

Buccalis lebeny alkalmazása oropharyngealis szövetpótlásra

Oberna Ferenc¹, Réthy Ágnes¹, Takácsi Nagy Zoltán², Pólus Károly¹, Kásler Miklós¹

¹Országos Onkológiai Intézet Fej-, Nyak-, Állcsont és Rekonstrukciós Sebészeti Osztály,
²Sugarterápiás Osztály, Budapest

Cél: A hátsó szájüreg és oldalsó garatfal kisebb és közepes méretű daganatainak eltávolítását követő egyszerű és megbízható, funkcionális helyreállító sebészeti módszer bevezetése. Módszer: Ismertetésre kerülő eseteinkben tonsillolinguális elhelyezkedésű daganat kezeléseként primeren, illetve sugárkezelés utáni recidíva miatt mandibulahasításos műtétet végeztünk. A keletkezett lágyrész szövethiányának pótlására, egy korábban leírt helyreállító sebészeti módszert egyszerűsítve, proximalisan nyelezett random vérellátású buccalis lebenyt alkalmaztunk. A donorhelyet primeren illetve részlegesen zártuk. Eredmények: A lebeny beépülése mindkét esetben zavartalan keringési viszonyok mellett következett be, ezzel megteremtve a korai funkcionális rehabilitáció és a posztoperatív sugárkezelés lehetőségét. Következtetések: Megfelelő indikációval és technikával alkalmazva, a hazai gyakorlatban kevésbé ismert egyszerű, megbízható és megfelelő funkcionális eredményt adó eljárást hasznosan egészítheti ki a terület rekonstrukciós sebészeti fegyvertárát. *Magyar Onkológia* 45:173-175, 2001

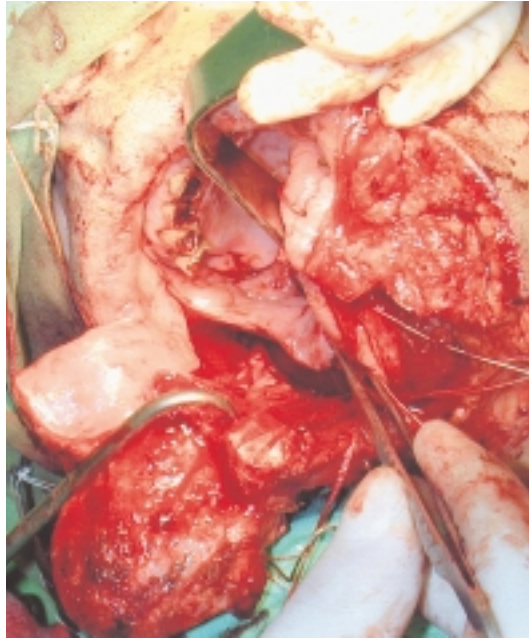
Aim: Introduction of a safe and reliable method for reconstruction of soft tissue defects after excision of T1-T2 and borderline carcinomas of the posterior part of the oral cavity and mesopharynx. Method: Operation of two male patients suffering from tonsillolinguual carcinoma, one with recurrent tumour after irradiation, the other with untreated primary and neck metastasis. After excision of the tumour with mandibular splitting method only a random buccal transposition flap was applied for reconstruction. The flap was adapted anatomically into the defect. It is a modification of previously described methods. Results: Both patients healed primarily with undisturbed blood circulation of the flap. The functional rehabilitation period was short, the flap tolerated the postoperative irradiation, a moderate trismus remained after completion of the treatment, but it was not attributable to the flap. Conclusion: The use of the single buccal transposition flap for reconstruction of smaller defects of the posterior part of the oral cavity seems to be a simple, reliable and safe method even after irradiation. The key of the acceptable functional results is the correct adaptation of the flap. *Oberna F, Réthy Á, Takácsi Nagy Z, Pólus K, Kásler M, Buccal flap reconstruction of oropharyngeal defects. Hungarian Oncology, 45:173-175, 2001*



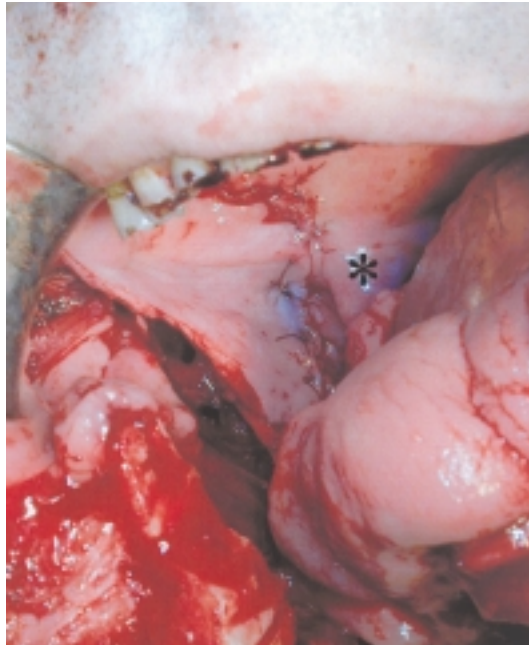
Közlésre érkezett: 2001. február 30.
Elfogadva: 2001. június 10.

Levelezési cím: Dr. Oberna Ferenc, Országos Onkológiai Intézet
Fej-, Nyak-, Állcsont és Rekonstrukciós Sebészeti Osztály, 1122. Budapest, Ráth György u. 7-9.
Tel: 224-8600, Fax: 224-8620, E-mail: obi@oncol.hu

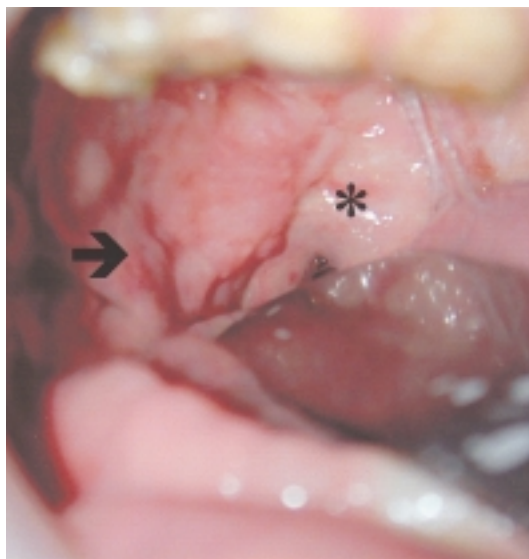
1. ábra. Jobboldali tonsillolingualis-lágyszájpad tumor eltávolítása utáni műtéti szituáció, az előemelt buccalis lebennnyel. A megnyitott mandibula horoggal feltárva



2. ábra. Részlegesen rögzített, lágyszájpad-mellső garatív-retromolaris területre transzpozíciós buccalis lebennyel. Az uvula *-gal jelölve



3. ábra. A mellső garatív, lágyszájpad területére beépült lebennyel. Az uvula *-gal jelölve



Bevezetés

A szájüregi daganatok közel 10%-a helyezkedik el a szájüreg hátsó részében az oropharyngealis háttérterületen. Műtéti kezeléskor, figyelembe véve a szükséges biztonsági zónákat komplex lágyszájpad és kompozit defektusok keletkeznek, amelyek magukban foglalhatják a retromolaris területet, a mellső garatívet, a lágyszájpad egy részét, a lateralis garatfalat, a hátsó szájfeneket és a nyelvtest-nyelvgyök átmeneti részét. A szövethiány nagysága, minősége, alapja, a funkcionális területek érintettsége szerint számos helyreállító sebészeti módszer kínálkozik (3): primer zárás, szekunder hámosodás, félvastag bőrátültetés (1), lokális lebennyel, bőrlebennyel (8), myocutan lebennyel (2), szabadlebennyel (9).

Ha a helyreállító sebészeti eljárás kiválasztásakor figyelembe vesszük, hogy a megfelelő funkcionális eredményt adó legegyszerűbb módszer a legjobb választás, a felmerülő számos szempont mérlegelésével minden egyes metódus a megfelelő indikációs körében elhelyezhető. A lokális masseter lebennyel (4, 10, 11) után bevezetett masseter-bucca transzpozíciós lebennyel kombinációját (6, 8, 9) módosítottuk. A buccalis transzpozíciós lebennyel önállóan alkalmaztuk T1-T2 méretű, mellső garatív, lágyszájpad, nyelvgyök laterális szélére lokalizáló daganatok eltávolítását követően.

Operatív technika

A mucosa-submucosa lebennyel preparálása a keletkezett defektus szélénél kezdődik. A külső alsó vestibularis áthajlásban vezetett metszést a kívánt nagyságnak megfelelően akár a 2. metszőfogig is vezethetjük. Az ajak belső felszínére visszafordulva a szájzugtól lateralisan haladunk a felső áthajlás praemolaris területéig. A lebennyel felemelését a m. buccinatorius felett végezzük. Az izom operatív sérülése posztoperatív hegesséssel és következményes szájnyitási korlátozottsággal járhat. Nagyobb méretű lebennyel preparálása esetén a parotis kivezetőnyílását is felemeljük, a lebennyel együtt 100-130 fokban rotáljuk. A ductust a sérülés elkerülésére a könnyebb preparálás érdekében szondázhatjuk. A donorhelyet egy rétegben teljesen vagy részlegesen zárjuk. Az izom alapú szövethiány gyorsan újrահamosodik.

Beteganyag, esetismertetés

1. eset

Az 55 éves generalizált érszűkületes beteg T2N2bM0 bal oldali lágyszájpad területet infiltráló tonsillolingualis elhelyezkedésű daganattal került felvételre. Kezelésekor kísérőbetegségei miatt a műtéti idő redukciója fontos szempontként merült fel. Módosított (accessorius megtartásos) radikális nyaki blokkdiszekció után a primer tumort ajak-, állcsonthasítással távolítottuk el. A nyelvgyököt elérő, mellső garatívet és a pterygoideus medialisist valamint a lateralis garatnyálkahártya egy részét magába foglaló szövethiányt 6x3 cm-es 110 fokban elforgatott buccalis nyálka-

hártya transzpozíciós lebennyel pótoltuk. A donorhelyet 95%-ban primeren zártuk.

Minilemezes osteosynthesist és sebzárást követően tracheostomás védelemben a jó keringésű lebeny beépült. A nasogastricus tápszondát a 11. napon eltávolítottuk. Multiplex nyaki nyirokcsomók és a nyelvgyöki terjedés miatt 50 Gy TeCo posztoperatív irradiációs kezelésben részesült, amely lebenyrekstrukcióval kapcsolatos intraoralis szövődményt nem okozott. Posztoperatív kialakult részleges szájjára fokozatosan oldódott.

2. eset

A 49 éves férfit 3 éve történt 60 Gy TeCo besugárzását követően ryT2N0M0, recidív mesopharynx-daganat miatt került operatív kezelésre. A jobb oldali tonsillolinguális áthajlásban persistáló daganat csontos invázióját preoperatív kivizsgálással kizártuk (MRI, CT). Korlátozott kiterjesztésű nyaki blokkdisszekció után ajak- és állcsontthasítást követően a tumort 1,5 cm-es ép széllel távolítottuk el. A pterygoideus medialis izomzata részleges reszekcióra került, a lágyszájpad szövethiány az uvulát 1,5 cm-re közelítette meg. A defektus pótlására proximalisan nyelezett random vérellátású buccalis nyálkahártyalebenyt használtunk. A nyélszélesség 3 cm-es volt, a lebenyt szájjugig preparáltuk. (1. ábra), majd 90 fokos transzpozíció után adaptáltuk (2. ábra), csúcsa a részlegesen reszekált nyelvgyökre került, az íves metszésvezetés miatt beforgatott része a seb szélek minimális mobilizálását követően a lágyszájpadot pótolta.

Az eredeti anatómiai forma restitúciója okán a lebenyt a garatizomzathoz és a pterygoideus medialis alsó maradék csontjához horgonyoztuk le. A donorhelyet 90%-ban primeren zárni tudtuk, a maradék terület per secundam gyógyuló alapját a musculus buccinatorius adta. A minilemezes osteosynthesist és a többrétegű sebzárást követő posztoperatív nasogastricus szondatáplálás mellett primer sebgyógyulás következett be. A beteg a 10. naptól komolyabb funkcionális panaszok nélkül, peroralisan táplálkozott. Mérsékelt szájjár (szájnýtás 3 cm) mellett 1 év után is panasz- és tumormentes.

Megbeszélés

Amennyiben kisebb méretű, hátsó szájüregi és oropharyngealis laterális elhelyezkedésű daganatokat kompozit reszekció nélkül távolítunk el, és funkcionális következmények figyelembevételével a hiány nagysága miatt a primer sebzés nem megoldható, a szövethiány pótlására számos lehetőség kínálkozik. A beteg életminőségének, elő- és utókezelésének figyelembevételével azonban az egyes módszerek kizárólagos alkalmazásával kapcsolatban relatív kontraindikációk merülhetnek fel.

A besugárzott területre, különösen, ha csont marad lágyszájborítás nélkül, a félvastag bőrátül-

tetés nem megfelelő. Primer műtét utáni helyreállító sebészeti módszerként alkalmazva, ha a defektus a garatfalra és a mellő garatívra is ráterjed, rögzítési nehézségek miatt csak részleges megtapadása várható. Ennek következményeként a sebgyógyulás elhúzódhat, a posztoperatív sugárterápia halasztására kényszerülünk.

A pectoralis myocutan lebeny, amennyiben az angulus mandibulae megtartásra kerül, vastagsága miatt általában nem megfelelő.

Fasciocutan szabadlebeny helyett a rizikócsoportba tartozó betegeknél egyszerűbb, műtéti időt rövidítő megoldásra van szükség.

Lokális lebenyek közül a nyelvgyök felé nyelezett nyelvlebeny funkcionálisan hátrányos következményekkel járhat.

Az alul és a felül nyelezett masseter „cross-over” lebeny izomfelszínét is transzplantálnunk kell vagy szekunder hámosodik (11).

A kellően széles alapú transzpozíciós random vérellátású buccalebeny azonban megfelelő lehorgonyzás mellett egymagában is elegendő lehet a hátsó szájüregi, tonsillolinguális rekonstrukcióra, szabaddá vált csontfelszín lefedésére. Előzetes sugárkezelés kisebb forgatás esetén nem feltétlenül kontraindikáció (5). Egyszerű, gyors, biztonságos módszer, amely megfelelő indikációval a modern helyreállító sebészeti módszerek között is használható.

Irodalom

1. Alvi A, Myers EN. Skin graft reconstruction of the composite resection defect. *Head Neck* 18:538-544, 1996
2. Arian SM. The pectoralis major myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 63:73-81, 1979
3. Glenn MG, Komisar A, Laramore GE. Cost benefit management decisions for carcinoma of the retromolar trigone. *Head Neck* 17:419-24, 1995
4. Langdon JD. The masseter muscle cross-over flap a versatile flap for reconstruction in the oral cavity. *Br J Oral Maxillofacial Surg* 27:124-131, 1989
5. Maier H, Zoller J. Combination of velopharyngoplasty and transposition flap of buccal mucosa for primary reconstruction of the soft palate. *HNO* 40:306-309, 1992
6. Maier H, Zoller J, Tiwari RM. Masseter muscle flaps and buccal mucosa transposition flaps in the reconstruction of the dorsal oral cavity and the oropharynx. *Laryngorhinootologie* 70:538-41, 1991
7. Marinho LH, Shanahan DA, Langdon JD, et al. The inferiorly based masseter muscle flap: anatomical basis for its use in head and neck reconstructive surgery. *Int J Oral Maxillofacial Surg* 20:100-1005, 1991
8. McGregor IA. The temporal flap in intraoral cancer: Its use in repairing the post excision defect. *Br J Plast Surg* 16:318-335, 1963
9. Southar DS, McGregor IA. The radial forearm flap in oromandibular reconstruction: The experience of 60 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 78:1-8, 1986
10. Tiwari RM, Snow GB. Role of masseter cross over flap in oropharyngeal reconstruction. *J Laryngol Otol* 103:298-301, 1989
11. Tiwari RM. Masseter muscle cross-over flap in primary closure of oral-oropharyngeal defects. *J Laryngol Otol* 101:172-178, 1987
12. Zoller J, Maier H. Combined masseter and buccal mucosa transposition flap. Primary reconstruction of posterior oral cavity. *Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir* 15:410-414, 1991