

ХІРУРГІЧНІ ДОСТУПИ У ХВОРИХ ІЗ ПУХЛИНАМИ ЛАТЕРАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ОСНОВИ ЧЕРЕПА З ІНТРА-ЕКСТРАКРАНІАЛЬНИМ РОСТОМ

ДУ Інститут отоларингології імені О.С. Коломійченко

НАМН України

Вступ. Використання орбіто-вличного та підскроневого доступів надає можливість мінімізувати хірургічну травму при операціях у хворих на пухлини латеральних відділів основи черепа з інтра-екстракраніальним поширенням

Матеріал та методи. Проведено 30 оперативних втручань у хворих із доброякісними пухлинами латеральних відділів основи черепа з інтра-екстракраніальним ростом. Із них проведено 20 операцій орбіто-вличним доступом і 10 операцій підскронеvim доступом. Результати. Необхідність в резекції орбіто-вличного комплексу виникала при глибокій середній черепній ямці, коли дно середньої черепної ямки знаходилося нижче рівня вличної дуги. Для мобілізації пухлин латеральних відділів основи черепа проводиться широка резекція дна середньої черепної ямки. Мінімізація хірургічного втручання досягається шляхом мінімальних розрізів шкіри (в межах скроневого м'язу) та проведенням скронево-базальної трепанації. Орбіто-вличний доступ частіше використовувався при значному екстракраніальному компоненті пухлини. Підскронеvий доступ частіше використовувався при значному інтракраніальному компоненті.

Висновки. Радикальність видалення пухлин вища при резекції орбіто-скулового комплексу і при цьому не зростає травматичність операції (оцінки загального стану хворих по шкалі Карновського). Орбіто-вличний та підскронеvий доступи є менш травматичними і достатніми хірургічними доступами в протигагу лобно-скронеvому при хірургії пухлин латеральних відділів основи черепа з інтра-екстракраніальним ростом.

Ключові слова: пухлини, латеральні відділи, основа черепа, хірургічні доступи.

ВСТУП

Для хірургічного лікування хворих з пухлинами латеральних відділів основи черепа, котрі мають інтра-екстракраніальний ріст (пухлини дна середньої черепної ямки, підскронеvої ямки, крило піднебінної ямки, ділянки кавернозного синуса, основної пазухи) широко використовується лобно-скронеvий доступ, як самостійний або в поєднанні із резекцією орбіто-вличного комплексу (12, 13). Вимоги до підвищення інтраопераційної безпеки хворих, зниження травматизації оперативного втручання зростають (2, 5, 13) і разом з цим виникають потреби в мінімізації хірургічних втручань, зокрема ряд авторів пропонує використання субкраніальних доступів в хірургії пухлин інтра-екстракраніального поширення (7, 10, 11) чи краніо-базальних доступів (3, 4, 6, 8, 9)

Мета: мінімізація лобно-скронеvого доступу, зокрема, використання підскронеvого доступу та орбіто-скулового доступу, їх ефективність та малотравматичність в хірургії пухлин латеральних відділів основи черепа з інтра-екстракраніальним поширенням.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Виконано 30 оперативних втручань у хворих із доброякісними пухлинами латеральних відділів основи черепа (табл. 1). У 25 хворих первинна локалізація мала місце екстракраніально (підскронева, крило-піднебінна ямки). У цих хворих виявлені ангіофіброми, шваноми із наступним інтракраніальним поширенням. У 5 хворих мали місце інтракраніальні менінгеоми із наступним екстракраніальним поширенням.

При підскроневому доступі хворим проводилась резекція дна середньої черепної ямки та птеріону для розширення візуалізації пухлин вищевказаної локалізації (рис.2, Є, Ж). При орбіто-вличному доступі додатково проводилась резекція орбіто-вличного комплексу (вличної дуги, частина тіла вличної кістки, лобного паростка вличної кістки), [рис.1, Б, В, рис. 2, Г].

Таблиця 1

Розподіл хворих в залежності від хірургічних доступів до дна середньої черепної

ямки

Вид патологій		Хірургічні доступи		
		Орбіто-вличний доступ	Підскроневий доступ	Всього
Доброякісні пухлини	абс.(п)	20	10	30
	%	67,0 %	33,0%	100%

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Резекція орбіто-вличного комплексу в хірургії латеральних відділів основи черепа використовувалась нами вдвічі частіше. Це рішення приймалось на підставі особливостей будови дна середньої черепної ямки.

Необхідність в резекції орбіто-вличного комплексу виникала при глибокій середній черепній ямці, коли рівень дна середньої черепної ямки знаходився нижче рівня вличної дуги. В таких випадках проводився орбіто-вличний доступ, як підготовчий етап для доступу до дна середньої черепної ямки, підскроневої та крило піднебінної ямки, бокової стінки глотки, кавернозного синуса. Для мобілізації краніофасціальних пухлин латеральних відділів основи черепа проводиться резекція дна середньої черепної ямки (крил основної кістки, птеріону), при необхідності латеральної стінки орбіти. У випадку однорівневої локалізації дна середньої черепної ямки та вличної дуги, резекція вличної дуги чи орбіто-вличного комплексу не проводилась, а проводилась резекція дна середньої черепної ямки.

Розрізи шкіри при орбіто-вличному доступі чи підскроневому доступі відображені на рис. 1 А. Біфронтальний розріз шкіри виконувався не часто. Краніофасціальний розріз шкіри, в межах проекції скроневого м'язу (штрих лінія на рис. 1 виконувався найчастіше. Краніофасціальний розріз передбачав проведення вертикального та поперечного компонентів. Скроневий м'яз мобілізується по периметру шкірно-апоневротичного розрізу (рис. 2. В, Г). Особливістю мобілізації шкірно-апоневротичного клаптя та мобілізації скроневого м'язу є збереження лобної

гілки лицьового нерва в першому випадку та збереження надостя в другому випадку (попередження таким чином атрофії скроневого м'язу. Лінійний розріз шкіри (штрих – пунктирна лінія, рис.1, А) проводився при обмеженій краніофасціальній пухлині. Розріз шкіри при цьому має бути над проекцією пухлини, оскільки скронева м'яз при лінійному розрізі мобілізується в сторони. Резекція цілого орбіто-вличного комплексу не проводиться, а проводиться тільки резекція виличної дуги в межах тіла виличної кістки та корня виличної дуги. Кістково-пластична трепанація в лобно-скронева ділянці не проводиться, а виконується резекційна трепанація в скронево-базальній ділянці, рис. 2, Д, Є.

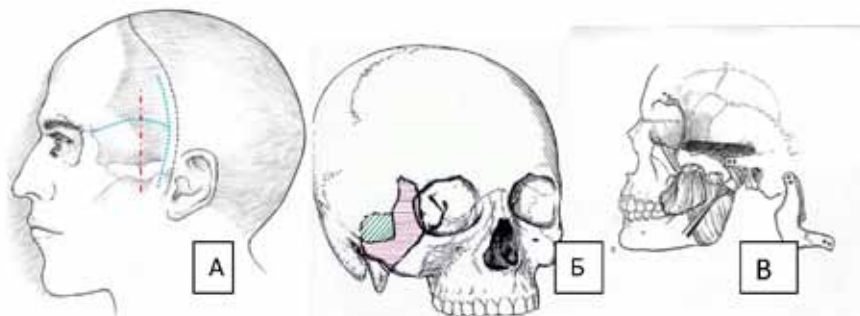


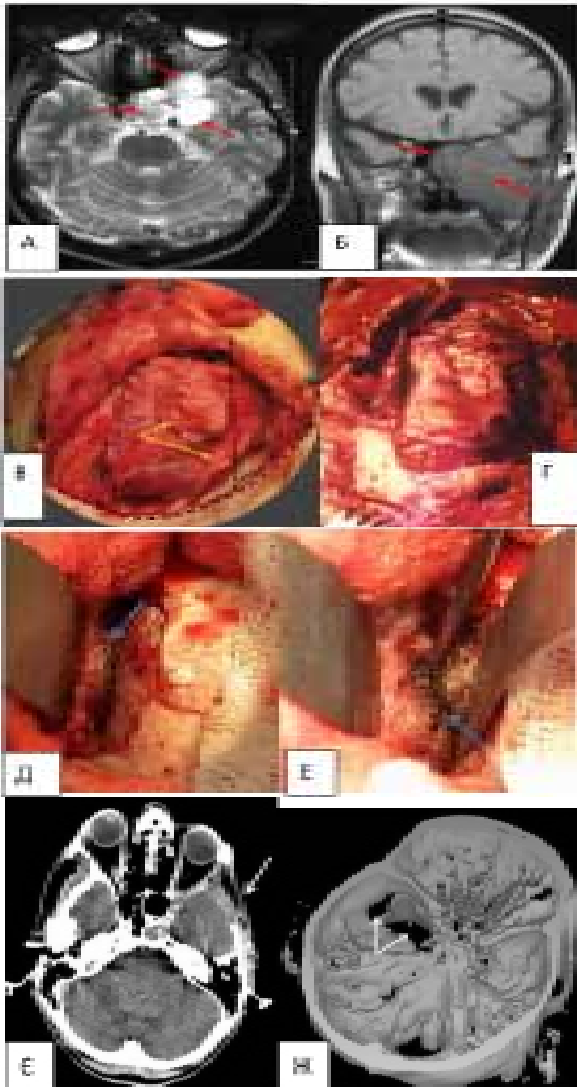
Рис.1. Розрізи шкіри та трепанації при боковій краніофасціальній резекції

Примітка: А- розрізи шкіри при орбіто-вличному чи підскроневому доступі: біфронтальний розріз (штрих пунктирна лінія), лінійний розріз (штрих-пунктирна лінія), скронево-лицевий розріз (горизонтальний та вертикальний компоненти, штрих лінія). Кісткові розпили при орбіто-вличному доступі: Б- резекція орбіто-вличного комплексу (частина тіла виличної кістки разом із її лобним паростком та виличною дугою). Також проводиться резекція дна середньої черепної ямки. В – резекція виличної дуги.

Приводимо клінічний випадок хворого із нейрофібромою латеральних відділів основи черепа, де має місце значний екстра краніальний ріст, поширення пухлини в проекцію кавернозного سینуса, скронево-медіо-базальні відділи (рис.2 А, Б). На рис. 2 Є, Ж, (знімки після операції) показано тотальне видалення пухлини при орбіто-вличному доступі розширеному резекцією дна середньої черепної ямки. Розріз шкіри- скронево-фасціальний.

Орбіто-вличний доступ найчастіше використовувався при значному інтра-екстракраніальному епідуральному поширенні пухлин, в тих випадках де мав місце більш виражений екстра краніальний компонент. В той час як підскронева доступ використовувався при переважаючому інтракраніальному компоненті краніофасціальних пухлин.

Радикальність видалення пухлин була вищою при резекції орбіто-вличного комплексу (рис. 3), при цьому зниження кількості рецидивів також було меншим, вдвічі (рис. 4). Субдуральне видалення пухлин використовувалось при значному інтракраніальному епідуральному рості пухлин.



Примітка:
А - доопераційні знімки. Інтракраніальний компонент нейрофіброми (медіальні відділи середньої черепної ямки, проекція кавернозного синуса), інтра-орбітальний компонент та компонент в основній пазусі; Б-екстракраніальний компонент нейрофіброми,

В-скронево-лицевий розріз шкіри (штрих-лінія). Скроневий м'яз (подвійна стрілка).

Г-резекція орбіто-скулового комплексу,

Д-скронево-базальна резекція,
Е-тверда мозкова оболонка відведена (стрілки вказують на пухлину),

Є, Ж- скронево-базальна резекція. Стан після операції, тотальне видалення пухлини.

Рис. 2. Клінічний випадок хворої з нейрофібромою з інтраекстра-краніальним ростом в латеральних відділах основи черепа

Таблиця 2

Радикальність видалення пухлин при орбіто-вличному та підскроневому доступах

Радикальність видалення		Хірургічні доступи		
		Орбіто-вличний	Підскроне-вий	Всього
Тотально (Т)	абс.(n)	15	4	19
	%	75,0%	41,7%	
Субтотально (ST)	абс.(n)	5	4	9
	%	25,0%	41,7%	
Частково (NT)	абс.(n)	0	2	2
	%		16,7%	
Всього		20 (100%)	10 (100%)	30

Таблиця 3

Рецидиви росту пухлин при орбіто-вличному та підскроневому доступах

Рецидиви росту		Хірургічні доступи		
		Орбіто-вличний	Підскроне-вий	Всього
Рецидив (Rec)	абс.(n)	2	2	4
	%	10,0%	18,2%	
Без рецидиву (Без Rec)	абс.(n)	18	8	26
	%	90,0%	81,8%	
Всього		20(100%)	10 (100%)	30

Таблиця 4

Шкала Карновського в групах хворих до та після операції

Показник		Хірургічні доступи	
		Орбіто-скуловий	Підскроне-вий
Шкала Карновського	До операції	81.0	78.3
	Після операції	79.5	80.8

Загальний стан хворих згідно середнього показника по шкалі Карновського до та після операції суттєво не відрізнявся. Резекція орбіто-вличного комплексу не погіршує загальний стан хворих в післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

Радикальність видалення пухлин вища при додатковій резекції орбіто-вличного комплексу і при цьому відмічена менша рецидивність росту пухлин.

Епідуральне видалення пухлин найбільш адекватне при епідуральній інтра-екстракраніальній патології (субдуральне видалення не підвищує радикальності)

Додаткова резекція орбіто-вличного комплексу не підвищує травматизацію операції і не знижує середній показник загального стану хворих в післяопераційному періоді.

Використання орбіто-вличного та підскроневого доступів є ефективним і достатнім в хірургії пухлин латеральних відділів основи черепа з інтра-екстракраніальним ростом

Література

1. Усачев Д.Ю. Тактика хирургического лечения внутричерепных хордом: автореф. дис. к-та мед. наук: шифр спец. 14.00.28. НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. М. 1998.
2. Beals S.P., et al. Secondary craniofacial problems following skull base surgery. Clin Plast Surg. 1997, 24 (3): 565-581.
3. Cantrell R.W., Ghorayeb B.Y., Fitz-Hugh G.S. Esthesioneuroblastoma: diagnosis and treatment. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1977, 86 (6 Pt 1): 760-765.
4. Cantu G., Riccio S., Bimbi G., Squadrelli M., Colombo S., Compan A., Rosi M., Pompilio M., Solero C. Craniofacial resection for malignant tumors involving the anterior skull base. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology and Head & Neck. Springer-Verlag. 2006.
5. Cernea C.R., et al. Indications for, contraindications to, and interruption of craniofacial procedures. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997, 106 (11): 927-933.
6. G. A. Gabibov, A. V. Kozlov, K. A. Heboyan. Anterior skull base defect plasty. First International Skull Base Congr. Hannover, Germany. 1992.
7. Iseh K.R., Amutta S.B., Shehu B.B., Nasir J. Combined transfacial and transcranial approach for tumours of the nose and paranasal sinuses with intracranial extension. Niger. J. Med. 2011, 20 (2): 216-219.
8. Janecka I.P. New reconstructive technologies in skull base surgery: role of titanium mesh and porous polyethylene. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000, 126 (3): 396-401.
9. Ketcham A.S., Chretien P.B., Van Buren J.M., Hoyer R.C., Beazley R.M., Herdt J.R. The ethmoid sinuses: a re-evaluation of surgical resection. Am. J. Surg. 1973, 126 (4): 469-476.
10. Lund V.J., Harrison D.F. Craniofacial resection for tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses. Am. J. Surg. 1988, 156: 187-190.
11. Plinkert P.K., Zenner H.P. Transfacial approach, craniofacial resection and midfacial degloving in surgery of malignant tumors of the anterior cranial base and adjacent paranasal sinuses. HNO. 1996, 44: 192-200.
12. Terz J.J., Alksne J.F., Lawrence W. Jr. Craniofacial resection for tumors invading the pterygoid fossa. Am J Surg. 1969, 118 (5): 732-740.
13. Thurnher D., Novak C.B., Neligan P.C., Gullane P.J. Reconstruction of lateral skull base defects after tumor ablation. Skull Base. 2007, 17 (1): 79-88.

О.И. Паламар

Хирургические доступы у больных с опухолями латеральных отделов основания черепа с интра-экстракраниальным ростом

ГУ Институт отоларингологии им. О.С. Коломийченко

НАМН Украины

Вступ. Использование орбито-скулового и подвисочного доступов дает возможность минимизировать хирургическую травму при операциях на опухолях латеральных отделов основания черепа с интра-экстракраниальным ростом.

Материал и методы. Проведено 30 оперативных вмешательств у больных с доброкачественными опухолями латеральных отделов основания черепа с интра-экстракраниальным ростом. Из них 20 операций проведено орбито-скуловым доступом и 10 операций подвисочным доступом.

Результаты. Необходимость в резекции орбито-скулового комплекса возникала при глубокой средней черепной ямке, когда дно средней черепной ямки находилось ниже уровня скуловой дуги. Для мобилизации опухолей латеральных отделов основания черепа производится широкая резекция дна средней черепной ямки. Минимизация хирургического вмешательства достигается путем минимальных разрезов кожи (в границах височной мышцы) и проведением височно-базальной трепанации. Орбито-скуловой доступ чаще использовался при значительном экстракраниальном компоненте опухоли. Подвисочный доступ чаще использовался при значительном интракраниальном компоненте.

Выводы. Радикальность удаления опухолей выше при резекции орбито-скулового комплекса и при этом не вырастает травматичность операции (по шкале Карновского оценки общего состояния больных). Орбито-скуловой и подвисочный доступы есть менее травматичны и достаточные хирургическими доступами в противовес лобно-височному в хирургии опухолей латеральных отделов основания черепа с интра-экстракраниальным ростом.

Ключевые слова: опухоли, латеральные отделы, основание черепа, хирургические доступы.

O.I. Palamar

Surgical approaches in patients with tumors of lateral departments of skull base with intra-extracranial extension

State Institution of otolaryngology named after O.S. Kolomiychenko National
Medical Academy of Medical Sciences of Ukraine

Introduction. Orbito-zygomatic and subtemporal approaches give an opportunity to minimize surgical trauma on patients with the lateral skull base tumors/

Material and methods. We performed 30 operations on patients with benign tumors to the lateral skull base with intra-extracranial extension. Out of them 20 operations done using the orbito-zygomatic approach and 10 patients done using the subtemporal approach.

Results. Necessity in orbito-zygomatic complex removal was every time when the middle fossa floor appeared to have been lower than the zygomatic arch. To mobilise the tumor on every side we performed wide resection of the middle fossa floor. Minimizing the surgical procedure achieved thereby minimizing the skin incision (inside the temporal muscle boundaries) and performing skull opening at the base of the temporal bone. Orbito-zygomatic approach was used in the case when tumors mostly expanded extracranially and subtemporal approach was mostly used when tumors had predominantly intracranial extension.

Conclusions. Radical tumor removal is higher when orbito-zygomatic approach done and surgical trauma is not increased (Karnovsky scale). Orbito-zygomatic and subtemporal approaches are less traumatic and sufficient surgical approaches in treating patients suffering from the lateral skull base tumors with intra-extracranial extension.

Key words: tumors, lateral department, skull base, surgical approaches.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

І.І. Тиш, О.А. Цімейко, І.І. Скорохода, В.В. Мороз,
І.Д. Авазашвілі

ВИБІР МЕТОДУ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ ІЗ МУЛЬТИФОКАЛЬНИМИ ОКЛЮЗІЙНО- СТЕНОТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м.Київ

Вступ. Останнім часом прогресивно розвиваються методи інтервенційної хірургії які сприяють впровадженню методики ангіопластики і стентування сонних артерій (ССА). Стентуванням називається встановлення у звужену частину артерії стента, який являє собою металеву трубочку, що складається з комірок.

Мета. Порівняння ефективності та безпеки двох видів хірургічних втручань КЕ та ССА у групі хворих з мультифокальними оклюзійно-стенотичними ураженнями брахіоцефальних артерій.

Матеріали та методи. Протягом 2006-2013рр. обстежено, проліковано та проведення вивчення катамнезу 176 пацієнтів (154 чоловіки та 22 жінки) у віці від 48 до 85 років, із симптомними стенозами іпсилатеральної брахіоцефальної артерії 50% і більше та асимптомними більше 70%.

Результати. В найближчому післяопераційному періоді в обох групах хворих ознак наروстання вогнищового неврологічного дефіциту виявлено не було. Були відсутні