

**Timohexal**<sup>®</sup>  
timolol



## Sprawdzony lek przeciwjaskrowy. Nieselektywny $\beta$ -adrenolityk

### Wskazania:

- **Podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe o różnej etiologii**
- **Jaskra:** z otwartym i zamkniętym kątem przesączania oraz po usunięciu soczewki

### Dawkowanie:

Po 1 kropli 2 razy dziennie do worka spojówkowego. Po uzyskaniu normalizacji ciśnienia wewnątrzgałkowego dzienna dawka leku może być zmniejszona

**Uwaga:** Podczas leczenia należy regularnie kontrolować ciśnienie wewnątrzgałkowe i stan rogówki. Po otwarciu pojemnika leku nie należy używać dłużej niż przez 4 tygodnie

### Opakowania:

**TIMOHEXAL<sup>®</sup> 0.1% krople do oczu:** opakowania 5 ml i 3 razy 5 ml  
**TIMOHEXAL<sup>®</sup> 0.25% krople do oczu:** opakowania 5 ml i 3 razy 5 ml  
**TIMOHEXAL<sup>®</sup> 0.5% krople do oczu:** opakowania 5 ml i 3 razy 5 ml

MZIOS Świad. nr: 6163, 6164, 6165

### Informacja naukowa:

HEXAL<sup>®</sup> Pharma - POLSKA Sp. z o.o.  
02-675 Warszawa, ul. Wołoska 16  
tel. biuro i hurtownia 64 09 333  
fax biuro 64 09 332  
fax hurtownia 64 09 331

### Producent:

HEXAL<sup>®</sup> AG  
83607 Holzkirchen  
Niemcy

## Prace kazuistyczne

Klinika Oczna 1998, 100 (1): 35-39  
ISSN 0023-2157 Indeks 362 646

### Obustronny agresywny rak podstawnkomórkowy skóry powiek i twarzy – opis przypadku

A case report of a bilateral aggressive basal cell carcinoma of eyelids and face

Adam Włodarkiewicz, Jan Staniewicz<sup>1</sup>, Elżbieta Wojszwiłło-Geppert

**Abstract:** In this paper we present a case of sclerosing basal cell carcinomas affecting both sides of periocular regions in a 68-years old woman. Neoplastic tissues were surgically removed and the extend of resection was controlled microscopically during the operation. After fixing the remaining palpebral structures to ocular muscles and bones the split-thickness skin grafts were placed at the defects. We planned to perform the second step reconstructive procedures of the eyelids, but we resigned because of unexpectedly good functional nad esthetic results. We present this case because the cancers were long-term, multiple and of a great advancement, the treatment was difficult and the results were very good.

**Słowa kluczowe:** bliznowaciejący podstawnkomórkowy rak skóry twarzy, leczenie chirurgiczne, rekonstrukcje powiek

**Key words:** sclerosing type basal cell carcinoma of a face, surgical treatment, periocular reconstructions

Rak podstawnkomórkowy skóry (BCC) jest najczęstszym nowotworem złośliwym u ludzi (2). Często lokalizuje się na twarzy. Jest to na ogół nowotwór typu guzowego, charakteryzujący się wolnym wzrostem. Może być wyleczony za pomocą różnych metod, takich jak wycięcie, krioterapia, miejscowa chemioterapia i terapia RTG. Jest jednak pewna grupa chorych z BCC z czynnikami wyższego ryzyka wznowy, u których mogą wystąpić duże trudności lecznicze (3). Do takich czynników ryzyka należą: 1) lokalizacja raka w okolicy oczodołowych okolicach twarzy, na nosie, małżowinie usznej i w miejscach połączeń embrionalnych związków twarzy, 2) wielkość zmiany powyżej 2 cm,

3) wznowy nowotworu oraz 4) szczególna budowa histopatologiczna. Pod względem budowy histopatologicznej bardziej niebezpieczne są następujące typy BCC: bliznowaciejący, metatypowy, drobnoguzkowy i naciekający (4, 5, 9).

W Oddziale Dermatochirurgii Kliniki Dermatologii AM w Gdańsku leczono chorą z trzema zaawansowanymi ogniskami raka podstawnkomórkowego bliznowaciejącego skóry twarzy, naciekającymi powieki obu oczu i gruczoł łzowy oka prawego. Przedstawiamy ten przypadek za względu na wielogniskowość i niezwykle zaawansowanie guzów oraz trudności techniczne związane z ich usunięciem, a także dobry wynik leczenia.

### Opis przypadku

Chora I.P., lat 68, została przyjęta na Oddział Dermatochirurgii z powodu trzech rozległych ognisk BCC skóry twarzy. Nowotwory rozwijały się od 12 lat. Początkowo chora nie szukała pomocy medycznej, uznając bliznowacenie zmian za objaw świadczący o poprawie. Następnie, gdy pojawiły się dolegliwości z powodu odwijania powiek, częstych zapaleń spojówek i objawów „suchego oka”, była leczona obja-

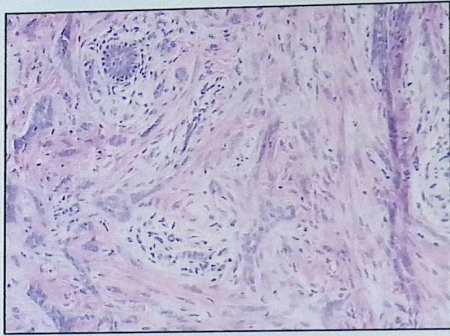
<sup>1</sup> Z Oddziału Dermatochirurgii Kliniki Dermatologii AM w Gdańsku  
Kierownik Oddziału: prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz  
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. Jadwiga Roszkiewicz

<sup>1</sup> Z Oddziału Okulistycznego Szpitala Specjalistycznego im. św. Wojciecha w Gdańsku  
Kierownik: dr hab. Janusz Jabłoński

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
Prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz  
Oddział Dermatochirurgii Kliniki Dermatologii AM  
ul. Dębinki 7  
80-211 Gdańsk

wowo przez dermatologów i okulistów. W tym stanie chorej kilka ośrodków nie podjęło się leczenia chirurgicznego, uznając zmiany za nieoperacyjne. Przy przyjęciu stwierdzono po prawej stronie twarzy zmiany naciekowo-bliznowaciejące z powierzchownymi owrzodzeniami, obejmujące okolice policzkową, jarzmową, skroniową i czołową oraz łuk brwiowy i boczne części obu powiek w około 60%, w największym wymiarze 12 cm.

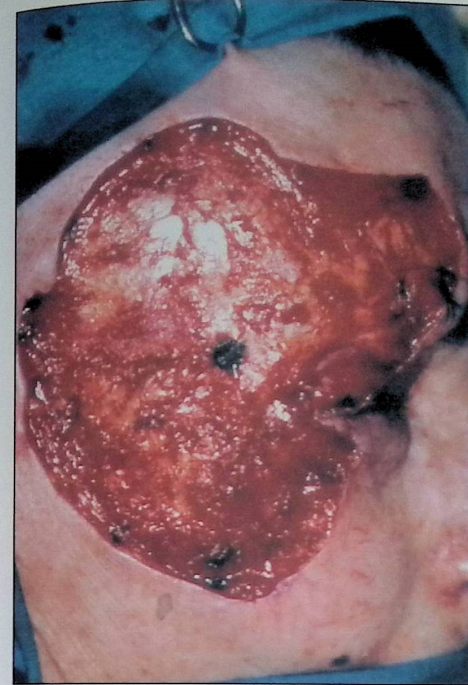
Zmiany zmniejszały kąt boczny oka i powodowały niedomykalność szpary powiekowej. Po stronie le-



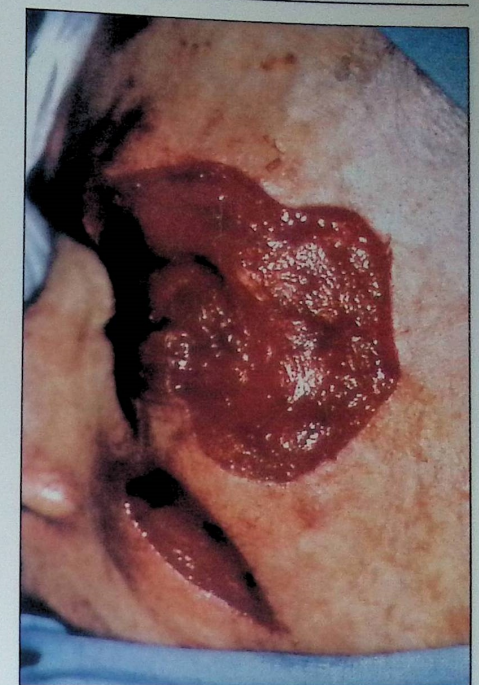
Ryc. 1. Obraz mikroskopowy guza, barwienie EH (Badanie wykonane w Zakładzie Patomorfologii AM w Gdańsku. Kierownik Zakładu: prof. dr hab. A. Roszkiewicz)  
Fig. 1. Tumor microscopy, EH staining



Ryc. 2B. Dwa ogniska bliznowaciejącego BCC po stronie lewej  
Fig. 2B. Two foci of sclerosing BCC on the left side



Ryc. 3A. Ubytek resekcyjny – strona prawa  
Fig. 3A. Resection defect – right side



Ryc. 3B. Ubyteki resekcyjne – strona lewa  
Fig. 3B. Resection defects – left side



Ryc. 2A. Ognisko bliznowaciejącego BCC skóry po stronie prawej  
Fig. 2A. Focus of sclerosing BCC of skin on the right side



Ryc. 2C. Wszystkie trzy ogniska guza widziane od przodu  
Fig. 2C. Anterior picture of all three tumor foci



Ryc. 4A. Stan bezpośrednio po zabiegu – strona prawa  
Fig. 4A. State just after surgery – right side



Ryc. 4B. Stan bezpośrednio po zabiegu – strona lewa  
Fig. 4B. State just after surgery – left side



Ryc. 5A. Stan dwa lata po operacji – strona prawa  
Fig. 5A. State 2 years after operation – right side



Ryc. 5B. Stan dwa lata po operacji – strona lewa  
Fig. 5B. State 2 years after operation – left side

wej stwierdzono zmiany o podobnej konfiguracji, mające w największym wymiarze 10 cm, obejmujące nieco mniejszy obszar policzka i kości jarzmowej, jednak z większym zajęciem łuku brwiowego. Powieki górna i dolna były zajęte w około 30%. Na policzku znajdowało się trzecie ognisko o wymiarach 5x3 cm, przypominające klinicznie twardą bliznę z owrzodzoną powierzchnią. Zmiany były słabo przesuwalne w stosunku do podłoża.

Badanie histopatologiczne: *Carcinomata basocellularia cicatrisans cutis* (ryc. 1).

Wszystkie nowotwory sklasyfikowano jako T<sub>4</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> wg UICC i obejmowały V strefę okołoczodołową wg Spinelli i Jelks (7).

Badanie TK twarzoczaszki: wykonane badanie skanerowe nie wykazało cech destrukcji kostnej ograniczeń oczodołów. Nie widać też ewidentnych cech procesu patologicznego w obrębie oczodołów i zatok szczękowych. Widoczne jest jedynie zgrubienie tkanek miękkich w obrębie gruczołu łzowego prawego.

Wszystkie ogniska nowotworowe wycięto zachowując jednocentymetrowy margines zdrowych tkanek w okolicach policzkowych, skroniowych i przynosowych, a minimalny margines w okolicach powiekowych. Podczas zabiegu wielokrotnie kontrolowano mikroskopowo radykalność wycięcia. Kontrola radykalności wycięcia była tylko orientacyjna na twarzy, a bardzo szczegółowa co do linii cięcia na powiekach. Pobierając wycinki z mięśnia okrężnego oka, załamka powieki górnej, spojówki kątów bocznych powiek, brzegów skórnych ubytków na powiekach, wielokrotnie korygowano śródoperacyjnie

38

zakres resekcji zgodnie z doraźnymi wynikami badania histopatologicznego. Obszar kątów bocznych oraz boczne części powiek górnych i dolnych obojga oczu usunięto w pełnej grubości. Wycięto również część gruczołu łzowego po stronie prawej.

Zachowane fragmenty powiek zakotwiczone do okostnej oczodołów i mięśni okrężnych oczu, zbliżając je w kierunku kątów bocznych powiek. Odtworzenie bocznych części i kątów bocznych powiek nastąpiło na bazie częściowo zachowanych bocznych fragmentów brzegów wolnych powiek oraz pozostawionych przyśrodkowych fragmentów powiek. Pozostałe ubytki pokryto włóknymi przeszczepami pośredniej grubości skóry z uda.

Ubytek po wycięciu trzeciego ogniska nowotworowego w obrębie policzka zamknięto przez bezpośrednie zeszywanie tkanek.

Przebieg pooperacyjny był bez powikłań, przeszczepy wgoili się w całości. Po trzech tygodniach od zabiegu chorą wypisano z Kliniki. W początkowym okresie powieki nie wykazywały pełnej ruchomości, jednak po miesiącu od zabiegu zaobserwowano powrót ruchomości powiek również w częściach odtworzonych. Po ponad dwuletniej obserwacji nie wykryto cech wznowy w żadnym z operowanych miejsc. Aparat ochronny obojga oczu okazał się sprawny, a wynik estetyczny zadowalający.

#### Omówienie

Rak bliznowaciejący jako jeden z czterech histopatologicznych typów BCC skóry o zwiększonym ryzyku

wznowy jest szczególnie trudny w leczeniu. Cechuje się dużym odczynem desmoplastycznym, granica między nowotworem a tkankami zdrowymi jest bardzo niewyraźna, a wypustki i gniazda komórek rakowych mogą sięgać daleko poza zasadnicze ognisko nowotworu, który do tego wykazuje większą tendencję do głębokiego naciekania podłoża. W związku z tym standardowy margines 4 mm wystarczający do bezpiecznego usunięcia BCC z niskim ryzykiem, trzeba znacznie poszerzyć, nawet gdy zaawansowanie nowotworu wydaje się niewielkie. Zalecana jest też mikroskopowa kontrola brzegów i głębokości resekcji. Naturalny dla rozwoju tego typu BCC proces bliznowacenia myli wielu pacjentów i, niestety, także lekarzy, którzy traktują go jako objaw gojenia, a nie postępu choroby.

Przystępując do zabiegu mieliśmy dużo wątpliwości, czy zabieg okaże się radykalny. W trakcie resekcji nowotworu wielokrotnie kontrolowaliśmy histopatologicznie brzegi oraz dno ubytków, aby zminimalizować obszar resekcji przy maksymalnej pewności radykalnego usunięcia nowotworów.

Chodziło nam o to, by nie dokonywać zbędnego wycięcia powiek i w jak najmniejszym stopniu upośledzić ich funkcję. W wielu ośrodkach stosuje się w tym celu mikrograficzną chirurgię Mohsa, która staje się metodą z wyboru w leczeniu tego typu nowotworów (1, 6, 10). My stosujemy niepełną kontrolę mikroskopową, ograniczając się do miejsc podejrzanych o szerzenie się nowotworu, zwłaszcza w głębi. W tym wypadku wielokrotnie pobieraliśmy wycinki z mięśnia okrężnego oka i załamka spojówki (8).

Wyżej opisane trudności i wątpliwości spowodowały, że ubytek powstały po resekcji guzów i stabilizacji pozostawionych fragmentów powiek pokryliśmy przeszczepami pośredniej grubości skóry, z ryzykiem upośledzenia funkcji aparatu ochronnego oka. Z pełną świadomością, że zasada *wait and see* w chirurgii onkologicznej dla raka skóry nie ma już zastosowania ze względu na możliwość kontroli radykalności wycięcia, w tym szczególnym przypadku chcieliśmy jednak mieć możliwość obserwacji, czy nie nastąpi wznowa nowotworu. W późniejszym terminie planowaliśmy wykonanie wtórnych zabiegów rekonstrukcyjnych, przy-

wracających prawidłową funkcję i wygląd powiek. Jednak uzyskana nadspodziewana sprawność i dobry wynik estetyczny spowodowały, że zrezygnowaliśmy z dalszych operacji. Uważamy, że zastosowanie oszczędnej resekcji z zachowaniem każdej z możliwych części mięśnia okrężnego oka, tarczek i spojówki oraz stabilizacja zachowanych fragmentów powiek wpłynęły na dobry wynik leczenia.

#### Piśmiennictwo

- Burg G., Hirsch R.D., Konz B. i wsp.: *Histographic surgery: Accuracy of visual assessment of margins of basal cell epithelioma*. J. Dermatol. Surg. Oncol., 1975, 1, 21.
- Gloster H.M., Grodland D.G.: *The epidemiology of skin cancer*. Dermatol. Surg., 1996, 22, 217.
- Randle H.W.: *Basal cell carcinoma. Identification and Treatment of the High-Risk Patient*. Dermatol. Surg., 1996, 22, 255.
- Salasche S.J., Amonette R.A.: *Morpheaform basal cell epitheliomas; a study of subclinical extensions in a series of 51 cases*. J. Dermatol. Surg. Oncol., 1981, 7, 387.
- Sexton M., Jones D.B., Maloney M.E.: *Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma: study of series of 1039 consecutive neoplasms*. J. Am. Acad. Dermatol., 1990, 23, 1118.
- Smith S.P., Foley E.H., Grande D.J.: *Use of Mohs micrographic surgery to establish quantitative proof of heightened tumor spread in basal cell carcinoma recurrent following radiotherapy*. J. Dermatol. Surg. Oncol., 1990, 16, 1012.
- Spinelli H.M., Jelks G.W.: *Periocular Reconstruction: A Systematic Approach*. Plast. Reconstr. Surg., 1993, 91, 1017.
- Włodarkiewicz A. i wsp.: *Chirurgiczne leczenie zaawansowanych raków podstawonokomórkowych skóry*. Przegl. Dermatol., 1995, 82, 235.
- Woźniak L., Giryń I.: *Atlas histopatologii skóry*. PZWL, Warszawa, 1982, 133.
- Zitelli J.A.: *Mohs surgery: Concepts and misconceptions*. Int. J. Dermatol., 1985, 24, 542.

Praca wpłynęła do Redakcji 21 lipca 1997 r. (603)