Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο της συγχειλίας Αναδρομική μελέτη 1995-2004

Άρης ΝΤΟΜΟΥΧΤΣΗΣ[1], Νικόλαος ΚΕΧΑΓΙΑΣ[1], Κυριακή ΚΙΤΙΚΙΔΟΥ[2], Ελένη ΜΠΟΥΡΛΙΔΟΥ[3], Κωνσταντίνος ΚΟΝΤΟΣ[4], Χρυσούλα ΤΣΟΜΠΑΝΙΔΟΥ[5], Χρυσούλα ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ[6], Ελένη ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ[7], Κωνσταντίνος ΒΑΧΤΣΕΒΑΝΟΣ[8], Κωνσταντίνος ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ[9]

Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής, Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Θεαγένειο», Θεσσαλονίκη (Συντονίστρια: Μαγγούδη Δόξα, ΣΓΠΧ, Διευθύντρια ΕΣΥ)

Squamous cell carcinoma of the lip commissure A 10-year retrospective study (1995-2004)

Aris NTOMOUCHTSIS, Nikolaos KECHAGIAS, Kiriaki KITIKIDOU, Eleni BOURLIDOU, Konstantinos KONTOS, Chrisoula TSOMPANIDOU, Chrisoula ILIOPOULOU, Eleni PAPADOPOULOU, Konstantinos VAHTSEVANOS, Konstantinos ANTONIADES

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, "Theagenio" Hospital for Cancer Treatment, Thessaloniki (Coordinator: Magoudi Doxa, OMFS, NHS Consultant)

Κλινική εργασία
Clinical paper

ΠΕΡΙΛΗΨΗ: Τα χείλη που αποτελούν ιδιαίτερες ανατομικές δομές, ευάλωτες σε ποικίλους ερεθιστικούς και τραυματικούς παράγοντες, έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αλλοιώσεων. Παρουσιάζεται αναδρομική μελέτη ασθενών με καρκίνωμα του χείλους και εντόπιση κυρίως στη συγχειλία, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν στο τμήμα ΣΓΠΧ την περίοδο 1995-2004. Μελετήθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά 13 περιπτώσεις με καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο (SCC) στη συγχειλία, 12 άντρες και 1 γυναίκα. 8 δήλωσαν αγρότες, ένα επάγγελμα με έντονη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. 10 ασθενείς εμφάνισαν τραχηλικές μεταστάσεις, 3 από αυτούς κατά την αρχική εξέταση, ενώ οι υπόλοιποι 7 σε δεύτερο χρόνο. 9 από τους 10 υποβλήθηκαν σε λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου, ενώ μία περίπτωση δεν αντιμετωπίστηκε χειρουργικά καθώς ο ασθενής είχε ήδη πνευμονικές μεταστάσεις. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση κατά μέσο όρο ήταν 49.23 μήνες. Σήμερα 6 ασθενείς (46.17%) παραμένουν χωρίς νόσο, 3 (23.07%) απεβίωσαν από τη νόσο και 4 (30.76%) από άλλες αιτίες. Ασθενείς με SCC της συγχειλίας συνήθως έχουν προχωρημένη νόσο τοπικά που οδηγεί σε ευρείες εκτομές και σύνθετη αποκατάσταση. Οι ασθενείς αυτοί ανάλογα με τα ευρήματα θα πρέπει να υποβάλλονται σε τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό υπερωμοϋειδικό ή τροποποιημένο ριζικό.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο, συγχειλία, χείλος

Παρελήφθη: 4/03/2010 - Έγινε δεκτή: 12/12/2010

SUMMARY: The lips which constitute special anatomic structures, exposed in various irritant and traumatic factors, have increased danger to develop pathological lesions. A retrospective study of patients with squamous cell carcinomas of the lip commissure treated in the department of OMFS of the Cancer Hospital during the period 1995-2004 is presented.
Thirteen such cases were studied and statistically analyzed, 12 men and 1 woman. 8 farmers, a profession with intense exposure to the solar radiation. 10 patients presented with neck metastases, 3 at the time of initial examination, and 7 at a later point. 9 from the 10 patients were submitted to neck dissection, while 1 was not treated surgically due to lung metastases. The follow-up of the patients had an average of 49.23 months. Today six patients (46.17%) are disease free, three (23.07%) died from the disease and four (30.76%) from other reasons. Patients with lip carcinomas of the commissure usually are found to be at advanced stages, which lead to wide excisions and complex reconstruction. In these patients a selective neck dissection should be performed for a N0 neck and a modified radical neck dissection for a N^+ neck.

KEY WORDS: Squamous cell carcinoma, lip, commissure

Paper received: 4/03/2010 - Accepted: 12/12/2010

[1]*Επικ/κος Επιμελητής ΕΣΥ, ΣΓΠΧ*
[2]*Λέκτορας Στατιστικής, ΑΠΘ*
[3]*Ειδ/μενη ΩΡΛ*
[4]*Ειδ/νος ΣΓΠΧ*
[5]*Δ/τρια ΕΣΥ, Παθολογοανατόμος*
[6]*Δ/τρια ΕΣΥ, Ακτινοθεραπευτής*
[7]*Δ/τρια ΕΣΥ, Αναισθησιολόγος*
[8]*Δρ. Δ/ντής ΕΣΥ, ΣΓΠΧ*
[9]*Καθηγητής ΑΠΘ, ΣΓΠΧ*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα χείλη αποτελούν ιδιαίτερες ανατομικές δομές, οι οποίες καταλαμβάνοντας περίοπτη θέση στο πρόσωπο, παίζουν κεντρικό ρόλο στη λήψη τροφής, στην επικοινωνία, στην έκφραση συναισθημάτων, ενώ παράλληλα αποτελούν σημαντικό στοιχείο της φαινοτυπικής μοναδικότητας του ατόμου.
Τα χείλη είναι ευάλωτα σε ποικίλους ερεθιστικούς και τραυματικούς παράγοντες, γιατί βρίσκονται σε άμεση επαφή με τα δόντια και αποτελούν τον αρχικό φραγμό τόσο του ανώτερου αναπνευστικού, όσο και του πεπτικού συστήματος. Το γεγονός ότι αποτελούν το μοναδικό σημείο στο οποίο ο ανθρώπινος βλεννογόνος είναι εκ του φυσικού του εκτεθειμένος, πολλαπλασιάζει τους κινδύνους εμφάνισης αλλοιώσεων. Ο αποκερατινοποιημένος βλεννογόνος των χειλέων είναι λιγότερο ανθεκτικός σε επιδράσεις όπως αυτή της ηλιακής ακτινοβολίας ή του θερμικού ερεθισμού από το τσιγάρο. Επίσης είναι πιο ευαίσθητος στην επίδραση μηχανικών πιέσεων, σε σύγκριση με το δερματικό τμήμα των χειλέων.
Οι ιδιαιτερότητες αυτές του βλεννογόνου στο ερυθρό κράσπεδο των χειλέων έχουν ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αλλοιώσεων, καλοήθους και κακοήθους φύσεως, με μεγάλη ποικιλομορφία (Chidzonga, 2006, Ntomouchtsis και συν. 2010)
Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη, μέσω των ιατρικών φακέλων τους, των ασθενών με καρκίνωμα του χείλους, το οποίο εντοπίζονταν κυρίως στη συγχειλία και οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα Στοματικής και Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής την περίοδο 1995 – 2004.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Από 420 ασθενείς με ογκόμορφες αλλοιώσεις στο χείλος που καταγράφηκαν τη περίοδο 1995-2004 στο Τμήμα μας, οι 188 αφορούσαν σε καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο. Δεκατρείς περιπτώσεις αφορούσαν τη συγχειλία.
Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι των εν λόγω ασθενών και τα ακόλουθα ευρήματα αναλύθηκαν στατιστικά, με τη μέθοδο της ανάλυσης επιβίωσης και του ελέγχου ανεξαρτησίας x2 (Landau and Everitt, 2004): τα επιδημιολογικά στοιχεία των ασθενών, το κλινικό στάδιο κατά την αρχική προσέλευση, οι παράμετροι από τις ιστοπαθολογικές απαντήσεις, η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών, καθώς και ο συνολικός χρόνος παρακολούθησής τους. Το κλινικό στάδιο καθορίστηκε από την κλινική εξέταση και τα απεικονιστικά ευρήματα, σύμφωνα με τις αρχές του American Joint Committee on Cancer (AJCC, Lip and oral cavity 1997).
Όλοι οι ασθενείς παρακολουθούνταν κάθε μήνα στον πρώτο μετεγχειρητικό χρόνο, κάθε δύο μήνες στο

INTRODUCTION

Lips are special anatomic structures at key-areas of the face and play a important role in food intake, communication, expression of feelings, while they are also a significant component of an individual's phenotypic traits.
Moreover lips are vulnerable to various irritant and traumatic factors because they are in direct contact to the teeth and constitute the first barrier of both the upper repiratory and the digestive system. The fact that the lips are the only site where the human mucosa is naturally exposed increases dramatically the risk of lesions development. The nonkeratinised mucosa of the lips is less resistant to factors such as solar radiation or thermal damage caused by smoking. In addition, it is more vulnerable to mechanic pressures than the part of the lips which is covered by skin.
These particular features of the mucosa on the vermillion border of the lips can result in the development of a large variety of lesions, benign and malignant (Chidzonga, 2006, Ntomouchtsis et al. 2010).
Aim: This paper is a retrospective study of patients with carcinoma of the lip, affecting mainly the commissure, treated at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery between 1995 and 2004. The study was based on the medical files of these patients.

MATERIALS AND METHODS

Of the 420 cases with tumour-like lesions of the lips that were recorded between 1995 and 2004 at our Department, 188 were related to squamous cell carcinoma. Thirteen cases involved the commissure of the lips.
The medical files of these patients were studied and the following findings were statistically analysed, using the methods of survival analysis and x2 independent control (Landau and Everitt, 2004): the epidemiologic profile of the patients, the clinical stage when they were first examined, the parameters from the histopathological reports, the postoperative course of each patient, as well as the total duration of their follow-ups. The clinical stage was determined by the clinical examination and the imaging findings, according to the American Joint Committee on Cancer (AJCC, Lip and oral cavity 1997).
During the first postoperative year, all patients were examined once a month, once every two months in the second year, with a gradual increase of these intervals. Postoperative follow-up included clinical examination of the surgical field and neck, as well as imaging controls based, initially, on a reference CT scan taken three months postoperatively, and then on ultrasound assessments of the neck or, when in doubt, on further CT scans, once every six moths in the first two years

δεύτερο χρόνο, με τα διαστήματα παρακολούθησης να αυξάνονται σταδιακά. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση περιλάμβανε κλινική εξέταση του χειρουργικού πεδίου και του τραχήλου και απεικονιστικούς ελέγχους, αρχικά με μία αξονική τομογραφία αναφοράς τρεις μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση και εφεξής με υπερηχογραφικούς ελέγχους του τραχήλου και επί αμφιβολιών με αξονική τομογραφία, ανά 6μηνο τα δύο πρώτα έτη και κάθε έτος στη συνέχεια. Η λειτουργία του χείλους ως προς τη μάσηση, την ομιλία και την παρεμπόδιση εκροής σάλιου ή τροφής καταγράφηκε 6 μήνες μετά την εκτομή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο (SCC) της συγχειλίας αποτελούν το 3% του συνόλου των ογκόμορφων βλαβών των χειλέων που εξετάστηκαν κατά τη δεκαετία 1995-2004 και το 6,95% του συνόλου των καρκινωμάτων από πλακώδες επιθήλιο των χειλέων που αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα μας.
Όπως καταγράφεται αναλυτικά στον Πίνακα 1, οι περιπτώσεις με SCC της συγχειλίας αφορούσαν 13 ασθενείς, 12 άντρες και μία γυναίκα, 8 εκ των οποίων δήλωσαν αγρότες, ενώ οι λοιποί επτά κάποιο άλλο επάγγελμα, το οποίο δεν ευνοούσε την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Σε 9 ασθενείς η βλάβη είχε την εικόνα του έλκους και σε 4 αυτή της λευκωπής αλλοίωσης. Οι ηλικίες των ασθενών κυμαίνονταν από 61-91 έτη, με μέσο όρο τα 73,77 έτη.
Μετά από λεπτομερή κλινικό και απεικονιστικό έλεγχο, διαπιστώθηκε ότι τρεις ασθενείς ήταν σταδίου I, τρεις ασθενείς σταδίου II, τρεις ασθενείς σταδίου III και τέσσερεις στο στάδιο IV. Τα μεγέθη των βλαβών κυμαίνονταν από 1 έως 5 cm, με μέσο όρο τα 2,95 cm.
Δέκα ασθενείς εμφάνισαν τραχηλικές μεταστάσεις, σε άλλοτε άλλο χρόνο. Τρεις από αυτούς (23%), είχαν περιοχικές μεταστάσεις κατά την αρχική εξέταση, ενώ οι υπόλοιποι 7 (54%) υποτροπίασαν περιοχικά εμφανίζοντας μεταστατική τραχηλική λεμφαδενίτιδα σε δεύτερο χρόνο. Εννέα από τους 10 ασθενείς υποβλήθηκαν σε λεμφαδενικό καθαρισμό τραχήλου, εκλεκτικό ή τροποποιημένο ριζικό, ενώ μία περίπτωση (No 9), δεν αντιμετωπίστηκε χειρουργικά, γιατί ο ασθενής εμφάνισε συγχρόνως και πνευμονικές μεταστάσεις. Ο ίδιος ασθενής έπασχε από κακόηθες λέμφωμα για το οποίο είχε υποβληθεί σε χημειοθεραπευτική αγωγή και βρισκόταν σε παρακολούθηση, χωρίς εικόνα υποτροπής. Από τους 9 ασθενείς, οι 5 υποβλήθηκαν σε τροποποιημένο ριζικό λεμφαδενικό καθαρισμό και οι 4 σε υπερωμοϋοειδικό τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό.
Ο βαθμός ιστολογικής διαφοροποίησης ήταν υψηλός σε 9 ασθενείς, μετρίου βαθμού σε 3, ενώ ένας ήταν χαμηλής διαφοροποίησης. Σε 12 ασθενείς το βάθος διήθησης ήταν μεγαλύτερο των 5 mm, ενώ σε έναν μό-

and, after that, once every year. The function of the lip in terms of chewing, speaking and preventing saliva and food debris drooling from the mouth was recorded 6 months postoperatively.

RESULTS

Squamous cell carcinomas (SCC) of the lip commissures accounted for 3% of all tumour-like lip lesions that were recorded between 1995 and 2004 at our Department, as well as for 6.95% of all squamous cell carcinomas of the lips that were treated in the same period.
As shown in detail in Table 1, these cases of SCC of the lip commissures involved 13 patients, 12 men and one woman, 8 of whom were registered as farmers. The profession of the rest of them did not involve increased exposure to solar radiation. In 9 patients, the lesion presented like an ulcer and in 4 like a whitish lesion. The age of our patients ranged from 61 to 91 years, with an average age of 73.77 years.
Detailed clinical and imaging controls revealed that 3 patients were at stage I, 3 at stage II, 3 at stage III and 4 at stage IV. The size of their lesions ranged between 1 and 5 cm, (average size 2.95 cm).
10 of our patients developed cervical metastases, at different times each. 3 of them (23%) had regional metastases when they were first examined, while the remaining 7 (54%) developed later on regional recurrences involving metastatic cervical lymphadenopathy. 9 of these 10 patients underwent selective or modified radical neck dissection, while 1 case (No 9) was not treated surgically because, at the same time, the patient developed lung metastases as well. The same patient suffered from malignant lymphoma, for which he had undergone chemotherapy and was under supervision, without signs of recurrence. Of those 9 patients, 5 underwent modified radical neck dissection and 4 supraomohyoid selective neck dissection.
The grade of histological differentiation was high in 9 patients, moderate in 3 and low in one. In 12 patients, the depth of infiltration was > 5 mm, while it was < 5 mm in only one patient (case No 4). The histological examination of the specimen did not reveal infiltrated excision margins. Two patients (No 4 and No 11), developed local recurrences. One of them (No 4) had already undergone preoperative radiotherapy due to the large size of the disease, involving a total dose of 4100 cGy, of which he received 10 daily doses of 200 cGy locally on the lip, and 7 daily doses of 300 cGy regionally on the ipsilateral neck. Seven months later, the patient developed a local recurrence; after three months he died because of disease progression and the serious heart problems that he had been suffering from. Patient No 11 developed both local and regional recurrences twenty one months after the initial treatment

Πίνακας 1. Κλινικά και απιδημιολογικά στοιχεία των ασθενών με καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο της συγχειλίας

Α/Α	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ[1]	ΔΙΑΜΕΤΡΟΣ[2]	ΣΤΑΔΙΟ	ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΛΕΜΦ/ΚΟΣ ΚΑΘ/ΜΟΣ[3]	FOLLOW UP[4]	ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤ/ΣΗ[5]
1	65	Α	Λ	3.3	T4N1	ΝΑΙ	ΤΡ	1,00	ΑΑ
2	75	Α	Λ	3.5	T2N0	ΝΑΙ	Υ	45,00	Ζ
3	65	Α	Λ	4.1	T3N2	ΝΑΙ	ΤΡ	94,00	Ζ
4	73	Α	Α	4.0	T4N2β	ΝΑΙ	ΤΡ	11,00	ΑΑ
5	91	Θ	Α	1.5	T1N0	Ο	Ο	24,00	ΑΑ
6	74	Α	Α	2.1	T2N0	ΝΑΙ	Υ	73,00	Ζ
7	61	Α	Α	1.0	T1N0	Ο	Ο	124,00	Ζ
8	72	Α	Α	2.1	T2N0	Ο	Ο	118,00	Ζ
9	82	Α	Λ	2.0	T1N0	ΝΑΙ	ΔΕΝ	12,00	ΑΝ
10	80	Α	Λ	3.1	T3N0	ΝΑΙ	ΤΡ	12,00	ΑΝ
11	79	Α	Α	4.0	T3N0	ΝΑΙ	Υ	19,00	ΑΝ
12	72	Α	Α	5.0	T3N0	ΝΑΙ	Υ	1,00	ΑΑ
13	70	Α	Α	4.5	T2N2α	ΝΑΙ	ΤΡ	106,00	Ζ

[1] Επάγγελμα Α: Αγρότης, Λ: Λοιπά επαγγέλματα
[2] Διάμετρος σε cm
[3] Λεμφαδενικός καθαρισμός ΤΡ: Τροποποιημένος Ριζικός, Υ: Υπερωμοϋοειδής, Ο: Όχι, ΔΕΝ: Δεν πραγματοποιήθηκε τραχηλικός καθαρισμός παρά την ένδειξη,
[4] Follow up σε μήνες,
[5] Παρούσα κατάσταση Ζ: Ζωντανός, ΑΝ: απεβίωσε από τη νόσο, ΑΑ: απεβίωσε από άλλη αιτία

Table 1. Clinical and epidemiological parameters of the patient with squamous cell carcinoma of the lip commissures

No.	AGE	GENDER	OCCUPATION[1]	DIAMETER[2]	STAGE	METASTASES	NECK DISSECTION[3]	FOLLOW-UP[4]	CURRENT STATUS[5]
1	65	M	O	3.3	T4N1	YES	MR	1,00	DO
2	75	M	O	3.5	T2N0	YES	SO	45,00	A
3	65	M	O	4.1	T3N2	YES	MR	94,00	A
4	73	M	F	4.0	T4N2β	YES	MR	11,00	DO
5	91	F	F	1.5	T1N0	NO	NO	24,00	DO
6	74	M	F	2.1	T2N0	YES	SO	73,00	A
7	61	M	F	1.0	T1N0	NO	NO	124,00	A
8	72	M	F	2.1	T2N0	NO	NO	118,00	A
9	82	M	O	2.0	T1N0	YES	NOT	12,00	DD
10	80	M	O	3.1	T3N0	YES	MR	12,00	DD
11	79	M	F	4.0	T3N0	YES	SO	19,00	DD
12	72	M	F	5.0	T3N0	YES	SO	1,00	DO
13	70	M	F	4.5	T2N2α	YES	MR	106,00	A

[1] Occupation: F: Farmer, O: Other occupation
[2] Dimension in cm
[3] Neck dissection: MR: Modified Radical, SO: Supraomohyoid, NO: No dissection, NOT: No dissection was performed despite the indications
[4] Follow-up period in months
[5] Current status: A: Alive, DD: Died of the disease, DO: Died of other causes

νον ασθενή ήταν μικρότερο των 5 mm (περίπτωση No 4). Κατά την ιστολογική εξέταση των παρασκευασμάτων δεν βρέθηκαν διηθημένα χείλη εκτομής. Σε 2 ασθενείς (No 4 και No 11), εμφανίστηκε τοπική υποτροπή. Στην μία περίπτωση (No 4), είχε προηγηθεί προεγχειρητική ακτινοθεραπεία λόγω της εκτεταμένης νόσου, με συνολική δόση 4100 cGy, εκ των οποίων έλαβε τοπικά στο χείλος 10 ημερήσιες δόσεις των 200

and, although he was advised to undergo radiotherapy, he refused to do so. As mentioned above, 6 more patients developed regional recurrences. Patients No 1 and No 13 had previously been treated in other hospitals and came to our hospital to have their locoregional recurrences treated. Patient No 1 (psychotic under constant nursing supervision) had undergone an operation and received a total postoperative radiation dose

cGy και περιοχικά στο σύστοιχο τράχηλο 7 ημερήσιες δόσεις των 300 cGy. Ο ασθενής υποτροπίασε τοπικά μετά από επτά μήνες και τρεις μήνες αργότερα κατέληξε από την επιδείνωση της νόσου και τα σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα από τα οποία έπασχε. Ο ασθενής No 11 παρουσίασε υποτροπή τόσο τοπικά, όσο και περιοχικά, εικοσιένα μήνες μετά την αρχική αντιμετώπιση και ενώ προτάθηκε, δεν έγινε δεκτή η ακτινοθεραπεία. Όπως προαναφέρθηκε άλλοι 6 ασθενείς υποτροπίασαν περιοχικά. Οι ασθενείς No 1 και No 13 είχαν αντιμετωπισθεί προηγουμένως σε άλλα νοσοκομεία και προσήλθαν σε μας για αντιμετώπιση της τοπικοπεριοχικής υποτροπής τους. Ο ασθενής με No 1 (ψυχωσικός υπό μόνιμη νοσηλεία), είχε χειρουργηθεί και είχε λάβει μετεγχειρητική ακτινοθεραπεία συνολικής δόσης 6000 cGy. Εμφάνισε εντός του πρώτου μετεγχειρητικού μήνα, επιμόλυνση και διάσπαση του χειρουργικού τραύματος για την οποία επανανοσηλεύθηκε. Προγραμματίστηκε χειρουργικός καθαρισμός του τραύματος και τοποθέτηση γαστροστομίας, όμως ο ασθενής κατέληξε από δύσπνοια και καρδιακή ανακοπή. Ο ασθενής No 13 εμφάνισε δεύτερη πρωτοπαθή βλάβη στην ίδια ανατομική θέση 13 χρόνια μετά την χειρουργική αντιμετώπιση της αρχικής βλάβης. Εννέα χρόνια μετά την δεύτερη χειρουργική επέμβαση και το σύστοιχο τροποποιημένο ριζικό τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό ο ασθενής είναι υγιής και σε ετήσια πλέον τακτική παρακολούθηση. Αξιοπρόσεκτη είναι και η περίπτωση No 10, όπου τρεις μήνες μετά τη χειρουργική αφαίρεση της αρχικής βλάβης ο ασθενής εμφάνισε σύστοιχη μεταστατική λεμφαδενίτιδα, με κυτταρολογικά επιβεβαιωμένη μετάσταση στο τραχηλικό επίπεδο III, για την οποία υποβλήθηκε σε ριζικό τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό. Στο ιστολογικό παρασκεύασμα βρέθηκαν πέντε διηθημένοι λεμφαδένες, από τους συνολικά τριάντα που εξαιρέθηκαν. Τρεις μήνες αργότερα εμφάνισε σύστοιχα μεταστατικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες, για τους οποίους υποβλήθηκε σε λεμφαδενικό καθαρισμό μασχάλης και στους οποίους βρέθηκαν εικοσιένα διηθημένοι λεμφαδένες από τους εικοσιτρείς. Παράλληλα ο ασθενής ανάφερε έντονη οσφυαλγία, οπότε υπεβλήθη σε ακτινολογικό έλεγχο, που έδειξε σφηνοειδή παραμόρφωση των Θ7 και Θ12 σπονδύλων και σκολίωση της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, λόγω της παραμόρφωσης του Θ12. Ο σπινθηρογραφικός έλεγχος με 99mTc έδειξε εστίες αυξημένης σπινθηρογραφικής αντίθεσης στο ύψος των Θ6-Θ7 και Θ12-Ο1 σπονδύλων, καθώς και στη δεξιά ωμοπλάτη. Εξαιτίας της έντονης συμπτωματολογίας, ο ασθενής ακτινοβολήθηκε με 2400 cGy, (6 δόσεις των 400cGy) τόσο στον Θ7 όσο και στον Θ12 σπόνδυλο. Ο ασθενής κατέληξε 12 μήνες από την αρχική επέμβαση. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση του συνόλου των ασθενών ήταν κατά μέσο όρο 49,23 μήνες, με μία δια-

of 6000 cGy. Within the first postoperative month, he developed an infection and dehiscence of the surgical wound, for which he was re-admitted. He was scheduled for a surgical treatment of the wound and gastrostomy, but died of dyspnoea and heart attack. Patient No 13 developed a second primary lesion at the same anatomical site 13 years after the surgical treatment of the initial lesion. Nine years after the second operation and the ispilateral modified radical neck dissection, the patient is healthy under regular annual follow-up examinations. Case No 10 is also noteworthy; three months after the surgical removal of the initial lesion, the patient developed ipsilateral metastatic lymphadenopathy with a histologically documented metastasis to the cervical level III, for which he underwent radical neck dissection. In the histological specimen, which included thirty lymph nodes, five infiltrated lymph nodes were found. Three months later, the patient was diagnosed with ipsilateral metastatic axillary lymph nodes, for which he underwent axillary lymph node dissection, where twenty one of the twenty three lymph nodes were found to be infiltrated from the same malignancy. At the same time, the patient reported that he had severe low back pains, and therefore underwent an X-ray examination, which revealed a fusion of T7 and T12 vertebrae and scoliosis of the thoracic and lumbar regions of the vertebral column, caused by the fusion of T12. A 99mTc scintigraphy revealed sites of increased scintigraphic uptake at the levels of T6-T7 and T12-L1 vertebrae, as well as at the right scapula. Because of these serious symptoms, the patient received 2400 cGy of radiation (6 doses of 400cGyn each) to both T7 and T12 vertebrae. The patient died 12 moths after the initial operation.

The average follow-up for our patients was 49.23 months, ranging between 1 and 124 months.

The present status of the 13 patients, of the study classified according to the clinical stage of their disease is shown in detail in Table 2. Of these patients, 3 (23.07%) died of the disease, 4 (30.76%) due to other pathological causes or old age, while 6 (46.17%) are disease-free and under close and regular follow-up.

The surgical techniques that were used for the recon-

Table 2. Comparative table of the disease stage and current status of our patients

Current status	Clinical stage of the disease			
	Stage I-n (%)	Stage II-n (%)	Stage III-n (%)	Stage IV-n (%)
A	1 (33.3%)	3 (100%)	-	2 (50%)
DD	1 (33.3%)	-	2 (66.7%)	-
DO	1 (33.3%)	-	1 (33.3%)	2 (50%)

A: Alive, DD: Died of the disease,
DO: Died of other causes

κύμανση από 1 έως 124 μήνες.
Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται αναλυτικά η παρούσα κατάσταση των 13 ασθενών ανά κλινικό στάδιο νόσου. Συνολικά κατέληξαν 3 ασθενείς (23,07%) από την νόσο, 4 ασθενείς (30,76%) από άλλα παθολογικά αίτια ή προχωρημένο γήρας, ενώ 6 (46,17%) βρίσκονται υπό τακτικό έλεγχο στα εξωτερικά ιατρεία του τμήματος, χωρίς νόσο.
Οι χειρουργικές τεχνικές αποκατάστασης που εφαρμόστηκαν, βασίζονταν κυρίως σε περιοχικούς κρημνούς. Η περισσότερο χρησιμοποιούμενη τεχνική ήταν η κατά Karapandzic σε 8 περιπτώσεις, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με άλλους τοπικούς κρημνούς, όπως με Abbé -Estlander σε 2 περιπτώσεις, με Fan Flap σε 2 περιπτώσεις επίσης, με ρινοχειλικό κρημνό σε 1 περίπτωση, με τεχνική βλεννογόνιου προωθητικού κρημνού «Lip shaving» σε 1 περίπτωση. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης η τεχνική Jackson σε τέσσερεις περιπτώσεις, είτε μόνη της ή σε συνδυασμό με γλωσσικό κρημνό ή με Lip shaving. Σε 1 περίπτωση η αποκατάσταση έγινε με κροταφίτη μυ για ενδοστοματική κάλυψη του ελλείμματος και μείζονα θωρακικό κρημνό για δερματική κάλυψη. Το λειτουργικό αποτέλεσμα κρίθηκε ως ικανοποιητικό σε 9 ασθενείς, 2 ασθενείς παρουσιάζουν μειονεκτική ομιλία, ενώ σε δύο ασθενείς παρατηρήθηκε διαφυγή υγρών και χρειάστηκαν πολλαπλές επεμβατικές διορθώσεις για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του χείλους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το χείλος θεωρείται μία συνηθισμένη εντόπιση για το καρκίνωμα στην περιοχή κεφαλής-τραχήλου (de Visscher και συν. 1996, Silverman, 1998, Zitsch, 1999, Greenlee και συν. 2000). Συνήθως αναγνωρίζεται πρώιμα και αντιμετωπίζεται έγκαιρα. Εμφανίζεται συχνότερα στους άντρες και ιδίως σε αυτούς που εκτίθενται μακροχρόνια και παρατεταμένα στην ηλιακή ακτινοβολία, όπως αγρότες, οικοδόμοι και ναυτικοί (Lindqvist, 1979, Johnson, 1991, Doll, 1991, Pukkala και συν. 1994, Pogota και συν. 1996, de Visscher και συν. 2002). Η συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στον ήλιο και των προκαρκινικών και καρκινικών αλλοιώσεων στα χείλη έχει τεκμηριωθεί μέσω πολλαπλών μελετών και θεωρείται παγκοσμίως ως ο σημαντικότερος αιτιολογικός παράγοντας (Shear, 1970, IARC- The International Agency for Research on Cancer, 1992, Ortiz και συν. 2004, Breuninger και συν. 2005). Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι το κάπνισμα (de Visscher και συν. 2002) και ειδικά ο καπνός της πίπας (Johnson, 1991). Αξιοσημείωτο είναι ότι έχει βρεθεί μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ταυτόχρονης κατανάλωσης οινοπνεύματος. Ειδικά η συνήθεια να κρατάνε οι καπνιστές το τσιγάρο στο στόμα, έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα επιβαρυντική και επιβλαβής,

Πίνακας 2. Συγκριτικός πίνακας σταδίου νόσου και παρούσας κατάστασης των ασθενών

Παρούσα κατάσταση	Κλινικό στάδιο νόσου			
	Στάδιο I-n (%)	Στάδιο II-n (%)	Στάδιο III-n (%)	Στάδιο IV-n (%)
Z	1 (33.3%)	3 (100%)	-	2 (50%)
AN	1 (33.3%)	-	2 (66.7%)	-
AA	1 (33.3%)	-	1 (33.3%)	2 (50%)

Z: Ζωντανός, AN: Απεβίωσε από τη νόσο,
AA: Απεβίωσε από άλλη αιτία, n: αριθμός ασθενών

straction of the commissure involved mainly regional flaps. The procedure mostly used was the Karapandzic flap, in 8 patients, either alone or combined with other regional flaps, such as the Abbé –Estlander flap in 2 cases, the Fan Flap also in 2 cases, a nasolabial flap in 1 case, and a "Lip shaving" mucosal advancement flap procedure in 1 case. The Jackson technique was also used in four cases, either alone or combined with a lingual flap or with Lip shaving. In 1 case, the temporalis muscle flap was used to achieve intraoral defect coverage, and the myocutaneous pectoralis major flap to achieve skin coverage. In 9 patients, the functional result was deemed to be satisfactory. Two patients had speech problems, while in another 2 patients fluids drooling was noticed and, therefore, they had to undergo multiple surgical operations to restore the lip function.

DISCUSSION

The lip is considered to be a common site for carcinomas in the head-neck region (de Visscher et al. 1996, Silverman, 1998, Zitsch, 1999, Greenlee et al. 2000). Lip carcinoma is usually early identified and treated. It is more common in men, particularly those who are chronically exposed to solar radiation, such as farmers, builders and seamen (Lindqvist, 1979, Johnson, 1991, Doll, 1991, Pukkala et al. 1994, Pogota et al. 1996, de Visscher et al. 2002). The association between sun exposure and precancerous and cancerous lesions of the lips has been documented by multiple studies and is considered worldwide to be the most important etiologic factor (Shear, 1970, IARC- The International Agency for Research on Cancer, 1992, Ortiz et al. 2004, Breuninger et al. 2005). Other risk factors include smoking (de Visscher et al. 2002), especially of pipe tobacco (Johnson, 1991). It is important to mention that there is a statistically significant correlation between smoking and drinking alcohol at the same time. Especially the habit of smokers to keep the cigarette in their mouth has been proved to be particularly harmful, contributing to high rates of lip carcinomas. This is usually observed in patients from low socioeco-

καθότι συνοδεύεται από την εμφάνιση υψηλών ποσοστών καρκινώματος στα χείλη. Συνήθως παρατηρείται σε ασθενείς από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Perea-Milla και συν. 2003). Στην παρούσα εργασία δεν παρουσιάζεται συσχέτιση των ασθενών με το κάπνισμα ή την κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς έλειπαν σε 3/13 περιπτώσεις οι καταγραφές.

Κύριο σημείο εμφάνισης του καρκινώματος αποτελεί το όριο μεταξύ βλεννογόνου και δέρματος (Muir και Weiland, 1995, Ferlay και συν. 1997, de Visscher και συν. 1998). Το κάτω χείλος εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά, περίπου 80%, σε σχέση με το άνω χείλος και τη συγχειλία που εμφανίζουν ποσοστά 5-8% και 7-15% αντίστοιχα (Politi και συν. 1993, Salgarelli και συν. 2005). Κατ' άλλους τα ποσοστά εμφάνισης της νόσου για το άνω χείλος κυμαίνονται από 2 έως 12%, καθώς θεωρείται ότι είναι περισσότερο προστατευμένο σε σύγκριση με το κάτω χείλος (Baker και Krause, 1980, Myers και Suen, 1996). Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά, το καρκίνωμα από πλακώδες επιθήλιο φαίνεται ότι αγνοεί το άνω χείλος (Lindqvist, 1979, Johnson, 1991). Από το σύνολο των 188 περιπτώσεων με καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο των χειλέων που αντιμετωπίστηκαν στο Τμήμα μας, οι 167 αφορούσαν το κάτω χείλος (88,8%), και μόνο οι 8 περιπτώσεις το άνω χείλος (4,3%).

Το καρκίνωμα των χειλέων έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ίασης μεταξύ των καρκινωμάτων της περιοχής κεφαλής και τραχήλου. Η θνησιμότητά του υπολογίζεται στο 10-15% (MacKay και Sellers, 1964, Jorgensen και συν. 1973, Heller και Shah, 1979, Baker και Krause, 1980, Thawley και συν. 1999).

Η πρόγνωση εξαρτάται σημαντικά από την έκταση της νόσου κατά την πρώτη επίσκεψη του ασθενή. Συνήθως έχει καλή πρόγνωση, η οποία φθάνει το 90%, (πενταετής επιβίωση) σε στάδια T1 και T2 με διακύμανση από 85% έως 99% και 71% έως 97% αντίστοιχα (MacKay και Sellers, 1964, Jorgensen και συν. 1973, Cruse και Radocha, 1987, Grover και Shaw, 1989, Beauvois και συν. 1994, Hjordtal και συν. 1995, Teuber και συν. 1995, Myers και Suen, 1996, de Visscher και van der Waal, 1998). Σε εκτεταμένες ή παραμελημένες περιπτώσεις, στάδια T3 και T4, η πενταετής επιβίωση φθάνει στο 60% και 40% αντίστοιχα (Hjordtal και συν. 1995, Howaldt και συν. 1999), ενώ στις περιπτώσεις τραχηλικής μεταστατικής λεμφαδενίτιδας αυτή μειώνεται έως και κάτω του 30% κατά μέσο όρο, με διακύμανση από 25% έως 50% (MacKay και Sellers, 1964, Jorgensen και συν. 1973, Baker και Krause, 1980, Rowe και συν. 1992, Teuber και συν. 1995)

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση, εκτός από το μέγεθος του όγκου, είναι η παρουσία μεταστατικών λεμφαδένων, η διήθηση των αγγειακών και λεμφαγγειακών χώρων, η χαμηλού βαθμού ιστολογική διαφοροποίηση, το αυξημένο πάχος διήθησης,

nomic backgrounds (Perea-Milla et al. 2003). In the present study, the relation of patients to smoking or alcohol consumption is not presented since the data about 3 of the 13 patients were missing.

The main site where carcinomas occur is the margin between the mucosa and skin (Muir and Weiland, 1995, Ferlay et al. 1997, de Visscher et al. 1998). The rates of occurrence are higher in the lower lip, approximately 80%, compared to the upper lip and the commissure, where the rates are 5-8% and 7-15% respectively (Politi et al. 1993, Salgarelli et al. 2005). According to other authors, the rates of occurrence in the upper lip range between 2 and 12%, since it is thought to be more protected compared to the lower lip (Baker and Krause, 1980, Myers and Suen, 1996). As some authors characteristically write, it seems that squamous cell carcinoma "ignores" the upper lip (Lindqvist, 1979, Johnson, 1991). Of the 188 cases of squamous cell lip carcinomas that were treated at our department, 167 involved the lower lip (88.8%) and only 8 the upper lip (4.3%).

The survival rate for lip carcinoma is one of the highest among carcinomas of the head and neck region. The mortality rate is estimated to be at 10-15% (MacKay and Sellers, 1964, Jorgensen et al. 1973, Heller and Shah, 1979, Baker and Krause, 1980, Thawley et al. 1999).

Prognosis depends significantly on the extent of the disease at the patient's first visit. It usually has a good prognosis, which might even reach 90% (five-year survival) at stages T1 and T2, ranging from 85% to 99% and from 71% to 97% respectively (MacKay and Sellers, 1964, Jorgensen et al. 1973, Cruse and Radocha, 1987, Grover and Shaw, 1989, Beauvois et al. 1994, Hjordtal et al. 1995, Teuber et al. 1995, Myers and Suen, 1996, de Visscher and van der Waal, 1998). In cases where the disease is extensive or has not been treated early, i.e. stages T3 and T4, five-year survival can drop to 60% and 40% respectively (Hjordtal και συν. 1995, Howaldt και συν. 1999), while in cases of cervical metastatic lymphadenopathy, it might even fall below 30% on average, ranging from 25% to 50% (MacKay and Sellers, 1964, Jorgensen et al. 1973, Baker and Krause, 1980, Rowe et al. 1992, Teuber et al. 1995).

Other factors affecting prognosis, besides the tumour size, include the presence of metastatic lymph nodes, the infiltration of the vascular and lymphovascular spaces, poor histological differentiation, increased depth of infiltration, as well as perineural invasion. It seems that the patient's age can also affect survival, as it has been reported that young patients have worse prognosis, because the disease appears to be more aggressive at younger ages (Boddie et al. 1977, Anderson et al. 1990, Million et al. 1994, Zitsch et al. 1995, Fagan et al. 1998, Mendenhall et al. 2002, Zhu et

καθώς και η περινευρική διήθηση. Επίσης η ηλικία φαίνεται ότι έχει μία επίδραση στην επιβίωση, καθώς έχει καταγραφεί ότι νεαροί ασθενείς έχουν χειρότερη πρόγνωση, με τη νόσο να εμφανίζεται περισσότερο επιθετική (Boddie και συν. 1977, Anderson και συν. 1990, Million και συν. 1994, Zitsch και συν. 1995, Fagan και συν. 1998, Mendenhall και συν. 2002, Zhu και συν. 2004, Sullivan και Smee, 2006). Η εντόπιση του όγκου παίζει κάποιο ρόλο, στο βαθμό που εμπλέκεται και η συγχειλία. Σε προσβολή μόνον του άνω ή κάτω χείλους ή μόνον της συγχειλίας δεν εμφανίζονται διαφορές στα ποσοστά εμφάνισης τραχηλικών μεταστατικών λεμφαδένων. Όταν όμως η βλάβη αφορά το άνω ή το κάτω χείλος με παράλληλη συμμετοχή της συγχειλίας, τότε πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφάνισης περιοχικών μεταστάσεων (Zitsch και συν. 1995, Fagan και συν. 1998).

Η εμφάνιση τραχηλικών μεταστατικών λεμφαδένων ουσιαστικά εξαρτάται από τον ιστολογικό βαθμό διαφοροποίησης και το κλινικό στάδιο και είναι συχνότερη σε προχωρημένα στάδια και σε αδιαφοροποίητα καρκινώματα (Politi και συν. 1993, Ferlay και συν. 1997).

Ως προς τις περιπτώσεις που παρουσιάζονται, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν επιβεβαιώνουν τη σχετικά καλή πρόγνωση που εμφανίζεται στη βιβλιογραφία για τα καρκινώματα από πλακώδες επιθήλιο της συγχειλίας. Το ποσοστό εμφάνισης του καρκινώματος της συγχειλίας με ποσοστό 6,9% επί του συνόλου των 188 ασθενών, είναι αντίστοιχο αυτών που αναφέρει η βιβλιογραφία (Politi και συν. 1993).

Όπως όμως προκύπτει από τη μελέτη των δικών μας περιπτώσεων, 10 (77%) ασθενείς εμφάνισαν μετάσταση στους τραχηλικούς λεμφαδένες, είτε εξ' αρχής (23%), είτε σε δεύτερο χρόνο (54%). Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μεγαλύτερα από αυτά που αναφέρουν άλλοι συγγραφείς (Zitsch και συν. 1999). Αυτό μπορεί ίσως να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι το Νοσοκομείο μας ως αντικαρκινικό κέντρο αναφοράς, αντιμετωπίζει προχωρημένες και πολύπλοκες περιπτώσεις, σε σχέση με άλλα νοσοκομεία ή κέντρα.

Η σύγκριση της επιβίωσης στα διάφορα στάδια, όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 2, καταδεικνύει ότι ασθενείς του σταδίου ΙΙ έχουν την καλύτερη πρόγνωση, αφού το σύνολο των ασθενών που αντιμετωπίστηκαν (100%) είναι εν ζωή. Στον αντίποδα, την χειρότερη πρόγνωση εμφανίζουν οι ασθενείς του σταδίου ΙΙΙ, αφού κανείς από αυτούς δεν επέζησε πέραν της διετίας. Την ίδια στατιστική σημαντικότητα για την εμφάνιση καρκινώματος της συγχειλίας, φαίνεται να έχει το φύλο των ασθενών, καθώς πάνω από το 90% αφορούσε σε άντρες.

Η ανάλυση επιβίωσης με τη μέθοδο Kaplan-Meier καταδεικνύει ως σημαντικούς παράγοντες το κλινικό στάδιο (p=0.040) και το βαθμό διαφοροποίησης (p=0.056).

Ως μη σημαντικοί παράγοντες για την επιβίωση κατα-

al. 2004, Sullivan and Smee, 2006). The site of the tumour can play a role, in cases where the commissure is also involved. When only the upper or lower lip or only the commissure is affected, there is no difference in the rate of occurrence of metastatic neck lymph nodes. However, when the lesion involves both the upper or lower lip and the commissure, then the risk of regional metastases increases dramatically (Zitsch et al. 1995, Fagan et al. 1998).

The occurrence of neck metastasis depends on the histological grade of differentiation and the clinical stage, and is more frequent in advanced stages and in undifferentiated carcinomas (Politi et al. 1993, Ferlay et al. 1997).

Regarding the cases presented in this study, it must be noted that they do not confirm the relatively good prognosis for squamous cell carcinomas of the lip commissures that is reported in the literature. The rate of occurrence of commissure carcinomas with a percentage of 6.9% in a total of 188 patients is similar to that mentioned in the literature (Politi et al. 1993).

However, the study of our cases revealed that 10 patients (77%) developed metastases to cervical lymph nodes, initially (23%) or later in time (54%). These percentages are much higher than those referred by other authors (Zitsch et al. 1999). This could be explained by the fact that our Hospital is a reference Center for cancer treatment and therefore more advanced or complicated cases than other hospitals or centres are treated.

Based on Table 2, a comparison of survival rates at the different stages reveals that stage II patients have the best prognosis, since all stage II patients we treated (100%) are alive. In contrast, stage III patients have the worst prognosis, since none of them survived for more than 2 years. The patient's gender appears to have the same statistical significance for the development of carcinomas at the lip commissures, since more than 90% of the cases were men.

A survival analysis by the Kaplan-Meier method indicates that the clinical stage (p=0.040) and the differentiation degree (p=0.056) are important factors.

The patients age (p=0.332), gender (p=0.553), the lesion's greatest dimension (p=0.274) and clinical appearance (p=0.187), as well as the depth of infiltration (p=0.725) are considered to be statistically non-significant factors for their survival.

On the contrary, the lesion's greatest dimension is a significant factor in the development of a regional metastasis, since in 100% of the cases where the size of the lesion was >3cm, the patients developed cervical metastases (p=0.093) (Table 3).

Lesions located at the lip commissure are difficult to reconstruct and the aesthetic and functional result is not satisfactory in most of the cases. The healthy com-

δεικνύονται η ηλικιακή ομάδα (p=0.332), το φύλο (p=0.553), η μέγιστη διάμετρος της βλάβης (p=0.274), η κλινική μορφή της βλάβης (p=0.187), το πάχος διήθησης (p=0.725).

Αντιθέτως η μέγιστη διάμετρος της βλάβης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση περιοχικής μετάστασης, καθώς το 100% των περιπτώσεων με μέγεθος βλάβης >3cm εμφάνισαν τραχηλικές μεταστάσεις (p=0.093) (Πίνακας 3).

Τα ελλείμματα στη γωνία του στόματος εμφανίζουν δυσκολίες στην αποκατάστασή τους, ενώ το αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα που επιτυγχάνεται, δεν κρίνεται ικανοποιητικό στις περισσότερες περιπτώσεις. Η υγιής αντίπλευρη συγχειλία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σύγκριση με αυτή που αποκαθίσταται, όμως κάποιου βαθμού ασυμμετρία πρέπει πάντα να είναι αναμενόμενη. Στόχος της όποιας αποκατάστασης είναι ο χρησιμοποιούμενος ιστός να προσομοιάζει στο τμήμα που εξαιρέθηκε, αναφορικά με το χρώμα, το πάχος, την ελαστικότητα και την τριχοφυΐα. Σκοπός είναι η δημιουργία χείλους που εξασφαλίζει μία ευρεία διάνοιξη του στόματος για λήψη τροφής και τοποθέτηση τυχόν ολικών προσθετικών αποκαταστάσεων. Το επαρκές ύψος του χείλους και η καλή νευρομυϊκή λειτουργία του σφιγκτήρα επιτρέπουν την πλήρη σύγκλειση των χειλέων και την αποφυγή εκροής υγρών κατά τη μάσηση ή τη λήψη υγρών.

Όλες οι μέθοδοι αποκατάστασης έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους. Όμως οι ασθενείς με SCC της συγχειλίας συνήθως έχουν προχωρημένη νόσο τοπικά και αυτό οδηγεί σε ευρείες εκτομές και σύνθετη αποκατάσταση, η οποία διαφοροποιείται κατά περίπτωση.

Από την καταγραφή της λειτουργικής αποκατάστασης των δικών μας περιπτώσεων φαίνεται ότι η χρήση της μεθόδου κατά Karapandzic, μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές, δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα, γεγονός που επιβεβαιώνει την προτίμησή μας σε αυτήν (Abbé, 1898, Gillies, 1920, Kurth, 1958, McGregor, 1966, Karapandzic, 1974, Herbert και De Geus, 1975, Jackson, 1985). Παρόλα αυτά, ασφαλή συμπεράσματα δεν μπορούν να εξαχθούν για το ποια τεχνική είναι η πλέον κατάλληλη, λόγω του μικρού αριθμού ασθενών που αντιμετωπίσαμε.

Εκείνο όμως που γίνεται σαφές από την παρούσα εργασία, είναι ότι 9 από τους 13 ασθενείς της ομάδας μελέτης εμφάνισαν συγχρόνως ή αργότερα τραχηλικές μεταστάσεις. Έχουμε την άποψη ότι ασθενείς με SCC της συγχειλίας θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικό εκλεκτικό τραχηλικό λεμφαδενικό καθαρισμό σε κλινικά N0 τράχηλο ή σε τροποποιημένο ριζικό σε κλινικά N+ τράχηλο.

Επόμενες μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, είναι πιθανό να μας οδηγήσουν σε συμπεράσματα πιο ασφαλή και εμπεριστατωμένα.

Πίνακας 3. Συνάρτηση μέγιστης διαμέτρου της βλάβης και εμφάνισης τραχηλικής μετάστασης

	Μέγιστη διάμετρος βλάβης			
	<3 cm		>3 cm	
Μετάσταση	Πλήθος	%	Πλήθος	%
Ναι	3	50,0%	7	100,0%
Όχι	3	50,0%	0	0,0%

Table 3. The relation of the lesion's greatest dimension and the development of neck metastasis

	Maximum diameter of the lesion			
	<3 cm		>3 cm	
Metastasis	Number	%	Number	%
Yes	3	50,0%	7	100,0%
No	3	50,0%	0	0,0%

missure of the opposite side can be used as a "benchmark" to correct the defect; however some degree of asymmetry should be expected. Any reconstruction attempt aims to use tissue from donor sites that will be similar to the excised part in terms of colour, thickness, elasticity and hair growth. The aim is to create a lip that would allow the patient to open his mouth wide enough to receive food or fit any full prosthetic devices. An adequate height of the lip and a good neuromuscular function of the sphincter would allow the lips to occlude and prevent fluids from escaping while chewing or drinking.

All reconstruction methods have their advantages and disadvantages. However, patients with SCC of the lip commissures are usually patients with advanced local disease, which leads to wide excisions and complex reconstruction patterns, which might be unique in each case.

Based on the record of the functional reconstruction of our patients, it seems that the use of the Karapandzic technique, alone or in combination with other techniques, produces satisfying results, which confirmed our preference for it (Abbé, 1898, Gillies, 1920, Kurth, 1958, McGregor, 1966, Karapandzic, 1974, Herbert and De Geus, 1975, Jackson, 1985). However, it is not possible to draw reliable conclusions on which technique is the most appropriate, due to the small number of cases in our study.

Nevertheless, what is clear in this paper is that 9 out of the 13 patients in our study group developed neck metastases, concurrently or later in time. Therefore, we believe that patients with SCC of the lip commissure should undergo preventive selective neck dissection, even for clinically N0 neck, and modified radical neck dissection, for clinically N+ neck.

Further studies, involving a larger number of patients, might lead to more reliable and more established results.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ/REFERENCES

Abbé R: A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. Med Rec 53:77-8,1898

American Joint Committee on Cancer, In: Lip and oral cavity, AJCC Cancer Staging Manual. Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia 1997, pp. 24-30.

Anderson C, Krutchkoff D, Ludwig M: Carcinoma of the lower lip with perineural extension to the middle cranial fossa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 69: 614–18, 1990

Baker SR, Krause CJ. Carcinoma of the lip. Laryngoscope 90:19–27, 1980

Beauvois S, Hoffstetter S, Peiffert D, Luporsi E, Carolus JM, Dartois D, Pernot M: Brachytherapy for lower lip epidermoid cancer: Tumoral and treatment factors influencing recurrences and complications. Radiother Oncol 33:195, 1994

Boddie HW, Fisher EP, Byers RM: Squamous carcinoma of the lower lip patients under 40 years of age. South Med J 70:711, 1977

Breuninger H, Sebastian G, Kortmann RD, Wolff KD, Bootz F, Garbe C Deutsche Leitlinie: Plattenepithelkarzinom der Haut, der Lippen und der Augenlider. In: Garbe C (Hrsg.) Interdisziplinäre Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Hauttumoren. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York 2005,pp.12–22

Chidzonga MM: Oral malignant neoplasia: a survey of 428 cases in two Zimbabwean hospitals. Oral Oncol, 42(2):177-83, 2006

Cruse CW, Radocha RF: Squamous cell carcinoma. Plast Reconstr Surg 80:787–791,1987

Doll R: Urban and rural factors in the etiology of cancer. Int J Cancer 47: 803–810, 1991

Fagan JJ, Collins B, Barnes L, D'Amico F, Myers EN, Johnson JT: Perineural invasion in squamous cell carcinoma of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 124: 637–40,1998

Ferlay, J, Black, RJ, Whelan, SL, Parkin, DM: Electronic Database of Cancer Incidence in Five Continents, Vol. VII. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1997

Gillies HD: Plastic surgery of the face. Frowde Hodder & Stoughton, Oxford University Press 1920

Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA: Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 50 (1): 7-33, 2000

Grover R, Shaw JHF: Carcinoma of the lip in Auckland New Zealand 1969–1987. Head Neck 11: 264–268, 1989

Heller KS, Shah JP: Carcinoma of the lip. Am J Surg 138: 600–603, 1979

Herbert DC, De Geus J: Nasolabial subcutaneous pedicle flaps.II Clinical experience. Br J Plast Surg 28:90, 1975

Hjordtal O, Naess A, Berner A: Squamous cell carcinomas of the lower lip. J Cranio Maxillofac Surg 23: 34, 1995

Howaldt HP, Kainz M, Euler B, Vorast H: Proposal for modification of the TNM staging classification for cancer of the oral cavity. J Craniomaxillofac Surg 27: 275, 1999

IARC, The International Agency for Research on Cancer, Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Solar and Ultraviolet Radiation. Lyon: IARC 93–95, 1992

Jackson IT. Lip Reconstruction. In: Jackson IT, editor. Local flaps in head and neck reconstruction. Mosby 1985,pp. 327–412

Johnson NW: Orofacial neoplasms global epidemiology risk factors and recommendations for research. Int Dent J 41: 365–375, 1991

Jorgensen K, Elbrond O, Andersen AP: Carcinoma of the lip: a series of 869 cases. Acta Radiol 12:177-90, 1973

Karapandzic M: Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. Br J Plast Surg 27(1):93-7, 1974

Kurth, ME: "Lip shave" or vermilionectomy: Indications and technique. Br J Plast Surg 10,156, 1958

Landau, S. and Everitt, B: A handbook of statistical analyses using SPSS. Chapman and Hall/CRC, New York 2004, pp. 250-338

Lindqvist C: Risk factors in lip cancer: a questionnaire survey. Am J Epidemiol 109,521–530, 1979

MacKay EN, Sellers AH: A statistical review of carcinoma of the lip. Can Med Assoc J 90:670-2, 1964

McGregor, IA: The tongue flap in lip surgery: British Journal of Plastic Surgery 19, 253, 1966

Mendenhall WM, Amdur RJ, Williams LS, Mancuso AA, Stringer SP, Mendenhall NP: Carcinoma of the skin of the head and neck with perineural invasion. Head Neck 24: 78–83, 2002

Million RR, Cassisi NJ, Mancuso AA: Oral cavity. In: Million RR, Cassisi NJ, Ed. Management of Head and Neck Cancer. Philadelphia: J.B Lippicott 1994,pp. 329-59,

Muir C, Weiland L: Upper aerodigestive tract cancers. Cancer Supplement 75:147-153, 1995

Myers EN, Suen JY: Head and neck neoplasms. Philadelphia: Saunders 1996, pp. 294–320

Ntomouchtsis A, Karakinaris G, Poulolpoulos A, Kechagias N, Kittikidou K, Tsompanidou C, Vahtsevanos K, Antoniades K: Benign lip lesions. A 10-year retrospective study. Oral Maxillofac Surg 14(2):115-8, 2010

Ortiz KL, Meza AG, Valencia VV, Taylor AM: Lip cancer experience in Mexico. An 11-year retrospective study. Oral Oncology: 40, 992–999, 2004

Perea-Milla López E, Miñarro-Del Moral RM, Martínez-García C, Zanetti R, Rosso S, Serrano S, Aneiros JF, Jimenez-Puente A, Redondo M: Lifestyles, environmental and phenotypic factors associated with lip cancer: a case-control study in southern Spain. Br J Cancer 88(11):1702-7,2003

Pogota JM, Preston Martin S: Solar radiation, lip protection and lip cancer risk in Los Angeles County women. Cancer Causes Control 7: 458, 1996

Politi M, Salgarelli AC, Panziera G, Cortelazzi R: Trattamento chirurgico del cancro del labbro. Min Chir 48: 55–64,1993

Pukkala E, Söderholm AL, Lindqvist C: Cancers of the lip and oropharynx in different social and occupational groups in Finland. Oral Oncology, European Journal of Cancer 30B:209-15, 1994

Rowe DE, Correl RJ, Day Jr LC: Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin ear and lip. J Am Acad Dermatol 26: 976–990, 1992

Salgarelli AC, Sartorelli F, Cangiano A, Collini M: Treatment of lower lip cancer: an experience of 48 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 34: 27–32, 2005

Shear M: The distribution of oral cancer in Africans and Whites in Johannesburg (1965–1968). J Dent Assoc South Afr 360–369, 1970

Silverman S: Oral cancer. 4th ed, BC Decker, Hamilton-London, 1998, pp. 48-63

Sullivan LM,Smee R: Leptomeningeal carcinomatosis from perineural invasion of a lip squamous cell carcinoma. Australasian Radiology 50: 262–266, 2006

Teuber S, Kloss M, Lautenschlager C: Ananmestische, klinische und prognostische Faktoren beim Lippenkarzinom. Dtsch Mund Kiefer GesichtsChir 19:81, 1995

Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD: Comprehensive management of head and neck tumors. Philadelphia:Saunders 1999,pp. 673–85

de Visscher J, Grond A.J, Botke G, van der Waal I: Results of radiotherapy for squamous cell carcinoma of the vermilion border of the lower lip. A retrospective analysis of 108 patients. Radiotherapy and Oncolocy 39 :9-14, 1996

de Visscher J G, van den Elsaker K, Grand AJ, van der Wal JE, van der Waal I: Surgical Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the

Lower Lip: Evaluation of Long-Term Results and Prognostic Factors- A Retrospective Analysis of 184 Patients. J Oral Maxillofac Surg 56:814-820, 1998

de Visscher J, van der Waal I: Etiology of cancer of the lip, a review. Int J Oral Maxillofac Surg 27: 199, 1998

de Visscher JG, Grond AJ, Otter R, van der Waal I: Lip cancer. A review. Ned Tijdschr Tandheelkd 109: 391-5,2002

Zhu JJ, Padillo O, Duff J, Hsi B-L, Fletcher J, Querfurth H: Cavernous sinus and leptomeningeal metastases arising from a SCC of the face: case report. Neurosurgery 54: 492–9, 2004

Zitsch RP 3rd, Park CW, Renner GJ, Rea JL: Outcome analysis for lip carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg 113: 589–96, 1995

Zitsch R: Evaluation and surgical therapy of tumors of the oral cavity, lip tumors. In: Thawley, Panje, Batsakis, Lindberg: Comprehensive management of head and neck tumors. WB Saunders Co, Philadelphia 1999,pp.673-685

Zitsch RP, Lee BW, Smith RB: Cervical lymph node metastases and squamous cell carcinoma of the lip. Head Neck 21:447–53, 1999

Διεύθυνση επικοινωνίας:
Ντομουχτσής Άρης
Πηλέως 4,
546 33 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 6972 307329
e-mail: kyrconst@otenet.gr

Address:
Ntomouchtsis Aris
4 Pileos Street,
546 33, Thessaloniki, Greece
Tel.: 6972 307329
e-mail: kyrconst@otenet.gr