



# Реконструкция след масивни туморни ексцизии в областта на главата и шията с помощта на миокутанно ламбо от големия гръден мускул

Д. Пазарджиклиев<sup>1</sup>, А. Бакатинаки<sup>1</sup>, Ив. Камишев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника по ушни, носни и гърлени болести,  
УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив

<sup>2</sup>Клиника по анестезиология, реанимация и интензивно лечение,  
УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив

## Abstract:

There is a wide range of options in the reconstruction of the anatomically, functionally and cosmetically challenging region of head and neck. The pectoralis major flap has proven its reliability and versatility. We present our personal experience with this flap.

## Резюме:

В реконструкцията на комплицирана от анатоомофизиологична и козметична точка област на главата и шията се използва голямо разнообразие от педикулизирани и свободни ламба. Миокутанното ламбо от големия гръден мускул е доказало своята надеждност и многостранна приложимост. Представяме собствения си опит и дискутираме предимствата и недостатъците на този реконструктивен метод.

## Въведение

Хирургичното лечение на туморите на главата и шията е печално известно с тежките функционални дефицити, с които е неизменно свързано.

Поради тази причина онкохирургът на глава и шия трябва да е запознат с постулатите и да владее похватите не само за отстраняване на тумора, но възможностите за реконструкция.

Миокутанното ламбо от големия гръден мускул години наред е основното оръжие в арсенала от реконструктивни техники в областта на главата и шията. За първи път това ламбо е описано от Hueston през 1968 г., а в реконструкцията на дефекти на главата и шията е използвано от Augier през 1979 г.<sup>1, 2</sup> То се прилага и в България.<sup>3</sup> Подходящо е за реконструкция на пълни фарингеални дефекти, латералната повърхност на черепа (темпорално), кожата на шията, не циркумферентни езофагеални дефекти и дефекти на мандибулата. Може да бъде средство на избор за реконструкция на смесени дефекти в задната част на мандибулата, заместване на езика при тотална глосектомия и големи дефекти на корена на езика. Трудно приема формата на тръба, поради което според някои не е подходящо за реконструкция на дефекти на хранопровода. В такива случаи е докладвано формирането на стриктури и непреодолима дисфагия.<sup>4</sup>

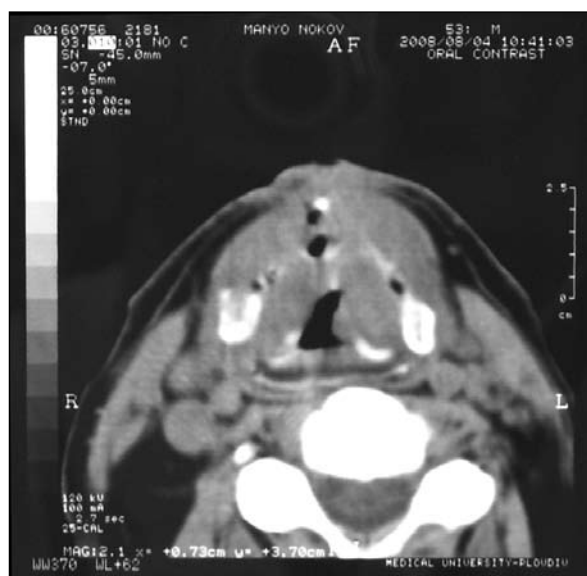
Предимствата на това ламбо са, че достига повечето места на главата и шията, които изискват тъкан с

подобно качество и размер, донорното място може да бъде скрито под дрехите и липсата на мускула е поносимо. От голямо значение е, че кръвоснабдяването му е много надеждно и устойчиво. В настоящата публикация представяме собствения си, макар и скромнен опит с това ламбо.

### Случай 1

Касае се за пациент с карцином на ларинкса, който разрушава щитовидния хрущял, инфилтрира преларингеалните тъкани и се отваря на кожата на шията, по този начин формирайки ларингокутанна

фистула (Фиг. 1). Пациентът претърпя ларингектомия в моноблок с двустранна селективна латерална дисекция (Фиг. 2), като в този единен препарат бе включена и кожата, чийто дефицит не бе възможно да се компенсира посредством подкопаване и авансиране и се наложи да се използва ламбо от големия гръден мускул (Фиг. 3). Конците бяха свалени на 8-мия ден, без да се наблюдават усложнения. Проведена бе постоперативна лъчетерапия и една година постоперативно пациентът е без данни за заболяване.



Фиг. 1. Карцином на ларинкса с пробив и инфилтрация на преларингеалните тъкани.



Фиг. 2. En block ларингектомия с двустранна селективна латерална дисекция.



Фиг. 3. Трети постоперативен ден с витално ламбо на мястото на кожата дефект в средата на шията.

### Случай 2

Касае се за пациент с авансирал T4 карцином на езика, най-вероятно започнал от левия фланг, но прораснал инвазивно субмукозно и инфилтрирал дълбоките мускули на езика, а вляво прораснал и към корена на езика. Пациентът се представи с болки в езика, дизартрия, foetor ex ore и срединно разположена по гърба на езика фистула, от която изтичаха некротични материи. Извършена беше двустранна супрахиoidна дисекция, тотална глосектомия посредством срединна мандибулотомия и реконструкция с ламбо от големия гръден мускул (Фиг. 4 и 5). Не се наблюдаваха усложнения с изключение на частична некроза на кожата в дисталния край на ламбото, което не бе значимо. Конците бяха свалени на 10-я ден, пациентът бе



деканюлиран, но за момента не е възстановил перорално хранене (Фиг. 6).



**Фиг. 4.** Тотална глосектомия – интраоперативно. \* – епиглотис



**Фиг. 5.** Оформено и ротирано до мястото на глосектомията ламбо от големия гръден мускул



**Фиг. 6.** Реконструкция след тотална глосектомия 3 месеца постоперативно

## Дискусия

В световната практика възприемането на определен лечебен подход при карциномите на главата и шията е резултат от взаимодействието на екип от специалисти, включващ: отоларинголог, лъчетерапевт, хиомиотерапевт, пластичен хирург, анестезиолог и от друга страна – пациента с неговия обективен здравен статус, желаниа и очаквания.

Този екипен подход позволи през последните 2 десетилетия свободните микроваскуларни ламба да станат предпочитан метод за реконструкция, тъй като те подлежат на свободно оформяне и конфигурация и могат да се използват за големи триизмерни дефекти.<sup>5</sup> За прилагането на тези ламба обаче са необходими специализирани хирургични умения, специализиран и скъп инструментариум и значителни постоперативни грижи. Тези изисквания не винаги са налице, особено в България. Себестойността на микроваскуларните реконструкции също е от значение и е дискутирана в световната литература.<sup>6</sup> Tsue и сътр. съобщават, че функционалните резултати са по-добри, а усложненията по-редки, отколкото при мускулнокутанните педикулизираны ламба, но цената е по-висока.<sup>7</sup>

Миокутанното ламбо от големия гръден мускул е значителен напредък в историята на реконструктивната хирургия на главата и шията. Главните му предимства са, че то е близко до областта на главата и шията, възможно е използването на голям обем добре васкулизираны тъкани за покриване на лигавични и кожни дефекти от основата на шията до лицето, незначителния морбилитет на донорното място и възможността за извършване на реконструкцията на един етап с туморната резекция и от същия хирургичен екип.<sup>8,9</sup>

С овладяването на хирургичната техника на този реконструктивен метод обемът на резекцията за нас рядко е противопоказание за хирургично лечение. Въпреки това от изключително значение са, от една страна, мотивацията на пациента и от друга – общото му състояние с оглед на възможността да се подложи на продължителна оперативна интервенция. И в двата случая операцията продължи повече от 6 часа. От тази гледна точка кооперацията с анестезиологичния екип е от голямо значение не само за съставяне плана на оперативната намеса, но и на анестезиологичния план и подготовка на болния за постигане на по-добри резултати и бързо следоперативно възстановяване. Всеки случай се обсъжда, назначават се лабораторни, образни изследвания и консултации с други специалисти (пулмолог, кардиолог и т.н.).

След подготовката на болния се осъществява ранна и късна премедикация. При продължителни операции се осъществява разширен мониторинг – болният се седира, канюлират се една или две широки периферни вени (при необходимост ЦВК), катетризира се, поставя се мониторна ЕКГ, пулс-оксиметрия, а след увода анестезия и CO<sub>2</sub>. Имаме добър опит с обща балансирана анестезия със Sevoran на нисък поток; релаксацията се осъществява с Arduan или Trastium, като при последния резултатите са по-добри за следоперативното възстановяване на мускулната сила и е предпочитан. В следоперативния период назначената от оператора терапия се допълва от препоръки за обезболяване (НСПВС + опиоидни аналгетици), прецизен енергиен баланс (осъществен чрез формули за ентерално хранене – Frisubin, не лоши резултати също и с Nutrical) и контрол на инфузионната терапия (за избягване на разстройствата във водноелектролитния баланс и обременяването на ССС след продължителната

интервенция). Така положените усилия на екипа, съчетани с ранното раздвижване и рехабилитация на болния, водят до добри резултати, ранна дехоспитализация. В съображение в бъдеще да се използва контролирана хипотензия, както при други интервенции в областта на ОРЛ, за осигуряване на чисто оперативно поле и намаляване на кръвозагубата и ненужното последващо обременяване на болния с биопродукти.

## Заклучение

Мускулно-кожното ламбо от големия гръден мускул е надеждно средство за затваряне на големи дефекти в областта на главата и шията, донорното място е близо до оперативното поле, липсата на необходимост от съдови анастомози не налага включването на втори екип от пластични хирурзи и то може да бъде изпълнено от УНГ хирурга, който извършва и туморната резекция.

## Литература:

- 1 Hueston JT, McConchie IH A compound pectoral flap Aust NZ J Surg 1968; 38: 61
- 2 Ariyan S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the head and neck. Plast Reconstr Surg 1979; 63: 73-81.
- 3 Начев
- 4 Dolan RW Regional and free flaps In Facial Plastic, Reconstructive, and Trauma Surgery Marcel Dekker Inc. 2003; 239-240
- 5 Schusterman MA, Miller MJ, Reece GP et al. A single center's experience with 308 free flaps for repair of head and neck cancer defects Plastic Reconstr Surg 1994; 93: 472-478
- 6 Kroll SS, Evans GRD, Goldberg D et al. A comparison of resource costs for head and neck reconstruction with free and pectoralis major flaps Plastic Reconstr Surg 1997; 99: 1282-1286
- 7 Tsue TT, Desyatnikova SS, Deleyiannis FWB et al. Comparison of cost and function in reconstruction of the posterior oral cavity and oropharynx – free vs pedicled soft tissue transfer Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1997; 123: 731-737
- 8 Magee WP Jr, McCraw JB, Horton CE, McInnis WD Pectoralis “paddle” myocutaneous flaps: the workhorse of head and neck reconstruction Am J Surg 1980; 140: 507-513
- 9 Schuller DE Pectoralis myocutaneous flap in head and neck cancer reconstruction Arch Otolaryngol 1983; 109: 185-189

