

MELANOAMELE PIELII CAPULUI MODALITĂȚI DE ABORDARE CHIRURGICALĂ

Camelia Tamaș¹, Doinița Rădulescu², Lucian Popa¹, C. Tarași³, Cristina Stănescu¹, R. Niță¹

Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

¹ Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență Iași

² Departamentul de Morfopatologie

³ Clinica de Neurochirurgie

MALIGNANT MELANOMA OF THE HEAD SKIN (Abstract): Malignant melanoma (MM) is known as a tumor with high malignancy. The development of a melanoma on the head skin is even more severe, as prognosis, because of the limited possibilities for large excision and high potential of diffusion in the wide vascular network. We treated 11 cases with MM head localisation in a period of 10 years. The rate of survival is very poor (6 months – 4 years after surgery). We used skin graft or fasciocutaneous flap for the regional reconstruction after excision. In two cases with cervical adenopathy we excised the lymph nodes too.

KEY WORDS: MALIGNANT MELANOMA, HEAD SKIN, FASCIOCUTANEOUS FLAP

Correspondență: Dr. Camelia Tamaș, Clinica de Chirurgie Plastică și Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență, Str. Gen. Berthelot nr. 2, Iași; e-mail: nita_radu2002@yahoo.com

INTRODUCERE:

Melanomul malign (MM), cunoscut pentru agresivitatea sa, în ce privește extensia la distanță, devine și mai invaziv atunci când este localizat în segmentul cefalic. Dezvoltarea la nivelul scalpului, deloc rară (4% din tumorile pielii, în literatură) îl face dificil de observat de către pacient sau medicul de familie, prezentarea la chirurg fiind, de regulă, tardivă. [1,2]

Localizarea MM la față sau pe pavilionul auricular, deși rapid detectabilă, nu determină o îmbunătățire substanțială a ratei de prezentare precoce la medic, fie prin dimensiunile mici ale tumorii, fie prin pigmentarea asemănătoare formațiunilor benigne. Vascularizația extrem de bogată a acestor regiuni, cât și traumele locale frecvente (cel puțin o dată pe zi în cazul localizării faciale la bărbați, în timpul bărbieritului) și de mai multe ori pe zi, la ambele sexe, pentru scalp – pieptănatul, iar în mod extrem de agresiv – chimică în cursul vopsirii părului) reprezintă factori de agravare caracteristică.

MM al feței și scalpului se dezvoltă rapid, nodulii de permeație la distanță mică de tumora inițială și extensia în ganglionii cervicali apărând în interval de săptămâni sau luni.

Dacă la aceste caractere se adaugă și o abordare terapeutică incorectă sau incompletă, (excizii incomplete ca suprafață și profunzime ori cauterizări) atunci șansele de supraviețuire postoperatorie se reduc drastic.

MATERIAL ȘI METODĂ

Am analizat 11 cazuri cu MM ale scalpului și feței (6 pe scalp, 5 la față – 1 genian stâng, 1 pavilion auricular, 1 temporal stâng, 2 frontale) operate și urmărite într-o perioadă de 10 ani.

Distribuția pe sexe a fost 7 femei și 4 bărbați, iar pe vârste: 19 – 81 ani, cu o frecvență mai mare la tineri: 25 – 48 ani – 6 cazuri.

În toate cazurile s-a practicat excizie subfascială, mai largă în localizările pe scalp (2-3 cm peritumoral), mai restrânsă în localizările faciale (aproximativ 1 cm peritumoral).

* received date: 8.04.2006

accepted date: 20.04.2006

Conform datelor din literatura de specialitate excizia subfascială este importantă, limita peritumorală în țesut sănătos nefiind hotărâtoare pentru dezvoltarea tumorilor secundare sau a metastazelor [1,2].

În exciziile limitate (MM genian stâng și al pavilionului auricular stâng) am practicat sutura directă (MM pavilionar: excizia toată grosimea, de formă triunghiulară) (Fig. 1); am utilizat plastia cu grefe de piele toată grosimea (PPLTG) recoltată din regiunea retroauriculară, pentru 3 MM faciale, iar în cazul MM al scalpului: reconstrucția cu lambouri fasciocutane rotate din vecinătatea tumorii și grefe de piele liberă despicate (PPLD) – 6 cazuri.

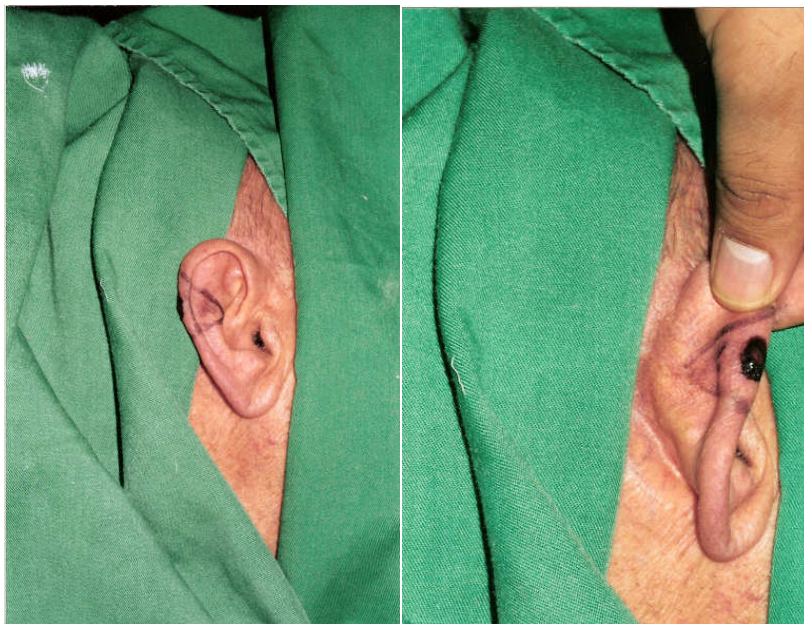


Fig. 1 Melanom malign localizat la nivelul pavilionului stâng
excizie în toată grosimea, de formă triunghiulară

În două cazuri cu MM facial (temporal, frontal) am practicat evidare ganglionară cervicală concomitent cu excizia tumorii primare (ganglionii excizați fiind deja metastatici – adenopatie asociată MM, clinic detectabilă; intraoperator: limfonoduli măriți de volum, pigmentați, metastaze confirmate anatomo-patologic). Supraviețuirea postoperatorie în aceste două cazuri a fost de 6 luni, respectiv 11 luni. Restul pacienților au refuzat evidarea ganglionară în scop diagnostic și/sau profilactic.

Cu privire la leziunea locală precizăm următoarele:

a) majoritatea formațiunilor erau pigmentate, cu doua excepții – MM de scalp la persoane vârstnice (65 și 71 ani) cu evoluție îndelungată preoperator (4 și respectiv 5 ani), cu aspect vegetant sau de plajă ulcerată, sângerândă și suprainfectată; nivelul Clark I – un caz, Clark II – 6 cazuri, Clark III – 4 cazuri (2 la față, 1 auricular, 1 vertex (Fig. 2)).

b) două din cazurile cu MM de scalp s-au prezentat la clinica noastră postoperator (excizia tumorii primare se realizase în alt serviciu): **observația 1**, bărbat, 70 ani, MM cu localizare în vertex, evoluție 9 ani preoperator; la 3 săptămâni de la excizia tumorii – recidivă locală și adenopatie loco-regională (2 limfonoduli palpabili – grup submandibular drept) – s-a practicat excizia recidivei, evidarea ganglionară fiind refuzată de pacient (supraviețuirea postoperatorie – 1 an); **observație 2**, femeie, 65 ani, MM cu localizare occipitală, evoluție preoperatorie 7 ani, 2 excizii în antecedente în alt serviciu chirurgical; prezentare în clinică la 6 luni de la ultima excizie cu nodul de permeație la aproximativ 2-3 cm de cicatricea postoperatorie (1 nodul de aproximativ 0,5 cm, pigmentat), fără adenopatie loco-regională sau

la distanță, fără metastaze hematogene decelabile. Rezultatul histopatologic: fragment cutanat cu metastaze de MM localizată la nivelul dermului, înconjurată de benzi de țesut conjunctiv; supraviețuire după excizia nodulului – încă în viață la 2 ani postoperator.

Rata supraviețuirii pacienților a fost cuprinsă între 1 – 4 ani, cu o singură excepție: cazul unui pacient în vârstă de 25 ani, cu MM genian stâng, cu nivel Clark II, pacient care a refuzat o reexcizie după confirmarea histopatologică a tumorii; supraviețuiește și astăzi, la 11 ani de la operație; nu a prezentat recidivă locală, noduli de permeație, metastaze ganglionare loco-regionale sau la distanță sau metastaze hematogene.

Toți pacienții au fost luați în evidență de specialistul oncolog. Cu excepția pacientului cu melanom genian și a celui cu MM auricular stâng (81 ani), toți ceilalți au urmat terapie complementară cu interferon. Cei doi pacienți menționați anterior au refuzat această terapie. Pacientul cu MM auricular este încă în evidența noastră, nu prezintă recidivă locală și nici metastaze la 2 ani de la operație.



Fig. 2 Melanom malign cu localizare la nivelul vertexului, înainte și după intervenția chirurgicală

DISCUȚII

MM reprezintă o neoplazie dintre cele mai grave și mai greu de controlat prin mijloace terapeutice, care afectează tot mai frecvent vârsta tânără și a cărei sancțiune chirurgicală pare a fi măsura cea mai eficientă, cu impact asupra creșterii șanselor de supraviețuire.

Există numeroase necunoscute cu privire la această boală, dar câteva întrebări se adresează în mod particular chirurgului:

- 1) Care sunt limitele „de siguranță” ale exciziei tumorii primare ?

2) Este necesară sau nu limfadenectomia regională, și în ce situații ?

3) Ce atitudine adoptăm față de metastazele la distanță ?

Cu privire la limitele exciziei tumorii primare, Handley [3] și apoi Pringle [4] au subliniat ca absolut obligatorie excizia în limite largi peritumoral (aproximativ 5 cm de marginile formațiunii) și în profunzime a țesutului adipos, fasciei profunde și chiar a mușchiului subjacent. Astfel se încearcă o limitare a difuziunii celulelor tumorale prin eliminarea așa-numitelor „arii de permeație limfatică” [4]. Acest concept a fost, însă, modificat de studiul biologiei tumorale, concentrat asupra variabilității neoplaziilor și capacității de invazie hematogenă a celulelor neoplazice. Autorii săi nu luau în considerare caracteristici loco-regionale importante cum ar fi: grosimea pielii, vascularizația regiunii, conexiunile cu grupele ganglionare limfatice.

Dezvoltarea studiilor anatomopatologice, descrierea celor 5 nivele Clark și a indicelui Breslow, au condus la următoarea concluzie: pentru leziuni cu grosimi sub un mm. riscul recidivei locale după excizii limitate este foarte redus [1]. Pentru tumori cu grosimi cuprinse între 1-2 mm, fenomenul de dispersie a celulelor maligne în circulația colaterală este extrem de rar, ceea ce conduce către revizuirea conceptului exciziilor foarte largi. Aceste modificări au determinat o scădere a utilizării grefelor de piele pentru reconstrucție de la 47% la 11% (excizie de numai 2 cm peritumoral) [6].

În mod particular, în cazul leziunilor cu localizare la nivelul feței, a segmentelor „vitale” ca buze, pleoape, urechi și la nivel digital, rezultatele funcționale și estetice sunt mult mai bune datorită limitării exciziei locale [7].

Atitudinea față de ganglionii loco-regionali a fost diferită de-a lungul anilor; azi există dovezi clare că supraviețuirea pacienților cu metastaze microscopice în ganglionii regionali este mai bună decât în cazul celor cu ganglioni palpabili [8]. De asemenea, se consideră că este necesară eliminarea grupelor ganglionare metastatice, decelate clinic sau anatomopatologic. Disecția și excizia „profilactică” a ganglionilor locoregionali normali, neafecțați de celulele maligne, rămâne încă incomplet studiată și controversată.

Există situații în care metastaza ganglionară este obiectivată clinic și anatomopatologic înaintea depistării tumorii primare.

Desigur, metastazele organice, la distanță de tumoră, sunt excizate dacă starea generală și situația locală (tumoră unică, dimensiuni, localizare etc.) o permit. Supraviețuirea acestor pacienți nu poate fi însă, prelungită foarte mult prin actul chirurgical.

CONCLUZII

Melanoamele pielii capului prezintă particularități care impun o atentă evaluare preoperatorie și planificare a tehnicii reconstructive de utilizat. Exciziile limitate nu întunecă prognosticul, dacă sunt corect executate, și permit obținerea unui rezultat estetic și funcțional superior exciziilor largi.

Metastazele ganglionare locoregionale, fie și microscopice, trebuie excizate.

Excizia metastazelor la distanță nu este totdeauna posibilă și nu ameliorează supraviețuirea pacientului.

Actul chirurgical rămâne important în terapia MM cu orice tip de localizare, dar mai eficiente ar fi: educația populației și screening-ul, atât ca măsuri profilactice cât și în depistarea precoce a bolii (nivel Clark I).

BIBLIOGRAFIE

1. Roses DF, Harris MN, Hidalgo D, Valensi QJ, Dubin N. Correlation of the thickness of melanoma and regional lymph nodes metastases. *Arch.Surg.* 1982; 117(7): 921-923.
2. Veronesi U, Cascinelli M. Narrow excision (1 cm margin): A safe procedure for thin cutaneous melanoma. *Arch Surg.* 1991; 126(4): 438-441.

3. Handley WS. The pathology melanocytic growths in relation to their operative treatment (I) *Lancet* 1: 927; 1: 996, 1907.
4. Pringle JH. A method of operation in cases of melanotic tumors of the skin; *Edinb. Med J.* 23:496, 1908.
5. Balch CM, Soong SJ, Murad TM, Ingalls AL, Maddox WA. A multifactorial analysis of melanoma: III. Prognostic factors in melanoma patients with lymph node metastases (stage II). *Ann Surg.* 1981; 193(3): 377-388
6. Roses DF, Aston JS, Beasley WR. Surgical management of malignant melanoma. In: *Grabb's and Smith's Plastic Surgery*, Fifth Edition, Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997. p. 132.
7. Balch CM, Murad TM, Soong SJ, Ingalls AL, Richards PC, Maddox WA. Tumor thickness as a guide to surgical management of clinical stage I melanoma patients. *Cancer.* 1979; 43(3): 883-888.
8. Balch CM. *Cutaneous Melanoma*. 2-nd edition. Philadelphia: Lippincott; 1992. p. 447.