

Chirurgická liečba kožných nádorov pery

MUDr. Barbora Romžová¹, MUDr. Katarína Vozárová¹, MUDr. Daniela Matušková², doc. MUDr. Jozef Belák, PhD.³

¹Oddelenie plastickej, rekonštruktívnej a estetickéj chirurgie Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura, Košice

²Klinika plastickej chirurgie Svetovej zdravotníckej univerzity a Fakultnej nemocnice F.D. Roosevelta, Banská Bystrica

³II. chirurgická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika a Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura, Košice

Cieľ: Pery predstavujú najdôležitejšie funkčné a estetické anatomické štruktúry dolného segmentu tváre. Rekonštrukcia defektov v plnej hrúbke po excízii karcinómov je rozhodujúca pre obnovenie integrity ústnej dutiny. Autori ponúkajú zjednodušenie často zložitého rozhodovacieho rekonštruktívneho procesu založeného na lokalizácii a veľkosti defektu pery.

Súbor pacientov a metódy: Táto prospektívna štúdia zahŕňala 49 pacientov, ktorí v období od 1. januára 2019 do 31. decembra 2023 podstúpili rekonštrukciu hornej alebo dolnej pery po excízii karcinómu na oddelení plastickej, rekonštruktívnej a estetickéj chirurgie v Univerzitetnej nemocnici Louisa Pasteura v Košiciach. Výber vhodnej operačnej techniky bol podmienený lokalizáciou a zhodnotením percentuálneho rozsahu defektu pery.

Výsledky: Súbor zahŕňal pacientov vo veku od 49 do 96 rokov (priemerný vek 77,9 roku). V súbore hornej pery sme zachytili najmä bazocelulárny karcinóm (70 %), ktorý jasne dominoval nad skvamocelulárnym karcinómom (30 %). V súbore dolnej pery sme pozorovali opačnú prevalenciu v prospech skvamocelulárneho karcinómu (76,92 %) v porovnaní s bazocelulárnym karcinómom (20,51 %). U štyroch pacientov (8,16 %) bola plocha defektu 1,3 cm² (do 30 %), 35 pacientov (71,42 %) malo defekt o rozmere 2,35 cm² (30 – 80 %) a zvyšných osem pacientov (16,32 %) malo subtotalný až totálny defekt pery o rozmere 4,14 cm² (viac ako 80 % horizontálneho rozmeru pery). Veľkosť tumoru a rizikový histologický podtyp boli spojené so vznikom väčšieho defektu. Pooperačne sme pozorovali bežné komplikácie, ktoré však nedeterminovali úspešnosť rekonštrukcie.

Celkovo priniesli použité metódy výborné funkčné a estetické výsledky s minimálnym diskomfortom pacientov.

Záver: Značnú skupinu pacientov v súbore tvorili pacienti s defektom väčším ako jedna tretina pery (87,75 %). Funkčné a estetické zachovanie je pri týchto defektoch náročnejšie a vyžaduje si rekonštrukciu lalokmi s predĺženým operačným časom. Výber rekonštruktívnej techniky je teda nutné individualizovať na konkrétneho pacienta.

Kľúčové slová: rekonštrukcia, pera, lalok, defekt, karcinóm

Surgical treatment of skin tumors of the lip

Purpose: The lips represent the most important functional and aesthetic anatomical structures of the lower segment of the face. Reconstruction of full-thickness defects after excision of carcinomas is crucial for restoration of oral integrity. The authors offer a simplification of the necessary decision-making reconstruction process based on the location and size of the lip defect.

Patients and methods: This prospective study includes 49 patients who, between January 1, 2019, and December 31, 2023, underwent reconstruction of the upper or lower lip after carcinoma excision at the Department of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery at the Louis Pasteur University Hospital in Košice. The localization and evaluation of the percentage extent of the lip defect conditioned the choice of a suitable surgical technique.

Results: The cohort included patients aged 49 to 96 (mean age 77.9 years). We mainly detected basal cell carcinoma (70 %) in the upper lip, which dominated squamous cell carcinoma (30 %). In the lower lip, we observed an opposite prevalence in favor of squamous cell carcinoma (76.92 %) compared to basal cell carcinoma (20.51 %). In four patients (8.16 %), the area of the defect was 1.3 cm² (up to 30 %), 35 patients (71.42 %) had a defect measuring 2.35 cm² (30 – 80 %), and the remaining eight patients (16.32 %) had a subtotal to total lip defect measuring 4.14 cm² (more than 80 % of the horizontal lip dimension). Tumor size and risk histological subtype were associated with developing a more significant defect. Postoperatively, we observed common complications, which did not determine the success of the reconstruction. The methods yielded excellent functional and aesthetic results with minimal patient discomfort.

Conclusion: A significant group in the set consisted of patients with a defect more extensive than one-third of the lip (87.75 %). Functional and aesthetic preservation is more difficult for these defects and requires reconstruction with flaps with extended operating time. Therefore, the choice of reconstruction technique must be individualized for a specific patient.

Key words: reconstruction, lip, flap, defect, carcinoma

Dermatol. prax, 2024;18(4):147-151

Úvod

Karcinóm pery je druhý najčastejší karcinóm kože v oblasti hlavy a krku s celkovou prevalenciou 1 – 2 % (1). Výskyt karcinómu pery v Európe a Severnej Amerike je približne 12 a 12,7 na 100 000 obyvateľov (2). Skvamocelulárny

karcinóm (SCC) sa najčastejšie vyskytuje na sliznici dolnej pery, pričom bazocelulárny karcinóm (BCC) je najčastejší karcinóm kožnej časti hornej pery. Deväťdesiatpäť percent všetkých karcinómov pery je diagnostikovaných u mužov a choroba sa u nich vyskytuje častej-

šie na dolnej pere (3). Táto predispozícia bola skúmaná v mnohých štúdiách a ako pravdepodobné sa ukázali viaceré možnosti. Muži sú častejšie vystavení slnku v rámci svojho povolania, konzumujú väčšie množstvo alkoholu a majú vyššiu spotrebu tabaku (3, 4).

Funkčné ciele rekonštrukcie pery zahŕňajú zachovanie orálnej kompetencie a senzorických vnemov. Z estetického hľadiska by mali byť podjednotky pery zrekonštruované s cieľom dosiahnuť symetriu, ako aj zachovanie komisúry, filtra a červene pery. Systematizácia rekonštrukcie však do veľkej miery závisí od mobility kožného krytu a červene pery a treba brať ohľad na fakt, že kožná časť má v oblasti pery nižšiu elasticitu ako iné oblasti tváre a krku. Rekonštrukčné možnosti zahŕňajú sekundárne hojenie, kožné štepy, primárny uzáver, miestne, vzdialené a voľné laloky.

Záver štúdie poskytujú komplexný pohľad na nádory pery v kontexte demografických údajov pacientov, histopatologických parametrov, rozdelenia defektov a dostupných liečebných stratégií podľa princípov rekonštrukčného rebríčka plastickej chirurgie. Rekonštrukcia pery po rozsiahlym ablačnom zákroku aj naďalej predstavuje výzvu na zachovanie jej funkcie a zároveň prijateľného estetického výsledku.

Súbor pacientov a metódy

Táto prospektívna štúdia vyhodnotila výsledok použitých rekonštrukčných techník po excízii zhubných nádorov hornej a dolnej pery a štatistiky prevalencie zhubných nádorov v našom súbore. V období od 1. januára 2019 do 31. decembra 2023 bolo 49 pacientov liečených a hospitalizovaných pre karcinóm hornej alebo dolnej pery na oddelení Plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie v Univerzitnej nemocnici Louisa Pasteura v Košiciach. Údaje pacientov obsahovali ich vek, pohlavie, indikáciu na operáciu, histopatologickú diagnózu, pooperačné komplikácie, funkčné a estetické výsledky.

Inklúzne kritériá zahŕňali pacientov s histopatologicky verifikovanými malígnymi nádormi hornej a dolnej pery, pacientov, u ktorých excízia karcinómu spôsobila defekt pery v plnej hrúbke, pacientov, ktorí boli spôsobilí podstúpiť lokálnu alebo celkovú anestéziu. Exklúzne kritériá zahŕňali pacientov s benígnymi nádormi, pacientov s defektami pery traumatického pôvodu, povrchovými alebo čiastočnými de-

Tabuľka. Demografické údaje pacientov, veľkosť defektov a komplikácie

	Počet pacientov n (%)
Pacienti	49
Priemerný vek (roky)	77,9
Pohlavie	
muži	31 (63,26)
ženy	18 (36,74)
Histologická diagnóza	
SCC	33 (67,34)
BCC	15 (30,61)
BSC	1 (2,04)
Priemerná veľkosť defektu (2,36 cm²)	
< 30 % (1,3 cm ²)	4 (8,16)
30 – 80 % (2,35 cm ²)	35 (71,42)
> 80 % (4,14 cm ²)	8 (16,32)
Komplikácie	6 (12,24)

SCC – skvamocelulárny karcinóm, BCC – bazocelulárny karcinóm, BSC – bazoskvamózny karcinóm

fektami pery, pacientov s rozsiahlymi nádormi indikovanými na rádioterapiu alebo paliatívnu liečbu, pacientov, ktorí neboli spôsobilí alebo odmietli podstúpiť rekonštrukčný výkon. Pacienti boli informovaní o možnostiach rekonštrukcie a poskytli písomný súhlas pred operáciou. Štúdia bola vykonaná v súlade s princípmi Helsinskej deklarácie a bola schválená Etickou komisiou nemocnice (EK/01005).

Výber rekonštrukčnej techniky bol determinovaný rozsahom, lokalizáciou tumoru a následne vznikom defektu zhodnotením percentuálnej šírky defektu pery. Pacienti podstúpili chirurgickú excíziu s histologickou verifikáciou negatívnych okrajov rany. Tumory boli klasifikované podľa 8. vydania príručky Amerického spoločného výboru pre rakovinu (AJCC). Histopatologická správa obsahovala histopatologický podtyp, makroskopický opis, lokalizáciu, lateralitu, veľkosť, resekčné okraje, ulceráciu, lymfovaskulárne a perineurálne šírenie tumoru a imunohistochemiu. Všetky prípady boli zatriedené podľa demografických údajov pacientov, podtypov nádorov a veľkostí defektov (cm²). Intraoperačné údaje zahŕňali metódu rekonštrukcie, operačný čas a straty krvi. V pooperačnom priebehu sme sledovali vitálne a laboratórne parametre, vitalitu lalokov, stranovú asymetriu, dehiscenciu, rozpad rany, krvácanie, mikrostómium, ťažkosti s artikuláciou, otváraním úst alebo prijímaním potravy/tekutín. Bola zaznamenaná dĺžka pobytu v nemocnici.

Výsledky

Charakteristika pacientov

Štúdia, ktorá sa konala v období od 1. januára 2019 do 31. decembra 2023, zahŕňala 49 pacientov po excízii zhubných nádorov hornej a dolnej pery vo veku od 49 do 96 rokov s priemerným vekom 77,9 roku (smerodajná odchýlka 9,04 roku). Priemerný vek bol takmer zhodný v súbore pacientov s karcinómom hornej pery (muži 81,8 roku; ženy 80,75 roku). V súbore pacientov s karcinómom dolnej pery, sme však pozorovali posun priemernej vekovej hranice u mužov smerom nadol o 6 rokov (muži 74,78 roku; ženy 80,92 roku). V oboch súboroch sme pozorovali prevahu mužov, avšak výraznejšie v súbore pacientov s karcinómom dolnej pery (25 mužov, 64 %; 14 žien 36 %). V súbore pacientov s karcinómom hornej pery bolo 6 mužov (60 %) a 4 ženy (40 %). Pri ďalších demografických údajoch 19 pacientov anamnesticky priznalo aktívne fajčenie, čo predstavuje 39 % z celkového súboru. Osem pacientov (16,3 %) sa liečilo na diabetes mellitus II. typu a 23 pacientov (47 %) malo kardiovaskulárne ochorenie s užívaním antikoagulačnej/antiagregačnej liečby. Parametre súboru sú uvedené v tabuľke.

Technika

V oblasti hornej pery sme zachytili najmä BCC (70 %), ktorý jasne dominoval nad SCC (30 %). Najčastejší podtyp BCC bol nodulárny, nešpecifikovaný (42,85 %) a infiltratívny (14,28 %). V oblasti dolnej pery sme pozorovali

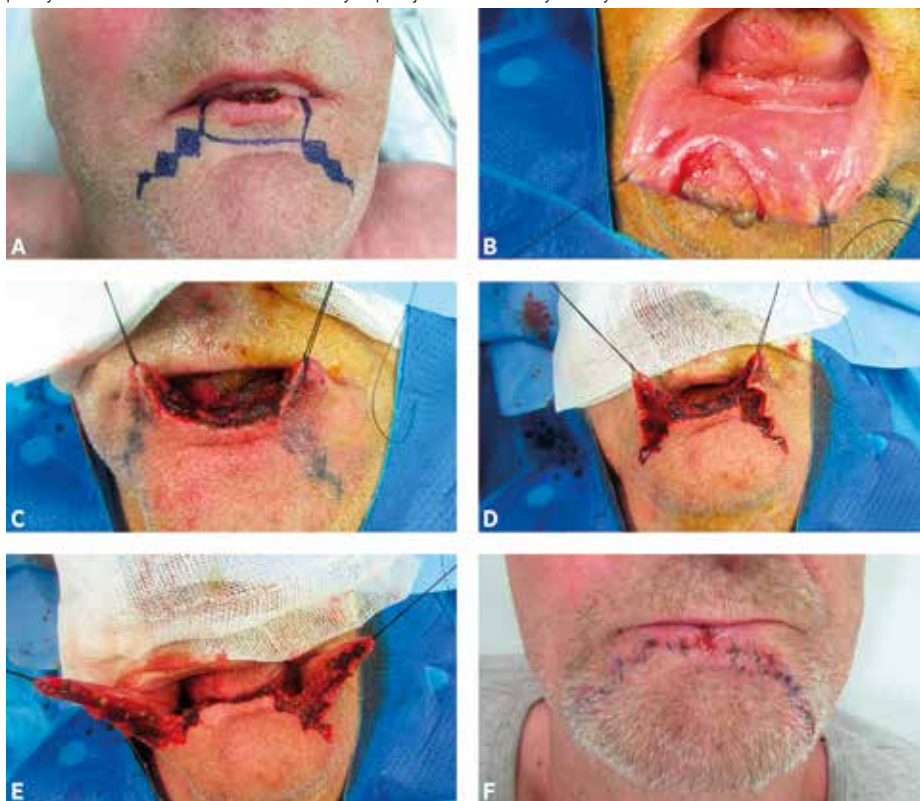
Obrázok 1. 1A. A-T lalok po excízii bazocelulárneho karcinómu na hornej pere. 1B. Yuov lalok po excízii ulcerovaného skvamocelulárneho karcinómu (defekt s veľkosťou 45 % pery)



opačnú prevalenciu v prospech SCC, a to v pomere SCC (76,92 %), BCC (20,51 %) a bazoskvamózny karcinóm (2,56 %). SCC dolnej pery bol zachytený v rôznych štádiách G1 (42,3 %), G2 (38,46 %) a *in situ* (19,23 %). Negatívne resekčné okraje boli histologicky verifikované a dosiahnuté u všetkých pacientov. V prípade suspekcie BCC bol zvolený bezpečnostný operačný lem 5 mm a v prípade SCC 10 mm. Veľkosť tumoru a rizikový histologický podtyp boli spojené so vznikom väčšieho defektu. Výber vhodnej rekonštrukčnej techniky bol podmienený lokalizáciou a zhodnotením percentuálneho rozsahu defektu pery.

V súbore 49 pacientov sme zaznamenali defekt do 30 % celkovej šírky pery u 2 pacientov (20 %) po excízii karcinómu hornej pery a u 2 pacientov (5 %) po excízii karcinómu dolnej pery. Tieto defekty boli charakterizované relatívne krátkym priemerným operačným časom (32 minút) a priemernou veľkosťou defektu 1,3 cm². Pri všetkých defektoch do 30 % celkovej šírky pery bola použitá klinovitá resekcia, tvaru V alebo W. Zvyšných 8 pacientov (80 %) podstúpilo excíziu hornej pery v rozsahu od 30 – 80 % (priemerná veľkosť defektu bola 2,28 cm², t. j. 47 % horizontálneho rozmeru pery). Použité rekonštrukčné metódy zahŕňali V-excíziu a sutúru, A-T lalok (obrázok 1A), lalok podľa Gilliesia, Abbého-Estlandera a reverzný lalok podľa Yua (obrázok 1B) v kombinácii s vermilion-mukóznym lalokom.

Obrázok 2. 2A. Zakreslenie bezpečnostného lemu okolo skvamocelulárneho karcinómu a naplánovanie schodového laloka podľa Bengta-Johansona. 2B. Infiltrácia mukózy karcinómom. 2C. Excízia a hemostáza (defekt s veľkosťou 80 % pery). 2D. Narezanie laloka a excízia kožných prebytkov. 2E. Incízia laloka a mukózy v plnej hrúbke. 2F. Výsledný stav



V súbore pacientov dolnej pery podstúpilo 27 pacientov (69 %) excíziu v rozsahu od 30 – 80 % celkovej šírky dolnej pery (priemerná veľkosť defektu bola 2,43 cm², t. j. 49 % horizontálneho rozmeru pery). Použité techniky zahŕňali V-excíziu, schodový lalok podľa Bengta-Johansona (obrázok 2), lalok podľa Karapandzica (unilaterálny alebo bilaterálny). Lézie, ktoré zasahovali aj komisúru, boli najčastejšie rekonštruované lalokom podľa Gilliesia a lalokom podľa Yua v kombinácii s mukóznym lalokom. Osem pacientov (21 %) v súbore dolnej pery podstúpilo resekciu celkovej šírky viac ako 80 % (priemerná veľkosť defektu bola 4,14 cm², t. j. 85 % horizontálneho rozmeru pery). Na rekonštrukciu defektov tohto rozmeru bol použitý lalok podľa Bernarda-Burowa-Webstera (obrázok 3).

Schodový lalok podľa Bengta-Johansona a lalok podľa Estlandera a Gilliesia mali priemerný operačný čas 50,2 min. Lalok podľa Bernarda-Burowa-Webstera a bilaterálny lalok podľa Karapandzica boli spojené so značne predĺženým priemerným operačným časom (91,3 min). Čím bol rozmer defektu pery väčší, tým museli byť použité

sofistikovanejšie rekonštrukčné techniky a tomu zodpovedal aj operačný čas. Odber laloka zanechal vo všetkých prípadoch prijateľnú jazvu. U všetkých pacientov bola dosiahnutá primeraná senzitivita a sfinkterová funkcia úst. Pooperačné kontroly boli stanovené na prvý a druhý týždeň, následne tretí a šiesty mesiac po rekonštrukcii. Priemerná dĺžka sledovania recidívy ochorenia bola 182 dní, čo predstavuje približne pol roka. Pacienti však naďalej navštevovali ambulatného onkológa podľa onkologického plánu kontrol. Rozsah dĺžky hospitalizácie bol päť až deväť dní. Fotografie boli zhotovené s cieľom fotodokumentácie a na medicínsko-právne ciele pred excíziou tumoru, v deň rekonštrukcie a tri mesiace po rekonštrukcii.

Diskusia

Táto štúdia sumarizuje klinicko-patologické varianty karcinómov hornej a dolnej pery a vzhľadom na veľkosť defektu vzniknutého po resekcii opisuje rôzne rekonštrukčné stratégie so zreteľom na individualizovaný prístup k pacientovi. Štúdia zahŕňala 49 pacientov Východoslovenského kraja s vekovým

Obrázok 3. 3A. Predoperačná fotografia exulcerovaného skvamocelulárneho karcinómu. 3B. Naplávanie laloka podľa Bernarda-Burowa-Webstera. 3C. Excízia a hemostáza (totálny defekt pery). 3D. Trakčné stehy a priblíženie okrajov defektu. 3E. Narezanie a odklopenie lalokov. 3F. Výsledný stav



priemerom 77,9 roku, u ktorých zvýšená laxita kože umožnila použitie technicky jednoduchších lalokov, čo viedlo k skráteniu operačného času, zníženiu peroperačného rizika a rýchlejšiemu zotaveniu. V tejto populácii je menej účinné hojenie rán, čo má za následok esteticky prijateľné jazvy (5). Na druhej strane je nevyhnutné zdôrazniť, že starší pacienti často disponujú rôznymi komorbiditami, pre ktoré je často nevyhnutné vykonávať zákroky v lokálnej anestézii. Výsledky tejto štúdie odrážajú súčasný stav klinických a patologických charakteristík karcinómov pery kaukazskej populácie.

Na našom oddelení bolo v období piatich rokov vykonaných 49 excízií karcinómov, ktoré vyústili v defekt pery v plnej hrúbke v rôznom rozsahu. Podľa nášho rekonštrukčného plánu boli defekty zahŕňajúce 1/3 horizontálneho rozmeru pery, bez ohľadu na ich umiestnenie klinovito resekované a tento prístup bol rozšírený aj na defekty až do 40 % šírky pery za predpokladu, že nezasahovali komisúru. Tento postup je v súlade so zisteniami v štúdií Solimana et al. (6), ktorý dosiahol esteticky uspokojivé výsledky aj pri defektoch presahujúcich

50 % jednoduchou klinovitou resekciou v porovnaní s agresívnejšími technikami. Ak defekt presahuje 1/3 celkovej šírky pery, je nutné dôslednejšie predoperačné plánovanie a použitie náročnejších metód rekonštrukcie. V prípade excízií v rozsahu od 30 – 80 % rozmeru pery sme zaznamenali v súboroch pacientov s karcinómom hornej aj dolnej pery približne rovnakú priemernú veľkosť defektu (v súbore hornej pery 2,28 cm² (47 %) a v súbore dolnej pery 2,43 cm² (49 %).

Defekty v oblasti hornej pery môžu byť zradné, pretože aj keď pera vykazuje laxitu a vieme okraje rany priblížiť bez ťahu až do celkovej šírky 40 %, dochádza k laterálnej retrakcii filtrálnych pilierov s nutnosťou sekundárnej korekcie (6). Pri defektoch filtra sa nám osvedčil Abbého lalok odobratý z dolnej pery, aby sme nahradili chýbajúce tkanivo hornej pery plnohodnotným tkanivom prakticky zhodným s pôvodným.

Pri defektoch dolnej pery technika schodového laloka podľa Bengta-Johansona preukázala vyváženost medzi funkčnosťou pery, estetikou a jednoduchosťou realizácie. Lalok sme modifikovali od pôvodnej techniky opísanej

Obrázok 4. 4A. Dehiscencia rany po V-excízii dva týždne po výkone. 4B. Rozpad operačnej rany



Johansonom et al. (7) v roku 1974 tak, aby bol použiteľný aj pre defekty, ktoré zahŕňajú 2/3 pery. Incízie presahovali anatomické hranice nasolabiálnej ryhy, ale minimalizovali sme napätie na dolnej pere, umožnili väčšiu dostupnosť tkaniva a znížili riziko mikrostómie. U pacientov s obmedzenou laxitou kože, ktorá nám neumožňovala použiť minimálne invazívne rekonštrukčné postupy, sme použili rozsiahlejšie laloky, ako je napr. lalok podľa Karapandzica, ktorý spôsobuje minimálne senzorické a motorické poškodenie aj pri defektoch 60 – 80 % pery. Mikrostómia a zaoblenie komisúry patria medzi jeho hlavné nevýhody (8).

Defekty zasahujúce komisúru vyžadujú starostlivé plánovanie. V roku 1872 Estlander opísal pôvodnú techniku pre rekonštrukciu týchto defektov (9). Rekonštrukcia dolnej pery zahŕňala rotáciu laterálneho segmentu hornej pery ku komisúre. Modifikovaný lalok podľa Abbého-Estlandera je založený viac mediálne k pôvodne navrhovanému laloku a snaží sa vyhnúť deformáciám pier. Sanniec et al. (10) vo svojej publikácii nenašli významné využitie pri použití tohto laloka na rekonštrukciu defektov dolnej pery. Stotožňujeme sa s týmito autormi, pretože tiež uprednostňujeme prístupy, kde sa minimalizuje prerušenie kontinuity a zachováva sa fyziologická funkcia zvierača hornej pery, ak ide o rekonštrukciu defektov dolnej pery.

U pacientov takmer s totálnym alebo totálnym defektom dolnej pery sme v štúdií použili lalok podľa Bernarda-

Burowa-Webstera, ktorý zahŕňa mediálnu rotáciu lícneho tkaniva v kombinácii s mukóznym lalokom na vytvorenie červenej pery. Napriek tomu, že tento lalok nevedie k mikrostómii, zvyčajne vedie k určitému stupňu inkontinencie orálneho zvierača, najmä v oblasti komisúr a môže viesť k retrakcii pery (11).

Zaznamenali sme dva prípady dehiscencie (4 %), najmä u pacientov, ktorí nedodržiavali pooperačný režim (obrázok 4). Ďalšou komplikáciou bola mikrostómia (6 %), ktorá bola spojená s veľkosťou tumoru a rozsahom resekcie pery. Prítomnosť objektívnej mikrostómie pri 6-mesačnom sledovaní bola pozorovaná u troch pacientov, ktorí podstúpili rekonštrukciu bilaterálnym lalokom podľa Karapandzica a u jedného pacienta po V-excízii. Iba jeden z týchto pacientov, ktorí objektívne vykazovali mikrostómiu, potvrdil aj jej subjektívne vnímanie. Pacienti v tejto podskupine subjektívne vnímajú svoju celkovú kvalitu života ako uspokojivú, pretože sa prispôbili obmedzeniam a sú spokojní so svojimi funkčnými schopnosťami. Potvrďuje to aj odmietnutie revíznej komisuroplastiky týmito pacientmi. V niektorých prípadoch, najmä z dôvodu jazvovitej kontrakcie hranice vermilionkoža, bola nutná sekundárna korekcia pomocou Z-plastiky. Nepozorovali sme žiaden prípad nekrózy laloka.

V našej štúdií sme zaznamenali vytvorenie defektu pery priemernej veľkosti 2,355 cm², čo predstavuje takmer polovicu pery (48,06 %). Pacienti dlho váhajú, či vyhľadať lekársku pomoc a táto neochota spolupracovať so zdravotníkmi zariadeniami vedie k výraznému oddialeniu diagnostiky. Často bagatelizujú svoj stav a mylné si karcinómy zamieňajú s herpesom simplex, ktorý si buď svojpomocne liečia alebo dlhodobo aplikujú antivirotické masti bez efektu. V dôsledku toho pacienti, u ktorých by sme mohli včas miniinvazívne vyriešiť

menšie lézie, dobrovoľne umožňujú týmto léziám progredovať, čo má za následok väčšie a pokročilejšie lézie, často s metastatickým postihnutím lymfatických uzlín s následným rozsiahlym chirurgickým výkonom (12, 13).

Aj keď naša štúdia poskytuje cenné poznatky, je nevyhnutné uznať jej obmedzenia. Všetci pacienti zaradení do štúdie boli operovaní v jednej inštitúcii, čo môže obmedziť zovšeobecnenie našich zistení na širšie populácie. Multicentrické štúdie s väčšími a rôznorodejšími skupinami pacientov by boli prínosom na overenie našich výsledkov. V štúdií sme taktiež nezahrnuli použitie voľných lalokov, ktoré na našom pracovisku nevykonávame. Aj keď sú zložité, môžu byť vynikajúca možnosť rekonštrukcie, ak ju vykonáva skúsený mikročirurg. Ich využitie je nepochybne prínosné najmä u pacientov s komplexnými defektami, ktoré zasahujú viaceré anatomicke oblasti tváre (14).

Naša prospektívna štúdia však poskytuje analýzu karcinómov pery, ktoré sa vyskytli vo východnom regióne Slovenska vo vzťahu k mnohým rekonštrukčným technikám a prináša poznatky a jednoduchšie klinické rozhodovanie pri riešení defektov rôzneho rozsahu.

Záver

Rekonštrukcia pery má významné postavenie pre svoj funkčný význam a vplyv na sebaaprijatie a sociálnu interakciu jednotlivca. Zistenia v tejto štúdií akcentujú dôležitosť zvažovania nielen objektívnych klinických výsledkov, ale aj pacientovho vnímania. Rozšírený trend na mieru šitej estetickej rekonštrukčnej chirurgie a koncepčný prístup k úspešnej rekonštrukcii zahŕňa použitie klasifikácie založenej na estetických podjednotkách pery, vhodnom výbere techniky pre konkrétny defekt podľa lokalizácie, veľkosti a starostlivého zvažovania konečného výsledku. Pri plánovaní rekonštrukcie je

dôležité brať do úvahy očakávanie pacientov, nie však na úkor kompromisov kompletnej excízie nádorov v záujme jednoduchšej rekonštrukcie.

Autori vyhlasujú, že nemajú žiaden konflikt záujmov.

Literatúra

- Vartanian JG, Carvalho AL, de Araújo Filho MJ, et al. Predictive factors and distribution of lymph node metastasis in lip cancer patients and their implications on the treatment of the neck. *Oral Oncol.* 2004;40(2):223-7.
- Lang K, Akbaba S, Held T, et al. Retrospective analysis of outcome and toxicity after postoperative radiotherapy in patients with squamous cell carcinoma of the lip. *Tumori.* 2022;108(2):125-133.
- Abreu L, Kruger E, Tennant M. Lip cancer in Western Australia, 1982–2006: a 25-year retrospective epidemiological study. *Australian Dental Journal.* 2009;54(2):130-135.
- Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCZ. *Oral pathology: clinical pathologic correlations.* seventh ed. Saint Louis: Saunders/Elsevier; 2016.
- Nishiguchi MA, Spencer CA, Leung DH, et al. Aging Suppresses Skin-Derived Circulating SDF1 to Promote Full-Thickness Tissue Regeneration. *Cell Rep.* 2018;24(13):3383-3392.e5.
- Soliman S, Hatem DA, Hollier LH, et al. The Rationale for Direct Linear Closure of Facial Mohs' Defects. *Plast. Reconstr. Surg.* 2011;127(1):142-149.
- Johanson B, Aspönd E, Breine U, et al. Surgical treatment of non-traumatic lower lip lesions with special reference to the step technique. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 1974;8(3):232-240.
- Karapandzic M. Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br J Plast Surg.* 1974;27(1):93-7.
- Correia Duarte M, Nikkha D, Kang N. The neurotised Estlander flap for lip reconstruction. *JPRAS Open.* 2020;27:63-65.
- Sannic K, Harirah M, Thornton JF. Lip Reconstruction after Mohs Cancer Excision: Lessons Learned from 615 Consecutive Cases. *Plast. Reconstr. Surg.* 2020;145(2):533-542.
- Brinca A, Andrade P, Vieira R, et al. Karapandzic flap and Bernard-Burrow-Webster flap for reconstruction of the lower lip. *An Bras Dermatol.* 2011;86(4 Suppl 1):S156-9.
- Alam M, Goldberg LH, Silapunt S, et al. Delayed treatment and continued growth of non-melanoma skin cancer. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2011;64(5):839-848.
- Zelenayová Z. Nemelanómové nádory kože. *Dermatol. prax.* 2023;17(2):57-65.
- Shukla A, Loy K, Lu GN. Total lower lip reconstruction: A review of recent advances. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2023;31(6):441-451.

MUDr. Barbora Romžová

Oddelenie Plastickej, rekonštrukčnej a estetickej chirurgie UNLP
Rastislavova 43, 041 90 Košice
barbora.romzova@gmail.com

