

Poniżej znajdują się streszczenia licznych artykułów naukowych związanych z wykorzystywaniem chirurgii mikrograficznej Mohsa oraz histologii 3D.

J Dtsch Dermatol Ges. 2010 Nov;8(11):920-5. doi: 10.1111/j.1610-0387.2010.07314.x.

Wycięcia Kontrolowane Mikroskopowo MCS

[Artykuł w języku Angielskim i Niemieckim]

Löser C, Rompel R, Breuninger H, Möhrle M, Häfner HM, Kunte C, Hassel J, Hohenleutner U, Podda M, Sebastian G, Hafner J, Konz B, Kaufmann R; Niemieckie Towarzystwo Dermatologii.

Źródło

Hautklinik am Klinikum Ludwigshafen GmbH, Ludwigshafen. c.loeser@derma.de

Streszczenie

Wycięcia kontrolowane mikroskopowo stanowią bezpieczną i sprawdzoną metodę stosowaną w celu potwierdzenia doszczętności miejscowej R0 nowotworów naciekających oraz oszczędzenia tkanki, zwłaszcza w przypadku, gdy pobrana tkanka styka się z brzegiem nacięcia.

Lancet Oncol. 2008 Aug;9(8):713-20. Epub 2008 Jul 9.

Analiza czynników ryzyka wpływających na rokowania w przypadku raka płaskonabłonkowego skóry: badanie prospektywne

Brantsch KD, Meisner C, Schönfisch B, Trilling B, Wehner-Caroli J, Röcken M, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Eberhard Karls University, Tübingen, Germany.

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Nowotwory płaskonabłonkowe skóry (SCC) są zaliczane do najczęstszych nowotworów dających przerzuty. Obowiązująca klasyfikacja kliniczna stopnia zaawansowania nowotworów TNM (guz-węzeł-przerzuty) bierze pod uwagę rozmiar guza w poziomie, zajęcie struktur pozaskórnych oraz stopień zróżnicowania. Celem tego badania była prospektywna analiza kluczowych czynników mających wpływ na wystąpienie przerzutów oraz nawrotów miejscowych SCC.

METODY

Oszacowaliśmy prospektywnie zbadane potencjalne czynniki ryzyka przerzutów lub miejscowych nawrotów SCC, wcześniej sugerowane na podstawie badań retrospekcyjnych oraz krótkiej serii przypadków u 614 pacjentów rasy białej. Wszyscy pacjenci w okresie od 1 stycznia 1990r. do 31 grudnia 2001r. przeszli zabieg wycięcia SCC skóry i pełną trójwymiarową ocenę histopatologiczną marginesów wycięcia guza (histologia 3D) w jednym laboratorium. Analiza jednoczynnikowa i wieloczynnikowa obejmowała parametry takie jak grubość guza, wymiary w przekroju poziomym, lokalizacja, zróżnicowanie histologiczne, guz desmoplastyczny, w przeszłości zdiagnozowany SCC mnogi oraz immunosupresja. Za pierwszorzędowe punkty końcowe uznano moment wystąpienia przerzutu i moment wystąpienia nawrotu miejscowego określone jako, odpowiednio, czas od daty diagnozy nowotworu pierwotnego do daty diagnozy przerzutu lub nawrotu miejscowego.

WYNIKI

Do badania zakwalifikowano 653 pacjentów. Kontakt z 38 pacjentami został utracony co pozostawiło 615 pacjentów, których poddano badaniu (średnia wieku 73 lata [zakres 27 – 98]). Podczas okresu obserwacji trwającego średnio 43 miesiące (zakres 1 – 165) przerzuty wystąpiły u 26 (4%) z 615 pacjentów natomiast u 20 pacjentów wystąpiły nawroty miejscowe (3%). Guzy o grubości 2.0 mm lub mniejsze nie dawały przerzutów. Przerzuty dotyczyły 12 (4%) z 318 guzów o grubości pomiędzy 2.1mm a 6.0 mm oraz 14 (16%) z 90 guzów o grubości powyżej 6.0mm. Kluczowe czynniki prognostyczne przerzutów określone za pomocą analizy wieloczynnikowej to większa grubość guza (współczynnik ryzyka 4.79 [95% CI 2.22-10.36]; $p<0.0001$), immunosupresja (4.32 [1.62-11.52]; $p=0.0035$), lokalizacja w pobliżu ucha (3.61 [1.51-8.67]; $p=0.0040$), oraz większe wymiary w przekroju poziomym (2.22 [1.18-4.15]; $p=0.0128$). Ryzyko wystąpienia nawrotu miejscowego było uzależnione od większej grubości guza (6.03 [2.71-13.43]; $p<0.0001$) oraz desmoplazji (16.11 [6.57-39.49]; $p<0.0001$).

INTERPRETACJA

Znaczące ryzyko wystąpienia przerzutów dotyczy jedynie SCC o grubości powyżej 2.0 mm. Guzy większe niż 6.0mm dają większe ryzyko przerzutów i nawrotów lokalnych. Niezależnym czynnikiem ryzyka nawrotu miejscowego jest guz desmoplastyczny. Badania powinny ocenić rolę wizyt kontrolnych i procedury biopsji węzła wartowniczego u pacjentów z grupy podwyższonego ryzyka.

J Dtsch Dermatol Ges. 2005 Feb;3(2):109-12.

Efekty kosmetyczne histograficznie kontrolowanego wycięcia nieczerniakowego nowotworu skóry okolicy głowy i szyi.

Eberle FC, Schippert W, Trilling B, Röcken M, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitäts-Klinikum Tübingen, Niemcy.

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Poza celem nadrzędnym czyli całkowitym usunięciem efekt kosmetyczny jest ważnym aspektem leczenia nieczerniakowych nowotworów skóry, w szczególności z okolicy głowy i szyi.

PACJENCI I METODY:

W okresie od 1990 do 2000 roku w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Tübingen u 4,239 pacjentów leczonych szpitalnie wyleczyliśmy łączną liczbę 5,227 dużych nowotworów podstawnokomórkowych (BBC) i 1,189 nowotworów płaskokomórkowych (SCC) z okolicy głowy i szyi poprzez wycięcie chirurgiczne. U wszystkich pacjentów zastosowano zabieg zachowawczego wycięcia kontrolowanego z pełną histologią trójwymiarową wszystkich marginesów (histologia 3D) i jeśli było to wymagane precyzyjnie ukierunkowany zabieg wtórny (chirurgia histograficzna). W ramach przewidywanych badań kontrolnych zwróciliśmy się do lekarza prowadzącego rok i cztery lata później z prośbą o ocenę wyników naszych procedur chirurgicznych.

WYNIKI

Z 5,565 odesłanych do nas ankiet kontrolnych 4,868 zawierały odpowiedzi dotyczące efektu kosmetycznego. Dane z obydwu odpowiedzi zostały zgromadzone. 1,972 (40,5%) pacjentów efekt oceniło jako 'znakomity', 1,992 (40,9%) jako 'dobry', 662 (13,6%) jako 'zadawalający', 191 (3,9%) jako 'przeciętny' a 51 (<1,0%) jako 'słaby'. W przypadku 697 odpowiedzi lekarz nie skomentował efektu kosmetycznego lub badania kontrolne nie zostały przeprowadzone.

WNIOSKI

Zarówno w odniesieniu do długoterminowego bezpieczeństwa jak również efektu kosmetycznego zabieg wycięcia guza z histologią 3D marginesów wycięcia narzuca bardzo wysokie standardy w leczeniu nieczerniakowego nowotworu skóry obszaru głowy i szyi.

J Dtsch Dermatol Ges. 2004 Aug;2(8):661-7.

Włóknakomięsak guzowaty skóry - uaktualnienie

Breuninger H, Sebastian G, Garbe C

Źródło

Universitäts-Hautklinik Tübingen. helmut.breuninger@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Włóknakomięsak guzowaty skóry (DFSP) to rzadki nowotwór skóry o pośrednim stopniu złośliwości histologicznej, którego komórki wykazują zróżnicowanie fibroblastyczne. Patogeneza tego guza nie została jeszcze w pełni ustalona. Ostatnio przeprowadzone podstawowe badania genetyczne DFSP wykazały translokacje chromosomowe ogólnie określane mianem „chromosomów pierścieniowych”. Przyczyną ich powstawania jest fuzja chromosomów 17q22 i 22q13, loci genów odpowiedzialnych za kodowanie łańcucha alfa kolagenu typu I. Diagnoza jest postawiona na podstawie histologii. Barwienie immunohistochemiczne w kierunku CD 34 i czynnika XIIIa może ułatwić różnicowanie tego guza z atypowym włókniakiem guzowatym i włókniakomięsakiem skóry jak również ze złośliwym włókniakiem histocytnym dającym zazwyczaj gorsze rokowania. Stopień zaawansowania nowotworów można oszacować za pomocą CT oraz bardziej dokładnie za pomocą MRI. Żadna z tych metod nie jest w stanie wykryć drobnych sznurów komórek nowotworowych dochodzących do graniczącej tkanki łącznej i tłuszczowej. Zabieg operacyjny to opcjonalny sposób leczenia DFSP. Miejscowo naciekający charakter guza wiąże się z klinicznie niewidocznym rozrostem często obejmującym szerokie marginesy poziome. Najlepszą metodą wykrycia tego rodzaju rozrostu nowotworu jest ciągle przeprowadzanie badań histologicznych skrawków parafinowych wszystkich marginesów, w tym podstawy guza (histologia 3D). Ponowne wycięcie tkanki zmienionej nowotworowo do momentu uzyskania marginesów wycięcia wolnych od komórek guza („zabieg histograficzny”) jest gwarancją wysokiego odsetka wyleczeń (97%) przy zachowaniu zdrowej tkanki.

Int J Oral Maxillofac Surg. 2011 Sep;40(9):943-8. Epub 2011 May 19.

Wykorzystanie techniki obrazowania 3D do badania histologicznego podczas zabiegu chirurgicznego raka podstawnocomórkowego i płaskocomórkowego: częstotliwość nawrotów i przebieg kliniczny

Häfner HM, Breuninger H, Moehrle M, Trilling B, Krimmel M.

Źródło

Department of Dermatology, University of Tübingen, Niemcy.

hans-martin.haefner@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

W badaniu prospektywnym duża liczba pacjentów z rakiem podstawnocomórkowym (BCCs) i płaskocomórkowym została poddana zabiegowi wykorzystującemu histologię trójwymiarową (3D) a wyniki zostały ocenione w odniesieniu do nawrotów miejscowych. Wycięte guzy zostały zbadane za pomocą histologii 3D i rutynowej procedury przy wykorzystaniu parafiny do momentu uzyskania marginesów chirurgicznych wolnych od guza. Prospektywna ocena okresu przeżycia bezobjawowego i przeżycia całkowitego 5227 pierwotnych BCCs u 3320 pacjentów i 615 pierwotnych naciekających SCCs u 600 pacjentów została przeprowadzona w formie listownej, z informacją zwrotną od pacjentów i lekarzy. Średnio okres badań kontrolnych wynosił 5 lat. W grupie pacjentów z BCC miejscowe nawroty wystąpiły u 36 z 3320 pacjentów (1%, obliczony jako procent leczonych BCCs:0.7%). W grupie pacjentów z SCC wystąpiło 20 nawrotów miejscowych (3%). Częstotliwość nawrotów w przypadku SCC z desmoplazją wyniosła 24% podczas gdy częstotliwość nawrotów zwykłych SCC bez desmoplazji wyniosła 1%. W porównaniu z normalną procedurą histopatologiczną zabieg chirurgiczny połączony z wykonaną następnie histologią 3D skutkuje bardzo niską częstotliwością nawrotów BCC i SCC, bez konieczności podejmowania jakichkolwiek dalszych działań.

Eur J Radiol. 2010 Jul;75(1):2-11. Epub 2010 May 13.

Aktualne koncepcje w klasyfikacji, diagnozowaniu i leczeniu anomalii naczyniowych

Ernemann U, Kramer U, Miller S, Bisdas S, Rebmann H, Breuninger H, Zwick C, Hoffmann J

Źródło

Klinika Radioneurologii Diagnostycznej i Interwencyjnej, Klinika Radiologii, Szpital Uniwersytecki Tübingen, Hoppe-Seyler-Strasse 3, 72076 Tübingen, Niemcy.
ulrike.ernemann@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Pacjenci z dużymi anomaliami naczyniowymi mogą cierpieć z powodu znaczącego upośledzenia estetycznego oraz funkcjonalnego, tym samym stanowiąc wyzwanie dla planowania przebiegu terapii, któremu najlepiej jest sprostać za pomocą koncepcji interdyscyplinarnej. Zgodnie z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Badań nad Anomaliami Naczyniowymi (ISSVA) zmiany naczyniowe są zaliczane do grupy naczynek krwionośnych z jednej strony jako mnogie nowotwory śródbłonna a z drugiej jako wrodzona anomalia naczyniowa. Zgodnie z dominującym typem kanałów naczyniowych i parametrami hemodynamicznymi malformacje dzieli się na zmiany niskoprzepływowe (żylny, limfatyczny i kapilarny) i wysokoprzepływowe. Obrazowanie diagnostyczne powinno być ukierunkowane na konkretne, strukturalne i funkcjonalne informacje wymagane w celu zaplanowania leczenia. Uzyskanie takich informacji jest możliwe przy zastosowaniu obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (MRI) oraz angiografii rezonansu magnetycznego (MRA) o wysokiej rozdzielności przestrzennej i czasowej.

Wskazania dotyczące leczenia naczynek krwionośnych są uzależnione od sposobu rozprzestrzeniania się zmiany i obejmują beta-blokery w celu doprowadzenia do zaniku jak również krioterapię oraz chirurgię laserową i otwartą. Interwencyjne zabiegi radiologiczne stały się istotnym elementem planu leczenia interdyscyplinarnego anomalii naczyniowych i obejmują one przezskórną skleroterapię etanolem i OK-432 w przypadku malformacji żylnych i limfatycznych oraz embolizację przektętniczą w przypadku zmian wysokoprzepływowych.

Br J Dermatol. 2009 Mar;160(3):591-9. Epub 2008 Nov 25.

Czerniak akralny: histologia konwencjonalna i histologia trójwymiarowa

Lichte V, Breuninger H, Metzler G, Haefner HM, Moehrle M.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitätsklinikum Tübingen, Eberhard-Karls-Universität, Liebermeisterstr. 25, D-72076 Tübingen, Niemcy. verena.lichte@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Pacjenci z czerniakiem akralnym (ALM) mają zazwyczaj złe rokowania. ALM stanowi od 4 do 10% czerniaków skóry u ludzi rasy białej. Zabieg jest zazwyczaj oparty na konwencjonalnej ocenie histologicznej. Zastosowanie chirurgii mikrograficznej daje możliwość wycięcia nowotworów rozprzestrzeniających się przy mniejszych marginesach operacyjnych gwarantując lepszy wynik kosmetyczny i funkcjonowanie.

CELE:

Dokonano oceny parametrów klinicznych i strategii chirurgicznych mających wpływ na rokowania pacjentów z ALM.

METODY:

W latach 1980 – 2006 odnotowano dwustu czterdziestu jeden pacjentów (44% mężczyzn, 56% kobiet) z I/II stopniem ALM. U stu trzydziestu trzech pacjentów wykonano pełną histologię trójwymiarowych marginesów chirurgicznych (histologia 3D) przy użyciu techniki parafinowej. Dokonano oceny czynników ryzyka okresu przeżycia zależnego od nowotworu i przeżycia bez nawrotów.

WYNIKI:

Przebadano pacjentów w wieku 26 – 87 lat (średnio 63) o grubości guza 2.0 mm. Średni okres obserwacji wynosił 41 miesięcy. Za pomocą analizy wieloczynnikowej określono czynniki ryzyka mające wpływ na przeżycie bez nawrotów i przeżycie zależne od nowotworu takie jak: owrzodzenie, konwencjonalna histologia i grubość guza. Przy zastosowaniu histologii 3D marginesy wycięcia były znacząco mniejsze (średnio 7 na 20 mm) i bez podwyższonego ryzyka wystąpienia nawrotów miejscowych. U 81% pacjentów z histologią 3D okres przeżycia wyniósł 5 lat natomiast w przypadku histologii konwencjonalnej czas 5-letniego przeżycia dotyczył 63% pacjentów. Analiza retrospektywna przy zastosowaniu metod immunohistologicznych (anti-Melan-A) mogła zwiększyć dokładność diagnostyki w wykrywaniu dalszych gniazd melanocytów.

WNIOSKI:

Czynniki kliniczne i chirurgiczne mają różny wpływ na wyniki ALM. Histologia 3D umożliwia redukcję marginesów wycięcia o dwie trzecie, bez zwiększonego ryzyka nawrotów miejscowych i przy lepszych rokowaniach. Immunohistologia 3D mogłaby stanowić cenne narzędzie diagnostyczne umożliwiające zmniejszenie częstotliwości nawrotów miejscowych.

Eur J Surg Oncol. 2008 Jun;34(6):680-6. Epub 2007 Aug 23.

Ocena histologiczna 3D zabiegu włókniakomięsaka guzowatego i złośliwego włókniaka histocytnego: różnice w rodzajach guza i wynikach

Häfner HM, Moehrle M, Eder S, Trilling B, Röcken M, Breuninger H.

Źródło:

Klinika Dermatologii, University of Tuebingen, School of Medicine (UKT), Liebermeisterstrasse 25, D-72076 Tuebingen, Niemcy. hans-martin.haefner@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

CELE:

Ocena mikroskopowa typu guza w przypadku włókniakomięsaka guzowatego (DFSP) i złośliwego włókniaka histocytnego (MFH) oraz długoterminowego wyniku przy zastosowaniu zabiegu z histologią 3D ze skrawkami parafinowymi w celu zbadania całych marginesów i dzięki czułości metody wykrycia rozprzestrzeniających się zmian subklinicznych.

METODY:

Przebadano stu jeden pacjentów, w tym 70 DFSP i 31 MFH. Od 1992 roku zebrano dane dotyczące 87 pacjentów poddanych leczeniu.

WYNIKI:

Średni rozmiar kliniczny guza wynosił 45mm, średni histologiczny rozmiar guza 65mm. Marginesy ujemne uzyskano po wycięciu marginesu o średniej szerokości 19mm. Badanie histologiczne nacieków obrazuje typ asymetryczny lub rozrost zmiany w przekroju poziomym lub pionowym, centralny, sektorowy lub wielokierunkowy o długości do 70mm, wykrywalne za pomocą histologii 3D. Wystąpiły znaczące różnice pomiędzy zmianami DFSP i MFH w odniesieniu do wieku i lokalizacji. Guzy typu MFH miały znacznie głębszy naciek niż DFSP. Średni okres obserwacji wynosił 60 miesięcy. U 70 pacjentów z DFSP po 62 miesiącach wystąpił jeden nawrót miejscowy lecz nie wystąpiły żadne przerzuty. U 31 pacjentów z MFH wystąpiło 8 nawrotów miejscowych, 4 przerzuty (do węzłów chłonnych i/lub płuc); 3 pacjentów zmarło na skutek choroby, 3 pooperacyjnie sklasyfikowano jako R1 (p=0.001).

WNIOSKI:

Występują znaczące różnice pomiędzy typem zmiany i znaczeniem klinicznym DFSP i MFH. DFSP można wyleczyć za pomocą zabiegu z histologią 3D skrawków parafinowych. MFH jest znacznie bardziej złośliwy. Po miejscowej resekcji R0 potwierdzonej histologią 3D możliwe jest uzyskanie większej liczby wyleczeń.

J Eur Acad Dermatol Venereol. 2007 May;21(5):591-5.

Świat pełen niejasności: co określamy mianem trójwymiarowej oceny histologicznej nowotworu?

Moehrle M, Breuninger H, Röcken M.

Źródło

Klinika Dermatologii, Szpital Uniwersytecki, Eberhard-Karls-University, Tübingen, Niemcy.
matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Pełna trójwymiarowa histologia wyciętych marginesów zmiany skórnej ma długą tradycję i niestety również wiele nazw. Wprowadzając tą technikę Mohs określił ją mianem „chirurgii kontrolowanej mikroskopowo” lub po prostu „Chirurgią Mohsa”. Powstało ogromne zamieszanie semantyczne obfitujące w różnego rodzaju określenia, każde na swój sposób użyteczne w definiowaniu rozrostu subklinicznego w złośliwych nowotworów skóry, takie jak zabieg histograficzny, systematyczna kontrola histologiczna piętra guza, histologiczna kontrola wyciętych marginesów tkanki, wycięcia segmentarne, technika marginesów, itp. Koncepcja tych wszystkich metod jest praktycznie identyczna. Wszystkie obejmują pełną, trójwymiarową wizualizację histologiczną i ocenę marginesów wycięcia. Ich wspólnym celem jest wykrycie utajonych zmian nowotworowych. Dla większej jasności, autorzy tej pracy zalecają przyjęcie terminu „histologia 3D” dla łącznego określenia wszystkich wyżej wymienionych metod. Dodatkową korzyścią jest to, że histologia 3D może zostać również wykorzystana w innych dyscyplinach medycznych w celu potwierdzenia właściwie przeprowadzonej resekcji R0 na przykład guza piersi lub raka jelit.

Laryngoscope. 2006 Jul;116(7):1204-11.

Czerniak nosa: czynniki prognostyczne, histologia trójwymiarowa i strategie chirurgiczne

Jahn V, Breuninger H, Garbe C, Maassen MM, Moehrle M.

Źródło

Klinika Dermatologii, Szpital Uniwersytecki, Eberhard-Karls-Universitaet, Tuebingen, Niemcy.

Streszczenie

CELE BADAWCZE:

Wysunięta pozycja nosa jest odpowiedzialna za jego ekspozycję na światło słoneczne i w związku z tym dużą częstotliwość występowania zmian złośliwych. Celem niniejszego badania prospektywnego było określenie czynników prognostycznych czerniaków nosa oraz ocena strategii chirurgicznych.

METODY:

Przebadano czterdziestu pięciu pacjentów z czerniakiem I/II stopnia. Czerniaki złośliwe nosa stanowiły 0.8% czerniaków skóry stopnia I/II i 5.3% czerniaków głowy i szyi (1983-2004). Średnia grubość guza wynosiła 0.75mm. Z 33 złośliwych czerniaków z plamy soczewicowatej (LMM) dwadzieścia dwa poddano trójwymiarowej histologii (3D) z zastosowaniem metody parafinowej (tj. chirurgia mikrograficzna).

WYNIKI:

5-letni okres przeżycia zależnego od nowotworu wynosił 96% a 5 letni okres przeżycia bez nawrotów 93%. Po przeprowadzeniu analizy jednoczynnikowej nie odnotowano istotnych statystycznie czynników ryzyka. LMM usunięte i przebadane za pomocą histologii 3D były cieńsze od pozostałych typów histologicznych (średnio 0.75 kontra 1.55 mm). W porównaniu z konwencjonalną histologią wykorzystanie histologii 3D umożliwiło zmniejszenie marginesów wycięcia (średnio 5 kontra 10mm). Odnotowano jeden przypadek wystąpienia nawrotu w węźle chłonnym po przeprowadzeniu histologii 3D LMM. Wśród wszystkich pięciu przeprowadzonych biopsji węzła wartowniczego (SLNB) nie odnotowano dodatniego SLNB ani żadnego nawrotu.

WNIOSKI:

Jest to najbardziej obszerne do tej pory badanie czerniaków nosa . Wycięcie LMM przy wykorzystaniu histologii 3D pozwoliło na redukcję marginesów chirurgicznych dla lepszego efektu kosmetycznego i funkcjonalnego. Nasze wyniki nie pozwalają na wyciągnięcie wniosków odnośnie znaczenia prognostycznego SLNB.

Br J Dermatol. 2006 Mar;154(3):453-9.

Histologia konwencjonalna i histologia trójwymiarowa w przypadku złośliwego czerniaka z plamy soczewicowatej

Moehrle M, Dietz K, Garbe C, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitätsklinikum Tübingen, Germany. matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Konwencjonalny zabieg w złośliwym czerniaku z plamy soczewicowatej (LMM) przeprowadzany jest w oparciu o normalne badanie histologiczne. Jednakże tego typu ocena sprawia, że diagnoza jest niepełna. W przeciwieństwie do tej metody pełna, trójwymiarowa histologia (3D) wyciętych marginesów pozwala na dokładne wykrycie rozprzestrzeniających się przez ciągłość pasm guza, takich jak LMM. Mogą one zostać dokładnie wycięte w miejscach zajętych nowotworem z mniejszym marginesem wycięcia, lepszym efektem kosmetycznym i funkcjonalnym. Do chwili obecnej nie zostały przeprowadzone żadne kontrolowane badania mikrograficznej chirurgii LMM.

CELE BADAWCZE:

W prospektywnym badaniu pacjentów z czerniakiem w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Tübingen (1980-99) dokonano oceny parametrów klinicznych i strategii chirurgicznych mających wpływ na rokowania pacjentów z LMM.

METODY:

292 pacjentów z LMM stanowiło 7.4% z 3960 czerniaków stopnia I i II leczonych w tym okresie. Stu trzydziestu sześciu pacjentów w tej grupie (46.6%) przeszło zabieg na podstawie histologii 3D.

WYNIKI:

Geometryczne średnie marginesy wycięcia były znacząco mniejsze u grupy pacjentów z histologią 3D ($P < 0.0001$). Wśród pacjentów z chirurgią mikrograficzną odnotowano mniej nawrotów. Przeprowadzono wieloczynnikową analizę parametrów klinicznych, histologicznych i chirurgicznych która dowiodła, że grubość guza i histologia to niezależne czynniki mające znaczenie dla prognozowania przeżycia bez nawrotów (relatywne ryzyko, odpowiednio RR 2.08, $P < 0.0001$ i RR 2.11, $P = 0.0037$). W tej grupie histologii 3D nie odnotowano śmierci na skutek czerniaka. Wszystkie 16 przypadków zgonów na skutek czerniaka należało do 156 pacjentów z grupy konwencjonalnej histologii (10.3%).

WNIOSKI:

Wycięcie LMM z wykorzystaniem histologii 3D skutkowało dwukrotnie niższym prawdopodobieństwem wystąpienia nawrotu i dwukrotnie mniejszymi marginesami wycięcia. Histologia 3D jest cennym narzędziem diagnostycznym i może być stosowana w leczeniu LMM ze względu na typowy dla tego nowotworu charakter naciekowy.

J Dtsch Dermatol Ges. 2005 Mar;3(3):195-9.

Stosowanie środków do znieczulenia miejscowego z dodatkiem epinefryny w zabiegach chirurgicznych ucha i nosa: zastosowanie kliniczne bez komplikacji w przypadku ponad 10.000 zabiegów chirurgicznych

Häfner HM, Röcken M, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, University Hospital Tübingen, Liebermeisterstr. 25, 72076 Tübingen, Niemcy. hans-martin.haefner@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WSTĘP:

Środki znieczulające miejscowo z dodatkiem epinefryny zwykle nie są wskazane do stosowania podczas zabiegów chirurgicznych w obrębie palców u rąk, u nóg, męskich narządów płciowych, ucha zewnętrznego i końca nosa [1], jednakże epinefryna jest kluczowym rozwiązaniem w przypadku zastosowania tumescencyjnego znieczulenia miejscowego (Auto-TLA).

MATERIAŁY I METODY:

Znieczulenie nasiętkowe z dodatkiem 1:200.000 epinefryny w naszej klinice było stosowane w latach 1985 – 1997 podczas gdy Auto-TLA z dodatkiem 1:1.000.000 epinefryny wprowadzono w 1997 roku do stosowania podczas wszystkich zabiegów chirurgicznych w okolicy ucha lub nosa. W tym okresie zabiegom w okolicach nosa i ucha poddano 10.201 pacjentów. Ponadto przeprowadzono analizę przepływu krwi w skórze prawego płata usznego pięciu ochotników za pomocą fotopletyzmografii akralnej (APPG) oraz pomiaru naczyniowego przepływu krwi techniką Laser Doppler Flowmetry (LDF) i podczas tumescencyjnego znieczulenia miejscowego z epinefryną (Auto-TLA).

WYNIKI:

U żadnego z pacjentów nie zaobserwowano powikłań związanych z zastosowaniem epinefryny. U 4.953 pacjentów przeprowadzono kosmetyczny zabieg z wykorzystaniem płata skóry. Nawet u pacjentów u których przeprowadzono zaawansowane zabiegi chirurgiczne trwające od jednej do dwóch godzin i obejmujące zastosowanie dużych płatów skóry lub przeszczepów nie zaobserwowaliśmy większych komplikacji w porównaniu z zabiegami przeprowadzonymi przy znieczuleniu ogólnym lub miejscowym bez dodatkowego zastosowania epinefryny. Pomiar przepływu krwi w płatku ucha wykazał 69% redukcję LDF i 42% redukcję napływu tętniczego (APPG) natychmiast po znieczuleniu.

WNIOSKI:

Dodanie epinefryny do miejscowego znieczulenia nie powoduje blokady przepływu krwi w uchu i nie wywołuje martwicy organu, tkanki lub płata. W związku z tym miejscowe znieczulenie z udziałem epinefryny jest bezpieczne dla obszarów akralnych takich jak ucho lub nos. Pomimo stosunkowo małego wpływu na przepływ krwi epinefryna zapewnia bezkrwawe pole operacyjne oraz dłuższe działanie znieczulenia miejscowego. Stosunkowy brak obecności krwi w polu operacyjnym ucha i nosa znacząco ogranicza okres trwania zabiegu i zwiększa tempo gojenia gdyż nie jest wymagane zastosowanie elektrokoagulacji.

J Dtsch Dermatol Ges. 2003 Jun;1(6):457-63.

Parametry prognostyczne i strategie chirurgiczne w przypadku czerniaków twarzy

[Artykuł w języku niemieckim]

Möhrle M, Schippert W, Garbe C, Rassner G, Röcken M, Breuninger H.

Źródło

Universitäts-Hautklinik, Universitätsklinikum Tübingen, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen. matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Podczas leczenia czerniaków twarzy z powodów funkcjonalnych i estetycznych nie jest możliwe osiągnięcie marginesów bezpieczeństwa, które mają ogólne zastosowanie w przypadku innych obszarów ciała. Do chwili obecnej nie przeprowadzono żadnych kontrolowanych badań na temat marginesów bezpieczeństwa w przypadku czerniaków twarzy. W badaniu retrospekcyjnym pacjentów z czerniakiem w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Tuebingen (1980 – 1999) dokonano oceny parametrów klinicznych i strategii chirurgicznych mających wpływ na rokowania pacjentów z czerniakiem twarzy.

PACJENCI I METODY:

Z 3960 czerniaków I i II stopnia 368 przypadków czerniaka twarzy stanowiło 9.3% natomiast czerniaki obszaru głowy i szyi stanowiły 63%.

WYNIKI:

Procedury wieloetapowe, biopsja wycinkowa w celu diagnozy histologicznej i wykonana po niej resekcja bezpiecznego klinicznie marginesu lub ponowne wycięcie w przypadku jeśli nowotwór zajął również margines były kojarzone z większym prawdopodobieństwem przeżycia bez nawrotu choroby ($p=0.0007$) jednak nie miały wpływu na statystyki przeżycia całkowitego. W analizie wieloczynnikowej za niezależne, istotne czynniki ryzyka dla czasu przeżycia bez nawrotów uznano poziom zaawansowania ($p=0.0049$), owrzodzenie ($p=0.011$), histologię 3D ($p=0.027$) i określone marginesy bezpieczeństwa (grubość guza $<$ lub $=$ 1.00 mm: 10mm; >1.00 mm 20mm; czerniak ze złośliwej plamy soczewicowatej 5mm z histologią 3D)($p=0.033$). Za niezależne, istotne czynniki ryzyka dla całkowitego czasu przeżycia uznano poziom zaawansowania ($p=0.032$), owrzodzenie ($p=0.029$), histologię 3D ($p=0.0047$). Analiza wieloczynnikowa nie potwierdziła, że histologiczny typ czerniaka ma znaczenie prognostyczne.

WNIOSKI:

W przypadku czerniaków twarzy marginesy bezpieczeństwa mogą zostać ograniczone. Histologia 3D pozwala na dalsze zmniejszenie marginesów bezpieczeństwa, wykrywa subkliniczne sznury komórek nowotworowych i ma wpływ na lepsze prognozowanie u pacjentów z czerniakami twarzy.

Dermatol Surg. 2004 Oct;30(10):1319-28.

Mikroprzerzuty do węzła wartowniczego w przypadku czerniaka skóry stanowią istotny czynnik prognostyczny czasu przeżycia bezobjawowego, bez przerzutów odległych i całkowitego.

Moehrle M, Schippert W, Rassner G, Garbe C, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitaetsklinikum Tuebingen, Eberhard-Karls-Universitaet, Tuebingen, Germany. matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

CELE BADAWCZE:

Biopsja węzłów wartowniczych (SLNB) została zaproponowana jako minimalnie inwazyjny zabieg mający na celu określenie poziomu zaawansowania histopatologicznego regionalnego piętra węzła. Celem tej pracy było zbadanie znaczenia prognostycznego procedury SLNB w wykrywaniu mikroprzerzutów.

METODY:

W okresie od stycznia 1996 do marca 2000 roku węzeł wartowniczy (SLN) został wykryty u 283 pacjentów Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Tuebingen. W przypadku 38 pacjentów (13.4%) badanie histopatologiczne umożliwiło wykrycie mikroprzerzutów w co najmniej jednym SLN. Średni okres badań kontrolnych wyniósł 29 miesięcy.

WYNIKI:

U trzydziestu jeden z 245 pacjentów (12.7%) z ujemnym wynikiem SLNB i u 19 z 38 pacjentów (50%) z dodatnim wynikiem SLNB wystąpił nawrót nowotworu. W przypadku przeżycia bezobjawowego pozostałe istotne, niezależne czynniki prognostyczne zgodnie z analizą wieloczynnikową to grubość nowotworu ($p=0.011$), owrzodzenie ($p=0.026$) i obecność mikroprzerzutów w SLNB ($p=0.021$). Natomiast w odniesieniu do przeżycia bez przerzutów odległych istotne, niezależne czynniki prognostyczne wg analizy wieloczynnikowej to grubość guza ($p=0.0022$) i wyniki SLNB ($p=0.0068$). Istotne, niezależne parametry prognostyczne w analizie wieloczynnikowej dla całkowitego czasu przeżycia to grubość guza ($p=0.013$) i wyniki SLNB ($p=0.034$).

WNIOSKI:

W badaniu przeanalizowano przypadki pacjentów z czerniakiem o wszystkich możliwych grubościach nowotworu i SLNB dla której określono znaczenie prognostyczne SLNB. Większą częstotliwość nawrotów odnotowano u pacjentów z mikroprzerzutami SLN. Dla pacjentów z ujemnym wynikiem SLNB wciąż istnieje ryzyko nawrotu nowotworu. Wynik histopatologiczny SLNB to po grubości nowotworu drugi najważniejszy czynnik prognostyczny przeżycia bezobjawowego, bez przerzutów odległych i całkowitego.

Br J Dermatol. 2004 Aug;151(2):397-406.

Kliniczne czynniki ryzyka i znaczenie prognostyczne lokalnych nawrotów czerniaka skóry

Moehrle M, Kraemer A, Schippert W, Garbe C, Rassner G, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitaetsklinikum Tuebingen, Eberhard-Karls-Universitaet, Liebermeisterstr. 25, D-72076 Tuebingen, Niemcy. matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Nawroty miejscowe (LR) oznaczają klinicznie wykrywalne wznowy guza, które nie zostały całkowicie wycięte. W piśmiennictwie termin „LR” jest używany w sposób niejasny i niespójny, zarówno w odniesieniu do przerzutów satelitarnych oraz in-transit.

CELE BADAWCZE:

Celem tego badania było określenie klinicznych, histologicznych i chirurgicznych czynników ryzyka wystąpienia LR oraz ocena znaczenia prognostycznego LR.

METODY:

W sposób prospektywny udokumentowano dane 3960 pacjentów z czerniakiem I i II stopnia, którzy w latach 1980 – 1999 odwiedzili klinikę czerniaka w Klinice Dermatologii Uniwersytetu Tuebingen. Przeprowadzono retrospektywną analizę porównawczą pacjentów z i bez LR.

WYNIKI:

Ze wszystkich pacjentów u 1.4% LR był pierwszym nawrotem a u 1.7% LR wystąpił w okresie badań kontrolnych. LR występowały najczęściej po błędnej diagnozie klinicznej lub histologicznej i niewłaściwej terapii. W analizie jednoczynnikowej za istotne czynniki ryzyka dla przeżycia bez LR uznano wiek, średnicę powierzchni guza, lokalizację, grubość nowotworu, stopień zaawansowania, typ histologiczny, towarzyszące znamię, zabieg chirurgiczny (jednoetapowy / wieloetapowy) oraz zgodność z parametrami zalecanych marginesów wycięcia. W analizie wieloczynnikowej istotne, niezależne czynniki wskazujące na obecność LR to lokalizacja ($P < 0.0001$), grubość guza ($P = 0.0086$) oraz zgodność z zaleceniami dotyczącymi marginesów wycięcia ($P = 0.014$). Nie zaobserwowano znaczącej różnicy pomiędzy całkowitym czasem przeżycia pacjentów z LR jako pierwszą progresją z całkowitym czasem przeżycia innych pacjentów z czerniakiem ($P = 0.60$).

WNIOSKI:

Prawdziwe LR to rzadkie zjawisko dla którego niezależnymi czynnikami ryzyka są lokalizacja guza, grubość guza i zabieg chirurgiczny. Wystąpienie LR nie oznacza gorszych rokowań dla pacjentów z czerniakiem. Jednakże porównanie to jest utrudnione, ponieważ w różnych publikacjach występują różne definicje LR, w tym przerzuty limfogenne.

Dermatology. 2004;209(1):5-13.

Czy biopsja węzła wartowniczego ma znaczenie terapeutyczne w leczeniu czerniaka?

Möhrle M, Schippert W, Rassner G, Garbe C, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, Universitätsklinikum Tübingen, Eberhard-Karls-Universität, Tübingen, Niemcy. matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Errata w

- Dermatology. 2005;210(1):84.

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Nadal nie zostało wyjaśnione, czy biopsja węzłów wartowniczych (SLNB) ma wpływ na czas przeżycia lub przeżycia bez nawrotów u pacjentów. Konieczne byłoby porównanie pacjentów z SLNB (lub selektywne usunięcie węzłów chłonnych w przypadku dodatniego wyniku SLNB) i pacjentów bez SLNB, którzy zostali poddani jedynie dokładnym badaniom klinicznym i kontrolnym badaniom ultrasonograficznym. Do chwili obecnej nie są dostępne wyniki prospektywnych, randomizowanych badań SLNB.

MATERIAŁY I METODY:

W niniejszym badaniu przeanalizowano dane pacjentów z SLNB (n=283) i z I i II stopniem zaawansowania nowotworu wyłącznie z dokładnymi wynikami badań kontrolnych (n=3.514) pod kątem czynników prognostycznych opisanych w różnego rodzaju publikacjach: płeć, wiek, grubość guza, histologiczny typ guza, owrzodzenie i lokalizacja.

WYNIKI:

Wieloczynnikowa analiza nie wykazała niezależnego, pozytywnego wpływu na czas przeżycia po przeprowadzeniu SLNB (p=0.37). W porównaniu z pacjentami z I i II stopniem zaawansowania wyłącznie z dokładnie przeprowadzonymi badaniami kontrolnymi (n=2.167) u pacjentów z I i II stopniem ale ujemnym wynikiem SLNB (n=238) nie odnotowano znaczącego spadku śmiertelności związanej z czerniakiem (p=0.36) jedynie znacząco mniej nawrotów w obszarze regionalnych węzłów chłonnych (p=0.0015). W kwestii przeżycia bez przerzutów odległych i przeżycia zależnego od nowotworu pacjenci z dodatnim wynikiem SLNB (n=33) nie wypadli znacznie bardziej korzystnie niż pacjenci u których wystąpiły przerzuty do węzłów chłonnych zidentyfikowane klinicznie lub ultrasonograficznie podczas późniejszych badań kontrolnych (odpowiednio n=246; p=0.89 i p=0.38).

WNIOSKI:

W stosunkowo krótkim okresie badań kontrolnych po zabiegu SLNB pacjenci u których został on przeprowadzony nie mieli – zasadniczo – bardziej korzystnych rokowań niż pacjenci, którzy zostali poddani jedynie dokładnym badaniom kontrolnym. Pacjenci, którym na skutek dodatniego wyniku SLNB usunięto subkliniczne przerzuty do węzłów chłonnych nie mieli lepszych rokowań niż pacjenci bez SLNB u których przerzuty do węzłów chłonnych wystąpiły w okresie badań kontrolnych [poprawiono]

Mund Kiefer Gesichtschir. 2002 Nov;6(6):402-9. Epub 2002 Aug 9.

Interdyscyplinarna koncepcja klasyfikacji i leczenia anomalii naczyniowych w okolicach głowy i szyi

[Artykuł w języku niemieckim]

Ernemann U, Hoffmann J, Breuninger H, Reinert S, Skalej M.

Źródło

Abteilung für Neuroradiologie, Universitätsklinikum Tübingen, Hoppe-Seyler-Strasse 3, 72076 Tübingen, Niemcy. ulrike.ernemann@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

CEL:

U pacjentów z rozległymi anomaliami naczyniowymi okolicy głowy i szyi decyzje terapeutyczne mogą stanowić wyzwanie dla chirurgów twarzowo-szczękowych, dermatologów i radiologów interwencyjnych. Przeanalizowaliśmy znaczenie koncepcji klasyfikacji interdyscyplinarnej i leczenia.

PACJENCI I METODY:

Klasyfikacja rozróżnia naczyniaki krwionośne i malformacje naczyniowe. Podczas gdy naczyniaki krwionośne stanowią rozrost śródbłónka malformacje naczyniowe są uważane za anomalie rozwojowe, dalej dzielone na zmiany wysoko lub niskoprzepływowe oraz zgodnie z kanałami naczyniowymi na malformacje kapilarne, żyłne lub limfatyczne. Od 2000 roku zapewnialiśmy pacjentom z anomaliami naczyniowymi interdyscyplinarną konsultację. U pacjentów z naczyniakiem krwionośnym i malformacjami naczyniowymi diagnoza jest potwierdzona za pomocą ultrasonografii dopplerowskiej z kolorowym obrazowaniem i obrazowaniem metodą rezonansu magnetycznego; częścią planowanego leczenia pacjentów z malformacjami tętniczo-żylnymi jest angiografia. Pacjenci z naczyniakami krwionośnymi są leczeni chirurgicznie za pomocą kriochirurgii lub chirurgii laserowej lub konserwatywnie, odpowiednio do rozmiaru zmiany i jej naturalnej ewolucji. U pacjentów z malformacjami naczyniowymi wykonuje się skleroterapię przezskórną połączoną z redukcją chirurgiczną; pacjenci z malformacjami tętniczo-żylnymi przed chirurgicznym wycięciem zasadniczej masy naczyniaka przechodzą zabieg embolizacji przez tętniczej.

WYNIKI:

W interdyscyplinarnych konsultacjach uczestniczyło łącznie 73 pacjentów. Grupa ta obejmowała 53 pacjentów z naczyniakiem krwionośnym twarzy, 7 z malformacjami żylnymi, 2 z malformacjami kapilarnymi, 5 z malformacjami limfatycznymi i 6 z wysokoprzepływowymi malformacjami tętniczo-żylnymi.

WNIOSKI:

Interdyscyplinarna specyfika badań zwiększa dokładność diagnostyczną i pomaga ustalić indywidualny plan leczenia dla pacjentów z rozległymi anomaliami naczyniowymi.

Pediatr Dermatol. 2001 Nov-Dec;18(6):469-72.

Dermatochirurgia ze znieczuleniem nasiękowym prylokainą i ropiwakainą u dzieci

Moehrle M, Breuninger H.

Źródło

Klinika Dermatologii, University of Tuebingen, Tuebingen, Niemcy.
matthias.moehrle@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Zabiegi chirurgiczne w pediatrii w znieczuleniu miejscowym mają pewne ograniczenia z powodu bólu związanego z zastrzykami jak również w związku z szybkim osiaganiem dawek maksymalnych z powodu niskiej wagi ciała. Podczas zabiegów chirurgicznych w pediatrii w miejscowym znieczuleniu nasiękowym (SIA) środek znieczulający w dużym rozcieńczeniu dozowany jest za pomocą pomp infuzyjnych z kontrolą przepływu i objętości. Artykuł ten przedstawia retrospektywę analizę wykorzystania SIA u dzieci podczas wycięcia dermatologicznie problematycznych zmian. Łączna liczba zabiegów chirurgicznych to 354, większość zabiegów dotyczyła wycięcia znamion u 271 dzieci (3 miesiące – 16 lat) w 1999 roku: 67 dzieci operowane było przy znieczuleniu ogólnym a 204 przy znieczuleniu miejscowym. Znieczulenie miejscowe zostało przeprowadzone metodą SIA przy użyciu roztworu prylokainy i ropiwakainy (odpowiednio roztwory 0.3%, 0.15%, 0.08%). 67 dzieci, które zoperowane zostały przy znieczuleniu ogólnym były młodsze (średnia wieku 3.05 +/- 2.93, średni wiek 2 lata) niż 204 dzieci zoperowane przy znieczuleniu SIA (średni wiek 9.00 +/- 4.2 lat, średni wiek 9.00 lat). Cięcia wykonane przy znieczuleniu ogólnym były większe (maksymalnie 1060cm², średnio 76+/- 225cm², średnio 7cm²) niż wykonane przy SIA (maksymalnie 628 cm², średnio 22 +/- 100 cm², średnio 3cm²). W tych zabiegach pediatrycznych nie zaobserwowano żadnych efektów ubocznych związanych ze znieczuleniem miejscowym. Na skutek dodatkowego zastosowania ropiwakainy okres pooperacyjnej analgezji był dłuższy. SIA u dzieci jest dobrze tolerowanym, bezpiecznym sposobem znieczulenia, który w niektórych przypadkach stanowi alternatywę do znieczulenia ogólnego.

Melanoma Res. 2001 Feb;11(1):57-63.

Czy intensywna analiza histopatologiczna skrawków seryjnych zwiększa szanse wykrycia mikroprzerzutów do węzłów chłonnych u pacjentów z pierwotnym czerniakiem skóry?

Blaheta HJ, Sotlar K, Breuninger H, Bueltmann B, Rassner G, Garbe C, Horny HP.

Źródło

Klinika Histopatologii, Program Raka Skóry, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy.
hans-juergen.blaheta@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

W celu lepszej wykrywalności mikroprzerzutów w regionalnych węzłach chłonnych u pacjentów z czerniakiem złośliwym rozwinięto różnego rodzaju techniki histopatologiczne. Nasze standardowe badanie histopatologiczne węzłów chłonnych przeprowadzono poprzez bawienie hematoksyliną i eozyną (H&E) oraz wykonanie badania immunochemicznego (IH) przy użyciu przeciwciał dla białek HMB-45 i S-100 trzech skrawków zatopionych w parafinie na jednym poziomie. Dodatkowo węzły chłonne zostały przebadane za pomocą metod biologii molekularnej wykorzystując reakcję łańcuchową polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy (RT-PCR). W pracy tej zbadaliśmy wykorzystanie skrawków seryjnych i IH w węzłach chłonnych z ujemnym wynikiem standardowej histopatologii i dodatnim wynikiem RT-PCR tyrozynazy wskazującym na obecność komórek nowotworowych. Podczas badania 76 pacjentów z I i II stopniem czerniaka skóry przebadano łącznie liczbę 156 regionalnych węzłów chłonnych za pomocą barwienia H&E, IH i RT-PCR tyrozynazy. Wszystkie węzły chłonne zostały przecięte wzdłuż osi celem odrębnej ewaluacji. U 21 pacjentów w co najmniej jednym węzle chłonnym w regionalnym piętrze węzła z ujemnym wynikiem standardowej histopatologii wykryto ekspresję tyrozynazy (całkowita liczba węzłów = 33). Te 33 węzły chłonne zostały ponownie zbadane metodą H&E i IH na 10 dodatkowych poziomach bloku parafinowego. Tylko w jednym węzle chłonnym u jednego pacjenta wykryto obecność ukrytych komórek czerniaka na głębszych poziomach wyłącznie przy użyciu metody IH. U sześciu z 20 pacjentów z wynikami dodatnimi wyłącznie metoda RT-PCR z tyrozynazą wystąpiły nawroty nowotworu w ciągu okresu badań kontrolnych o średniej długości 34 miesięcy. W związku z tym dochodzimy do wniosku, że dodatkowe przeprowadzenie badania metodą skrawowania seryjnego z IH nie wpływa znacząco na zwiększenie wykrywalności węzłów chłonnych zajętych nowotworem. Jednakże udowodniono, że pacjenci z komórkami czerniaka wykrytymi wyłącznie metodą RT-PCR są objęci większym ryzykiem wystąpienia nawrotu nowotworu.

Hautarzt. 2000 Aug;51(8):575-80.

Wycięcie znamion melanocytowych na skórze metodą wycięć stycznych: wskazania, technika, wyniki

[Artykuł w języku niemieckim]

Breuninger H, Garbe C, Rassner G.

Źródło

Hautklinik der Universität Tübingen. helmut.breuninger@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE I CEL:

Wycięcie znamiona metodą wycięć stycznych jest techniką ciągle poddawaną dyskusji. Szybkość, prostota i fakt, że dostarczany jest materiał do badania histologicznego można zestawzić z brakiem marginesów wycięcia i większą częstotliwością nawrotów znamion. W badaniu tym podjęto się oceny zalet i wad metody wycięć stycznych.

PACJENCI I METODY:

Konwencjonalne wycięcia (268 znamion po wycięciu zaszytych szwem śródskórnym w kształcie motyla) i wycięcia metodą wycięć stycznych (403 znamiona) zostały porównane z subiektywną oceną pacjentów i obiektywnymi parametrami takimi jak nawroty, kolor, głębokość, powierzchniowa gładkość blizn oraz proces gojenia. Średnica znamion występujących na powłokach ciała wahała się od 2 do 15mm, średnio 5mm. Drugie wycięcie zostało przeprowadzone tylko w przypadkach, gdy nie można było wykluczyć wczesnego stadium nowotworu złośliwego.

WYNIKI:

Zabiegi przeprowadzone metodą wycięć stycznych zostały subiektywnie ocenione jako lepsze. Skutkowały mniejszą częstotliwością komplikacji (7.9% kontra 15%) ale częściej występowały nawroty (18.1% kontra 6%). Nie odnotowano bliższego związku pomiędzy wynikami histopatologii całkowitego wycięcia i nawrotami.

WNIOSKI:

Małe znamiona, bez podejrzeń czerniaka złośliwego mogą zostać usunięte za pomocą techniki wycięć stycznych z dobrym skutkiem. Pacjenci powinni zostać poinformowani o większym prawdopodobieństwie nawrotów. Dobrze wykonane badania histopatologiczne z zastosowaniem techniki wycięć stycznych wymagają ścisłej wiedzy i doświadczenia.

Hautarzt. 2000 Oct;51(10):759-62.

Ropiwakaina, środek znieczulający odpowiedni do podskórnego znieczulenia nasiękowego

[Artykuł w języku niemieckim]

Breuninger H, Nogova L, Hobbach PS, Schimek F.

Źródło

Universitäts-Hautklinik, Liebermeisterstrasse 25, 72076 Tübingen.
helmut.breuninger@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE I CELE:

Niezawodne znieczulenie miejscowe o długim czasie działania ogranicza ból pooperacyjny i ułatwia planowanie zabiegu. Jest to szczególnie istotne w przypadku znieczulenia niskoprzepływowego (SIA). Ropiwakaina jako środek znieczulający zdaje się szczególnie dobrze spełniać wymagania SIA.

PACJENCI/METODY:

1. U 10 ochotników zmierzono stężenie ropiwakainy we krwi po podskórnej infuzji maksymalnej dawki 300 mg ropiwakainy zawierającej 1:1,000,000 adrenaliny, w Niemieckim streszczeniu nie wspomniano o czasie! Założyliśmy, że będzie odpowiedni. 2. 30 zdrowych ochotników otrzymało 30 ml z trzech roztworów czystej lidokainy, lidokainy zmieszanej z ropiwakainą i samej ropiwakainy, wszystkie zawierające 1:1.000,000 adrenaliny. Przeanalizowano skutki działania środków do znieczulenia miejscowego. 3. Ropiwakaina została zastosowana klinicznie sama oraz z różnego rodzaju mieszankami ropiwakainy i przylokainy, każda zawierająca 1:1,000,000 adrenaliny, w łącznej liczbie 4,670 wszelkiego rodzaju zabiegów chirurgicznych skóry u 3,015 pacjentów. Żaden z pacjentów nie został wykluczony z tego typu znieczulenia. Wiek pacjentów wahał się od 0.5 do 95 lat (średnio: 54.5). Nie dodano żadnej ilości adrenaliny do blokady nerwów palców i męskich narządów płciowych.

WYNIKI:

Poziomy stężenia we krwi po zaaplikowaniu środków były niskie. Ropiwakaina działała ponad dwa razy dłużej niż lidokaina ($p > 0.001$). Kliniczne zastosowanie takiego połączenia nie powodowało żadnych skutków ubocznych i komplikacji i powodowało bardzo niski stopień krwawienia pooperacyjnego. Z reguły pacjenci nie odczuwali bólu przez wiele godzin.

WNIOSKI:

Jesteśmy zdania, że zastosowanie ropiwakainy to duży krok do przodu w zakresie znieczulania miejscowego.

Langenbecks Arch Surg. 2000 Jul;385(4):284-9.

Podskórne znieczulenie nasiękowe rozcieńczonym roztworem prylokainy i ropiwakainy

Breuninger H, Schimek F, Heeg P.

Źródło

Klinika Dermatologii, University of Tübingen, Niemcy. helmut.breuninger@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

W przypadku zabiegów na zewnętrznych powłokach ciała znieczulenie miejscowe jest często wystarczające. W ostatnich latach odkryto, że znieczulenie miejscowe może być przeprowadzone przy użyciu dużych ilości nisko stężonych roztworów do znieczulania.

METODY:

Mieszanę środków znieczulających za pomocą jednego lub więcej popularnych infusomatów powoli, bezboleśnie, okolożylnie i automatycznie metodą znieczulenia nasiękowego (SIA) podskórnie wstrzyknięto licznej grupie pacjentów zakwalifikowanych do zabiegu. Zastosowane środki do znieczulenia miejscowego to prylokaina i ropiwakaina (Xylonest i Naropin); zostały one rozcieńczone oryginalnym roztworem Ringera z epinefryną (1:1,000,000) w butelkach o pojemności 50 ml. Stężenie mieszanki oscyloowało pomiędzy 0.3% a 0.08% w zależności od wymagań zabiegu. Użyto igły o rozmiarze od 30 G do 20G i długości 1.5 – 10 cm. Prędkość iniekcji wynosiła od 30ml/h do 1500ml/h, w zależności od lokalizacji, wymagań zabiegu i rozmiaru igły. Objętość zazwyczaj wynosiła od 2ml do 600 ml w zależności od użytego stężenia. Maksymalna dawka wynosiła w przybliżeniu 4mg/kg prylokainy i 2mg/kg ropiwakainy.

PACJENCI:

Technikę tą wykorzystaliśmy do wykonania 5020 większych i mniejszych zabiegów na skórze u 3270 pacjentów w wieku od 0.5 roku do 95 lat (średnia wieku wyniosła 54 lata). Przeprowadzono testy mikrobiologiczne systemu infuzyjnego. Zapytano pacjentów o stopień bólu podczas znieczulenia, podczas zabiegu i po operacji.

WYNIKI:

Nie wystąpiły komplikacje związane ze znieczuleniem miejscowym. Technika okazała się bezpieczna i wygodna, nawet w przypadku dzieci i bardzo wrażliwych pacjentów. Średni czas trwania znieczulenia pooperacyjnego wynosił 5 godzin (maksymalnie 23 godziny). Wybór stężenia, igły, pozycji igły, prędkości przepływu i objętości wymaga pewnego doświadczenia.

Cancer. 2000 Jun 1;88(11):2534-9.

Badanie ultradźwiękowe regionalnych węzłów chłonnych w znaczący sposób ułatwia wczesne wykrywanie przerzutów lokoregionalnych podczas badań kontrolnych u pacjentów z czerniakiem skóry: wyniki badania prospektywnego 1288 pacjentów.

Blum A, Schlagenhauff B, Stroebel W, Breuninger H, Rassner G, Garbe C.

Źródło

Oddział Dermatologii Onkologicznej Kliniki Dermatologii, Eberhard-Karls-University of Tuebingen, Niemcy.

Streszczenie

WPROWADZENIE

W przypadku przerzutów czerniaka złośliwego do regionalnych węzłów chłonnych najważniejszymi czynnikami prognostycznymi są liczba i objętość zajętych węzłów chłonnych. Kilka prac badawczych dowiodło, że badanie palpacyjne obszaru drenażu limfatycznego i regionalnych węzłów chłonnych w trakcie badań kontrolnych skutkuje dużym współczynnikiem fałszywie ujemnych wyników. Celem tej pracy jest ocena czułości i dokładności diagnozy ultradźwiękowej w porównaniu do diagnozy klinicznej w wykrywaniu podskórnych i regionalnych przerzutów.

METODY:

W okresie 42 miesięcy klinicznie i ultradźwiękowo (7.5-10 MHz) przebadano łącznie 6328 obszarów drenażu limfatycznego u 1288 pacjentów z czerniakiem w trakcie 4435 konsultacji kontrolnych. Gdy wynik badania ultradźwiękowego sugerował wystąpienie przerzutu przeprowadzano zabieg i badanie histopatologiczne. Porównano wyniki badania klinicznego, ultradźwiękowego i histopatologicznego.

WYNIKI:

Przy 504 badaniach ultradźwiękowych wykonanych u 235 pacjentów choroba związana z przerzutem została zdiagnozowana w 263 badaniach pooperacyjnych (179 pacjentów). Z powodu zaawansowania choroby lub wykluczenia dodatkowa liczba 56 pacjentów nie została poddana zabiegowi. Przerzuty czerniaka zostały histopatologicznie potwierdzone u 239 z 263 wyników dodatnich (90,9%). W 8 przypadkach (3%) badanie histopatologiczne wykazało obecność drugiego nowotworu złośliwego natomiast w 16 przypadkach (6.1%) zdiagnozowano łagodną limfadenopatię. Badanie palpacyjne podskórnych węzłów chłonnych i węzłów chłonnych dało wyniki fałszywie ujemne w 68 z 238 przypadków histopatologicznie potwierdzonych przerzutów (28.6%). Badanie kliniczne było najmniej dokładne w okolicach nadobojczykowych, pachowych i podobojczykowych. Czułość i dokładność badania ultradźwiękowego wyniosła odpowiednio 89.2% i 99.7% i 71.4% i 99.7% w przypadku badań klinicznych.

WNIOSKI:

Dla wczesnej diagnozy przerzutów czerniaka skóry do węzłów chłonnych in-transit i regionalnych badanie ultradźwiękowe ma zdecydowaną przewagę nad badaniem klinicznym. Proponuje się przeprowadzenie badań kontrolnych w celu zbadania możliwego korzystnego

wpływu na czas przeżycia wynikającego z przeprowadzenia badań ultrasonograficznych obszaru drenażu limfatycznego i regionalnych węzłów chłonnych.

J Invest Dermatol. 2000 Apr;114(4):637-42.

Badanie regionalnych węzłów chłonnych za pomocą biopsji węzła wartowniczego i analizy molekularnej daje nowe możliwości oceny stopnia zaawansowania czerniaka pierwotnego skóry.

Blaheta HJ, Ellwanger U, Schittek B, Sotlar K, MacZey E, Breuninger H, Thelen MH, Bueltmann B, Rassner G, Garbe C.

Źródło

Klinika Dermatologii, Program Raka Skóry, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy.
hans-juergen.blaheta@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Parametry histopatologiczne guza pierwotnego takie jak grubość guza wg Breslowa i poziom zaawansowania wg Clarka stanowią podstawę dla klasyfikacji prognostycznej pierwotnego czerniaka skóry. W momencie wystąpienia u pacjentów przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych parametry histopatologiczne czerniaka pierwotnego nie mają znaczącego wpływu na predykcję czasu przeżycia. W tym stadium zaawansowania nowotworu głównym czynnikiem prognostycznym jest stopień zajęcia węzłów chłonnych. Badanie to odpowiada na pytanie czy zastosowanie bardzo szczegółowej analizy biologii molekularnej mającej na celu wykrycie submikroskopowych komórek czerniaka w węzłach chłonnych może być odpowiednią metodą ulepszenia oceny stopnia zaawansowania czerniaka. Zakwalifikowano stu szesnastu pacjentów z pierwotnym czerniakiem skóry o łącznej liczbie 214 węzłów chłonnych. Węzły wartownicze zostały przebadane histopatologicznie metodą immunohistochemiczną i reakcją łańcuchową polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy. Pacjenci zostali przebadani pod kątem nawrotu nowotworu w ciągu 19-miesięcznego okresu badań kontrolnych (średnio). Oszacowano możliwy okres czasu przeżycia bezobjawowego i za pomocą analizy wieloczynnikowej określono niezależne czynniki prognostyczne. Badanie histopatologiczne pozwoliło na wykrycie mikroprzerzutów do węzłów chłonnych u 15 pacjentów (13%). Ze 101 pacjentów z ujemnym wynikiem badania histopatologicznego węzłów wartowniczych 36 sklasyfikowano ponownie na podstawie dodatniego wyniku reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy natomiast u 65 pacjentów wynik reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy nadal pozostał ujemny. Nawroty zaobserwowano u 23 (20%) z 116 pacjentów. Te nawroty nowotworu zostały zaobserwowane u 10 pacjentów (67%) z dodatnim wynikiem histopatologii węzłów wartowniczych, u dziewięciu pacjentów (25%) z submikroskopowymi komórkami nowotworowymi wykrytymi za pomocą reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy i u czterech (6%) pacjentów z ujemnymi wynikami obydwu metod. Różnice w częstotliwości nawrotów były statystycznie istotne ($p=0.01$). Wieloczynnikowa analiza dowiodła, że jedynymi istotnymi czynnikami prognostycznymi predykcji przeżycia bezobjawowego były wyniki badania histopatologicznego i reakcji polimerazy łańcuchowej z odwrotną transkrypcją tyrozynazy węzłów wartowniczych. Łańcuchowa reakcja polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy jest ważnym narzędziem służącym do diagnozowania pacjentów zagrożonych ryzykiem wystąpienia przerzutów. Ponadto ujemny wynik łańcuchowej reakcji polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy pozwolił na wyłonienie grupy pacjentów z niskim ryzykiem nawrotów choroby. Dane te mogą mieć wpływ na klasyfikację stopnia zaawansowania czerniaka pierwotnego skóry w przyszłości.

Dermatol Surg. 1999 Oct;25(10):799-802.

Ropiwakaina: ważny środek znieczulający do powolnej infuzji i innych form znieczulenia tumescencyjnego.

Breuninger H, Hobbach PS, Schimek F.

Źródło

Universitätshautklinik and Klinik für Anästhesiologie, Tübingen, Germany.
helmut.breuninger@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

WPROWADZENIE:

Niezawodne środki do znieczulenia miejscowego o długim działaniu ograniczają ból pooperacyjny i ułatwiają planowanie zabiegu. Jest to w szczególności prawdziwe w przypadku zastosowania metody znieczulenia tumescencyjnego o powolnej infuzji (SITA). Środek znieczulający w postaci ropiwakainy zdaje się wyjątkowo dobrze spełniać wymagania SITA.

CEL:

Celem tej pracy było zbadanie skuteczności klinicznej i tolerancji ropiwakainy u zdrowych ochotników oraz u dużej liczby pacjentów.

METODY:

Kliniczne działanie ropiwakainy zostało zbadane w sposób następujący: Trzydziestu zdrowym ochotnikom podano 30 ml trzech roztworów lidokainy czystej, lidokainy zmieszanej z ropiwakainą i samej ropiwakainy, w każdym przypadku zawartość epinefryny w proporcji 1:1,000,000. Przeanalizowano skutki działania środków do znieczulenia miejscowego. Ropiwakaina została zastosowana klinicznie osobno oraz z różnymi mieszankami ropiwakainy i prylokainy z zawartością epinefryny 1:1,000,000 w łącznej liczbie 5220 wszelkiego rodzaju zabiegów chirurgicznych u 3270 pacjentów. Maksymalna dawka ropiwakainy wynosiła 300mg. Żadnego z pacjentów nie wykluczono z tego rodzaju znieczulenia. Wiek pacjentów wahał się w granicach od 5 do 95 lat (średnio 54). Nie dodawano żadnej ilości suprareniny do blokady nerwów palca i męskich narządów płciowych.

WYNIKI:

Działanie ropiwakainy było dwukrotnie dłuższe niż lidokainy. Zastosowanie kliniczne było w zupełności wolne od efektów ubocznych i komplikacji i związane było z bardzo niewielkim krwawieniem pooperacyjnym. Z reguły pacjenci nie odczuwali bólu przez wiele godzin.

WNIOSKI:

Jesteśmy zdania, że zastosowanie ropiwakainy to duży krok do przodu w zakresie znieczulania miejscowego.

Am J Surg Pathol. 1999 Jul;23(7):822-8.

Wykrywanie mikroprzerzutów czerniaka w węzłach wartowniczych za pomocą łańcuchowej reakcji polimerazy z odwrotną transkrypcją koreluje z grubością guza i ma związek z predykcją mikroprzerzutów w węzłach chłonnych.

Blaheta HJ, Schittek B, Breuninger H, Sotlar K, Ellwanger U, Thelen MH, Maczey E, Rassner G, Bueltmann B, Garbe C.

Źródło

Klinika Dermatologii, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy.

Streszczenie

Dowiedziona została wartość badania węzła wartowniczego w potwierdzaniu lub wykluczaniu obecności czerniaka przerzutowego w określonym dorzeczu sływu chłonki. W pracy tej po raz pierwszy przeanalizowano węzły wartownicze i okoliczne węzły nie wartownicze pod kątem obecności przerzutów metodą reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy (RT-PCR) w porównaniu ze standardową metodą immunohistochemiczną. Identyfikacja węzłów wartowniczych przy użyciu detektora promieniowania gamma powiodła się w 73 (92%) pacjentów z czerniakiem skóry stopnia I i II (grubość guza > lub = 0.75mm). Dokonano oceny łącznej liczby 794 regionalnych węzłów chłonnych, 148 węzłów wartowniczych i 646 okolicznych węzłów nie wartowniczych. RT-PCR tyrozynazy wykazała znacznie (49%) zwiększoną czułość na obecność komórek czerniaka w węzłach wartowniczych w porównaniu z immunohistochemią z wykorzystaniem przeciwciał na obecność antygenu HMB-45 i białka S-100 (wynik dodatni 18%). Badanie węzłów wartowniczych było bardzo wiarygodne w predykcji obecności mikroprzerzutów w regionalnych węzłach chłonnych przy użyciu metody immunohistochemicznej (99%) i RT-PCR (89%). Interesujące jest, że wystąpiła silna, pozytywna korelacja pomiędzy wykryciem mikroprzerzutów metodą RT-PCR a grubością guza w przypadku pierwotnego czerniaka skóry. Wyniki te sugerują znaczenie kliniczne i podkreślają znacznie RT-PCR tyrozynazy w wykrywaniu mikroprzerzutów w węzłach wartowniczych.

Int J Cancer. 1998 Aug 21;79(4):318-23.

Mikroprzerzuty czerniaka skóry do węzłów chłonnych: większa czułość diagnozy molekularnej w porównaniu do immunohistochemii.

Blaheta HJ, Schittek B, Breuninger H, Maczey E, Kroeber S, Sotlar K, Ellwanger U, Thelen MH, Rassner G, Bültmann B, Garbe C.

Źródło

Klinika Dermatologii, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy. hjblahet@med.uni-tuebingen.de

Streszczenie

Obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych jest jednym z najważniejszych czynników prognostycznych w predykcji czasu przeżycia pacjentów z klinicznym stopniem I lub II czerniaka skóry. W celu dokładnego sklasyfikowania stopnia zaawansowania nowotworu pierwotnego niezbędne jest zastosowanie techniki o czułości niezbędnej do wykrycia ukrytych mikroprzerzutów w węzłach chłonnych. Celem niniejszego prospektywnego badania diagnostycznego jest ocena występowania mikroprzerzutów w węzłach chłonnych przy wykorzystaniu gniazdowej reakcji łańcuchowej polimerazy z odwrotną transkrypcją tyrozynazy (RT-PCR) w porównaniu do badania immunohistochemicznego. Ponadto przeanalizowano częstotliwość występowania mikroprzerzutów czerniaka wykrytych metodą RT-PCR w korelacji do głównych czynników prognostycznych. Zbadano łączną liczbę regionalnych węzłów chłonnych 79 pacjentów z pierwotnym czerniakiem skóry (grubość guza >0.75mm). W 49 węzłach chłonnych 31 pacjentów metoda immunohistochemiczna pozwoliła na wykrycie obecności przerzutów czerniaka. Zastosowanie metody RT-PCR tyrozynazy pozwoliło na wykrycie 136 węzłów chłonnych u 52 pacjentów wliczając w to wszystkie węzły chłonne z dodatnim wynikiem badania metodą immunohistochemiczną. Z 417 węzłów chłonnych z ujemnym wynikiem uzyskanym za pomocą metody immunohistochemicznej u 87 węzłów (21%) wykryto ekspresję tyrozynazy za pomocą techniki RT-PCR. Z pośród 48 pacjentów z ujemnym wynikiem badania immunohistochemicznego mikroprzerzuty (n=40) wystąpiły u 21 (44%) przy zastosowaniu metody RT-PCR. Wszystkie 68 węzłów chłonnych u 46 pacjentów bez czerniaka badanych w celu ujemnej kontroli RT-PCR tyrozynazy były ujemne. Wykrywanie mikroprzerzutów czerniaka w węzłach chłonnych za pomocą metody RT-PCR tyrozynazy jest niezwykle dokładną metodą o czułości znacząco wyższej niż w przypadku immunohistochemii (p<0.0001). U pacjentów z mikroprzerzutami do węzłów chłonnych zdiagnozowanych wyłącznie metodą RT-PCR grubość guza była znacznie większa niż u pacjentów z ujemnym wynikiem RT-PCR (p<0.01).

J Pathol. 1988 Feb;154(2):167-71.

Kontrola marginesów wycięcia w przypadku konwencjonalnych technik histopatologicznych w leczeniu nowotworów skóry. Metoda alternatywna do techniki Mohs'a.

Breuninger H, Schaumburg-Lever G.

Źródło

Uniwersytecki Szpital Dermatologiczny, I Oddział Dermatologii, Tuebingen, F.R.G.

Streszczenie

W celu kontroli histologicznej marginesów wycięcia próbki guzów, rutynowo lub w pewnych warunkach natychmiast, umieszczane są w formalinie i przekazywane do laboratorium histologicznego. Z dna, krawędzi i przekroju poprzecznego pozostałości próbki wycina się paski, które następnie są przetwarzane za pomocą rutynowej techniki z użyciem parafiny do momentu zabarwienia metodą H&E całego obwodu i części środkowej wycinków. Sugerujemy, że metoda ta jest prosta, łatwa w zastosowaniu i odpowiednia do oceny marginesów wycięcia wszelkiego rodzaju nowotworów skóry. Skuteczność tej metody została potwierdzona dzięki wyjątkowo niskiej częstotliwości nawrotów podczas stosunkowo długiego okresu badań kontrolnych.

Cancer. 1997 Jul 1;80(1):60-5.

Czerniak przerzutowy o nieznanym ognisku nowotworu pierwotnego prezentuje czynniki prognostyczne podobne do regionalnego czerniaka przerzutowego: zalecenia do badań początkowego stadium choroby

Schlagenhauff B, Stroebel W, Ellwanger U, Meier F, Zimmermann C, Breuninger H, Rassner G, Garbe C.

Źródło

Klinika Dermatologii, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy.

Streszczenie

WPROWADZENIE

Czerniak przerzutowy o nieznanym ognisku pierwotnym stanowi w przybliżeniu 2-6% wszystkich przypadków czerniaka. Znaczenie prognostyczne tej diagnozy nadal pozostaje kontrowersyjne.

METODY

Z spośród 3258 pacjentów z czerniakiem złośliwym zarejestrowanych w latach 1976 – 1996 przerzuty nieznanego pochodzenia wystąpiły u 2.3% przypadków. Dokonano oceny lokalizacji, klinicznego stopnia zaawansowania i prawdopodobieństwa przeżycia.

WYNIKI

U trzydziestu pacjentów zdiagnozowano skórne lub podskórne przerzuty in-transit, wskaźnik 5-letniego przeżycia wyniósł u nich 83%. U trzydziestu siedmiu pacjentów stwierdzono przerzuty do węzłów chłonnych, wskaźnik 5-letniego przeżycia wyniósł u nich 50%. Chorobę rozsianą zdiagnozowano tylko u 8 pacjentów u których średni okres przeżycia wyniósł 6 miesięcy. Porównanie prawdopodobieństwa przeżycia pacjentów z przerzutami in-transit i nowotworami pierwotnymi nieznanego pochodzenia z prawdopodobieństwem przeżycia pacjentów z pierwotnymi nowotworami wyszło znacząco na korzyść grupy pierwszej. Nie stwierdzono żadnych szczególnych różnic u pacjentów z przerzutami do węzłów chłonnych gdy porównano pacjentów z nieznanym ogniskiem pierwotnym z pacjentami z czerniakiem skóry u których wystąpiły przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych.

WNIOSKI

Kliniczny przebieg choroby u pacjentów z czerniakiem przerzutowym o nieznanym ognisku pierwotnym jest podobny do przebiegu choroby u pacjentów z pierwotnym czerniakiem skóry, w przypadku porównania tych samych stopni zaawansowania klinicznego choroby. W oparciu o założenie, że większość przerzutów regionalnych rozwija się z czerniaka pierwotnego skóry, który uległ całkowitej regresji artykuł ten proponuje przeprowadzenie badań mających na celu wstępną ocenę stopnia zaawansowania nowotworu u pacjentów z nieznanym ogniskiem pierwotnym nowotworu.

J Am Acad Dermatol. 2007 Oct;57(4):616-21. Epub 2007 Jul 3.

Randomizowane, otwarte badanie fazy III celem oceny bezpieczeństwa i skuteczności 5% kremu imikwimod stosowanego trzy razy w tygodniu przez 8 i 12 tygodni w leczeniu guzkowego raka podstawnokomórkowego niskiego ryzyka.

Eigentler TK, Kamin A, Weide BM, Breuninger H, Caroli UM, Möhrle M, Radny P, Garbe C.

Źródło

Program Raka Skóry, Klinika Dermatologii, Eberhard-Karls-University, Tuebingen, Niemcy.

Streszczenie

CEL BADAWCZY:

Celem niniejszej pracy była ocena skuteczności i tolerancji leczenia miejscowego imikwimodem guzkowego raka podstawnokomórkowego (nBCC).

METODY:

Stu dwóm losowo wybranym pacjentom miejscowo zaaplikowano imikwimod trzy razy dziennie przez 8 lub 12 tygodni. Dwunastu pacjentów odpadło. Oceniono tolerancję i skuteczność łącznie u 90 pacjentów. Czystość histologiczna została skontrolowana poprzez wycięcie początkowej lokalizacji guza z 3mm marginesami i ocenę marginesów w tym marginesu głębokiego oraz za pomocą skrawania seryjnego centralnej części tkanki pod kątem obecności guza.

WYNIKI:

Nie odnotowano znaczących różnic w kwestii skuteczności i tolerancji pomiędzy grupami leczenia. Z 90 badanych pacjentów u 70 wystąpiło całkowite ustąpienie objawów klinicznych (78%). Guz widoczny klinicznie był nadal obecny u 20 pacjentów (22%). Całkowita czystość histologiczna została stwierdzona u 58 pacjentów (64%). Guz pozostał u 32 pacjentów (36%). U 12 pacjentów pomimo całkowitego ustąpienia objawów klinicznych pozostałości guza nadal były wykrywane w badaniu histopatologicznym. Lepsza skuteczność została stwierdzona w przypadku nBCC o średnicy poniżej 1cm z odnotowanym ustąpieniem objawów klinicznych 82% i histopatologicznych 72%. Zdarzenia niepożądane odnotowano u 92% pacjentów i zostały one w większej mierze sklasyfikowane jako mniejsze lub umiarkowane zapalenie miejscowe.

OGRANICZENIA:

Kliniczne badania kontrolne były ograniczone do czasu pomiędzy zakończeniem leczenia a ostatecznym pełnym wycięciem.

WNIOSKI:

Imikwimod stosowany trzy razy w tygodniu przez 8 i 12 tygodni ma niewielkie działanie przeciwko małym nBCC. Guz rezydualny był obecny u ponad jednej trzeciej leczonych pacjentów. Wygląd kliniczny po leczeniu nie odzwierciedlał prawidłowo obecności lub braku choroby niemalże u 1 na 5 pacjentów z nBCC. Ponieważ u 17% pacjentów u których ustąpiły objawy kliniczne nadal występowały dowody na obecność choroby, wciąż było wskazane przeprowadzenie biopsji wycięcia miejsca.