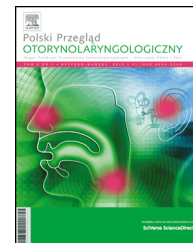


Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ppotor

Praca poglądowa/Review

Wolny płat przednio-boczny uda w rekonstrukcjach po rozległych ubytkach w obrębie głowy i szyi



Anterolateral thigh free flap in reconstructive surgery after extensive defect in the head and neck region

Maciej Pabiszczak*, Jacek Banaszewski, Tomasz Pastusiak, Witold Szyfter

Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Poznaniu, Kierownik: prof. dr hab. Witold Szyfter, Poznań, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 06.08.2014

Zaakceptowano: 21.08.2014

Dostępne online: 01.09.2014

Słowa kluczowe:

- rak głowy i szyi
- przednio-boczna płata uda
- chirurgia rekonstrukcyjna

Keywords:

- Head and neck cancer
- Anterolateral thigh flap
- Reconstructive surgery

A B S T R A C T

Extensive primary and recurrences tumors in the head and neck region require salvage surgery procedure. It involves the removal of large neoplastic lesions and supplying local defects. The purpose of reconstructive surgery is to achieve maximal functionality and aesthetics results of reconstructed organ. Anterolateral free thigh flap is the most common flap used in reconstructive surgery. The possibility of using anterolateral thigh flap including indications, contraindications and the risk occurrence of local complications was presented upon the latest reports available in the literature and our own experience.

© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

Wprowadzenie

Leczenie choroby nowotworowej w obrębie głowy i szyi wymaga szczególnego postępowania obejmującego współpracę wielospecjalistyczną na wszystkich etapach leczenia. Prawdłowo zaplanowana operacja powinna obejmować jednoczesną rekonstrukcję ubytków z zachowaniem zasady radykalności oraz spełniać oczekiwania pacjenta w zakresie

funkcjonalności i utrzymania estetyki operowanego narządu, co pozwala na adaptację socjalną chorego [1]. Przy doborze techniki uwzględnić należy: stopień zaawansowania choroby, wiek chorego oraz jego stan ogólny. Wielkość i rodzaj wykorzystywanego płata zależy od rozległości i lokalizacji ubytku, jakości pozostawionych tkanek otaczających i możliwości pozyskania tkanek uzupełniających.

Jedną z metod rekonstrukcji stosowanych w onkologii głowy i szyi jest wolny płat przednio-boczny uda opisany

* Adres do korespondencji: Klinika Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, Polska. Tel.: +48 618 691 387.

Adres email: maciejpabi@poczta.onet.pl (M. Pabiszczak).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ppotor.2014.08.006>

2084-5308/© 2014 Polish Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery Society. Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. All rights reserved.

przez Songa i wsp. w 1984 roku [2]. Pierwotnie oparty był na perforatorach przegrodowo-skórnych, następnie modyfikowany był przez innych chirurgów, którzy wprowadzili wykorzystanie perforatorów mięśniowo-skórnych [3-5]. Dzięki długiej szypule naczyniowej, znacznej grubości, dużej powierzchni oraz niewielkiemu ryzyku wystąpienia powikłań miejsca donorowego płata ten jest szeroko wykorzystywany do uzupełnienia bardzo rozległych ubytków w obrębie głowy i szyi.

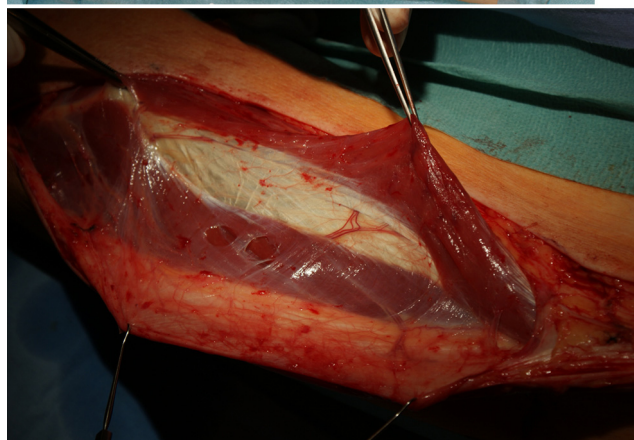
Anatomia

Wyspa skórna płata przednio-bocznego uda unaczyniona jest przez naczynia przeszywające (perforatory) będące gałęzią końcową gałęzi zstępującej tętnicy bocznej okalającej udo (LCFA) [6]. Gałąź ta zlokalizowana jest w przestrzeni wewnątrzmięśniowej pomiędzy mięśniem prostym uda a obszernym bocznym i oddaje liczne perforatory do okolicy bocznej oraz środkowej skóry uda. Perforatory te występują w dwóch postaciach w zależności od lokalizacji: pomiędzy mięśniem prostym uda i obszernym bocznym, krzyżując powieź szeroką, tworzą perforatory przegrodowo-skórne zaopatrujące skórę bocznej części uda. Mogą również krzyżować mięsień obszerny boczny oraz powieź głęboką jako perforatory mięśniowo-skórne zaopatrujące skórę uda [7]. Istnieją dwa warianty związane z punktem wyjścia perforatora skórno-mięśniowego: pionowy przecinający mięsień pochyły boczny prostopadle do powięzi szerokiej oraz wariant poziomy przechodzący przez mięsień obszerny boczny poziomo od gałęzi bocznej i poprzecznej tętnicy okalającej udo [5, 7]. Punkt wyjścia perforatorów skórnych znajduje się 2 cm bocznie i ku dołowi od linii środkowej łączącej oś płata utworzoną pomiędzy zewnętrzną powierzchnią rzepki i kolcem biodrowym górnym. Yu i wsp. dzielą perforatory ze względu na lokalizację na typu B – środkowe zlokalizowane najbardziej centralnie, typu A – proksymalne i C – dystalne [8]. Według Yildrima i wsp. [9], unaczynienie płata w 10,7% pochodzi z perforatorów przegrodowo-skórnych, a w 89,3% z mięśniowo-skórnych, 3,5% z gałęzi poprzecznej, natomiast u 0,9-5,4% chorych nie stwierdzono w badaniu przedoperacyjnym obecności perforatorów [8].

Metoda

Technika pobierania wolnego płata przednio-bocznego uda

Przed przystąpieniem do pobrania płata oznaczana jest jego oś długa, którą tworzy linia biegnąca od przednio-górnego kolca biodrowego do bocznej powierzchni rzepki. Pozwala to na zlokalizowanie przegrody międzymięśniowej pomiędzy mięśniem prostym uda a obszernym bocznym. Wzdłuż oznaczonej linii na podstawie badania naczyniowego typu Doppler zlokalizowane są perforatory skórne [5, 7] (Ryc. 1). Płaty o większej grubości pobierane są podpowięziowo, natomiast cieńsze nadpowięziowo. Przy planowaniu płata powięziowo-skórnego należy objąć cięciem skórny powieź głęboką. Wyspa skórna mobilizowana jest bocznie poprzez delikatne preparowanie aż do momentu zlokalizowania



Ryc. 1 – Oznaczenie punktów orientacyjnych na udzie oraz widoczne perforatory

Fig. 1 – Designation of the thigh landmarks and visible perforators

perforatorów (Ryc. 2). Preparowanie szypuły odbywa się wraz z gałęzią zstępującą dla perforatorów skórno-powięziowych oraz częściowo z mięśniem obszernym bocznym dla perforatorów mięśniowo-skórnych [10]. Nerw skórny boczny uda może być zachowany i pobrany w przypadku konieczności odtworzenia ciągłości nerwów w miejscu rekonstruowanym [5, 10]. Maksymalny rozmiar płata, pierwotnie opisany przez Songa i wsp., rozciąga się od linii podłużnej poprowadzonej od krętarza większego w dół do linii około 3 cm powyżej rzepki. Koshima i wsp. podaje maksymalne wymiary wyspy skórnej 25 × 18 cm [3]. Długość szypuły naczyniowej waha się wg Yu i wsp. 9,7-13,2 cm z perforatorami typu A i B [8]. Średnica naczyń tętniczych wynosi średnio 2,1 mm, a dla żyły 2,6 mm. Ubytek donora do 8 cm jest zamykany pierwotnie; przy większych defektach miejsce donora pokrywane jest przeszczepem skórny [8].

Omówienie

Dzięki różnym komponentom tkankowym obejmującym: skórę, tkankę tłuszczową, powieź oraz tkankę mięśniową, płaty przednio-boczne uda mogą tworzyć formy: powięziowo-skórne, tłuszczowo-powieziowe oraz mięśniowo-skórne [11]. Pozwala to na szerokie wykorzystanie płata w uzupełnieniu rozległych ubytków różnych struktur anatomicznych w obrębie głowy i szyi (Tab. 1). Płat przednio-boczny uda najczęściej stosowany jest krajach strefy

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3171815>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3171815>

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