

Ακτινική χειλίτιδα και η αντιμετώπισή της με επιπολής εκτομή του ερυθρού κρασπέδου του βλεννογόνου του κάτω χείλους*

Μ. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ¹, Σ. ΙΟΡΔΑΝΙΔΗΣ², Λ. ΖΟΥΛΟΥΜΗΣ³, Ν. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ⁴
Κλινική Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής Α.Π.Θ.

Actinic cheilitis and his managment with vermillionectomy

M. LAZARIDOU¹, S. IORDANIDIS², L. ZOULOU MIS³, N. LAZARIDIS⁴
Dept. Oral and Maxillofacial Pathology, Aristotle Univ. of Thessaloniki

Περίληψη

Η ακτινική χειλίτιδα συνιστά προκαρκινική κατάσταση που οφείλεται στην επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας του ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους. Μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια ποικιλία μεθόδων, όπως είναι η ηλεκτροχειρουργική, η τοπική εφαρμογή χημειοθεραπευτικών ουσιών, το laser CO₂, η επιπολής εκτομή του βλεννογόνου του ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους κ.α.

Από το 1996-2003, οκτώ ασθενείς με κλινική εικόνα ακτινικής χειλίτιδας αντιμετωπίστηκαν με επιπολής εκτομή του βλεννογόνου ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους και κάλυψη του ελλείμματος με βλεννογόνο προωθητικό κρημό. Σε δύο από τους ασθενείς έγινε συναφαίρεση συνυπάρχοντος ακανθοκυτταρικού καρκινώματος με σφηνοειδή εκτομή. Το κύριο πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής έναντι των υπολοίπων είναι η δυνατότητα ιστολογικής εξέτασης ολόκληρου του παρασκευάσματος. Το γεγονός αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία, διότι αφενός η κλινική εικόνα δε συμβαδίζει πάντα με την ιστολογική και αφετέρου μπορεί να υπάρχουν περισσότερες από μία εστίες εξαλλαγής.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των κύριων κλινικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών της ακτινικής χειλίτιδας, η περιγραφή της εγχειρητικής τεχνικής και η σύγκριση με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης.

Summary

Solar keratosis is a well-documented premalignant condition caused by actinic radiation on the vermillion. It can be treated by various methods, including electrosurgery, chemical peeling, CO₂ laser beam and vermillionectomy.

During the period 1996-2003, eight patients with lesions of the lower lip, suspected to be actinic cheilitis, were treated with vermillionectomy and reconstruction of the denuded area with mucosal advancing flaps. In two of our patients, the vermillionectomy was combined with a V-shape excision of the co-existing lip carcinoma. The main advantage of this method is the fact that the whole specimen of the lip vermillion can be histologically evaluated. This is very important, because clinical features are not always indicative of microscoping findings and because more than one squamous cell carcinomas may develop.

In this article, we present the clinical and histological aspects of actinic cheilitis, we describe the surgical technique, and compare it with the other methods of treatment.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ακτινοβολία, χείλος

KEY WORDS: Radiation, lip

* Μέρος της εργασίας ανακοινώθηκε στο 24^ο Π.Ο.Σ., Θεσσαλονίκη 2004.

¹ Οδοντίατρος,
² Αναπλ. Καθηγητής
³ Επίκ. Καθηγητής
⁴ Καθηγητής

¹ Dentist
² Assoc. professor
³ Assistant Professor
⁴ Professor

Εισαγωγή

Η ακτινική χειλίτιδα οφείλεται στη μακρόχρονη και υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και θεωρείται προκαρκινική κατάσταση. Εμφανίζεται συχνά στα χείλη κι αυτό, γιατί αφενός μεν, λόγω της θέσης τους, είναι εκτεθειμένα στην ηλιακή ακτινοβολία και αφετέρου το επιθήλιο τους έχει μικρό πάχος, λίγη μελανίνη και λεπτή κεράτινη στιβάδα¹. Η περιοχή του φάσματος μήκους κύματος μεταξύ 290 και 320 nm πιστεύεται ότι προκαλεί αλλοιώσεις στον ινώδη συνδετικό ιστό των χειλέων, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση στο χόριο ελαστίνης σε βάρος του κολλαγόνου². Προδιάθεση στην εμφάνιση ακτινικής χειλίτιδας έχουν άτομα με ανοιχτόχρωμη επιδερμίδα, μπλε ή πράσινα μάτια και ξανθά ή κόκκινα μαλλιά, ενώ άτομα με σκουρόχρωμη επιδερμίδα δεν προσβάλλονται, σχεδόν, ποτέ και η εμφάνιση παρόμοιων αλλοιώσεων σε αυτά θα πρέπει να κατευθύνει τη διαγνωστική σκέψη προς αλλεργικές ή τοξικές καταστάσεις¹.

Οι Bork και συν.³ διακρίνουν την ακτινική χειλίτιδα σε οξεία και χρόνια. Η οξεία συνιστά το ισοδύναμο του ηλιακού εγκαύματος στα χείλη, επιπλέκεται συχνά από ερπητικές λοιμώξεις και αυτοπεριορίζεται. Η χρόνια είναι το ισοδύναμο της ακτινικής κερατίνωσης του δέρματος και μπορεί να εξαλλαγεί σε ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του κάτω χείλους.

Η ακτινική χειλίτιδα προσβάλλει, σχεδόν, αποκλειστικά το ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους και σπανιότατα το άνω χείλος, πάντα όμως, με συνυπάρχουσες αλλοιώσεις στο κάτω. Ο λόγος είναι η προέχουσα ανατομική θέση του κάτω χείλους κι, επομένως, η μεγαλύτερη έκθεσή του στην ηλιακή ακτινοβολία. Το κάτω χείλος εμφανίζει ασυμπτωματικές λευκοπλασικές αλλοιώσεις διαφόρου πάχους με ασαφή όρια που διακόπτονται από ερυθρές, ατροφικές περιοχές. Ο σαφής διαχωρισμός του δέρματος από το ερυθρό κράσπεδο του χείλους καταλύεται και το τελευταίο φαίνεται σαν να κατακτάται από το δέρμα¹. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται επιδερμοποίηση του χείλους (Εικ. 1)



Εικ. 1. Κλινική εικόνα ακτινικής χειλίτιδας.

Σε πιο προχωρημένα στάδια εμφανίζονται περιοχές απολέπισης με υπερκερατωσικές εστίες, ρωγμές ή διαβρώσεις. Οι αλλοιώσεις αυτές μπορεί να εμποδίζουν τον ασθενή στη μάσηση και την ομιλία. Ακόμη μπορεί να υπάρχουν επώδυνες ραγάδες και ήπια ξηρότητα με απώλεια της πλαστικότητας. Επίμονες εξελκώσεις και διαβρώσεις εγείρουν την υποψία καρκινικής εξαλλαγής, αλλά η απουσία τέτοιων αλλοιώσεων δεν την αποκλείει⁴. Οι La Riviere και Pickett⁵ αναφέρουν τα εξής κλινικά σημεία σε έντονη επιθηλιακή δυσπλασία: α) την ερυθρόλευκη εμφάνιση των ορίων του ερυθρού κράσπεδου, β) τη γενικευμένη ατροφία του κάτω χείλους με εστιακή λευκοπλακία, γ) το ασαφές και μη ευδιάκριτο δερματοβλεννογόνο όριο και δ) την παρουσία ραγάδων και εφελκίδων περιστοματικά. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι αλλοιώσεις παρουσιάζουν εξάρσεις και υφέσεις, χωρίς ποτέ να υποχωρούν πλήρως. Έντονα συμπτώματα δεν αναφέρονται, εκτός από ελαφρύ αίσθημα κνησμού και αιμωδίας. Η βαρύτητα, όμως, της επιθηλιακής δυσπλασίας δεν μπορεί να εκτιμηθεί κλινικά με αξιόπιστο τρόπο, γι αυτό η θεραπεία πρέπει να βασίζεται πάντα στην ιστολογική εξέταση παρασκευάσματος του ερυθρού κράσπεδου του κάτω χείλους⁶.

Τα κύρια ιστολογικά ευρήματα από μεν το επιθήλιο είναι η υπερκεράτωση, η ατροφία και η διαφόρου βαθμού επιθηλιακή δυσπλασία, από δε το χόριο η βασηοφιλία, η οποία οφείλεται στην αντικατάσταση του εωσινόφιλου κολλαγόνου από άμορφο κοκκώδες βασηόφιλο υλικό που μοιάζει με ελαστικό ιστό, και οι τηλεαγγεικτασίες⁷. Οι πιο πρώιμες προκαρκινικές αλλαγές είναι η ατροφία της στιβάδας των ακανθωτών κυττάρων, ο πλειομορφισμός και η υπέρχρωση των πυρήνων των κυττάρων της βασικής στιβάδας.

Στην ιστολογική τεκμηρίωση πάντα αναφέρεται ο βαθμός δυσπλασίας και τα όρια ασφαλείας της εκτομής.

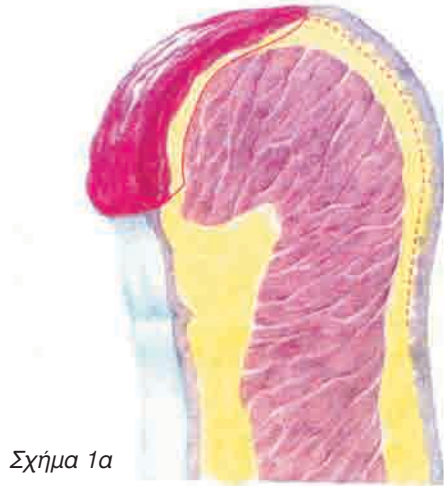
Διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της ακτινικής χειλίτιδας, όπως η χημειοθεραπεία με τοπική εφαρμογή 5-φθοριουρακίλης, η χημική αποφολίδωση με τριχλωροακετοξικό οξύ και η επιπολής εκτομή του ερυθρού κράσπεδου με κρυσταλλοχειρουργική, ηλεκτροχειρουργική, νυστέρι ή laser CO₂.

Υλικό και μέθοδος

Από το 1996-2003 8 ασθενείς με αλλοιώσεις ακτινικής χειλίτιδας στο κάτω χείλος αντιμετωπίστηκαν για πρώτη φορά στην Κλινική της Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Σε όλους τους ασθενείς οι αλλοιώσεις εκτείνονταν σε επιφάνεια μεγαλύτερη από τα 2/3 του χείλους. Όλοι ήταν άντρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 50 έτη, και με ιστορικό χρόνιας έκθεσης στον ήλιο, λόγω επαγγέλματος. Σε δύο από τους ασθενείς συνυπήρχαν κλινικές εκδηλώσεις παρουσίας ακανθοκυτταρικού καρκινώματος. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε

χειρουργική αφαίρεση του ερυθρού κρασπέδου με νυστέρι και με ταυτόχρονη σφηνοειδή εκτομή σε δύο από αυτούς. Το δε τραύμα αποκαταστάθηκε, αμέσως, με προωθητικό βλεννογόνο χειλικό κρημνό (Σχ. 1).

Η εγχειρητική διαδικασία έγινε άλλοτε υπό γενική και άλλοτε υπό τοπική αναισθησία και ακολούθησε τα εξής στάδια. Τα όρια της εκτομής (Σχ. 2) σχεδιάστηκαν με κυανούν του μεθυλενίου (διάλυμα 3%) (Εικ. 2) και



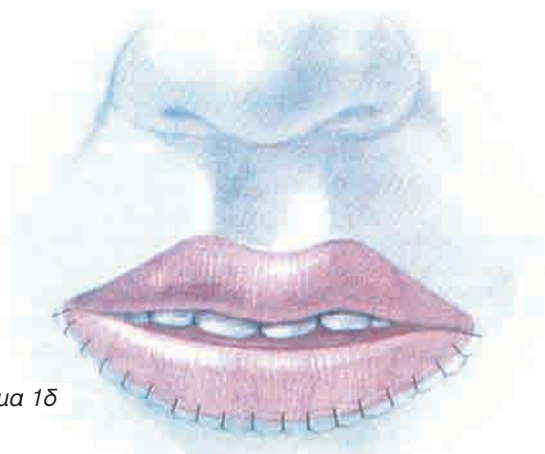
Σχήμα 1α



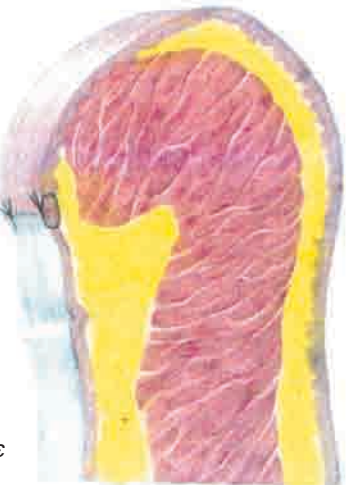
Σχήμα 1β



Σχήμα 1γ



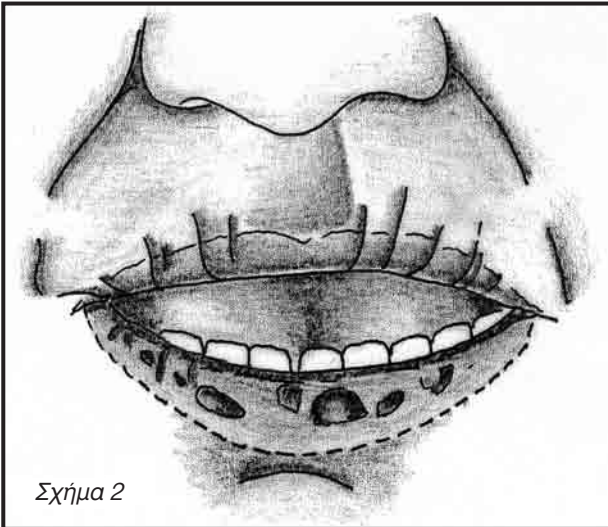
Σχήμα 1δ



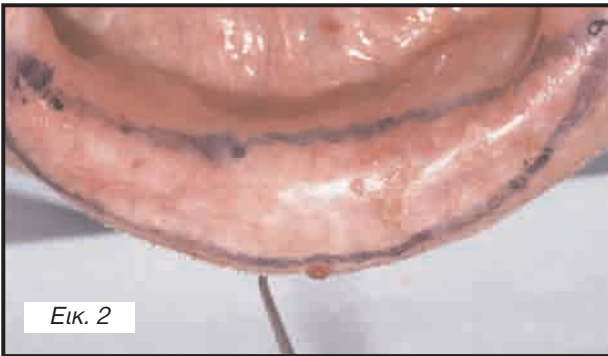
Σχήμα 1ε

Σχήμα 1. Προωθητικός βλεννογόνος κρημνός από την προστομιακή επιφάνεια του κάτω χείλους για την κάλυψη ελλείμματος του ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους μετά από πλήρη αφαίρεσή του. **α.** Διεχειρητική απεικόνιση της έκτασης εκτομής της βλάβης. **β.** Τομή του κάτω χείλους στην περιοχή μέσης γραμμής με εμφανή τα όρια εκτομής της βλάβης. **γ.** Ο προωθητικός βλεννογόνιος κρημνός σε φάση υπέγερσης από την έσω επιφάνεια του κάτω χείλους. **δ,ε.** Συρραφή του κρημνού.

εκτεινόταν συμμετρικά από συγγειλία σε συγγειλία διότι, διαφορετικά, το αποτέλεσμα θα ήταν η παραμόρφωση του σχήματος και η έντονη χρωματική αντίθεση μεταξύ βλεννογόνου και φυσιολογικού κρασπέδου. Στο όριο ερυθρού κρασπέδου-δέρματος η τομή διενεργείται 1 με 2 χιλιοστά μέσα στο δέρμα (Εικ. 3), για να καλυφθούν οι συνέπειες από την επακόλουθη και αναπόφευκτη ρίκνωση του τραύματος. Τα όρια της τομής προς το βλεννογόνο του κάτω χείλους καθορίζονταν από την έκταση της αλλοίωσης και πάντα εκτεινόταν



Σχήμα 2



Εικ. 2

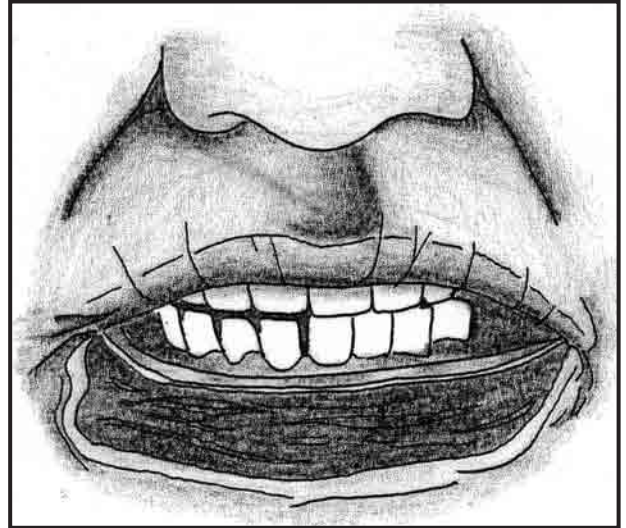


Εικ. 3

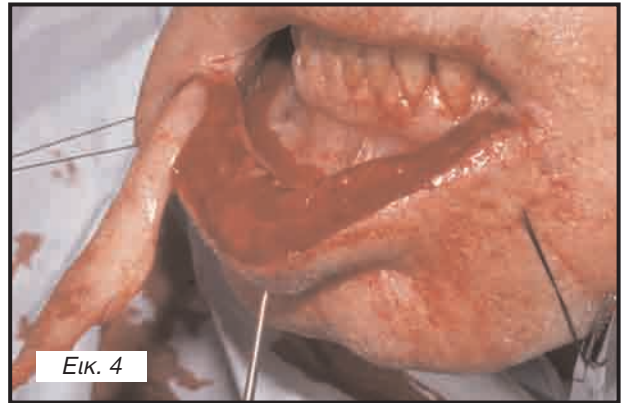
Σχήμα 2, Εικ. 2,3. Σχεδιασμός ορίων εκτομής του επιπολής κρασπέδου του βλεννογόνου του κάτω χείλους σχηματικά και κλινικά.

σε υγιή βλεννογόνο. Το πάχος της εκτομής έφτανε μέχρι την περιτονία που καλύπτει τις μυικές ίνες του σφιγκτήρα του στόματος.

Μετά την ολοκλήρωση της εκτομής (Σχ. 3, Εικ. 4,5) ακολουθούσε η αποκατάσταση με την παρασκευή βλεννογόνιου προωθητικού κρημνού ολικού πάχους



Σχήμα 3. Σχηματική παράσταση του κάτω χείλους μετά την ολοκλήρωση της εκτομής



Εικ. 4



Εικ. 5

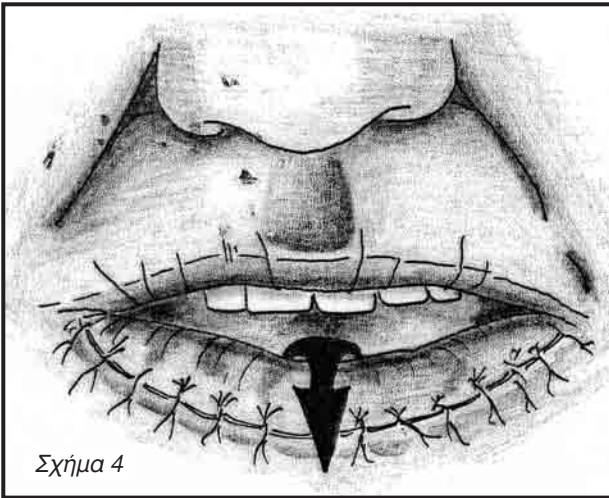
Εικ. 4,5. Κλινική εικόνα εκτομή του ερυθρού κρασπέδου του βλεννογόνου του κάτω χείλους.

από την έσω επιφάνεια του κάτω χείλους. Η παρασκευή εκτεινόταν μέχρι την ουλοχειλική αύλακα και τα φατνία των προσθίων οδόντων (Εικ. 6). Ο κρημνός προ-



Εικ. 6. Έγερση προωθητικού βλεννογόνιου κρημνού από την έσω επιφάνεια του βλεννογόνου του κάτω χείλους.

ωθούνταν για την κάλυψη της επιφάνειας εκτομής και καθηλώνονταν με ράμματα 4-0 στο δερματικό όριο της εκτομής για να σχηματιστεί ένα νέο όριο ερυθρού κρασπέδου- δέρματος (Σχ. 4, Εικ 7) Η προώθηση και καθή-



Σχήμα 4

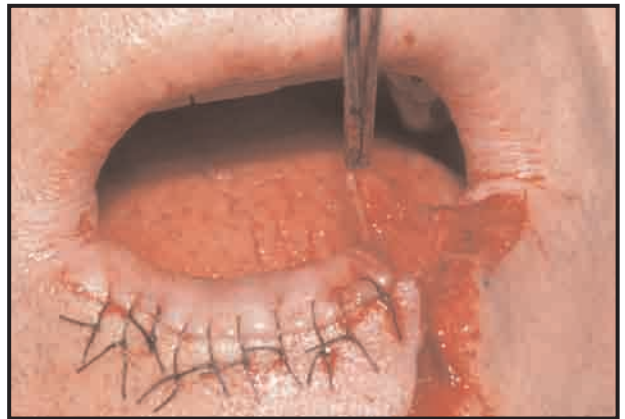


Εικ. 7

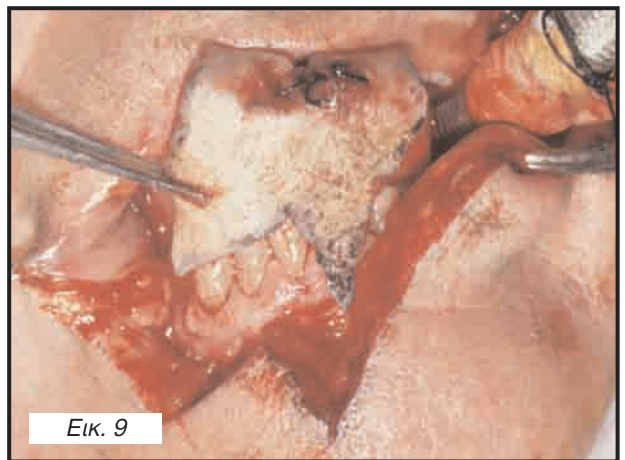
Σχήμα 4, Εικ. 7. Σχηματική παράσταση και κλινική εικόνα καθήλωσης και συρραφής του κρημνού.

λωση του κρημνού γινόταν, χωρίς τάση για την αποφυγή επιπλοκών από την ακόλουθη ρίκνωση του τραύματος. Στόχος μας ήταν ο κρημνός να υπερκαλύπτει τα όρια της εκτομής προς το δέρμα. Αν δεν επιτευχθούν οι παραπάνω προϋποθέσεις, το αισθητικό αποτέλεσμα δεν θα είναι ικανοποιητικό.

Σε δύο από τις περιπτώσεις μας, κάποιες περιοχές



Εικ. 8. Σφηνοειδής εκτομή για τη συναφαίρεση καρκινώματος του κάτω χείλους



Εικ. 9



Εικ. 10

Εικ. 9,10. Εκτομή σχήματος W για τη συναφαίρεση καρκινώματος του κάτω χείλους.

του προσκευάσματος που έγινε του υπολοίπου κακό υδατός, επισημάνθηκαν με ραφές και διενεργήθηκε σε αυτές ταχυβιοψία. Το αποτέλεσμα της ταχυβιοψίας ήταν διηθητικό καρκίνωμα του κάτω χείλους σε έδαφος ακτινικής χειλίτιδας, και γι' αυτό η επιπολής εκτομή του ερυθρού κρασπέδου συνδυάστηκε με ολικού πάχους εκτομή του κάτω χείλους σχήματος V και W (Εικ. 8,9,10). Η εκτομή σχήματος V διενεργείται σε μικρά καρκινώματα και τυπικά η κορυφή του V εκτείνεται λίγο πιο πάνω από τη γενειοχειλική αύλακα, ενώ η εκτομή σχήματος W εφαρμόζεται σε καρκινώματα που επεκτείνονται σε βαθύτερα στρώματα του κάτω χείλους, αλλά καταλαμβάνουν και μεγαλύτερη έκταση στην επιφάνεια του ερυθρού κρασπέδου. Και στις δυο περιπτώσεις, η επούλωση επιτεύχθηκε, κατά πρώτο σκοπό, χωρίς να χρειαστεί κινητοποίηση γειτονικών ιστών, αλλά με σύγκλιση σε τρία στρώματα βλεννογόνου, μυών και δέρματος. Το κλειδί για την αισθητική και λειτουργική αποκατάσταση του κάτω χείλους σε ολικού πάχους εκτομές είναι η προσεκτική αποκατάσταση της συνέχειας των μυικών ινών του σφιγκτήρα του στόματος, διότι, αν παραληφθεί το στάδιο αυτό, η τάση θα κατανεμηθεί στις ραφές του δέρματος και του βλεννογόνου, προκαλώντας ακαίαιστη λεπύτωση του συρραφέντος τμήματος του χείλους.

Μετά την επέμβαση συνεστήθη στους ασθενείς να αποφεύγουν κινήσεις αναρρόφησης και να σιτίζονται με μαλακές τροφές. Τα τραύματα διατηρήθηκαν καθαρά αφαιρώντας τις εφελκίδες 2 φορές την ημέρα και επαλείφοντας με αντιβιοτική αλοιφή. Συνεστήθη, επίσης, στους ασθενείς να μην εκτεθούν στον ήλιο τουλάχιστον για 6 μήνες, διότι ο χειλικός βλεννογόνος δεν έχει καμιά φυσική προστασία και η έκθεσή του στην ηλιακή ακτινοβολία θα καταλήξει στο σχηματισμό εκτεταμένου εγκαύματος και νέκρωσης, με αποτέλεσμα την πλήρη παραμόρφωση του χείλους.

Αποτελέσματα

Οι ασθενείς επανεξετάζονται κάθε 6 μήνες (Εικ. 11) μέχρι και σήμερα. Κανένας δεν έχει επανεμφανίσει αλλοιώσεις ακτινικής χειλίτιδας. Το λειτουργικό και



Εικ. 11. Κλινική εικόνα του κάτω χείλους 6 μήνες μετά την επέμβαση

αισθητικό αποτέλεσμα κρίνεται ικανοποιητικό τόσο από εμάς όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς, αν και τον πρώτο χρόνο, 5 από αυτούς παραπονέθηκαν για οίδημα, ερυθρότητα και αίσθημα τάσης, συμπτώματα που τελικά υποχώρησαν. Όλοι οι ασθενείς είχαν μικρού βαθμού παραισθησία του ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους, η οποία όμως ήταν εύκολα ανεκτή.

Συζήτηση

Η σχέση μεταξύ καρκίνου του χείλους και έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία παρατηρήθηκε για πρώτη φορά, το 1923⁴. Ο χρόνος που μεσολαβεί συνήθως από την εμφάνιση αλλοιώσεων ακτινικής χειλίτιδας μέχρι την εξαλλαγή σε καρκίνο είναι 20-30 χρόνια, αλλά η εξέλιξη αυτή μπορεί να είναι πολύ ταχύτερη σε κάποιους ασθενείς⁸. Γενικά, ο καρκίνος του χείλους, σε έδαφος ακτινικής χειλίτιδας, έχει σχετικά καλή πρόγνωση και το 85-90% των ασθενών επιβιώνουν για πολλά χρόνια. Ένα 11%, όμως, θα εμφανίσει πρόωρα απομακρυσμένες μεταστάσεις. Γενικά, ο καρκίνος αυτός θεωρείται πιο επιθετικός από τον καρκίνο του δέρματος που εμφανίζεται σε έδαφος ακτινικής κερατίασης⁹.

Στη βιβλιογραφία, αναφέρονται πολλοί τρόποι αντιμετώπισης της ακτινικής χειλίτιδας. Ήπιες μορφές αντιμετωπίζονται με την τοπική εφαρμογή 5-φθοριουρακίλης. Πρόκειται για ένα δραστικό αντιμεταβολίτη που εμποδίζει τη σύνθεση του DNA, αναστέλλοντας τη δράση της κινάσης της θυμιδίνης¹⁰. Πρώτος, ο Epstein έκανε χρήση του παράγοντα αυτού για την αντιμετώπιση της ακτινικής χειλίτιδας¹¹. Χρησιμοποιείται για διάστημα τριών εβδομάδων, με στόχο την απομάκρυνση του δυσπλαστικού επιθηλίου και την αναγέννηση νέου. Προκαλεί έντονη φλεγμονώδη αντίδραση και για το λόγο αυτό, η θεραπεία δε γίνεται καλά ανεκτή από τον ασθενή. Το κλινικό αποτέλεσμα, στο τέλος της θεραπείας, είναι ένα, φυσιολογικής εμφάνισης και υψής, ερυθρό κράσπεδο, αλλά η ιστολογική εξέταση, σε αρκετές περιπτώσεις, αποκαλύπτει την παρουσία υπολειμματικής επιθηλιακής δυσπλασίας. Συνεπώς, παραμένει η πιθανότητα εξαλλαγής, παρά τη φαινομενικά επιτυχή θεραπεία¹².

Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης που έχουν, κατά καιρούς, εφαρμοστεί είναι η χημική αποφολίδωση με τριχλωροακετοξικό οξύ, η χειρουργική, ηλεκτροχειρουργική και κρυστοχειρουργική εκτομή, και η επιπολής αφαίρεση του ερυθρού κρασπέδου με laser CO₂. Το laser CO₂, σε χαμηλές ενέργειες, προκαλεί καταστροφή του επιθηλίου με κοκκιωματώδη νέκρωση και υποεπιθηλιακό διαχωρισμό. Έτσι, απομακρύνεται το επιθήλιο εύκολα και το τραύμα αφήνεται να επουλωθεί, κατά δεύτερο σκοπό. Η επαναεπιθηλιοποίηση επιτυγχάνεται σε 3-4 εβδομάδες, περίοδος ιδιαίτερα παρατεταμένη, σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο επούλωσης μετά από χειρουργική εκτομή του ερυθρού κρασπέδου¹³. Επιπλέον,

ον, η χρησιμοποίηση του laser CO₂ δεν επιτρέπει την ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος, ενώ το αισθητικό αποτέλεσμα είναι φτωχό, αφού η επούλωση καταλήγει σε επιπέδωση και στένωση του ερυθρού κρασπέδου¹⁴. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι η διενέργεια της εκτομής με τοπική αναισθησία και η μικρή μετεγχειρητική νοσηρότητα.

Η επιπολής εκτομή του ερυθρού κρασπέδου και αποκατάσταση του ελλείμματος με βλεννογόνο προωθητικό κρημνό είναι, κατά τη γνώμη μας, η μέθοδος εκλογής διότι έχει δύο κύρια πλεονεκτήματα: τη δυνατότητα ιστολογικής τεκμηρίωσης της κλινικής διάγνωσης και τη δυνατότητα συνδυασμού της εκτομής του ερυθρού κρασπέδου με σφηνοειδή εκτομή, για τη συναφαίρεση συνυπάρχοντος καρκινώματος. Οι Visscher και συν.¹⁵ συλλογίζουν – σε περίπτωση διενέργειας σφηνοειδούς εκτομής – την αφαίρεση του όγκου με 3 χιλ. περιθώριο κλινικά υγιών ορίων και άμεσες ψυκτικές τομές για την ιστολογική τεκμηρίωση της επί υγιών ορίων εκτομής, διότι η αφαίρεση του όγκου με 1 εκ. περιθώριο υγιών ορίων, αφενός δεν είναι απαραίτητη και αφετέρου καταλήγει σε ελλείμματα που δεν αντιμετωπίζονται με άμεση σύγκλιση ή σε ελλείμματα που η αποκατάστασή τους εμποδίζει τη διάνοιξη του στόματος.

Τον πρώτο χρόνο, μετά την επιπολής εκτομή του ερυθρού κρασπέδου και αποκατάσταση με βλεννογόνο προωθητικό κρημνό, το χείλος είναι οιδηματώδες με έντονο ερυθρό χρώμα, σταδιακά όμως η εμφάνιση αποκαθίσταται και το αισθητικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικό. Άλλες επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν είναι το παροδικό οίδημα, οι υπερτροφικές ουλές, η αναστροφή του χείλους, η ανάπτυξη τριχών που έχουν εγκλωβιστεί στο βλεννογόνο, ο πόνος και η παροδική ή μόνιμη παραισθησία¹⁶. Οι περισσότερες είναι παροδικές και γίνονται καλά ανεκτές από τον ασθενή, όπως συνέβη και με τους ασθενείς μας.

Οι Mehregan και συν.¹⁶ προτείνουν την εκτομή του ερυθρού κρασπέδου του κάτω χείλους, με τη μέθοδο της μικρογραφικής χειρουργικής, κατά Mohs, και την αποκατάσταση με βλεννογόνο προωθητικό κρημνό, ακόμα, και όταν συνυπάρχουν αλλοιώσεις ακτινικής χειλίτιδας, με βλάβες διαμέτρου μέχρι 4 εκ. Η μέθοδος είναι ασφαλής, διότι επιτρέπει την ιστολογική τεκμηρίωση των ορίων και επιπλέον τα καρκινώματα των χείλων εντοπίζονται, συνήθως, επιφανειακά και σπάνια διηθούν τον υποκείμενο μυ, στα πρώτα στάδια¹⁷.

Δεδομένου της μικρής νοσηρότητας της επέμβασης και διότι πολλές φορές υπάρχουν περισσότερες από μία περιοχές εξαλλαγής, δε συνιστάται η διενέργεια μερικής βιοψίας, διότι υπάρχει κίνδυνος εμφύτευσης καρκινικών κυττάρων σε βαθύτερα στρώματα, και αφετέρου έχει αποδειχθεί ότι το χειρουργικό τραύμα μπορεί να αυξήσει την επιθετικότητα του όγκου και την τάση υποτροπής του¹⁸. Η ιστολογική τεκμηρίωση προτιμάται να διενεργείται μετά την ολική εξαίρεση του ερυ-

θρού κρασπέδου ή κατά τη διάρκεια της επέμβασης με ταχυβιοψία επί υποψίας συνυπάρχοντος όγκου, όπως έγινε και στους 2 από τους 8 ασθενείς μας. Απαραίτητη, ακόμα, είναι η στενή παρακολούθηση του ασθενούς, διότι η πιθανότητα επανεμφάνισης προκαρκινικών ή καρκινικών αλλοιώσεων στην ίδια περιοχή είναι αυξημένη¹⁹.

Βιβλιογραφία

1. Kaugars EG, DDS, Pillion T, BA, Svirsky AJ, DDS, Med, Page GD, DDS, MS, Burns CJ, DDS, Med, PhD, Abbey M.L.DMD,MS Actinic cheilitis: A review of 152 cases. *Oral Surg, Med, Pathol, Radiol, Endod.* 1999; 88:181-6.
2. Million RR, Cassisi NJ, Mancuso AA. Oral Cavity. In: Million RR, Cassisi NJ, editors. *Management of Head and Neck Cancer: a multidisciplinary approach.* Philadelphia: JB Lippincott; 1994, p. 321-400
3. Bork, Hoede, Korting, Burgdorf, Young *Diseases of Oral Mucosa and the Lips.* p. 175-6.
4. Picascia DD, Robinson JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. *J Am Acad Dermatol* 1987; 17:255-64.
5. La Riviere W, Pickett AB. Clinical criteria in diagnosis of early squamous cell carcinoma of the lower lip. *J Am Dental Assoc* 1979; 99: 972-7.
6. Murphy GF. *Dermatopathology: A practical guide to common disorders* Philadelphia WB Saunders; 1995; p. 342.
7. Marks VJ. Actinic keratosis: A premalignant skin lesion. *Otolaryngol Clin North Am* 1993; 26:23-35.
8. Cataldo E, Docu HC. Solar cheilitis. *J Dermatol Surg Oncol* 1981; 7:985-95.
9. Moller R, Reymann F, Hou-Jensen K. Metastasis in dermatological patients with squamous cell carcinoma. *Arch Dermatol* 1979; 115:703-5.
10. Eaglestein WH, Weinstein GD, Frost P. Fluorouracil Mechanism of action in human skin and actinic keratosis. *Arch Dermatol* 1970; 101:132-9.
11. Heidelberger C, Ansfield EJ. Experimental and clinical use of 5-fluorinated Pyrimidines in cancer chemotherapy. *Cancer Res.* 1963; 23:1226-43.
12. Warnock G, DC, USN, Fuller R, MC, USN Pelleu G PhD. Evaluation of 5-fluorouracil in the treatment of actinic keratosis of the lip. *Oral Pathol.* Nov 1981: 501-5.
13. Kamat BR, Tang SV, Arndt KA, Stern RS, Noe JM, Rosen S. Low-fluence CO₂ laser irradiation: Selective epidermal damage to human skin. *J Invest Dermatol* 1985; 85:274-8.
14. Lustig J, DMD, Librus H, DMD, Neder A>, DMD, Ashkelon, Israel. Bipedicled myomucosal flap for reconstruction of the lip after vermilionectomy. *Oral Surg, Med, Pathol.* June 1994; 593-7.
15. M. de Visscher JGA, Gooris PJJ, Vermey A, Roodenburg JLN. Surgical margins for resection of squamous cell carcinoma of the lower lip. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2002; 31:154-7.
16. Mehregan AD, MD, Roenigk KR, MD Management of Superficial Squamous cell carcinoma of the lip with

- Mohs Micrographic Surgery. *Cancer* 1990; 66:8.
17. Hjortdal O, Naess A, Berner A. Squamous cell carcinoma of the lower lip. *J. Maxillofac. Surg.* (1995) 23, 34-37,
 18. Rowe DE, RJ Carroll, CL Day. Prognostic factors for local recurrence, metastasis and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear and lip. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26:976-90.
 19. Robinson JK. Risk of developing another basal cell carcinoma: A 5-year prospective study. *Cancer* 1987; 60:118-20.