



# Kirurško liječenje gigantskih bazocelularnih karcinoma lica: naše iskustvo

## Surgical treatment of giant basal cell carcinoma of the face: our experience

Ivan Kovačić<sup>1</sup> , Marijan Kovačić<sup>2</sup>, Marija Kera<sup>2</sup>, Tamara Tačigin<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Služba za kirurgiju, Opća bolnica Zadar, Zadar

<sup>2</sup> Odjel za otorinolaringologiju, Opća bolnica Zadar, Zadar

<sup>3</sup> Odjel za otorinolaringologiju, Opća bolnica Pula, Pula

### Deskriptori

BAZOCELULARNI KARCINOM – kirurgija, patologija;  
TUMORI KOŽE – kirurgija, patologija;  
TUMORI LICA – kirurgija, patologija;  
REKONSTRUKCIJSKI KIRURŠKI ZAHVATI – metode;  
ISHOD LIJEČENJA

### Descriptors

CARCINOMA, BASAL CELL – pathology, surgery;  
SKIN NEOPLASMS – pathology, surgery;  
FACIAL NEOPLASMS – pathology, surgery;  
RECONSTRUCTIVE SURGICAL PROCEDURES – methods;  
TREATMENT OUTCOME

**SAŽETAK.** Gigantski bazocelularni karcinom (GBCC) rijetki je tumor kože veličine 5 i više cm. Glavnim čimbenicima njegova nastanka smatraju se zapostavljanje konvencionalnoga bazocelularnog karcinoma (BCC) od strane bolesnika i/ili biološka agresivnost tumora. Svojim sporim infiltrativnim rastom narušavaju strukturni i funkcionalni integritet zahvaćenog područja. Za njegovo liječenje, bez obzira na lokalizaciju, ne postoje usvojene smjernice i još uvijek predstavlja terapijski problem. U ovom radu analizirali smo karakteristike bolesnika i tumora kao i njegov odgovor na kirurško liječenje. Od ukupnog broja bolesnika s BCC-om glave i vrata u periodu od 11 godina izdvojili smo njih 24 s GBCC-om lica. Svi su bili treće životne dobi u rasponu od 65 do 86 godina, većinom siromašni, skloni alkoholu i depresiji. Veličina i površina tumora u središnjem dijelu lica bila je nešto manja nego u postraničnom dijelu. Prevladao je muški spol u omjeru 1,4:1. Sve smo bolesnike podvrgnuli kirurškom liječenju odstranjenja tumora s histološki slobodnim rubovima te je istovremeno izvršena i rekonstrukcija nastalog defekta. Za vrijeme praćenja od prosječno 36 mjeseci nismo imali povrat bolesti niti pojavu metastaza, a funkcionalni i estetski rezultat bio je dobar. Histološki su u većini slučajeva bili neagresivni podtipovi tumora (nodularni), a vrijeme trajanja bolesti jest prosječno 5,9 godina. Za nastajanje GBCC-a kod naših bolesnika uglavnom teretimo njihov indolentan stav prema bolesti. GBCC se može uspješno kirurški liječiti i u tako zahtjevnom području kao što je lice i bez obzira na starosnu dob bolesnika.

**SUMMARY.** Giant basal cell carcinoma (GBCC) is a rare skin tumor with the longest diameter greater than five cm. The main factors for its occurrence are considered to be the neglect of conventional basal cell carcinoma (BCC) by patients and the biological aggressiveness of the tumor. With its slow infiltrative growth it disrupts the structural and functional integrity of the affected area. There are no guidelines for its treatment regardless of localization and it still poses a therapeutic problem. In this study, we analyzed patient and tumor characteristics and response to GBCC surgical treatment. Of the total number of patients with BCC over a period of 11 years we isolated 24 cases with GBCC. All patients were in the third age range, from 65 to 86 years old, mostly poor, prone to alcohol and depression. The size and area of the tumor in the central part of the face were slightly smaller than in the lateral part. Male gender predominated (1.4:1). All patients underwent surgical resection of the tumor with histologically confirmed free margins, as the only method of treatment. Reconstruction of the resulting defect was performed in the same procedure. During the follow-up of 36 months on average no recurrence of the disease or metastasis in any of the patients was observed. Histological processing also defined the subtype of these tumors. Most were non-aggressive, nodular form tumors. Due to the duration of the disease, an average of 5.9 years, we believe that the greatest responsibility for the development of this subtype of BCC is the indolent attitude of the patient. Facial GBCC can be successfully treated surgically in such a demanding area as the face, and regardless of the patient's age.

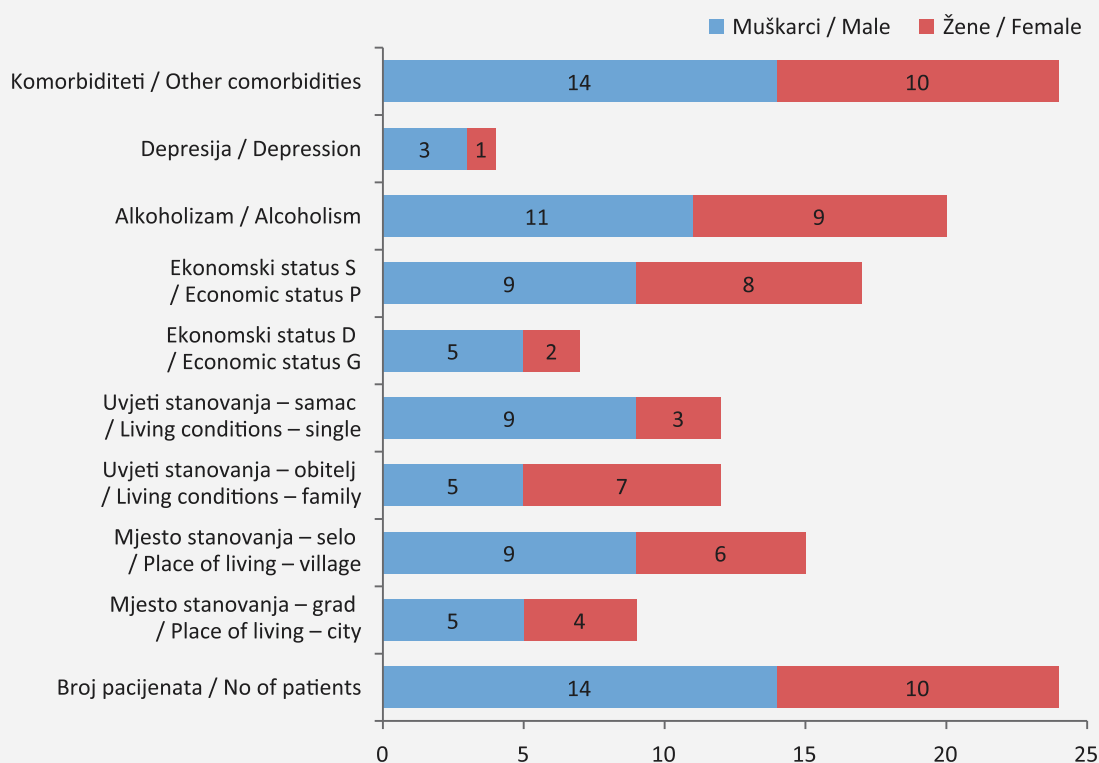
Maligni tumori kože predstavljaju heterogenu skupinu tumora. Mogu nastati bilo od kojega njenog sastavnog dijela. Najčešći je bazocelularni karcinom (BCC) koji je podrijetlom iz pluripotentnih stanica bazalnog sloja epidermisa i vanjske ovojnice korijena dlake.<sup>1</sup> Predominantno se javlja na lokacijama kože izložene suncu i kod starijih osoba. Njegova je incidencija u stalnom porastu diljem svijeta. Razlozi su jednostavni, životni vijek ljudi je duži, izloženost suncu sve veća, a dijagnostika sve bolja.<sup>2</sup> Obično se po-

javljuje kao bezbolna nodularna ili ulcerozna promjena kože i ima izrazito niski metastatski potencijal. Ova vrsta raka kože u ranoj je fazi lako izlječiva, ali svako duže odlaganje ili neadekvatno liječenje može rezultirati njegovim širenjem u dublje slojeve kože i okolno

### ✉ Adresa za dopisivanje:

Prim. Marijan Kovačić, dr. med., <https://orcid.org/0000-0003-0860-6923>  
Obala Kneza Branimira 2E, 23000 Zadar, e-pošta: [mar.kova@yahoo.com](mailto:mar.kova@yahoo.com)

Primljeno 16. prosinca 2020., prihvaćeno 25. listopada 2021.



Mjesto i uvjeti stanovanja: G, grad; S, selo; O, obitelj; S, samac / Place and living conditions: C, city; V, village; F, family; S, single  
Ekonomski status / Economic status: D, dobar; S, siromašan; G, good; P, poverty

SLIKA 1. DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE BOLESNIKA

FIGURE 1. DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS

tkivo.<sup>3</sup> Kada tako zanemareni BCC dosegne ili premaši veličinu promjera od 5 cm, nazivamo ga gigantskim bazocelularnim karcinomom (GBCC). Ovaj se podtip BCC-a vrlo rijetko javlja. Njegova frekvencija je mala, oko 0,5% svih BCC-a. Za njegovo liječenje, bez obzira na lokalizaciju, ne postoje usvojenje smjernice i još uvijek predstavlja terapijski problem.<sup>4</sup> U ovom radu iznosimo naša iskustva kirurškog liječenja GBCC-a lica i neposredne rekonstrukcije nastalog defekta u predstavljenoj grupi od 24 bolesnika. Predmet analize bile su karakteristike bolesnika, tumora i izbor metode rekonstrukcije. Naš pristup liječenja bio je usmjeren na potpuno uklanjanje tumora i ponovnu uspostavu narušene funkcije i estetskog izgleda bolesnika, što je umnogome poboljšalo njihovu kvalitetu života.

### Bolesnici i metode

U ovoj deskriptivnoj retrospektivnoj studiji istražili smo pojavnost GBCC-a u naših bolesnika, koje smo kirurški liječili zbog BCC-a kože glave i vrata, u razdoblju od siječnja 2009. do prosinca 2019. godine. Izdvojili smo ukupno 24 bolesnika kojima je najduži promjer BCC-a bio veći od 5 cm. Razvrstali smo ispitanike po spolu, dobi, mjestu stanovanja, obiteljskom

statusu, higijensko-ekonomskom nivou, prisutnosti alkoholizma, depresije i drugog komorbiditeta. Daljnja razdioba je izvršena prema karakteristikama tumora, njegovoj veličini, smještaju, prisutnosti metastaze te dužini vremena javljanja. Podijelili smo tumore na rekurentne i tumore *de novo*. S obzirom na operacijski zahvat izvršili smo razdiobu prema primijenjenoj anesteziji, metodi rekonstrukcije, komplikacijama, trajanju bolničkog liječenja kao i histološkim obilježjima. Tijekom praćenja bolesnika promatrana je pojava recidiva, kvaliteta života i socijalna integracija. Pojedine demografske i tumorske karakteristike analizirali smo statističkim postupkom ( $\chi^2$  test) ispitivanja prisutnosti razlika na razini značajnosti ( $p < 0,05$ ).

### Rezultati

Od ukupno 4.216 bolesnika kirurški liječenih zbog BCC-a kože glave i vrata, GBCC su imali njih 24 (0,57%). Svi tumori su bili u području lica i niti jedan bolesnik nije imao genodermatozu. Muški spol (14 bolesnika) bio je više zastupljen od žena (10 bolesnika). Dobni raspon se kretao od 65 do 86 godina, prosječne vrijednosti od 76,7 godina. S obzirom na mjesto stanovanja, u urbanoj sredini je živjelo njih 9, a u ruralnoj



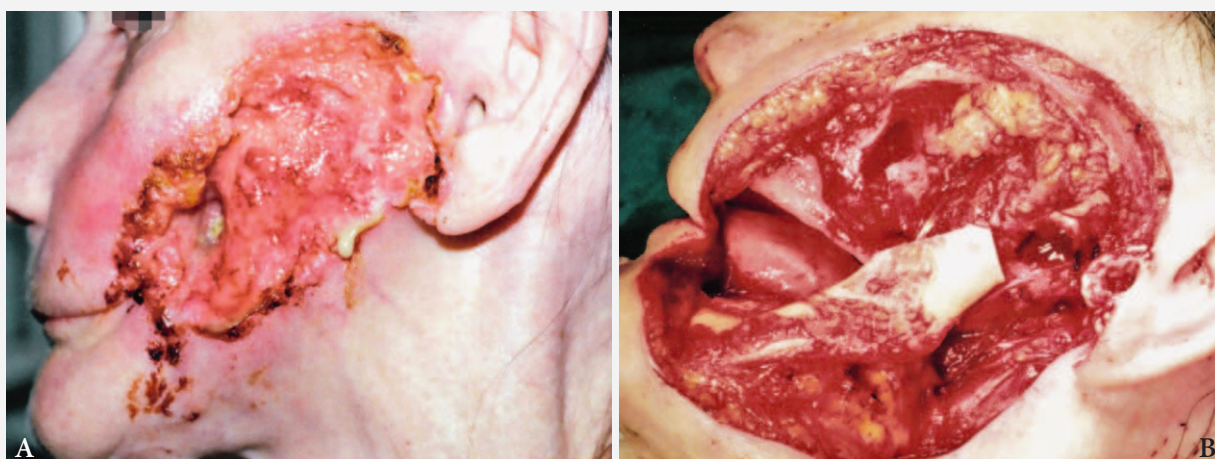
SLIKA 2. 70-GODIŠNJA ŽENA S GBCC-OM MEDIJALNOG OČNOG KUTA KOJI SE PROŠIRIO NA GORNJI I DONJI KAPAK I U PODRUČJE NOSA (A). NASTALI DEFJEKT NAKON ABLACIJE TUMORA (B). KONAČNI IZGLJED BOLESNICE NAKON REKONSTRUKCIJE S LOKALNIM REŽNJEVIMA (C).

FIGURE 2. A 70-YEAR-OLD WOMAN WITH GBCC OF MEDIAL CANTHUS EXTENDING TO THE UPPER AND LOWER EYELIDS AND TO THE NASAL AREA (A). DEFECT FORMED AFTER TUMOR ABLATION (B). FINAL APPEARANCE OF THE PATIENT AFTER RECONSTRUCTION WITH LOCAL FLAPS (C).

preostalih 15 bolesnika. Obiteljsku i/ili društvenu skrb imalo je pola bolesnika, a druga polovina njih su živjeli sami. Higijensko-ekonomski nivo je bio nizak u 17 bolesnika, a preostalih 7 su imali srednje kvalitetne uvjete života. Svi bolesnici su imali jednu ili više komorbidnih bolesti. Nijedan bolesnik nije bio liječen alkoholičar, ali konzumiranje veće količine alkohola navelo je 11 muškaraca i 9 žena, dok je dodatno depresivni sindrom, potvrđen psihijatrijskim nalazima, imalo 4 bolesnika (slika 1). Mjesto primarnog sijela u području prednjeg lica, čela, periorbitalne regije, nosa, nazolabijalne brazde bilo je kod 9 bolesnika, a postranični dio lica, obraz, uška i sljepoočna regija u preostalih 15 bolesnika (slika 2 A, B, C, slika 3 A, B, C). Svi su imali promjer veći od 5 cm, prosječno 7,9 cm. Raspon se kretao od 12 cm do 5,2 cm. Površine tumora postraničnog dijela lica bile su značajno veće od površina prednjeg dijela lica. Ni u jednog bolesnika klinički ni ultrazvučno nije zabilježena prisutnost metastaza. Vremenski razmak od pojave tumora do kirurškog zahvata, po izjavi bolesnika ili njegove pratnje, varirao je

u rasponu od 2 do 7 godina. Značajna većina njih je imala tumor *de novo* (75%), a samo kod šestoro GBCC je bio posljedica povrata bolesti (tablica 1). Svi bolesnici su samo kirurški liječeni. U općoj anesteziji učinili smo 16 zahvata, a preostalih 8 u lokalnoj anesteziji. Za rekonstrukciju koristili smo kožni slobodni transplantat u 2 bolesnika, jedan ili dva kožna lokalna reznja lica i vrata u 13, a u preostalih 9 bolesnika rekonstrukciju smo izveli s fasciokutananim i/ili s mišićnokutananim reznjevima u istom aktu. Kod svih bolesnika postignut je dobar estetski izgled i uspostavljena zadovoljavajuća narušena funkcija (nos, periorbitalna regija, usna šupljina). Histološkom analizom je potvrđena dijagnoza GBCC-a, a reseksijski rubovi su svi bili slobodni. Nodularni podtip je bio najčešći kod 12 (50%) bolesnika, mikronodularni u 3 (12,5%), a bazoskvamozni (metatipični) u 3 (12,5%) bolesnika. Kod preostalih 6 (25%) bolesnika podtip nije bio određen. Trajanje bolničkog liječenja prosječno je bilo 7,9 dana, nešto dulje kod bolesnika. Od ranih komplikacija imali smo upalu mjesta rekonstrukcije u 3 (12,5%) bolesni-





SLIKA 3. ŽENA STARA 72 GODINE S ULCEROZNM GBCC-OM OBRAZA KOJI JE PENETRIRAO U USNU ŠUPLJINU, PAROTIDNU ŽLIJEZDU I HRSKAVIČNI DIO ZVUKOVODA (A). NASTALI POTPUNI DEFEKT NAKON ABLACIJE TUMORA (B). POSTIGNUTI REZULTAT REKONSTRUKCIJE NAKON 36 MJESECI PRAĆENJA BOLESNICE. REKONSTRUKCIJA JE IZVRŠENA S DVA REGIONALNA REŽNJA (C).

FIGURE 3. A 72-YEAR-OLD WOMAN WITH ULCERATIVE GBCC OF THE FACE WHICH PENETRATED INTO THE ORAL CAVITY, PAROTID GLAND AND CARTILAGINOUS PART OF THE EAR CANAL (A). THE RESULTING COMPLETE CHEEK DEFECT AFTER TUMOR ABLATION (B). THE RESULT OF RECONSTRUCTION AFTER 36 MONTHS OF FOLLOW-UP. RECONSTRUCTION WAS PERFORMED WITH A COMBINATION OF TWO REGIONAL FLAPS OF THE ISLAND MUSCULOCUTANEOUS FLAPS (C).

ka, a rubnu nekrozu manjeg obujma u 6 (25%) bolesnika (slika 4). Nije zabilježena komplikacija donatorskog mjesta, niti je izvršen drugi operacijski zahvat. Tijekom praćenja u rasponu od 17 do 84 mjeseca (prosječno 36 mjeseci) nismo zabilježili povrat bolesti, a kvaliteta života i socijalna integracija promatrana od strane članova obitelji i društvenih službi bila je poboljšana u svim slučajevima. Analiza bolesnika zasebno razvrstanih po spolu nije pokazala značajnu razliku niti jedne promatrane karakteristike, uključujući i ishod liječenja.

### Rasprava

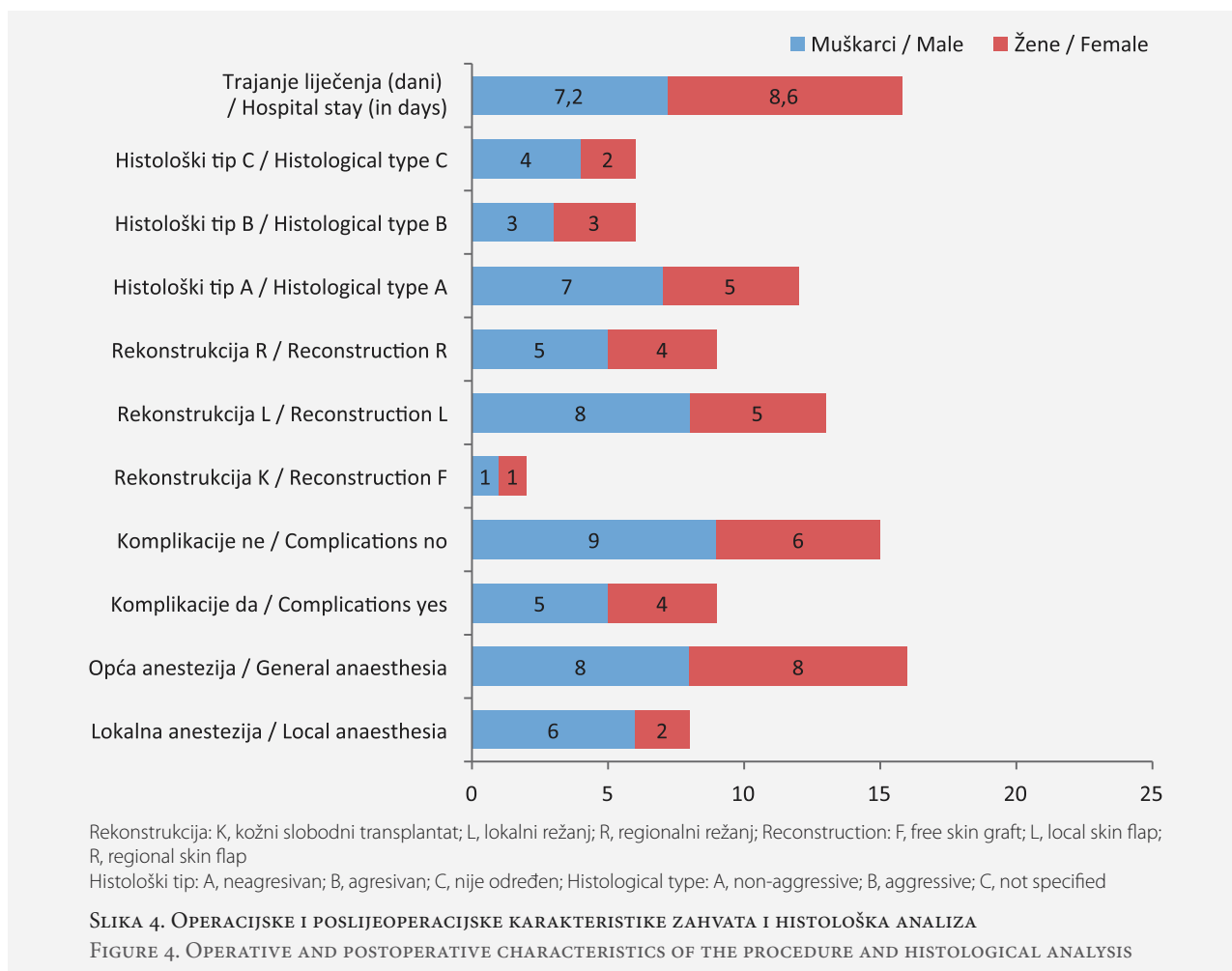
BCC je najčešća lokalna zloćudna lezija kože. Njegova incidencija je širom svijeta u porastu. Za njegov nastanak odgovorno je više čimbenika. Osim genetske predispozicije i pojedinih kemijskih kancerogena najveći utjecaj ima ultravioletno zračenje sunčane svjetlosti. Obično se javlja u starijih odraslih osoba i to u području glave i vrata, čak do 85% svih slučajeva.<sup>5</sup> Njegov rast je spor i mogućnost metastaziranja minimalna.

Najpovoljnije standardno liječenje jest široka kirurška ekscizija. Svako zanemarivanje njegove prisutnosti i odugovlačenje početka liječenja može dovesti do rasta tumora velikih dimenzija. Kada njegov promjer dosegne ili premaši 5 cm, što predstavlja leziju T3 u TNM klasifikaciji, nazivamo ga GBCC. Drugi čimbenici nastanka ovog podtipa BCC-a još uvijek izazivaju proturječnost, kao što su histološka agresivnost tumora, izloženost zračenju, pojavnost tumora nakon prethodnog liječenja ili promjena imunološkog statusa domaćina.<sup>2-6</sup> Pojavnost GBCC-a u 21. stoljeću je rijetka, ali je i moguća. Incidencija u prethodnim radovima kreće se oko 0,5% od svih BCC-a, što je podudarno i s našom studijom.<sup>5</sup> Anatomska razdioba ovog tumora je različita. Kod nekih autora GBCC se predominantno javlja na trupu i ekstremitetima, a u nekih u području glave i vrata, slično kao i konvencionalni BCC.<sup>7,8</sup> Zaccali i sur.<sup>9</sup> navode 22% GBCC-a lica od ukupno analiziranog 91 slučaja iz literature. S obzirom na to da je lice izrazito eksponirano područje i ne može se prekriti odjećom, ovaj udio i nije tako mali. Razlog je svakako

TABLICA 1. KARAKTERISTIKE TUMORA

TABLE 1. TUMOUR CHARACTERISTICS

Spol / Sex	Tumor / Tumour		Lokalizacija na licu / Localization on the face		Površina tumora / Tumour area		Prosječna površina / Average area cm <sup>2</sup>	Metastaza / Metastasis Da-Yes / Ne-No	Trajanje bolesti (god.) / Disease duration (year)
	Novi / De novo	Recidiv / Relapse	Srijeda / Frontal	Postranično / Lateral	Srijeda / Frontal cm <sup>2</sup>	Postranično / Lateral cm <sup>2</sup>			
M / M n=14	10	4	5	9	25,5	56,2	42,6	0/14	5,2
F / Ž n=10	8	2	4	6	21,8	53,1	45,3	1/9	6,9
Ukupno / Total n=24	18	6	9	15	24,3	54,6	43,7	1/23	5,9
P<0,05	Da / Yes		Ne / No		Da / Yes		Ne / No	—	—



ignorantski stav bolesnika prema kožnoj leziji. Uobičajeno je rano otkrivanje i najmanje kožne lezije na licu koja u pravilu potakne domaćina na korištenje medicinske pomoći. Kod naših bolesnika prosječno vrijeme prisutnosti bolesti iznosilo je dugih 5,9 godina. Iako razlozi mogu biti i višestruki, smatramo da je

spori rast tumora, odsutnost bola i većeg ispada funkcije doprinijelo zanemarivanju bolesti. Bolesnici su se postupno navikli na promijenjeni izgled. To potkrjepljujemo i razlogom dolaska naših bolesnika na liječenje. Kod većine njih to je bilo krvarenje i neugodan miris kao posljedica nekroze i upale tumora, a ne svje-

sna želja za liječenjem. U manjem broju su hospitalizirani zbog akutnog pogoršanja zdravlja ili egzacerbacije kroničnih bolesti te su sekundarno tretirani radi ovog tipa tumora. Uglavnom su to starije osobe.<sup>9,10</sup> Prosječna dobna starost naših bolesnika bila je veća od 76 godina, što je više od dobi bolesnika u drugim radovima koji su obično u sedmom desetljeću života.<sup>3,5,9</sup> No, obolijevaju od ove bolesti i mlađe osobe. Tako Lackey i sur.<sup>7</sup> navode slučaj ovog tumora kod osobe stare samo 43 godine, a prosjek starosti grupe iznosio je 57 godina. Stopa incidencije GBCC-a po spolu nije izrazito različita. Dok primjerice Wollina i sur.<sup>11</sup> imaju značajno veći broj žena, Archontaki i sur.<sup>8</sup> naglašavaju prevlast muškaraca, slično kao i u našoj studiji. Obično su to siromašni ljudi koji žive u lošim higijenskim uvjetima s teško dostupnom zdravstvenom njegom.<sup>12</sup> Kod naših bolesnika također je bilo naglašeno siromaštvo, ali im je zdravstvena njega bila lako dostupna u većini slučajeva. Stoga smo mišljenja da je glavni razlog izbjegavanja liječenja fizička i psihička invalidnost bolesnika, udružena sa strahom od dijagnoze i liječenja. Nezainteresirana obitelj, prijatelji ili društveni radnici također snose dio odgovornosti za nastanak ovog tipa tumora. Kronični alkoholizam također se povezuje s razvojem GBCC-a.<sup>13</sup> U našoj grupi, udružen s depresijom, bio je prisutan u više od 80% bolesnika. Značajno manji udio alkoholizma zabilježili su Archontaki i sur.<sup>8</sup>, svega 7,8% (4 bolesnika), što dalje ostavlja otvorenom raspravu o razlozima ignorantskog stava bolesnika prema ovoj bolesti. Kako navode Rossi i sur.<sup>14</sup> i Rendle<sup>15</sup>, GBCC je u oko dvije trećine bolesnika povratni tumor, što također može biti razlogom zanemarivanja liječenja. Razočaranost bolesnika u raniji postupak i nevjera u povoljan ishod liječenja svakako su važni čimbenici koji mogu doprinijeti odgodi liječenja. Kod naših bolesnika nije bio takav slučaj, već sasvim suprotno. Tumori *de novo* su bili u većini, stoga negativno iskustvo nije bilo razlog izbjegavanja liječenja. Sličan rezultat navode Oudit i sur.<sup>16</sup>

U nastanku GBCC-a svakako sudjeluju agresivni histološki podtipovi BCC-a (mikronodularni, morfeiformni, bazoskvamozni).<sup>3,9,16</sup> U našem radu agresivnu formu, mikronodularnu i bazeoskvamoznu imalo je 6 bolesnika, svi s povratnim tumorom. Gotovo pola tumora bili su histološki neagresivni nodularnog podtipa, kao što navode Archontaki i sur.<sup>8</sup> Ovakav rezultat više implicira važnost histološkog podtipa za pojavu povrata bolesti kod konvencionalnog BCC-a, a ne za uzročnost GBCC-a.<sup>1-4</sup> Bez obzira na podtipove, svi GBCC-i imaju sposobnost invazije u susjedne slojeve kože i okolnog tkiva.<sup>17</sup> Narušavaju strukturalni i funkcionalni integritet zahvaćenog područja. Ako je suditi po rezultatima Wetzel i sur.<sup>18</sup> koji su dobili značajno veću dubinu invazije agresivnih podtipova BCC-a od neagresivnih, možemo očekivati istovjetnu situaciju i kod GBCC-a, no dosada nije bilo takvih ispitivanja, niti smo mi to promatrali. Dubina invazije i agresiv-

nost histoloških podtipova pogoduje razvoju metastaza kod BCC-a. Iznimno su rijetke, sa stopom incidencije 0,002% – 0,5%, i proporcionalne su s veličinom tumora.<sup>19,20</sup> Snow i sur.<sup>21</sup> navode da su 80% metastaza BCC-a od tumora kojima je promjer veći od 5 cm. Za njihovo nastajanje odgovorni su i drugi čimbenici: pojava lezije u području kože izloženom radioterapiji, imunosupresija, lokalni recidivi bolesti i njihovo dugo vrijeme evaluacije. Najčešće su to GBCC-i u području središnjeg lica i uške s prisutnom perivaskularnom i perineuralnom invazijom, histološki sklerozirajući, mikronodularni i bazoskvamozni tip karcinoma. Metastaze nastaju limfogenim i hematogenim širenjem bolesti te zahvaćaju najčešće regionalne limfne čvorove i pluća.<sup>1,2,8,9,22</sup> Prisutnost metastaza u dosadašnjim radovima je nekonzistentno zastupljena.<sup>7-9</sup> Bitno utječu na prognozu bolesti i rezultat liječenja. U našoj seriji bolesnika imali smo samo u jednom slučaju metastazu i to u području doušne žlijezde u neposrednoj blizini tumora. Klinički nije bila manifestna, nego je otkrivena tijekom histološke obrade uz dokazanu odsutnost direktne ekstenzije kožne lezije u područje intraparatidnog limfnog čvora. Radilo se o bazoskvamoznom podtipu BCC-a koji se odlikuje iznimno agresivnim biološkim ponašanjem, dubokom invazijom, infiltracijom tkiva i visokim postotkom recidiva nakon primarnoga kirurškog zahvata.<sup>23,24</sup> Zbog ove naravi bazoskvamoznog karcinoma Johnson i sur.<sup>25</sup> izdvajaju ga kao poseban entitet i nazivaju ga "vukom u ovčjoj koži". Ostali slučajevi su bili bez metastaza, iako su tumori bili značajne veličine i sijela u području središnjeg dijela lica koje se odlikuje tankom kožom i dobrom vaskularizacijom, što pogoduje razvoju metastaza.<sup>22-24</sup>

Najpovoljnije liječenje GBCC-a kao i svih BCC-a jest kirurška ekscizija sa slobodnim resekcijским rubovima. Obično to uključuje 1 cm ruba normalnog tkiva oko tumora. Kirurško liječenje se pokazalo najbržim i najpraktičnijim. Njegov uspjeh je ovisan o veličini, lokalizaciji tumora, njegovoj resektabilnosti, vještini kirurškog tima i dakako o samoj dobi bolesnika. U većini slučajeva su to starije osobe s komorbiditetima, što ograničava vrijeme operacije, utječe na izbor operacijskih metoda i narušava zacjeljivanje rane.<sup>26-30</sup> Vođeni ovim uvjetima, a zbog što boljeg podnošenja zahvata kod naših bolesnika koristili smo većinom standardne tehnike rotacije i transpozicije lokalnih režnjeva. Slobodni kožni transplantat kao najjednostavniju metodu pokrivanja defekta koristili smo kod dvaju bolesnika. Opsežne destrukcije lica nadoknadili smo s jednim ili dva regionalna režnja. Odsutnost ozbiljnih komplikacija i upotreba sekundarnih zahvata potvrđuje nam je ispravnosti odluke o izboru metoda rekonstrukcije. Ni u jednog bolesnika nismo zabilježili pojavu rezidualnog tumora, kao ni povrat bolesti za vrijeme praćenja. Odsutnost kasnih komplikacija, atrofije, kontrakture ili kolapsa režnja dodatna su nam potvrda da se i



GBCC karcinom može uspješno liječiti u tako zahtjevnom području kao što je lice, bez obzira na starosnu dob bolesnika.

### Zaključak

Ovdje smo prikazali grupu bolesnika s GBCC-om lica koje smo liječili radikalnom kirurškom ekscizijom tumora. Rekonstrukcija zaostalog defekta učinjena je u istom aktu, primjenom metoda prilagođenih komorbidnim bolestima i dobnoj starosti bolesnika. Ovakvim pristupom liječenja GBCC-a lica uspjeli smo odstraniti tumor kod svih bolesnika bez većih komplikacija, uz dobar funkcionalni i estetski rezultat. Zbog visokog rizika ponovne pojave bolesti i očuvanja postignutog rezultata potrebna je dobra onkološka kontrola. Pojavnost ovog tipa tumora može se dodatno smanjiti primjenom rane ekscizije i histološke kontrole BCC-a.

### LITERATURA

- Rogers HW, Weinstock MA, Feldman SR, Coldiron BM. Incidence Estimate of nonmelanoma skin cancer (Keratinocyte carcinoma) in the U.S. population 2012. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1081–6. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.1187
- Wu S, Cho E, Li WQ, Weinstock MA, Han J, Qureshi AA. History of severe sunburn and risk of skin cancer among women and men in 2 prospective cohort studies. *Am J Epidemiol.* 2016;183:824–33. doi: 10.1093/aje/kwv282
- Purnell JC, Gardner JM, Brown JA, Shalin SC. Conventional Versus Giant Basal Cell Carcinoma, a Review of 57 Cases: Histologic Differences Contributing to Excessive Growth. *Indian J Dermatol.* 2018;63:147–54. doi: 10.4103/ij.d.IJD\_165\_17
- Randle HW. Basal cell carcinoma. Identification and treatment of the high-risk patient. *Dermatol Surg.* 1996;22:255–61.
- Betti R, Inselevini E, Moneghini L, Crosti C. Giant basal cell carcinomas: report of four cases and considerations. *J Dermatol.* 1997;24(5):317–21.
- Arslan H, Güzel MZ, Cnar C. Treatment of giant basal cell carcinomas of the head and neck with aggressive resection and complex reconstruction. *J Craniofac Surg.* 2012;23:1634–7.
- Lackey PL, Sargent LA, Wong L, Brzeziński M, Kennedy JW. Giant basal cell carcinoma surgical management and reconstructive challenges. *Ann Plast Surg.* 2007;58:250–4. doi: 10.1097/01.sap.0000250842.96272.37
- Archontaki M, Stavrianos SD, Korkolis DP, Arnogiannaki N, Vassiliadis V, Liapakis IE i sur. Giant Basal cell carcinoma: clinicopathological analysis of 51 cases and review of the literature. *Anticancer Res.* 2009;29(7):2655–63.
- Zoccali G, Pajand R, Papa P, Orsini G, Lomartine N, Guliani M. Giant basal cell carcinoma of the skin: literature review and personal experience. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2012;26:942–52.
- Yazdani Abyaneh MA, Engel P, Slominski A, Ragsdale B, Agag R, Cramer D i sur. Giant Basal Cell Carcinomas Express Neuroactive Mediators and Show a High Growth Rate: A Case-Control Study and Meta-Analysis of Etiopathogenic and Prognostic Factors. *Am J Dermatopathol.* 2017;39(3):189–94. doi: 10.1097/DAD.0000000000000640.
- Wollina U, Bayyoud Y, Krönert C, Nowak A. Giant epithelial malignancies (Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma): a series of 20 tumors from a single center. *J Cutan Aesthet Surg.* 2012;5:12–9. doi: 10.4103/0974-2077.94328
- Manstein CH, Gottlieb N, Manstein ME, Manstein G. Giant basal cell carcinoma: a series of seven T3 tumors without metastasis. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106:653–6. doi: 10.1097/00006534-200009030-00021
- Kokavec R, Fedeles J. Giant basal cell carcinomas: a result of neglect? *Acta Chir Plast.* 2004;46:67–9.
- Rossi R, Campolmi P, Giomi B, Massi D, Cappugi P. Gigant exophytic basal cell carcinoma treated with radiotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2002;16:374–6.
- Randle HW, Roenigk RK, Brodland DG. Gigant basal cell carcinoma (T3). Who is at risk?. *Cancer* 1993;72:1624–30.
- Oudit D, Pham H, Grecu T, Hodgson C, Grant ME, Rashed AA i sur. Reappraisal of giant basal cell carcinoma: Clinical features and outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2020;73(1):53–57. doi: 10.1016/j.bjps.2019.06.029
- Gualdi G, Monari P, Calzavara-Pinton P, Caravello S, Fantini F, Bornacina C i sur. When basal cell carcinomas became giant: an Italian multicenter study. *Int J Dermatol.* 2020;59(3):377–82.
- Wetzel M, Strickley J, Haeberle MT, Brown TS. Depth of invasion of aggressive and nonaggressive basal cell carcinoma. *J Clin Aesthet Dermatol.* 2019;12:12–4.
- Leibovitch I, Huilgol SC, Selve D, Hill D, Richards S, Paver R. Basosquamous carcinoma: Treatment with Mohs micrograph surgery. *Cancer.* 2005;104:170–5.
- Piva de Freitas PP, Senma CG, Tabai M, Chone CT, Altemani A. Metastatic Basal Cell Carcinoma: a rare manifestation of a common disease. *Case Rep Med.* 2017:8929745. doi: 10.1155/2017/8929745
- Snow SN, Sahl W, Lo JS, Mohs FE, Warner T, Dekkinga JA i sur. Metastatic basal cell carcinoma. Report of five cases. *Cancer.* 1994;73(2):328–35.
- Ting PT, Kasper R, Arlette JP. Metastatic basal cell carcinoma: report of two cases and literature review. *J Cutan Med Surg.* 2005;9:10–5.
- Lo JS, Snow SN, Reizner GT, Mohs FE, Larson PO, Hruza GJ. Metastatic basal cell carcinoma: report of twelve cases with a review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 1991;24:715–9.
- Kurian RR, Di Palma S, Barrett AW. Basal cell carcinoma metastatic to parotid gland. *Head Neck Pathol.* 2014;8:349–53. doi: 10.1007/s12105-013-0507-3
- Johnson BF, Moore PJ, Goepel JR, Slater DN. Basosquamous carcinoma, a wolf in sheep's clothing? Report of 3 cases. *Postgrad Med J.* 1989;65(768):750–1.
- Garcia C, Poletti E, Crowson AN. Basosquamous carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:137–43.
- Tarallo M, Cigna E, Frati R, Delfino S, Innocenzi D, Fama U i sur. Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27(1):65. doi: 10.1186/1756-9966-27-65
- Mott SE, Hunter WJ, Silva, Huerter CJ. Approach to management of giant basal cell carcinoma. *Cutis.* 2017;99:356–62.
- Rudić M, Kranjčec Z, Lisica-Šikić N, Kovačić M. Giant Basal Cell Carcinoma of the Forehead: a case report. *Coll Antropol.* 2012;36:317–9.
- Maimaiti A, Mijiti A, Yarbaga A, Moming A. Giant basal cell carcinoma of the face: surgical management and challenges for reconstruction. *J Laryngol Otol.* 2016;130:176–82.