotworu i przykrycie jej płatem powoduje, że trudno jest wcześniej rozpoznać wznowę, która szerzy się wówczas w głąb oczodołu. Z tego powodu część autorów zaleca zamknięcie ubytku w tej lokalizacji wolnym przeszczepem skóry, co pozwala na wcześniejsze wykrycie wznowy [15]. Z plastyk płatowych wykorzystywanych do rekonstrukcji usuniętej części powiek w tej lokalizacji zaleca się użycie płata skóro- mięśniowego z powieki górnej przyśrodkowo uszypułowanego, płata z gładyszki, lub podskórnio uszypułowanych płatów V-Y.

W dwóch przypadkach, gdy konieczne okazało się usunięcie dróg łzowych, nie wykonywano ich jednoczesnej rekonstrukcji. Taki sposób postępowania jest powszechnie zalecany, ponieważ zabieg ten lepiej przeprowadzić w kolejnym etapie, po upewnieniu się, że przeprowadzone leczenie było w pełni skuteczne [6].

Podsumowując, możemy potwierdzić, że rak podstawonokomórkowy jest najczęstszym nowotworem złośliwym aparatu ochronnego oka i powstaje głównie w obrębie powieki dolnej. Znacznie większe ryzyko wznowy istnieje w przypadku bardziej agresywnej postaci BCC — raka na-

ciekającego i guzów zlokalizowanych w obrębie przyśrodkowego kąta oka. Znajomość wielu metod rekonstrukcyjnych umożliwiają chirurgowi leczącemu nowotwory powiek wybór najodpowiedniejszej z nich, zależnie od wielkości i lokalizacji ubytku powstałego po wycięciu zmiany.

Dr n. med. Tomasz Zieliński

*Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22, 90–153 Łódź
e-mail: tomziel@onet.eu*

Otrzymano: 28 października 2011 r.

Przyjęto do druku: 1 lutego 2012 r.

Piśmiennictwo

1. Halon A, Błażejewska M, Sabri H i wsp. Nowotwory i zmiany nowotworopodobne powiek w materiale Zakładu Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 1946–1999. *Klinika Oczna* 2005; 7–9: 475–478.
2. Bień S, Żyłka S, Klimas A i wsp. Nowotwory złośliwe skóry głowy i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna. *Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej* 2006; 3: 11–20.
3. Wójcicki P, Zachara M. Surgical treatment of eyelid tumors. *J Craniofac Surg* 2010; 21: 520–525.
4. Włodarkiewicz A. Rak skóry. W: Włodarkiewicz A (red.) *Dermatocirurgia*. Wrocław: Cornetis; 2009, 132–147.
5. Cook BE, Bartley GB. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies. *Ophthalmology* 2001; 108: 2088–2090.
6. Osuch P, Jethon J. Współczesne poglądy na temat rekonstrukcji powiek i dróg łzowych po usunięciu nowotworów okolicy powiek. *Postępy Nauk Medycznych* 2009; 9: 685–691.
7. Spinelli HM, Jelks GW. Periocular reconstruction: a systemic approach. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91: 1017–1024.
8. Griffiths RW. Audit of histologically incompletely excised basal cell carcinomas: recommendations for management by re-excision. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 24–28.
9. Tenzel RR, Stewart WB. Eyelid reconstruction by semicircle flap technique. *Ophthalmology* 1978; 85: 1164–1169.
10. McGregor IA. Eyelid reconstruction following subtotal resection of upper or lower lid. *Brit J Plast Surg* 1973; 26: 346–354.
11. Hughes WL. A new method for rebuilding a lower eyelid. Report of a case. *Arch Ophthalmol* 1937; 17: 1008–1017.
12. Rohrich RJ, Zbar RI. The evolution of the Hughes tarsoconjunctival flap for lower eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 518–522.
13. Mustarde JC. Reconstruction of the upper lid, and the use of nasal mucosal grafts. *Br J Plast Surg* 1968; 21: 367–377.
14. Wilcsek G, Leatherbarrow B, Halliwell M i wsp. The "RITE" use of the Fricke flap in periorbital reconstruction. *Eye* 2005; 19: 854–860.
15. Lodde JP, Valentin S. Reconstruction of the medial canthus in oncology. *Ann Chir Plast Esthet* 1991; 36: 371–376.