

## Doświadczenia własne w zastosowaniu wolnych płatów udowych w rekonstrukcji ubytków po rozległych operacjach nowotworów złośliwych głowy i szyi

Our experience in the use of anterolateral thigh flap for reconstruction of the head and neck neoplasms

Jakub Pazdrowski<sup>1</sup>, Tomasz Synowiec<sup>2</sup>, Paweł Golusiński<sup>1</sup>, Piotr Pieńkowski<sup>1</sup>, Łukasz Łuczewski<sup>1</sup>, Paweł Chęciński<sup>2</sup>, Wojciech Golusiński<sup>1, 3</sup>

### SUMMARY

**Introduction:** Free flaps with vascular anastomosis have been widely used in clinical practice for more than 30 years. They are standard in reconstructive surgery following extensive resections caused by neoplasms of the head and neck. The anterolateral thigh flap (ALT) constitutes very good reconstructive material due to the long vascular pedicle, the appropriate diameter of vessels, the large skin island plane, and thickness depending on requirements.

**Material:** The own material comprises 5 patients who have had extensive neoplastic infiltrations removed at different anatomic locations within the area of healthy tissue.

**Results:** Reconstructions have been conducted using a microvascular thigh flap (ALT). All of the operated patients are under constant supervision. The observation period ranges from 2 to 3 months. No recurrence of the neoplastic process or graft rejection has been observed in any of the patients.

**Hasła indeksowe:** nowotwory głowy i szyi, wolne płaty, chirurgia rekonstrukcyjna

**Key words:** neoplasms of the head and neck, free flaps, reconstructive surgery

©by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Otrzymano/Received:

19.08.2011

Zaakceptowano do druku/Accepted:

04.09.2011

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej, Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Poznaniu.

Ordynator: W. Golusiński

<sup>2</sup>Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej oraz Angiologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Kierownik: P. Chęciński

<sup>3</sup>Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

Kierownik: K. Osmola

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: Paweł Jerzy Golusiński

adres pocztowy:

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Oddział Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii

Laryngologicznej

ul. Garbary 15

61-866 Poznań,

tel. 61 885 09 28

e-mail pawel.golusinski@wco.pl

Otolaryngol Pol 2012;  
66 (1): 51-55

## Wprowadzenie

Wolne płaty z zespoleniem naczyniowym są szeroko stosowane w praktyce klinicznej od ponad 30 lat [1]. Stały się one złotym standardem w rekonstrukcji po rozległych ubytkach w chirurgii głowy i szyi. Wraz z rozwojem chirurgii mikronaczyniowej możliwe stało się poszerzenie zakresu operacji, szczególnie w przypadku nowotworów złośliwych dna jamy ustnej, języka, gardła środkowego, żuchwy przy jednoczesnym zachowaniu względów funkcjonalnych i estetycznych. Rozległe ubytki w obrębie jamy ustnej i gardła wymagają zatem operacji odtwórczych pozwalających zrekonstruować kształt i funkcjonalność usuniętego narządu, przy jednoczesnym ograniczeniu ubytku oraz zniekształceń w miejscu pobrania [2]. Wolne płaty znalazły szerokie zastosowanie w chirurgii rekonstrukcyjnej wraz z wprowadzeniem i rozwojem technik mikrochirurgicznych, a do najczęściej stosowanych należą: płat z przedramienia, płat przednio-boczny uda oraz płat strzałkowy [2].

Przednioboczny płat udowy (ALT) został po raz pierwszy opisany w 1984 roku przez Songa i wsp. jako płat oparty na przegrodowo-skórnej szypule naczyniowej biegnącej pomiędzy mięśniami prostym i obszernym bocznym uda [3]. Wkrótce jednak okazało się, że w większości przypadków naczyniami zaopatrującymi płat są mięśniowo-skórne perforatory przecinające mięsień obszerny boczny uda [1]. Płat ALT znalazł szerokie zastosowanie ze względu na długą szypulę naczyniową dochodzącą do 12 cm, odpowiednią średnicę naczyń umożliwiającą zespolenie z naczyniami na szyi, możliwą dużą płaszczyznę wyspy skórnej oraz różną grubość w zależności od zapotrzebowania [1]. Kolejną zaletą płata ALT jest jednoczesna operacja w dwóch zespołach znacznie skracająca czas operacji oraz możliwość pierwotnego zamknięcia miejsca dawczego na udzie [1]. Płat ALT jest giętki, podatny, dzięki temu znalazł szerokie zastosowanie w rekonstrukcji ubytków dna jamy ustnej,



**Ryc. 1.** Przedoperacyjne badanie ultrasonograficzne uda lewego; na udzie zaznaczona gałąź zstępującą okalającą udo oraz tętnice przeszzywające

Fig. 1. Preoperative ultrasound examination; descending ramus of the external circumflex artery and perforating arteries has been marked on the skin



**Ryc. 2.** Rozległa resekcja guza języka i dna jamy ustnej wraz z częściową resekcją żuchwy; wszystkie marginesy wolne od zmian nowotworowych

Fig. 2. Radical resection of the tumor with segmental resection of the mandible; all margins clear

języka, gardła środkowego oraz w przypadku pełnej grubości ubytków policzka [2].

Jedyną sytuacją, kiedy chirurg musi odstąpić od pobierania płata ALT do rekonstrukcji, jest brak perforatorów naczyniowych widocznych w przedoperacyjnym badaniu ultrasonograficznym dopplerowskim. Takie przypadki występują jednak niezwykle rzadko, u około 1% chorych [7].

Przeżywalność wolnych płatów z zespoleniem naczyniowym w ostatnich dziesięciu latach znacznie wzrosła – z 79% do 96% i w większości ośrodków zajmujących się chirurgią rekonstrukcyjną pozostaje na niezmiennym wysokim poziomie [1].

Celem pracy było przedstawienie doświadczeń własnych Oddziału Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej guzów dna jamy ustnej i języka.

## Materiał i metoda

Materiał stanowili chorzy operowani z powodu nowotworu głowy i szyi, u których wykonano rekonstrukcję płatem udowym mikrounaczynionym na Oddziale Chirurgii Głowy i Szyi i Onkologii Laryngologicznej Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu od maja do czerwca 2011 roku. Wykonano 5 operacji rekonstrukcyjnych z zastosowaniem płata udowego mikrounaczynionego ALT, u chorych w wieku od 53 do 63 lat. Wszyscy operowani chorzy byli płci męskiej, u czterech z nich guz pierwotnie zlokalizowany był w obrębie języka i dna jamy ustnej. W jednym przypadku rekonstrukcja dotyczyła pełnej grubości ubytku tkankowego okolicy policzka lewego. Cztery operacje rekonstrukcyjne wykonane były po stronie lewej, jeden zabieg wykonano po stronie prawej. Rozpoznanie

histopatologiczne u wszystkich chorych: *carcinoma planoepitheliale*. Według klasyfikacji TNM, zaawansowanie kliniczne guza u operowanych chorych: trzech chorych T3 i dwóch chorych T4.

Przedoperacyjnie wykonano u chorych badanie ultrasonograficzne uda. Lokalizowano kołec biodrowy przedni górny oraz boczną powierzchnie rzepki. Wyznaczano linię łączącą oba punkty oraz jej środek. Następnie w promieniu 2 cm od środka przeprowadzonej linii wyznaczono pole o powierzchni 16 cm<sup>2</sup>. W dalszej kolejności za pomocą głowicy liniowej wykonywano badanie ultrasonograficzne. Lokalizowano tętnicę głęboką uda oraz jej gałęzie: zstępującą, okalającą, oraz gałąź skośną. Określono także lokalizację tętnic przeszzywających. W czterech przypadkach tętnice przeszzywające przebiegały śródmięśniowo w mięśniu obszernym bocznym uda, w jednym przypadku w przestrzeni międzypowięziowej, pomiędzy mięśniem prostym uda a mięśniem obszernym bocznym.

W pierwszym etapie zabiegu wykonywano resekcję guza wraz z marginesem zdrowych tkanek, który wynosił około 2 cm.

U jednego chorego guz pierwotnie zlokalizowany był w obrębie języka i dna jamy ustnej, ku tyłowi częściowo obejmując nasadę języka. Guz przekraczał linię pośrodkową, bocznie obejmował tkanki policzka, ku przodowi naciekał żuchwę, skórę okolicy trzonu żuchwy, gdzie powstało owrzodzenie wielkości około 2 cm. U chorego wykonano resekcję guza wraz z marginesem zdrowych tkanek obejmującą: dno jamy ustnej, język, policzki, śliniankę podżuchwową wraz ze skórą okolicy trzonu żuchwy. W tym przypadku wykonano także resekcję żuchwy obejmującą: gałąź żuchwy od wysokości 2 cm powyżej kąta żuchwy oraz trzon do okolicy bródkowej po stronie przeciwnej. Całość usunięto w jednym bloku, a wielkość usuniętego guza wynosiła około 7 cm.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171195>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171195>

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