

**lek. dent. Maciej Włodarczyk**

Rak podstawnokomórkowy skóry głowy i szyi  
w materiale Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej  
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego  
w latach 2006-2015

**Rozprawa na stopień naukowy  
doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. Jerzy Reymond

Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego  
im. Tytusa Chałubińskiego w Radomiu



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2020

lek. dent. Maciej Włodarczyk  
Specjalista Chirurgii Stomatologicznej  
2866759

dr hab. n. med. Jerzy Reymond  
SPEC. CHIRURG SZCZĘKOWY  
1874044 ZUS 9288180

## Streszczenie

*Wstęp.* Rak podstawnokomórkowy (BCC) wraz z rakiem kolczystokomórkowym (SCC) tworzy grupę nieczerniakowych raków skóry (NMSC). Zachorowalność na raki NMSC, a zwłaszcza BCC, systematycznie rośnie. W 2010 roku liczba zarejestrowanych w Polsce zachorowań na raka skóry wynosiła ponad 10000. Wartość ta obejmuje ogniska rozwijające się na skórze całego ciała, a okolicą w której najczęściej spośród innych regionów ciała, dochodzi do rozwoju nowotworów złośliwych skóry jest głowa i szyja.

Leczenie BCC stanowi istotny obszar działalności chirurgii szczękowo-twarzowej. Analiza struktury zabiegów wykonanych w ciągu ostatnich dziesięciu lat w ramach Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego, wskazuje na wyraźne zwiększenie liczby resekcji guzów nowotworowych skóry twarzy. Wybór odpowiedniej metody i zaplanowanie operacji ma krytyczne znaczenie dla uzyskania czystości onkologicznej i właściwego efektu estetyczno-czynnościowego.

Skóra jest największym z narządów człowieka, tworzącym fizyczną barierę oddzielającą organizm od środowiska zewnętrznego. Stanowi ogromny obszar wzajemnych oddziaływań czynników wewnętrznych oraz zewnętrznych, decydujących o równowadze zdrowotnej skóry, bądź wpływających na rozwój jej patologii. Skórę budują trzy warstwy: zewnętrznie naskórek, głębiej skóra właściwa, wewnętrznie tkanka podskórna. Skóra twarzy jest szczególnie eksponowana na działanie czynników chemicznych czy fizycznych, mających bezpośredni wpływ na rozwój patologii. Zmiany dotyczące skóry twarzy to schorzenia stanowiące grupę o różnorodnym charakterze – zmian łagodnych, stanów przedrakowych, nowotworów złośliwych – mogących wywodzić się z każdej jej warstwy. BCC stanowi 80% wszystkich złośliwych nowotworów skóry oraz 40% ogółu zmian nowotworowych tej tkanki. Na zachorowanie najbardziej narażona jest rasa kaukaska. BCC dwa razy częściej dotyka mężczyzn niż kobiety. NMSC są piątymi pod względem kosztochłonności dla systemu opieki zdrowotnej po nowotorach płuc, prostaty, jelita i piersi.

Choć BCC można określić nowotworem miejscowo złośliwym (przerzutowość na poziomie 0,5%), jego wzrost może prowadzić do znacznej destrukcji tkanek otaczających. Nie zajmuje błon śluzowych i gałki ocznej. Skóra głowy i szyi stanowi 80% jego przypadków. Morfologicznie wyróżnić można odmiany powierzchowne i głębokie. Te ostatnie przebiegają bardziej agresywnie i częściej nawracają. Najczęstszą z postaci jest wariant guzkowy – zaliczany do odmian głębokich. Diagnostyka nowotworów skóry może być przeprowadzana bezinwazyjnie z wykorzystaniem: optycznej tomografii koherentnej wysokiej rozdzielczości (OCT), czy refleksyjnej mikroskopii konfokalnej (RCM). Niemniej, nadal „złotym standardem” jest badanie histopatologiczne zmiany lub jej wycinka.

W patogenezie BCC odgrywają rolę następujące czynniki: promieniowanie UV, leczenie immunosupresyjne, czynnik stresogenny, transformacja zmian łagodnych, mutacje genetyczne.

Priorytetem leczenia rekonstrukcyjnego jest odtworzenie harmonii budowy twarzy. Właściwości mechaniczne skóry pozwalają na jej rozciąganie i skurcz teoretycznie w każdym kierunku. W praktyce, zakres przesunięcia jest ograniczany przez tzw. linie i punkty stałe. Stanowią one granice tzw. jednostek estetycznych twarzy (JET). Wyodrębnienie poszczególnych obszarów twarzy pozwoliło na opracowanie metod rekonstrukcyjnych umożliwiających ukrycie linii cięć oraz blizn w miejscach najmniej widocznych.

Metody leczenia BCC dzielimy na niechirurgiczne i chirurgiczne. Do tych pierwszych zaliczamy łyżeczkowanie, laseroterapię, radioterapię, krioterapię i inne. Ich niewątpliwą zaletą jest minimalna inwazyjność. Niemniej, jedyną terapią dającą pewność rozpoznania i kompletności zabiegu jest leczenie chirurgiczne uzupełnione badaniem histopatologicznym. Jego skuteczność ocenia się na 98%. Margines onkologiczny zależy od oceny ryzyka wznowy. BCC o niskim ryzyku wymaga poszerzenia cięcia o 4-5 mm, by osiągnąć radykalność w 95% przypadków. Dla BCC o wysokim ryzyku nawrotu to aż 13-15 mm.

**Cel.** Celem pracy była analiza częstości występowania raka podstawnokomórkowego skóry twarzy w zależności od lokalizacji zmiany, płci oraz wieku pacjentów Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, a także ocena tempa wzrostu zapadalności na raka podstawnokomórkowego skóry głowy i szyi ludności regionu radomskiego oraz interpretacja wpływu wzrostu zapadalności na BCC na działalność Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej w okresie dziesięciu wybranych lat.

**Materiał i metody.** W latach 2006-2015 w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego zoperowano 553 guzy skóry głowy i szyi u 467 pacjentów. Badanie dotyczyło 221 chorych leczonych z powodu 262 ognisk BCC. Pozostałych 246 wykluczono ze względu na zdiagnozowanie innych nowotworów skóry, bądź niekompletną dokumentację medyczną. W każdym przypadku podstawą rozpoznania było badanie histopatologiczne. Wśród badanych znalazło się 118 kobiet i 103 mężczyzn. Średni wiek chorych to 72 lata. Największą grupę stanowili pacjenci liczący 70-79 lat, najmniejszą w trzeciej i czwartej dekadzie życia.

**Wyniki.** Najczęstszą lokalizacją BCC była skóra nosa (32,8%), najrzadszą skóra brody (1,9%). Wieloogniskowość zanotowano w 13,2%, a proces wznowy w 5% analizowanych przypadków. Najczęstszą lokalizacją, w której dochodziło do ponownego wzrostu guza, była skóra nosa i policzka. BCC stanowił 75,5% wszystkich wyciętych nowotworów złośliwych skóry i 47% ogółu patologii skórnych usuniętych w wymienionym okresie. Wśród technik operacyjnych dominowało wycięcie zmiany i proste zeszcycie brzegów rany, najrzadziej do zamknięcia ubytku wykorzystywano wolne przeszczepy skóry. Przeważały zmiany o wielkości do 2 cm stanowiąc 74,8%. W 2006 roku chirurgia BCC stanowiła nieco ponad 3% wszystkich wykonywanych w Oddziale zabiegów, w 2015 roku odsetek ten wzrósł do niemal 16%.

**Wnioski.** Potwierdzono, że częstość zachorowań na raka podstawnokomórkowego rośnie wraz z wiekiem oraz, że okolice twarzy najbardziej narażone na działanie promieni UV, czyli nos i policzki to jednocześnie najczęstsze lokalizacje rozwoju BCC. Preferowaną metodą leczenia, ze względu na zakres zabiegu i jego efekt estetyczny, jest wycięcie zmiany i proste zeszcycie brzegów powstałej rany. Wykazano, że liczba pacjentów z rozpoznaniem raka podstawnokomórkowego stale się zwiększa, co bezpośrednio wpływa na strukturę zabiegową Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej RSS.