

Jan Frańczak, Paweł Pakla, Robert Brodowski, Bogumił Lewandowski

**Sposoby rekonstrukcji tkanek
po rozległych resekcjach
raków głowy i szyi**

Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Kliniczny Szpital Wojewódzki im. F. Chopina w Rzeszowie

Wybór metody leczenia

- Rozpoznanie histologiczne
- Stopień zaawansowania klinicznego (Stage)
- Stopień zróżnicowania nowotworu (Grade)
- Umiejscowienie nowotworu
- Choroby współistniejące
- Stopień sprawności i stan odżywienia chorego
- Zgoda chorego
- Doświadczenie ośrodka

Leczenie nowotworów głowy i szyi

- 30 - 40% chorych w I-II stopniu zaawansowania choroby – leczenie chirurgiczne lub radioterapia - wyniki porównywalne
- **60% chorych – leczenie skojarzone**
- Chorzy w IV stopniu zaawansowania – leczenie ustalane indywidualnie

Leczenie chirurgiczne

- Radykalność histologiczna (resekcja R0)
- >5mm - radykalnie
- 5 – 1mm - wąski margines
- <1mm - nieradykalnie (resekcja R1)

Leczenie chirurgiczne

- resekcja z klinicznie makroskopowym 1,5 cm marginesem zdrowych tkanek
- zmniejszenie objętości preparatu w formalinie 30-60%

Historia

- W 1965 roku Bakamijan jako pierwszy opisał płat naramiennie-piersiowy
- W 1973 roku Daniel i Taylor opisali pierwszy wolny unaczyniony przeszczep tkanek
- W 1976 roku opisano pierwsze wolne unaczynione płaty do rekonstrukcji jamy ustnej

Historia cd:

- W 1979 roku Ariyan opisał uszypułowany płat z mięśnia piersiowego większego
- Od początku lat 80 nastąpił rozkwit technik i płatów mikrochirurgicznych

Płat naramiennieo-piersiowy

Typ płata:

skórno-powięziowy

Granice preparacji

górna: długość obojczyka

dolna: środkowa część mięśnia piersiowego większego

przyśrodkowa: boczna granica mostka

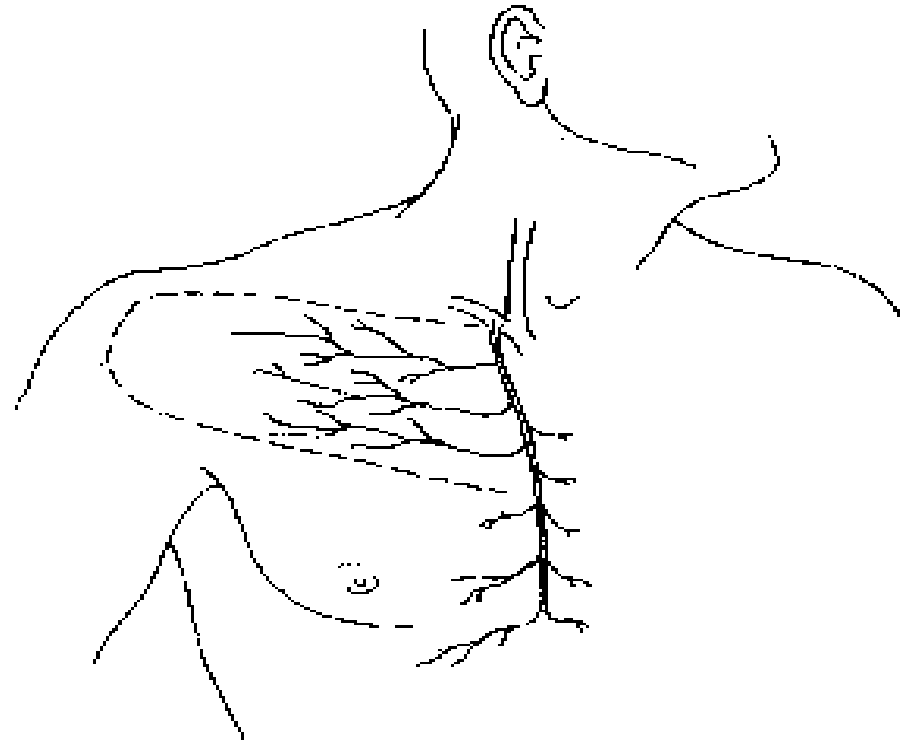
boczna: mięsień naramienny



Płat naramiennieo-piersiowy cd:

Unaczynienie płata:

- tętnice międzyżebrowe od 2 do 4 odchodzące od tętnicy piersiowej wewnętrznej
- unaczynienie osiowe w centralnej części płata



Plat naramiennieo-piersiowy

Wskazania:

- Pokrycie przetoki gardłowo-skórnej
- Rekonstrukcje dużych ubytków skóry



Płat naramiennie piersiowy

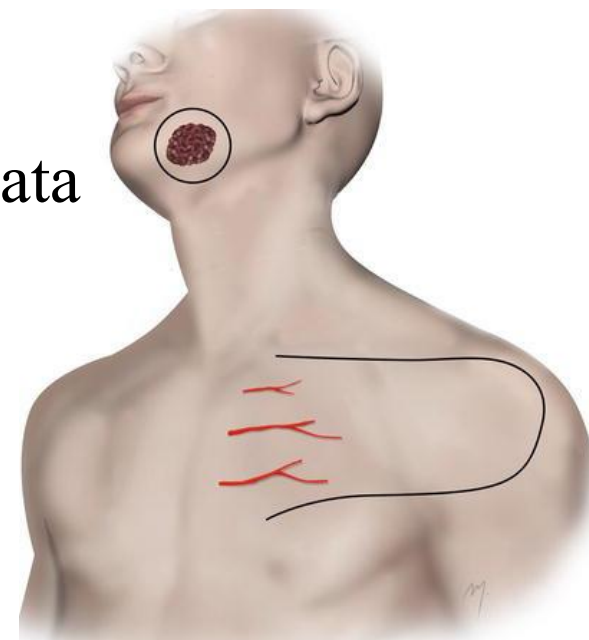
Przeciwwskazania:

- Przebyte zabiegi lub urazy klatki piersiowej
(bypass, rozrusznik serca, mastektomia)

Płat naramiennieo-piersiowy

Następstwa zabiegu:

- Duża blizna na skórze szyi i klatki piersiowej
- Konieczność wykonania dodatkowych przeszczepów skóry
- Możliwa martwica dystalnej części płata



Płat naramiennie-piersiowy

Zalety

- kolor i tekstura najlepiej odpowiadają skórze twarzy
- płat może odbudować ubytki aż do łuku jarzmowego
- cieńszy niż płat piersiowy

Wady

- wymaga postępowania dwuetapowego
- pozostawia dużą bliznę w miejscu dawczym

Prezentacja przypadku

Chory w wieku 74 lat

Wielogniskowy rak płaskonabłonkowy skóry twarzy

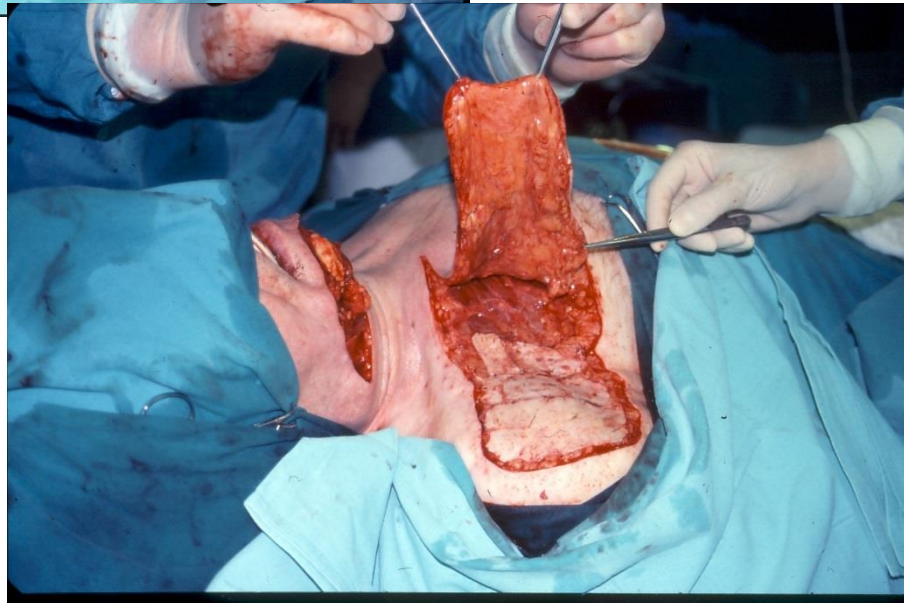


Prezentacja przypadku cd:

Stan po wycięciu wieloogniskowego raka płaskonabłonkowego lewego policzka. Ubytek tkanek zrekonstruowany płatem wyspowym uszypułowanym podskórnie



Prezentacja przypadku cd:



Prezentacja przypadku cd:



Prezentacja przypadku cd:



Płat piersiowy

- Typ płata: mięśniowo-skórny
- Granice preparacji:

górna: środkowa część obojczyka

dolna: chrzęstna część 6-7 żebra

przyśrodkowa: boczna granica mostka

boczna: proksymalny koniec kości ramiennej

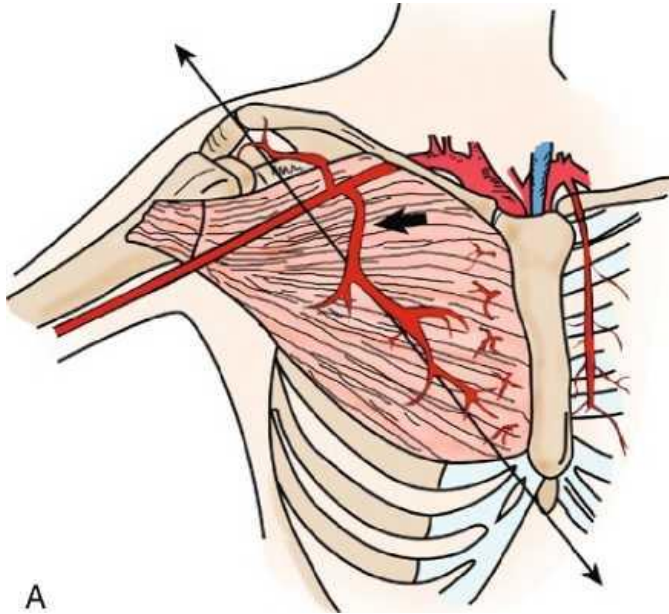
Płat piersiowy cd:

- Unerwienie
 - nerw piersiowy boczny
 - nerw piersiowy przyśrodkowy

Płat piersiowy cd:

Unaczynienie główne:

- piersiowa gałąź tętnicy piersiowo-barkowej



Unaczynienie dodatkowe:

- tętnica piersiowa boczna
- piersiowe gałęzie tętnic międzyżebrowych

Płat piersiowy

- **Zalety**

1. Jednoczasowa rekonstrukcja
2. Nieduża ilość powikłań w miejscu dawczym.
Łatwy do wypreparowania
3. Duży płat z silnym ukrwieniem osiowym
4. Duża wyspa skórna
5. Maksymalne wydłużenie i przemieszczenie płata aż do bocznego kąta oka
6. Ochrona dla odsłoniętej tętnicy szyjnej
7. Estetycznie akceptowalny
8. Możliwość zastosowania równocześnie innych okolicznych płatów

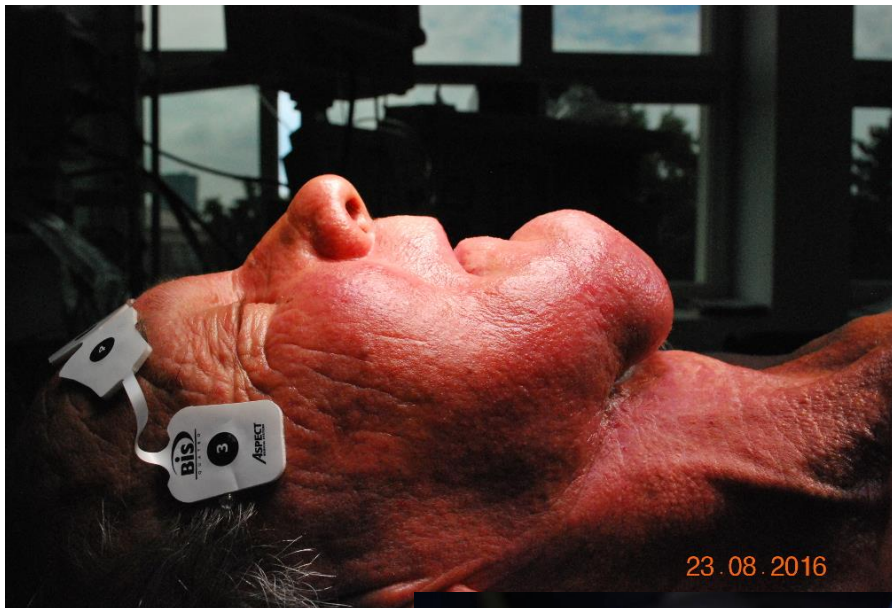
Płat piersiowy

- Wady
 1. Skórna część płata może mieć włosy
 2. Kolor inny niż skóra twarzy
 3. Pooperacyjne blizny oraz zdeformowanie klatki piersiowej i piersi u kobiet
 4. Przenoszony duży fragment tkanek (często estetycznie albo funkcjonalnie nie do zaakceptowania)
 5. Utrata funkcji oddechowej (szczególnie przy równoczesnym uszkodzeniu n. XI)

Prezentacja przypadku

- Pacjent w wieku 65 lat
- Wznowa raka płaskonabłonkowego G3 dna jamy ustnej T4N0M0
- Stan po wycięciu raka płaskonabłonkowego G2 dna jamy ustnej T3N0M0 (03.2015)
- Stan po radioterapii raka krtani (2006)

Prezentacja przypadku



Prezentacja przypadku



Prezentacja przypadku



Płat z przedramienia

- Przedstawiony w roku 1976 przez Goufana w Chinach
- Pod koniec lat 90 płat z przedramienia stał się najczęściej używanym w rekonstrukcjach jamy ustnej
- Przeżywalność na poziomie 90% w początkowych latach aktualnie około 95%

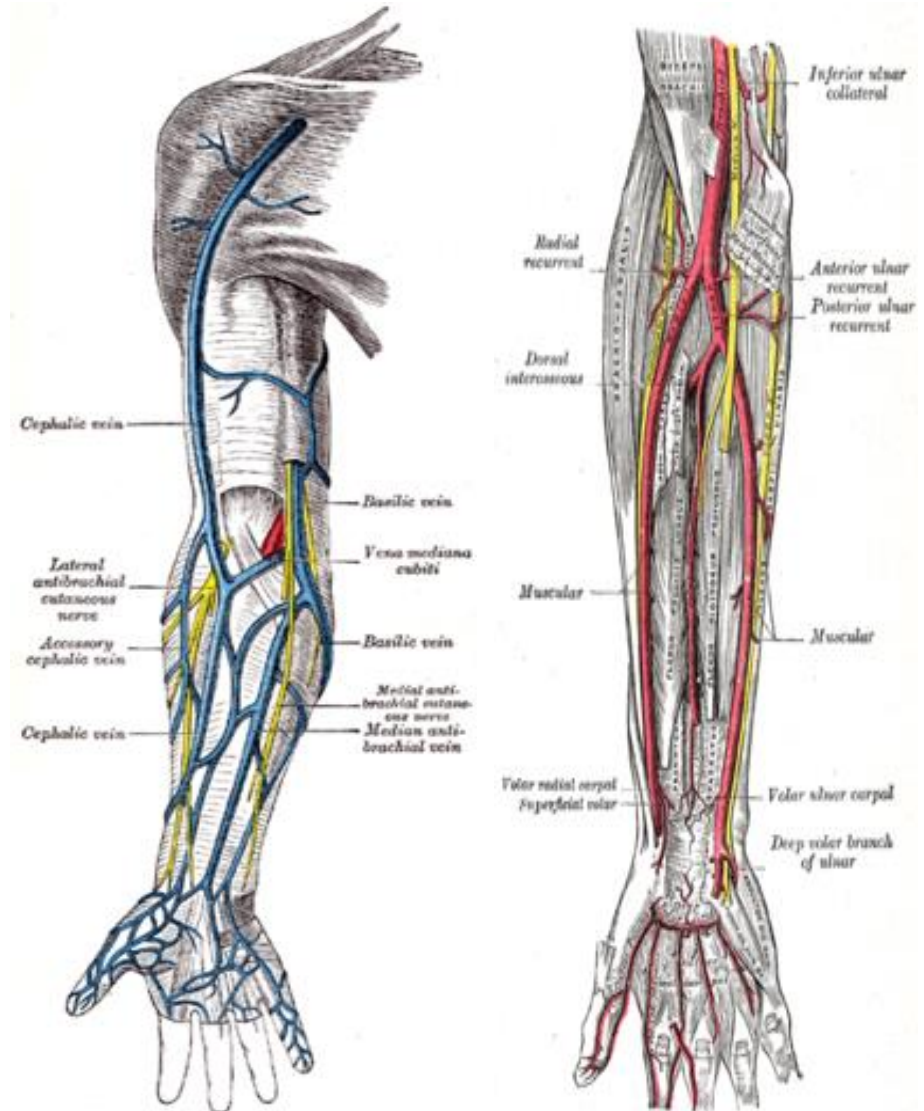
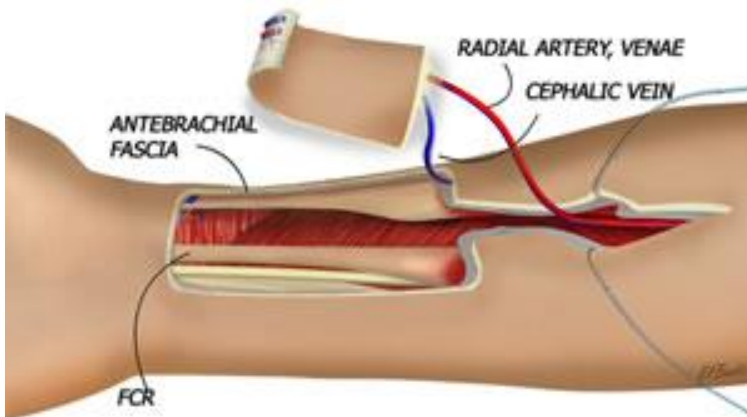
Płat z przedramienia

1. Unaczynienie tętnicze

- Tętnica promieniowa

2. Unaczynienie żyłne

- Dwie żyły biegnące wspólnie z tętnicą promieniową
- Żyła odpromieniowa



Płat z przedramienia

- **Zalety**

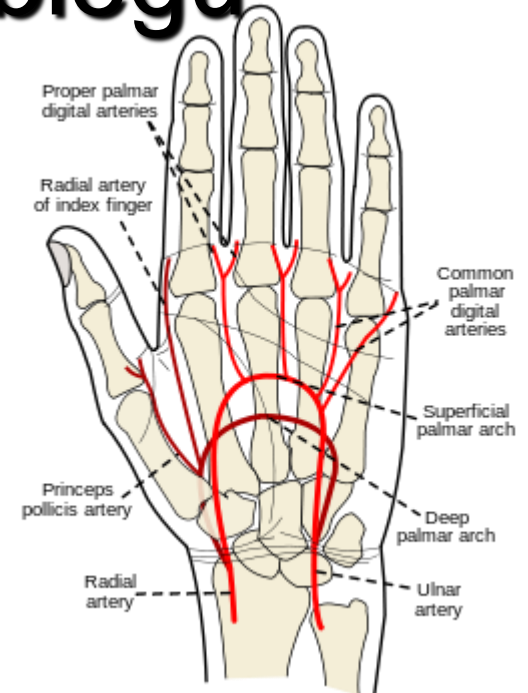
- Cienka skóra
- Długa szypuła naczyniowa
- Potencjalne unerwienie płata
- Możliwość pobrania ze ścięgnem, mięśniem lub kością
- Łatwe przygotowanie do zabiegu

- **Wady**

- Częściowa utrata funkcji ręki
- Zły wynik estetyczny w miejscu dawczym
- Wymaga przeszczepu skóry
- Możliwość złamań patologicznych
- Możliwość utraty ręki w przypadku złej oceny przedzabiegowej unaczynienia

Płat z przedramienia - przygotowanie do zabiegu

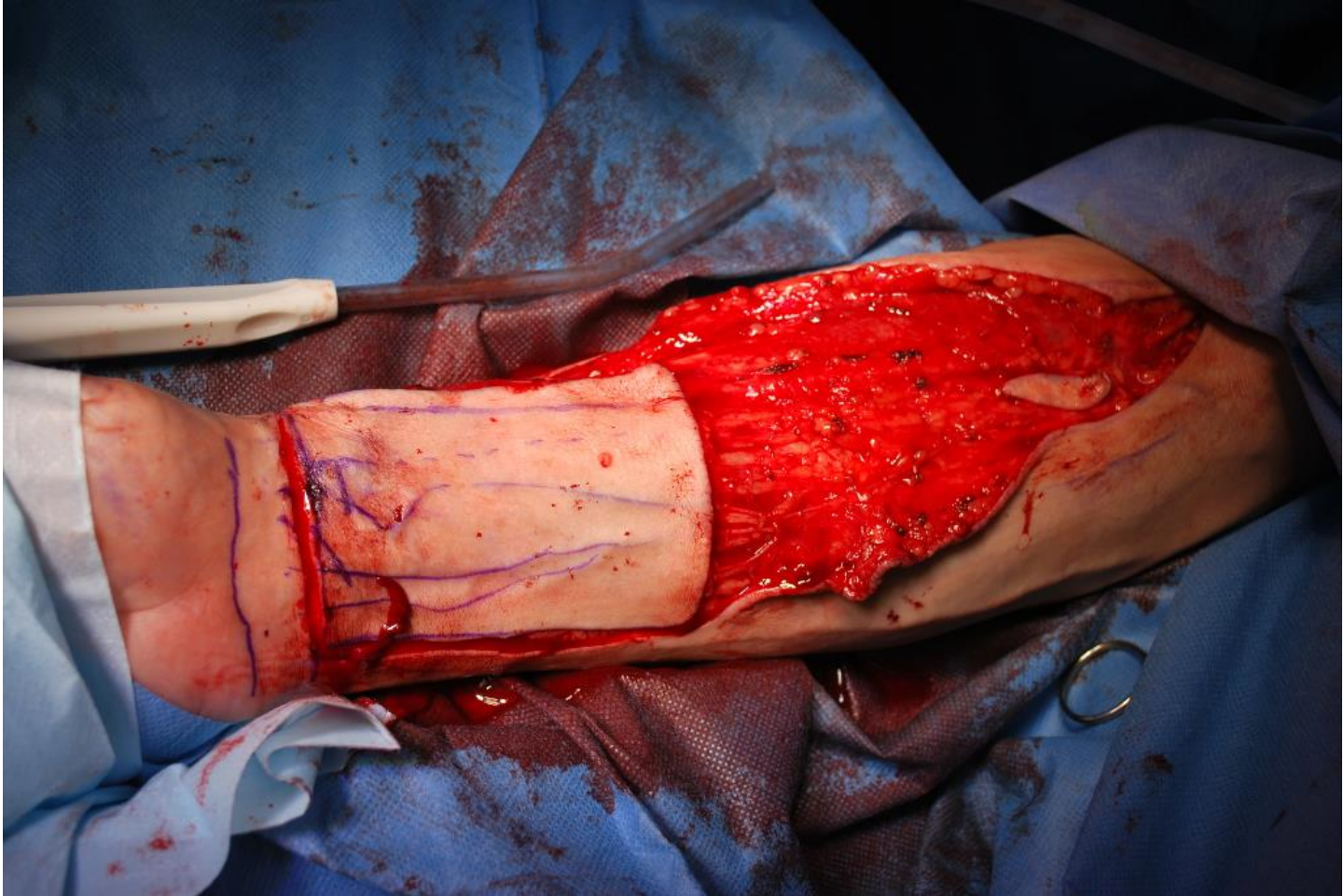
- Niedominująca ręka
- Brak wkłuć w dawczej kończynie
- Test Allena
- Unieruchomienie kończyny dawczej



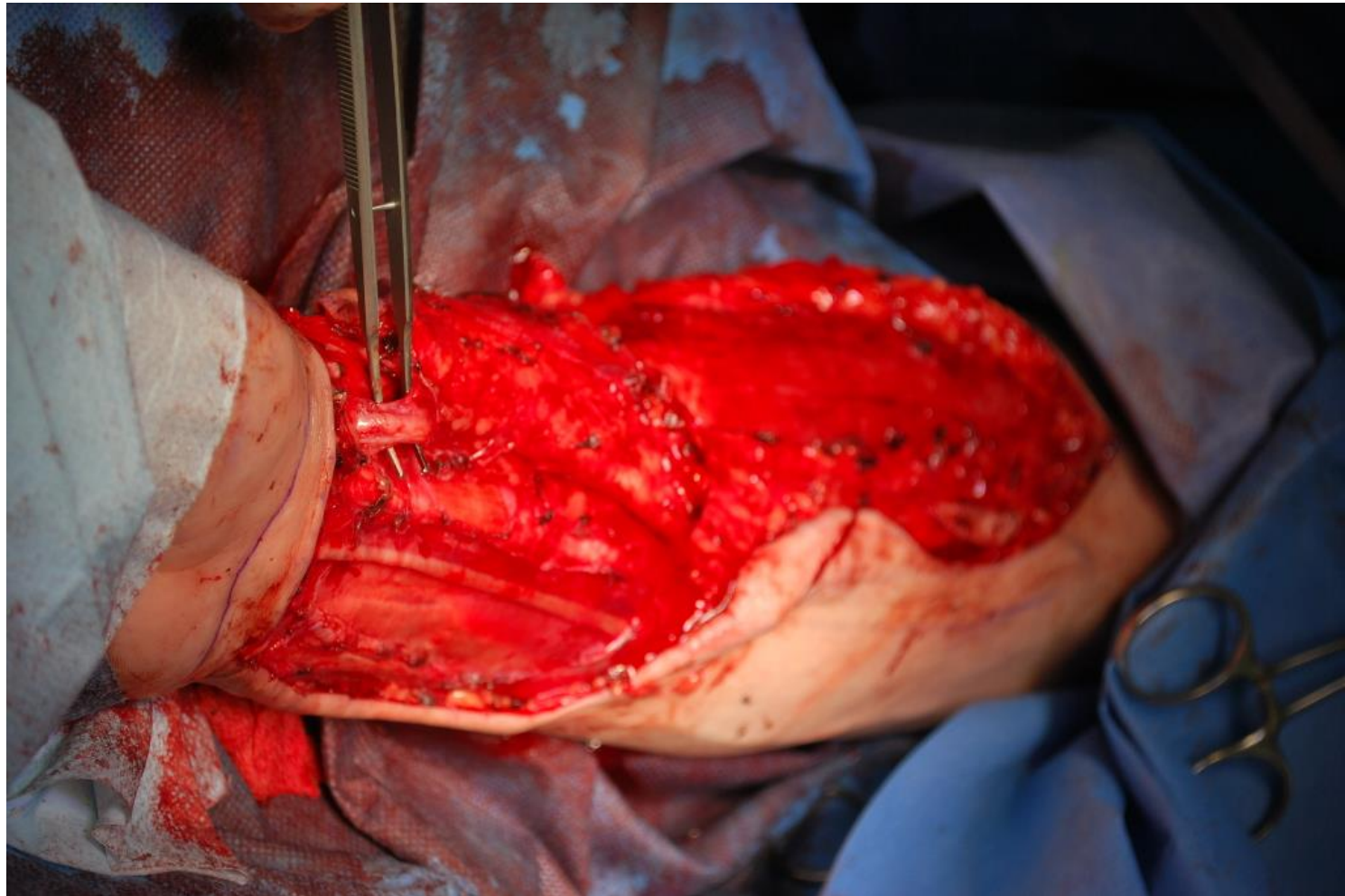
Płat z przedramienia



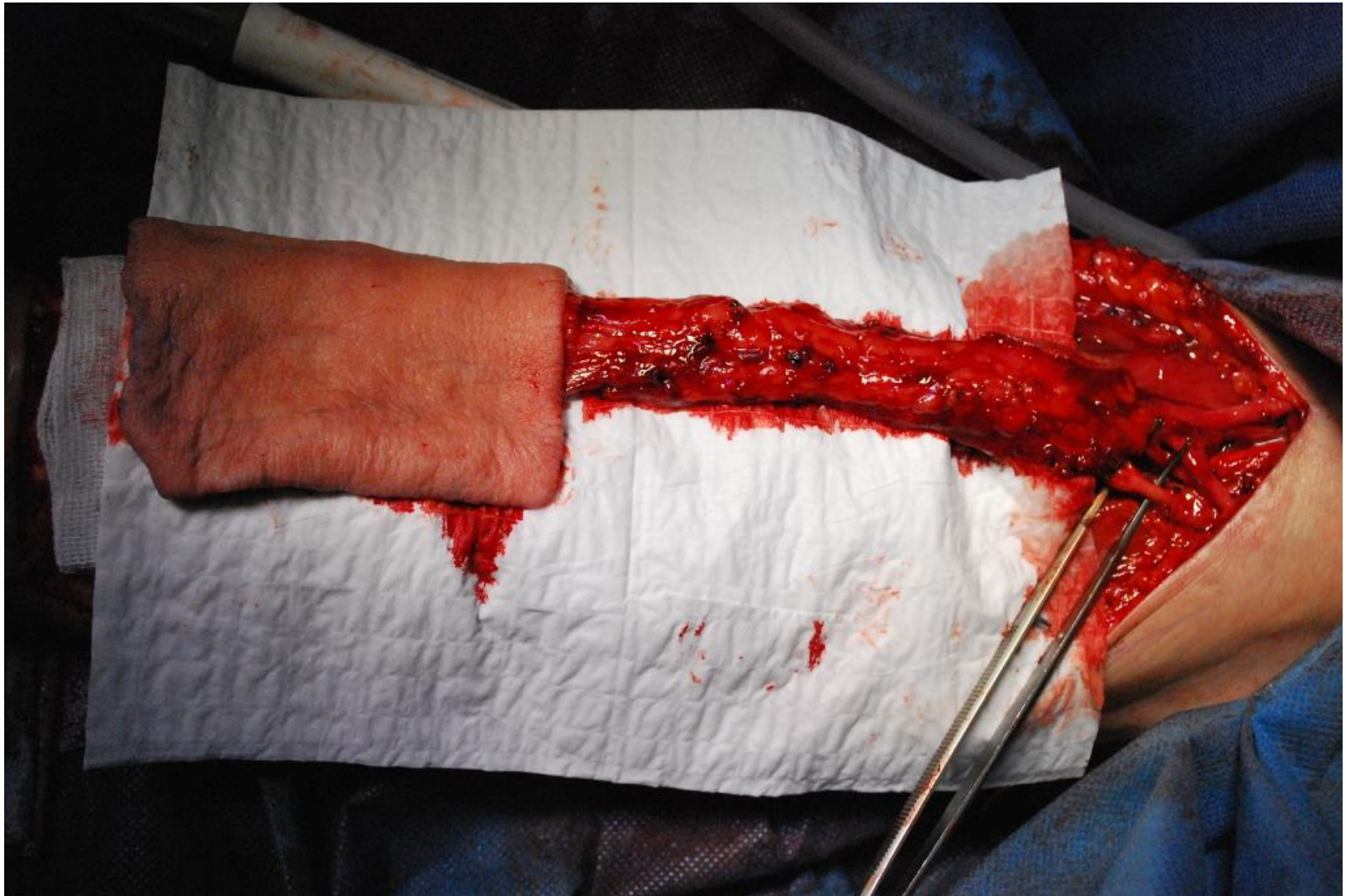
Płat z przedramienia



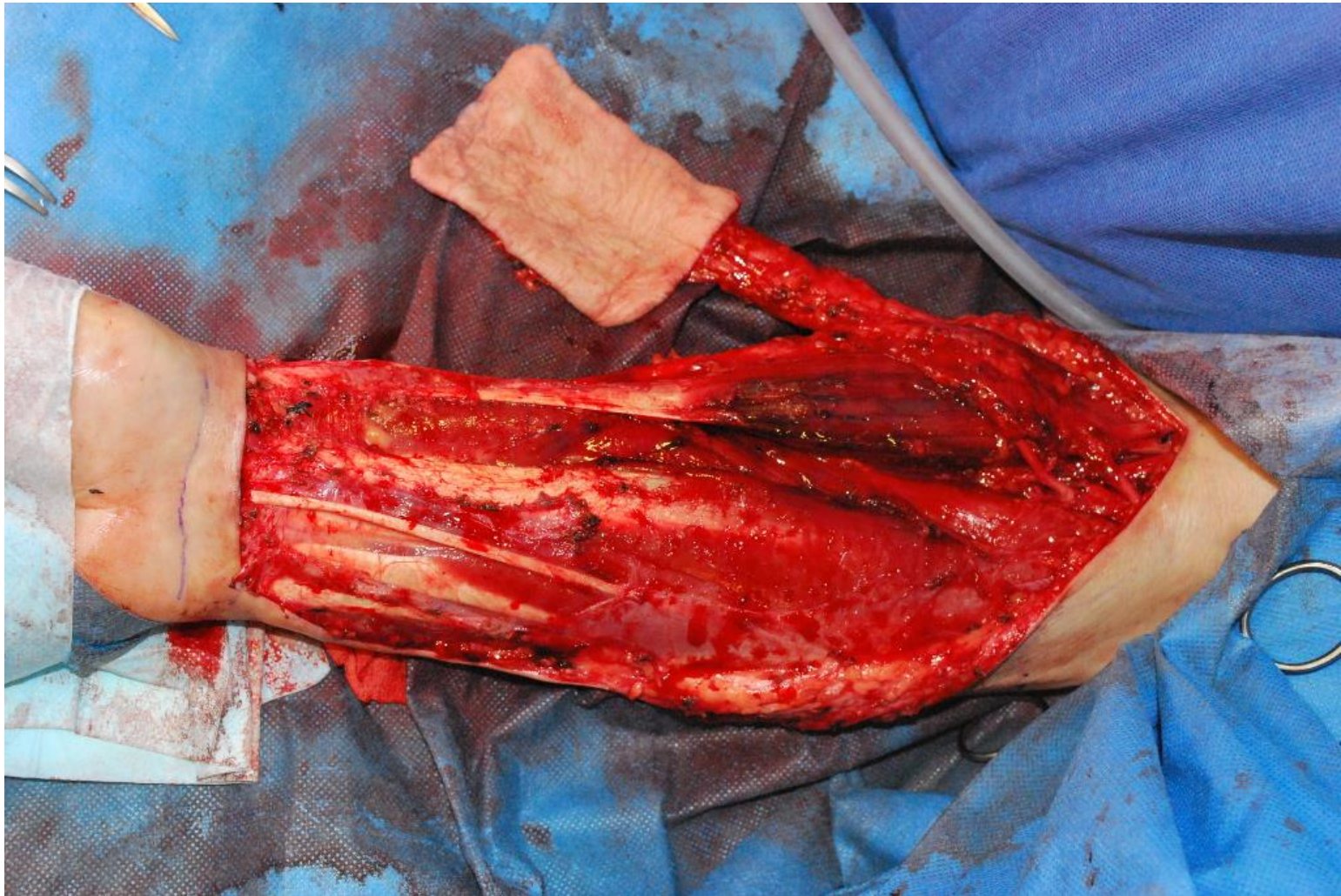
Płat z przedramienia



Płat z przedramieni



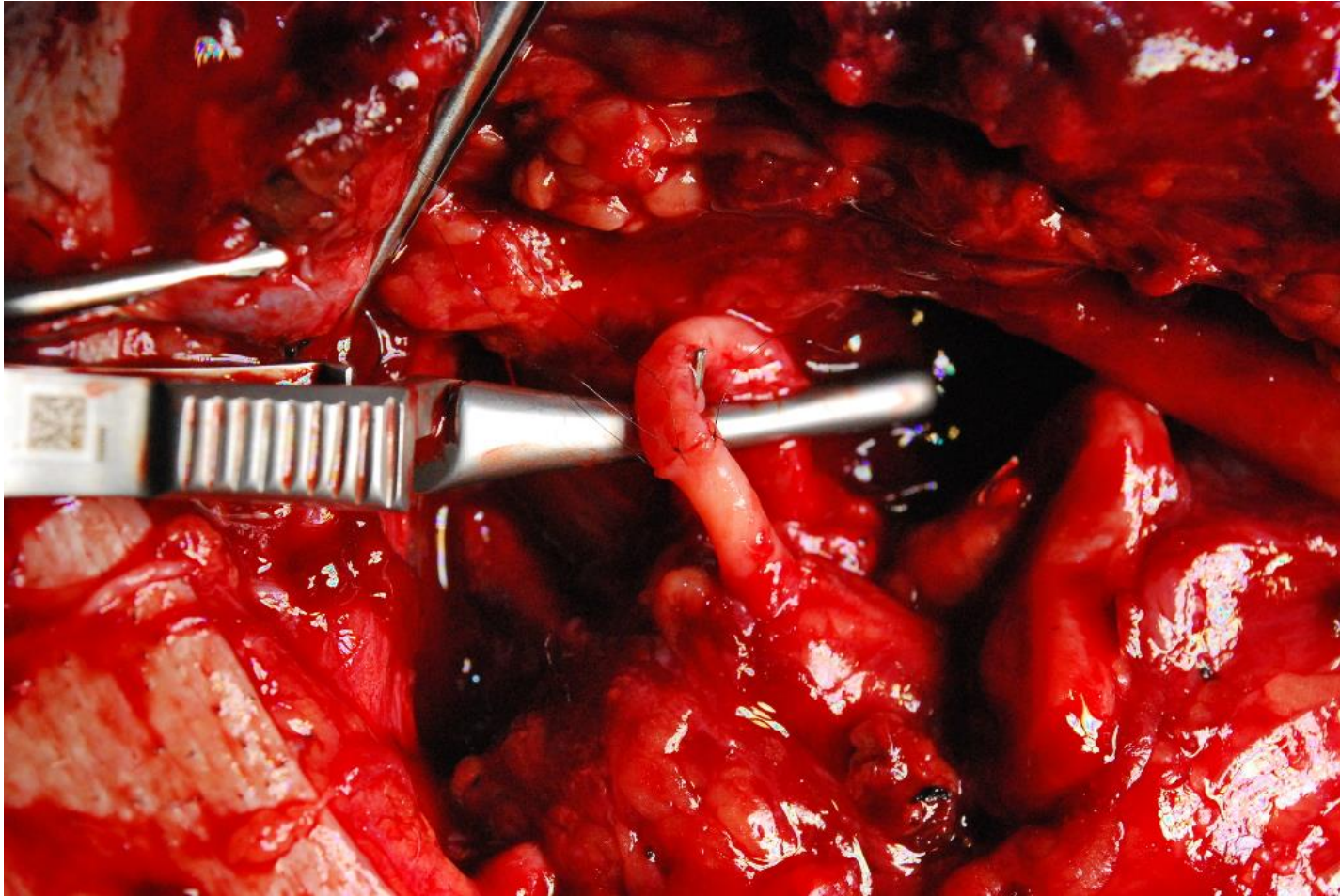
Płat z przedramienia



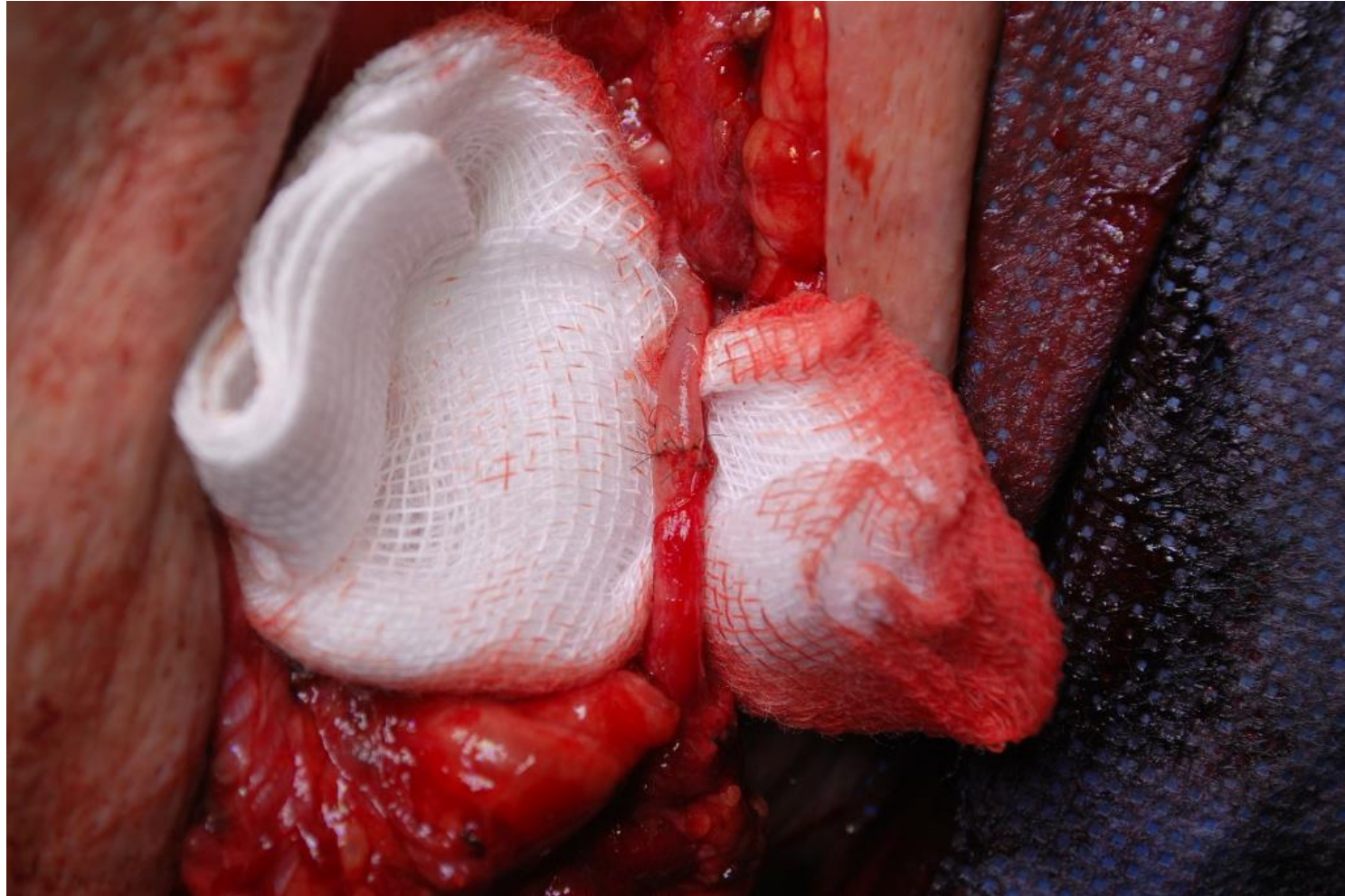
Płat z przedramienia



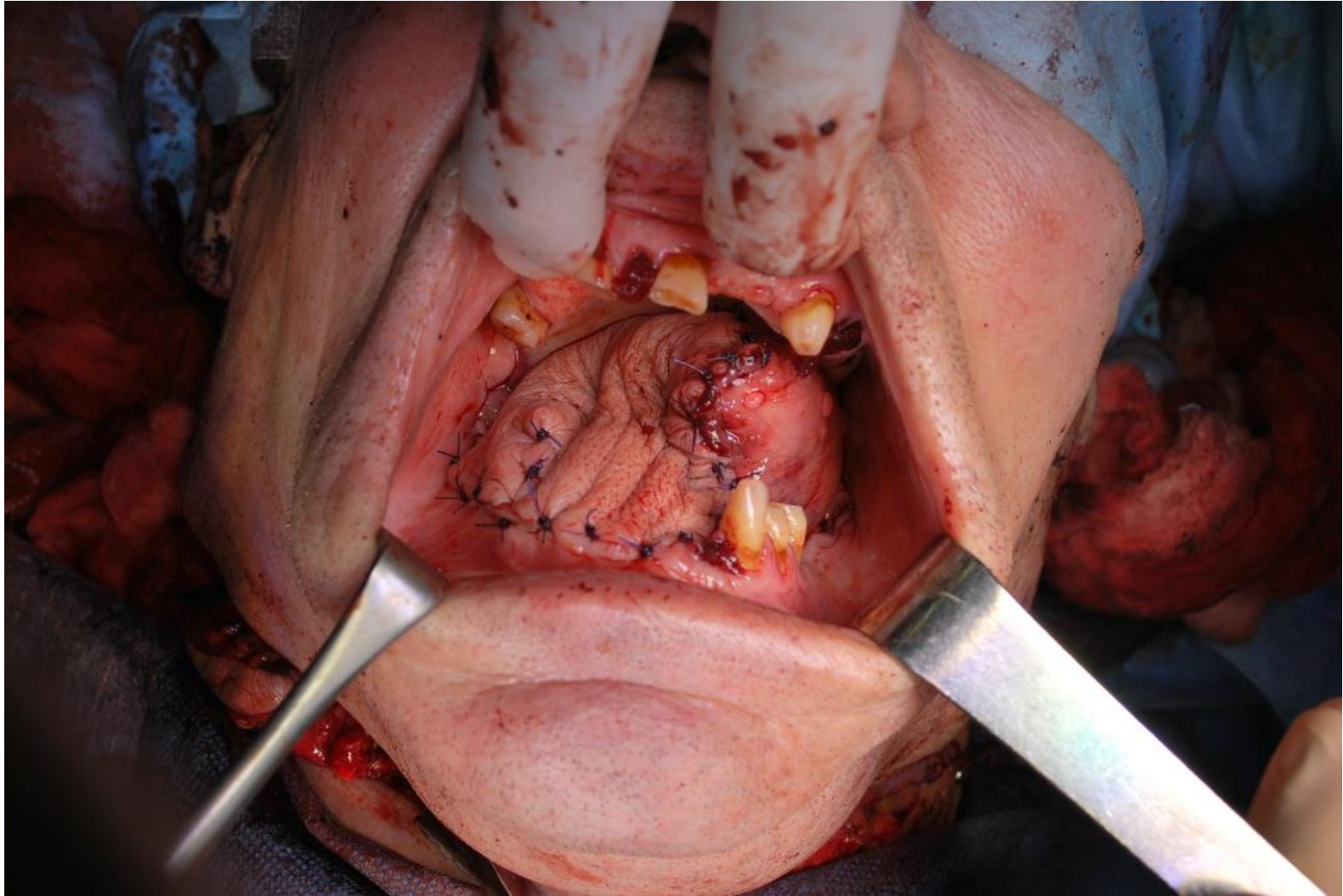
Płat z przedramienia



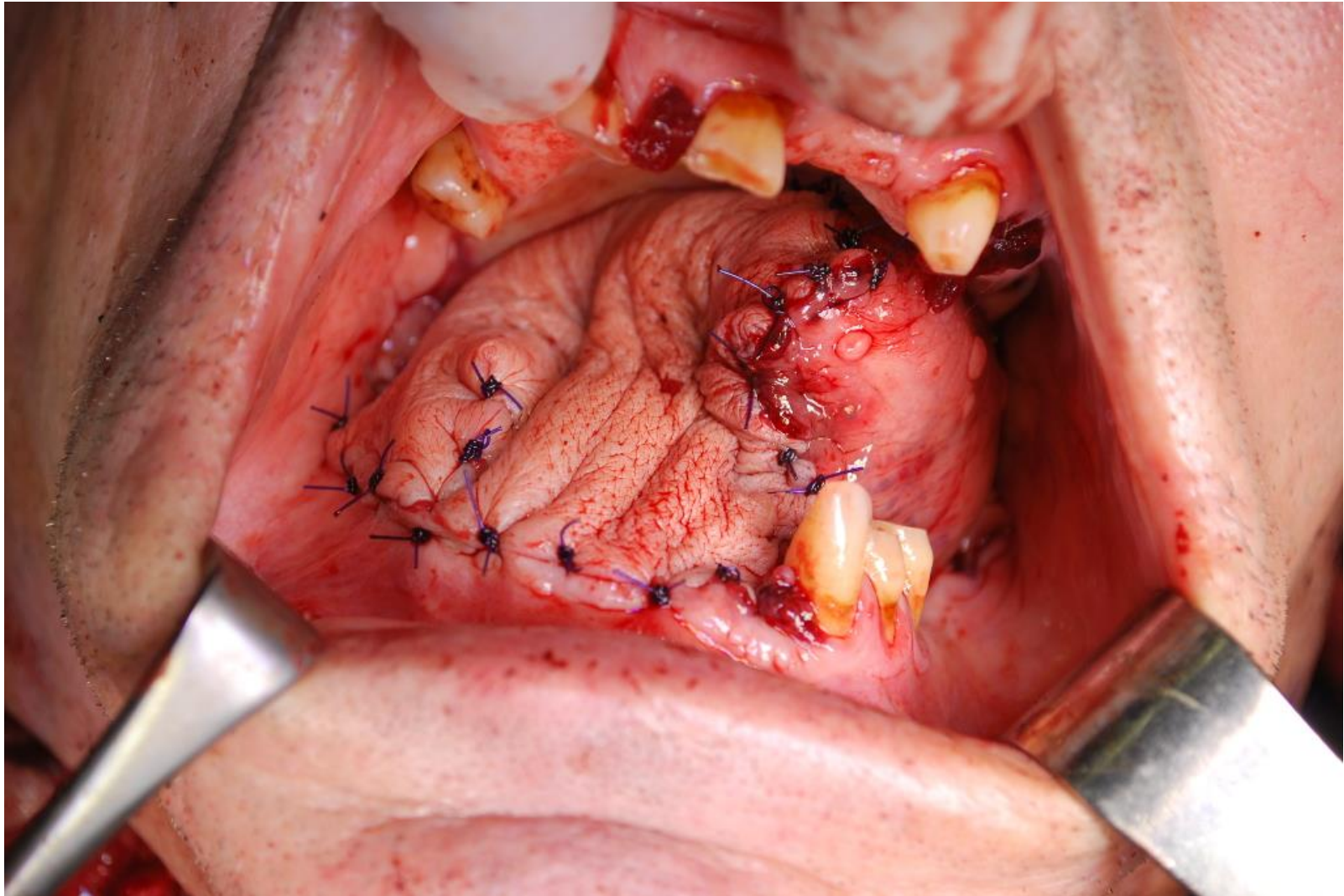
Płat z przedramienia



Płat z przedramienia



Płat z przedramienia



Płat z przedramienia



Podsumowanie

- Leczenie chirurgiczne jest postępowaniem z wyboru w leczeniu nowotworów głowy i szyi
- Zastosowanie technik mikrochirurgicznych w chirurgii onkologicznej głowy i szyi pozwala osiągnąć równowagę pomiędzy koniecznością szerokiej resekcji, decydującej o przeżyciu chorego, a osiągnięciem dobrego wyniku czynnościowego, estetycznego i jakości życia

Najczęstszą sekwencją w leczeniu nowotworów głowy i szyi jest leczenie chirurgiczne z pooperacyjną radioterapią

Skuteczne leczenie nowotworów głowy i szyi jest postępowaniem wielodyscyplinarnym prowadzonym według obowiązujących standardów

Dziękuję za uwagę

