

Хирургическое лечение местно-распространенного рецидивного рака кожи наружного уха. Случай из практики

А.Г. Бадалян, А.М. Мудунов

НИИ клинической онкологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Контакты: Али Мурадович Мудунов ali.mudunov@inbox.ru

В статье представлен клинический случай лечения рецидивного базально-клеточного рака кожи наружного уха путем радикального хирургического вмешательства с закрытием дефекта основания черепа кровоснабжаемыми лоскутами.

Ключевые слова: рак кожи наружного уха, рецидив, хирургическое лечение

Surgical treatment for locally advanced recurrent cancer of the external ear. A clinical note

A.G. Badalyan, A.M. Mudunov

Research Institute of Clinical Oncology, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper describes a case of treatment for recurrent basal-cell carcinoma of the external ear by radical surgical intervention closing a skull base defect with blood supplied flaps.

Key words: external ear skin cancer, recurrence, surgical treatment

Введение

Рак кожи составляет более 10 % в общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России. Прирост за последние 10 лет составил 44 %, среднегодовой темп прироста — 4,4 %. Рак кожи одинаково часто поражает людей обоего пола и встречается преимущественно в пожилом возрасте. Базально-клеточный рак (БКР) среди злокачественных образований кожи занимает 1-е место и составляет 70–75 %, 12–20 % приходится на плоскоклеточную форму рака [1]. Как известно, рак кожи может возникнуть на любом участке кожного покрова, но наиболее излюбленной локализацией является кожа головы и шеи (около 90 % случаев), кожа теменной области, лба, спинки крыльев носа, ушных раковин, губ, инфраорбитальной области. БКР характеризуется местно-деструктивным ростом и крайне редко метастазирует (в мировой практике зарегистрировано всего около 300 случаев метастазирования) [2, 3].

В настоящее время для лечения рака кожи применяют такие методы, как: криодеструкция, хирургическое удаление опухоли, лучевая терапия, электроэксцизия, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия, химиотерапия, а также комбинированное лечение. При выборе методики необходимо учитывать следующие факторы: локализацию, распространенность и клиническую форму опухоли, гистологическое строение, состояние окружающих опухоль тканей, наличие, тяжесть сопутствующих заболеваний и предлагаемое лечение [4, 5].

Рецидивные формы рака кожи могут поражать подлежащие мягкие ткани, повреждать нервы, магистральные сосуды и кости. Опухоль, расположенная в области свода или основания черепа, может поражать мозговые оболочки и мозговую ткань. Пути распространения агрессивной опухоли околоушно-жевательной области прогнозировать весьма сложно [6]. При таком распространении процесса, в тех случаях когда все остальные методы лечения уже исчерпаны, единственным возможным методом лечения является хирургический с широким иссечением пораженных анатомических структур и пластикой образованных дефектов основания черепа и мягких тканей [7, 8].

Campbell et al. в 1951 г., а позже и Н. Parsons, J.S. Lewis впервые описали методику блок-резекции пирамиды височной кости. В настоящее время принято выделять латеральную резекцию и модифицированную (Medina), включающую частичную мастоидэктомию и иссечение хрящевого и костного отделов наружного слухового канала с включением барабанной полости [9–11]. Нижней границей латеральной резекции служит подвисочная ямка, верхней — эпитимпанум и скуловой отросток, передней — капсула височно-нижнечелюстного сустава, медиальной — структуры среднего уха. При полной или субтотальной блок-резекции пирамиды височной кости в классическом варианте производится широкая диссекция височной ямки и шеи с сохранением или без сохранения ушной раковины. В зависимости от распространенности опу-

холи в блок могут быть включены околоушная железа, мышелок и ветвь нижней челюсти [8, 12].

За последние 3 года в нашей клинике наблюдались 5 случаев с местно-распространенным раком кожи наружного уха. Всем больным было проведено хирургическое лечение. Вашему вниманию представляется один из них.

Клинический случай

Больной А., 54 года, обратился в клинику ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН в декабре 2011 г. с жалобами на боли в правом ухе, выделения из наружного слухового прохода. При осмотре в правой околоушно-жевательной области определяется опухолевая язва диаметром 3 см с подлежащим инфильтратом. Вокруг раны — послеоперационные рубцы. Имеются выделения светло-желтого цвета из правого слухового прохода, открывание рта не ограничено. Регионарные лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

Из анамнеза установлено, что впервые диагноз «базально-клеточный рак кожи» был установлен в 2005 г., при обращении к врачу по месту жительства (ООД, Орловская обл.) по поводу образования на правом ухе. Там же проведена лучевая терапия (суммарная очаговая доза 60 Гр) на область правого наружного уха. В апреле 2006 г. при контрольном обследовании в ООД выявлен рецидив заболевания. Выполнена операция — иссечение опухоли правой околоушно-жевательной области с пластикой перемещенным лоскутом. Январь 2007 г. — повторный рецидив. Выполнена операция — удаление правой ушной раковины с резекцией наружного слухового прохода. Декабрь 2009 г. — повторный рецидив, операция — электроэксцизия наружного слухового прохода. В ноябре 2011 г.

повторный рецидив. Для решения вопроса о дальнейшем лечении пациент направлен в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН.

При комплексном обследовании по данным магнитно-резонансной томографии, ангиографии и спиральной компьютерной томографии лицевого скелета определяется массивный язвенно-инфильтративный рост в околоушно-жевательной области, деструкция сосцевидного отростка, отростка правой височной кости, стенок костной части слухового прохода с мягкотканым компонентом. Деструкции внутренней пластины кости и признаков распространения процесса в среднюю черепную ямку не выявлено. В других клетках сосцевидного отростка правой височной кости реактивные изменения. Других опухолевых поражений обнаружено не было. Установлен диагноз: БКР кожи правого наружного уха. Состояние после комбинированного лечения в 2005—2009 гг. Повторный рецидив.

03.02.2012 выполнена операция в объеме: резекция кожи и мягких тканей околоушно-жевательной области справа, пирамиды височной кости. Пластика дефекта кожно-мышечным лоскутом с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы (рис. 1, 2).

Операция выполнена в один этап одной бригадой хирургов. Произведен разрез кожи в области правого слухового прохода с окаймлением зоны послеоперационных рубцов. Начато выделение основного ствола лицевого нерва, далее под контролем зрения тупым и острым путем произведено выделение ветвей лицевого нерва. При ревизии опухолевый инфильтрат не достигает лицевого нерва. Тупым и острым путем опухоль отсепарована до височной кости. В блок удаляемых тканей вошли кожа и мягкие ткани околоушно-височной области. При ревизии отмечается деструкция кортикального слоя сосце-



Рис. 1. Интраоперационный вид — отмечается отсутствие правой ушной раковины (последствие предыдущей операции), инфильтрация тканей наружного слухового прохода, намечены границы удаляемых тканей

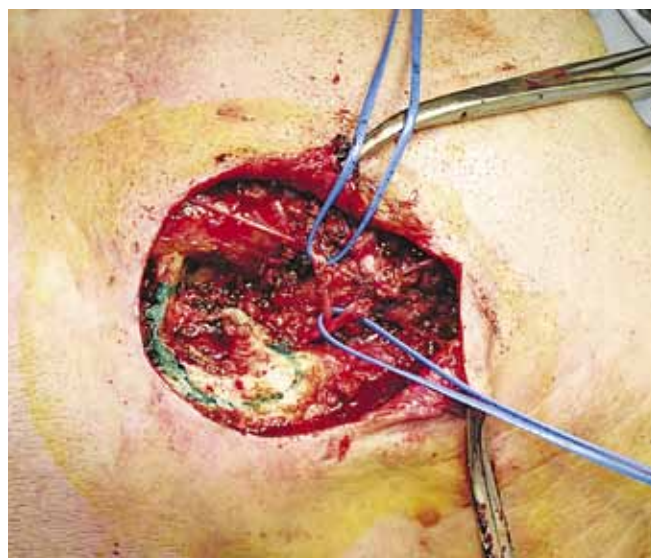


Рис. 2. Вид операционной раны после резекции мягких тканей околоушной области, на держалках ствол лицевого нерва, намечены границы резекции основания пирамиды височной кости

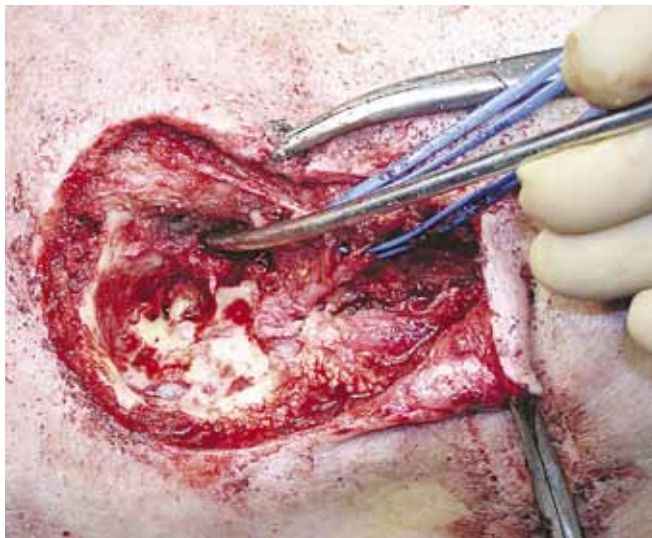


Рис. 3. Вид раны после удаления пораженных тканей пирамиды височной кости и сосцевидного отростка в пределах здоровых тканей, дно костной раны — медиальная стенка среднего уха



Рис. 4. В область костной раны установлена гемостатическая губка, намечены границы кожно-мышечного лоскута с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы



Рис. 5. Вид раны после замещения дефекта мягких тканей в околоушной области



Рис. 6. Внешний вид пациента через полгода после операции, перед коррекцией кожного лоскута и протезированием ушной раковины

видного отростка височной кости и наружного слухового прохода, в просвете которого определяется опухоль. С помощью бора произведена резекция основания пирамиды височной кости вплоть до среднего уха в пределах здоровых костных тканей. При ревизии костные стенки внутреннего уха интактны. Гемостаз. В операционную полость установлена гемостатическая губка (рис. 3, 4).

Смена операционного поля. На боковой поверхности шеи справа выкроена кожная площадка размером 3 × 10 см. Выделена и пересечена медиальная ножка грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева. Края лоскута подшиты к мышце, пересечена латеральная ножка. Кожно-мышечный лоскут мобилизован до уровня верхней трети шеи

справа. Гемостаз. Лоскут подведен и подшит к краям дефекта височной области. Рана послойно ушита, дренирована. Кровопотеря в ходе вмешательства составила 800 мл и восполнялась донорской кровью и плазмозаменителями. Длительность операции составила 6 ч.

Осложнений хирургического лечения не было. Рана зажила первичным натяжением. Швы удалены на 10-е сутки (рис. 5, 6).

Результаты

При проведении гистологического исследования послеоперационного материала в краях резекции опухолевого роста не обнаружено, что свидетельствует

о радикальном характере хирургического вмешательства. В послеоперационном периоде наблюдалась дисфункция ветвей лицевого нерва, функция которого медленно восстанавливалась. Пациент жив без рецидива 14 мес.

Заключение

Рецидивные формы рака кожи имеют тяжелое течение, распространяясь на прилежащие ткани, вызывая их деструкцию и угрожающие жизни осложнения. Особенно трагически это проявляется при поражении основания черепа, в частности пирамиды височной кости. Для данной группы пациентов радикальное хирургическое вмешательство является единственным методом выбора. Современные анестезиологические пособия позволяют с минимальными периоперационными рисками проводить радикальное удаление дан-

ных новообразований при удовлетворительном функциональном и косметическом результате.

Применение кровоснабжаемых лоскутов на основе большой грудной и грудино-ключично-сосцевидной мышцы позволяет не только герметично закрывать значительные по размеру дефекты основания черепа, но и корригировать грубый дефицит тканей околоушно-жевательной области.

Таким образом, ближайшие (отсутствие послеоперационной летальности) и отдаленные (длительный безрецидивный период) результаты проведенной работы свидетельствуют об эффективности такого рода хирургических вмешательств, а операция является единственным способом радикальной помощи пациентам с распространенными рецидивными опухолями основания черепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых других стран СНГ в 1992. М.: Медиа Сфера, 1994.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.
3. Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М.: Медицина, 1979.
4. Руководство по онкологии. Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. М.: Медицина, 2008.
5. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H. Basal Cell Carcinoma. Dermatologic

- Winkelman. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1991.
6. Dixon A.Y., Lee S.H., McGregor P.H. Factors predictive of recurrence of basal cell carcinoma. *Am J Dermatopathol* 1989;11(3):222–32.
7. Koplin L., Zarem H.A. Recurrent basal cell carcinoma. A review concerning the incidence, behavior and management of recurrent basal cell carcinoma with emphasis on the incompletely excised lesion. *Plast Reconstr Surg* 1980;65(5): 656–64.
8. Hirsch B.E., Chang C.Y.J. Carcinoma of the temporal bone. In: Myers E.N., ed. *Operative Otolaryngology Head and Neck*

- Surgery. Philadelphia, Pa: WB Saunders, 1997. Pp. 1434–1458.
9. Campbell E., Volk B.M., Burklund C.W. Total resection of temporal bone for malignancy of the middle ear. *Ann Surg* 1951;134(3):397–403.
10. Parsons H., Lewis J.S. Subtotal resection of the temporal bone for cancer of the ear. *Cancer* 1954;7(5):995–1001.
11. Medina J.E., Park A.O., Neely J.G., Britton B.H. Lateral temporal bone resections. *Am J Surg* 1990;160(4):427–33.
12. Donald P.J. Craniofacial surgical resection: new frontier in advanced head and neck cancer. *Aust N Z J Surg* 1989;59(7):523–8.