

## Αντιμετώπιση Βασικοκυτταρικών Καρκινωμάτων Παρειάς και Μετώπου. Αναφορά Περίπτωσης.

Γαβριήλ Σ.<sup>1</sup>, Χούπης Κ.<sup>2</sup>, Μελακόπουλος Ι.<sup>3</sup>, Γκίκας Ι.<sup>4</sup>, Μποσινάκου Μ.<sup>5</sup>

Από τη Γναθοχειρουργική Κλινική του «Ιπποκράτειου» ΠΓΝΑ. (Διευθ.: Αμ. Επικ. Καθηγήτρια Μαρία Μποσινάκου).

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην εργασία αυτή παρουσιάζεται περίπτωση ασθενούς με βασικοκυτταρικό καρκίνωμα τόσο στην παρειά αριστερά όσο και στη μετωπιαία χώρα.

Για την αποκατάσταση του χειρουργικού ελλείμματος της παρειάς χρησιμοποιήθηκε ο περιστροφικός κρημνός τύπου Imre και για τη μετωπιαία χώρα ο αμφοτερόπλευρος περιστροφικός κρημνός.

Στη συζήτηση τονίζονται τα πλεονεκτήματα των κρημνών αυτών και ο τρόπος αποφυγής ενδεχόμενων επιπλοκών.

Γίνεται επίσης σύντομη ιστορική ανασκόπηση της εξέλιξης της πλαστικής χειρουργικής και αναφορά στους διάφορους κρημνούς που χρησιμοποιούνται για την αναπλήρωση ελλειμμάτων του προσώπου.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με δεδομένο το σπουδαίο ρόλο που διαδραματίζει το πρόσωπο στην καθημερινή μας ζωή και ψυχολογία αντιλαμβάνεται κανείς εύκολα ότι ο χειρουργός του προσώπου θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και εξοικειωμένος με τις διάφορες χειρουργικές τεχνικές τόσο της επανορθωτικής όσο και της αισθητικής χειρουργικής του προσώπου, ώστε να

επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατόν αποτέλεσμα από λειτουργικής και αισθητικής πλευράς και οι καταλειπόμενες ουλές να είναι λεπτές, καλλίγραμμες και κατά το δυνατόν αόρατες.

Τα περισσότερα ελλείμματα του δέρματος του προσώπου που προκύπτουν μετά από χειρουργικές εκτομές όγκων καλύπτονται συνήθως από τοπικούς κρημνούς. Γενικά οι τοπικοί κρημνοί πρέπει να αποτελούν την πρώτη επιλογή του χειρουργού, διότι συνήθως έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά του ελλείποντος δέρματος και παρέχουν καλά αισθητικά αποτελέσματα (Haas 1991, Domagus 1995).

Για την αποκατάσταση δερματικών ελλειμμάτων στην περιοχή του προσώπου έχει κατά καιρούς προταθεί ένας μεγάλος αριθμός τοπικών κρημνών ή παραλλαγές αυτών.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η περιγραφή της τεχνικής αφαίρεσης και αποκατάστασης των ελλειμμάτων, τα οποία δημιουργήθηκαν, μετά από την εκτομή βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων προσώπου στην περιοχή της παρειάς και της μετωπιαίας χώρας. Για την αποκατάσταση του ελλείμματος της παρειάς

Μέρος της εργασίας ανακοινώθηκε στο 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

1. Οδοντίατρος, ιατρός, Γναθοχειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν. Saar/Homburg Γερμανίας, επιμ. Β' ΕΣΥ, ΠΓΝΑ «Ιπποκράτειο».
2. Γναθοχειρουργός, MSc, επιμ. Β' ΕΣΥ, ΠΓΝΑ «Ιπποκράτειο».
3. Ειδικευόμενος Γναθοχειρουργός, ΠΓΝΑ «Ιπποκράτειο», Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Παν. Αθηνών.
4. Γναθοχειρουργός.
5. Αμ. Επικ. Καθηγήτρια, Διευθύντριας Γναθοχειρουργικής Κλινικής ΠΓΝΑ «Ιπποκράτειο».

**Λέξεις κλειδιά:** Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, παρειά, μέτωπο.



**Εικ. 1:** Το έλλειμα το οποίο δημιουργήθηκε μετά την εξαίρεση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος της παρειάς αριστερά.

χρησιμοποιήθηκε περιστροφικός κρημνός τύπου Imge και για την αποκατάσταση του ελλείμματος της μετωπιαίας χώρας αμφοτερόπλευρος περιστροφικός κρημνός.

### Παρουσίαση περίπτωσης

Ασθενής ηλικίας 83 ετών προσήλθε στην κλινική για την αντιμετώπιση δύο βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων, με εντόπιση στην άνω και έσω πλευρά του δέρματος της παρειάς αριστερά και στη μεσότητα περίπου της μετωπιαίας χώρας. Από το ατομικό ιστορικό και τη γενική κλινική εξέταση προέκυψε αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Μετά την ολοκλήρωση του προεγχειρητικού ελέγχου προγραμματίστηκε αφαίρεση των βλαβών και αποκατάσταση των δερματικών ελλειμμάτων υπό γενική αναισθησία.

Κατ' αρχήν σχεδιάστηκαν με κυανούν του μεθυλενίου τα όρια εκτομής του βασικοκυτταρικού καρκινώ-



**Εικ. 2:** Τα χειρουργικά παρασκευάσματα μετά την αφαίρεση των βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων της παρειάς και του μετώπου.

ματος της παρειάς, με ένα όριο ασφαλείας 1 cm περιφερικά της βλάβης. Μετά την αφαίρεση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος της παρειάς και την απάντηση της ταχυβιοψίας για τα όρια καθαρότητας εκτομής του όγκου, δημιουργήθηκε περιστροφικός κρημνός τύπου Imge για την κάλυψη του παρειακού ελλείμματος (Εικ. 1,2).

Για την ανάπτυξη του κρημνού αυτού γίνεται τομή του δέρματος της παρειάς κατά μήκος της ρινοχειλικής αύλακος, και σε βάθος τόσο ώστε να περιλαμβάνει το δέρμα και λεπτό στρώμα υποδορίου λίπους, εν συνεχεία γίνεται η κινητοποίηση του κρημνού, κατά τρόπο που να εξασφαλίζεται η χωρίς τάση κάλυψη του ελλείμματος (Εικ. 3, 4). Προκειμένου να αποφευχθεί η δημιουργία αιματώματος διενεργήθηκε επιμελής αιμόσταση. Για την καθήλωση του κρημνού και τον περιορισμό του κινδύνου να εμφανιστεί ως μετεγχειρητική επιπλοκή εκτρόπιο του κάτω βλεφάρου τοποθετήθηκε ένα ράμμα τύπου Vicryl 3-0 μεταξύ του περισστέου του υποκειμένου οστού, στο ακραίο και προς τη ρίνα σημείο του ελλείμματος και του χορίου του κρημνού (Haas 1991). Ακολούθησε η συρραφή του τραύματος με υποδόρια ράμματα Vicryl 4-0 rapid και δερματικά ράμματα Nylon 5-0. Στα σημεία στροφής του κρημνού τόσο στην περιοχή της ρινοχειλικής αύλακος όσο και στην υποκόγχυη περιοχή προέκυψε αναδιπλασιασμός του δέρματος (dog ear), ο οποίος διορθώθηκε (Εικ. 5).

Ακολούθως σχεδιάστηκαν με κυανούν του μεθυλενίου τα όρια εκτομής του βασικοκυτταρικού καρκινώματος του μετώπου με ένα όριο ασφαλείας



**Εικ. 3:** Σχηματική απεικόνιση του περιστροφικού κρημού τύπου Imre. Σχήμα τροποποιημένο από το βιβλίο *Local Flaps in Head and Neck Reconstruction I*. Jackson. The C.V. Mosby Company, St-Louis - Toronto - Princeton 1985.



**Εικ. 4:** Σχηματική απεικόνιση των αμφοτερόπλευρων περιστροφικών κρημών, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν για την κάλυψη του ελλείμματος της μετωπιαίας χώρας. (Σχήμα τροποποιημένο από το βιβλίο *Local Flaps in Head and Neck Reconstruction I*. Jackson. The C.V. Mosby Company, St-Louis-Toronto-Princeton 1985).

επίσης 1cm περιφερικά της βλάβης, η εκτομή περιέλαβε και το υποκείμενο περίοστεο (Εικ. 2, 6). Για την



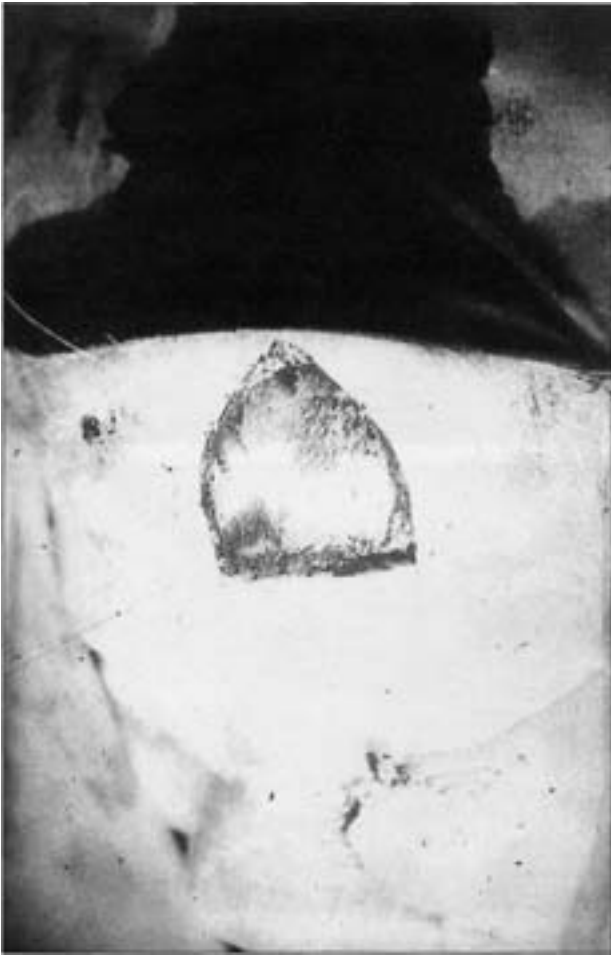
**Εικ. 5:** Η ασθενής άμεσα μετεγχειρητικά.

αποκατάσταση του τριγωνικού ελλείμματος, το οποίο προέκυψε στη μετωπιαία χώρα χρησιμοποιήθηκαν αμφοτερόπλευροι περιστροφικοί κρημοί στα πλαίσια ανεστραμμένου T πλαστικής. Οι κρημοί οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν περιέλαβαν και την κρανιακή απονεύρωση (Εικ. 7, 8, 9, 5).

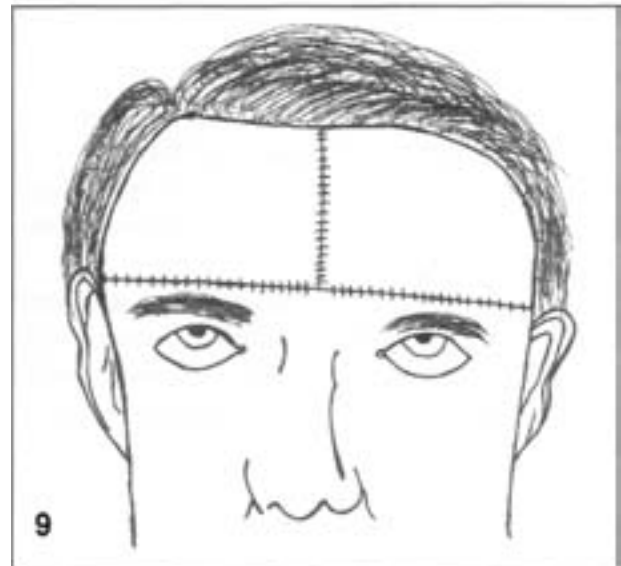
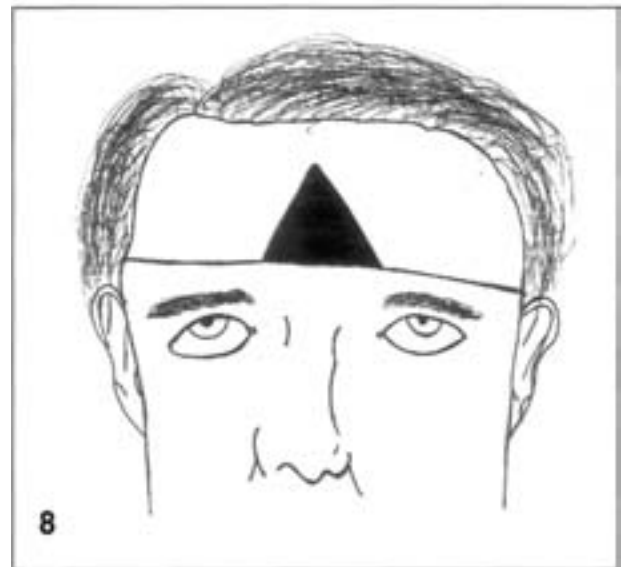
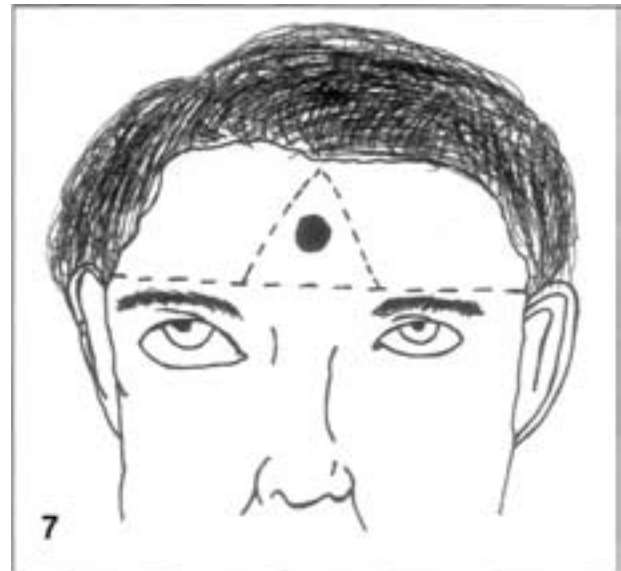
Η χωρίς τάση συρραφή των κρημών και ο περιορισμός του κινδύνου νέκρωσης τους, επιτεύχθηκε με ευρεία κινητοποίηση των κρημών και πολλαπλές διατομές της επικράνιας απονεύρωσης κάθετα προς τη φορά περιστροφής (Εικ. 10).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πλαστική και επανορθωτική χειρουργική είναι μία από τις παλαιότερες χειρουργικές ειδικότητες. Όπως προκύπτει από αιγυπτιακά ιερογλυφικά και αρχαίους ινδικούς πάπυρους έγινε από πολύ παλιά



Εικ. 6: Το έλλειμμα το οποίο δημιουργήθηκε μετά την αφαίρεση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος του μετώπου.



Εικ. 7, 8, 9: Σχηματική απεικόνιση των αμφοτερόπλευρων περιστροφικών κρημνών, οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν για την κάλυψη του ελλείμματος της μετωπιαίας χώρας. (Σχήμα τροποποιημένο από το βιβλίο Local Flaps in Head and Neck Reconstruction I. Jackson. The C.V. Mosby Company, St-Louis-Toronto-Princeton 1985).

ήδη προσπάθεια αποκατάστασης ελλειπόντων μελών (μύτη, ότα, χείλη κλπ) από κώμη ή ακόμη και χειρουργικά (Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991).

Η αποκατάσταση της ρινός με δέρμα από τη μετωπιαία χώρα σε άτομα, τα οποία είχαν κατηγορηθεί



**Εικ.10:** Σχηματική απεικόνιση της διατομής της επικράνιας απονεύρωσης. (Σχήμα τροποποιημένο από το βιβλίο *Local Flaps in Head and Neck Reconstruction I*. Jackson. The C.V. Mosby Company, St-Louis-Toronto-Princeton 1985).

για κλοπή και είχαν υποστεί ως τιμωρία ακρωτηριασμό της ρινός περιγράφεται με ακρετές λεπτομέρειες από τον καθηγητή Sushruta του Παν/μίου του Benares σε πάπυρους του 6ου και 5ου αιώνα π.Χ. (Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991).

Η ινδική μέθοδος αποκατάστασης της ρινός έγινε γνωστή στην Ευρώπη το 1442 από τον Branca από την Κατάνια - Σικελίας, ο γιος του οποίου ο Antonio πρέπει να ήταν ο πρώτος, ο οποίος χρησιμοποίησε στην Ευρώπη δερματικό κρημό από τον βραχίονα για την αποκατάσταση της ρινός (Haas 1991).

Λίγο αργότερα ο Tagliacozzi (1546-1599) καθηγητής της Ανατομίας στο Παν/μιο της Bologna τελειοποιεί τη μέθοδο αποκατάστασης της ρινός με δερματικό κρημό ληφθέντα από τον βραχίονα (Haas 1991).

Ο Tagliacozzi αφορίστηκε από την καθολική εκκλησία για την αντικείμενη στους θρησκευτικούς κανόνες της εποχής εκείνης, χειρουργική του «ιδιοτροπία» να μεταφέρει τα μέρη του σώματος από τη θέση που τα είχε τοποθετήσει ο δημιουργός σε κάποια άλλη όταν έπρεπε να καλύψει κάποιο έλλειμα. Με το θάνατο του Tagliacozzi αρχίζει η παρακμή της πλαστικής χειρουργικής όχι μόνο στην Ιταλία



**Εικ. 11, 12, 13:** Η ασθενής απότερα μετεγχειρητικά.

αλλά και σε ολόκληρη την Ευρώπη (Ιωάννοβιτς 1990). Η πλαστική χειρουργική έρχεται εκ νέου στο προσκήνιο στις αρχές του 19ου αιώνα με τον Graefe, τον E. Zeiss και κυρίως τον Diffenbach στην Γερμανία. Το 1829 ο Diffenbach περιγράφει στο βιβλίο του

διάφορες μεθόδους αποκατάστασης ελλειμμάτων και συγγενών ανωμαλιών, γι' αυτό και δίκαια αναγνωρίζεται σήμερα σαν ένας από τους θεμελιωτές της ειδικότητας αυτής (Ιωάννοβιτς 1990, Schultheiss και συν. 1998).

Από τα μέσα του 19ου αιώνα περιγράφονται ήδη πολλές μέθοδοι αποκατάστασης συγγενών ή επίκτητων ανωμαλιών από επιστήμονες στη Γαλλία και τη Γερμανία (Dupuytren, Serre, Reverdin, Thiersch). Οι εργασίες αυτές αποτελούν και σήμερα σταθμούς στην εξέλιξη της ειδικότητας της πλαστικής χειρουργικής.

Έκτοτε ειδικά για την περιοχή του προσώπου έχουν προταθεί από διάφορους επιστήμονες μία πληθώρα τεχνικών και τροποποιήσεων για την αποκατάσταση ελλειμμάτων που προκύπτουν μετά από τραυματισμούς ή αφαίρεση κακοηθών κυρίως όγκων.

Ελλείμματα μαλακών μορίων της παρειάς εξ' αιτίας της ελαστικότητας του δέρματος της περιοχής ειδικά σε ηλικιωμένα άτομα αποκαθίστανται σχετικά εύκολα είτε με την κινητοποίηση των χειλέων του τραύματος είτε με την ανάπτυξη διαφόρων κρημνών.

Για την αποκατάσταση ελλειμμάτων της παρειάς έχουν κατά καιρούς προταθεί διάφοροι κρημνοί, όπως ο νησιδωτός κρημνός, ο οποίος πρωτοπαρουσιάστηκε το 1887 από τον Gersuny και μελετήθηκε διεξοδικότερα από τους Bagron και Emmet το 1965. Οι Λαζαρίδης και συν. (1988) καθώς και οι Σκούτερης και συν. (1994) έχουν επίσης αναφέρει καλά αποτελέσματα με τη χρήση αυτού του κρημνού για την κάλυψη παραρινικών ελλειμμάτων μετά από αφαίρεση βασικοκυτταρικών καρκινωμάτων.

Ο παρειακός περιστροφικός κρημνός κατά Esser (1918) χρησιμοποιείται επίσης ευρέως για την κάλυψη παρειακών ελλειμμάτων με πολύ καλά αποτελέσματα, όπως και ο κρημνός τύπου Limberg οι διάφοροι διφυλλωτοί ή τριφυλλωτοί κρημνοί κατά Weerde.

Για την αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων της παρειάς μπορεί να χρησιμοποιηθεί δερματικός κρημνός από τον τράχηλο, ο θωρακοδελτοειδής κρημνός κατά Bakamjian, ο μυοδερματικός κρημνός του μείζονος θωρακικού μυός, ελεύθεροι κρημνοί κλπ.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα βασικοκυτταρικά καρκινώματα ανάλογα με τον τύπο τους και ανάλογα με το αν πρόκειται για πρώτη εκτομή ή για υποτροπή θα

πρέπει να εξαιρούνται με ένα όριο ασφαλείας 0,5-1,5 cm περιφερικά της βλάβης (Lore 1988, Αρώνης και Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991, Domarus 1995).

Στην ασθενή για την αποκατάσταση του ελλείμματος, το οποίο προέκυψε μετά από την αφαίρεση του βασικοκυτταρικού καρκινώματος της παρειάς χρησιμοποιήθηκε περιστροφικός κρημνός τύπου Imre (Εικ. 3, 4, 5). Ο κρημνός αυτός περιγράφεται για πρώτη φορά από το Γερμανό Οφθαλμίατρο Imre το 1943 και χρησιμοποιείται για την κάλυψη ελλειμμάτων παραρινικής χώρας (Schwenzer 1990). Παρέχει πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα αφού η γραμμή συρραφής του τραύματος συμπίπτει με τη ρινοχειλική αύλακα και κάποια υποκόγχια πτυχή ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς, αποτελεί δε έναν ασφαλή και γρήγορο στην παρασκευή κρημνό. Σα μειονεκτήματα του κρημνού αναφέρονται ο κίνδυνος εμφάνισης εκτροπίου και λεμφοειδήματος του κάτω βλεφάρου (Jackson 1985). Πιστεύουμε ότι η επαρκής κινητοποίηση του κρημνού και η καθήλωση του στο υποκείμενο περίοστεο περιορίζει κατά πολύ τον κίνδυνο εμφάνισης εκτροπίου (Haas 1991). Για την ανάπτυξη του εν λόγω κρημνού κινητοποιείται μαζί με το δέρμα και λεπτό μόνο στρώμα υποδορίου λίπους χωρίς τον κίνδυνο νέκρωσης, διότι στην περιοχή του προσώπου εν αντιθέσει με άλλες περιοχές αρκεί να κινητοποιείται μαζί με το δέρμα λεπτό στρώμα υποδορίου λίπου αφού η καλή αιμάτωση των κρημνών εξασφαλίζεται από την αγγειοβρίθεια της περιοχής και ιδιαίτερα από το πλούσιο υποδερματικό αγγειακό δίκτυο (Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991, Domarus 1995).

Προκειμένου για τη μετωπιαία χώρα και με δεδομένη την μικρή ελαστικότητα του δέρματος του μετώπου ως και τη γειτνίαση του με το τριχωτό της κεφαλής και τους οφρύεις η αποκατάσταση διαφόρων ελλειμμάτων των μαλακών μορίων της μετωπιαίας χώρας δεν είναι πάντα εύκολη.

Κατά την αποκατάσταση ελλειμμάτων της μετωπιαίας χώρας θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν η διατήρηση της συμμετρίας των οφρύων, η διατήρηση της μιμικής λειτουργίας και οι δυναμικές γραμμές του δέρματος του μετώπου.

Μικρά ελλείμματα της μεσότητας της μετωπιαίας χώρας, τα οποία δεν υπερβαίνουν σε πλάτος τα 3 cm είναι δυνατόν να συγκλειστούν χωρίς τη δημιουργία

κρημνών με την κινητοποίηση των χειλέων του τραύματος. Το αυτό ισχύει και για ελλείμματα της υπεροφρύου χώρας μέχρι πλάτους 1,5-2 cm (Haas 1991).

Για τη διευκόλυνση της σύγκλεισης του τραύματος χωρίς τάση μπορούμε να κάνουμε πολλαπλές παράλληλες με τα χείλη του τραύματος απελευθερωτικές τομές της επικράνιας απονεύρωσης (Εικ. 10).

Μεγαλύτερα ελλείμματα δέρματος της μετωπιαίας χώρας απαιτούν τη χρησιμοποίηση κρημνών, έκτατων δέρματος ή ελευθέρων δερματικών μοσχευμάτων.

Για την αποκατάσταση δερματικών ελλειμμάτων της μετωπιαίας χώρας μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφοροι περιστροφικοί και ολισθητικοί κρημνοί. Οι κρημνοί, οι οποίοι αναπτύσσονται στην περιοχή του τριχωτού της κεφαλής και του μετώπου πρέπει να περιλαμβάνουν και την κρανιακή απονεύρωση (Jackson 1985, Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991, Domagus 1995).

Πολύ καλά αποτελέσματα επιτυγχάνονται και με τη χρήση ελευθέρων δερματικών μοσχευμάτων ολικού πάχους αφού εύκολα εξασφαλίζεται σχεδόν πλήρης «ακίνητοποίηση» του μοσχεύματος επί της δέκτης θέσης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρησιμοποίηση ελευθέρου δερματικού μοσχεύματος για την κάλυψη ελλειμμάτων στην περιοχή της μετωπιαίας χώρας αποτελεί η παραμονή του περισσέτου επί του οστού στην περιοχή του ελλείμματος, σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να αφαιρεθεί με εγγλυφίδα οστού η φλοιώδης μοίρα του οστού στην περιοχή του ελλείμματος, προκειμένου να επιτευχθεί η αιμάτωση του μοσχεύματος με τη δημιουργία νεόπλαστων τριχοειδών (Haas 1991). Ως λήπτρια θέση για τη λήψη του δερματικού μοσχεύματος χρησιμοποιείται συνήθως η οπισθοωτιαία, η υπερκλειδίος, η βουβωνική χώρα κλπ.

Στην ασθενή μας για την αποκατάσταση του τριγωνικού ελλείμματος μαλακών μοριών της μεσότητας περίπου της μετωπιαίας χώρας, το οποίο προέκυψε μετά την αφαίρεση βασικοκυτταρικού καρκινώματος χρησιμοποιήσαμε αμφοτερόπλευρους περιστροφικούς κρημούς μέσα στα πλαίσια ανεστραμμένου Τ πλαστικής (Εικ. 7, 8, 9, 5).

Πιστεύουμε ότι πρόκειται για μία τεχνική, η οποία παρέχει καλά αποτελέσματα, ενέχει όμως τον κίνδυνο νέκρωσης των κρημνών αν η συρραφή γίνει

υπό τάση (Jackson 1985). Για τη χωρίς τάση συρραφή των κρημνών βοηθάει αφ' ενός μεν η καλή κινητοποίηση των κρημνών μας αφ' ετέρου δε οι πολλαπλές κάθετες προς την φορά περιστροφής απελευθερωτικές τομές της επικράνιας απονεύρωσης. Οι διατομές της επικράνιας απονεύρωσης αυξάνουν την ελαστικότητα του κρημνού, πρέπει όμως να γίνονται με μεγάλη προσοχή και να αφορούν μόνο την απονεύρωση ώστε να μη τίθεται σε κίνδυνο το υποδερματικό αγγειακό δίκτυο και κατ' επέκταση η αιμάτωση του κρημνού (Jackson 1985, Ιωάννοβιτς 1990, Haas 1991, Domagus 1995).

Εάν παρ' όλη την ευρεία κινητοποίηση των κρημνών και τις απελευθερωτικές τομές της επικράνιας απονεύρωσης δεν μπορεί να επιτευχθεί η χωρίς τάση κάλυψη του ελλείμματος, πιστεύουμε ότι είναι προτιμότερο ένα μικρό υπολειπόμενο έλλειμμα να καλυφθεί με ελεύθερο δερματικό μόσχευμα ή να μείνει «ανοικτό» για κατά δεύτερο σκοπό επούλωση και έτσι να αποφευχθεί ο κίνδυνος νέκρωσης των κρημνών.

Στην ασθενή μας με την ευρεία κινητοποίηση των κρημνών και τις πολλαπλές απελευθερωτικές τομές της επικράνιας απονεύρωσης κατέστη δυνατή η χωρίς τάση συρραφή του εγχειρητικού τραύματος. Η μετεγχειρητική πορεία της ασθενούς, με εξαίρεση μια ήπια μετεχειρητική ψύχωση που εμφάνισε την ημέρα του χειρουργείου, υπήρξε καλή και τα αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα κρίθηκαν ικανοποιητικά (Εικ. 11, 12, 13).

*Hellenic Arch Oral Maxillofac Surg 4(2): ?? - ??, 2003.*

## SUMMARY

### **Management of Basal cell Carcinomas of cheek and frontal region. Report of a case.**

Gavriil S.<sup>1</sup>, Hoopis K.<sup>2</sup>, Melacopoulos I.<sup>3</sup>, Gikas I.<sup>4</sup>, Bosinakou M.<sup>5</sup>

*Department of Oral and Maxillofacial surgery, Ippokraton General Hospital (Director: Dr. M. Bosinakou).*

*A case of basal cell carcinoma of the left cheek and forehead area is presented.*

*An Imre rotating flap was used for the reconstruction of the surgical defect of the cheek and*

*a bilateral rotating flap for the reconstruction of the forehead defect.*

*The advantages of these flaps and the way of avoiding possible complications are discussed.*

*The development of plastic surgery is reviewed and the use of different flaps for the reconstruction of facial defects is discussed.*

1. Registrar

2. Registrar

3. Resident in OMS

4. Oral and Maxillofacial Surgeon

5. Director of the Department

**Key words:** Basal cell carcinoma, cheek, forehead.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αρώνη Κ, και Ιωάννοβιτς Ι: Όγκοι του Δέρματος και του Υποδορίου-Καρκινώματα της Επιδερμίδας. Εισ: Ιωάννοβιτς Δ. Ιωάννη: Πλαστική Χειρουργική. Ιατρικές εκδόσεις Δίτσα Αθήνα 1990, pp 309-321.

Domarus H: Tumoreroperationen des Gesichtes und der Kopfhaut. In: Hausamen J-E, Machtens E und Reuther J: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, dritte Auflage. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 1995 pp. 444-473.

Haas E: Plastische Gesichtschirurgie, Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York 1991, pp. 33-65.

Jackson I: Local Flaps in Head and Neck Reconstruction. The C.V. Mosby Company, St. Louis - Toronto - Princeton 1985, pp. 48-59, 226-228.

Ιωάννοβιτς Ι: Πλαστική Χειρουργική, Ιατρικές εκδόσεις Δίτσα, Αθήνα 1990, σελ. 1-5, 147-160.

Λαζαρίδης Ν, Καρακάσης Δ: Παρειαιικός νησιδωτός κρημνός. Ελληνικό Περιοδικό Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής 3: 119-123, 1988.

Lore J: An Atlas of Head and Neck Surgery. W.B. Saunders Company 1988, pp. 288.

Schultheiss D, Knoner W, Kramer F-J, Jonas U: Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847) als Begründer der Plastischen Chirurgie. Sein Beitrag zur Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie 2: 309-315, 1998.

Schwenzer N: Plastische und wiederherstellende Mund-Kiefer-gesichts-Chirurgie. In: Norbert Schwenzer und Grimm Gerhard: Zahn-Mund-Kiefer-Heilkunde, Spezielle Chirurgie, Band 2. Georg Thieme Verlag, Stuttgart - New York 1990, pp. 687-690.

Σκουτέρης Χ, Κονσολάκη Ε, Μαστοράκης Γ, Λογοθέτης Ι, Χατζημανώλης Π: Ο κάθετα μετακινούμενος τριγωνικός κρημνός της ρινοχειλικής περιοχής. Ελλ Π Στομ Γναθοπροσωπικής Χειρ 9: 147-149, 1994.

**Διεύθυνση για ανάπτυξη:**

Σ. Γαβριήλ

Γναθοχειρουργικό Τμήμα

ΠΓΝΑ Ιπποκράτειο

Αθήνα