

¹Національний інститут раку, Київ

²КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер»

РОЗШИРЕНА РАДИКАЛЬНА ШИЙНА ДИСКЕКЦІЯ В КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ РЕГІОНАРНИХ МЕТАСТАЗІВ У ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ



В.С. Процик¹, О.В. Кравець²,
О.М. Трембач¹, С.В. Коробко¹

Адреса : Процик Володимир Семенович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
Тел./факс: (044)258-03-34
E-mail: prof_protsyk@ukr.net



Ключові слова: злоякісні пухлини
голови та шиї, розширена ради-
кальна шийна дисекція.

Найбільш несприятливим прогностичним фактором є наявність шийних метастазів злоякісних пухлин голови та шиї з екстранодулярним розповсюдженням метастатичної пухлини. Проведено аналіз використання розширених радикальних шийних дисекцій у 29 хворих зі злоякісними пухлинами голови та шиї. Отримані безпосередні та віддалені результати свідчать про ефективність проведення таких об'ємних операцій з використанням пластичних методів реконструкції післяопераційних дефектів.

ВСТУП

Надзвичайно важливим прогностичним фактором у пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями голови та шиї є наявність метастазів у шийних лімфатичних вузлах. Вживаність хворих, у яких розвиваються регіонарні метастази, знижується на 50%, а пухлинний процес відносять до III–IV стадії [1, 2]. Протягом багатьох десятиліть стандартним лікуванням цих пацієнтів була радикальна шийна дисекція, яка включала видалення всіх груп шийних лімфатичних вузлів з кивальним м'язом, внутрішньою яремною веною та додатковим нервом.

Класична радикальна шийна дисекція була описана G. Crile у 1906 р. [3]. Н. Martin у 1951 р. детально виклав техніку радикальної шийної дисекції [4]. У 1963 р. O. Soares запропонував функціональні дисекції, при яких проводилося видалення певних груп лімфатичних вузлів зі збереженням важливих структур шиї. Подальший розвиток ідей автора відображено в роботах E. Bossa, A. Ballentyne, R. Byers [5, 6]. З 1980 р. функціональні дисекції були широко впроваджені в практику. Цьому сприяло краще розуміння біології та закономірностей метастазування [7–10].

У певній категорії пацієнтів, як правило із N2–3 шийними метастазами, є необхідність проведення розширеної дисекції. Вона передбачає видалення додаткових структур, таких як шкіра, підшкірна клітковина, під'язиковий нерв, блукаючий нерв, двочеревцевий м'яз, сонна артерія. Дослідження A. Shaha показали, що незважаючи на розпо-

всюдженість метастатичного процесу, проведення розширених радикальних шийних дисекцій дозволяє досягнути локального контролю у 70% оперованих хворих [11, 12].

У останні десятиріччя шийні дисекції стандартизовано та виділено 4 основні типи: радикальна шийна дисекція; розширена радикальна шийна дисекція; радикальна модифікована шийна дисекція; селективна шийна дисекція [13]. У цій статті будуть обговорені питання, присвячені розширеній радикальній шийній дисекції. На нашу думку, кожен хірург, який займається лікуванням пацієнтів з пухлинами голови та шиї, повинен знати показання, оперативну техніку виконання розширеної радикальної шийної дисекції та її прогностичне значення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Представлено результати комбінованого лікування 29 хворих зі злоякісними пухлинами голови та шиї, у яких проведено розширені радикальні шийні дисекції. Пацієнти перебували на лікуванні в Національному інституті раку та КЗ «Черкаський обласний онкологічний диспансер» у 2007–2013 рр. Серед оперованих — 21 хворий чоловічої та 8 хворих жіночої статі у віці від 34 до 68 років.

Найчастіше первинні пухлини локалізувалися у ділянці язика (8 хворих), рото- та гортаноглотки (7 осіб), дна ротової порожнини (6 пацієнтів), приušної залози (3 хворих) та носоглотки (1 пацієнт). У 3 хворих були регіонарні

метастази меланоми шкіри голови після раніше видаленої первинної пухлини за місцем проживання.

Усі хворі на рак вищезазначених локалізацій одержали комбіноване лікування, яке включало у 20 пацієнтів поліхіміотерапію та променеву терапію на первинну пухлину та регіонарні метастази. 6 хворих отримали тільки променеву терапію. Хіміотерапію проводили препаратами цисплатин 100 мг/м² у 1-й день + флуороурацил 1000 мг/м² з 1-го по 5-й день.

Передопераційну дистанційну гамма-терапію проводили методом дрібного фракціонування на первинну пухлину та регіонарні метастази разовою вогнищевою дозою 2 Гр, 10 Гр за тиждень до сумарної вогнищевої дози 60–65 Гр. Майже у всіх хворих за місцем лікування метастази в шийних лімфатичних вузлах визнано неоперабельними.

РЕЗУЛЬТАТИ

У всіх 29 хворих виконання розширеної радикальної шийної дисекції супроводжувалося утворенням значних за обсягом дефектів м'яких тканин, шкіри шії та прилеглих анатомічних утворень, на які розповсюджувалася пухлина (привушна залоза, драбинчастий м'яз, вушна раковина та ін.). Для реконструкції післяопераційних дефектів використовували шкірно-м'язові клапті із залученням великого грудного м'яза (рис. 1–4), трапецієподібного м'яза (рис. 5–7) та дельто-пекторального клаптя (рис. 8–10). У 1 хворого при роз-



Рис. 1. Вигляд післяопераційної рани після розширеної радикальної шийної дисекції з резекцією зовнішньої сонної артерії, шкіри шії та слизової оболонки задньої стінки глотки



Рис. 2. Макропрепарат

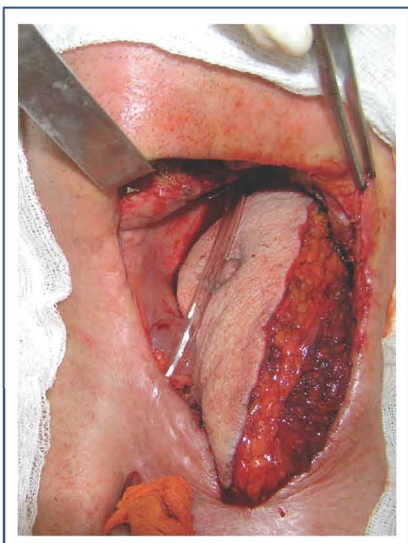


Рис. 3. Шкірно-м'язовий клапоть великого грудного м'яза, підведений до дефекту м'яких тканин шії та задньої стінки глотки



Рис. 4. Вигляд післяопераційної рани після заміщення дефекту м'яких тканин шії та задньої стінки глотки



Рис. 5. Метастаз раку носоглотки в лімфатичні вузли шії з ураженням шкіри. Стан після променевої терапії



Рис. 6. Вигляд післяопераційного поля після видалення препарату



Рис. 7. Вигляд післяопераційного поля через 8 місяців після операції.

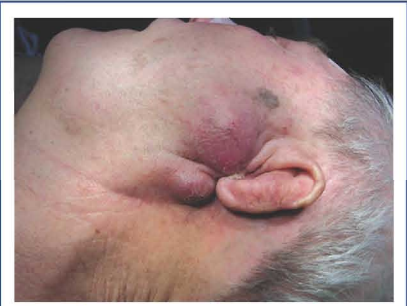


Рис. 8. Рак привушної залози з метастазами в шийні лімфатичні вузли

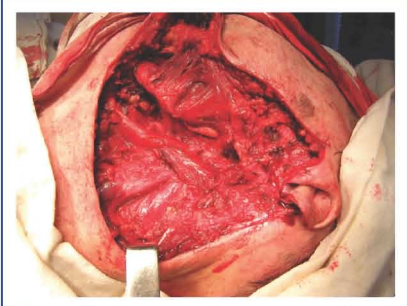


Рис. 9. Вигляд післяопераційної рани після розширеної радикальної шийної дисекції з паротидектомією, резекцією вушної раковини та шкіри



Рис. 10. Вигляд післяопераційного поля після пластики дефекту

ширеній радикальній шийній дисекції проведена резекція загальної та внутрішньої сонної артерії з заміщенням дефекту судинним алопротезом (рис. 11).

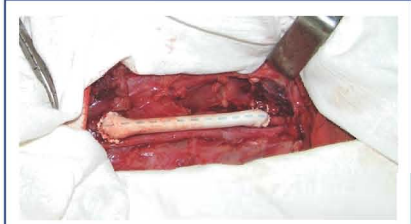


Рис. 11. Вигляд післяопераційної рани після розширеної радикальної шийної дисекції з резекцією загальної та внутрішньої сонної артерії. Дефект сонної артерії заміщено судинним алопротезом

У всіх 29 хворих відзначено повне приживлення трансплантата. Краєвий некроз клаптя реєстрували у 2 випадках і точкову оростому — у 1 хворого. Ці ускладнення ліквідовано до моменту виписки хворих зі стаціонару.

Віддалені результати показали, що рецидив захворювання виник у 9 (31,0%) хворих у різні строки від 5 до 13 міс після хірургічного втручання. У 1 хворого з меланою шкіри скроневої ділянки виник метастаз у головному мозку, який призвів до смерті хворого.

Отримані результати виправдовують застосування розширених радикальних шийних дисекцій у хворих зі злякисними пухлинами голови та шиї з екстранодальним розповсюдженням метастатичної пухлини.

ВИСНОВОК

Хворі зі злякисними пухлинами голови та шиї з екстранодулярним розповсюдженням регіонарних метастазів та залученням у процес шкіри, сонної артерії, двочеревцевого м'яза, драбинчастих м'язів потребують хірургічного лікування в спеціалізованих відділеннях пухлин голови та шиї, в яких виконують складні хірургічні втручання з первинною пластичною реконструкцією значних за обсягом післяопераційних дефектів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Shah J.P., Medina J., Shaha A.R. et al. (1993) Cervical lymph node metastasis. *Curr. Prob. Surg.*, 30: 331–335.
2. Kowalski L.P., Medina J.P. (1998) Nodal metastases (Predictive factors). *Otolaryngol. Clin. North. Am.*, 31: 621–637.
3. Crile G.W. (1906) Excision of the head and neck with special reference to the plan of dissection based on one hundred and thirty-two operations. *JAMA*. 47: 1780–1784.
4. Martin H., DelValle B., Ehrlich H. et al. (1951) Neck dissection. *Cancer*, 4: 441–499.
5. Byers R.M., Wolf P.F., Ballantyne A.J. (1988) Rationale for elective modified neck dissection. *Head Neck*, 10: 160–167.
6. Byers R.M. (1985) Modified neck dissection. A study of 967 cases from 1970 to 1980. *Am J. Surg.*, 150: 414–421.
7. Shah J.P. (1990) Cervical lymph node metastases (Diagnostic, therapeutic and prognostic implications). *Oncology (Huntingt)*, 4: 61–69.
8. Ducic Y., Young L., Intyre J. (2010) Neck dissection past and present. *Minerva Chir.*, 65: 45–58.
9. Patel K.N., Shah J.P. (2005) Neck dissection past present future. *Surg. Oncol. Clin.*, 14: 461–477.
10. Carlson E.R., Cheung A., Smith B. et al. (2006) Neck dissections for oral/head and neck cancer: 1906–2006. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, 64: 4–11.
11. Shaha A.R. (1990) Extended neck dissection. *J. Surg. Oncol.*, 45: 229–233.
12. Gavilan J., Ferlito A., Silver C.E. et al. (2002) The status of carotid resection in head and neck cancer. *Acta. Otolaryng.*, 122: 453–455.
13. Robbins K.T., Clayman G., Levine P.A. et al. (2002) Neck dissection classification update (Revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery). *Arch. Otolaryng. Head Neck Surg.*, 128: 751–758.

Расширенная радикальная шейная диссекция в комбинированном лечении регионарных метастазов у больных со злокачественными опухолями головы и шеи

В.С. Процьк¹, О.В. Кравец², А.М. Трембач¹, Е.В. Коробко¹

¹Национальный институт рака, Киев

²КУ «Черкасский областной онкологический диспансер»

Резюме. Наиболее неблагоприятным прогностическим фактором является наличие шейных метастазов злокачественных опухолей головы и шеи с экстранодулярным распространением метастатической опухоли. Проведен анализ использования расширенных радикальных шейных диссекций у 29 больных со злокачественными опухолями головы и шеи. Полученные непосредственные и отдаленные результаты лечения свидетельствуют об эффективности проведения таких объемных операций с использованием пластических методов реконструкции послеоперационных дефектов.

Ключевые слова: злокачественные опухоли головы и шеи, расширенная радикальная шейная диссекция.

Expanded radical neck dissection in combined treatment of regional metastases in head and neck cancer patients

V.S. Protsyk¹, O.V. Kravets², O.M. Trembach¹, Y.V. Korobko¹

¹National Cancer Institute, Kyiv

²Municipal institution «Cherkasy Oncology Center»

Summary. Presence of neck metastases with extranodal spreading is the most unfavorable prognostic factor in head and neck cancer patients. The usage of expanded radical neck dissection was analyzed in 29 head and neck cancer patients. Short-term and long-term results of treatment show effectiveness of that exaggerated operations using postoperative defects plastic reconstruction methods.

Key words: head and neck cancer, expanded radical neck dissection.