

¹КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер»²Національний інститут раку, Київ

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ НОСОГУБНОГО КЛАПТЯ В ХІРУРГІЇ РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА



О.В. Кравець¹, В.С. Процик²,
Є.В. Коробко²

Адреса:
Кравець Олег Володимирович
КЗ «Черкаський обласний онкологічний
диспансер»
18000, Черкаси, вул. Менделєєва, 7
Тел./факс: (0472) 37-01-23
E-mail: KravetsO.doc@ukr.net



Ключові слова: носогубний кла-
пот, рак порожнини рота.

Проаналізовано результати реконструктивно-відновного лікування 14 хворих на рак порожнини рота II–III стадії. Продемонстровано, що використання носогубного клаптя для пластичного усунення невеликих за розміром дефектів порожнини рота дозволяє досягти високих показників функціональної реабілітації пацієнтів та хороших естетичних результатів пластики.

ВСТУП

Уперше носогубний клапот (НГК) згадується в роботах Шушрута Самхіта (Sushruta Samhita) в 600 рр. до н.е. [1]. Протягом багатьох століть поспіль використовували даний клапот для пластичного усунення дефектів носа та губ. Peter і співавтори [2] описали роботу Thiersch, який уперше застосував НГК шляхом трансбукальної пересадки для закриття дефекту піднебіння і порожнини рота (ПР) та роботу Esser, який використав даний клапот у 2 етапах для підвищення його надійності. A.F. Wallace [3], E.H. Rose [4] пізніше повідомили про модифікацію НГК, що дозволяла його пересадку за один етап. Подальші удосконалення НГК були спрямовані на поліпшення косметичних результатів операції та реконструкцію більших за розміром дефектів [5].

Сьогодні доведено надійність НГК, його високі функціональні та естетичні характеристики, що робить клапот ідеальним для реконструкції дефектів ПР, завеликих для місцево-пластичних операцій та замалих для традиційних шкірно-м'язових трансплантатів і вільної мікрохірургічної пересадки тканин [6].

Навіть невеликі дефекти ПР потребують проведення реконструктивних операцій, щоб уникнути анатомічної деформації органів та відповідних функціональних порушень. При хірургічному лікуванні раку ПР НГК з нижньою основою використовують для пластичного усунення дефектів слизової щок, бічних, передньобічних відділів альвеолярного відростка нижньої щелепи та дна ПР. На життєздатність клаптя не впливає перев'язка лицьової артерії при проведенні шийних лімфодисекцій [7].

Головними перевагами НГК є його універсальність, легкість викрування, нетривалий час забору клаптя, можливість застосування в ослаблених пацієнтів [8].

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У роботі проаналізовано результати реконструктивно-відновного лікування 14 пацієнтів з плоскоклітинним раком ПР II–III стадії, з яких чоловіків — 13 (92,86%), жінок — 1 (7,14%). Вік пацієнтів коливався від 31 до 78 років. У 7 (50%) хворих діагностовано рак слизової оболонки дна ПР, у 4 (28,57%) — рак слизової оболонки альвеолярного відростка нижньої щелепи, у 3 (21,43%) — рак слизової оболонки щок. У 9 (64,28%) пацієнтів встановлено II (T2N0M0), у 5 (35,72 %) — III (T2N1M0) стадію пухлинного процесу.

Для верифікації діагнозу проводили морфологічне дослідження біопсійного матеріалу, отриманого в ході інцизійної біопсії пухлини. За гістологічною класифікацією плоскоклітинний рак різного ступеня диференціювання діагностовано в усіх 14 (100 %) хворих.

Пластичне усунення дефектів ПР після радикального хірургічного лікування проводили з використанням НГК з нижньою основою.

Вивчали ускладнення після реконструктивних операцій, а також функціональні та естетичні результати пластики.

ХІРУРГІЧНА АНАТОМІЯ ТА ТЕХНІКА ЗАБОРУ КЛАПТЯ

НГК з нижньою основою є шкірно-жировим клаптем, що формується в щічній ділянці по ходу носогубної складки (рис. 1). Основа клаптя розміщується на рівні кута рота, а верхівка може бути сформована на 0,5 см нижче внутрішнього кута ока. Максимальні розміри НГК: ширина в ділянці основи — 3–3,5 см, довжина — 9 см. Кровопостачання НГК з нижньою основою забезпечується за рахунок гілок нижньої губної артерії та численних анастомозів між лицьовою, поперечною обличчя та підчонаймковою артеріями.

Ширину та довжину клаптя розраховують так, щоб можна було без натягу закрити дефект ПР та донорської зони. Клапоть піднімають над м'язними м'язами обличчя зверху вниз до рівня кута рота. При пластичному усуненні дефектів слизової оболонки щоки та дна ПР опускають клапоть нижче комісури небажано. Основу НГК викроюють товстішою, ніж на всьому протязі, з метою попередження порушення кровообігу (рис. 2).

Тунель у ПР, через який проводять клапоть, формують на рівні його основи. При утворенні трансбукального тунелю важливо не пошкодити вивідну протоку коловушної слинної залози та гілки лицьового нерва. Слизову щоку розсікають. У випадках, коли доступ до первинної пухлини здійснюють не трансорально, а шляхом серединного розрізу нижньої губи та мобілізації тканин щоки (рис. 3), розріз слизової не проводять, а НГК підводять до дефекту (рис. 4) через розсічену

слизову перехідної складки. Ширина розрізу щоки має відповідати ширині НГК, щоб запобігти стисненню його судин. Клапоть підводять до дефекту ПР (рис. 5). У місці перетину НГК з найближчим краєм дефекту на шкірі роблять позначку. Потім клапоть виводять з ПР і деєпідермізують на 1–2 см нижче позначки, відповідно до товщини щоки, що забезпечує загоєння швів між НГК та щокою. Після деєпідермізації клапоть вводять в ПР та підшивають до країв дефекту. Для накладання швів між клаптем та тканинами ПР надають перевагу атравматичному шовному матеріалу з антибактеріальним покриттям, що розсмоктується — Vicryl plus 3–0, 4–0. Донорська рана закривається простим зближенням країв рани. Результати пластичного усунення дефектів ПР продемонстровано на рис. 6, 7.

При локалізації дефекту в передніх відділах дна ПР та альвеолярного відростка нижньої щелепи можливе викроювання одразу двох НГК з різних боків.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнти отримали курс променевої терапії сумарною вогнищевою дозою 60 Гр. Оперативне втручання проводили через 3–4 тиж після завершення променевого лікування. Реконструктивно-від-

новний етап виконували одночасно з операцією на первинному вогнищі та зонах регіонарного метастазування. Радикальну модифіковану шийну лімфодисекцію типу III проведено у 5 (35,72%) хворих, профілактичну надомогіодну — у 3 (21,43%) пацієнтів. Резекцію нижньої щелепи зі збереженням неперервності виконано у 10 (71,43%) пацієнтів. Дефекти ПР, що виникли після радикального хірургічного лікування, наступні:

- дефект слизової оболонки бічних відділів щоки та альвеолярного відростка нижньої щелепи;
- дефект бічних відділів язика, дна ПР, нижньої щелепи зі збереженням неперервності;
- дефект передніх відділів дна ПР та нижньої щелепи зі збереженням неперервності.

Розміри післяопераційних дефектів ПР становили від 2,6×4 см до 4×4,5 см. Для пластичного усунення дефектів ПР використано НГК з нижньою основою. У 12 (85,71%) пацієнтів застосовано НГК з одного боку, у 2 (14,29%) — білатеральний НГК.

Ускладнень у вигляді повного некрозу клаптя в нашому дослідженні не відзначено. У 1 (7,14%) хворого виник некроз верхівки клаптя, що не потребувало проведення додаткових хірургічних втручань. Шийна лімфодисекція, виконана у 8 пацієнтів, не викликала порушення кровопостачання НГК. Таким чином, у 92,9% випадків клапоть був



Рис. 1. Схема формування носогубного клаптя з нижньою основою



Рис. 2. Кінцевий етап виділення носогубного клаптя



Рис. 3. Доступ до пухлини шляхом серединного розсічення нижньої губи та мобілізації тканин щоки

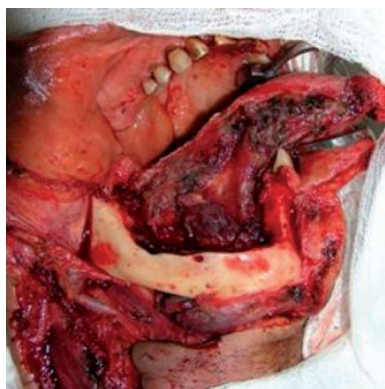


Рис. 4. Вигляд дефекту після резекції нижньої щелепи зі збереженням неперервності, дна ПР, бічної поверхні язика

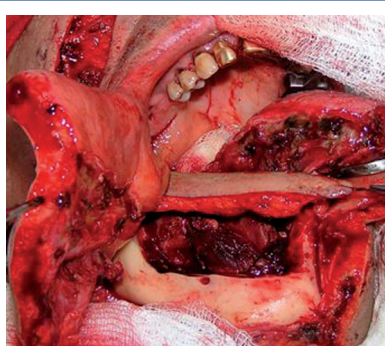


Рис. 5. Носогубний клапоть підведений до дефекту ПР



Рис. 6. Результат пластичного усунення дефекту нижньої щелепи зі збереженням неперервності, дна ПР, бічної поверхні язика (14-та доба після операції)



Рис. 7. Результат пластичного усунення дефекту слизової оболонки щоки (12 міс після операції)

життєздатним. Ускладнень у вигляді тризму, остеомієліту нижньої щелепи, мікростомії, формування кісти в зоні деєпідермізації не зареєстровано. У донорській ділянці ускладнень також не виявлено. У всіх пацієнтів відзначено добрі показники функції мовлення та ковтання. Косметичний результат також задовільний, оскільки післяопераційний рубець на обличчі заховано в носогубній складці.

Для пластичного усунення невеликих дефектів дна ПР, альвеолярного відростка нижньої щелепи також використовують локальний клапоть язика. Він легкий у виділенні, добре васкуляризований. Проте його використання впливає на нормальну функцію язика і може погіршити функцію мовлення та ковтання [7, 9].

На сьогодні про високу (>90%) життєздатність НГК повідомляють у багатьох дослідженнях. Також більшість авторів погоджуються, що дефекти ПР розмірами до 5×5 см можуть бути закриті з використанням цієї техніки [6, 10, 11].

НГК з нижньою основою найчастіше застосовують для одномоментної

реконструкції невеликих інтраоральних дефектів та дефектів губи. Ця техніка може бути використана для пластичного усунення будь-яких дефектів ПР, за винятком серединних дефектів губи. Результати великих досліджень, у яких оцінювали функціональні порушення після пластики НГК, свідчать про мінімальні порушення мови, жування, ковтання. Про ускладнення у вигляді мікростомії та тризму в цих дослідженнях не повідомляли [11, 12, 13].

ВИСНОВКИ

Застосування НГК з нижньою основою є надійним та мінімально травматичним для реконструкції невеликих за розміром дефектів ПР.

Використання НГК для пластичного усунення невеликих за розміром дефектів ПР дозволяє досягти високих показників функціональної реабілітації хворих та хороших естетичних результатів пластики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Pers M. (1967) Cheek flaps in partial rhinoplasty. Scand. J. Plast. Reconstr. Surg., 1: 37.

2. Peter M., Alexander W., Eckert, Johannes S. et al. (2002) Functional rehabilitation following resection of the floor of mouth: The nasolabial revisited. J. of Cranio-Maxillofac. Surg., 30: 369–372.

3. Wallace A.F. (1966) Esser's skin flap for closing large palatal fistulae. Br. J. Plast. Surg., 19: 322.

4. Rose E.H. (1981) One staged arterialized nasolabial island flap for floor of mouth reconstruction. Ann. Plast. Surg., 6: 71.

5. Mebed A., Hesham A., Saber T. et al. (2009) Critical appraisal of nasolabial flap for reconstruction of oral cavity defects in cancer patients. J. of the Egypt. Nat. Canc. Inst., 21(1): 33–42.

6. Kim K.W., Lee E.Y. (2007) Usage of nasolabial skin flaps for the reconstruction of various intraoral defects. J. Kor. Assoc. Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg., 1: 71–79.

7. Ikeda C., Katakura A., Yamamoto N. et al. (2007) Nasolabial flap reconstruction of floor of mouth. Bull. Tokyo Dent. Coll., 48(4): 187–192.

8. Deora S.S., Nanjappa M., Kumaraswamy S.V. (2010) Bilateral pedicled nasolabial flaps for the anterior alveolus mandibular defect: a review. J. Oral Maxillofac. Surg., 9(4): 385–388.

9. El Khatib K., Danino A., Trost O. et al. (2005) Use of nasolabial flap for mouth floor reconstruction. Ann. Chir. Plast. Esthet., 50: 216–220.

10. Lazaridis N., Tilaveridis L., Karakasis D. (2008) Superiorly of inferiorly based islanded nasolabial flap for buccal mucosa defects reconstruction. J. Oral. Maxillofac. Surg., 66: 7–15.

11. Eckardt A., Kokemüller H., Tavassol F. et al. (2011) Reconstruction of oral mucosal defects using the nasolabial flap: clinical experience with 22 patients. Head & Neck Onc., 3: 28.

12. Hofstra E.I., Hofer S.O., Nauta J.M. et al. (2004) Oral functional outcome after intraoral reconstruction with nasolabial flaps. Br. J. Plast. Surg., 57: 150–155.

13. Ducic Y., Burye M. (2000) Nasolabial flap reconstruction of oral cavity defect: A report of 18 cases. J. Oral Maxillofac. Surg., 58: 1104–1108.

Опыт использования носогубного лоскута в хирургии рака полости рта

О.В. Кравец¹, В.С. Процык², Е.В. Коробко²

¹КУ «Черкасский областной онкологический диспансер»

²Национальный институт рака, Киев

Резюме. Проанализированы результаты реконструктивно-восстановительного лечения 14 больных раком полости рта II–III стадии. Продемонстрировано, что использование носогубного лоскута для пластического устранения небольших дефектов полости рта позволяет достигнуть высоких функциональных показателей реабилитации пациентов и хороших эстетических результатов пластики.

Ключевые слова: носогубный лоскут, рак полости рта.

Nasolabial flap reconstruction in oral cancer surgery

O.V. Kravets¹, V.S. Protsyk², E.V. Korobko²

¹MI «Cherkasy Regional Oncology Center»

²National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The study analyzed the results of reconstructive treatment and recovery of 14 patients with oral cancer stages II–III. It is shown that the use of nasolabial flap for reconstruction of small-sized defects of the oral cavity can achieve high levels of functional rehabilitation of patients and good aesthetic results of plastic surgery.

Keywords: nasolabial flap, oral cancer.