

Первый опыт применения различных кожно-мышечных лоскутов при лечении больных раком головы и шеи

Хусаинов М.Р., к.м.н., врач-онколог отделения опухолевой патологии головы и шеи БГУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург
Гинзбург А.Г., врач-онколог, заведующий отделением опухолевой патологии головы и шеи, БГУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург
Белых Д.В., врач-онколог отделения общей онкологии БГУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург

The first experience of using different types of musculocutaneous flaps during treatment of patients with head and neck cancer

Khusainov M.R., Ginzburg A.G., Belyh D.V.

Резюме

С целью оценки непосредственных результатов лечения больных раком головы и шеи при проведении операций со сквозными дефектами и одномоментной пластикой дефектов различными видами кожно-мышечных лоскутов в исследование включено 19 человек. Все больные с I-III стадиями плоскоклеточного рака дна полости рта, языка, ротоглотки, или с рецидивом рака дна полости рта, языка, ротоглотки после неэффективной лучевой или химиолучевой терапии. Дизайн исследования – случай-контроль. Проанализированы непосредственные результаты лечения больных с применением локальных лоскутов с магистральным типом кровообращения, дистанционных лоскутов с магистральным типом кровообращения, свободных ревааскуляризованных лоскутов. Послеоперационные осложнения составили 10,6%. Послеоперационная смертность - 5,3 %.

Ключевые слова: локальные лоскуты с магистральным типом кровообращения, дистанционные лоскуты с магистральным типом кровообращения, свободные ревааскуляризованные лоскуты, рак дна полости, рак языка, рак ротоглотки

Summary

19 patients were included into the research to evaluate the short-term results of treatment of the patients with head and neck cancer. All of them were operated with defects and single-stage reconstruction of the defects using different types of musculocutaneous flaps was made. All the patients are with I-III stages of squamous cell carcinoma of floor of mouth, tongue, oropharynx or with tumor recurrence of floor of mouth, tongue, oropharynx after noneffective radiotherapy and chemoradiotherapy. The design of the research is case/control. The short-term results of treatment of the patients with using of local flaps with magistral type of blood circulation, distant flaps with magistral type of blood circulation and free revascularized flaps were analysed. Post-operative complications are 10.6 %. Post-operative mortality is 5.3 %.

Key words: local flaps with magistral type of blood circulation, distant flaps with magistral type of blood circulation, free revascularized flaps, cancer of floor of mouth, cancer of tongue, oropharyngeal cancer.

Введение

Рак слизистой оболочки полости рта и ротоглотки характеризуется агрессивным течением. Имеет высокий потенциал радиорезистентности. Быстро приобретает устойчивость к стандартным схемам химиотерапии. Хирургический метод лечения является ведущим при данной локализации. Набор вариантов хирургических вмешательств, применяемых в полости рта, наиболее многообразен в сравнении с другими анатомическими зонами.

Радикальное удаление опухоли слизистой оболочки полости рта и ротоглотки является одним из самых сложных методов в хирургическом лечении опухолей головы и шеи, т.к. сопровождается образованием обширных дефектов, и требует реконструкции дефекта. При этом используется одномоментная пластика дефекта с применением локальных лоскутов с магистральным типом кровообращения, дистанционных лоскутов с магистральным типом кровообращения, свободных ревааскуляризованных лоскутов (9).

Из локальных лоскутов с магистральным типом кровообращения наиболее эффективными являются инфрагнойный (The infrahyoid musculocutaneous flap - IHMCF) и субментальный (The submental island flap - SMIF) (1,2,3,5,6). Последние широко применяется для ре-

Ответственный за ведение переписки -
Хусаинов Марат Равильевич
р.т. 356-15-48
marathus@mail.ru

конструкции слизистой щеки, дна полости рта, языка, н/губы, мягких тканей, является альтернативой по отношению к свободным ревааскуляризированным лоскутам при небольших дефектах oro-максиллярной области (1).

Из дистанционных лоскутов с магистральным типом кровообращения широкое применение получил пекторальный лоскут на питающей ножке (The rectoralis myocutaneous flap - PMCF). PMCF широко используются при больших дефектах в аксиллярных, грудных и челюстно-лицевых областях (4).

Наибольшую популярность из свободных ревааскуляризованных лоскутов приобрел лучевой лоскут (The radial forearm free flap - RFFF). Лоскут является универсальным (полость рта, глотка, дефекты мягких тканей челюстно-лицевой области) (7,8).

Несмотря на значительный объем хирургического вмешательства, непосредственные результаты лечения больных раком головы и шеи оказались хорошими, а отдаленные – значительно лучше самостоятельной лучевой и химиолучевой терапии (1-8).

Цель исследования - оценка непосредственных результатов лечения больных раком головы и шеи при проведении операций со сквозными дефектами и одномоментной пластикой дефектов различными видами кожно-мышечных лоскутов.

Материалы и методы

Дизайн исследования – случай-контроль. В исследование включено 19 больных раком дна полости рта, языка и ротоглотки.

Критериями отбора больных были гистологическое подтверждение диагноза, I-III стадия плоскоклеточного рака слизистой дна полости рта, языка, ротоглотки или

рецидив рака слизистой дна полости рта, языка, ротоглотки после неэффективной лучевой или химиолучевой терапии. Определение стадии процесса включало в себя клинический осмотр, непрямую ларингоскопию, ультразвуковое исследование шейных лимфоузлов. При необходимости уточнения распространенности опухолевого процесса проводилась рентгенография костей лицевого скелета, КТ органов полости рта и глотки. При наличии метастазов в шейном лимфатическом коллекторе, проводилось цитологическое подтверждение диагноза. Радиализм произведенной операции подтверждался гистологическим исследованием краев удаленных препаратов.

Результаты и обсуждение

Объем операции определялся распространенностью опухолевого процесса: комбинированная резекция дна полости рта и языка с резекцией альвеолярного отростка; комбинированная резекция корня языка, дна полости рта, боковой стенки ротоглотки; комбинированная резекция дна полости рта и языка, сегментарная или половинная резекция нижней челюсти. Большую часть больных составили пациенты после неэффективной лучевой или химиолучевой терапии – 13 (68,2%). Как правило, эти больные были с II-III стадиями заболевания. Первично-хирургическое лечение получили 6 больных с I и II стадиями заболевания (31,9%). Характеристика больных представлена в таблице 1.

Все операции носили характер комбинированных, с резекцией нескольких анатомических структур, и удаление опухолей завершалось образованием сквозных дефектов полости рта, ротоглотки и шеи. Всем больным одномоментно выполнялась операция на шейном лимфатическом коллекторе (селективная шейная лимфодиссек-

Таблица 1. Характеристика больных, виды предоперационного лечения, объем хирургического вмешательства.

Характеристика		Всего	
		абс.	%
Общее число больных		19	100
Комбинированная резекция дна полости рта, языка, с резекцией альвеолярного отростка	Предопер. ДГТ в СОД 40 Гр	-	
	ДГТ в СОД 70 Гр (рецидив)	3	15,9
	Химиолучевая терапия (рецидив)	3	15,9
	Комбинир. лечение (рецидив)	2	10,6
	Первично-хирургическое лечение	5	26,5
Комбинированная резекция дна полости рта, языка, с резекцией нижней челюсти	Предопер. ДГТ в СОД 40 Гр	1	5,3
	ДГТ в СОД 70 Гр (рецидив)	-	
	Химиолучевая терапия (рецидив)	1	5,3
	Комбинир. лечение (рецидив)	-	
	Первично-хирургическое лечение	-	
Комбинированная резекция корня языка, боковой стенки ротоглотки	Предопер. ДГТ в СОД 40 Гр	1	5,3
	ДГТ в СОД 70 Гр (рецидив)	1	5,3
	Химиолучевая терапия (рецидив)	-	
	Комбинир. лечение (рецидив)	1	5,3
	Первично-хирургическое лечение	1	5,3

Сокращения: ДГТ – дистанционная гамма-терапия;
СОД – суммарная очаговая доза; ГР – Грей

Таблица 2. Характеристика больных в зависимости от вида шейной лимфодиссекции при комбинированных операциях.

Операция на первичном очаге	Вид шейной лимфодиссекции	Всего	
		абс.	%
Комбинированная резекция дна полости рта, языка, с резекцией альвеолярного отростка	Селективная	6	31,8
	Модифицированная	3	15,9
	Радикальная	4	21,2
Комбинированная резекция дна полости рта, языка, с резекцией нижней челюсти	Селективная		
	Модифицированная	1	5,3
	Радикальная	1	5,3
Комбинированная резекция корня языка, боковой стенки ротоглотки	Селективная	2	10,6
	Модифицированная	2	10,6
	Радикальная		

Таблица 3. Характеристика больных в зависимости от вида кожно-мышечного лоскута, примененного для реконструкции дефекта.

Лоскуты	Наименование лоскута	Всего	
		абс.	%
Тип лоскута Локальные лоскуты с магистральным типом кровообращения	Носогубный (лицевая артерия и вена)	3	15,9
	Претрахеальный (верхний щитовидный пучок)	2	10,6
	Инфрахиондальный (верхний щитовидный пучок)	4	21,2
	Субментальный (субментальный пучок)	2	10,6
Дистанционные лоскуты с магистральным типом кровообращения	Пекторальный лоскут на питающей ножке (торако-акромиальный пучок)	4	21,2
Свободные ревааскуляризованные лоскуты	Лучевой лоскут (RFFF, Chinese flap)	3	15,9
	Лоскут с передней брюшной стенки на прямой мышце живота (TRAM)	1	5,3

ция, модифицированная шейная лимфодиссекция, радикальная шейная лимфодиссекция) в зависимости от наличия или отсутствия метастазов в шейных лимфоузлах. Характеристика больных в зависимости от вида шейной лимфодиссекции при комбинированных операциях представлена в таблице 2.

У 14 больных (73,5%) выполнены селективная или модифицированная шейная лимфодиссекция, т.к. при дообследовании шейного лимфоколлектора, данных за метастазы в шейных лимфоузлах выявлено не было. Радикальная шейная лимфодиссекция выполнена 5 больным (26,5%), у которых были выявлены и подтверждены цитологически метастазы в шейных лимфоузлах перед хирургическим лечением. У 1 (5,3%) больного после проведения модифицированной шейной лимфодиссекции, при плановом гистологическом исследовании выявлены метастазы в шейных лимфоузлах, которые при дообследовании перед операцией не определялись.

После удаления опухоли слизистой дна полости рта, языка, ротоглотки и операции на шейном лимфоколлекторе, больным одновременно выполнялась ре-

конструкция сквозного дефекта. Характеристика больных в зависимости от вида кожно-мышечного лоскута, примененного при реконструкции дефекта, приведена в таблице 3.

Локальные лоскуты с магистральным типом кровообращения были применены у 11 больных (58,3%). При этом были использованы носогубный, претрахеальный, инфрахиондальный, субментальный лоскуты. Реконструкция дефекта с использованием дистанционных лоскутов с магистральным типом кровообращения (пекторальный лоскут на питающей ножке) была проведена у 4 больных (21,2%). Свободные ревааскуляризованные лоскуты при реконструкции дефекта были использованы у 4 больных (21,2%).

Послеоперационные осложнения возникли у 2-х больных (10,6%) в виде некроза дермы. При этом мягкотканый компонент лоскута остался жизнеспособным. В течение месяца, наблюдалась реэпителизация с полным сохранением целостности полости рта. Не наблюдалось образование свищей. У всех больных сохранена речевая и разделительная функция.

Послеоперационная летальность составила 5,3%. Больной умер от острой послеоперационной сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы

Несмотря на первый опыт, наше исследование, как и предшествующие клинические исследования (1-9), доказывают эффективность одномоментной пластики дефекта с применением

локальных лоскутов с магистральным типом кровообращения, дистанционных лоскутов с магистральным типом кровообращения, свободных ревааскуляризованных лоскутов.

Современные возможности реконструктивно-восстановительной хирургии слизистой оболочки полости рта и глотки позволяют отдавать предпочтение первично-хирургическому методу при лечении больных раком головы и шеи. ■

Литература:

1. Deganello A., Masciocco V., Dolivet G., Leemans C.R., Spriano. Infrahyoid fascio-myocutaneous flap as an alternative to free radial forearm flap in head and neck reconstruction, *Head Neck*. – 2007 – Mar:29(3):285-91
2. Magrin J., Kowalski L.P., Santo G.E., Waksman G., DiPaula R.A. Infrahyoid myocutaneous flap in head and neck reconstruction. *Head Neck*. – 1993 – Nov-Dec:15(6):522-5
3. Rojananin S., Suphaphongs N., Ballantyne A.J. The infrahyoid musculocutaneous flap in head and neck reconstruction. *American Journal of Surgery*. – 1991 – Oct:162(4):400-3
4. Mouthuy B., Schootfs M., Calteux N., Remacle M., Hamoir M., Van den Eeckhout J., De Coninck A. Myocutaneous flaps of the pectoralis major. Anatomy, technic and clinical applications. *Acta chirurgica Belgica*. – 1984 – Sep-Oct:84(5):283-92
5. Jiang B., Fang M., Jiang S.Q., Xu Y.L., Han L. The application of submental island flap in head and neck surgery. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. – 2000 – Dec:9(4):194-6
6. Faltaous A.A., Yetman R.J. The submental artery flap: an anatomic study. *Plastic and Reconstructive Surgery*. – 1996 – Jan:97(1):56-60
7. Evans G.R., Schusterman M.A., Kroll S.S., Miller M.G., Reece G.P., Robb G.L., Ainslie N. The radial forearm free flap for head and neck reconstruction: review. *American Journal of Surgery*. – 1994 – Nov:168(5):446-50
8. Jamamoto Y., Furukawa H., Sugihara T., Fukuda, Furuta Y., Ryu T. J. Radial forearm free-flap reconstruction following radiotherapy and total laryngectomy. *J. Reconstr. Microsurg*. – 1999 – Jan:15(1):15-8
9. Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии. «Челябинская государственная медицинская академия». – 2002г. – 162с.