

Leczenie chirurgiczne raka wargi – propozycja schematu postępowania

The surgical treatment of lip carcinoma – the outline of treatment

STANISŁAW BIEŃ, SYLWIA POSTUŁA

Dział Chirurgii Głowy i Szyi – Świętokrzyskie Centrum Onkologii, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

W pracy omówiono podstawowe cechy kliniczne i patologiczne raka wargi, oraz metody leczenia chirurgicznego zarówno ogniska pierwotnego, jak i przerzutów węzłowych z propozycją algorytmu postępowania w zależności od umiejscowienia i zaawansowania nowotworu. Wśród wielu metod resekcji i rekonstrukcji ubytku wargi wybrano te, które według literatury i doświadczenia autorów łączą w sobie cechy skuteczności, funkcjonalności i prostoty. Przedstawiono wyniki 116 chorych z rakiem wargi leczonych przez autorów, ilustrując w ten sposób omawiany problem.

Otorinolaryngologia, 2003, 2(3), 103-109

Słowa kluczowe: rak wargi, leczenie chirurgiczne, standardy postępowania

The article presents clinical and pathological features of lip carcinoma and reviews basic principles of lip reconstruction and resection of the local lymph node metastases. The simplified algorithm of surgical treatment, depending on the location and extent of the primary tumour is proposed, emphasising functionality, effectiveness and simplicity of the method. The 116 cases of lip carcinoma surgically treated by the authors illustrate the problem.

Otorinolaryngologia, 2003, 2(3), 103-109

Key words: lip carcinoma, surgical treatment, treatment standards

Nowotwory złośliwe wargi, klasyfikowane w systemie TNM, jako jedna z lokalizacji nowotworów jamy ustnej, stanowią 8-12% ogółu nowotworów w obrębie głowy i szyi [9,12]. W Polsce (1999 r.) surowy wskaźnik zachorowań na nowotwory złośliwe wargi wynosił 2,5 dla mężczyzn i 0,5 dla kobiet (na 100 000 mieszkańców), zajmując 20 pozycję wśród rejestrowanych nowotworów u mężczyzn i 50 pozycję u kobiet [11].

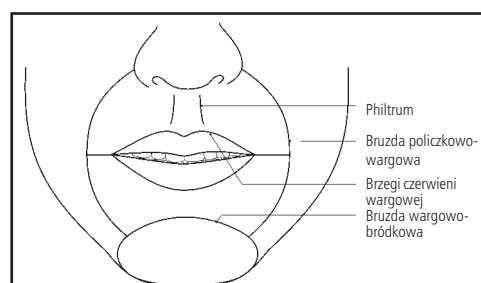
Blisko 98% złośliwych nowotworów wargi to raki płaskonabłonkowe (*Carcinoma planoepitheliale* – *Squamous cell carcinoma*). Inne, rzadko spotykane w obrębie wargi nowotwory złośliwe, to czerniak, raki z drobnych gruczołów ślinowych, czy raki podstawnokomórkowe (*Basal cell carcinoma*). Ten ostatni jest najczęściej przejściem raka skóry na czerwień wargi [10,12]. Większość przypadków raka wargi dotyczy wargi dolnej (ok. 93%). Pozostałe umiejscowienia to rak wargi górnej (ok. 5%) i rak kąta ust (ok. 2%) [8,12]. Wśród czynników etiologicznych, obok promieniowania UV i palenia tytoniu, wymienia się przewlekłe zakażenie wirusem opryszczki [9,10].

Opis anatomiczny i onkologiczny wargi

W anatomii opisowej warga górna i dolna to fałdy okalające usta, w skład których wchodzi skóra, mięsień

okrężny ust i błona śluzowa oraz typowe składniki tkanki łącznej podskórnej i podśluzowej. Granicą dla wargi górnej jest podstawa nosa i bruzda nosowo-wargowa. Ograniczeniem dla wargi dolnej jest bruzda brodkowo-wargowa. Obszarem przejściowym między błoną śluzową i skórą jest czerwień wargowa – *vermilion* – pokryta, tak jak sąsiadująca śluzówka, nabłonkiem wielowarstwowym nierogowaczącym, ale pozbawiona gruczołów podśluzówkowych. Słaba ilość pigmentu w obrębie czerwieni wargowej uwidacznia przeświecające pod nabłonkiem naczynia krwionośne (ryc. 1).

W klasyfikacji onkologicznej warga to jedna z lokalizacji nowotworów w obrębie jamy ustnej. Jest to jedynie powierzchnia czerwieni wargowej i sąsiadująca z nią



Ryc. 1. Schematyczny zarys warg z bruzdami ograniczającymi poszczególne jednostki anatomiczne

powierzchnia błony śluzowej, która styka się z przeciwległą wargą przy zamkniętych ustach [1]. Jako oddzielne umiejscowienia wyszczególnione są: wargą górną, wargą dolną i kąt ust.

Nowotwory rozwijające się na błonie śluzowej warg, poza obszarem opisanym powyżej, zaliczane są w klasyfikacji TNM do nowotworów jamy ustnej, a nowotwory rozwijające się pierwotnie na skórze warg, zaliczane są do nowotworów skóry twarzy. Wycięcie i rekonstrukcja chirurgiczna w tych przypadkach podlega najczęściej tym samym regułom, co przy raku wargi.

Regionalnymi węzłami chłonnymi są: dla wargi dolnej – węzły podbródkowe i podżuchwowe (obie grupy tworzą I region węzłów chłonnych szyi); a dla wargi górnej węzły przeduszne, wewnątrzprzysusnicze i podżuchwowe. Kolejnym stopniem spływu limfatycznego dla wargi dolnej i górnej są węzły chłonne szyi głębokie, górne i środkowe (II i III region węzłów chłonnych szyi). Mimo, iż w porównaniu z innymi lokalizacjami raka jamy ustnej rak wargi daje przerzuty najrzadziej, to jednak według różnych statystyk w czasie wstępnej diagnozy przerzuty w węzłach regionalnych stwierdzane są w 2-12%, zaś w kolejnych 5-13% przerzuty ujawniają się po przeprowadzonym leczeniu (najczęściej w okresie pierwszych 2 lat). W przypadku wznowy miejscowej raka wargi odsetek stwierdzanych przerzutów wzrasta nawet do 30% [cyt. 9]. Czynnikiem, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia przerzutów węzłowych są: zaawansowanie miejscowe nowotworu (T), czynnik odróżnicowania histologicznego raka (G), współistnienie guza pierwotnym odczyn zapalny i lokalizacja w obrębie kąta ust [9,10,12].

Zasady diagnostyki i leczenia

Rak wargi, mimo iż trudny do przeoczenia zarówno dla pacjenta, jak i dla jego otoczenia, często jest diagnozowany i leczony w stanie znacznego zaawansowania klinicznego. Wolno powiększający się, niebolesny strupek, owrzodzenie czy zgrubienie nie stanowią motywacji do podjęcia leczenia. Pacjenci z zaawansowanym rakiem wargi to często ludzie starzy, w złym stanie ogólnym, zwykle również z „marginesu” ekonomicznego i socjalnego.

W oczywistych klinicznie przypadkach weryfikacja raka na podstawie biopsji może być zastąpiona wycięciem leczniczym (wg obowiązujących zasad) i zbadaniem całości preparatu. Podobnie, w rozległej leukoplakii podejrzanej o transformację w raka nie jest błędem wycięcie i badanie patologiczne nabłonka czerwieni wargowej na całej długości (*wermilionektomia*), co pozwala ocenić cały podejrzany nabłonek.

Przy klasycznej ocenie palpacyjnej węzłów chłonnych szyi konieczne jest dodatkowo oburęczne obmacywanie (od strony dna jamy ustnej i szyi) okolicy podbródkowej

i podżuchwowej. W każdym przypadku raka wargi standardem winno być badanie USG węzłów chłonnych szyi, zwłaszcza I, II i III regionu węzłów chłonnych i ewentualna biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) pod kontrolą USG węzłów podejrzanych o obecność przerzutów.

W przypadkach raka wargi górnej dokładnie ocenić należy również węzły przeduszne i węzły leżące w obrębie ślinianki przysuszej. Weryfikacja taka ma istotne znaczenie, ponieważ od 1/3 do 2/3 powiększonych węzłów w przypadku raka wargi, to odczynowe węzły zapalne [9].

Przy podejrzeniu o naciekanie sąsiadujących struktur kostnych pantomograficzne badanie rtg szczęki i żuchwy (Panorex) daje informację porównywalną z tomografią komputerową (TK).

W postępowaniu diagnostycznym pamiętać należy o ryzyku obecności drugiego ogniska nowotworowego w obrębie dróg oddechowych i górnego odcinka przewodu pokarmowego, podobnie jak w innych nowotworach tytoniozależnych.

W przypadkach raka wargi leczeniem z wyboru jest wycięcie chirurgiczne z pierwotną rekonstrukcją ubytku, mimo iż w niskim i średnim zaawansowaniu miejscowym (T1 i T2) wyniki rtg-terapii są porównywalne [8,10,12]. Przypadki z wysokim zaawansowaniem miejscowym (T3 i T4) wymagają z reguły leczenia skojarzonego (chirurgia + rtg-terapia).

Cele, które zamierzamy osiągnąć przy resekcji i rekonstrukcji raka wargi winniśmy uszeregować w następującej kolejności:

- uzyskanie onkologicznej radykalności resekcji,
- funkcjonalna wydolność szpary ust,
- uzyskanie optymalnego efektu estetycznego,
- zachowanie unerwienia ruchowego i czuciowego.

Zalecany margines resekcji tkanek zdrowych waha się od 3 do 10 mm. Im większy naciek, tym margines powinien być szerszy. Szerszy margines winniśmy zastosować, gdy nowotworowi towarzyszy odczyn zapalny, gdy wyższy jest stopień histologicznej złośliwości i wreszcie, gdy operujemy wznowę po uprzednio przeprowadzonym leczeniu [2,3,9,12].

Warunkiem pełnej funkcjonalnej wydolności ust jest zachowanie, bądź odtworzenie, ciągłości mięśnia okrężnego ust i pozostawienie pacjentowi szpary ust o takiej szerokości, która nie tylko umożliwi odżywianie się, ale np. swobodne założenie protezy zębowej. O ile przy rekonstrukcjach ubytków powierzchniowych, bądź ubytków pełnej grubości, ale nie przekraczających 1/3 długości wargi, wymienione powyżej cele mogą być z powodzeniem zrealizowane, o tyle rekonstrukcja większych ubytków zawsze jest kompromisem między funkcją i estetyką. U pacjentów w podeszłym wieku, czy w złym stanie ogólnym, często plan leczenia chirurgicznego musi być uproszczony do procedur możliwych do wykonania w miejscowym znieczuleniu.

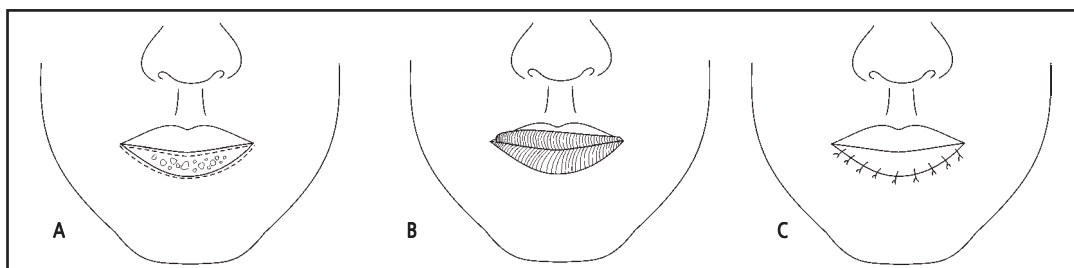
Wargi, dla celów chirurgii estetycznej dzielone są na podjednostki anatomiczne (ryc. 1).

Założeniem ogólnym jest, aby przy rekonstrukcji każda podjednostka rozpatrywana była oddzielnie, a cięcia – w miarę możliwości – prowadzone były wzdłuż oddzielających je linii. Rekonstrukcja wargi dolnej, będącej jedną podjednostką, jest z reguły łatwiejsza niż wargi górnej, w operacjach której przy przemieszczeniu do boku tkanek wargi, ustawiający się skośnie rowek podnosowy (*philtrum*) daje zły efekt estetyczny.

Metody operacyjne nowotworu

Mnogość metod rekonstrukcji warg [2-5,7-10,12] jest odbiciem wysiłku koncepcyjnego, jaki poświęcano temu problemowi w przeszłości i obecnie, ale często utrudnia decyzję, jaką metodę wybrać w konkretnym przypadku. Pierwszy opis rekonstrukcji wargi w książce Celsusa „*De medicina libri octo*” liczy blisko 2000 lat [6], a powszechnie stosowane metody rekonstrukcji – Estlandera, Abbego, Bernarda, czy von Burowa liczą już ponad 100 lat (Sabatini – 1836, pierwszy opis rekonstrukcji typu *cross lip*; Bernard – 1853; von Burow – 1855; Estlander – 1968, Abbe – 1898) [7,9].

Najczęściej operacje dotyczą wargi dolnej. Podane w tabeli I metody postępowania rekonstrukcyjnego w obrębie wargi dolnej ułatwiają wybór typu operacji, ale – co oczywiste – nie uwzględniają indywidualnych warunków konkretnego pacjenta i nie są uniwersalną odpowiedzią na wszystkie problemy związane z odtworzeniem ubytku tkanek i zachowaniem funkcji ust. Algorytm ten, wzorowany na podanym przez Hamiltona i Branhama [2], zmodyfikowano w oparciu o własne doświadczenia.



Ryc. 2. Vermilionektomia: A – wycięcie; B, C – rekonstrukcja

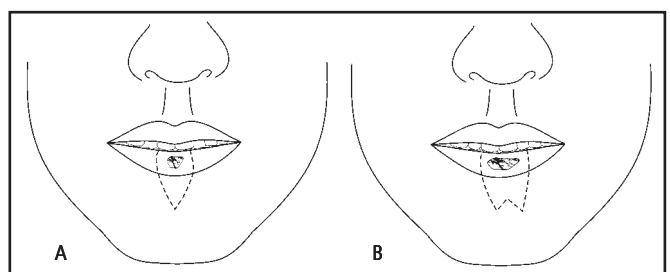
Z problemem rekonstrukcji wargi górnej spotykamy się rzadziej. W naszym materiale było to jednak aż 26 przypadków (22,4%). Trudno w całości zastosować podobny algorytm dla wargi górnej, ale w analogicznych sytuacjach dotyczących tego umiejscowienia zastosowanie znajduje większość podanych w tab. I metod. Rak wargi zlokalizowany w kącie ust to zaledwie 1 przypadek (0,9%) w naszym materiale.

Tabela I. Metody rekonstrukcji ubytków pełnej grubości w obrębie wargi dolnej

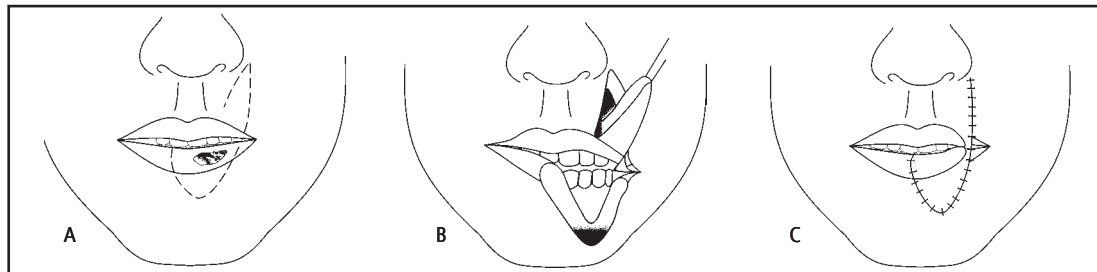
1/3 wargi	- Zespolenie pierwotne „V” lub „W”
1/3 - 2/3 wargi	- Płat ESTLANDERA (gdy ubytek dochodzi do kąta ust) - Płat ABBEGO (gdy ubytek wargi nie obejmuje kąta ust) - Płat KARAPANDZICA (ubytek wargi centralny)
2/3 wargi	- Płat policzkowy SZYMANOWSKIEGO (jednostronny) - Płat wachlarzowaty GILLESA - Obustronne płaty BERNARDA-BUROWA
Cała warga	- Płaty uszypułowane odległe (piersiowe, czołowe, barkowo-piersiowe) - Płaty wolne z zespoleniem mikronaczyniowym - Płaty policzkowe SZYMANOWSKIEGO (obustronne) - Obustronne płaty BERNARDA-BUROWA - Obustronne płaty wachlarzowate GILLESA

W przypadku powierzchownego nowotworu, ograniczonego jedynie do czerwieni wargowej, najprostszą, a zarazem estetycznie i funkcjonalnie najlepszą metodą, jest wycięcie nabłonka czerwieni wargowej i przesunięcie zmobilizowanej błony śluzowej z przedsonka jamy ustnej (*vermilionektomia*) (ryc. 2). Podobnie, przy powierzchownych ubytkach skóry wargi, nie naruszających mięśnia okrężnego ust, rekonstruuemy je według ogólnych zasad obowiązujących przy rekonstrukcji skóry, pamiętając o układzie linii naturalnych zmarszczek, układających się promieniście wokół szpary ust.

W przypadku wycięcia z pierwotnym zamknięciem ubytku typu „V” lub „W”, ostateczny efekt estetyczny zależy od pierwotnego kształtu wargi dolnej, z reguły dłuższej niż warga górna, a czasem wręcz lekko wywiniętej na zewnątrz. W takich przypadkach wycięcie 1/3 długości może nie pozostawić żadnej istotnej deformacji. Przy wycięciu „W” lepszy efekt uzyskamy, jeśli pozioma część cięcia poprowadzona zostanie na granicy wargi i bródki (ryc. 3).



Ryc. 3A. Wycięcie i rekonstrukcja wargi typu „V”
B. Wycięcie i rekonstrukcja wargi typu „W”



Ryc. 4. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Abbego

Przy każdej rekonstrukcji wargi bardzo istotne jest oddzielne zespolenie trzech warstw – błony śluzowej, mięśnia okrężnego ust i skóry. Dokładne dopasowanie i zeszytie w obrębie czerwieńi wargowej jest nieodzowne dla dobrego efektu kosmetycznego.

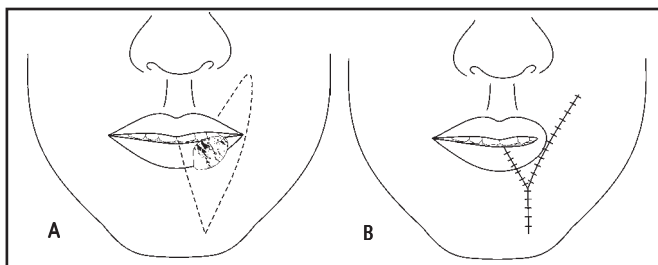
Zaletą płata Abbego i płata Estlandera stosowanego przy rekonstrukcjach powyżej 1/3 długości wargi jest uzyskanie do przeszczepu tkanki o strukturze identycznej

z wyciętym wcześniej fragmentem. Jest to jednak płat odnerwiony czuciowo i ruchowo. Płat Abbego (ryc. 4) wymaga odcięcia w drugim etapie, po około 3 tygodniach, natomiast przy rekonstrukcji płatem Estlandera (ryc. 5) konieczna jest często, w drugim etapie, plastyka poprawiająca estetyczny wygląd kąta ust. Po okresie około 1 roku dochodzi do reinerwacji w obrębie przeszczepionych płatów, ale nigdy nie jest ona pełna [2].

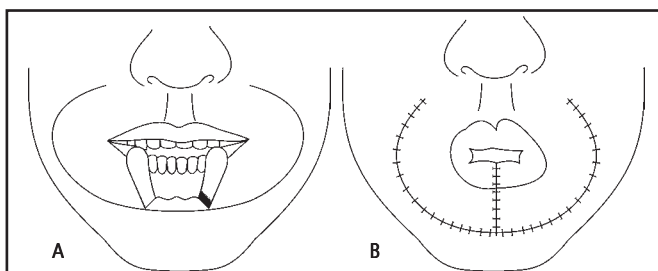
Zaletą płata Karapandzica (ryc. 6) jest uzyskanie dobrej funkcjonalnej wydolności szpary ust, jeśli przy preparowaniu płatów zachowamy gałązki ruchowe do mięśnia okrężnego ust. Można to osiągnąć nacinając na pełną grubość skórę i płytko – tkankę mięśnia. Błona śluzowa przy formowaniu płata odcięta jest jedynie na około 1 cm od wytworzonego po resekcji ubytku. Wadą tej metody jest tendencja do nadmiernego zwężania szpary ust (mikrostomii), zwłaszcza przy ubytkach bliskich 2/3 długości wargi i u osób z pierwotnie „małymi” ustami [4].

Płat wachlarzowaty Gillesa (ryc. 7), wykorzystujący do rekonstrukcji ubytku wargi tkanki policzka, zapobiega co prawda mikrostomii, ale jest w znacznym stopniu odnerwiony, daje gorszy efekt funkcjonalny i nie umożliwia dobrego odtworzenia czerwieńi wargowej. Płat ten, utworzony obustronnie, może być alternatywą przy rekonstrukcji ubytku całej wargi dolnej [2].

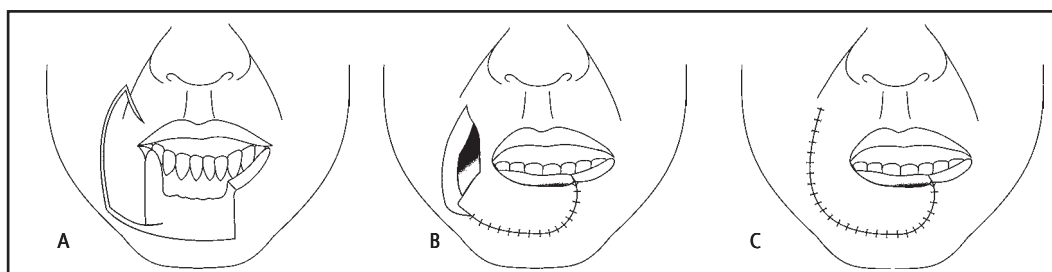
Dla rozległych (>2/3 długości) ubytków wargi dolnej rekonstrukcja płatami postępującymi Bernarda-Burowa (ryc. 8) jest metodą najprostszą, a co za tym idzie najszybszą do wykonania. Nie jest to bez znaczenia u starszych pacjentów z licznymi obciążeniami ogólnymi.



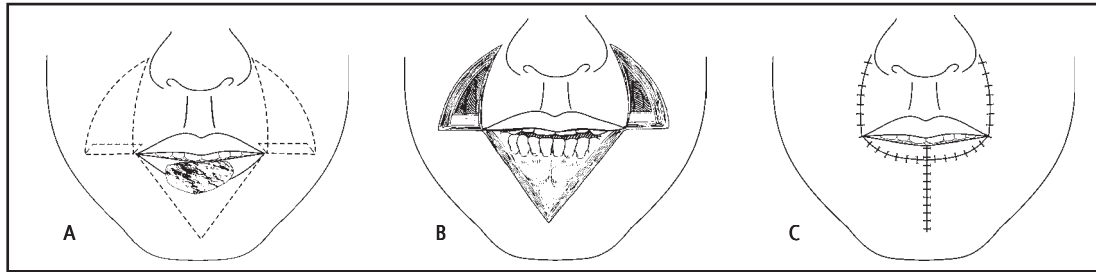
Ryc. 5. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Estlandera



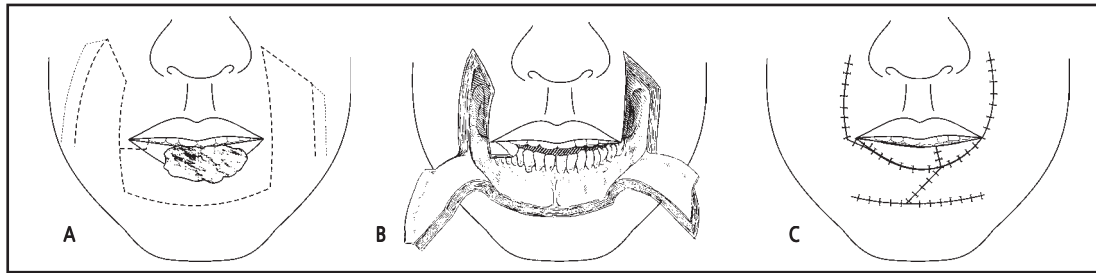
Ryc. 6. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Karapandzica



Ryc. 7. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Gillesa



Ryc. 8. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Bernarda-Burowa



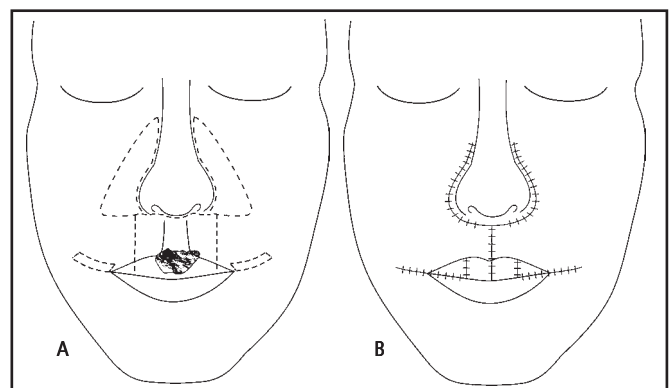
Ryc. 9. Wycięcie i rekonstrukcja wargi metodą Szymanowskiego

Unerwienie przesuwanych płatów jest w znacznym stopniu zachowane, a odpowiednie wycięcie trójkątów Burowa, z zaoszczędzeniem śluzówki policzka (modyfikacja Webstera), pozwala odtworzyć poprawnie czerwień wargową w okolicy nowo utworzonych kącików ust. W ostateczności metoda ta może służyć do odtworzenia ubytku całej wargi dolnej [2], ale efekt estetyczny nie jest satysfakcjonujący.

Przy rekonstrukcji ubytku całej wargi dolnej można zastosować płaty uszypułowane odległe (czołowe, piersiowe, czy barkowe), bądź płaty wolne, z zespoleniem mikronaczyniowym. Metody te są jednak trudne i czasochłonne. Alternatywą pozostają płaty z sąsiedztwa – obustronne płaty wachlarzowate wg Gillesa, metoda Bernarda-Burowa, bądź obustronne płaty policzkowe wg Szymanowskiego. Metoda Szymanowskiego [3] (ryc. 9) jest w naszej ocenie najlepsza, ponieważ uzyskuje się dobry efekt funkcjonalny (płatki częściowo zachowują swoje unerwienie), nie dochodzi do zwężenia szpary ust i możliwe jest poprawne odtworzenie czerwień wargowej. Blizny po przesunięciu płatów, ułożone symetrycznie w fałdach nosowo-policzkowych, są mało widoczne, zwłaszcza u osób starszych. Metoda ta jest relatywnie prosta, pewna i bezpieczna.

Wyżej wymienione metody mogą znaleźć swoje zastosowanie również przy rekonstrukcji ubytków wargi górnej. Pamiętać jednak należy, że dla poprawnego efektu estetycznego konieczne jest odtworzenie poszczególnych podjednostek wargi górnej (patrz ryc. 1). Aby uniknąć asymetrycznego przesunięcia rowka podnosowego, pierwotne zamknięcie ubytku może mieć zastosowanie

tylko do niewielkich ubytków w obrębie dwu bocznych podjednostek. Dla rekonstrukcji większych ubytków znajduje zastosowanie płat Estlandera i płat Abbego. Płatem Abbego rekonstruować możemy całą środkową podjednostkę. Jest to jednak duża uciążliwość dla chorego, który przez co najmniej 3 tygodnie ma „zasznurowane” usta. Ryzyko naderwania płata przy wybudzaniu ze znieczulenia ogólnego jest znaczne, stąd też Gullane [10] preferuje w tym przypadku operację w znieczuleniu miejscowym. Przy rekonstrukcji ubytków obejmujących ponad 2/3 wargi górnej, uzyskaliśmy dobry efekt stosując płaty postępujące, z wycięciem obustronnym trójkątów w fałdach nosowo-policzkowych (ryc. 10). Nie mieliśmy przypadku, w którym dla podobnego ubytku wybraliśmy proponowany w takich sytuacjach płat Karapndzica, czy obustronne płaty Gillesa.



Ryc. 10. Rekonstrukcja ubytku wargi górnej z zastosowaniem płatów postępujących

Operacje węzłów chłonnych

Leczenie chirurgiczne przerzutów węzłowych w raku wargi winno uwzględniać kierunek regionalnego spływu chłonki i stopień ryzyka wystąpienia przerzutów. W przypadku pojedynczego przerzutu w okolicy podżuchwowej, czy podbródkowej, nie przekraczającego 3 cm (N1, resekcję węzłów ograniczyć można do limfadenektomii nadgnykowej (I, II i III region) [9, 10, 12]. W sytuacji, gdy zaawansowanie węzłowe jest wyższe, bądź współistnieją inne czynniki podwyższonego ryzyka rozsiewu nowotworowego, z zasady wykonujemy radykalną, bądź zmodyfikowaną operację węzłów chłonnych szyi.

Operacją węzłową w przypadkach raka wargi dolnej, bez klinicznych cech przerzutu (*elective neck dissection*), jest limfadenektomia nadgnykowa, pozwalająca na resekcję węzłów I, II i III regionu. Operację należy rozważyć we wszystkich przypadkach o podwyższonym ryzyku ukrytych (subklinicznych) przerzutów, to znaczy, gdy guz jest większy niż 4 cm w swoim największym wymiarze (T3 i T4), przy zróżnicowaniu histopatologicznym G2 i G3 i cechach histoformatywnych guza takich, jak ogniska mikrosatelitarne w sąsiedztwie guza pierwotnego, żywa reakcja zapalna wokół guza, czy naciekanie wzdłuż nerwów i naczyń oraz w przypadku operacji niepowodzeń po wcześniejszym leczeniu chirurgicznym, bądź rtg-terapii. W przypadku, gdy guz obejmuje 1/3 środkową wargi dolnej, bądź przechodzi poza linię środkową, elektywna limfadenektomia nadgnykowa winna być wykonana obustronnie.

W przypadku raka wargi górnej i kąta ust, rokujących gorzej niż rak wargi dolnej, jeśli wystąpią przerzuty do węzłów przedusznych lub położonych wewnątrz gruczołu ślinianki przyusznej, to najmniejszy rozważany zasięg resekcji węzłowej winien obejmować powierzchowną parotidektomię oraz limfadenektomię nadgnykową.

Uzupełniająca radioterapia, obejmująca zarówno obszar resekcji, jak i węzły regionalne, winna mieć miejsce w przypadkach zaawansowania T3 i T4, przy wąskim, bądź wątpliwym marginesie resekcji w obrębie wargi czy węzłów, przy naciekanu pozatorebkowym węzła, obecności w preparacie operacyjnym mikroprzerzutów czy naciekanu naczyń i pochewek nerwowych.

Materiał własny

Przykładem ilustrującym skalę i problem wyboru terapii chirurgicznej raka wargi jest materiał 116 chorych leczonych w latach 2001 – 2002 w Dziale Chirurgii Głowy i Szyi Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Ogółem wykonano 127 resekcji raka wargi. W 7 przypadkach wykonywano jednocześnie więcej niż jeden typ resekcji, a 4 chorych operowano dwukrotnie – z powodu wznowy, bądź drugiego ogniska nowotworowego w obrębie wargi. W 99 przypadkach wycięcie chirurgiczne było leczeniem pierwotnym, a w 21 przypadkach było to leczenie niepowodzeń po wcześniejszej chirurgii, bądź rtg-terapii. W większości przypadków trudno było ustalić przybliżony czas trwania choroby, który w relacji chorych wahał się od 2 miesięcy do 20 lat. Mężczyźni (n=91) stanowili 78,4% grupy leczonej; kobiety (n=25) 21,6%. Przedział wieku leczonych wahał się od 38 do 91 lat; średni wiek = 68,8 lat.

Tabela II przedstawia lokalizację pierwotnego ogniska raka wargi oraz charakterystykę patologiczną grupy leczonej. W przypadkach, w których nie ustalono pierwotnej lokalizacji nacieku wynikało to bądź ze znacznego zaawansowania choroby w chwili pierwszej oceny, bądź, gdy leczylimy późne przypadki wznowy – po uprzedniej terapii poza naszym ośrodkiem.

Charakterystykę zaawansowania lokalnego i węzłowego, analizowanej grupy przypadków raka wargi przedstawia tabela III. W tabeli IV przedstawiono zastosowane warianty wycięcia i rekonstrukcji wargi.

Kryterium kwalifikującym do jednoczesowej operacji węzłowej były przerzuty uwidocznione w USG, bądź wyczuwalne w badaniu palpacyjnym – potwierdzone w biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (5 przypadków), lub stopień zaawansowania lokalnego T3 i T4 i część przypadków T2 (14 przypadków). W kilku przypadkach, w których, mimo braku klinicznych przerzutów węzłowych winna być wykonana operacja elektywna, zaniechano jej z uwagi na zły stan ogólny pacjenta, będący przeciwwskazaniem do operacji w znieczuleniu ogólnym. O ile bowiem nawet szeroka resekcja i rekonstrukcja wargi możliwa jest w znieczuleniu miejscowym, o tyle nie próbowaliśmy nawet podejmować operacji węzłowych

Tabela II. Lokalizacja pierwotna nacieku raka wargi oraz charakterystyka histopatologiczna leczonej grupy (n = 116)

	Pierwotna lokalizacja		Obraz histopatologiczny			
	n	%			n	%
Warga dolna	80	68,9	Carcinoma planoepitheliale	G1	46	39,7
Warga górna	26	22,4		G2	28	24,1
Kąt ust	1	0,9		G3	3	2,6
Nie ustalono	9	7,8		Nie ustalono	15	12,9
			Carcinoma basocellulare		24	20,7
Ogółem	116	100,0			116	100,0

Tabela III. Charakterystyka zaawansowania lokalnego i węzłowego pacjentów z rakiem wargi leczonych pierwotnie chirurgicznie (n = 100)

	N0	N1	N2	N3	ogółem
T1	67	1			68
T2	24	3			27
T3	3		1		4
T4	1				1
Ogółem	95	4	1		100

Tabela IV. Typy wycięcia i rekonstrukcji chirurgicznej zastosowane w leczeniu raka wargi

Typ operacji	n	%
Vermilionektomia	9	7,1
Wycięcie „V” lub „W”	56	44,1
Metoda Abbe-Estlander	6	4,7
Metoda Karapandzica	2	1,6
Metoda Bernarda-Burova	17	13,4
Metoda Szymanowskiego	14	11,0
Inne warianty resekcji	23	18,1
Ogółem	127	100,0

w takim znieczuleniu. Ogółem wykonano 21 operacji węzłowych z powodu raka wargi – 19 operacji limfadenektomii nadgnykowych, jednocześnie z wycięciem chirurgicznym wargi, a w 2 przypadkach operację radykalną węzłów chłonnych szyi wg Jawdyńskiego-Crile’a, z powodu wznowy węzłowej po wcześniejszej resekcji

Piśmiennictwo

- American Joint Committee on Cancer. AJCC Cancer Staging Handbook, Sixth Edition. Greene FL I wsp. (red.). Springer, New York 2002.
- Hamilton MM, Branham GH. Concepts in Lip Reconstruction. *Otolaryngol Clin N Am*, 1997; 30: 593-606.
- Kestel KG: Tumors of the Lip. w: Surgical Treatment of Head and Neck Tumors. Barbosa JG. Grune and Stratton Publ, New York 1974; 118-135.
- Krause CJ, Carroll WR, Sullivan MJ. Surgical Management of Skin Defects of the Scalp, Forehead, Cheeks and Lips. (w) Head and Neck Surgery. Tardy ME, Kastenbauer ER (red). Thieme Med Publ, New York 1995; 80-94.
- Renner GJ, Zitsch RP. Reconstruction of the Lip. *Otolaryngol Clin N Am* 1990; 23: 975-990.
- Szumowski W. Historia medycyny. Sanmedia, Warszawa 1994.
- Yarrington CJ, Larrabee WF. Reconstruction following Lip Resection. *Otolaryngol Clin N Am* 1983; 16: 407-421.
- Zitsch RP. Carcinoma of the Lip. *Otolaryngol Clin N Am* 1993; 26: 265-277.
- Zitsch RP. Evaluation and surgical therapy of Tumors of the Oral Cavity. Lip tumors. w: Comprehensive management of Head and Neck Tumors. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD. WB Saunders Comp, Philadelphia 1999; 673-685.
- Gullane P. Wargi. w: Praktyczne postępowanie w guzach głowy i szyi. Gluckman J, Gullane P, Johnson J. PZWL, Warszawa 1996; 79-91.
- Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 1999 r. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2002.
- Watkinson JC, Gaze MN, Wilson JA. Stell and Maran's Head and Neck Surgery. Butterworth Heinemann, Oxford 2000.

wargi. W 13 przypadkach limfadenektomię nadgnykową wykonano jednostronnie, a w 6 przypadkach obustronnie.

W 12 przypadkach uzupełnieniem leczenia chirurgicznego była rtg-terapia obejmująca zarówno region resekcji, jak i pola węzłowe w obrębie szyi.

Podsumowanie

Doświadczenia zebrane na podstawie prezentowanej grupy przypadków nie upoważniają do formułowania autorytatywnych wytycznych dla postępowania terapeutycznego w przypadkach raka wargi. Praca jest jedynie omówieniem aktualnych poglądów dotyczących tego zagadnienia i ilustracją, jak autorzy rozwiązywali problem rekonstrukcji, wobec mnogości metod które, jak każdy nadmiar, frustrują i często dezorientują. Leczenie raka wargi, które z reguły jest leczeniem operacyjnym, rozproszone jest pomiędzy szereg specjalności – chirurgię ogólną i onkologiczną, chirurgię plastyczną, chirurgię szczękową i wreszcie otolaryngologię – chirurgię głowy i szyi. Nikt nie ma tu wyłączności, a jedyną zasadą winno być, aby podejmując leczenie raka wargi być przygotowanym do możliwości wykonania szerokiego wachlarza metod resekcji i rekonstrukcji, prawidłowego leczenia przerzutów węzłowych, jak również postępowania w przypadkach niepowodzeń.