

UN PROCEDEU ORIGINAL DE CONSTRUCȚIE ȘI UTILIZARE A LAMBOULUI NAZOGENIAN

Al. Rotaru, H. Rotaru, Gr. Baciut, Mihaela Baciut, Lucia Hurubeanu, R. S. Campian, C. Dinu, I. Moldovan, S. Bran, O. Rotaru,
Clinica de Chirurgie Cranio-Maxilo-Facială, UMF “Iuliu Hatieganu”,
Cluj-Napoca, România

Rezecțiile oro-maxilo-faciale în limite oncologice creează defecte tisulare mutilante și interferează uneori cu funcțiile vitale de masticăție, deglutiție sau respirație. Din aceste considerente, refacerea morfologică și funcțională după rezecția tumorii devine o necesitate imediată.

În corectarea defectelor postoperatorii din vestibulul frontal inferior, planșeul oral anterior și treimea anterioară a limbii, lamboul nazo-genian cu traseu tranșjugal, imaginat de către Cohen și perfecționat de către Grellet și Soussaline, a adus importante servicii. Însă, așa cum este el utilizat până la ora actuală, prezintă totuși numeroase neajunsuri, după cum urmează:

- datorită traseului său, el devine disponibil pentru reconstrucție numai prin treimea sa distală (terminală);
- în traseul său, lamboul trebuie să traverseze perdeaua mușchiului buccinator și a mucoasei jugale. Tensiunea acestei perdele rulează (tubulează) lamboul chiar dacă acestuia i se creează o breșă de trecere spre oral;
- tubularea, la rândul ei, face dificilă etalarea lamboului în porțiunea ce urmează a fi suturată la mandibulă, nivel la care în timpul doi urmează a fi secționat;
- la pacientul dentat se impune crearea în arcada inferioară a unei breșe dentare prin care lamboul va traversa spre planșeu sau spre limbă;
- trecerea în punte a lamboului, dinspre jugal spre oral, desființează șanțul vestibular și oral;
- tehnica presupune obligatoriu doi timpi operatori, cel de-al doilea fiind după cinci săptămâni, prelungind deci durata vindecării. În plus, acest timp operator nu este neglijabil sub aspectul stresului chirurgical.

Schimbând traseul parcurs de lamboul nazo-genian se schimbă și ordinea timpilor operatori clasici. Întreaga intervenție chirurgicală se desfășoară într-o singură etapă, după cum urmează:

Timpul I: abordarea (evidarea) stațiilor ganglionare (nivelelor) I, II și III, în cursul căreia sunt conservate vena și respectiv artera facială.

Timpul II: rezecția în limite oncologice a tumorii limbii sau a planșeului oral, sau, după caz, a ambelor (*fig. 1*). Ea se poate face în funcție de situație, pe cale endoorală sau exoorală, prin plaga utilizată pentru evidentare.



Fig. 1. Pacient cu epiteliom spinocelular al planșeului oral:

A. aspect clinic preoperator

B. rezecția tumorii în limite oncologice. Marginile preparatului sunt retractate

Timpul III: prepararea lamboului nazo-genian se face după tehnica clasică, la care am adus modificări pentru baza acestuia (fig. 2). Aceste modificări sunt esențiale pentru disponibilitățile plastice ale lamboului și constau în despicarea sau divizarea grosimii acesteia, astfel: mai întâi se trasează o incizie transversală, paralelă cu marginea bazilară a mandibulei, la 1-1,5 cm superior de ea (fig. 2). Incizia interesează ca profunzime tegumentul, până la limita cu stratul celulo-adipos prin care trec vasele faciale (fig. 2). În continuare, segmentul cutanat supra – și subiacent inciziei se ridică de pe stratul celulo-adipos pe o suprafață de 1 cm în sus și în jos, după necesitate, respectând integritatea vaselor la acest nivel (fig. 2).

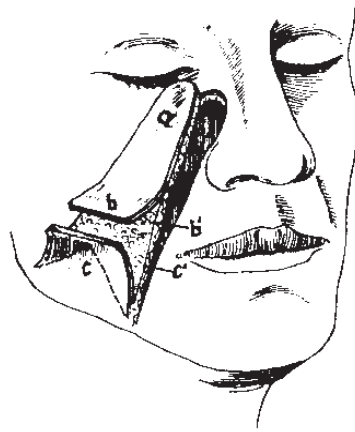


Fig. 2. Schița ilustrând prepararea lamboului nazo-genian

Timpul IV: aplicarea lamboului nazo-genian pe locul lipsei de substanță postoperatorie.

Pentru a ajunge la locul lipsei de substanță lamboul se îndoaie în așa fel încât, cu suprafața cutanată (externă) să privească zona sângerândă (de pe care s-a desprins), iar cu capătul lui să pătrundă printr-o breșă situată sub linia oblică externă în apropierea și în jurul marginii bazilare a mandibulei (fig. 3). În continuare, este condus în contact cu mandibula spre cavitatea orală printr-o breșă obținută

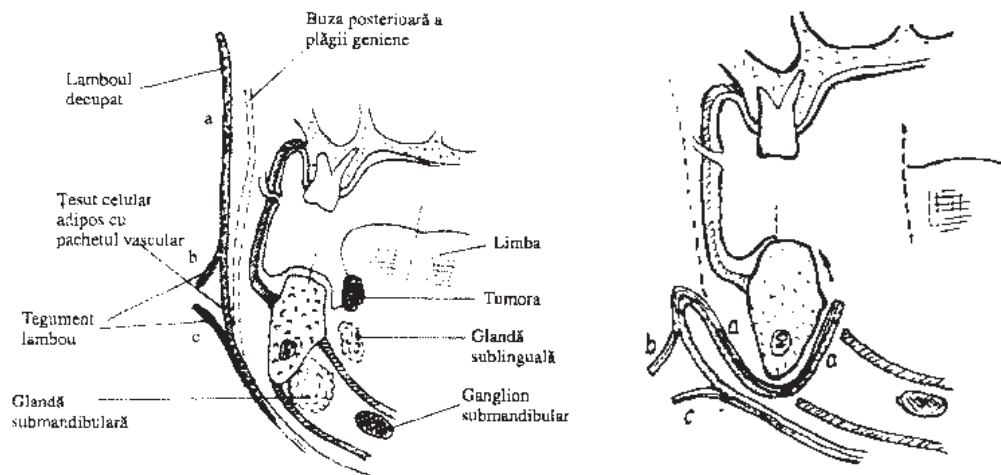


Fig. 3. Pasajul lamboului nazo-genian:

A. schița ilustrând poziția lamboului nazo-genian în secțiune frontală și raportul său cu elementele învecinate
 B. schița ilustrând traseul lamboului spre zona receptoare

prin dezinserția mușchiului milohioidian după evidarea lojii submandibulare. Controlul traseului parcurs de lambou se face prin plaga cutanată creată în cursul primului timp operator. La finalul excursiei lamboului apare următoarea dispoziție a segmentelor acestuia (fig. 4A):

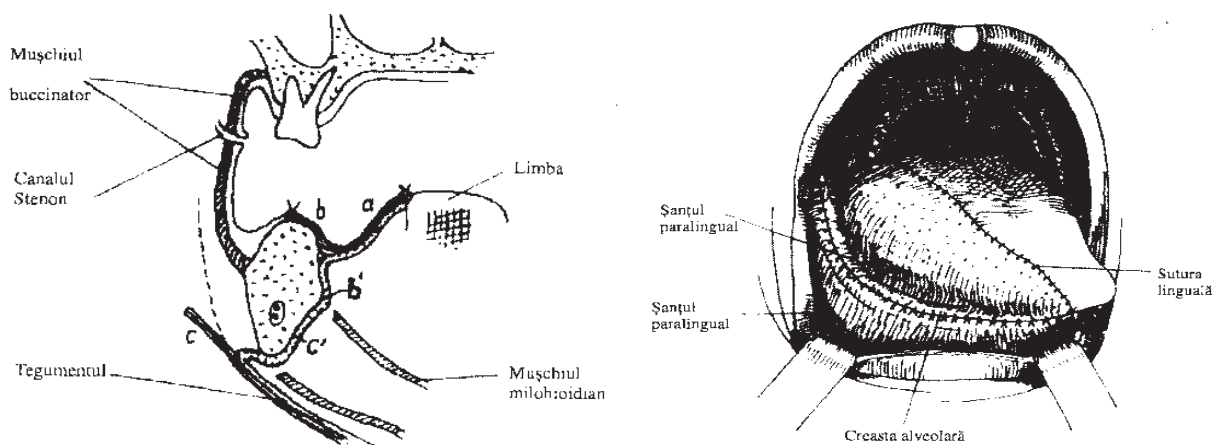


Fig. 4. Etalarea lamboului la nivelul defectului tisular postoperator:

- A. în secțiune frontală
B. vedere de ansamblu.

- segmentul "c" tegumentar rămâne extraoral în regiunea geniană inferioară;
- segmentul b` - c` celulo-adipos cu pediculi vasculari se dispune în jurul marginii bazilare și a feței interne a mandibulei;
- segmentul "b" tegumentar ocupă porțiunea de deasupra crestei milohioidiene, mergând în întâmpinarea buzei plăgii de pe creasta alveolară sau după caz din vestibul, înlocuind astfel mucoasa fixă a crestei alveolare ce a dispărut odată cu tumora. În același timp, se reconstituie și șanțul paralingual sau cel vestibular;
- segmentul "a-b", cel mai lung și de grosime integrală, se aliniază axului lung al limbii. Se fixează prin sutură în două straturi pentru a substitui lipsa de substanță postoperatorie (fig. 4B, fig. 5A).

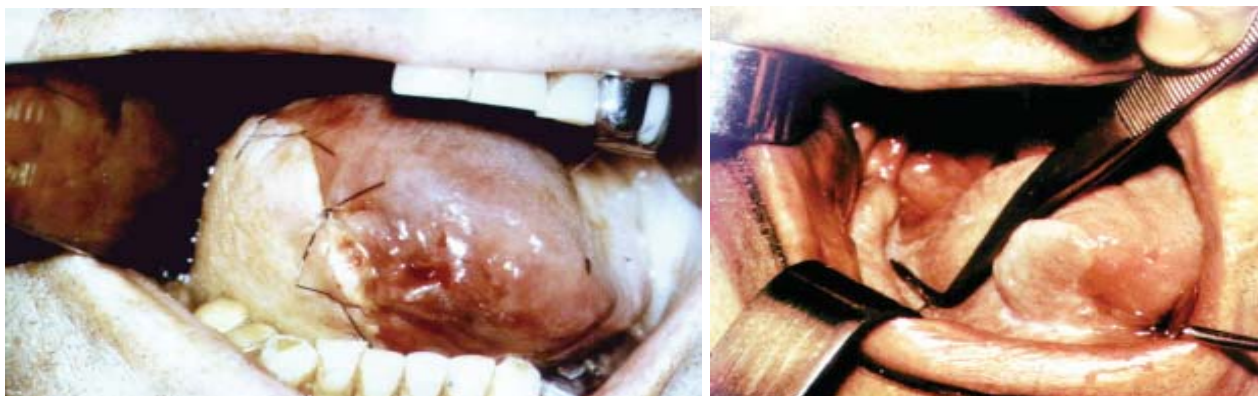


Fig. 5. Caz clinic ilustrând tehnica descrisă:

- A. reconstrucția hemilimbii și planșeului oral
B. controlul clinic la 3 ani postoperator. De remarcat conservarea în continuare a conturului lingual, șanțului paralingual și crestei alveolare acoperite de lambou

Timpul V: închiderea plăgii cutanate. Pentru aceasta segmentul "c" se secționează în formă triunghiulară așa cum prevede tehnica clasică, se mobilizează prin subminarea tegumentului regiunii geniene și se suturează în forma literei "Y" (fig. 2B, fig. 6).



Fig. 6. Pacientă care a fost supusă aceleiași intervenții chirurgicale. De remarcat minimele modificări fizionomice postoperatorii după sutura plăgilor nazo-geniană și a celei adjuvante după incizia în "S" italic

Alimentație prin sondă nazo-gastrică în primele 48-72 ore postoperator și igienizarea orală. Tratament antibiotic protector.

Avantajele procedeului personal apreciate după 15 ani de utilizare sunt următoarele:

- pediculul lamboului constituit din țesut celulo-adipos prin care trec vasele faciale permite rotarea lamboului și așezarea lui în poziții diferite în funcție de necesitate. În defectele mici, el poate fi așezat cu axul său lung perpendicular pe axul limbii. În defectele mari, se poate desfășura cu axul lung paralel cu creasta alveolară, de la baza limbii și planșeului oral spre anterior, dincolo de linia mediană, trecând în zona simetrică;

- la edentați, lamboul poate reconstitui șanțurile paralinguale și vestibulare. La dențați poate fi aplicat prin suturi marginale interdentare la mucoasa vestibulară;

- intervenția chirurgicală se desfășoară într-o singură etapă operatorie în care este rezolvată, inclusiv evidarea ganglionară a nivelelor I, II, și III;

- confortul pacienților este net superior față de cel oferit de către lamboul cu traseu transjugal. Acest confort este dat de o libertate de mișcare mai mare a limbii (*fig. 7*) și de o alterare mult mai mică a vorbirii;



Fig. 7. Epiteliom pelvilingual operat cu tehnica descrisă: limba poate fi proiectată înapoi peste arcadele dentare și peste buze

- conservarea funcției de ocluzie labială prin conservarea ramului marginal al nervului facial, în condițiile unei disecții atente (*fig. 8*);



Fig. 8. Aspect postoperator exooral: ocluzia labială este completă denotând absența leziunilor operatorii ale nervului facial (ramura marginală)

- conservarea șanțurilor perimandibulare asigură condițiile necesare protezării adjuncte (mobile), (*fig. 5B*), ceea ce nu este posibil în cazul lamboului cu traseu tranșjugal.

Neajunsurile metodei:

- nu poate fi utilizată la pacienții cu metastaze avansate ale ganglionilor submandibulari sau jugulo-carotidieni, la care în cursul evidării ganglionare sunt ligaturate vasele;

- pretinde un interval de timp prelungit și o atenție sporită a chirurgului în timpul preparării pediculului vascular și al evidării ganglionare a nivelelor I și II pentru a nu leza artera și vena facială care alimentează lamboul. Dar acest interval de timp consumat este recuperat în momentul etalării și suturii lamboului la nivelul defectului postoperator;

- faptul că la bărbați lamboul deține o pilozitate spre zona bazală incomodează igiena orală, dar această pilozitate la unele persoane dispare spontan după 2-3 ani (*fig. 5B*). La altele se poate realiza depilarea cu pensă în condiții de asepzie orală, iar la alți pacienți, care urmează a fi iradiați antitumoral, pilozitatea dispare ca o consecință secundară a iradierii (*fig. 9*).



Fig. 9. Epiteliom al bazei limbii la un pacient care își menține obiceiul de fumat și consum de alcool:

A. pe lamboul nazo-genian aplicat, la baza limbii este prezentă pilozitatea

B. după iradierea antitumorală la care lamboul a rezistat fără probleme a dispărut și pilozitatea, dar este prezentă Candida.

Concluzii

Lamboul nazo-genian cu traseu submandibular imaginat de noi elimină numeroase neajunsuri ale lamboului cu traseu transjugal:

1. El acoperă suprafețe întinse de ordinul hemi-gloso-pelviectomiei.
2. Conservă șanțurile perimandibulare (paralinguale sau vestibulare).
3. Asigură o funcționalitate mai bună a limbii și a planșeului oral.
4. Necesită o singură etapă operatorie.
5. Scurtează perioada de vindecare cu 5-6 săptămâni.
6. Reprezintă o alternativă pentru plastia lipsei postoperatorie de substanță de la nivelul șanțurilor perimandibulare, planșeului oral și limbii.

Bibliografie selectivă

1. Grellet, M., Soussaline, M., *Reconstruction du plancher buccal à l'aide de lambeau nasogeniens*. In: *Les cancers du plancher de la bouche*, Paris, Ed. Masson 1975, 136-140.
2. Portmann, M., Guerrier, Y., *Traite de technique chirurgicale ORL et cervico-facial*, Paris, Ed. Masson, 1980, Tome 4, 456-459.
3. Rotaru, Al., *Technique personnelle concernant l'emploi du lambeau naso-genien dans la reconstruction de la langue et du plancher buccal apres leur resection entre limites oncologiques*, Archives de L'Union Medicale Balcanique, 1992, 1, 95-100.
4. Rotaru, Al., Băciuț, Gr. Popa, Mihaela, *A modified naso-labial flap for reconstruction of the flap and floor of the mouth*. XII-th Congress of the European Association of Cranio-Maxillofacial Surgery (EACMFS), Hague, 1994, vol. 22, page 72.
5. Rotaru Al., *Valoarea lamboului nazo-genian cu traseu submandibular, aprecieri clinice după șase ani de utilizare*. // Revista Națională de Stomatologie, vol. I, nr. 1, Aprilie, 1998, 49-55.

Rezumat

Introducere. Lamboul nazo-genian clasic, folosit pentru reconstrucția limbii și a planșeului oral, prezintă multiple dezavantaje. Ca o alternativă la varianta clasică, prezentăm o procedură originală de preparare a lamboului nazo-genian, evaluată după 15 ani de utilizare.

Material și metodă. Metoda folosită de noi a fost utilizată pentru prima oară în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Cluj-Napoca, în urmă cu 15 ani, pentru reconstrucția defectelor postoperatorii după rezecțiile în limite oncologice ale tumorilor maligne de limbă și planșeu oral. Cele mai multe etape de preparare a lamboului au fost similare cu cele din metoda clasică, existând însă unele modificări ale bazei acestuia. Traseul lamboului a fost complet modificat pentru a mări aria sa de acoperire, disponibilitatea funcțională și a elimina dezavantajele metodei clasice. S-a utilizat traseul submandibular în locul celui transjugal.

Rezultate. În cazul tuturor pacienților operați, s-a obținut o mărire semnificativă a ariei de acoperire. Lamboul a reușit să acopere defecte întinse de la limitele posterioare ale limbii și planșeului oral până la vârful limbii, trecând chiar de linia mediană. Spre deosebire de metoda clasică, nu au fost necesare extracțiile dentare la pacienții dențați. Este o procedură efectuată într-o singură etapă operatorie.

Concluzii. Lamboul nazo-genian cu traseu submandibular oferă o capacitate de acoperire și o funcționalitate superioară celui clasic, cu traseu transjugal. El conservă și/sau reconstruiește șanțurile anatomice perimandibulare. Scurtează timpul de vindecare postoperatorie a tumorilor de limbă și planșeul oral.

Summary

Introduction. The classical naso-labial flap used for the reconstruction of tongue and oral floor presents multiple drawbacks. As an alternative to the classical one we present an original procedure of preparation of the naso-labial flap evaluated after seven years of use.

Material and Method. The procedure we used was first applied in the Oral and Maxillofacial Surgery Clinic in Cluj-Napoca seven years ago on patients suffering from tongue and/or oral floor malignancies in order to reconstruct these anatomical areas after the excision of the tumours in oncological safe limits. Most of its preparation procedure was made according to the classical method with some modifications in the preparation of its base. In order to enhance its covering area and functional availability and to eliminate some drawbacks, the route to the receptor area was changed. The submandibular course was used instead of the transbuccal one.

Results. In all 21 patients who underwent surgery, a considerable enhancement of flap covering availability was obtained. It was able to cover defects ranging from the posterior limits of the tongue and oral floor to the tongue tip even beyond the midline. Unlike in the classical method there was no need to perform tooth extractions in dentulous patients. It is a one step procedure. Thus, the second step of the classical method was eliminated.

Conclusions. The naso-labial flap with submandibular course offers covering and functional availability superior than the classical one with transbuccal route. It preserves and reconstructs the perimandibular anatomical sites. It also shortens the surgical treatment period of tongue and oral floor malignancies.

MAXILLOFACIAL PROSTHETICS COMBINED WITH IMPLANTOLOGY IN THE REHABILITATION OF HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Robert P van Oort. DDS, PhD, Maxillofacial prosthodontist

Department of Oral Maxillofacial surgery, University Medical center Groningen, The netherlands.

From The Head and neck Oncology team, Chairman Prof J.L.N. Roodenburg, DDS, PhD

Introduction

Modern treatment of advanced intraoral and extraoral cancer involves multidisciplinary teams with use of sophisticated reconstructive techniques to provide improved quality of life with optimal functional rehabilitation. Pain and functional problems plague the rehabilitation of these patients. Mastication is an important part of this process, and it can be severely impaired by tumour ablation. Whether massive resection combined with reconstructive surgery offers acceptable functional outcome is still in debate.

The patient's overall condition and performance status must be considered prior to planning a potentially long and complicated reconstruction. Ablative procedures that produce a large surgical defect result into more severe functional problems. When the reconstructive technique includes flaps that are adynamic and bulky, they are associated with poor functional outcome. Although the surgical approach to head and neck patients must focus on function (mastication, speech and swallowing) and aesthetic detail, there are few reports in literature that assess and compare the functional outcome of head and neck cancer patients who have undergone a major resection and reconstruction.

Quality of life issues in head and neck cancer are crucial given the location and nature of the disease and its treatment. Speech, mastication, swallowing, breathing, and facial appearance can be severely challenged; which makes a significant socio-psychological and functional impact. Despite the importance of quality of life issues, few clinical data are available. Prosthetic rehabilitation is an important part of the functional restoration of cancer patients to their pre-morbid status. Its role in normal mastication and the ability to eat a normal diet is crucial; therefore, patient satisfaction depends to a high degree on successful denture restoration.