

Хирургическое лечение распространенного рака кожи лобной области (2 клинических наблюдения)

В.Ж. Бржезовский, Т.А. Акетова, В.А. Соболевский, В.А. Алешин, Д.К. Стельмах

Отделение опухолей черепно-челюстно-лицевой области ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Контакты: Толкын Аязбаевна Акетова T.Aketova@yandex.ru

В статье представлены возможности хирургического лечения больных распространенным раком кожи головы и шеи. Применение различных видов свободных реvascularизированных лоскутов позволяет добиться приемлемых функциональных и косметических результатов.

Ключевые слова: распространенный рак кожи, хирургическое лечение, реvascularизированные лоскуты

Surgical treatment for generalized skin cancer of the forehead (2 clinical cases)

V.Zh. Brzhezovsky, T.A. Aketova, V.A. Sobolevsky, V.A. Aleshin, D.K. Stelmakh

Department of Craniomaxillofacial Tumors, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center,
Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper outlines the possibilities of surgical treatment in patients with generalized skin cancer of the head and neck. The use of different types of free revascularized flaps can yield acceptable functional and cosmetic results.

Key words: generalized skin cancer, surgical treatment, revascularized flaps

Базально-клеточный рак (БКР) кожи характеризуется сравнительно медленным местно-деструктирующим ростом. Результаты лечения зависят от распространенности процесса, локализации, клинической и гистологической формы опухоли, от темпов роста новообразования. При своевременном и адекватном лечении опухоль рецидивирует редко. Это наблюдается лишь при ограниченных формах заболевания. В настоящее время удается излечить до 95 % больных, обращающихся в онкологические учреждения по поводу БКР кожи. Однако при распространенных и рецидивных поражениях этот показатель снижается до 65–80 %, а у ряда больных из-за крайней распространенности опухоли радикальное ее удаление становится неосуществимым. Распространенные, упорно рецидивирующие опухоли с глубокой инвазией и деструкцией окружающих тканей приводят к летальным исходам [1]. Новые возможности в хирургическом лечении и реабилитации больных с использованием современных возможностей микрохирургической реконструкции для восполнения дефекта кожи, мягких тканей, кости позволили добиться успехов в лечении больных распространенным раком кожи [2, 3].

Приводим **клинические наблюдения** удачного лечения распространенного рака кожи лобной области.

Клиническое наблюдение 1. Пациентка В., 53 года. Госпитализирована в отделение опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с жалобами на выпячивание правого глаза, снижение зрения на правый глаз, правая глазная щель не смыкается.

Из анамнеза известно, что впервые по поводу образования кожи лобной области в лечебное учреждение по месту жительства обратилась в 1992 г., где ей выполнили криогенное лечение. В связи с рецидивом в 1996 г. там же вновь была проведена криодеструкция опухоли. В последующем у больной на коже лба образовался язвенный дефект, она занималась самолечением и проведением гомеопатической терапии. В октябре 2005 г. состояние пациентки ухудшилось: появилось выпячивание правого глаза, снизилось зрение, глазная щель перестала смыкаться. В МНИИ глазных болезней им. Гельмгольца при обследовании была выявлена распространенность опухолевого процесса в переднюю че-



Рис. 1. Внешний вид пациентки В.

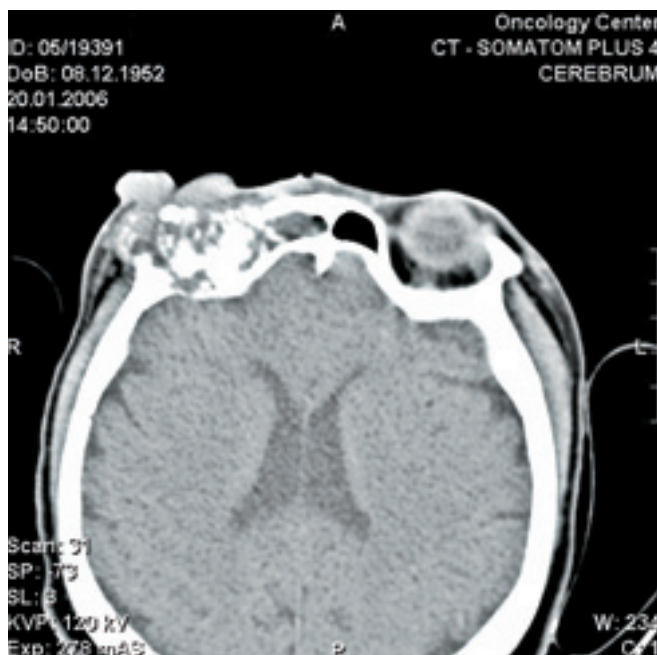


Рис. 2. КТ лицевого скелета, головного мозга. Определяется распространение опухолевого процесса в переднюю черепную ямку, полость орбиты, лобную пазуху справа

репную ямку. При обращении в РОНЦ на коже лобной области справа, коже верхнего и нижнего века распространенная опухоль с изъязвлением, местами покрытая корками. Экзофтальм справа с грубыми нарушениями двигательной функции. Глазная щель справа не смыкается, глазное яблоко книзу и кнаружи, подвижность кверху ограничена, формирующаяся язва роговицы (рис. 1). При цитологическом исследовании верифицирован БКР. По данным компьютерной томографии (КТ) диагностировано распространение опухолевого процесса в переднюю черепную ямку, полость орбиты, лобную пазуху справа (рис. 2). Операция 06.02.2006 — иссечение опухоли с резекцией лобной кости, экзентерация правой глазницы, замещение дефекта торакодорзальным лоскутом на микрососудистых анастомозах. Ход операции:



Рис. 3. Границы резекции тканей

разрез кожи отступая от края инфильтрата на 1,5–2,0 см (рис. 3). Произведена мобилизация кожи лобной и подглазничной области с содержимым глазницы (рис. 4). Выкроен надкостничный лоскут в проекции лобной кости с целью использования его в дальнейшем для пластического закрытия дефекта твердой мозговой оболочки (рис. 5). Произведена краниотомия с удалением фрагмента лобной кости и носового отростка правой верхней челюсти, а также произведена резекция большого крыла клиновидной кости, экзентерация глазницы (рис. 6). Препарат, включающий фрагмент лобной кости, удален, содержимое глазницы (клетчатка, глазное яблоко), часть крыла основной кости, лобный и носовой отростки верхней челюсти удалены вместе с прилежащей твердой мозговой оболочкой (рис. 7). Заготовленный ранее надкостничный лоскут уложен на дефект твердой мозговой оболочки (рис. 8). Область лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта тампонирована Тахокомбом. Дефект был укрыт торакодорзальным лоскутом, art. thorakodorsalis анастомозирована с выделенной наружной сонной артерией, а одноименная вена — с лицевой

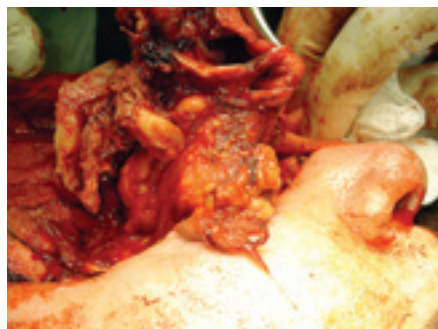


Рис. 4. Операционная рана. Этап мобилизации кожи лобной и подглазничной области с содержимым глазницы



Рис. 5. Операционная рана. Выкроен надкостничный лоскут в проекции лобной кости с целью использования его в дальнейшем для пластического закрытия дефекта твердой мозговой оболочки

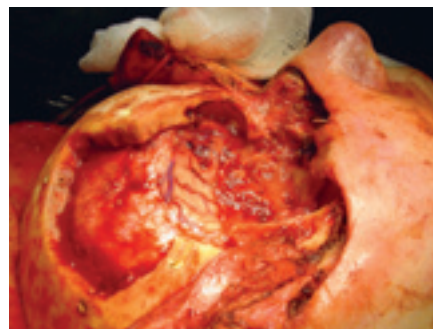


Рис. 6. Операционная рана. Произведено удаление фрагмента лобной кости и носового отростка правой верхней челюсти, а также произведена резекция большого крыла клиновидной кости с подлежащей твердой мозговой оболочкой. Стрелкой указан дефект твердой мозговой оболочки



Рис. 7. Макропрепарат: фрагмент лобной кости, содержащий глазницу (клетчатку, глазное яблоко), часть крыла основной кости, лобный и носовой отростки верхней челюсти удалены вместе с прилежащей твердой мозговой оболочкой

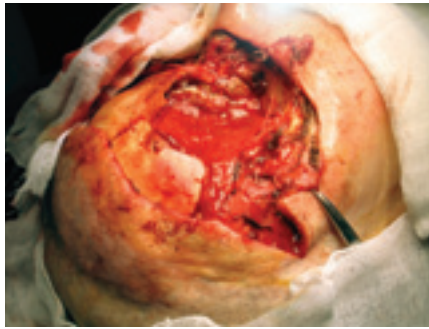


Рис. 8. Операционная рана. Заготовленный ранее надкостничный лоскут уложен на дефект твердой мозговой оболочки

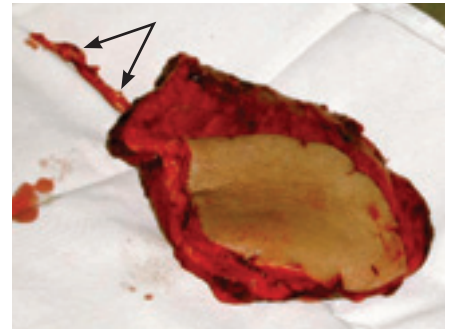


Рис. 9. Выкраен торакодорзальный лоскут, стрелкой указана сосудистая ножка — артерия и вена, огибающие лопатку



Рис. 10. Вид больной В. через 2 недели после операции



Рис. 11. Вид больной В. через 2 мес после операции

веной (рис. 9). Гистологическое заключение исследованного операционного материала: на коже лба разрастания БКР с очагами кровоизлияния и некроза, прорастающие окружающие мягкие ткани, с разрушением костной ткани лобной кости. Слезная железа, глазное яблоко, зрительный нерв обычного строения, без признаков опухолевого поражения. Плотная фиброзная ткань (твердая мозговая оболочка) и костная ткань (лобная пазуха) — с очаговыми кровоизлияниями, разрастаниями БКР.

Выписана в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки (рис. 10). Через 2 мес больной была выполнена коррекция лоскута (рис. 11).

Больная наблюдалась в течение 5 лет, без рецидива.

Клиническое наблюдение 2. Пациент Р., 65 лет. Госпитализирован в отделение с жалобами на наличие опухолевой язвы кожи лобно-височной области. Из анамнеза известно, что по поводу рака кожи лобной области в 2001 г. в онкологическом диспансере г. Калининграда больному была проведена лучевая терапия в суммарной очаговой дозе 77 Гр. В 2003 г. был заподозрен рецидив, от предложенного обследо-

вания и лечения отказался. В 2006 г. в связи с увеличением размеров опухолевого процесса пациенту была выполнена биопсия, диагностирован рецидив. Для лечения направлен в РОНЦ. При обращении: на коже лобно-височной области слева дефект кожи размером 4,5 × 3,5 см с изъязвлением, бугристыми разрастаниями, местами на поверхности корки, с дефектом лобной кости 2,0 × 2,0 см (рис. 12). Пересмотром гистологического исследования подтверждено наличие БКР. С помощью КТ лицевого скелета и головного мозга в области кожного дефекта лобной области выявлено структурное разрыхление и частичная деструкция наружной пластинки лобной пазухи на участке до 2,5 см. Распространения процесса в полость черепа не выявлено. Краевая деструкция лобной кости слева. Комбинированная операция выполнена 19.07.2006: иссечение образования кожи лобно-височной области слева с резекцией лобной кости, замещением дефекта кожно-фасциальным лоскутом на микрососудистых анастомозах. Ход операции: окаймляющий опухоль разрез кожи, отступя от края опухоли 1,5–2,0 см (рис. 13). Мобилизованный со всех сторон кожный лоскут подведен к остеомиелитическому дефекту (рис. 14). Обна-



Рис. 12. Внешний вид пациента Р.



Рис. 13. Границы резекции тканей



Рис. 14. Операционная рана. Мобилизованный со всех сторон кожный лоскут подведен к остеомиелитическому дефекту



Рис. 15. Вид операционной раны после удаления опухоли. Вскрыта лобная пазуха

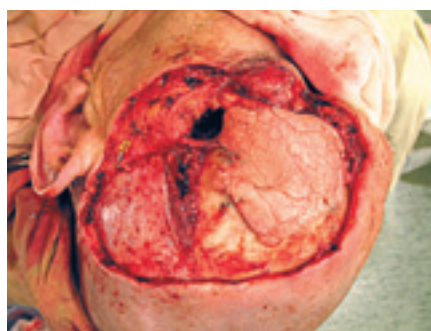


Рис. 16. Операционная рана. На дефект уложена пластинка из быстротвердеющей пластмассы

жена лобная кость. Отступая от костного секвестра, проделаны отверстия лобной кости по окружности секвестра. При иссечении опухоли удалена большая часть кожи верхнего века. Макропрепарат удален единым блоком. Твердая мозговая оболочка не изменена. При этом вскрыта лобная пазуха, которая оказалась больших размеров, последняя

тампонирована мышцей, в пазуху введен 1,0 антибиотика лендацин (рис. 15). На дефект уложен лоскут, выкроенный с височной мышцы. После чего изготовлена пластинка из быстротвердеющей пластмассы по форме дефекта лобной кости. Последняя уложена на образовавшийся дефект и фиксирована 2 швами к костям черепа (рис. 16). Выкроен



Рис. 17. Выкроен лучевой лоскут, стрелкой указана сосудистая ножка



Рис. 18. Внешний вид больного Р. через 2 мес после операции

кожно-фасциальный лоскут с правого предплечья на лучевой артерии и 2 комитантных венах, после чего перенесен к дефекту в лобной кости, выделена поверхностная височная артерия и одноименная вена. Надо отметить, что практически на всей поверхности кожи был нанесен перманентный (стойкий) рисунок — татуаж (рис. 17). Затем наложены анастомозы между указанными венами и артериями. Лоскут фиксирован к краям дефекта узловыми швами. С помощью дерматома выкроен свободный расщепленный лоскут с правого бедра, перенесен на область предплечья и также фиксирован узловыми швами к краям дефекта предплечья. Заживление раны первичным натяжением.

Гистологическое заключение исследованного операционного материала: БКР, по краю резекции — без опухоле-

вого роста. В послеоперационном периоде у больного хемоз конъюнктивы, по поводу чего проводились мазевые аппликации с выраженным эффектом. Выписан в удовлетворительном состоянии (рис. 18). Наблюдается без признаков рецидива в течение 5 лет.

Заключение

Приведенные наблюдения успешного хирургического лечения распространенного рака кожи лобной области являются примером сотрудничества хирургов различных специальностей. Использование указанных свободных реваскуляризированных лоскутов позволяет возместить обширные дефекты тканей с хорошим функциональным и косметическим результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.
2. Buchen D. Skin flaps in facial surgery. NY: McGraw-Hill, Medical Pub. Div., 2007.
3. Shah J. Head and Neck: Surgery and Oncology. Mosby, 2003.