

Powikłania po chirurgicznym leczeniu zaawansowanych raków gardła dolnego

The advanced hypopharyngeal cancers surgery treatment complications

Ewa Osuch-Wójcikiewicz¹, Piotr Chęciński¹, Antoni Bruzgielewicz¹, Jagna Nyckowska¹, Sławomir Nazarewski²

SUMMARY

Introduction: Hypopharynx is the anatomical region created by strictly functionally connected regions: two pyriform sinuses, retrocricoid region and the posterior pharyngeal wall on its level. Hypopharyngeal Cancer is in 95% planoepithelial carcinoma, it constitute about 5-10% of all malignant tumors of the upper part of digestive tract and the respiratory system. Occult early symptoms make it advanced stages detectible. It easily spreads in to surrounding anatomical structures such as: larynx, oral cavity, oropharynx, esophagus, prevertebral space. It gives relatively quick and common metastases to lymph nodes (opposed or both sites).

Aim: The aim of our study is to analyze the complications of the advanced hypopharyngeal tumor surgery.

Material and Methods: Material was 53 patients treated for advanced hypopharyngeal cancer (or hypopharyngeal cancer with larynx and cervical part of esophagus involved), in Otolaryngology Clinic, Medical University of Warsaw, between 1999 and 2010. We performed the circular removal of hypopharynx, cervical part of esophagus and larynx with concomitant digestive tract reconstruction by autotransplantation of the jejunum (41 cases) or the ileocecal segment (12 cases). In most cases surgery was extended to lymph nodes removal.

Results: In our group of patients we had complications such as: Intraoperative complications of surgery – the intestine transplant ischemia. Early post operative complications – transplant ischemia, salivary fistula, hematoma of postoperative cavity (without necrosis of the transplant), massive arterial anastomosis bleeding, and wound infection. Late postoperative complications – late salivary fistula, tracheostomy stenosis, local tumor recurrence, spread of the cancer and swallowing disorder. The different complications were very uncommon.

Conclusion:

1. Discussed method of the digestive tract reconstruction after extensive, advanced laryngeal, hypopharyngeal, and the cervical part of esophagus tumors surgery entails intraoperative and postoperative complications.
2. As we compared the extension of the surgery and the advanced tumor process with number of complications, it seemed to be few. Such method of the reconstruction is most physiologic one, and it lets patients to avoid the gastrostomy or other inconvenience of parenteral nutrition.

Hasła indeksowe: wolny przeszczep jelita, rak gardła dolnego, całkowita faryngolaryngektomia

Key words: free jejunal graft, hypopharyngeal cancer, total pharyngolaryngectomy

©by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów

– Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:

05.08.2011

Zaakceptowano do druku/Accepted:

17.08.2011

¹Katedra i Klinika Otolaryngologii

Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n med. K. Niemczyk

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej

i Transplantacyjnej WUM,

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. J. Szmidt

Wkład pracy autorów/Authors contribution:

Wg kolejności

Konflikt interesu/Conflicts of interest:

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Adres do korespondencji/

Address for correspondence:

imię i nazwisko: Ewa Osuch-Wójcikiewicz

adres pocztowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii,

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul. Banacha 1A

02-097 Warszawa

tel. 22 599 20 21

fax 22 599 11 56

e-mail ewa.osuch@wum.edu.pl

Otolaryngol Pol 2011;
65 (5a): 73-77

Wstęp

Część kraniowa gardła, zwana również gardłem dolnym, jest oddzielona od jego części ustnej przez umowną płaszczyznę położoną nieco powyżej trzonu kości gnykowej, zaś do dołu na poziomie szóstego kręgu szyjnego przechodzi w część szyjną przełyku, a jej dolną granicę wyznacza płaszczyzna pozioma przebiegająca

przez dolny brzeg chrząstki pierścieniowatej. Z punktu widzenia onkologicznego gardło dolne jest rejonem anatomicznym ściśle związanym z krtańią [1]. Bezpośrednia bliskość struktur tworzących obie powyższe okolice, podobieństwo histologiczne oraz naturalny przebieg nowotworów w nich występujących, podobne

metody diagnostyczne i lecznicze sprawiają, że krtań i gardło dolne w tym kontekście powinny być rozpatrywane jako całość [2]. Znajomość struktur tworzących gardło dolne (okolica zapierściana, tylna ściana gardła na jej poziomie oraz dwa zachyłki gruszkowate) i ich wzajemnych relacji pozwala na określenie stopnia zaawansowania procesu nowotworowego.

Rak gardła dolnego – w 95% rak płaskonabłonkowy – stanowi 5–10% wszystkich nowotworów złośliwych górnej części układu pokarmowego i oddechowego i występuje ośmiokrotnie częściej u mężczyzn w wieku 50–60 lat. W ostatnich latach notuje się w Polsce około 200 nowych zachorowań rocznie. Czynnikiem ryzyka są: palenie tytoniu i spożywanie alkoholu wysokoprocentowego oraz niedokrwistość z niedoboru żelaza (zespół Plummera-Vinsona) w raku okolicy zapierściennej. W 80% przypadków zajmuje jeden z zachyłków gruszkowatych, w 20% – pozostałe rejonu gardła dolnego. Początkowy rozwój raka w tych okolicach jest zwykle „niemy klinicznie”; nowotwór w tym rejonie rośnie niepostrzeżenie, nie dając praktycznie żadnych objawów. Dopiero wystąpienie dysfagii lub odynofagii, otalgii, cuchnienia z ust czy pojawienie się guza na szyi, powoduje konieczność konsultacji lekarskiej. Ze względu na tak późną manifestację kliniczną rak gardła dolnego rozpoznawany jest w znacznym stadium zaawansowania. Szacuje się, że ok. 75% chorych trafia do lekarza w stadium zaawansowania nowotworu T3 i T4 oraz z jedno- (60–80% chorych) lub obustronnymi (10% chorych) przerzutami do węzłów chłonnych szyjnych. U około 8% chorych występuje drugie ognisko pierwotne w rejonie głowy i szyi. Nowotwór ten z powodu dynamicznego naciekania błony śluzowej i tkanki podśluzówkowej oraz tkanek miękkich szyi, łatwo szerzy się w kierunku otaczających rejonów anatomicznych: krtani, gardła środkowego i jamy ustnej, przełyku i przestrzeni przedkręgosłupowej; daje również stosunkowo duży odsetek przerzutów odległych. Może powodować przerzuty w węzłach chłonnych okołotchawiczych, okołoprzełykowych, zagardłowych i śródpiersiowych. Biorąc pod uwagę powyższe jego cechy, należy stwierdzić, że jest to jeden z najgorzej rokujących nowotworów w rejonie głowy i szyi [3].

Chorzy z zaawansowanym rakiem gardła dolnego zwykle wymagają rozległych operacji usunięcia krtani, gardła dolnego i szyjnej części przełyku wraz z operacją usunięcia układu chłonnego szyi zwykle jednostronnie, chociaż wykonywanie operacji węzłowej po obu stronach coraz częściej mieści się w schemacie leczenia nowotworu o tej lokalizacji. Tak rozległe „okaleczenie” chorego wymaga od operatora zwykle jednoczesnego odtworzenia ciągłości drogi pokarmowej. W przypadkach gdy pozostawiona zostanie tylna ściana gardła o szerokości minimum 4 cm, drogę pokarmową można

odtworzyć, stosując płaty skórne szyjne, uszypułowane płaty skórne naramiennie-piersiowe, uszypułowane płaty mięśniowo-skórne z mięśnia piersiowego większego, najszerszego grzbietu, mostkowo-obojętkowo-sutkowego czy mięśnia czworobocznego, a także wolne płaty z mikrozespoleniem naczyniowym [3].

W odtworzeniu drogi pokarmowej po całkowitym usunięciu gardła dolnego i szyjnej części przełyku można zastosować wolne autoprzeszczepy jelita cienkiego lub segmentu krętniczno-kątniczego, wolne płaty skórno-powięziowe z mikrozespoleniem naczyniowym, przemieszczenie żołądka (*gastric pull-up*), a także jako przygotowanie do operacji wieloetapowych – wytworzenie faryngostomy lub orostomy i esofagostomy.

Każda z zastosowanych metod leczenia operacyjnego z odtworzeniem ciągłości drogi pokarmowej wymaga uzupełniającego leczenia napromienianiem.

Cel pracy

Celem pracy była analiza powikłań po leczeniu chirurgicznym chorych z zaawansowanym nowotworem gardła dolnego i części szyjnej przełyku.

Materiał i metoda

Analizą objęto 53 chorych z zaawansowanym rakiem gardła dolnego lub gardła dolnego i krtani oraz części szyjnej przełyku, hospitalizowanych w Klinice Otolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 1999–2010, u których wykonano określone wycięcie gardła dolnego, części szyjnej przełyku oraz krtani, w niemal wszystkich przypadkach z usunięciem węzłów chłonnych szyjnych, z jednoczesnym odtworzeniem ciągłości drogi pokarmowej autoprzeszczepem jelita czczego (41 chorych) lub segmentu krętniczno-kątniczego (12 chorych). W badanej grupie było 8 kobiet i 45 mężczyzn.

Wyniki

Laryngofaryngoesofagektomia z autoprzeszczepem jelita w celu odtworzenia ciągłości drogi pokarmowej, tak jak każda interwencja chirurgiczna, niesie za sobą możliwość wystąpienia powikłań. Mogą to być powikłania śródoperacyjne, a także wczesne i późne powikłania pooperacyjne. W analizowanej grupie 53 chorych występowały powyższe powikłania, zarówno u osób z zastosowanym autoprzeszczepem jelita cienkiego, jak i segmentu krętniczno-kątniczego, a ich częstość w obu grupach nie była znacząco różna.

W grupie powikłań śródoperacyjnych najczęściej wystąpiło niedokrwienie przeszczepu – u 8 chorych. U 3 chorych przyczyną niedokrwienia była zakrzepica zespolenia lub naczyń żylnych, u 4 chorych – zakrzepica zespolenia tętniczego. We wszystkich przypadkach

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3170990>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3170990>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)