

DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-79-84



Возможности отсроченной микрохирургической реконструкции у пациентов с плоскоклеточным раком слизистой оболочки щеки: клинический случай

А.О. Гузь, А.В. Гарев, А.С. Захаров, Д.М. Фаткуллин, М.И. Соколова

ГАОУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»; Россия, 454087 Челябинск, ул. Блюхера, 42

Контакты: Александр Олегович Гузь guz_a_o@mail.ru

Хирургическое лечение пациентов с местно-распространенным плоскоклеточным раком слизистой полости рта – сложная задача, требующая максимальной хирургической радикальности, но в то же время одномоментной реконструкции с целью сохранения функции органа и достижения приемлемых эстетических результатов. Одним из современных методов реконструкции является применение свободных трансплантатов. Использование такой методики требует от хирурга владения микрохирургическими навыками. К сожалению, не всегда удается получить результат после одномоментного закрытия послеоперационного дефекта. Иногда возникают непредвиденные осложнения: некроз перемещенных лоскутов, формирование обширных послеоперационных дефектов, оростом, фарингостом. В таких случаях перед онкологами возникает более сложная задача – реконструкция дефектов в условиях выраженного рубцового процесса в области вмешательства, развития постлучевого фиброза и отека мягких тканей. Представленный клинический случай демонстрирует возможности повторной микрохирургической реконструкции у пациентов с оростомой, возникшей после неудачной первичной реконструкции.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак, реконструкция, микрохирургия, полость рта, оростом

Для цитирования: Гузь А.О., Гарев А.В., Захаров А.С. и др. Возможности отсроченной микрохирургической реконструкции у пациентов с плоскоклеточным раком слизистой оболочки щеки: клинический случай. Опухоли головы и шеи 2023;13(2):79–84. DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-79-84

Capabilities of delayed microsurgical reconstruction in patients with squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: clinical case

A.O. Guz, A.V. Garev, D.M. Fatkullin, A.S. Zaharov, M.I. Sokolova

Chelyabinsk Regional Clinical Center of Oncology and Nuclear Medicine; 42 Bluhara St., Chelyabinsk 454087, Russia

Contacts: Alexander Olegovich Guz guz_a_o@mail.ru

Surgical treatment of patients with locally advanced squamous cell carcinoma of the oral mucosa is a complicated problem requiring maximal surgical radicality and, at the same time, single-stage reconstruction to preserve organ function and achieve acceptable esthetic results. One of modern reconstruction techniques is the use of free flaps. Application of this technique requires microsurgical skills from the surgeon. Unfortunately, it is not always possible to achieve the result after single-stage postoperative defect closure. Sometimes unforeseen complications are observed: necrosis of the moved flaps, formation of large postoperative defects, orostomas, pharyngostomas. In such cases, oncologists face a more complicated problem: defect reconstruction in the conditions of pronounced scarring process in the intervention area, development of post-radiation fibrosis and soft tissue edema.

The presented clinical case demonstrates the capabilities of repeat microsurgical reconstruction in patients with orostoma developed after unsuccessful primary reconstruction.

Keywords: squamous cell carcinoma, reconstruction, microsurgery, oral cavity, orostoma

For citation: Guz A.O., Garev A.V., Fatkullin D.M. et al. Capabilities of delayed microsurgical reconstruction in patients with squamous cell carcinoma of the buccal mucosa: clinical case. *Opukholi golovy i shei* = Head and Neck Tumors 2023;13(2):79–84. (In Russ.). DOI: 10.17650/2222-1468-2023-13-2-79-84

Введение

Плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта занимает 2-е место в структуре общей заболеваемости опухолей головы и шеи [1]. Пациенты с заболеванием III и IV стадий, к сожалению, составляют более 50 % [1], что приводит к ухудшению показателей общей выживаемости и 1-летней летальности. Лечение местно-распространенного рака — сложная задача, решение которой зачастую требует комбинированного и комплексного подходов. Основным методом лечения данной патологии, в том числе нерезектабельного плоскоклеточного рака, было и остается хирургическое вмешательство [2]. Особую роль в хирургическом лечении рака слизистой полости рта отводится реконструктивным операциям, без которых в настоящий момент невозможны полноценные реабилитация и социализация пациентов. Современные технологии планирования и 3D-печати позволяют хирургам эффективно реализовывать поставленные перед ними задачи [3].

Выбор методов реконструкции зависит от уровня подготовки хирургов и оснащения клиники. В настоящее время стандартом замещения послеоперационных дефектов полости рта, глотки, нижней челюсти и покровных тканей является микрохирургическая реконструкция [4]. Безусловно, при проведении микрохи-

рургических операций встречаются осложнения [5], которые приводят к дополнительным трудностям в лечении и последующим проблемам в закрытии дефектов. Повторная микрохирургическая реконструкция имеет свои сложности и недостатки [6], но в то же время не является невыполнимой задачей.

Ниже представлен клинический случай, демонстрирующий возможности повторной микрохирургической реконструкции у пациентов с оростомой, возникшей после неудачной первичной реконструкции.

Клинический пример

Пациентка М., 56 лет, впервые обратилась в поликлинику ГАУЗ «Челябинский клинический центр онкологии и ядерной медицины» в декабре 2021 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке левой щеки. Из анамнеза известно, что она болеет в течение нескольких месяцев, когда отметила появление язвенного дефекта на слизистой щеки. Проводилось консервативное лечение у стоматолога по месту жительства, которое дало кратковременный положительный эффект. Находилась на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом «хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева, осложненный абсцессом жевательной области». 27.10.2021 в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии проведены иссечение пораженной



Рис. 1. Пациентка М., рак слизистой оболочки левой щеки, cT4aN1M0, IVA стадия

Fig. 1. Female patient M., cancer of the left buccal mucosa, cT4aN1M0, stage IVA

кости, секвестрэктомия, удаление 38-го зуба, вскрытие абсцесса и биопсия. Гистологическое заключение: плоско-клеточный рак слизистой оболочки полости рта умеренной степени дифференцировки.

После выписки из стационара пациентка обратилась в поликлинику ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». При осмотре на слизистой левой щеки выявлено экзофитное инфильтративное образование, тотально выстилающее слизистую левой щеки с переходом опухоли по переходной складке на альвеолярный отросток нижней челюсти с 32-го по 38-й зуб. Спереди образование доходило до угла рта, сзади — до ретромолярной области слева, без инфильтрации жевательной мускулатуры. Образование инфильтрировало мягкие ткани левой щеки.

Пациентка дообследована согласно клиническим рекомендациям. После проведения исследований данные, свидетельствующие об отдаленном метастазировании, не получены. Установлен клинический диагноз: рак слизистой оболочки левой щеки, cT4N1M0, IVA стадия. Проведен консилиум. На 1-м этапе показано хирургическое лечение в объеме удаления опухоли левой щеки, резекции нижней челюсти с экзартикуляцией височно-нижнечелюстного сустава слева, селективной лимфаденэктомии слева (I–V уровни), комбинированной реконструкции дефекта левой щеки лучевым лоскутом на микрососудистых анастомозах (устранение дефекта слизистой) и пекторальным лоскутом (устранение дефекта кожи и мягких тканей левой щеки). На 2-м этапе лечения запланировано проведение курса химиолучевой терапии.



Рис. 2. Вид операционной раны

Fig. 2. Operative wound



Рис. 3. Устраненный дефект мягких тканей левой щеки. Интраоперационное фото

Fig. 3. Closed defect of the soft tissues of the left cheek. Intraoperative photo

Получено согласие пациентки на проведение хирургического вмешательства. 15.12.2021 выполнены резекция слизистой и мягких тканей левой щеки, альвеолярного отростка верхней челюсти, боковая сегментарная резекция нижней челюсти с экзартикуляцией височно-нижнечелюстного сустава слева с комбинированной пластикой дефекта микрохирургическим лучевым и пекторальным лоскутами, селективная шейная лимфаденэктомия I–V уровней слева.

Гистологическое заключение № 8071/3: плоскоклеточная ороговевающая карцинома левой щеки полости рта умеренной степени дифференцировки (G₂) размерами 5,0 × 3,5 см, расстояние от ближнего края резекции — 1,0 см, от дальнего края резекции — 2,5 см. Инвазия на глубину около 1,0 см с прорастанием мышечной и костной тканей альвеолярного отростка. Определяются периневральная и перивазальная инвазии, опухолевые эмболы. По краям резекции роста опухоли нет. Исследованы 20 ЛУ клетчатки шеи слева I–V уровней, из них в I уровне — макromетастаз с инвазией капсулы ЛУ и субтотальным замещением лимфоидной ткани. В ткани слюнной железы роста опухоли нет.

На 10-е сутки у пациентки отмечен венозный тромбоз пекторального лоскута. В срочном порядке 27.12.2021 выполнены некрэктомия пекторального лоскута слева, формирование оростомы, закрытие дефекта мягких тканей надключичным лоскутом. 17.01.2022 проведен консилиум: с учетом результатов гистологического заключения,



Рис. 4. Тромбоз пекторального лоскута. 10-е сутки после операции
Fig. 4. Thrombosis of the pectoral flap. Day 10 after surgery

послеоперационных осложнений, размеров опухоли и наличия факторов риска показан послеоперационный курс химиолучевой терапии. В связи с наличием оростомы и ограничением питания через рот, а также планируемым проведением дистанционной лучевой терапии для адекватного питания на время применения специальных методов лечения показано наложение гастростомы. Эндоскопическая гастростомия выполнена 18.01.2022.

С момента некроза пекторального, а затем надключичного лоскута и формирования оростомы проводилось консервативное лечение: перевязки с растворами местных антисептиков, антибактериальная терапия с учетом бактериологического посева из раны, сопроводительная терапия, высокобелковое зондовое питание. На фоне терапии отмечены уменьшение раневой поверхности, активные грануляции, эпителизация тканей шеи, формирование оростомы. Лучевой лоскут функционирует, выполняет барьерную функцию. На 42-е сутки пациентка выписана из стационара.

С февраля 2022 г. по март 2022 г. пациентке проведен послеоперационный курс химиолучевой терапии на фоне радиомодификации цисплатином в дозе 100 мг/м² в 1, 22 и 43-й день в традиционном режиме фракционирования до суммарной очаговой дозы 60 Гр на первичный



Рис. 5. Некроз надключичного лоскута. Сформированная оростомы
Fig. 5. Necrosis of the supraclavicular flap. Developed orostoma

очаг и 54 Гр — на пути метастазирования. Пациентка перенесла лечение удовлетворительно.

В последующем больная активно наблюдалась в поликлинике ГАОУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». При контрольном обследовании через 1 год данных, свидетельствующих о локорегионарном рецидиве и прогрессировании процесса, не получено.

С учетом ранее проведенных реконструктивных операций и использованных локальных лоскутов (пекторального, надключичного) для закрытия оростомы и дефекта мягких тканей левой щеки решено использовать лоскут переднелатеральной поверхности бедра с включением фрагмента прямой мышцы бедра. Для выполнения сосудистых анастомозов выбраны сосуды ранее фиксированного лучевого лоскута, поскольку в области шеи наблюдался выраженный рубцовый процесс (следствие некроза пекторального и надключичного лоскутов и заживления раны вторичным натяжением). 17.01.2023 выполнена реконструкция дефекта левой щеки лоскутом переднелатеральной поверхности правого бедра с микрохирургическими анастомозами. Пациентка выписана из отделения опухолей головы и шеи на 8-е сутки без осложнений.



Рис. 6. Течение раневого процесса на фоне проведения консервативной терапии

Fig. 6. Progression of wound process during conservative treatment



Рис. 7. Локальный статус пациентки через 1 год после операции. Оро-стома, дефект мягких тканей левой половины лица

Fig. 7. Local status of the patient 1 year after surgery. Orostoma, defect of the soft tissues of the left half of the face

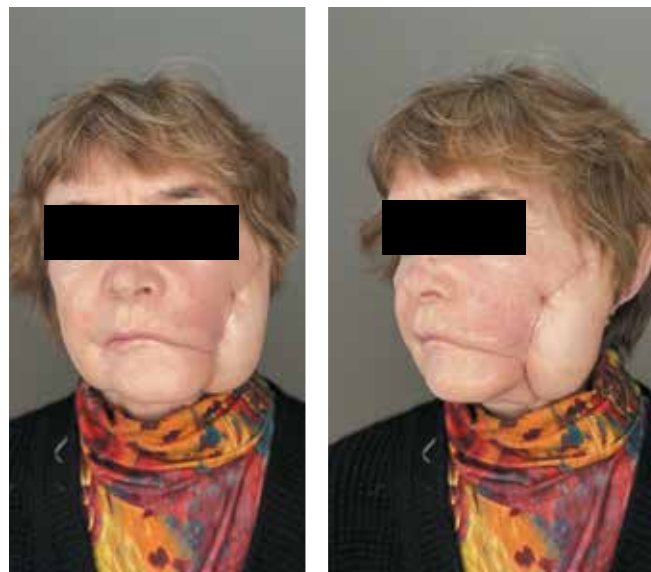


Рис. 8. Внешний вид пациентки через 8 нед после операции

Fig. 8. Patient 8 weeks after surgery

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует возможности отсроченной микрохирургической реконструкции даже у пациентов с наличием осложнений после первичного хирургического лечения и лучевой терапии. Тщательное предопера-

ционное планирование предстоящей микрохирургической реконструкции помогает хирургам выбрать оптимальный лоскут для замещения дефекта, подобрать сосуды с минимальным риском осложнений и достичь удовлетворительных реконструктивных результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2022. The state of oncological care to the population of Russia in 2021. Ed. by A.D. Kaprin, V.V. Starinsky, G.V. Petrova. Moscow: P.A. Herzen Moscow State Medical Research Institute — branch of the Federal State Budgetary Institution “NMIC of Radiology” of the Ministry of Health of Russia, 2022. (In Russ.).
2. Мусин Ш.И., Султанбаев А.В., Меньшиков К.В. и др. Хирургический этап в последовательной терапии нерезектабельного рака полости рта Т3–4bN0–3M0: оценка результатов лечения. Опухоли головы и шеи 2021;11(4):41–9. DOI: 10.17650/2222-1468-2021-11-4-41-49 Musin S.I., Sultanbayev A.V., Menshikov K.V. et al. Surgical stage in sequential therapy of unresectable oral cancer T3–4bN0–3M0: evaluation of treatment results. Opuholi golovy i shei = Head and Neck Tumors 2021;11(4):41–9. (In Russ.). DOI: 10.17650/2222-1468-2021-11-4-41-49
3. Рудык А.Н., Бусыгин М.А., Хамидуллин Р.Г. и др. Опыт применения технологий 3D-визуализации и принтинга в клинической практике при реконструкции дефектов нижней челюсти при злокачественных новообразованиях. Поволжский онкологический вестник 2017;4:25–9. Rudyk A.N., Busygin M.A., Khamidullin R.G. et al. Experience in the application of 3D imaging and printing technologies in clinical practice in the reconstruction of mandibular defects in malignant neoplasms. Povolzhskij onkologicheskij vestnik = Volga Oncological Bulletin 2017;4:25–9. (In Russ.).
4. Gilbert R.W. Reconstruction of the oral cavity; past, present and future. Oral Oncol 2020;108:104683. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2020.104683
5. Genden E.M., Rinaldo A., Suárez C. et al. Complications of free flap transfers for head and neck reconstruction following cancer resection. Oral Oncol 2004;40(10):979–84. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2004.01.012
6. Iyer S., Ramu J., Krishnadas A. Secondary reconstruction of head and neck cancer defects — principles in its practice. J Maxillofacial Oral Surg 2023;22(Suppl. 1):1–9. DOI: 10.1007/s12663-023-01875-x

Вклад авторов

А.О. Гузь: написание текста статьи;

А.В. Гарев: получение данных для анализа, анализ полученных данных;

А.С. Захаров, Д.М. Фаткуллин, М.И. Соколова: написание текста статьи, обзор публикаций по теме статьи.

Authors' contribution

A.O. Guz: article writing;

A.V. Garev: obtaining data for analysis, analysis of the data obtained;

A.S. Zakharov, D.M. Fatkullin, M.I. Sokolova: article writing, review of publications on the topic of the article.

ORCID авторов / ORCID of authors

А.О. Гузь / A.O. Guz: <https://orcid.org/0000-0002-8164-2261>

А.В. Гарев / A.V. Garev: <https://orcid.org/0000-0002-1831-3748>

А.С. Захаров / A.S. Zakharov: <https://orcid.org/0000-0002-7435-3306>

Д.М. Фаткуллин / D.M. Fatkullin: <https://orcid.org/0000-0001-9533-4107>

М.И. Соколова / M.I. Sokolova: <https://orcid.org/0000-0002-9026-1153>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Funding. The article was prepared without external funding.

Соблюдение прав пациентов. Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

Compliance with patient rights. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Статья поступила: 22.05.2023. **Принята к публикации:** 25.06.2023.

Article submitted: 22.05.2023. **Accepted for publication:** 25.06.2023.