

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΕΓΑΛΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Τα ελλείμματα που καταλείπουν μεγάλες εκτομές δημιουργούν ανάλογα προβλήματα αποκατάστασης. Καθώς η χειρουργική αντιμετώπιση είναι η θεραπεία εκλογής για τους κακοήθεις όγκους της στοματικής κοιλότητας, ο χειρουργός πρέπει πάντα να λαμβάνει υπόψη τις συνέπειες που θα έχει η χειρουργική επέμβαση στις λειτουργίες της μάσης και της κατάποσης. Επιπλέον, μετά την εκτομή του όγκου θα πρέπει να επιλέξει μια μέθοδο αποκατάστασης με ικανοποιητικά αισθητικά αποτελέσματα, προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις του κάθε ασθενούς. Η αποκατάσταση των μετεγχειρητικών ελλειμμάτων, που καταλείπονται στην περιοχή του στόματος και του προσώπου είναι ως επί το πλείστον πολύ δυσκολότερες από τις επεμβάσεις της εκτομής. Όμως, οι προσπάθειες της αποκαταστατικής χειρουργικής δικαιώνονται, καθώς εντάσσονται στον κύριο στόχο της θεραπείας του καρκίνου, που είναι η μακρόχρονη επιβίωση του ασθενούς με την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Μέχρι τώρα, στην περιγραφή της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου παρουσιάσθηκαν αποκαταστατικές τεχνικές κυρίως με τοπικούς, σε άμεση γειτονία προς το έλλειμμα, κρημνούς, που συμβάλλουν στη λειτουργική και εν μέρει και στην αισθητική αποκατάσταση αυτών των αρρώστων. Στη διάρκεια του 20ου αιώνα, στην προσπάθεια αύξησης της επιβίωσης των αρρώστων, τόσο με την καθιέρωση των τεχνικών ευρείας και επί υγιών ιστών αφαίρεσης της πρωτοπαθούς βλάβης, όσο και με την εξέλιξη των τεχνικών της τραχηλικής λεμφαδενεκτομής, η αποκατάσταση των εκτεταμένων ελλειμμάτων που καταλείπονται από τις επεμβάσεις αυτές αποτέλεσε την επόμενη πρόκληση της χειρουργικής. Αυτή απαντήθηκε με τρεις σημαντικές προτάσεις, που αποτέλεσαν σταθμούς στην εξελικτική πορεία της Στοματογναθοπροσωπικής Χειρουργικής.

1. Οι σωληνωτοί κρημνοί. Οι κρημνοί αυτοί επινοήθηκαν από τον Filatow το 1917 και εφαρμόσθηκαν την ίδια χρονιά και στη γναθοπροσωπική περιοχή. Κατά τη διάρκεια του δευτέρου

παγκοσμίου πολέμου χρησιμοποιήθηκαν ευρύτατα για την αποκατάσταση μεγάλων ελλειμμάτων τραυματικής αιτιολογίας τόσο στη Γερμανία (K. Shuchardt) όσο και στη Βρετανία (H. Gillies). Σήμερα, οι σωληνωτοί κρημνοί έχουν σχεδόν εγκαταληφθεί και τη θέση τους έχουν πάρει οι τύποι κρημνών που αναφέρονται παρακάτω.

2. Οι γειτονικοί και οι απομακρυσμένοι κρημνοί. Οι σημαντικότεροι από τους κρημνούς αυτού του είδους, που συνέβαλαν στην άμεση αποκατάσταση ελλειμμάτων της στοματογαθοπροσωπικής περιοχής, ήταν ο μετωπιαίος και ο δελτοθωρακικός κρημνός που προτάθηκαν στη δεκαετία του 1960. Η ταχύτητα με την οποία οι κρημνοί αυτοί υιοθετήθηκαν τόσο για διαμπερή όσο και για απλά ενδοστοματικά ελλείμματα, οφείλεται στο ότι είναι αξιόπιστοι και σχετικά εύκολα εφαρμόσιμοι. Οι δυνατότητες ωστόσο, αξιοποίησης των μισχωτών κρημνών διευρύνθηκαν στη δεκαετία του 1970 με την εφαρμογή των νησιδωτών μυοδερματικών κρημνών και κυρίως του νησιδωτού μυοδερματικού κρημνού του μείζονος θωρακικού μυός. Ο τελευταίος αυτός χρησιμοποιήθηκε με επιτυχία για την αποκατάσταση ελλειμμάτων σε ολόκληρη την περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Τέλος, ο κρημνός του κροταφίτου μυός ή μυοκροταφικός, παρόλο που είχε δοκιμασθεί και παλαιότερα, από το 1981 και μετά χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα για την αποκατάσταση ενδοστοματικών ελλειμμάτων. Ο μετωπιαίος, ο δελτοθωρακικός, ο μυϊκός κρημνός του κροταφίτου μυός και ο νησιδωτός μυοδερματικός κρημνός του μείζονος θωρακικού μυός έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τα ελλείμματα που παραμένουν από τις χειρουργικές εκτομές στο 90% των περιπτώσεων.

3. Η εξέλιξη της μικροχειρουργικής. Στην πρόοδο αυτή συνετέλεσε η χρησιμοποίηση του χειρουργικού μικροσκοπίου με το οποίο επετεύχθη η ασφαλής αναστόμωση αγγείων, γεγονός που αποτέλεσε την απαρχή ενός νέου πεδίου στα πλαίσια της επανορθωτικής χειρουργικής. Έτσι καθιερώθηκε για πρώτη φορά ο όρος «ελεύθερος κρημνός». Στη στοματογαθοπροσωπική περιοχή η σημαντική αυτή εξέλιξη άρχισε με την εφαρμογή ελεύθερων αγγειούμενων κρημνών, με μικροχειρουργικές ανα-

στομώσεις αρτηρίας και φλέβας, από τους Daniel και Taylor το 1973.

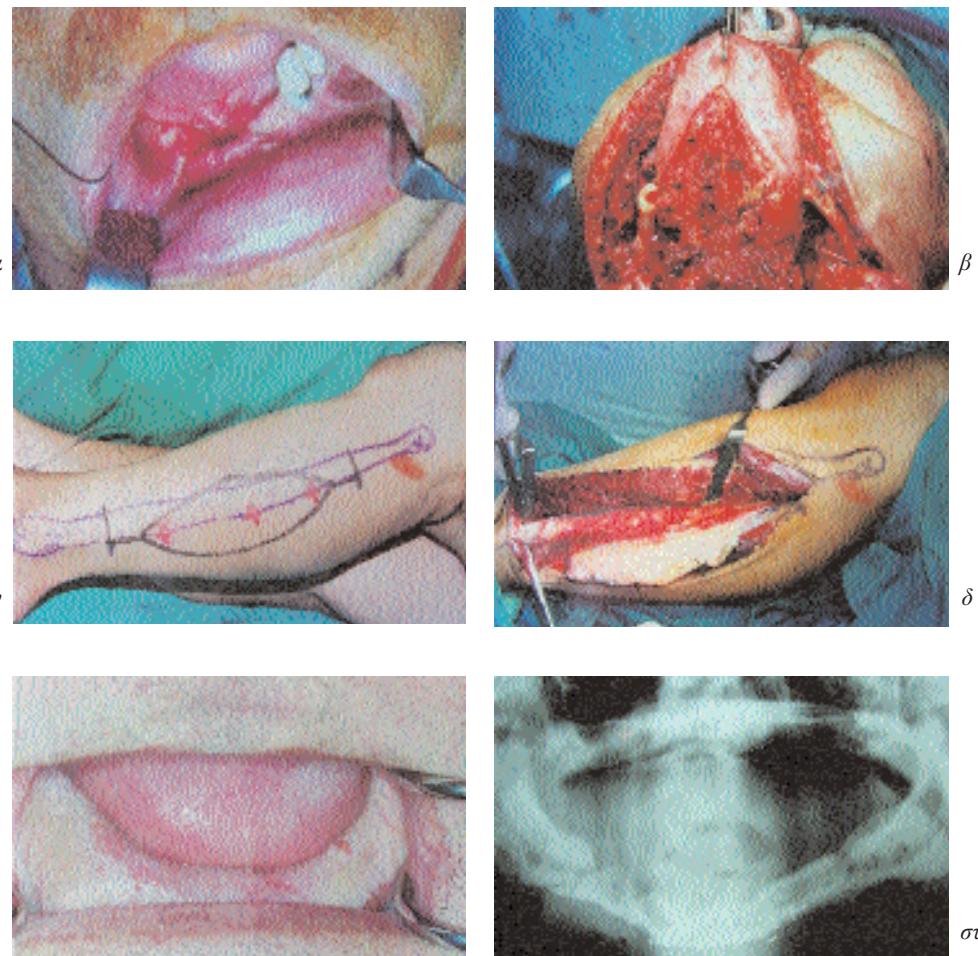
Ο κερκιδικός κρημνός του αντιβραχίου θεωρείται από τους πιο δημοφιλείς στο χώρο της Γναθοπροσωπικής Χειρουργικής. Επινοήθηκε από τους Κινέζους γιατρούς Song και Gao το 1982 και χρησιμοποιήθηκε σε ενδοστοματικά ελλείμματα από τον Soutar το 1983.

Ο ελεύθερος αυτός κρημνός είναι δερμοπεριτονιακός κρημνός, αγγειούμενος από την κερκιδική αρτηρία. Μπορεί να προσαρμοστεί στο μέγεθος του ελλείμματος, χωρίς να έχει υπερβολικό όγκο και μπορεί να αποκαταστήσει και την αισθητικότητα της περιοχής, αν γίνει ταυτόχρονα αναστόμωση των νεύρων, ενώ η νοσηρότητα στην δότρια περιοχή είναι ελάχιστη.

Τέλος, σε περιπτώσεις ασθενών που χρειάζονται αποκατάσταση ελλειμμάτων της κάτω γνάθου, μετά από τμηματική γναθεκτομή, προτείνεται ο περονιαίος ελεύθερος μικροαγγειούμενος κρημνός, ο οποίος είναι σύνθετος οστεομυοδερματικός κρημνός που περιλαμβάνει και τμήμα της διάφυσης της περόνης. Οι ενδείξεις για χρησιμοποίηση περονιαίου ελεύθερου μικροαγγειούμενου κρημνού, εκτός της αποκατάστασης σε περιπτώσεις ελλειμμάτων μετά από εκτομές κακοήθων όγκων, περιλαμβάνουν επίσης όλες τις περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε τμηματική γναθεκτομή είτε για καλοήθεις ή κακοήθεις όγκους της κάτω γνάθου, ασθενών με οστικά ελλείμματα που καταλείπονται από εκτομές λόγω οστεοακτινοέκρωσης καθώς και ασθενών στους οποίους απαιτείται αποκατάσταση ατροφικής κάτω γνάθου. Ασθενείς στους οποίους πραγματοποιείται αποκατάσταση με οστικά μοσχεύματα μπορούν να δεχθούν και εμφυτεύματα επί των μοσχευμάτων, οπότε είναι σε θέση να ασκήσουν και μεγαλύτερες μαστικές δυνάμεις. Η μέθοδος αποκατάστασης που τελικά θα επιλεχθεί, όταν υπάρχουν σύνθετα ελλείμματα, εξαρτάται από την εντόπιση του ελλείμματος και την γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

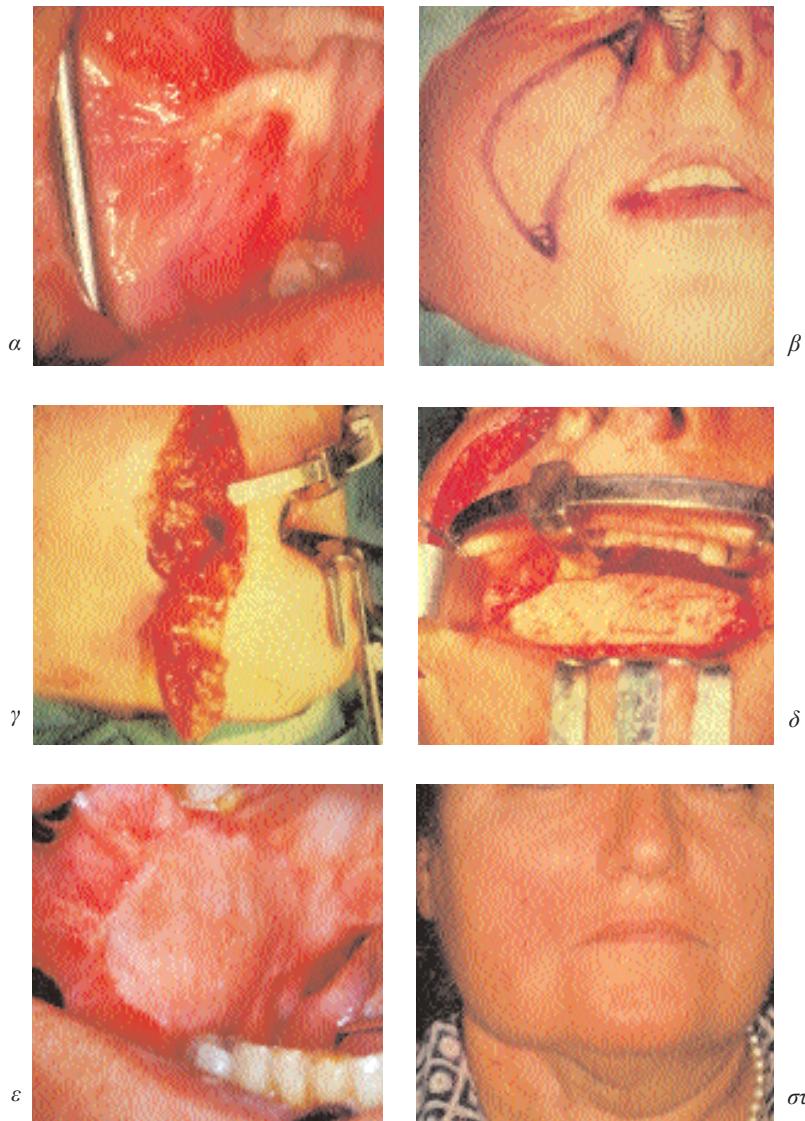
Στη συνέχεια παρατίθεται φωτογραφικό υλικό κλινικών περιπτώσεων, με εφαρμογές των αποκαταστατικών εγχειρητικών τεχνικών που χρησιμοποιούνται σε μεγάλα ελλείμματα.

ΠΕΡΟΝΙΑΙΟΣ ΟΣΤΕΟΔΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ



Εικ. 9.50. α) Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα του εδάφους των στόματος που διήθησε το παρακείμενο οστούν της κάτω γνάθου. β) Εκτομή της βλάβης που περιλαμβάνει και τμηματική γναθεκτομή της κάτω γνάθου. γ) Προετοιμασία της περιοχής της περόνης με σχεδιασμό των ορίων του οστού, της δερματικής νησίδας που θα περιληφθεί στον κρημνό, καθώς και των θέσεων των οστεοτομιών που θα πραγματοποιηθούν προς διαχωρισμό του οστικού μοσχεύματος. δ) Διεγχειρητική φωτογραφία από τη λήψη του περονιαίου οστεοδερματικού κρημνού (μικροαγγειοαναστομούμενος νησιδωτός περονιαίος οστεοδερματικός κρημνός). ε) Ενδοστοματική φωτογραφία του ασθενή όπου διακρίνεται η δερματική νησίδα που ελήφθη μαζί με το οστούν από την περιοχή της περόνης και μεταφέρθηκε ενδοστοματικά. στ) Πανοραμική ακτινογραφία στην οποία απεικονίζεται η περόνη μετά την αφαίρεση της πλάκας αποκατάστασης, ένα έτος μετά την επέμβαση.

ΝΗΣΙΔΩΤΟΣ ΡΙΝΟΧΕΙΛΙΚΟΣ ΚΡΗΜΝΟΣ (ΟΥΡΑΙΑ ΣΤΗΡΙΖΟΜΕΝΟΣ)



Εικ. 9.40. Περίπτωση υποτροπής καρκινώματος στο βλεννογόνο της δεξιάς παρειάς στην οποία το χειρουργικό έλλειμμα καλύφθηκε με νησιδωτό ρινοχειλικό κρημνό. α) Προεγχειρητική φωτογραφία της βλάβης. β) Σχεδιασμός του νησιδωτού ρινοχειλικού κρημνού. γ) διακρίνονται ο ουραία στηριζόμενος υποδόριος μίσχος, ο οποίος εξασφαλίζει την αιμάτωση της δερμοϋποδόριας νησίδας, καθώς και η διανοιχθείσα σήραγγα προς το στόμα. δ) Προώθηση του κρημνού στο στόμα μέσω της σήραγγας. ε) Ενδοστοματική μετεγχειρητική φωτογραφία της αποκατασταθείσας περιοχής και στ) το ικανοποιητικό αποτέλεσμα στη δότρια περιοχή.