

Guzy powiek

CENTRUM MEDYCZNE ORBITA

ul. Mińska 25A, lok. U10
03-808 Warszawa
tel. +48 22 847 44 50

kontakt@centrummedyczneorbita.pl
www.centrummedyczneorbita.pl

Aparat ochronny oczu jest punktem wyjścia blisko trzystu różnego rodzaju zmian nowotworowych. W Polsce według wskaźników zachorowalności na guzy powiek choruje 1,5 mln pacjentów. Powieki mogą być dotknięte zarówno łagodnymi, jak i złośliwymi zmianami nowotworowymi, z których większość jest powszechna również w innych częściach ciała. Trzeba jednak zaznaczyć, że zmiany na powiece często różnią się charakterem, wyglądem i zachowaniem ze względu na wyjątkowe cechy skóry powieki. Jest ona bowiem bardzo cienka, pozbawiona tkanki podskórnej i bogata w naczynia krwionośne. Ze względu na potencjalne zagrożenia dla gałki ocznej ważne jest, żeby szybko i skutecznie dokonać prawidłowego rozpoznania. Charakter guza determinuje postępowanie terapeutyczne. W leczeniu możemy zastosować: chirurgiczne wycięcie zmiany, 5% imiquimod, krioterapię, radioterapię, 5-fluorouracyl, vismodegib, terapię fotodynamiczną. Im wcześniej zaczniemy terapię, tym szanse na pełne wyleczenie są większe.

Spis treści

	<i>strona</i>
1. Czy każda zmiana powieki to nowotwór?	3
2. Jakie zmiany na powiekach powinny mnie zaniepokoić?	4
3. Co to jest biopsja?	5
4. Rak podstwnokomórkowy skóry powiek – co to za nowotwór?	6
5. Co to znaczy, że nowotwór jest „złośliwy miejscowo”?	7
6. Na czym polega leczenie łagodnych guzów powiek?	7
7. Na czym polega leczenie złośliwych guzów powiek?	8

	<i>strona</i>
8. Na czym polega rekonstrukcja powieki?	9
9. Jak przebiega okres rekonwalescencji po leczeniu operacyjnym nowotworów powiek?	10
10. Czy możliwe jest całkowite wyleczenie? Co oznacza wznowa procesu nowotworowego?	11
11. O czym należy pamiętać po leczeniu nowotworów powiek?	11
12. Co robić, aby uniknąć zachorowania na nowotwory skóry?	12

1.

CZY KAŻDA ZMIANA POWIEKI TO NOWOTWÓR?

Nie każdy guz czy guzek to zmiana nowotworowa lub rak. Guz bowiem to masa tkankowa, której powstanie może być wywołane stanem zapalnym, powiększeniem torbielowatym lub **właśnie** transformacją nowotworową. Tak więc nie każdy guz jest nowotworem.

Guzy, również te dotyczące powiek, mogą mieć naturę łagodną lub złośliwą. Niezmiernie ważne jest rozróżnienie tych stanów chorobowych i właściwe ich leczenie.

Guzy powiek możemy podzielić na dwie podstawowe grupy: **łagodne** i **złośliwe**.

Łagodne zmian powiek:

Brodawki łojotokowe (rogowacenie łojotokowe) występujące bardzo często zwłaszcza u osób w średnim lub starszym wieku. Zmiany te mają bardzo różny wygląd i kształt. Zazwyczaj przybierają formę płaskich, gładkich, tłustych i wypukłych grudek o różnym kolorze, którym towarzyszy różnego stopnia rogowacenie. Niejednokrotnie przybierają jednak postać uszypułowanych guzków, niekiedy zaś mogą mieć budowę zrazikową (tj. złożoną z mniejszych elementów) i brodawkowatą powierzchnię. Zmiany te powstają na skutek namnażania się komórek naskórka. Przyczyna ich powstawania nie jest znana. Częściej występują na skórze wystawionej na działanie promieniowania UV.

Brodawki pospolite (verruca vulgaris) będące zmianami wywoływanymi przez wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) typ 6 lub 11. W obrębie skóry powiek występuje stosunkowo rzadko. Są to produkujące nadmierną ilość keratyny (hiperkeratotyczne) grudki o szorstkiej, nierównej powierzchni.

Gradówka, czyli torbiel gruczołu łojowego Meiboma. Jest to schorzenie spowodowane zablokowaniem ujścia gruczołu tarczowego. Szczególnie podatne na rozwój tej choroby są osoby z trądzikiem różowatym i łojotokowym zapaleniem skóry. Po zablokowaniu ujścia dochodzi do procesu namnażania się bakterii wewnątrz gruczołu i rozwoju ropnia wewnątrz powieki. Na początku rozwoju gradówki występuje uwypuklenie miejscowe powieki w formie niebolesnego guzka. Często jednak rozwija się bakteryjne zapalenie wewnątrz gruczołu, pojawia się bolesność, obrzęk powieki – tworzy się **jęczmień wewnętrzny**.

Jęczmień zewnętrzny – ostre, ropne, gronkowcowe zapalenie w obrębie gruczołów mieszków włosowych. Często towarzyszy przewlekłemu gronkowcowemu zapaleniu brzegów powiek. Objawia się bolesnym obrzękiem zapalnym brzegu powieki, po zewnętrznej stronie powieki.

Torbiel gruczołu Molla będącą małą, okrągłą, niebolesną i wypełnioną przezroczystym płynem torbielą zlokalizowaną na przednim brzegu powieki.

Torbiel gruczołu Zeisa podobna do ww. lecz zawierająca mętną, oleistą treść.

Torbiel gruczołu łojowego – powstająca z gruczołów łojowych produkujących serowatą treść, najczęściej w kącie przyśrodkowym powieki.

Prosaki – drobne, białe i okrągłe torbiele. Zazwyczaj występują one w większej ilości. Pochodzą z mieszków włosowych lub gruczołów łojowych.

Kępki żółte będące żółtawymi podskórnymi płytkami zbudowanymi z cholesterolu i tłuszczu.

Złośliwe guzy powiek:

Złośliwe guzy skóry powiek stanowią 5-10% wszystkich złośliwych nowotworów skóry. Są to w przeważającej większości: rak podstawnokomórkowy, rak koleczystokomórkowy i czerniak.

Rak podstawnokomórkowy jest najczęstszym guzem złośliwym u ludzi. W 90% umiejscowiony jest na skórze głowy i szyi. Stanowi 90% wszystkich złośliwych guzów powiek. Rośnie powoli, nacieka miejscowo i nie daje przerzutów. Zazwyczaj występuje u osób dorosłych w późniejszym wieku.

Rak koleczystokomórkowy jest nowotworem bardziej złośliwym od raka podstawnokomórkowego. Może dawać przerzuty. We wczesnych stadiach rak koleczystokomórkowy rośnie jako twardy guzek lub plama o szorstkiej, łuskowatej powierzchni, na której w późniejszej fazie powstają owrzodzenia i szczeliny.

Rak gruczołu łojowego – nowotwór wywodzący się z gruczołów Meiboma. Najczęściej obejmuje on powiekę górną. Rozpoznanie tego raka jest trudne, gdyż w po-

czątkowym stadium przypomina nawracającą gradówkę czy przewlekłe zapalenie spojówek. W wyniku opóźnionego leczenia śmiertelność wynosi 10%. Guz daje przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych, płuc, wątroby i mózgu.

Charakterystyczny obraz kliniczny wyżej wymienionych zmian, w większości przypadków, pozwala na postawienie właściwego rozpoznania oraz różnicowanie jedynie w oparciu o wynik badania przedmiotowego oraz informacje zawarte w wywiadzie.

2.

KIEDY ZMIANY NA POWIEKACH POWINNY MNIE ZANIEPOKOIĆ?

Pojawienie się jakichkolwiek guzów na powiekach powinno skłonić do wizyty u okulisty w celu ustalenia diagnozy i podjęcia odpowiedniego postępowania. Wczesne rozpoznanie i właściwe leczenie pozwala na osiągnięcie bardzo dobrego rezultatu kosmetycznego i zapobiega oszpecającemu zniekształceniu powiek i twarzy.

Objawy sugerujące ryzyko transformacji nowotworowej łagodnego guza powiek obejmują:

- » powiększanie się zmiany,
- » asymetria lub nieregularny kształt,
- » nieregularne zabarwienie,

- » krwawienie,
- » owrzodzenie,
- » uniesienie brzegów przypominające wyglądem masę perłową,
- » wydobywanie się wydzieliny z guza,
- » obecność drobnych naczyń w obrębie guza,
- » uszkodzenie przez guz brzegu powieki,
- » utrata rzęs w okolicy guza.

Nie wolno także lekceważyć zmian nawracających w miejscu, w którym już było przeprowadzone leczenie.

3.

CO TO JEST BIOPSJA?

W większości przypadków zmian powiek rozpoznanie zostaje ustalone na podstawie charakterystycznego obrazu klinicznego guza. Wstępne rozpoznanie przeprowadza się przy użyciu lampy szczelinowej. Niejednokrotnie badanie kliniczne nie wystarcza do postawienia ostatecznej diagnozy, gdyż często zmiany skórne mają podobny wygląd makroskopowy, mimo różnej budowy histopatologicznej. Z tego względu, do postawienia właściwego rozpoznania, wykonuje się biopsję podejrzaną zmianę. Biopsja jest specjalistyczną metodą diagnostyczną, która służy do pobrania materiału tkankowego ze zmian podejrzanych o proces chorobowy czy nowotworzenie. Oceny pobranych komórek i struktury tkanek dokonuje lekarz specjalista patomorfolog, korzystając z mikroskopu świetlnego.

W przypadku zmian powiek najczęściej wykonujemy:

- » biopsję z całkowitym wycięciem zmiany – daje odpowiedź na pytanie o charakter guza i jednocześnie zapewnia usunięcie komórek nowotworowych. Typowo kwalifikują się do niej małe guzy umiejscowione daleko od punktu łzowego, guzy kąta zewnętrznej, guzy nieobejmujące brzegu powiek lub położone w ich centrum. Jednak niejednokrotnie chirurdzy, chcąc oszczędzić pacjentowi dodatkowego zabiegu oraz związanych z nim stresów i niedogodności, podejmują się wycięcia za jednym razem także bardziej skomplikowanych guzów.
- » biopsję diagnostyczną – jest niezbędna do ustalenia ostatecznego rozpoznania i zaplanowania leczenia. Na ten rodzaj badania zwykle decydujemy się w przypadku rozległych zmian powiek. Biopsja diagnostyczna polega na pobraniu jedynie fragmentu zmiany. Należy ją pobierać z reprezentatywnego jej obszaru, musi ona również zawierać zdrowe brzegi, być wystarczająco duża, aby możliwe było badanie histopatologiczne.

Biopsja jest procedurą wykonywaną w znieczuleniu miejscowym, trwa kilka minut i nie wymaga od Pacjenta specjalnego przygotowania (poza ewentualnym odstawieniem leków rozrzedzających krew).

4.

RAK PODSTWOKOMÓRKOWY SKÓRY POWIEK - CO TO ZA NOWOTWÓR?

Rak podstawnocomórkowy (*Basal Cell Carcinoma*, BCC), potocznie zwany nabłoniakiem, to najczęściej występujący nowotwór złośliwy skóry na świecie. W krajach naszej szerokości geograficznej choroba występuje u około 300 na 100 000 ludzi. Częstość występowania znacznie wzrasta w obszarach o cieplejszym, bardziej nasłonecznionym klimacie jak Afryka czy Australia osiągając częstość występowania 850 na 100 000 osób. 90% wszystkich raków podstawnocomórkowych występuje na skórze twarzy, a aż 10 % dotyczy okolicy oka. Rak podstawnocomórkowy skóry powiek to najczęstszy nowotwór złośliwy powiek (stanowi aż 90 % wszystkich nowotworów złośliwych powiek). Najczęściej zlokalizowany jest on w obrębie powieki dolnej oraz kąta przyśrodkowego, rzadziej występuje w obszarze powieki górnej oraz bocznego kąta oka. W równym stopniu dotyka kobiet i mężczyzn, najczęściej pomiędzy 50 a 80 r.ż., jedynie 5-15 % chorych stanowią osoby młode pomiędzy 20 a 40 r.ż. Obecnie obserwuje się stały wzrost zapadalności na ten nowotwór (badania holenderskie pokazują, iż jest on dziś diagnozowany około 10 razy częściej niż jeszcze 40 lat temu).

Do najważniejszych czynników ryzyka rozwoju raka podstawnocomórkowego należą:

- » uwarunkowania genetyczne,
- » ekspozycja na promieniowanie ultrafioletowe.

Spośród sześciu postaci klinicznych raka podstawnocomórkowego skóry powiek najczęściej występuje:

- » postać guzkowa – ma perełkowaną powierzchnię i poszerzone naczynia; guzek bywa niekiedy brązowo zabarwiony,
- » postać wrzodziejąca – ma kraterowato zagłębione centrum, otoczone wałowatym brzegiem; łatwo krwawi; wzrost guza jest wolny, przerzuty odległe i niezwykle rzadkie; nieleczony nowotwór może przyjąć formę drążącą i zajmować nie tylko okoliczną skórę, ale i oczodoł, powodując masywne zniszczenie tkanek z wniknięciem do zatok i jamy czaszki,
- » postać twardniejąca raka podstawnocomórkowego ma formę stwardnienia o źle widocznych granicach i utrudniającym rozpoznanie, niecharakterystycznym wyglądem.

W większości przypadków, z dużym prawdopodobieństwem jesteśmy w stanie rozpoznać nowotwory na podstawie ich obrazu klinicznego, podczas oglądania chorego w świetle dziennym i w oparciu o dane uzyskane z wywiadu. Należy jednak zwrócić uwagę, iż ocena jedynie wyglądu klinicznego zmian powiekowych, podejrzanych o charakter nowotworowy, może być niewystarczającym kryterium do postawienia ostatecznego rozpoznania. Dlatego też wszystkie podobne zmiany powinny być poddane biopsji w celu histologicznej weryfikacji rozpoznania klinicznego. W przypadku niewielkich zmian zlokalizowanych na zewnątrz oczodołu, szczególnie w okolicy powiek, badania te są wystarczające dla rozpoczęcia leczenia. W przypadku rozległych

i głębokich zmian nowotworowych i w razie podejrzenia lokalizacji pierwotnie wewnątrz oczodołu, lub wnikania guza do oczodołu z zewnątrz konieczne jest wykonanie dodatkowych badań obrazowych, np.: ultrasonografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego.

5.

CO TO ZNACZY, ŻE NOWOTWÓR JEST „ZŁOŚLIWY MIEJSCOWO”?

Oprócz nowotworów łagodnych i złośliwych istnieją także zmiany, które określa się terminem nowotworów miejscowo złośliwych. Są to takie guzy, które wykazują część cech nowotworów złośliwych (przede wszystkim zdolność do naciekania i niszczenia otaczających tkanek i narządów), jednak nie tworzą one przerzutów lub wyglądają jak guz łagodny, ale mogą nawracać po usunięciu, dlatego wymagają starannego podejścia chirurgicznego z uwzględnieniem szerokich granic wycięcia. Najczęściej występującym guzem tego typu jest nowotwór skóry nazywany rakiem podstawnokomórkowym. Pomimo swojej nazwy (rak) nie ma on zdolności tworzenia przerzutów, choć niszczy tkanki w obrębie których rośnie.

6.

NA CZYM POLEGA LECZENIE ŁAGODNYCH GUZÓW POWIEK?

Ponieważ guzy powiek mogą mieć naturę łagodną lub złośliwą a ich powstanie może być wywołane nie tylko transformacją nowotworową, ale również stanem zapalnym czy powiększeniem torbielowatym **leczenie jest zróżnicowane**. Podczas gdy **zmiany łagodne** o charakterze zapalnym, jak jęczmień dobrze poddają się leczeniu zachowawczemu (miejscowe: krople, maści leki pprzeciwzapalne), brodawki, gradówki, torbiele czy kępki żółte wymagają usunięcia chirurgicznego. Zmiany łagodne, w zależności od charakteru oraz wielkości są usuwane w znieczuleniu miejscowym – za pomocą kremu znieczulającego lub w znieczuleniu nasiękowym.

Rogowacenie łojotokowe (brodawka łojotokowa) może być leczone przez jego złuszczenie lub wycięcie skalpelem.

Leczenie **brodawek pospolitych** polega na ich **krioterapii**. W ten sposób zmiany ulegają zniszczeniu i przestają się rozprzestrzeniać. Możliwe jest również **chirurgiczne wycięcie** lub usunięcie **metodą elektrochirurgii** lub wiązką plazmy.

W przypadku **gradówki** cięcie prowadzone jest po wewnętrznej stronie powieki, dzięki czemu zabieg nie wiąże się z ryzykiem powstania blizn. W przypadku **torbieli**, po znieczuleniu okolicy operowanej, wyko-

nuje się linijne nacięcie skóry ponad zmianą, a następnie usuwa się torbiel w całości. Ranę skóry zamyka się pojedynczymi szwami, które zdejmuje się 5-7 dni po zabiegu. Podobnie wygląda zabieg usunięcia **kępek żółtych**. Po miejscowym znieczuleniu powieki zmianę wycina się, prowadząc linie cięć w naturalnych fałdach czy zmarszczkach. Aby uzyskać maksymalnie najlepszy efekt kosmetyczny wycięciu nadaje się kształt łezki lub osetki. Ranę zamyka się szwami na 5-7 dni. Czasami kępki żółte mogą osiągać duże rozmiary i pokrywać znaczną część skóry powiek. W tych przypadkach wskazane może okazać się wykonanie blefaroplastyki, zamiast prostego wycięcia, celem uzyskania najlepszego efektu kosmetycznego. Alternatywnym sposobem leczenia kępek żółtych jest zabieg z zastosowaniem plazmy. Ta metoda jest szczególnie korzystna w przypadku zmian o dużej, nieregularnej powierzchni u pacjentów z niewielką wiotkością i nadmiarem skóry (osoby w młodszym wieku). Zabieg, podobnie jak usunięcie chirurgiczne, wymaga zastosowania znieczulenia miejscowego. Zmiany są usuwane za pomocą wiązki plazmy. Zaletą takiego postępowania jest brak krwawienia, brak konieczności zakładania szwów skórnych oraz krótki czas trwania procedury. Należy jednak pamiętać, że także przy tej metodzie leczenia istnieje ryzyko powstania blizn i odbarwienia skóry.

7.

NA CZYM POLEGA LECZENIE ZŁOŚLIWYCH GUZÓW POWIEK?

Postępowanie w złośliwych nowotworach powiek, takich jak rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy, rak gruczołu Meiboma czy czerniak, jest zwykle bardziej złożone i polega na:

- » ustaleniu wczesnego, właściwego rozpoznania,
- » osiągnięciu trwałego wyleczenia poprzez całkowite zniszczenie/usunięcie guza (radykałne usunięcie zmiany),
- » zachowaniu lub odtworzeniu prawidłowej funkcji oraz estetyki powiek.

„Złotym standardem” nadal pozostaje usunięcie chirurgiczne guza w granicach zdrowej tkanki. Oznacza to, że zmiana nowotworowa jest wycinana z marginesem skóry niezmięnionej chorobowo. Ten tzw. margines chirurgiczny jest różny w zależności od rodzaju nowotworu. W przypadku niewielkich zmian typu raka podstawnokomórkowego za wystarczający przyjmuje się margines 3 mm, przy większych zmianach oraz w przypadku bardziej złośliwych nowotworów (rak kolczystokomórkowy, rak z gruczołów Meiboma) margines wynosi od 5 do 10 mm. Takie postępowanie daje największą szansę pełnego wyleczenia i braku nawrotów. Usunięty fragment poddawany jest ocenie histopatologicznej celem oceny radykalności zabiegu. W zależności od wielkości powstałego ubytku oraz jego lokalizacji stosuje się różne metody rekonstrukcji powiek. Zabieg, zależnie od wiel-

kości i lokalizacji guza może zostać przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym.

W części przypadków nowotworów powiek **alternatywnym sposobem leczenia** może być **kriochirurgia**. Często na ten rodzaj terapii decydujemy się w przypadku Pacjentów w podeszłym wieku, z wszczepionymi rozrusznikami serca, przyjmujących leki przeciwkrzepliwe (w przypadku niemożliwości ich odstawienia) oraz u osób nie wyrażających zgody na leczenie chirurgiczne. Metoda polega na miejscowym, kontrolowanym zniszczeniu zmiany za pomocą niskiej temperatury. W leczeniu nowotworów, również za pomocą kriochirurgii, za sukces onkologiczny i estetyczny odpowiada właściwa technika zabiegu – prawidłowe postępowanie polega na szybkim zamrożeniu i powolnym rozmrożeniu zmiany. Strefa wymrożenia powinna przekraczać o 0,5-1 cm widoczną klinicznie zmianę nowotworową, co pozwala uzyskać krionekrozę takiej objętości tkanki, jaka była wycięta chirurgicznie, a więc z odpowiednim marginesem tkanek zdrowych zarówno w obwodzie jak i w głąb. Zabieg nie wymaga znieczulenia, trwa zwykle kilka minut. W niektórych przypadkach konieczne może okazać się wykonanie kilku cykli krioterapii w pewnych odstępach czasowych.

Zauważalny w ostatnich badaniach wzrost częstości występowania tych guzów wśród osób przed 50 r.ż, skutkuje również chęcią skorzystania przez nich z niechirurgicznych metod leczenia. Zastosowanie % imiquimodu w leczeniu raka podstwanokomórkowego pozwala zniszczyć nowotwór w %70 przypadków. Nadal jednak zastosowanie preparatu do leczenia raka podstawnokomórkowego powiek jest traktowane jako

terapia poza wskazaniami. Wysokie wskaźniki skuteczności tego leku w kolejnych publikacjach naukowych spowodują w najbliższym czasie wdrożenie tej terapii jako alternatywy do leczenia chirurgicznego.

8.

NA CZYM POLEGA REKONSTRUKCJA POWIEKI?

W wyniku operacyjnego leczenia guzów powiek powstają ubytki, których wielkość i lokalizacja zależą od wielkości i umiejscowienia usuwanych zmian nowotworowych. Równorzędnym do radykalnego usunięcia guza celem leczenia jest zachowanie lub odtworzenie takiej struktury powieki, która pozwoli na:

- » zachowanie funkcji ochronnej powieki dla gałki ocznej,
- » wytworzenie stabilnego brzegu powieki,
- » zapewnienie odpowiedniego pionowego wymiaru powiek,
- » wytworzenie gładkiej, pokrytej nabłonkiem powierzchni wewnętrznej powieki,
- » umożliwienie zachowania produkcji i rozprowadzania łez,
- » umożliwienie właściwego odprowadzania łez – zachowanie fizjologicznego kierunku spływu łez, co może znacznie poprawić komfort życia pacjenta po zakończeniu leczenia,
- » zapewnienie optymalnego wyglądu kosmetycznego i symetrii.

Wybór techniki rekonstrukcyjnej, jaką się posłużymy zależy od wielu czynników – czy ubytek powieki jest pełnej czy niepełnej grubości, jaka jest jego wielkość, w której części powieki się znajduje, a także, której powieki dotyczy – górnej czy dolnej. W wyborze metody rekonstrukcyjnej ważną rolę odgrywa także stan tkanek otaczających okolicę operowaną oraz ogólna kondycja skóry Pacjenta. Dzięki wieloletniemu doświadczeniu klinicznemu możemy zaoferować Państwu szeroki wachlarz technik rekonstrukcyjnych od prostego wycięcia guza przez techniki płatowe – płaty przesunięte i rotacyjne (Tenzela, Mustarde'a, Hughesa czy płat mostowy Cutler-Bearda), przeszczepy skóry po skomplikowane metody łączące powyższe procedury z przeszczepami tkanek własnych Pacjenta – fragment innej powieki – tarczki, chrząstki, czasem błony śluzowej jamy ustnej).

9.

JAK PRZEBIEGA OKRES REKONWALESCENCJI PO LECZENIU OPERACYJNYM NOWOTWORÓW POWIEK?

Po zabiegu w okolicy operowanej zwykle występuje obrzęk oraz podbiegnięcie krwawe tkanek (siniak). Zmiany te mogą być różnie nasilone, zależnie od wielkości zmiany i co za tym idzie rozległości zabiegu rekonstrukcyjnego. Ustępują zwykle w ciągu 2-3 tygodni od operacji. Rany operacyjne „spięte” są szwami, które usuwa się po 7-10 dniach, a szwy wchłanialne pozostawia się do samoistnego rozpuszczenia. Głównym zadaniem Pacjenta we wczesnym okresie pooperacyjnym jest dbanie o higienę rany, która warunkuje jej prawidłowe gojenie. W tym okresie istnieje konieczność stosowania miejscowych (krople, maści), a niekiedy również ogólnych leków przeciwzapalnych oraz antybiotyków. Pacjenci muszą również regularnie stawiać się na wizyty kontrolne w wyznaczonych przez lekarza terminach.

10.

CZY MOŻLIWE JEST CAŁKOWITE WYLECZENIE? CO OZNACZA WZNOWA PROCESU NOWOTWOROWEGO?

Guzy wycinane chirurgicznie z marginesem zdrowych tkanek należy uznać za całkowicie wyleczone. Jeśli natomiast w marginesach operacyjnych znajdują się komórki guza, wówczas należy podjąć decyzję dotyczącą dalszego postępowania terapeutycznego. W przypadku zmian łagodnych można zdecydować się na obserwację.

W leczeniu **kępek żółtych** częste są nawroty zarówno po leczeniu chirurgicznym, jak i metodą Plasmage. Po chirurgicznym usunięciu kępek żółtych u około 40% pacjentów zmiany pojawiają się na nowo. W przypadku kolejnego zabiegu chirurgicznego prawdopodobieństwo nawrotów jest jeszcze większe. 26% nawrotów ma miejsce w ciągu pierwszego roku po zabiegu. Ryzyko nawrotów jest większe u pacjentów z zaburzeniami gospodarki lipidowej oraz u tych, u których zmiany wystąpiły na wszystkich czterech powiekach.

W przypadku rozpoznania **raka podstawnokomórkowego** rokowanie jest wyśmienite, o ile podejmie się właściwe i umiejętnie przeprowadzone leczenie. Trzeba jednak pamiętać, że rak tego typu ma skłonność do odrastania (inaczej mówiąc nawrotu albo wznowy) w miejscu, gdzie znajdował się pierwotnie. Dlatego ważne jest skrupulatne oglądanie blizny i jej okolicy co kilka miesięcy. U osoby, u której rak pod-

stawnokomórkowy już wystąpił, ryzyko pojawienia się takiego nowotworu również w innej okolicy ciała jest zwiększone, dlatego należy starannie oglądać całą skórę Pacjenta. Ponadto u Pacjentów, u których podczas zabiegu chirurgicznego nie uzyskano doszczętnego wycięcia zmiany typu raka podstawnokomórkowego (komórki nowotworowe obecne w granicach cięcia chirurgicznego) tylko w około 50% przypadków dochodzi do wznowy. Z tego powodu chorych z tej grupy nie kieruje się rutynowo do ponownej operacji, a jedynie w razie wznowy procesu nowotworowego. Pacjenci ci powinni jednak podlegać regularnej kontroli onkologicznej. Natomiast zmiany typu raka płaskonabłonkowego opisane w badaniu histopatologicznym jako niedoszczętnie usunięte powinny być ponownie wycięte w okresie 2-3 tygodni.

11.

O CZYM NALEŻY PAMIĘTAĆ PO LECZENIU NOWOTWORÓW POWIEK?

Pacjenci po usunięciu chirurgicznym zmian nowotworowych powiek wymagają **regularnych badań kontrolnych** co najmniej przez 5 lat po leczeniu operacyjnym. Częstotliwość kontroli zależy od charakteru usuniętej zmiany (rozpoznanie histopatologiczne), radykalności leczenia oraz stopnia ryzyka wznowy.

Niezwykle istotna jest **ochrona przed promieniowaniem ultrafioletowym** (słońce, solarium), będącego głównym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów skóry.

12.

CO ROBIĆ, ABY UNIKNĄĆ ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY SKÓRY?

Część czynników predysponujących do rozwoju nowotworów skóry, jak na przykład jasna karnacja, niebieskie oczy, rude włosy, ma charakter od nas niezależny.

Ryzyko rozwoju guzów skóry zwiększają następujące czynniki: nadmierne narażenie na działania promieniowania UV (słonecznego i w solarium), pęcherzowe oparzenia skóry u dorosłych, oparzenia skóry przez słońce u dzieci. W związku z tym należy bezwzględnie unikać nadmiernego przebywania na słońcu (zwłaszcza oparzeń skóry wywołanych promieniowaniem UV) i korzystania z solariów bez odpowiedniego zabezpieczenia skóry. W niektórych krajach już wprowadzono prawny zakaz korzystania z solariów przez dzieci i młodzież do 18. r.ż, a w przypadku dorosłych nakaz umieszczania bardzo wyraźnych ostrzeżeń o niekorzystnych działaniach promieniowania UV. Palenie tytoniu zwiększa ryzyko rozwoju nowotworów, w tym nowotworów skóry, dlatego należy bezwzględnie unikać dymu tytoniowego.

Również wczesne zgłaszanie się z podejrzanymi zmianami celem ich fachowej oceny przez specjalistę jest formą zapobiegania rozwojowi choroby.

U chorych z kępkami żółtymi, z powodu ich częstszego występowania u chorych z zaburzeniami gospodarki lipidowej, zaleca się badanie stężenia cholesterolu LDL i HDL oraz triglicerydów. W przypadku występowania zaburzeń gospodarki lipidowej należy stosować diety niskotłuszczowe oraz odpowiednie leki.