

Успешное хирургическое лечение распространенной рецидивной опухоли языка (клиническое наблюдение)

Т.В. Остринская¹, Н.Б. Нураев¹, А.М. Жуманкулов²

¹Онкоотоларингологическое отделение № 8, Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург;

²ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Контакты: Татьяна Валентиновна Остринская tatyanaostrinskaya@yandex.ru

В статье представлены возможности хирургического лечения опухоли языка, распространяющейся на соседние органы: глотку, гортань, альвеолярный край нижней челюсти. Применение перемещенного кожно-мышечного лоскута большой грудной мышцы позволяет выполнить одномоментную реконструкцию послеоперационного дефекта с приемлемым функциональным и косметическим результатом.

Ключевые слова: местно-распространенный рак языка, хирургическое лечение, кожно-мышечный лоскут

Successful surgical treatment for disseminated recurrent tumor of the tongue (a clinical case)

T.V. Ostrinskaya¹, N.B. Nurayev¹, A.M. Zhumankulov²

¹ENT Oncology Unit Eight, City Clinical Oncology Dispensary, Saint Petersburg;

²Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Health of Russia

The paper presents the possibilities of surgical treatment of tongue tumours spreading to neighbouring organs: the throat, larynx, alveolar edge of lower jaw. Application of pectoralis mayor musculocutaneous flap allows you to perform a single reconstruction of post-operative defect with acceptable functional and cosmetic result.

Key words: locally advanced cancer of the tongue, surgical treatment, musculocutaneous flap

Проблема лечения больных раком органов полости рта остается актуальной в современной онкологии. Опухоли данной локализации занимают 2-е место среди опухолей головы и шеи после рака гортани [1]. Заболеваемость населения Российской Федерации раком органов полости рта в 2009 г. составила 5,08 на 100 тыс. населения [2]. Несмотря на доступность клиническому осмотру и хорошую визуализацию этой области, до 70 % больных с данным заболеванием впервые обращаются к специалистам лишь при III–IV стадиях заболевания.

В нашей стране для лечения пациентов с оророфарингеальным раком наиболее широко применяется химиолучевой метод, который не всегда оказывается достаточно эффективным, что определяет актуальность выполнения спасительных хирургических вмешательств, носящих расширенно-комбинированный характер.

Клиническое наблюдение

Пациент П., 61 год, обратился в отделение онкоотоларингологии СПбГУЗ ГКОД 13.11.2012 с жалобами на дискомфорт и боли в полости рта слева, затруднение глотания, невозможность адекватного питания через рот, похудание, ограничение открывания рта, нарушение артикуляции. Из анамнеза известно, что пациент в феврале 2012 г. прошел курс телегамматерапии по радикаль-

ной программе по поводу рака ротоглотки II стадии T2N0M0 (гистологически подтвержденный плоскоклеточный ороговевающий рак) по месту жительства в Новгороде, однако с августа 2012 г. почувствовал ухудшение, в октябре 2012 г. диагностировано прогрессирование опухолевого процесса в виде локорегионарного рецидива. Больной направлен на лечение в ГКОД г. Санкт-Петербурга.

При осмотре: пациент пониженного питания (похудание на 15 кг за последние 6 мес); при открывании рта отмечается тризм I степени, девиация языка влево; в ротовой полости выявлен плотный опухолевый инфильтрат, занимающий 2/3 тела языка слева с переходом за среднюю линию, переходящий на корень языка, распространяющийся на дно полости рта и боковую стенку глотки слева, вплотную подрастающий к нижней челюсти (рис. 1, 2). При непрямой ларингоскопии определяется опухолевая инфильтрация корня языка с переходом на valleculы, надгортанник отечен и нависает над входом в гортань. При пальпации шеи в подчелюстной области слева определяется единичный плотный лимфатический узел (ЛУ) диаметром 2 см.

При **фиброфарингоскопии** выявлено следующее: надгортанник отечен, деформирован за счет наличия подслизистой буристой инфильтрации под фибринозным налетом, исходящей из корня языка и переходящей через



Рис. 1. Опухолевая инфильтрация языка у пациента П.



Рис. 2. Девияция языка у пациента П. вследствие поражения подъязычного нерва

валлекулы на основание надгортанника. Слизистая оболочка черпаловидных хрящей отечна, инфильтрирована. Отмечается асимметрия черпаловидных хрящей. Заключение: рак корня языка с распространением на надгортанник, глотку слева.

На компьютерной томографии шеи определяется объемное патологическое образование в левой половине языка, распространяющееся на правую половину, дно полости рта, верхние отделы левой поднижнечелюстной слюнной железы, левую боковую стенку глотки, вплотную прилежащее к телу нижней челюсти слева. Медиальная крыловидная мышца слева четко не дифференцируется. Просвет глотки асимметричный, неровный в верхних отделах, левая боковая стенка утолщена до 21 мм от уровня мягкого неба до основания надгортанника (протяженность около 77 мм), отмечается инфильтрация парафарингеальной клетчатки. Слева определяются увеличенные ЛУ: поднижнечелюстной — 14×9 мм, в верхней трети сосудистого пучка — 18×15 мм, отмечается также лимфостаз клетчатки передней поверхности шеи. Заключение: новообразование языка с распространением на дно полости рта и левую боковую стенку глотки. Вторичные изменения ЛУ (рис. 3).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и шеи выявлено следующее: органы брюшной полости без патологии; на шее слева в подбородочной области определяется группа из 4 ЛУ диаметром до 0,4 см, в подчелюстной области слева ЛУ $1,2 \times 0,6$ см с неравномерно утолщенной корой. Кпереди от наружной сонной артерии возле угла нижней челюсти слева ЛУ 1,5 см.

На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено.

Учитывая распространенность рецидивного опухолевого процесса, форму роста опухоли, неэффективность консервативного лечения, отсутствие общесоматических противопоказаний, было принято решение о спаси-

тельном оперативном вмешательстве. После проведения предоперационной подготовки 29.11.2012 выполнена операция в объеме резекции 2/3 языка с корнем, резекции дна полости рта, резекции нижней челюсти от 33-го зуба с экзартикуляцией, резекции боковой стенки глотки слева и экстирпации гортани с замещением образовавшегося послеоперационного дефекта кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке с использованием большой грудной мышцы. Одновременно выполнено радикальное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи слева. Этапы операции представлены ниже (рис. 4–11).

Для питания во время операции был установлен назогастральный зонд, дыхание осуществлялось через трахеостому. После оперативного вмешательства пациент сутки находился в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная, поддерживающая, кардиотропная терапия, которая была продолжена и после перевода в профильное отделение. Послеоперационные местные гнойно-септические осложнения мы наблюдали на 5–14-е сутки, соответствующие I–II степени тяжести. Данные осложнения заключались в незначительном некрозе передней части культи языка и нагноении раны на шее. Возможно, имела место некоторая негерметичность вновь созданной посредством кожно-мышечного лоскута неоглотки, вследствие чего содержимое глотки могло попасть под кожу и вызвать затек и нагноение раны. Выполнялись дренирования шейной раны с обеспечением адекватной системной антибактериальной терапии. Указанные осложнения были купированы в течение 10–14 сут.

Гистологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак языка с изъязвлением и очагами некроза, прорастающий в переходную складку и мягкие ткани внутренней поверхности нижней челюсти в области угла, в крылонебную складку и в мягкие ткани, прилежащие к подъязычной кости. Метастаз рака в одном из 5 ЛУ.

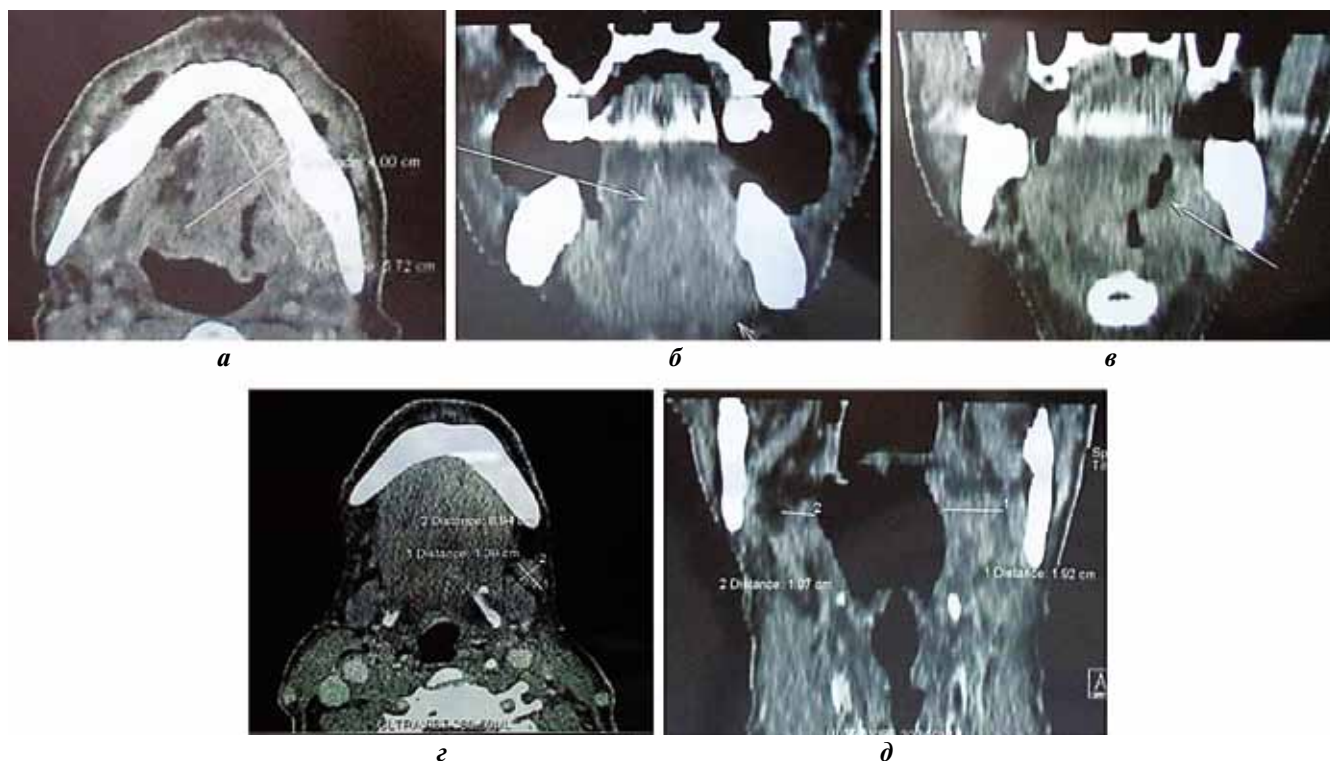


Рис. 3. Спиральная КТ больного П. перед операцией: а — новообразование левой половины языка, дна полости рта с распространением на медиальную крыловидную мышцу, подрастание к телу нижней челюсти слева. Отмечается распространение опухоли на боковую стенку ротоглотки (аксиальная реформация); б и в — новообразование языка с распространением в подъязычно-язычную мышцу, подрастание к нижней челюсти (фронтальная реформация); г — метастатический ЛУ в левой подчелюстной области (аксиальная реформация); д — опухолевая инфильтрация левой боковой стенки ротоглотки от уровня мягкого неба до основания надгортанника (фронтальная реформация)



Рис. 4. Операционная рана. После выполнения фасциально-фулярного иссечения шейной клетчатка слева и остеотомии нижней челюсти производится выделение препарата единым блоком (клетчатка шеи, 2/3 языка с мышцами дна полости рта, боковая стенка глотки слева, тело и ветвь нижней челюсти, гортань)

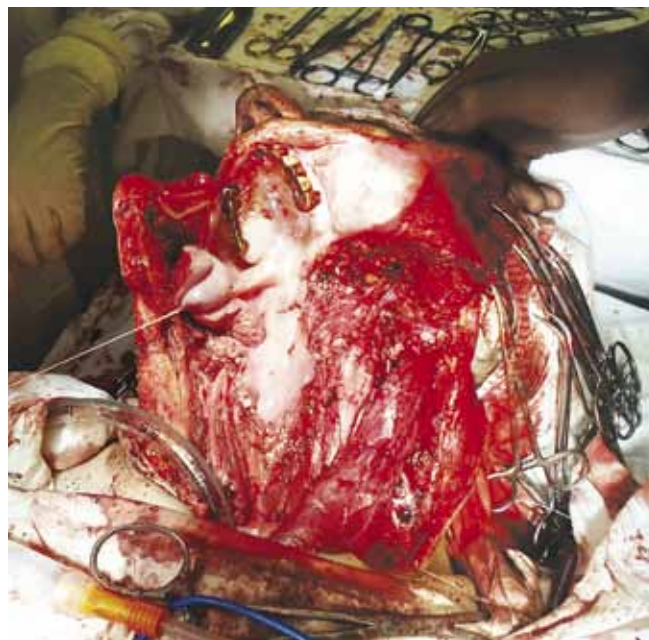


Рис. 5. Вид операционной раны после удаления препарата



Рис. 6. Макропрепарат: клетчатка шеи, 2/3 языка с корнем, гортань, боковая стенка глотки, часть тела и ветвь нижней челюсти слева



Рис. 7. Дизайн кожно-мышечного лоскута для пластики дефекта



Рис. 8. Выкроен кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы



Рис. 9. Этап подшивания лоскута к остаткам глотки, языка и полости рта



Рис. 10. Операционная рана ушита



Рис. 11. Вид лоскута в полости рта на первые сутки после операции



Рис. 12. Внешний вид пациента через 1,5 мес после операции



Рис. 13. Адаптация лоскута в полости рта пациента через 1,5 мес после операции

Во всех контрольных срезах по границам резекции опухолевого роста не обнаружено.

Пациент выписан на 25-е сутки после оперативного вмешательства. Самостоятельное питание восстановлено через 1,5 мес после операции (рис. 12–13). Пациент в настоящее время жив, без признаков рецидива и метастазов. Срок наблюдения пациента составляет 6 мес.

Обсуждение

Оперативное лечение пациентов с распространенными опухолями языка представляет значительные трудности, что связано в основном с необходимостью применения расширенных и комбинированных оперативных вмешательств со сквозными резекциями нижней челюсти, удалением смежных органов с последующим наложением плановых oro- или фарингостом, приводящих к формированию стойких послеоперационных деформаций. При этом страдает качество жизни больных, которым в последующем производятся многоэтапные пластические замещения образовавшихся дефектов нижней зоны лица и шеи. В последнее время повышенное внимание уделяется

ранней медицинской и социальной реабилитации этой категории пациентов. С целью ослабления глубины функциональных нарушений и повышения качества жизни наряду с комбинированными и расширенными операциями при злокачественных опухолях орофарингеальной области выполняются первично-реконструктивные оперативные вмешательства [3–6]. В данном случае нам удалось, выполнив хирургическое вмешательство большого объема, добиться удовлетворительной реабилитации пациента. Экстирпация гортани в данном случае явилась обязательным мероприятием ввиду распространения опухолевого процесса на глубокие мышцы языка с вовлечением в процесс подъязычной кости, поражения преднадгортанникового клетчаточного пространства, распространением на язычную поверхность надгортанника. Кроме того, при сохранении гортани неизбежным было бы ее опущение из-за невозможности фиксации (отсутствие подъязычной кости, тела нижней челюсти слева) с последующим нарушением разделительной функции и развитием аспирационной пневмонии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.
2. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. 260 с.

3. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Под ред. Е.Г. Матякина. М.: Вердана, 2009. 224 с.
4. Кропотов М.А. Органосохраняющие и реконструктивные операции на нижней челюсти в комбинированном лечении рака слизистой оболочки

- полости рта. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003.
5. Shah J. Head and Neck: Surgery and Oncology. Mosby, 2003.
6. Johan Fagan Total glossectomy for tongue cancer. The Open Access Atlas of Otolaryngology, Head & Neck Operative Surgery, www.entdev.uct.ac.za.