



## REKONSTRUKCJA NOSA U PACJENTKI PO LECZENIU OPERACYJNYM WZNOWY RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO LEWEGO SKRZYDŁA NOSA

Nasal reconstruction in a patient after surgical  
treatment of recurrent basal cell carcinoma  
of the left nasal wing



Sylvia Agnieszka Kołpaczyńska, Jakub Starownik, Natalia Sioch, Piotr Florczuk-Dąbek, Wojciech Jasek

Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy, Oddział Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń, Polska

Sylvia Agnieszka Kołpaczyńska – 0009-0003-6432-1102

Jakub Starownik – 0009-0008-2711-2578

Natalia Sioch – 0009-0001-4812-6206

Piotr Florczuk-Dąbek – 0009-0006-6882-1093

Wojciech Jasek – 0009-0006-5261-5711

### Streszczenie

Rak podstawnocomórkowy jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym skóry. Podstawową metodą leczenia jest wycięcie chirurgiczne. Według opinii ekspertów, w przypadku pierwotnej zmiany należy zachować margines około 4 mm makroskopowo zdrowych tkanek, a przypadku nawrotu – około 10 mm. Takie postępowanie często wiąże się z powstaniem znacznych ubytków tkanek. Zmiany występujące na twarzy nierzadko są problematyczne, biorąc pod uwagę jej budowę i dążenie do zachowania estetyki. Opisujemy przypadek pacjentki z trzecią wznową raka podstawnocomórkowego skóry w okolicy lewego skrzydła nosa. Ze względu na spodziewany duży ubytek tkanek pełnej grubości skrzydła nosa, zaplanowano rekonstrukcję dwoma płatami – płatem skórno-tłuszczowym z fałdu nosowo-policzkowego i płatem rotacyjnym Mustarde'a. Rekonstrukcję uzupełniono o przeszczepy skóry pośredniej grubości. Stosując tę metodę, uzyskano pełne pokrycie ubytku tkanek bezpośrednio po szerokiej resekcji nowotworu. Zaplanowano również kolejny etap – odtworzenie rusztowania chrzęstnego nosa w celu poprawy funkcjonalności i estetyki nosa. Opisany przypadek ma na celu przedstawienie jednej z możliwości rekonstrukcji dużych poresekcyjnych ubytków tkanek w okolicy skrzydła nosa.

### Abstract

Basal cell carcinoma is the most common skin malignancy. Surgical excision is the basic treatment method. According to experts, the margin of macroscopically healthy tissue should be about 4 mm for primary lesions and about 10 mm for recurrence. The procedure is often associated with significant tissue defects. Facial lesions are often challenging because of the facial structure and the goal to maintain aesthetics. We describe a case of a patient with a third recurrence of basal cell carcinoma in the area of the left wing of the nose. Due to the expected significant loss of full-thickness tissues of the nasal wing, we planned reconstruction using two flaps: a lipocutaneous flap harvested from the nasolabial fold and a Mustarde rotation flap. The reconstruction was supplemented with split-thickness skin grafts. This approach allowed us to achieve full coverage of the tissue defect immediately after wide resection of the tumour. As a next step, we planned to reconstruct the nasal cartilage scaffold to improve nasal functionality and aesthetics. The described case is intended to present one of the reconstructive options for large post-resection tissue defects in the nasal wing area.

**Słowa kluczowe:** rak podstawnocomórkowy; nowotwór złośliwy skóry; rekonstrukcja skrzydła nosa; rekonstrukcja płatowa; chirurgia plastyczna

**Keywords:** basal cell carcinoma; skin cancer; reconstruction of nasal wing; flap reconstruction; plastic surgery

DOI 10.53301/lw/194131

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.09.2024

Zaakceptowano do druku: 04.10.2024

### Autor do korespondencji:

Sylvia Agnieszka Kołpaczyńska  
Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy  
Instytut Badawczy, Oddział Chirurgii Plastycznej,  
Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń, Warszawa  
e-mail: s.kolpaczynska@wp.pl

## Wstęp

Rak podstawnocomórkowy skóry (ang. *basal cell carcinoma*, BCC) jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym skóry, a jednocześnie najczęstszym nowotworem u ludzi rasy kaukaskiej [1]. Stanowi 75–80% wszystkich raków [2]. BCC bardzo rzadko daje przerzuty do innych narządów, natomiast na całym świecie opisano kilkaset przypadków przerzutów tego nowotworu, najczęściej do węzłów chłonnych, płuc i kości, szacując skłonność do występowania przerzutów na około 0,0028–0,5% przypadków [3]. Wśród metod leczenia w pierwszej kolejności rozważa się leczenie chirurgiczne. Tylko takie leczenie daje możliwość weryfikacji histopatologicznej zmiany [4]. Uznaje się, że guzy znajdujące się w trudnej lokalizacji (sąsiedztwo powieki, warg, nosa) nie powinny być leczone metodami zachowawczymi [5]. W przypadku zmian pierwotnych zalecane jest zachowanie marginesu makroskopowo zdrowej tkanki co najmniej 4 mm [6]. Przy wysokim ryzyku wznowy zalecany margines zdrowych tkanek wynosi nawet do 15 mm. Czynniki ryzyka wznowy są: wielkość  $\geq 2$  cm, lokalizacja w środkowej części twarzy, okolicy oczu, nosa, warg i uszu, brzegi zmiany ocenione klinicznie jako słabo odgraniczone podtypy histopatologiczne, histopatologiczne cechy agresywności nowotworu (zajęcie naczyń i/lub nerwów), nieskuteczność poprzedniego leczenia [5]. Po chirurgicznym usunięciu zmiany ubytek tkanek zamyka się prostym zszyciem skóry, plastyką płatową lub przeszczepem skóry.

Prezentujemy przypadek pacjentki z nawrotem BCC w okolicy lewego skrzydła nosa. W przeszłości kobieta przeszła zabieg wycięcia nowotworu, z pokryciem ubytku lokalnym płatem tłuszczowo-skórnym z policzka, a następnie radioterapię ze względu na nieradykalność leczenia. Ze powodu wznowy nowotworu z perforacją skrzydła nosa wykonano rozległą resekcję z plastyką płatową – płatem tłuszczowo-skórnym z okolicy fałdu nosowo-policzkowego i rotacyjnym płatem policzkowym Mustarde’a. Wykorzystano wolny przeszczep skóry

pośredniej grubości (WPSPG) do odtworzenia śluzówki jamy nosowej. Osiągnięto dobry efekt pokrycia rozległego ubytku i radykalność onkologiczną. Zaplanowano również późniejszą rekonstrukcję szkieletu nosa przy pomocy fragmentu żebra.

## Opis przypadku

Prezentujemy przypadek pacjentki zakwalifikowanej do zabiegu resekcji wznowy BCC okolicy skrzydła nosa z perforacją skrzydła, z jednoczasową rekonstrukcją metodą plastyki płatowej. Pacjentka w przeszłości przeszła dwukrotnie operację usunięcia nowotworu z tej okolicy i pokrycia ubytku przeszczepem skóry pośredniej grubości. W badaniu histopatologicznym zmianę zidentyfikowano jako BCC. Z powodu nieradykalności onkologicznej zakwalifikowano pacjentkę do radioterapii. Po kilku latach nastąpiła wznowa nowotworu, z wytworzeniem perforacji lewego skrzydła nosa (ryc. 1). W badaniu tomografii komputerowej nie stwierdzono naciekania przegrody nosowej. Na rycinie 2 przedstawiono rysunek zaplanowanej operacji radykalnego usunięcia nowotworu z zastosowaniem plastyki płatowej. Wycięto nowotwór z zachowaniem 10-milimetrowego marginesu makroskopowo zdrowej tkanki. Powstały ubytek pokryto płatem przeniesionym z fałdu nosowo-policzkowego, a ubytek po płacie z policzka pokryto płatem rotacyjnym Mustarde’a. Wewnętrzną stronę zrekonstruowanego lewego skrzydła nosa pokryto za pomocą WPSPG. Materiał ten wykorzystano również do pokrycia fragmentu ubytku tkanek w okolicy grzbietu nosa, do którego nie udało się dociągnąć brzegu płata z policzka. W nozdrzu lewym pozostawiono w pierwszej dobie pooperacyjnej fragment cewnika Foleya owiniętego opatrunkiem nasączonym płynną parafiną, aby zapobiec zapadaniu się skrzydła nosa, co mogłoby wpłynąć niekorzystnie na proces wgajania się WPSPG. Na rycinie 3 przedstawiono stan pacjentki w drugiej dobie pooperacyjnej. Nie odnotowano zaburzeń ukrwienia płatów, nie stwierdzono cech wysięku z okolic szwów. Zaobserwowano dość blade zabarwienie WPSPG, co mogło świadczyć o opóźnionym wgajaniu. Okolica operowana była



Rycina 1. Wznowa nowotworu z wytworzeniem perforacji lewego skrzydła nosa





Rycina 2. Rysunek zaplanowanej operacji radykalnego usunięcia nowotworu z plastyką płatową

znacznie obrzęknięta, z cechami podskórnych wylewów krwawych, z tendencją do redukcji tych objawów w kolejnych dobach pooperacyjnych. Biorąc pod uwagę prawidłowy proces gojenia, zdecydowano o wypisaniu pacjentki do domu, ustalając wizyty kontrolne według harmonogramu. W badaniu histopatologicznym stwierdzono radykalność onkologiczną. Zaproponowano pacjentce kolejną hospitalizację po wygojeniu i uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego w celu rekonstrukcji części chrzęstnej nosa za pomocą przeszczepu chrząstki żebrowej.

### Omówienie

W opisywanym przypadku zdecydowano się na rozległą resekcję raka skóry z wykorzystaniem mieszanych technik rekonstrukcyjnych. Wycięcie z oceną histopatologiczną marginesów chirurgicznych jest postępowaniem z wyboru w przypadku podejrzenia BCC [7]. W celu pokrycia ubytku poresekcyjnego i odtworzenia błony śluzowej jamy nosowej wykonano płat tłuszczowo-skórny z okolicy fałdu nosowo-policzkowego, płat rotacyjny typu Mustarde'a, a także dwa przeszczepy skóry pośredniej grubości. Wykonując część resekcyjną operacji, oznaczono margines zdrowych tkanek 10 mm, zgodnie z zaleceniami ekspertów dotyczących postępowania w przypadku BCC wysokiego ryzyka [7]. Pacjentka posiadała cechy wysokiego ryzyka nawrotu, takie jak lokalizacja w okolicy nosa, niedoszczętnie wycięcie nowotworu w przeszłości. Płaty skórno-tłuszczowe z fałdu nosowo-policzkowego są często stosowane w pokrywaniu ubytków tkanek w okolicy skrzydła nosa. Należą one do grupy płatów przesuniętych z sąsiedztwa ubytku. Kształt i wielkość płata dobierany jest w zależności od ubytku. Najczęściej stosuje się cięcie w kształcie „łezki”, ze względu na najkorzystniejszy efekt estetyczny [8]. Ze względu na duży rozmiar ubytku wtórnego powstałego po przeniesieniu płata z policzka, zdecydowano się na wykonanie płata metodą Mustarde'a, uzyskując całkowite pokrycie pierwotnego i wtórnego ubytku tkanek.



Rycina 3. Stan pacjentki w drugiej dobie pooperacyjnej

Płat Mustarde'a jest rotacyjnym płatem policzkowym, często wykorzystywanym w rekonstrukcji ubytków tkanek w okolicy podoczołowej i powieki dolnej [9]. W celu zapewnienia optymalnych warunków wżagania WPSPG po wewnętrznej stronie płata, wykonano opatrunki z użyciem fragmentu cewnika Foleya, owiniętego opatrunkiem nasączonym płynną parafiną. Taki opatrunek zapewnił odpowiednie docięśnienie przeszczepów do podłoża, utrzymując drożność nowo powstałego nozdrza. Zabezpieczenie WPSPG przy pomocy szwów skórnych i docięśnienie do podłoża jest rekomendowanym postępowaniem w celu zapobiegania przesuwaniu się przeszczepów [10]. Dzięki temu zabezpieczeniu

w kolejnych dobach pooperacyjnych nie zaobserwowano zaburzenia wgajania WPSPG. Nie stwierdzono również zaburzeń ukrwienia wykonanych płatów. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano doszczętne wycięcie nowotworu i jednocześnie akceptowalny dla pacjentki efekt estetyczny. W kolejnym etapie zaplanowano rekonstrukcję części chrząstnej nosa w celu poprawy funkcjonalności i estetyki nosa. Kontynuacja leczenia możliwa będzie po całkowitym wygojeniu nosa po rekonstrukcji oraz uzyskaniu wyniku histopatologicznego zmiany potwierdzającego doszczętne wycięcie nowotworu.

## Wnioski

W chirurgii onkologicznej duży problem stanowi rekonstrukcja ubytku po usunięciu zmian nowotworowych skóry o znacznych rozmiarach, przy jednoczesnym zachowaniu radykalności resekcji w badaniu histopatologicznym. Dzięki plastyce płatowej i możliwości łączenia metod rekonstrukcyjnych, możliwe jest pokrywanie ubytków o znacznych rozmiarach, trudnych do zamknięcia w sposób pierwotny. Połączenie płata skórno-tłuszczowego przeniesionego z fałdu nosowo-policzkowego i płata rotacyjnego Mustarde'a z wykorzystaniem przeszczepów skóry pośredniej grubości może być z powodzeniem stosowane do pokrywania ubytków tkanek pełnej grubości po resekcji zmian w okolicy skrzydła nosa.

## Piśmiennictwo

1. Pabiańczyk R, Cieślik K, Tuleja T. Metody leczenia raka podstawnomórkowego skóry. *Chirurgia Polska*, 2011; 13: 48–58
2. Hossfeld DK, Sherman CD, Love RR, et al. Podręcznik onkologii klinicznej. PWN, Warszawa-Kraków, 1994
3. Malone JP, Fedok FG, Belchis DA, Maloney ME: Basal cell carcinoma metastatic to the parotid: report of a new case and review of the literature. *Ear Nose Throat J*, 2000; 79: 511–515, 518–519
4. Walker P, Hill D. Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard postoperative histological assessment. *Australas J Dermatol*, 2006; 47: 1–12. doi: 10.1111/j.1440-0960.2006.00216.x
5. Telfer NR, Colver GB, Morton CA; British Association of Dermatologists. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*, 2008; 159: 35–48. doi: 10.1111/j.1365-2133.2008.08666.x
6. Wolf DJ, Zitteli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol*, 1987; 123: 340–344
7. Owczarek W, Rutkowski P, Słowińska M, et al. Recommendations on the treatment of basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma prepared by the Oncology Department of the Polish Dermatology Society and the Melanoma Academy Department of the Polish Society of Oncological Surgery. *Oncol Clin Pract* 2015; 11: 246–255
8. Chęciński P, Nuckowska J, Osuch-Wójcikiewicz E, et al. Rekonstrukcje ubytków nosa po operacjach onkologicznych w materiale Kliniki Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1998–2007. *Otolaryngol Pol*, 2009; 63: 122–125
9. Leone CR Jr. Tarsal-conjunctival advancement flaps for upper eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol*, 1983; 101: 945–948. doi: 10.1001/archophth.1983.01040010945019. PMID: 6860211
10. Beldon P. What you need to know about skin grafts and donor site wounds. *Wound Essentials*, 2007; 2: 149–155