

Management oncologico e ricostruttivo nella recidiva multipla del carcinoma basocellulare del naso

C. MONARCA, S. CHIUMMARELLO¹, P. MEZZANA, M.I. RIZZO, C. ALFANO¹, N. SCUDERI

RIASSUNTO: Management oncologico e ricostruttivo nella recidiva multipla del carcinoma basocellulare del naso.

C. MONARCA, S. CHIUMMARELLO, P. MEZZANA, M.I. RIZZO, C. ALFANO, N. SCUDERI

Il carcinoma basocellulare (CB) cresce per estensione diretta sostituendo le strutture anatomiche vicine; raramente dà metastasi, ma può infiltrare i tessuti contigui con un comportamento biologico invasivo ed aggressivo. Il CB del naso ha spesso un comportamento altamente aggressivo, con un pattern di crescita infiltrativo. La rapida estensione della neoplasia alle adiacenti strutture facciali richiede resezioni ampie dal punto di vista del management oncologico.

Nel nostro studio presentiamo un uomo di 69 anni affetto da CB del dorso del naso, trattato mediante asportazione chirurgica radicale con margini risultati liberi da malattia all'esame istologico. Il paziente, successivamente al primo intervento, sviluppava una recidiva locale. Pertanto veniva sottoposto ad escissione chirurgica della recidiva e l'esame istologico evidenziava un pattern di CB metatipico ed infiltrativo senza coinvolgimento dei margini di resezione. In seguito, il paziente sviluppava un'ulteriore recidiva locale coinvolgente l'ala sinistra del naso e la guancia omolaterale. L'esame istologico dimostrava, ancora una volta, un pattern metatipico ed infiltrativo, con margini di resezione liberi da neoplasia, ma con coinvolgimento del vestibolo nasale. Il paziente era pertanto sottoposto ad un'altra ampia resezione locale in corrispondenza dell'ala nasale sinistra sino all'osso mascellare, senza procedura ricostruttiva. Tre anni più tardi, aveva ancora recidiva locale e veniva sottoposto ad ennesima procedura chirurgica, consistente in una resezione molto ampia con concomitante dissezione selettiva dei linfonodi laterocervicali di sinistra. L'esame istologico dimostrava un pattern di CB metatipico solido infiltrativo con margini e linfonodi liberi da malattia. Un anno dopo veniva allestito un lembo frontale per ricostruire il naso e il deficit sinistro di guancia. Attualmente, con follow-up a 16 mesi, il paziente risulta libero da malattia.

SUMMARY: Oncological and reconstructive management in a patient with multiple recurrences of basal cell carcinoma of the nose.

C. MONARCA, S. CHIUMMARELLO, P. MEZZANA, M.I. RIZZO, C. ALFANO, N. SCUDERI

Basal cell carcinoma (BCC) grows by direct extension replacing local anatomical structure; it rarely metastasizes, however may cause severe injury expanding to contiguous tissues with a biological invasive behaviour. BCC of the nose is often a highly aggressive neoplasia with infiltrative growth pattern. Fast cancer extension to the adjacent facial structures requires wide resection for oncological management.

In our study we present a 69-year-old male affected by BCC of the nose back and treated by surgical radical excision with free margin disease at histological examination. Patient, subsequently, developed a local relapse. Therefore, he underwent surgical excision of the recurrence and the histological evaluation pointed out a metatypical and infiltrative BCC pattern without margins involvement. Afterwards, the patient developed another local recurrence involving the left alar nose and the omolateral cheek. Histological examination still demonstrated a metatypical and infiltrative pattern, with disease free margins, but nasal vestibule involvement. Successively the patient had another local wide resection from the nasal wing to the maxillary bone without reconstructive procedure. Three years after, the patient developed another local relapse and underwent another surgical procedure, consisting in a very wide resection with concomitant selective left laterocervical node dissection. Histological evaluation demonstrated a metatypical solid infiltrative BCC pattern with disease free margins and lymph nodes. One year after, forehead flap was made to reconstruct the nose and left cheek deficit. At 16 months follow-up the patient remains disease free.

KEY WORDS: Carcinoma basocellulare - Pattern metatipico - Cancro del dorso del naso - Recidiva multipla - Lembo frontale. Invasive basal cell carcinoma - Metatypical pattern - Nose back cancer - Multiple recurrences - Forehead flap.

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Dipartimento di Dermatologia e Chirurgia Plastica Ricostruttiva
(Direttore: Prof. N. Scuderi)

¹ Università degli Studi di Perugia
Dipartimento di Chirurgia Plastica Ricostruttiva
(Direttore: Prof. C. Alfano)

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Introduzione

Il carcinoma basocellulare (CB) è la più comune neoplasia cutanea e colpisce prevalentemente gli individui di razza bianca. Ha generalmente un decorso be-

nigno e una prognosi estremamente favorevole, con un tasso di mortalità inferiore all'1% (1, 2). Origina dalle cellule basali dell'epidermide, ma la sua etiopatogenesi non è completamente chiarita (3). Il CB cresce per continuità e contiguità, invadendo e sostituendo i tessuti, con sovertimento della loro normale architettura anatomica e distruzione tissutale locale. Caratteristica è la rara tendenza a dare metastasi linfonodali e a distanza, pertanto non è generalmente causa di decesso per il paziente. Nonostante ciò, esiste una variante di CB, definita "aggressiva", che mostra un comportamento biologico estremamente distruttivo, responsabile di un grave ed esteso danno tissutale locale e diffusione ai tessuti circostanti (4). Caratteristica delle varianti aggressive di CB (morfeiforme, recidivante, metatipica, etc.) è la difficoltosa sterilizzazione del focolaio neoplastico (5, 6).

Il CB si localizza frequentemente al dorso del naso. In questa sede spesso mostra un comportamento aggressivo, con una crescita cutanea e sottocutanea e con un pattern infiltrante, soprattutto se localizzato alla base della columella, all'ala nasale, in prossimità della regione cantale. In particolare, la forma che coinvolge la columella ha un comportamento caratteristicamente aggressivo con frequente invasione dell'osso mascellare e del pavimento e della mucosa nasale, vie di potenziale invasione della fossa cranica anteriore. La rapida estensione della neoplasia alle ossa adiacenti e alle strutture cartilaginee della faccia richiede un'estesa demolizione per ottenere la radicalità oncologica (7). Tanto è vero che il CB invasivo, non asportato radicalmente, presenta una lunga storia di recidive, divenendo nel tempo letale (8-10). Inoltre, problematica non trascurabile, la recidiva cutanea impone particolare attenzione al timing ricostruttivo.

Presentiamo il caso clinico di un paziente affetto da CB del dorso del naso a comportamento aggressivo e il management oncologico e ricostruttivo.

Caso clinico

Un uomo bianco di 69 anni, con fototipo II, si presentava alla nostra attenzione con anamnesi di prolungata esposizione solare per cause lavorative e diagnosi di BC del dorso del naso nel 2001, recidivato localmente nello stesso anno ed ampiamente resecato con ricostruzione della perdita di sostanza mediante lembo V-Y. L'esame istologico identificava un carcinoma metatipico invasivo con margini di resezione indenni da malattia. Nel 2003, il paziente aveva una nuova recidiva locale nell'ala nasale sinistra e nella guancia omolaterale. L'intervento chirurgico realizzava una nuova resezione radicale della lesione con margini ampi di resezione e ricostruzione dell'ala nasale mediante innesto condro-cutaneo e "sliding flap" per ricostruire il deficit residuo della guancia omolaterale. L'istologia evidenziava nuovamente una lesione basaliomatosa metatipica a pattern infiltrativo con margini liberi da malattia sull'ala nasale, ma con coinvolgimento neoplastico del vestibolo

nasale. Pertanto, alcuni mesi più tardi, il paziente veniva sottoposto ad un nuovo intervento chirurgico con asportazione dell'ala nasale sinistra, giungendo in profondità fino all'osso mascellare escluso, senza alcuna procedura ricostruttiva. La valutazione istologica evidenziava nuovamente CB infiltrante che interessava il pavimento della coana nasale e i margini di resezione.

Nel 2004 il paziente veniva sottoposto ad esame TC della testa e del collo che rilevava una neoplasia solida delle dimensioni di 30x14 mm, che si estendeva al piano muscolare e al seno mascellare con interessamento linfonodale neoplastico sinistro laterocervicale e sovraclaveare delle dimensioni rispettivamente di 10 mm e 6 mm. Il paziente veniva sottoposto, quindi, ad un ulteriore intervento chirurgico nel giugno del 2004, con una resezione ampia della recidiva neoplastica che si estendeva alla regione nasogeniena, alla piramide nasale, al seno mascellare nella sua parete anteriore. Inoltre, veniva eseguita una linfadenectomia laterocervicale sinistra selettiva. L'analisi istologica dimostrò un CB metatipico solido ed infiltrante con margini liberi da malattia e linfonodi indenni da diffusione neoplastica.

Nell'aprile 2005 il paziente si sottoponeva ad una nuova indagine TC che non evidenziava ripresa di malattia. Nel maggio 2005 un espansore tissutale veniva collocato nella regione frontale e nel novembre 2005 un lembo frontale paramediano pre-espanso veniva scolpito per completare la procedura chirurgica ricostruttiva del naso e della guancia. Contestualmente veniva eseguita una biopsia intraoperatoria del margine della guancia sinistra. La valutazione istologica evidenziava una recidiva di "carcinoma metatipico anaplastico".

Nel gennaio 2006 il paziente si sottoponeva a revisione del peduncolo del lembo frontale precedentemente realizzato e ad una nuova ampia resezione del margine della regione geniena coinvolta dalla neoplasia. Per la ricostruzione del deficit veniva scolpito un lembo locale nasogenieno per ricostruire la narice sinistra e ripristinare la forma del labbro superiore. La valutazione istologica evidenziava una ulteriore recidiva di "carcinoma metatipico anaplastico" con margini di resezioni indenni da malattia.

Attualmente il paziente, con follow-up di 16 mesi, è libero da malattia.

Discussione

Il CB generalmente mostra una crescita lenta ed una invasione superficiale. Un piccolo ma significativo numero di CB è, invece, clinicamente aggressivo con recidive multiple (11, 12). I pazienti con diagnosi di CB aggressivo sono maggiormente a rischio di recidiva locale. La recidiva neoplastica è correlata con: dimensioni e localizzazione della neoplasia, sesso maschile, caratteristiche istologiche di aggressività, margini di resezione positivi, invasione perineurale, coinvolgimento linfonodale (13, 14).

I casi di CB con pattern istopatologico aggressivo sulla prima biopsia, grandi dimensioni e localizzazione al terzo medio del volto sono quelli che necessitano di un management chirurgico particolarmente demolitivo per ottenere la radicalità oncologica (15).

Anche l'alta morbilità e l'occasionale mortalità nei pazienti affetti da tali forme di CB spingono verso una chirurgia ampia ed estesa per ottenere un'eradicazione certa della malattia. Inoltre, quando il tumore presen-

ta una recidiva locale dopo ablazione chirurgica, essa sarà più aggressiva della lesione primitiva. I migliori risultati oncologici ed estetici sono quindi ottenibili mettendo in atto una strategia chirurgica aggressiva fino dalla prima escissione. Un'inadeguata escissione sul naso, sulle palpebre o su altre zone del volto per preservare l'aspetto estetico espone ad un rischio molto elevato di recidiva che imporrà un'ulteriore chirurgia demolitiva. Un'inadeguata terapia primaria di un BC aggressivo può addirittura portare a decesso il paziente, attraverso un percorso di multiple recidive.

La radioterapia dovrebbe essere riservata a pazienti non candidabili alla chirurgia; tra i criteri di esclusione si annoverano: le condizioni generali scadute e l'esistenza di mutilazioni estese a causa di numerose pregresse recidive.

Se il BC invasivo infiltra le strutture profonde (muscoli, ossa, cartilagini, dura madre), può risultare impossibile determinare i limiti della resezione, poiché spesso sono infiltrate strutture lontane dai margini clinicamente visibili della neoplasia.

Nel nostro caso, nonostante l'ampia demolizione chirurgica delle strutture coinvolte dalla neoplasia, il

cui pattern istologico non era prognosticamente favorevole, il paziente ha avuto multiple recidive. Inoltre, la valutazione istologica dei margini di resezione non ha garantito l'eradicazione neoplastica, con ripresa di malattia nonostante essi si mostrassero microscopicamente indenni.

La neoplasia nel tempo è evoluta verso un clone neoplastico clinicamente e istologicamente sempre più aggressivo. Attualmente il paziente risulta libero da malattia, con follow-up a 12 mesi, ma le caratteristiche istologiche della malattia e il comportamento biologico sono purtroppo altamente predittivi di ulteriore recidiva a medio termine.

Conclusioni

Un numero non elevato ma significativo di BC si dimostra clinicamente aggressivo con importante propensione alla recidiva. In questi casi, specie nelle localizzazioni al terzo medio del volto, il primo trattamento chirurgico deve essere esteso ed aggressivo, per poter garantire la radicalità oncologica e migliorare la prognosi.

Bibliografia

1. Asilian A, Tamizifar B. Aggressive and neglected basal cell carcinoma. *Dermatol Surg.* 2005;31(11):1468-71.
2. Ting PT, Kasper R, Arlette JP. Metastatic basal cell carcinoma: report of two cases and literature review. *J Cutan Med Surg.* 2005;9(1):10-5.
3. Roncevic R., Aleksic V., Stojiic M., Jovanovic M., Roncevic D. Invasive, aggressive basal cell carcinoma: carcinoma basocellulare terebrans ulcus terebrans. *Eur J Plast Surg.* 2006; 28:379-384.
4. Motomura H, Taniguchi T, Harada T, Muraoka M, Ishii M. Aggressive basal cell carcinoma in the nasal region. *J Dermatol.* 2005;32(6):424-31.
5. Farley RL, Manolidis S, Ratner D. Aggressive Basal cell carcinoma with invasion of the parotid gland, facial nerve, and temporal bone. *Dermatol Surg.* 2006;32(2):313-21.
6. Leffell DJ, Headington JT, Wong DS, Swanson NA. Aggressive-growth basal cell carcinoma in young adults. *Arch Dermatol.* 1991;127(11):1663-7.
7. Mignogna FV, Garay KF. Surgical rescue of recurrent carcinoma of the nasal columella. *Am J Surg.* 1995;170(5):453-6.
8. Salgarello M, Seccia A, Sturla M, Bracaglia R, Loreti A, Vricella M, Farallo E. Analysis of infiltrating epitheliomas of the nose examined from 1986 to 1995. *J Otolaryngol.* 1998; 27(5):288-92.
9. Williams JZ, Evans GR, Ainslie NB. Cutaneous nasal malignancies: is primary reconstruction safe? *Tex Med.* 1998; 94(8):57-61.
10. Panje WR, Ceilley RI. Nasal skin cancer: hazard to a uniquely exposed structure. *Postgrad Med.* 1979;66(1):75-82.
12. Rowe D, Carroll RJ, Day CL Jr.: Long-term recurrence rate in previously untreated primary basal cell carcinoma: Implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989;15: 315-328.
13. Lang P, Maize JC: Histologic evolution of recurrent basal cell carcinoma and treatment implication. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:186-196.
14. Martin RN, Edwards MJ, Cawte TG, Sewell CL, McMasters KM: Basosquamous carcinoma: Analysis of prognostic factors influencing recurrence. *Cancer.* 2000;88:1365-1369.
15. Walling HW, Fosko SW, Geraminejad PA, Whitaker DC, and Arpey CJ. Aggressive basal cell carcinoma: Presentation, pathogenesis, and management. *Cancer Metastasis Rev.* 2004; 23:389-402.

M.G. Balzanelli

MANUALE DI MEDICINA DI EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO

Il edizione aggiornata
con le Linee Guida
ILCOR 2005-2006
per la Rianimazione
Cardiopulmonare

Volume brossurato
di 1.536 pagine
f.to cm 12x19
€ 80,00

per acquisti online
www.gruppocic.com



CIC Edizioni Internazionali

