

การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อเพื่อซ่อมแซมความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า จากการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ณัฐภูมิ หงส์กาญจนกุล พบ. ศัลยกรรมตกแต่ง

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมะเร็งผิวหนัง สัดส่วนของการผ่าตัดก่อนเนื้องอกมะเร็งผิวหนังออกได้ทั้งหมด อัตราการเกิดซ้ำและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการ : ศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังและผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณข้างเคียง ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2561 ถึง เดือนธันวาคม 2562 เพื่อดูผลลัพธ์เนื้องอกมะเร็งผิวหนังตามตำแหน่งกายวิภาค ผลตรวจทางพยาธิวิทยา สัดส่วนของการผ่าตัดก่อนเนื้องอกมะเร็งออกได้ทั้งหมด และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยทั้งหมด 35 คน ได้รับการผ่าตัด อายุเฉลี่ย 66+16.4 ปี เพศชาย 19 คน(ร้อยละ 54) เพศหญิง 16 คน(ร้อยละ 46) บริเวณที่พบมากที่สุดคือ บริเวณริมฝีปากและแก้ม ร้อยละ 37 จมูก ร้อยละ 31 หน้าศีรษะร้อยละ 17 หน้าผากร้อยละ 6 ใบหูร้อยละ 6 เปลือกตาร้อยละ 3 ตามลำดับ ชนิดของมะเร็งผิวหนังที่พบได้คือ basal cell carcinoma ร้อยละ 77 squamous cell carcinoma ร้อยละ 11 malignant melanoma ร้อยละ 3 และอื่นๆ ร้อยละ 9 สัดส่วนของการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังออกได้ทั้งหมด คือ 29:6 หรือร้อยละ 83 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ ได้แก่ เนื้อเยื่อตายบางส่วน ร้อยละ 6 อวัยวะเสียการทำงานร้อยละ 3

บทสรุป : การรักษาเนื้องอกมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและใบหน้า ด้วยวิธีการย้ายผิวหนังจากบริเวณข้างเคียง หลังจากตัดเนื้องอกมีความสำคัญต่อการรักษาในกรณีที่ไม่สามารถเย็บปิดได้โดยตรง ทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี ภาวะแทรกซ้อนเกิดน้อย

คำสำคัญ : มะเร็งผิวหนัง ศีรษะและลำคอ การผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ

Role of flap reconstruction of facial defects following skin cancer resection in Vachira Phuket hospital

Natthawoot Hongkarnjanakul, M.D. plastic and reconstructive surgery
Vachira Phuket hospital, Phuket province, Thailand 83000

Abstract

Objective : To study anatomic site distribution, histologic type, completed resection ratio, recurrence rate and complication of head and neck skin cancer resection with flap coverage.

Materials and Methods : A descriptive retrospective study was conducted by retrospective review of medical records of head and neck skin cancer patients requiring local flap reconstruction in Vachira Phuket hospital from July 2018 until December 2019.

Results : The authors identified 35 patients for 19 male and 16 female with head and neck skin cancer who underwent local flap closure. The average age was 66(+16.4 years). Cheek and lip was the most common area that have been found 37 percent, nose 31 percent scalp 17 percent forehead 6 percent auricle 6 percent eyelid 3 percent respectively. The majority of histopathological report was basal cell carcinoma 77 percent squamous cell carcinoma 11 percent Malignant melanoma 3 percent and others malignancy 9 percent. Completed resection ratio was 26:9 or 83 percent. Complications in this study were partial flap loss 6 percent and organ malfunction 3 percent.

Conclusion : Head and neck skin cancer that coverage with local flap transfer is one of treatment in cases of unable to direct closure. The author believe that local flap reconstruction is optimum option because of a lower rate of flap complications

Keyword : skin cancer, head and neck, flap reconstruction

บทนำ

มะเร็งผิวหนังเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย 1 ใน 5 อันดับแรกทั่วโลก โดยพบในชาวเอเชีย เพียงแค่ ร้อยละ 7.4 แต่พบว่าอัตราการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 41.9 เทียบกับภูมิภาคอื่นๆทั่วโลก¹ โดยมะเร็งผิวหนังที่พบได้บ่อยคือบริเวณศีรษะและใบหน้า ซึ่งได้แก่ basal cell carcinoma และ Squamous cell carcinoma ส่วนอีกชนิดหนึ่งที่พบได้ไม่บ่อยแต่มีความรุนแรง คือ malignant melanoma^{2,3} ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากแสงแดดที่มีรังสีอัลตราไวโอเล็ตเป็นปัจจัยสำคัญ ส่วนสาเหตุอื่นๆที่พบได้ เช่น พันธุกรรม การสัมผัสสารเคมี หรือรังสี^{4,5} โดยพบว่าคนไทยมีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งผิวหนังของคนไทยน้อยกว่าประชากรผิวขาว ทั้งนี้สาเหตุน่าจะมาจากเม็ดสีเมลานินที่มีอยู่ในผิวหนังของคนเอเชียมากกว่าชาวตะวันตก เป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ป้องกันอันตรายจากแสงแดด⁶

การรักษามะเร็งผิวหนังมีการรักษาหลายรูปแบบ เช่น การผ่าตัด การจี้ด้วยไฟฟ้า การจี้ด้วยความเย็น รังสีรักษา เคมีบำบัด เป็นต้น^{7,8} ซึ่งการรักษาแต่ละวิธีแตกต่างกันไปตามผลของเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยาที่ได้จากการนำไปตรวจก่อน ซึ่งการศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธี wide excision เท่านั้น โดยที่การผ่าตัดได้ตัดขอบของเนื้อผิวหนังปกติตามหลักคำแนะนำของ national comprehensive cancer network(NCCN) ทำให้แต่ละส่วนของศีรษะและใบหน้าที่ขอบเขตการตัดไม่เท่ากัน^{9,10,11}

บาดแผลหลังการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังมักมีขนาดใหญ่ การปิดบาดแผลมีหลายวิธี เช่น การเย็บปิดโดยตรง(primary closure) การปล่อยให้แผลหายเอง(secondary intention) การปลูกถ่ายผิวหนังจากบริเวณอื่น(skin graft) และการย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณข้างเคียง(local tissue transfer)¹² การย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณข้างเคียงเป็นวิธีที่ทำให้เกิดทั้งความสวยงามและการทำงานให้กลับมาใกล้เคียงเดิมมากที่สุด เนื่องจากการเป็นารทดแทนให้ได้เนื้อเยื่อที่มีลักษณะเหมือนเดิม¹³ แต่ทั้งนี้ก็เป็นวิธีที่มี

ความยากและซับซ้อนจึงเป็นที่มาของการศึกษานี้เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการผ่าตัดเพื่อนำไปพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาชนิดและตำแหน่งของเนื้องอกมะเร็งผิวหนัง สัดส่วนของการผ่าตัดก่อนเนื้องอกมะเร็งผิวหนังออกได้ทั้งหมด อัตราการเกิดซ้ำและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบพรรณนาย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและใบหน้าทั้งหมดที่ได้รับการรักษาในแผนกศัลยกรรมตกแต่ง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โดยศัลยแพทย์ตกแต่งสองท่าน ย้อนหลังในระยะเวลา 18 เดือน ตั้งแต่ กรกฎาคม 2561 ถึง ธันวาคม 2562 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือผู้ป่วยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและใบหน้าที่ร่วมกับการย้ายเนื้อเยื่อเพื่อซ่อมแซมความผิดปกติ และได้รับยืนยันผลชิ้นเนื้อว่าเป็นมะเร็งผิวหนัง เกณฑ์การคัดออกคือ เป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ดังนี้ เพศ, ตำแหน่งเนื้องอกมะเร็งผิวหนังตามกายวิภาค, ผลตรวจทางพยาธิวิทยา, การผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังออกได้ทั้งหมด, การกลับเป็นซ้ำในระยะเวลา 6 เดือน, ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด นำข้อมูลมาวิเคราะห์ แสดงผลเป็นร้อยละ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เลขที่ COA No.017B2020 เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนแล้วนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยในการศึกษาทั้งหมด 35 คน แบ่งเป็นเพศชาย 19 คน(54%) เพศหญิง 16 คน(46%) ดังตารางที่ 1 อายุเฉลี่ย 66+16.4 ปี จำแนกการการเนื้องอกมะเร็งผิวหนังบริเวณต่างๆ บนใบหน้าพบว่าบริเวณริมฝีปากและแก้มพบได้มากที่สุด 13 คน (ร้อยละ37) รองลงมาเป็น จมูก หนึ่งศีรษะ หน้าผาก ใบหู และเปลือกตา ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และผลตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม non-melanoma ถึงร้อยละ 97 แบ่งเป็น basal cell carcinoma 27 คน (ร้อยละ 77) squamous cell carcinoma 4 คน(ร้อยละ 11) ชนิดอื่นๆ 3 คน(ร้อยละ 9) และพบ melanoma 1 คน(ร้อยละ 3) ดังตารางที่ 3

ผลการรักษาจากการผ่าตัดพบว่า ตัดก้อนได้หมด 29 คน(ร้อยละ 83) ตัดก้อนไม่หมด 6 คน(ร้อยละ 17) พบการกลับมาเป็นซ้ำจากการตรวจร่างกายและยืนยันผลทางพยาธิวิทยา 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 3 ส่วนภาวะแทรกซ้อนจากการย้ายเนื้อเยื่อ ได้แก่ มีการตายบางส่วนของเนื้อเยื่อที่ได้รับการย้าย 2 คนคิดเป็นร้อยละ 6 ซึ่งทั้งสองคนก็ได้รับการผ่าตัดแก้ไขจนแผลหาย ปัญหาที่พบอีกก็คือ อวัยวะเสียการทำงาน 1 ราย ได้แก่ เปลือกตาล่างปลิ้นออก หลังผ่าตัด 1 เดือนก็ได้รับการผ่าตัดแก้ไขให้เป็นปกติ ซึ่งจากการศึกษาทั้งหมดไม่พบการเสียชีวิต การติดเชื้อ หรือการสูญเสียเนื้อเยื่อทั้งหมดจากการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ ดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยทั้งหมด	35	100
เพศชาย	19	54
เพศหญิง	16	46
สูบบุหรี่	7	20
โรคหลอดเลือดหัวใจ	6	17

ตารางที่ 2 ตำแหน่งของมะเร็งผิวหนังตามกายวิภาค

	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หนึ่งศีรษะ	6	17
หน้าผาก	2	6
เปลือกตา	1	3
ใบหู	2	6
จมูก	11	31
ริมฝีปากและแก้ม	13	37
ทั้งหมด	35	100

ตารางที่ 3 ผลตรวจทางพยาธิวิทยา

	จำนวน(คน)	ร้อยละ
squamous cell carcinoma	4	11
basal cell carcinoma	27	77
malignant melanoma	1	3
อื่นๆ	3	9
ทั้งหมด	35	100

ตารางที่ 4 ผลการผ่าตัดรักษา

	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังได้หมด	29	83
ผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังไม่หมด	6	17
การกลับเป็นซ้ำ	1	3

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ

	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ติดเชื้อ	0	0
แผลแยก	0	0
เนื้อเยื่อตายบางส่วน	2	6
เนื้อเยื่อตายทั้งหมด	0	0
อวัยวะเสียการทำงาน	1	3

การอภิปรายผล

การผ่าตัดรักษามะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและใบหน้า สิ่งสำคัญคือการผ่าตัดเนื้อร้ายออกให้หมดและไม่กลับมาเป็นซ้ำ ส่วนการผ่าตัดซ่อมแซมเนื้อที่สูญเสียไปจากการผ่าตัดให้กลับมาสวยงามและยังคงการทำงานที่ปกติก็สำคัญไม่แพ้กัน ในการศึกษาการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็ง

ผิวหนังใช้วิธี wide excision ตามมาตรฐานการรักษาของ NCCN^{10,11} แต่ยังมี การผ่าตัดรักษาแบบอื่นที่ทำให้เสียเนื้อเยื่อปกติน้อยกว่าเรียกว่า Moh's microsurgery^{14,15} ซึ่งในการศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรจึงไม่ได้เลือกวิธีการรักษา

แม้ว่าหลังผ่าตัดเนื้อมะเร็งออก ตัวเลือกในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อมีหลายวิธี อย่างเช่น การเย็บปิดโดยตรง (direct closure) การผ่าตัดปิดผิวหนัง (skin graft) ซึ่งอาจให้ผลการรักษาที่ดีและง่ายกว่า แต่ก็พบว่าในหลายกรณีที่ไม่สามารถเย็บปิดโดยตรงได้เพราะบาดแผลมีขนาดใหญ่เกินไป หรือไม่เหมาะสมที่จะแก้ไขซ่อมแซมด้วยการผ่าตัดปิดผิวหนัง เพราะอาจทำให้เกิดลักษณะที่ไม่สวยงาม เช่น บริเวณที่มีเส้นผมปกคลุมถ้าย้ายแผ่นผิวหนังมาปิดจะทำให้บริเวณนั้นไม่มีผม ดูไม่สวยงาม หรือ แม้แต่บริเวณใบหน้าอาจทำให้เกิดสีผิวและลักษณะผิวที่แตกต่างจากบริเวณข้างเคียง ดังนั้นการย้ายเนื้อจากบริเวณข้างเคียงจึงเป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาที่ดี ทั้งความสวยงามและการทำงานของอวัยวะนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ นอกจากการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณข้างเคียงในการรักษาซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ถูกตัดไปแล้ว ยังมีบาดแผลขนาดใหญ่ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีเหล่านี้ได้ จำเป็นต้องรักษาโดยการย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณอื่นที่ไม่ได้อยู่ติดกัน หรือ ย้ายเนื้อเยื่อจากบริเวณอื่นของร่างกายโดยใช้วิธีทางจุลศัลยกรรม ซึ่งมีความซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งไม่ได้กล่าวในการศึกษานี้ อาจจะกล่าวได้ว่าวิธีการรักษามีได้หลากหลายวิธีขึ้นอยู่กับทั้งความชำนาญของศัลยแพทย์และความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งโรคประจำตัวและอายุ อาจจะไม่มียวิธีการรักษาใดที่ดีที่สุด แต่เป้าหมายที่สำคัญ คือรักษาโรคได้หายขาดและกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

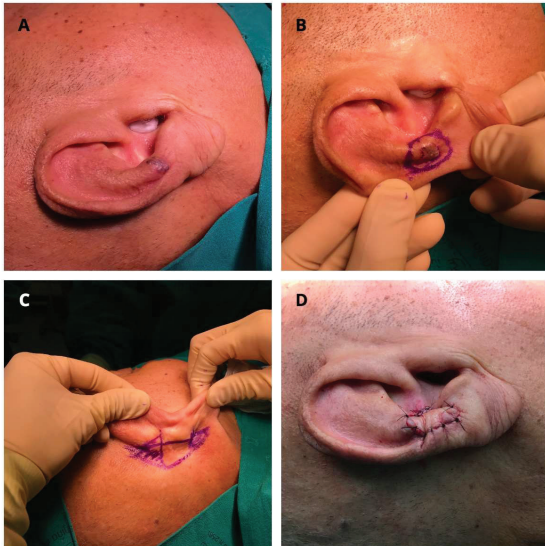
ความสำคัญทางกายวิภาคของศีรษะและใบหน้าที่มีผลต่อการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อ เช่น ใบหูที่ประกอบด้วยผิวหนัง และกระดูกอ่อน อีกทั้งมีรูปร่างที่ซับซ้อนของส่วนเว้าส่วนนูนของใบหู ทำให้ยากต่อการผ่าตัดทดแทนแก้ไข (รูปที่ 1) บริเวณเปลือกตา ที่มีส่วนประกอบซับซ้อนทำให้การผ่าตัดต้องคำนึงถึง ผิวหนัง เยื่อบุตา และแผ่นเปลือกตาด้วย^{16,17} (รูปที่ 2,3,4,5,6) จมูก โครงสร้างของจมูกหลักประกอบไปด้วย ผิวหนังส่วนนอกแต่ละส่วนมีความหนา บางไม่เท่ากัน เยื่อบุด้านใน และส่วนที่เป็นโครงสร้างกระดูกอ่อน การผ่าตัดแก้ไขต้องคำนึงถึงองค์ประกอบดังที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อคงความสวยงามและคง

หน้าที่การทำงานไว้^{18,19} (รูปที่ 7) หนังศีรษะเป็นบริเวณที่มีเส้นผมปกคลุมอยู่ ดังนั้น ไม่มีการทดแทนเนื้อเยื่อใดที่จะสามารถทดแทนหนังศีรษะได้เหมือนหนังศีรษะด้วยกัน^{20,21} (รูปที่ 8) แก้มและริมฝีปากเกี่ยวข้องกับการพูด การเคี้ยว การกิน การรับสัมผัส และการแสดงสีหน้า การผ่าตัดซ่อมแซมแก้ไขต้องคำนึงถึงกายวิภาคของอวัยวะรวมไปถึงบริเวณข้างเคียงไม่ให้เสียรูปและการทำงาน

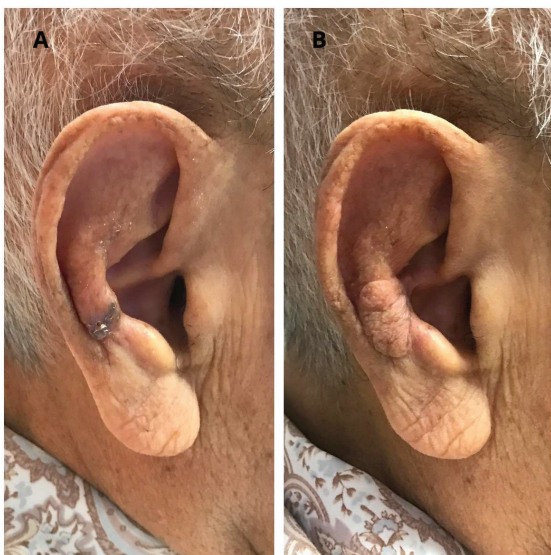
จากการศึกษานี้พบว่า มะเร็งผิวหนังที่พบได้บ่อยที่สุดคือ basal cell carcinoma และพบได้ในเพศชายเท่าๆ กับเพศหญิงไม่ต่างกันเหมือนกับการศึกษาอื่น ตำแหน่งบริเวณที่พบบ่อยที่สุดจากการศึกษานี้พบว่า บริเวณแก้มพบมากที่สุด รองลงมาเป็นจมูกและหนังศีรษะ แตกต่างจากการศึกษาอื่นพบที่จมูกมากที่สุด รองลงมาเป็นแก้ม และหนังศีรษะตามลำดับ²² ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนไม่ร้ายแรงเช่น เนื้อเยื่อตายบางส่วน²³ โดยไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับการผ่าตัดเนื้องอกมะเร็งผิวหนังออกไม่หมด พบได้ตั้งแต่ 3-30% ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่ม squamous cell carcinoma ได้มากกว่า basal cell carcinoma²⁴ ในการศึกษานี้พบ 17%

จากการศึกษาข้อมูลที่ได้เป็นเพียงข้อมูลบางส่วนที่สามารถนำไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษา และเป็นข้อมูลเชิงสถิติสำหรับโรงพยาบาลเพื่อให้มีการเก็บข้อมูลที่เป็ระบบมากขึ้น สำหรับปัจจัยและสาเหตุการเกิดมะเร็งผิวหนังในการศึกษานี้ ไม่สามารถสรุปได้เพราะมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ในแง่การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถพัฒนาเป็นองค์รวมร่วมกับ รังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ อายุรแพทย์โรคมะเร็ง และรังสีรักษาเป็นต้น

ในบริบทผู้ป่วยในจังหวัดและเขตใกล้เคียง ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้า หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวโรคไม่ถูกต้อง ทั้งให้ก่อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่ ยากต่อการรักษา ทั้งนี้ในการศึกษานี้ทำให้ทราบถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อนำไปพัฒนาวางแผนป้องกันและคัดกรองการเกิดมะเร็งผิวหนังของผู้ป่วยในเขตพื้นที่ให้เข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม



รูปที่ 1 A. ผู้ป่วยชาย 83 ปี basal cell carcinoma บริเวณ antihelix ข้างขวาขนาด 1.0x0.7 เซนติเมตร B. แสดงรูปวาดขอบเขตการผ่าตัด 0.5 เซนติเมตร รอบก้อนเนื้อออก C. รูปแสดงการออกแบบ postauricular Helix-based adipodermal pedicle turnover (PHAT) flap²⁵ D. หลังจากตัดเนื้อออกออก และปิด defect ด้วย flap



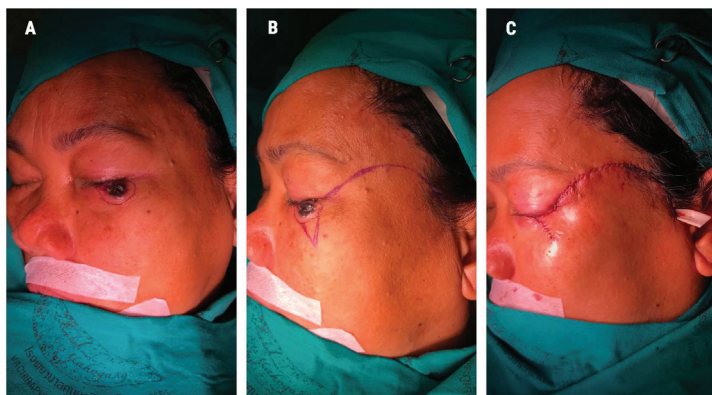
รูปที่ 2 A. รูปก่อนผ่าตัด B. รูปหลังผ่าตัด



รูปที่ 3 A. ผู้ป่วยชาย 72 ปี basal cell carcinoma บริเวณแก้มข้างขวาชิดกับเปลือกตาล่างขนาด 1.3x2.2 เซนติเมตร และขอบเขตการตัด 0.5 เซนติเมตรรอบก้อน B. แสดงการออกแบบ Limberg's flap²⁶ เพื่อปิด skin defect C. รูปหลังตัดเนื้อออกออกและเย็บปิดแผล (รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)



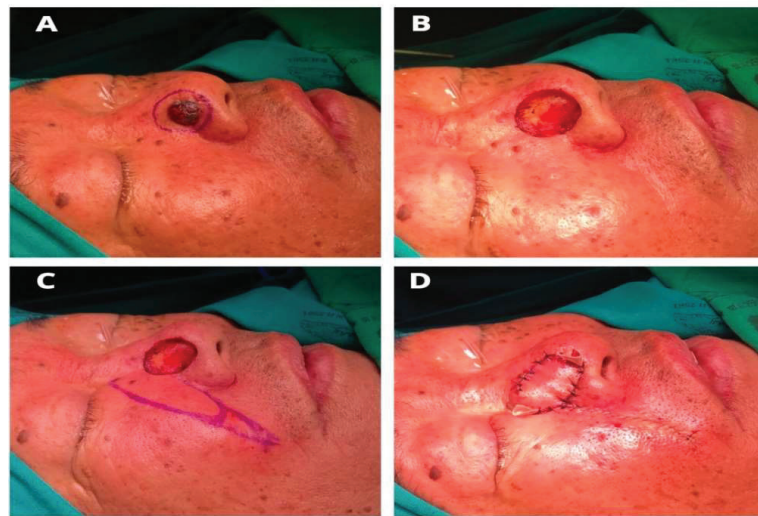
รูปที่ 4 A. รูปก่อนผ่าตัด B. รูปหลังผ่าตัด(รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)



รูปที่ 5 A. ผู้ป่วยหญิงอายุ 56 ปี basal cell carcinoma บริเวณเปลือกตาล่าง ข้างซ้ายขนาด 1.0x1.2 เซนติเมตร และขอบเขตการตัด 0.5 เซนติเมตร รอบก้อน B. แสดงการออกแบบ Mustarde's flap^{16,17} เพื่อปิด skin defect C. รูปหลังตัดเนื้องอกออกและเย็บปิดแผล(รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)



รูปที่ 6 A. รูปหน้าตรงก่อนผ่าตัด B. รูปด้านข้างก่อนผ่าตัด C. รูปหน้าตรงหลังผ่าตัด D. รูปด้านข้างหลังผ่าตัด(รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)



รูปที่ 7 A. ผู้ป่วยชายอายุ 67 ปี Basal cell carcinoma บริเวณข้างจมูกขวา 1.0x1.0 เซนติเมตร และขอบเขตการตัด 0.5 เซนติเมตรรอบก้อน B. บาดแผลหลังตัดก้อนเนื้อออกออกถึงชั้นกระดูกอ่อนและกล้ามเนื้อ C. แสดงการออกแบบ nasolabial flap^{18,19,27,28} เพื่อปิด skin defect D. รูปหลังตัดเนื้อออกออกและเย็บปิดแผล(รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)



รูปที่ 8 A. ผู้ป่วยชายอายุ 60 ปี basal cell carcinoma บริเวณขมับขวาขนาด 3.0x3.0 เซนติเมตร B. แสดงการออกแบบ O-T advancement flap²⁹ เพื่อปิด skin defect (ตัดเป็นรูปสามเหลี่ยมเพื่อเก็บเนื้อส่วนเกิน) C. รูปหลังผ่าตัดทันที D. รูปหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์(รูปภาพได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว)

สรุป

การรักษาเนื้องอกมะเร็งผิวหนังบริเวณศีรษะและใบหน้า ด้วยวิธีการย้ายผิวหนังจากบริเวณข้างเคียงหลังจากตัดเนื้องอกมีความสำคัญต่อการรักษาในกรณีที่ไม่สามารถเย็บปิดได้โดยตรง ทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี ภาวะแทรกซ้อนเกิดน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018 Nov;68(6):394-424.
2. Rogers HW, Weinstock MA, Harris AR, Hinckley MR, Feldman SR, Fleischer AB, et al. Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States, 2006. Archives of dermatology. 2010 Mar 1;146(3):283-7.
3. de Vries E, Trakatelli M, Kalabalikis D, Ferrandiz L, Ruiz-de-Casas A, Moreno-Ramirez D, Sotiriadis D, Ioannides D, Aquilina S, Apap C, Micallef R. Known and potential new risk factors for skin cancer in European populations: a multicentre case-control study. British Journal of Dermatology. 2012 Aug;167:1-3.
4. Armstrong BK, Kricker A. The epidemiology of UV induced skin cancer. Journal of photochemistry and photobiology B: Biology. 2001 Oct 1;63(1-3):8-18.
5. Gallagher RP, Hill GB, Bajdik CD, Fincham S, Coldman AJ, McLean DI. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer: I. Basal cell carcinoma. Archives of dermatology. 1995 Feb 1;131(2):157-63.
6. Brenner M, Hearing VJ. The protective role of melanin against UV damage in human skin. Photochemistry and photobiology. 2008 May;84(3):539-49.
7. Karrer S, Szeimies RM, Hohenleutner U, Landthaler M. Role of lasers and photodynamic therapy in the treatment of cutaneous malignancy. American journal of clinical dermatology. 2001 Aug 1;2(4):229-37.
8. Waldow SM, Lobraico RV, Kohler IK, Wallk S, Fritts HT. Photodynamic therapy for treatment of malignant cutaneous lesions. Lasers in surgery and medicine. 1987;7(6):451-6.
9. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, Alam M, Andersen JS, Berg D, et al. Basal cell skin cancer, version 1.2016, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2016 May 1;14(5):574-97.
10. Skulsky SL, O'Sullivan B, McArdle O, Leader M, Roche M, Conlon PJ, et al. Review of high-risk features of cutaneous squamous cell carcinoma and discrepancies between the American Joint Committee on Cancer and NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. Head & neck. 2017 Mar;39(3):578-94.
11. Coit DG, Thompson JA, Albertini MR, Barker C, Carson WE, Contreras C, et al. Cutaneous melanoma, version 2.2019, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2019 Apr 1;17(4):367-402.
12. Janis JE, Kwon RK, Attinger CE. The new reconstructive ladder: modifications to the traditional model. Plastic and reconstructive surgery. 2011 Jan 1;127:205S-12S.
13. Hofer SO, Mureau MA. Improving outcomes in aesthetic facial reconstruction. Clinics in

- Plastic Surgery. 2009 Jul 1;36(3):345-54.
14. Smeets NW, Krekels GA, Ostertag JU, Essers BA, Dirksen CD, Nieman FH, et al. Surgical excision vs Mohs' micrographic surgery for basal-cell carcinoma of the face: randomised controlled trial. *The Lancet*. 2004 Nov 13;364(9447):1766-72.
 15. Smeets NW, Kuijpers DI, Nelemans P, Ostertag JU, Verhaegh ME, Krekels GA, et al. Mohs' micrographic surgery for treatment of basal cell carcinoma of the face—results of a retrospective study and review of the literature. *British journal of dermatology*. 2004 Jul;151(1):141-7.
 16. Alghoul M, Pacella SJ, McClellan WT, Codner MA. Eyelid reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2013 Aug 1;132(2):288e-302e.
 17. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Upper eyelid reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004 Dec 1;114(7):98e-107e.
 18. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 1985 Aug 1;76(2):239-47.
 19. Menick FJ. Nasal reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2010 Apr 1;125(4):138e-50e.
 20. Newman MI, Hanasono MM, Disa JJ, Cordeiro PG, Mehrara BJ. Scalp reconstruction: a 15-year experience. *Annals of plastic surgery*. 2004 May 1;52(5):501-6.
 21. Leedy JE, Janis JE, Rohrich RJ. Reconstruction of acquired scalp defects: an algorithmic approach. *Plastic and reconstructive surgery*. 2005 Sep 15;116(4):54e-72e.
 22. Richmond-Sinclair NM, Pandeya N, Ware RS, Neale RE, Williams GM, Van Der Pols JC, et al. Incidence of basal cell carcinoma multiplicity and detailed anatomic distribution: longitudinal study of an Australian population. *Journal of investigative dermatology*. 2009 Feb 1;129(2):323-8.
 23. Agra IM, Carvalho AL, Pontes E, Campos OD, Ulbrich FS, Magrin J, et al. Postoperative complications after en bloc salvage surgery for head and neck cancer. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2003 Dec 1;129(12):1317-21.
 24. Eskiizmir G, Baker S, Cingi C. Nonmelanoma skin cancer of the head and neck: reconstruction. *Facial Plastic Surgery Clinics*. 2012 Nov 1;20(4):493-513.
 25. Beustes-Stefanelli M, O'Toole G, Schertenleib P. The Postauricular Helix-based Adipodermal-pedicle Turnover (PHAT) Flap: An Original Single-Stage Technique for Antihelix and Scapha Reconstruction. *Annals of Plastic Surgery*. 2016 Jan 1;76(1):57-66.
 26. Heller L, Cole P, Kaufman Y. Cheek reconstruction: current concepts in managing facial soft tissue loss. In *Seminars in plastic surgery* 2008 Nov (Vol. 22, No. 4, p. 294). Thieme Medical Publishers.
 27. Zitelli JA. The nasolabial flap as a single-stage procedure. *Archives of dermatology*. 1990 Nov 1;126(11):1445-8.
 28. Rohrich RJ, Conrad MH. The superiorly based nasolabial flap for simultaneous alar and cheek reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2001 Nov 1;108(6):1727-32.
 29. Bradford BD, Lee JW. Reconstruction of the Forehead and Scalp. *Facial Plastic Surgery Clinics*. 2019 Feb 1;27(1):85-94.