

© Borgis

Ryzyko transformacji zatoki włosowej w proces nowotworowy

***Konrad Wroński^{1,2}, Jarosław Cywiński³, Leszek Frąckowiak^{1,4}, Bartłomiej Kocbach⁵**

¹Katedra Onkologii, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Sergiusz Nawrocki

²Oddział Chirurgii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn
Ordynator Oddziału: lek. Andrzej Lachowski

³Klinika Chirurgii Ogólnej i Kolorektalnej, Wydział Wojskowo-Lekarski, Uniwersytetu Medycznego, Łódź
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Adam Dziki

⁴Oddział Ginekologiczny i Ginekologii Onkologicznej, Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii, Olsztyn
Ordynator Oddziału: dr n. med. Leszek Frąckowiak

⁵Zespół Biochemii Medycznej Badań Peptydów i Białek, Wydział Biologii i Biotechnologii,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn
Kierownik Zespołu: prof. zw. dr hab. Elżbieta Kostyra

RISK OF TRANSFORMATION IN PILONIDAL SINUS DISEASE IN MALIGNANCY

Summary

Introduction. Pilonidal sinus disease is chronic inflammation process located in the natal cleft. In the literature there are reports of transformation of the long-lasting inflammatory process within the neoplastic process.

Aim. The aim of this study was to evaluate the incidence of malignant transformation in patients with pilonidal sinus.

Material and methods. The study has covered 32 randomly selected patients aged 20 to 40 years with pilonidal sinus after surgical treatment carried out in the Department of General and Vascular Surgery, Provincial Specialist Hospital Nicholas Pirogow in Lodz and Department of Oncological Surgery Hospital of the Ministry of Internal Affairs with Warmia and Mazury Oncology Center in Olsztyn in the years 2007-2013. Patients were operated by different methods – cut the hair of the bay with primary closure, simple excision of the bay of leaving the hair from the wound to heal by granulation, rhomboid excision with Limberg flap, plastic pediculated of the neighborhood, rhomboid excision and modified Limberg flap in the neighborhood and cut out using Z-plasty. We analyzed the results of histopathological preparations cyst cut the hair. Based on medical records analyzed the duration of inflammation of the onset of symptoms the patient until surgery.

Results. In the group of 32 patients, inflammation in the natal cleft lasted from 3 months to 25 months (mean 8.28 months). There were no neoplasm cells in a histopathological examination after surgery. None of the patients had no recurrence.

Conclusions. In the analyzed group of patients after pilonidal sinus surgery, histopathology examination did not show malignant transformation. As one of the causes of the results must take into account the short period between the onset of symptoms of inflammation and surgery. These observations require confirmation in a larger group of patients.

Key words: pilonidal sinus, carcinoma, inflammation process, natal cleft

WSTĘP

Zatoka włosowa jest przewlekłym stanem zapalnym występującym w szparze międzypośladowej (1). Zatoka włosowa jest chorobą występującą głównie u mężczyzn (80%) i dotyczy 1,1% męskiej populacji. W piśmiennictwie

pojawiają się doniesienia o transformacji długo trwającego procesu zapalnego w obrębie szpary międzypośladowej w proces nowotworowy (2, 3). W większości przypadków okres potrzebny do transformacji stanu zapalnego w guz nowotworowy wynosi od kilku do kilkudziesięciu lat (3).

CEL PRACY

Celem pracy była ocena częstości występowania transformacji nowotworowej u pacjentów z zatoką włosową.

MATERIAŁ I METODY

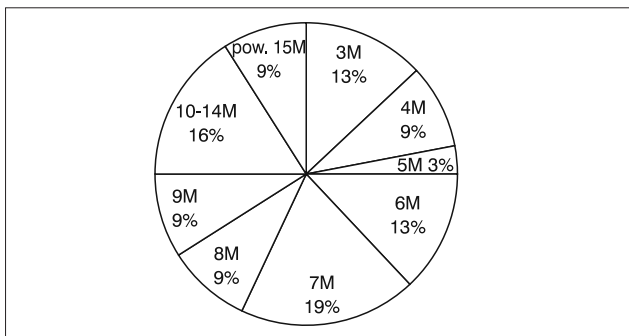
Badaniem zostało objętych 32 losowo wybranych chorych w wieku od 20 do 40 lat z zatoką włosową po leczeniu chirurgicznym przeprowadzonym w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi i Oddziale Chirurgii Onkologicznej Szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie w latach 2007-2013. Pacjenci byli operowani różnymi metodami: wycięcie zatoki włosowej z pierwotnym zamknięciem; proste wycięcie zatoki włosowej z zostawieniem rany do gojenia przez ziarninowanie; romboidalne wycięcie z plastyką uszypułowanym płatem Limberga z sąsiedztwa; wycięcie z plastyką uszypułowanym zmodyfikowanym płatem Limberga z sąsiedztwa i wycięcie z zastosowaniem Z-plastyki. Przeanalizowano wyniki histopatologiczne wyciętych preparatów torbieli włosowej. Na podstawie dokumentacji lekarskiej analizie poddano także czas trwania stanu zapalnego od pojawienia się objawów u chorego do momentu leczenia chirurgicznego.

WYNIKI

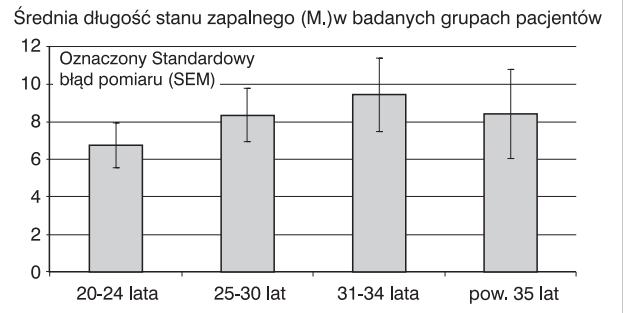
W badaniu uczestniczyło 32 mężczyzn w wieku od 20 do 40 lat. W badanej grupie u 32 mężczyzn stan zapalny w szparze międzypoślądkowej trwał od 3 miesięcy do 25 miesięcy (ryc. 1). Średnia długość stanu zapalnego w całej grupie wynosiła 8,28 miesięcy (ryc. 2). W badaniach histopatologicznych otrzymanych po radykalnym leczeniu zatoki włosowej – wycięciu z plastyką uszypułowanym płatem z sąsiedztwa – nie stwierdzono komórek nowotworowych. U żadnego z operowanych pacjentów w okresie obserwacji od 5 do 34 miesięcy nie stwierdzono nawrotu choroby.

OMÓWIENIE

W analizowanej grupie pacjentów u żadnego nie stwierdzono transformacji nowotworowej. Komentując tę obserwację, należy wziąć pod uwagę to, że chorzy w krótkim czasie od momentu pojawienia się objawów stanu zapalnego w szparze międzypoślądkowej zgłaszali się do leczenia



Ryc. 1. Wykres przedstawiający długość trwania stanu zapalnego w szparze międzypoślądkowej (M) oraz procentowy udział w badanej grupie mężczyzn.



Ryc. 2. Wykres przedstawiający średnią długość trwania stanu zapalnego w szparze międzypoślądkowej (M) w badanej grupie mężczyzn.

chirurgicznego. Średni okres trwania stanu zapalnego w szparze międzypoślądkowej w przeprowadzonym badaniu wynosił 8,28 miesięcy, gdzie na przykład w artykule Alarcona-Del Aquy i wsp. (4) średni czas transformacji zatoki włosowej w proces nowotworowy wynosił ponad 20 lat. Krótki okres między wystąpieniem objawów stanu zapalnego a leczeniem chirurgicznym miał wpływ na brak wystąpienia w badanej grupie procesu nowotworowego w szparze międzypoślądkowej.

Pierwszy raz transformacja zatoki włosowej w proces nowotworowy została opisana w roku 1900 przez doktora Wolfa u 21 letniej kobiety (5). Transformacja stanu zapalnego w proces nowotworowy występuje w około 0,1% zatok włosowych (6). Występuje głównie u mężczyzn (w 83%); średni czas trwania stanu zapalnego wynosi 20 lat, a średni wiek chorego z rozpoznaną transformacją nowotworową w zatoce włosowej to 52 lata (2). Uważa się, że sytuacjami sprzyjającymi transformacji w proces nowotworowy jest długo trwający stan zapalny w szparze międzypoślądkowej, blizny, owrzodzenia skóry i przetoki (7, 8).

Pod względem histopatologicznym najczęściej spotykany jest rak płaskonabłonkowy – w około 88% (2, 6). Rak podstawnokomórkowy obserwowany jest głównie w przypadkach krótkiego czasu trwania stanu zapalnego – do 3 lat (2). Opisano w piśmiennictwie także mieszane nowotwory złośliwe występujące jednocześnie w zatoce włosowej – rak płaskonabłonkowy z rakiem podstawnokomórkowym (2).

W przypadku podejrzenia transformacji zatoki włosowej w proces nowotworowy przed podjęciem leczenia, z guza powinno pobrać się wycinek do badania histopatologicznego. Ma to szczególne znaczenie w zaplanowaniu zarówno diagnostyki przedoperacyjnej, jak i w zaplanowaniu rozległości zabiegu operacyjnego – wykonaniu wycięcia zmiany nowotworowej z odpowiednimi marginesami tkanek zdrowych.

W sytuacji transformacji zatoki włosowej w proces nowotworowy, pacjent powinien przed zaplanowanym zabiegiem operacyjnym być zbadany per rectum i mieć wykonaną kolonoskopię (2, 7). Chory powinien mieć wykonaną diagnostykę obrazową miejsca operowanego w celu wykluczenia ewentualnego naciekania komórek nowotworowych na kość krzyżową, mesorectum czy tylną ścianę odbytnicy (7). Najlepszym badaniem do określenia stopnia zaawansowania procesu nowotworowego jest

rezonans magnetyczny (MRI). Oprócz wyżej wymienionego badania zaleca się wykonanie u chorego tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w celu wykluczenia ewentualnych przerzutów do innych narządów czy węzłów chłonnych.

W przypadku stwierdzenia w przedoperacyjnym badaniu histopatologicznym raka płaskonabłonkowego, margines wycięcia zmiany powinien wynosić minimum 10 mm, natomiast w przypadku raka podstawnokomórkowego margines ten powinien mieć minimum 5 mm. Wycięcie zmiany nowotworowej w jednym bloku powinno być wykonane łącznie z powięzią przedkrzyżową (8-10). Przynajmniej zabiegi operacyjne (*ang. whoop's operation; pol. operacja łupu-cupu*) w przypadku podejrzenia transformacji nowotworowej – tj. bez uprzedniej biopsji – nie powinny mieć miejsca i powinny być uznane za błąd w sztuce lekarskiej.

Uważa się, że leczenie chirurgiczne daje czas 5-letniego przeżycia wolnego od choroby u 61% pacjentów (2). Wznowy miejscowe po wycięciu miejscowym zmiany nowotworowej występują u 42% chorych i obserwowane były w pierwszym roku po zabiegu operacyjnym (2).

Profilaktyczne wycięcie regionalnych węzłów chłonnych nie jest zalecane (2). W artykule Pilipshena i wsp. (2) stwierdzono, że węzły chłonne były powiększone u 22% pacjentów z rakiem, ale tylko u 14% z nich stwierdzono w węzłach chłonnych komórki nowotworowe. Autorzy niniejszego artykułu uważają, że ze względu na toczący się długo stan zapalny w miejscu szpary międzypośladowej, węzły chłonne pachwinowe mogą być powiększone u większej grupy chorych, jednakże decyzja o limfadenektomii pachwinowej powinna być zawsze podjęta po wykonaniu wcześniejszej biopsji (cienko- lub gruboigłowej, chirurgicznej) powiększonych węzłów chłonnych.

W artykule Almeida-Concalvesa (11) przedstawiono możliwość leczenia zaawansowanego raka płaskonabłonkowego przy użyciu ciekłego azotu w dwóch cyklach – zamrażania i odmrażania. W leczeniu wzięto udział 7 mężczyzn w wieku od 30 do 75 lat (średnia wieku 54,4 lat). Po zastosowanym leczeniu jeden pacjent zmarł po 10 miesiącach od zakończenia leczenia z powodu przerzutów raka do innych narządów, jednakże wznowy miejscowej nie zaobserwowano. Drugi pacjent miał wznowę procesu nowotworowego po 8 latach od zakończenia leczenia, natomiast pozostałych 6 mężczyzn, którzy byli leczeni ciekłym azotem, jest w trakcie obserwacji i bez wznowy procesu nowotworowego (czas obserwacji od 7 do 18 lat). Almeida-Concalves uważa, że kriochirurgia „sterylizuje” komórki nowotworowe, ale także niszczy powięź przedkrzyżową bez uszkodzenia kości krzyżowej (11). Udowodniono, że kriochirurgia nie indukuje powstania nowych przerzutów do innych narządów czy lokalnych węzłów chłonnych (11).

Autorzy niniejszego artykułu uważają, że kriochirurgia może być alternatywą dla chorych, u których występują poważne obciążenia internistyczne, a przeprowadzenie dużego zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym wiąże się z dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych.

Radioterapia może być stosowana u chorych zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po zabiegu. Gil i wsp. (12) uważają, że radioterapia pozwala zmniejszyć ryzyko wystąpienia wznowy miejscowej po operacji do 30%.

Chemioterapia była zastosowana do tej pory u 7 chorych z transformacją zatoki włosowej w proces nowotworowy, ale wyniki leczenia ze względu na małą liczbę chorych nie są miarodajne (2, 12).

WNIOSKI

Pacjenci z zatoką włosową powinni być poinformowani przez personel medyczny o:

1. ryzyku rozwoju procesu nowotworowego w miejscu toczącego się stanu zapalnego,
2. jak najszybszej konieczności podjęcia radykalnego leczenia choroby w oddziale chirurgicznym specjalizującym się w leczeniu zatoki włosowej,
3. tym, że w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego w zatoce włosowej leczenie chirurgiczne powinno być szybko wdrożone, a zabieg chirurgiczny powinien polegać na wycięciu zmiany wraz z powięzią przedkrzyżową. □

Piśmiennictwo

1. Wroński K, Bocian R, Pakuła D: Chirurgiczne leczenie zatoki włosowej z zastosowaniem Z-plastyki – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Przegl Dermatol* 2010; 97: 329-334.
2. Pilipshen SJ, Gray G, Goldsmith E, Dineen P: Carcinoma arising in pilonidal sinuses. *Ann Surg* 1981; 193: 506-512.
3. Jamieson NV, Goode TB: Squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus presenting with the formation of an abscess. *Postgrad Med J* 1982; 58: 720-721.
4. Alarcon-Del-Aqua I, Bernardos-Gracia C, Bustos-Jimenez M et al.: malignant degeneration in pilonidal disease. *Cir Cir* 2011; 79(4): 346-350.
5. Wolff H: Carcinoma auf dem boden des dermoids. *Arch Klin Chir* 1900; 62: 731-738.
6. Lerner HJ, Deitrick G: Squamous cell carcinoma of the pilonidal sinus: report of a case and review of the literature. *J Surg Oncol* 1979; 11: 177-183.
7. Hoover EL, Marrero R, Bumpers H et al.: Surgical management of advanced squamous cell skin cancers. *J Natl Med Assoc* 1993; 85: 912-915.
8. Velitchklov N, Vezdarova M, Losanoff J et al.: A fatal case of carcinoma arising from a pilonidal sinus tract. *Ulster Med J* 2001; 70: 61-63.
9. Chatzis I, Noussios G, Katsourakis A, Chatzitheoklitos E: Squamous cell carcinoma related to long standing pilonidal disease. *Eur J Dermatol* 2009; 19: 408-409.
10. De martino C, Martino A, Cuccuru A et al.: Squamous-cell carcinoma and pilonidal sinus disease. Case report and review of literature. *Ann Ital Chir* 2011; 82: 511-514.
11. Almeida-Goncalves JC: A curvative cryosurgical technique for advanced cancer of sacrococcygeal pilonidal sinuses. *J Surg Oncol* 2012; 106: 504-508.
12. Gil A, Amondarain JA, Aribre X et al.: Squamous-cell carcinoma on pilonidal disease. *Kirurgia* 2006; 5: 1-4.

nadesłano: 21.05.2014
zaakceptowano do druku: 21.06.2014

Adres do korespondencji:
*Konrad Wroński
Katedra Onkologii
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
ul. Aleja Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn
tel.: +48 (89) 539-85-42
e-mail: konradwronski@wp.pl