

Guz Buschkego-Loewensteina. Operacja wycięcia okrężnego guza okolicy odbytu z pokryciem ubytków przesuniętymi płatami anodermalnymi – opis przypadku

The Buschke-Loewenstein tumor. Operation of surrounding excision tumors with simultaneous supply skin losses by displacement of the anodermal flaps – case report

Oddział Chirurgii Ogólnej, Szpital Powiatowy, Wołomin
Ordynator Oddziału: dr n. med. Krzysztof Ł. Górnicki

Summary

Condylomas are a virus disease provoked by viruses from the HPV group, most often types are 6 and 11.

The prolonged growth of condylomas can lead to the cancerous transformation and/or enormous sizes of it. The gigantic figure of condylomas assumes the form of tumor or tumors of the crotch and is being called Buschke-Loewenstein tumor.

Currently, this type of change is considered to be precancerous stage. The clinical symptoms are result of the size and the locally malignant nature of the tumor. Most common symptoms are: bleeding, discomfort, recurrent abscesses or fistulas. In the case of the sphincter infiltration incontinence of gas or stool may occur. Risk factors are: immunodeficiency diseases (HIV, immunosuppression) also diabetes, or risky behaviors. The diagnosis is based on clinical examination confirmed by histopathology, in cases of suspected infiltration of the sphincter is necessary to perform imaging (CT, TR ultrasound) and functional tests (anorectomanometry).

The treatment consists of excision of tumors in the protection of antiviral drugs.

In most cases, they require only the removal of skin lesions, sometimes operation must include other surrounding tissues, in such cases, stoma should be considered as the stage of elective treatment. Radiotherapy and chemotherapy treatment is necessary in case of confirmation of malignant transformation. No metastasis observed.

A particularly difficult problem in treatment is covering the skin defects arising after excision of multiple circular or around the anus tumors. One of the approaches is the "step by step" excision which considerably increases the time of healing.

In the article the authors present the operation of excision surrounding tumors without the stoma, with simultaneous supply skin losses by displacement of the anodermal flaps. Early results of this method are good, however, requires a long-term observation of a larger group of patients.

Keywords

Buschke-Loewenstein tumor,
condyloma, tumor resection

WSTĘP

Kłykciny kończyste są chorobą wirusową wywołaną przez wirusy typu HPV (ang. *Human papillomavirus*). Obecnie zidentyfikowano ponad 200 typów wirusa HPV, najczęściej występujące to typy 6 i 11, których manifestacją kliniczną są brodawki skórne w różnej postaci. Rzadziej spotykane są typy onkogenne, do których należą głównie 16, 18, 33 i 54. Długotrwały wzrost brodawek może prowadzić do transformacji nowotworowej lub do osiągnięcia olbrzymich rozmiarów (1). Postać olbrzymia kłykciny przyjmuje formę guza lub guzów okolicy krocza i nazywana jest guzem Buschkego-Loewensteina. Obecnie tego typu zmianę uważa się za stadium przednowotworowe (2). Objawy kliniczne wynikają głównie z rozmiarów guza oraz czasami z jego miejscowo złośliwego charakteru, są to głównie: krwawienia, dyskomfort, nawracające przetoki lub ropnie. W przypadku naciekania zwieraczy – również nietrzymanie gazów lub stolca. Czynnikiem ryzyka są choroby przebiegające z zaburzeniami odporności (HIV, immunosupresja), cukrzyca lub ryzykowne zachowania, w tym stosunki homoseksualne. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania przedmiotowego potwierdzonego badaniem histopatologicznym, w przypadku podejrzenia naciekania zwieraczy konieczne jest wykonanie badań obrazowych (TK, USG transrektalnego) i czynnościowych (anorektomanometrii lub sfinkterometrii). Leczenie polega na operacyjnym usunięciu zmian w osłonie leków przeciwwirusowych. W większości przypadków usunięcia wymagają jedynie zmiany skórne, niekiedy operacja musi obejmować inne tkanki otaczające; w takich przypadkach może być konieczne leczenie etapowe z wyłonieniem stomii jelitowej. Radio- i chemioterapia uzupełniają leczenie w przypadku potwierdzenia transformacji nowotworowej w zmianach. Nie obserwuje się występowanie przerzutów (3).

Szczególnie trudnym problemem w leczeniu jest zaopatrzenie ubytków skóry powstałych po usunięciu zmian okrężnych lub mnogich w okolicy odbytu. Jednym ze sposobów leczenia jest etapowe wycinanie zmian, co znacznie wydłuża czas gojenia. W artykule autorzy prezentują sposób zaopatrzenia powstałych ubytków przez jednoczesowe obustronne przesunięcie płatów anodermalnych, bez wyłaniania stomii. Wyniki wczesne tej metody leczenia wydają się być obiecujące, wymagają jednak długoterminowej obserwacji na większej grupie pacjentów.

OPIS PRZYPADKU

40-letni chory został przyjęty do Oddziału Chirurgii w trybie planowym do operacji guza Buschkego-Loewensteina. Chory od około 10 lat skarżył się na obecność guza okolicy odbytu. Dolegliwości okresowo ustępujące to głównie krwawienia, dyskomfort i trudności w siedzeniu. Chory nie obserwował zaburzeń trzymania gazów. W badaniu przedmiotowym stwierdzono guz wielkości 200 x 210 mm okrężnie obejmujący cały obwód odbytu (ryc. 1 i 2). Guz ruchomy względem tkanki podskórnej i aparatu zwieraczowego. W znacznym stopniu deformował kanał odbytu przez pociągnięcie nabłonka kanału i jego wycisnienie. Okoliczne węzły chłonne nie były powiększone. W badaniu PR oraz USG transrektalnym zmiany nie naciekały struktur zwieraczy odbytu. W badaniach dodatkowych krwi



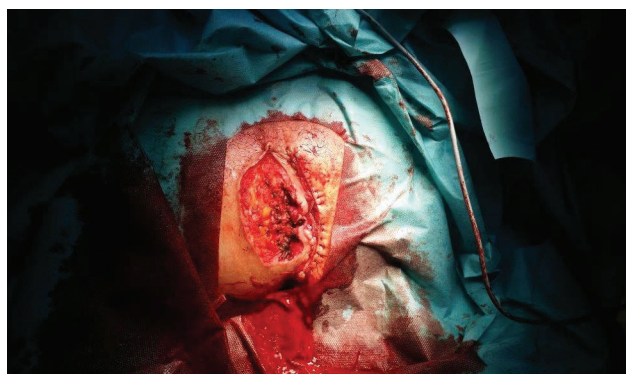
Ryc. 1. Guz Buschkego-Loewensteina przed operacją.



Ryc. 2. Guz Buschkego-Loewensteina przed operacją – położenie guza w stosunku do kanału odbytu.

ani w pozostałych badaniach obrazowych nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego.

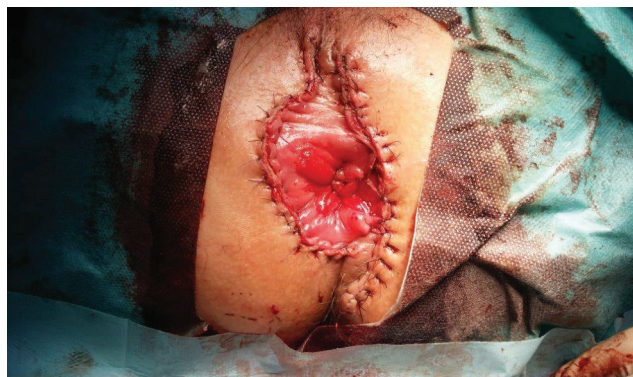
Po przygotowaniu chorego zakwalifikowano do operacji. Guz wycięto w dwóch fragmentach wraz z marginesem zdrowej skóry i tkanki podskórnej bocznie oraz odpowiednim marginesem nabłonka kanału odbytu od strony światła przewodu pokarmowego. Następnie wypreparowano płat skóry pełnej grubości wraz z tkanką podskórną po stronie lewej i po uruchomieniu płata i przesunięciu umocowano pojedynczymi szwami w miejscu ubytku do ściany kanału odbytu. Założono trzy warstwy szwów (dwie warstwy szwów podskórnych i szwy skórne) (ryc. 3). Podobnie postąpiono



Ryc. 3. Guz Buschkego-Loewensteina – ubytek skóry po wycięciu prawej połowy guza.

ze stroną przeciwną (prawą). Z uwagi na naddatek rozciągniętego przez rosnący guz nabłonka kanału odbytu, do zamknięcia ubytku wykorzystano jego nadmiar oraz płac skóry pełnej grubości ze skóry prawego pośladka. W ten sposób pokryto oba powstałe przez wycięcia ubytki. Odstąpiono od wyłonienia stomii (ryc. 4).

Pacjent w 7. dobie został wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym z gojącymi się ranami. Napięcie zwieraczy czynne i bierne było prawidłowe. Rany stopniowo goiły się przez rychłozrost, nie obserwowano krwiaków, martwicy ani rozejścia się ran. Kontrolne badania przeprowadzone w tygodniach 1., 2., 3. i 4. wykazały stopniowe gojenie rany. Szwy usunięto częściowo w 2. tygodniu, a pozostałe w 3. tygodniu od operacji. Badanie histopatologiczne potwierdziło rozpoznanie kłykcin olbrzymich odbytu, nie stwierdzono transformacji nowotworowej w badanych preparatach. Z tego powodu chory nie był kwalifikowany do leczenia uzupełniającego – chemio- i radioterapii. Kontrolne badanie po 2 miesiącach nie wykazało wczesnej wznowy miejscowej (ryc. 5).



Ryc. 4. Guz Buschkego-Loewensteina po operacji.



Ryc. 5. Dwa miesiące po operacji guza Buschkego-Loewensteina.

DYSKUSJA

Leczenie kłykcin kończystych w większości przypadków uzależnione jest od lokalizacji oraz wielkości zmian. Standardowa terapia maściami hamującymi podziały komórkowe (cytostatyki, środki przeciwmiotyczne) zalecane są w przypadku zmian małych oraz ograniczonych jedynie do skóry. W przypadku zmian zlokalizowanych na granicy anodermy i nabłonka kanału odbytu oraz zmian olbrzymich leczenie zachowawcze nie znajduje zastosowania. Usunięcie chirurgiczne zmian może być wystarczającym leczeniem w przypadku zmian nienaciekających struktur podskórnych oraz niewykazujących cech transformacji nowotworowej. W przypadku rozpoznania raka wymagane jest leczenie uzupełniające radio- lub chemioterapią z uwagi na wysoki odsetek nawrotowości zmian sięgający 67% (4). Oddzielnym problemem jest trudność w zaopatrzeniu ubytku skóry powstałego w wyniku wycięcia radykalnego zmian z marginesem. Najczęściej stosowaną metodą jest etapowe wycięcie zmian, często wymagające wyłonienia czasowej stomii (4, 5). Tego typu postępowanie wiąże się z długim czasem gojenia oraz dyskomfortem wynikającym ze stomii. Odsetek nawrotów, bez rozgraniczenia na stosowaną metodę operacji, jest wysoki, szczególnie w odniesieniu do chorych z transformacją raka płaskonabłonkowego i kolczystokomórkowego i wynosi około 67% (6).

Rozległe resekcje z wykorzystaniem do pokrycia ubytków przeszczepów skóry opisywane przez Tenetę i wsp. we wczesnych latach 80. dawały dobry efekt końcowy (7). Dotyczyły jednak zmian okolicy prąca i operacja nie wymagała rozstrzygnięcia problemu wyłonienia stomii na czas gojenia rany. Badacze z Indii zaprezentowali przypadek chorego, u którego do zaopatrzenia ubytków wykorzystano plastykę V-Y z bardzo dobrym odległym wynikiem (8). Jednak z powodu nacieku zmian na zwieracze wcześniej wykonano brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy z wyłonieniem definitywnej kolostomii, co niewątpliwie ułatwiło szybkie wygojenie rany po plastyce.

W aktualnym piśmiennictwie niewiele jest prac opisujących operacje jednoczasowego zaopatrzenia rozległych zmian bez wyłonienia stomii. W pracy polskich badaczy z 2015 roku Skowrońska i Kościński prezentują przypadek usunięcia zmian olbrzymich z jednoczasowym pokryciem ubytków przesuniętymi płaciami skórnymi. Wczesny efekt operacji, mimo niewyłonienia stomii, jest dobry (9).

Podobne rozwiązanie zastosowano w opisanym przez autorów przypadku, uzyskując dobre wygojenie rany pooperacyjnej w miesiąc po zabiegu. Ocena efektów wczesnych i odległych wymaga jednak dłuższego czasu obserwacji.

WNIOSKI

1. Możliwe jest szybkie wygojenie ran operacyjnych u chorych po resekcji guzów okolicy odbytu mimo niewyłonienia stomii.
2. Plastyka ubytku skóry po resekcji zmian guzowatych okolicy odbytu przy użyciu przesuniętych płac anodermalnych daje możliwość jednoczasowego usunięcia wszystkich zmian.

Adres do korespondencji

*Przemysław Ciesielski
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Powiatowy w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3, 05-200 Wołomin
e-mail: drprzemyslawciesielski@gmail.com

nadesłano: 14.08.2015
zaakceptowano do druku: 07.09.2015

Piśmiennictwo

1. Słomian G, Chrószcz M: Rozległe kłykciny kończyste okolicy odbytu, moszny i prącia z ogniskami raka płaskonabłonkowego – opis przypadku. *Onkol Prakt Klin* 2009; 5(1): 33-36. 2. De Toma G, Cavallaro G, Bitonti A et al.: Surgical management of perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). Report of three cases. *Eur Surg Res* 2006; 38: 418-422. 3. Creasman C, Haas PA, Fox TA, Balazs M: Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 481-487. 4. Hyacinthe M, Karl R, Copolla D: Squamous cell carcinoma of the pelvis in giant condyloma acuminatum: use of neoadjuvant chemoradiation and surgical resection. *Dis Colon Rectum* 1998; 11: 293-295. 5. Spinu D, Radulescu A, Bratu O et al.: Giant condyloma acuminatum – Buschke-Loewenstein disease – a literature review. *Chirurgia (Bucour.)* 2014 Jul-Aug; 109(4): 445-450. 6. Chao MWT, Gibbs P: Squamous cell carcinoma arising in a giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). *Asian J Surg* 2005; 28: 238-240. 7. Teneta L, Czopik J, Duda W: Rozległe kłykciny kończyste prącia i moszny imitujące raka. *Urologia Polska* 1981; 34: 1. 8. Ulas M, Bostanci EB, Teke Z et al.: Giant anorectal condyloma acuminatum of Buschke-Loewenstein: successful plastic reconstruction with bilateral gluteal musculocutaneous V-Y advancement flap. *Indian J Surg* 2013 Jun; 75 (suppl. 1): 168-170. doi: 10.1007/s12262-012-0579-4. Epub 2012 Jun 16. 9. Skowrońska-Piekarska U, Kościński T: Buschke-Loewenstein tumor resection with simultaneous reconstruction of extensive tissue losses: case report. *BMC Surg* 2015 Apr 10; 15(1): 41.