

(32)

# Chirurgiczne leczenie rogowiaka kolczystokomórkowego powiek

## *Surgical treatment of the periocular keratoacanthoma*

Tomasz Zieliński

Z Kliniki Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Julia Kruk-Jeromin

**Streszczenie:** Wstęp: rogowiak kolczystokomórkowy – *keratoacanthoma* (KA) – jest przykładem rozrostu rzekomonowotworowego. Zazwyczaj ma postać szybko rosnącego, pojedynczego guzka, który osiągając średnicę 1-2 cm, samoistnie ustępuje po kilku miesiącach. KA rozwija się z reguły na skórze ekspozowanej na światło słoneczne – na twarzy, przedramieniu oraz grzbietowej powierzchni ręki. Występowanie tej zmiany na powiekach jest bardzo rzadkie – w piśmiennictwie światowym istnieje tylko kilka pozycji na temat obrazu klinicznego i leczenia rogowiaka kolczystokomórkowego o takiej lokalizacji.  
Cel: celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu rogowiaka kolczystokomórkowego umiejscowionego na powiekach oraz uzasadnienie sposobu postępowania.  
Materiał i metody: w pracy przedstawiono 4 chorych z potwierdzonym histopatologicznie guzem o typie KA zlokalizowanym w obrębie powiek. W dwóch przypadkach zmiany zlokalizowane były na powiece dolnej, w jednym – na górnej, w jednym – w okolicy przyśrodkowego kąta oka. Wszystkie zmiany wycięto z marginesem zdrowych tkanek. W dwóch przypadkach ubytek zamknięto poprzez zszywanie brzegów rany, w dwóch kolejnych przypadkach zastosowano plastykę płatową.  
Wyniki: przebieg pooperacyjny był prawidłowy. We wszystkich badaniach histopatologicznych potwierdzono rozpoznanie KA i decyzję o wycięciu zmiany w całości. Uzyskano dobre wyniki czynnościowo-estetyczne. W żadnym przypadku nie stwierdzono wznowu.  
Wnioski: chociaż obraz kliniczny rogowiaka kolczystokomórkowego jest dość charakterystyczny i nowotwór ten ma zazwyczaj niezłośliwy charakter, to konieczność różnicowania z rakiem kolczystokomórkowym przemawia za przyjęciem aktywnej postawy terapeutycznej. Całkowite wycięcie zmiany z histopatologiczną oceną marginesu wycięcia pozwala ustalić ostateczną diagnozę i zapobiec ewentualnej wznowie. Wczesne leczenie chirurgiczne KA zlokalizowanego w obrębie powiek może zapobiec nieodwracalnemu ich zniszczeniu.

**Słowa kluczowe:** rogowiak kolczystokomórkowy, powieki, leczenie chirurgiczne.

**Summary:** *Keratoacanthoma* (KA) is a benign epithelial neoplasm. It usually presents as a solitary rapidly growing lesion, which undergoes spontaneous resolution within a few months. The tumor is most commonly seen on sun exposed skin of the face, forearm and dorsal side of the hand. *Periocular keratoacanthomas* are relatively rare lesions and there are only a few data on clinical observation and treatment of KA in this area.  
**Purpose:** The goal of this paper is presentation of the own experiences in the treatment of the eyelids KA along with justification for the method chosen.  
**Material and methods:** Four patients with histopathological confirmed periocular KA were treated surgically. In two cases tumors were located on the lower lid, in one patient on upper lid, and in one case – in medial cantus. In all patients lesions were excised with the margin of intact tissue. In two cases defects were closed with sutures of the wound and in two others – with the use of forehead flap.  
**Results:** Postoperative period was without complications. In all cases histopathological examination confirmed diagnosis of KA and total excision. We obtained good aesthetic and functional results. There were no case of recurrence.  
**Conclusions:** Although the clinical presentation of KA is characteristic in most cases, it should always be differentiated from invasive SCC. A definitive diagnosis requires complete tumor excision. Early surgical treatment of periocular KA can prevent irreversible destruction of the eyelids.

**Key words:** *keratoacanthoma*, eyelids, surgical treatment.

Rogowiak kolczystokomórkowy – *keratoacanthoma* (KA) – jest przykładem rozrostu rzekomonowotworowego, opisanego po raz pierwszy przez Hutchinsona w 1889 roku (1). Nowotwór ten ma zazwyczaj postać szybko rosnącego, pojedynczego guzka, który osiągając średnicę 1-2 cm, ustępuje samoistnie po kilku miesiącach. KA jest zwykle dobrze odgraniczony od otocze-

nia, a skóra wokół guza pozostaje niezmienną. W środkowej części zmiany występuje zagłębienie z czopem mas rogowych. Zazwyczaj występuje on jako odosobniona zmiana, ale opisano również przypadki zmian rozsianych. KA częściej występuje u mężczyzn, szczyt zapadalności przypada na okres między 50. a 69. rokiem życia (2,3). Etiologia KA nie jest do końca poznana.

Do czynników indukujących powstawanie KA zalicza się: promieniowanie słoneczne, PUVA – terapię, kontakt z dziećmi i produktami smołowcowymi, uraz skóry, zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego oraz predyspozycję genetyczną. KA może rozwijać się także w bliznach pooparzeniowych oraz miejscach po pobraniu wolnych przeszczepów skóry. W części przypadków nie można wykazać żadnego związku przyczynowego (4,5).

Rogowiak kolczystokomórkowy zaliczany jest do niezłośliwych guzów nabłonkowych, jednak w piśmiennictwie bardzo często zwraca się uwagę na jego złośliwy potencjał i możliwość transformacji w raka kolczystokomórkowego (SCC). Niektórzy autorzy uważają KA za postać wysoko zróżnicowanego SCC. Diagnostyka różnicowa tych dwóch stanów chorobowych jest trudna nie tylko za pomocą konwencjonalnych badań histopatologicznych, ale również za pomocą bardziej wyrafinowanych metod diagnostycznych (6,7).

*Keratoacanthoma* powstaje z reguły na skórze ekspozowanej na światło słoneczne – na twarzy, przedramieniu, grzbietowej powierzchni ręki. Występowanie KA na powiekach jest bardzo rzadkie, w piśmiennictwie światowym istnieje tylko kilka pozycji na temat obrazu klinicznego i leczenia rogowiaka kolczystokomórkowego o takiej lokalizacji.

### Cel

Celem pracy jest przedstawienie własnych doświadczeń w leczeniu chirurgicznym rogowiaka kolczystokomórkowego umiejscowionego na powiekach oraz uzasadnienie sposobu postępowania.

### Materiał, metody i wyniki

W Klinice Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej UM w Łodzi w ciągu 5 lat (2004-2008) leczono 4 chorych z potwierdzonym histopatologicznie guzem o typie *keratoacanthoma* zlokalizowanym w obrębie powiek. U dwóch chorych zmiany zlokalizowane były na powiece dolnej, w jednym przypadku – na powiece górnej, w jednym – w przyśrodkowym kącie oka. U wszystkich pacjentów zastosowano leczenie chirurgiczne. Zmiany wycięto z marginesem zdrowych tkanek. W dwóch przypadkach, w których średnica guza nie przekracza-



**Ryc. 1a.** Rogowiak kolczystokomórkowy powieki dolnej.  
**Fig. 1a.** *Keratoacanthoma* of the lower lid.



**Ryc. 1b.** Stan po wycięciu guza i rekonstrukcji powieki płatem z czoła.  
**Fig. 1b.** After tumor resection and reconstruction of the lower eyelid with the use of forehead flap.



**Ryc. 1c.** Wynik leczenia 6 miesięcy po operacji.  
**Fig. 1c.** Final result 6 months after operation.

ła 1 cm, a lokalizacja nowotworu na to pozwalała, ranę zszyto bok do boku. U pozostałych dwóch chorych z rozległymi naciekaniami powieki dolnej i przyśrodkowego kąta oka ubytek powsta-



**Ryc. 2a.** Rogowiak kolczystokomórkowy w obrębie przyśrodkowego kąta oka.  
**Fig. 2a.** *Keratoacanthoma* in medial canthus.



**Ryc. 2b.** Stan po wycięciu guza i zamknięciu ubytku płatem z czoła.  
**Fig. 2b.** After tumor resection and closing defect with the use of forehead flap.



**Ryc. 2c.** Wynik leczenia 6 miesięcy po operacji.  
**Fig. 2c.** Final results 6 months after operation.

ty po wycięciu nowotworu pokryto, na pierwszym etapie, jednoszypułowym płatem z czoła. Po trzech tygodniach, na drugim etapie, odcięto szypułę płata, wykorzystując jego obwodową część do rekonstrukcji powieki. Proksymalną część płata wycięto, wykonując plastykę miejscową w miejscu pobrania płata (ryc. 1a, b, c i 2a, b, c). Przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był prawidłowy. Wszystkich chorych poddano badaniu kontrolnemu. Okres obserwacji wynosił od 1 roku do 5 lat. Wyniki czynnościowo-estetyczne były dobre. W żadnym przypadku nie stwierdzono wznowy nowotworu.

### Omówienie wyników i dyskusja

Chociaż rogowiak kolczystokomórkowy często występuje na twarzy, to jego lokalizacja w obrębie struktur aparatu ochronnego oka jest bardzo rzadka. Baer i Kopf przeanalizowali 592 przypadki KA i stwierdzili, że ponad 70% guzów zlokalizowanych było na twarzy, a tylko 33 spośród nich (5,6%) umiejscowione były wokół szpary powiekowej (8). Według Donaldsona i wsp. KA stanowi tylko 1,5% wszystkich nowotworów złośliwych i stanów przednowotworowych rozwijających się na powiekach (9). Spośród 44 przypadków rogowiaka powiek, opisanych przez Boniuka i Zimmermana, 58% znajdowało się na powiece dolnej, 35% – na górnej, 7% – w obrębie przyśrodkowego kąta oka (10). W analizowanej przez nas grupie, chociaż tylko 4 osobowej, rozkład przedstawia się podobnie.

Kliniczne rozpoznanie KA wydaje się stosunkowo proste w przypadkach, gdy mamy do czynienia z szybko rosnącym

guzem, który w części środkowej ma kraterowate zagłębienie wypełnione masami rogowymi. Jednak mimo tych cech często trudno odróżnić rogowiaka kolczystokomórkowego od raka kolczystokomórkowego (SCC). Szybki wzrost, charakterystyczny dla KA, nie wyklucza rozpoznania SCC. Definitywne różnicowanie z SCC możliwe jest tylko na podstawie badania histopatologicznego całego preparatu. Właśnie ze względu na to podobieństwo bardzo ważne jest postawienie trafnego rozpoznania i pomimo tendencji do samoistnego ustępowania zastosowanie odpowiedniego leczenia, gdyż jego opóźnianie może doprowadzić do znacznej progresji zmiany (7,11).

Piśmiennictwo podaje wiele różnych metod, takich jak: wycięcie chirurgiczne, kriochirurgia, elektroresekcja, radioterapia i doogniskowe podawanie leków. Leczenie chirurgiczne jest metodą z wyboru. Pozwala ono na całkowite wycięcie zmiany i umożliwia przeprowadzenie precyzyjnego badania histopatologicznego potwierdzającego rozpoznanie oraz ocenę doszczętności zabiegu operacyjnego. Zastosowanie koagulacji lub noża elektrycznego do leczenia tego guza uniemożliwia ocenę histopatologiczną lub bardzo ją utrudnia. Za wczesnym leczeniem chirurgicznym mogą przemawiać również trzy przypadki naciekania oczodołu przez rozrastającego się rogowiaka – opisali je Grossniklaus i wsp. (12). U żadnego z leczonych przez nas chorych nie doszło do nacieku głębiej leżących struktur. Za leczeniem chirurgicznym przemawia również możliwość nawrotu zmiany. Częstość występowania wznów po samoistnym zaniku szacowana jest na 4-8%. Wznowa może być bardziej agresywna niż ognisko pierwotne. Po leczeniu chirurgicznym do nawrotu choroby dochodzi bardzo rzadko. Boniuk i Zimmerman oraz Donaldson nie odnotowali w swoim materiale żadnego przypadku (9,10). W grupie analizowanych przez nas chorych również nie stwierdzono wznowy (okres obserwacji wynosił od jednego roku do pięciu lat).

W przypadkach braku możliwości leczenia chirurgicznego z powodu wieloogniskowego charakteru zmian, dużych ich rozmiarów lub współistnienia chorób uniemożliwiających przeprowadzenie operacji stosuje się metody alternatywne. Jednak miejscowe podawanie chemioterapeutyków, takich jak: metotreksat, 5-fluorouracyl czy isotretinoina, stosowanych w terapii *keratoacanthoma*, nie znajduje zastosowania w przypadku zmian położonych na powiekach z powodu dużego ryzyka wystąpienia zapalenia spojówek lub uszkodzenia rogówki. Hamou i wsp. opisali jeden przypadek skutecznego leczenia doogniskowymi iniekcjami 5-FU i doustnym podawaniem acitretyny rozległego KA, który obejmował powiekę górną i przyśrodkowy kąt lewego oka u 76-letniego mężczyzny zdyskwalifikowanego z leczenia chirurgicznego z powodu bardzo dużej rozległości zmiany (13).

Dobrze udokumentowana tendencja KA do samowyleczenia przemawia za przyjęciem postawy wyczekującej, ale należy pamiętać, że rogowiak kolczystokomórkowy goi się, pozostawiając powierzchowną bliznę lub czasami rozległe zbliznowacenie (14). Dlatego oczekiwanie na samowyleczenie KA zlokalizowanego na aparacie ochronnym oka niesie ze sobą dodatkowe ryzyko. Rozrastający się guz może nieodwracalnie zniszczyć delikatne struktury powiek, powodując zaburzenia ich funkcji, obnażenie rogówki i upośledzenie odpływu łez (15). Wczesne rozpoczęcie leczenia może zapobiec tym powikłaniom. Potwierdzają to dobre wyniki czynnościowo-estetyczne, które uzyskaliśmy u naszych chorych.

**Wnioski**

1. Chociaż obraz kliniczny rogowiaka kolczystokomórkowego jest dosyć charakterystyczny i nowotwór ten ma zazwyczaj niezłośliwy charakter, to konieczność różnicowania z rakiem kolczystokomórkowym przemawia za przyjęciem aktywnej postawy terapeutycznej.
2. Całkowite wycięcie zmiany i histopatologiczna ocena marginesu wyciętych tkanek pozwalają na ustalenie ostatecznej diagnozy wycięcie zapobiega ewentualnej wznowie.
3. Wczesne rozpoczęcie leczenia chirurgicznego KA zlokalizowanego w obrębie powiek może zapobiec nieodwracalnemu ich zniszczeniu.

**Piśmiennictwo:**

1. Hutchinson J: *Morbid growths and tumours 1. The "crateriform ulcer of the face", a form of acute epithelial cancer.* Trans Pathol Soc London 1889, 40, 275-281.
2. Wąsik F, Baran E, Szepletowski J: *Zarys dermatologii klinicznej.* Volumed, Wrocław 1995, 358-359.
3. Kobińska-Nowak J, Bień S, Sygut J: *Rogowiak kolczystokomórkowy – zasady diagnostyki i terapii.* Otorinolaryngologia 2008, 7, 35-39.
4. Schwarz RA: *Keratoacanthoma.* J Am Acad Dermatol 1994, 30, 1-19.
5. Schwartz RA: *Keratoacanthoma: a clinico-pathologic enigma.* Dermatol Surg 2004, 30, 326-333.
6. Sanchez Yus E, Simon P, Requena L et al.: *Solitary keratoacanthoma: a self-healing proliferation that frequently becomes malignant.* Am J Dermatopathol 2000, 22, 305-310.
7. Cribier B, Asch P, Grosshans E: *Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases.* Dermatology 1999, 199, 208-212.
8. Baer RL, Kopf AW: *Year book of dermatology.* Year book medical publisher, Chicago 1962, 7-41.
9. Donaldson MJ, Sullivan TJ, Whitehead KJ et al.: *Periocular keratoacanthoma.* Ophthalmology 2003, 110, 1403-1407.
10. Boniuk M, Zimmerman LE: *Eyelid tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma.* Arch Ophthalmol 1967, 77, 29-40.
11. Leibovitch I, Huilgol SC, James CL et al.: *Periocular keratoacanthoma: can we always rely on the clinical diagnosis?* Br J Ophthalmol 2005, 89, 1201-1204.
12. Grossniklaus HE, Wojno TH, Yanoff M et al.: *Invasive keratoacanthoma of the eyelid and ocular adnexa.* Ophthalmology 1996, 103, 937-941.
13. Hamou S, Hochart G, Jourdel D et al.: *Giant keratoacanthoma of the eyelid.* J Fr Ophthalmol 2005, 28, 1115-1119.
14. Griffiths RM: *Keratoacanthoma observed.* Brit J Plast Surg 2004, 57, 485-501.
15. Hintschich CR, Stefani FH: *Keratoacanthoma of the eyelid area. Problems and risks in diagnosis and therapy.* Klin Monatsbl Augenheilkd 1997, 210, 219-224.

Praca wpłynęła do Redakcji 25.05.2010 r. (1233)  
Zakwalifikowano do druku 30.03.2011 r.

**Adres do korespondencji (Reprint requests to):**

dr Tomasz Zieliński  
Klinika Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej  
Estetycznej UM w Łodzi  
ul. Kopcińskiego 22  
90-153 Łódź  
e-mail: tomziel@onet.eu

**Zapraszamy na naszą stronę internetową**

**[www.okulistyka.com.pl](http://www.okulistyka.com.pl)**