



گزارش یک مورد بازسازی مندیبول با فلپ استئومیوکوتائوس پکتورال ماژور

دکتر داریوش عرفانیان تقوایی^۱، دکتر احسان خدیوی بنا^۲

متخصص گوش و گلو و بینی^۱، رزیدنت گوش و گلو و بینی^۲، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

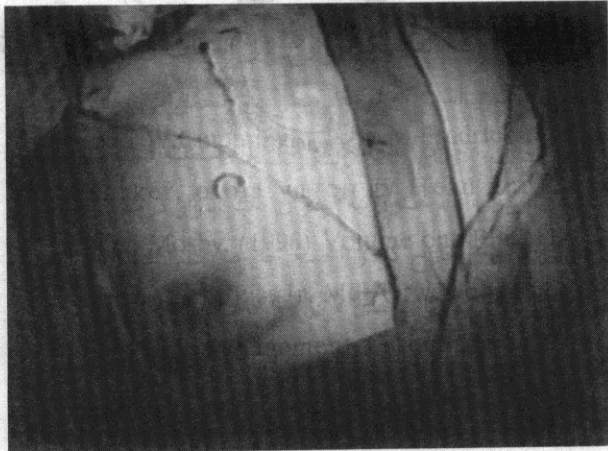
حذف قسمتی از قدام و طرفی کف دهان به همراه فک باعث ایجاد مشکل در فعالیت و ظاهر بیمار می‌گردد. در دهه‌های اخیر جراحان ترمیمی توانستند با استفاده از فلپهای آزاد حاوی استخوان رگ‌دار (VBCFFs) یا فلپهای استئومیوکوتائوس این مشکلات را برطرف سازند. بیمار ما یک خانم ۷۰ ساله بود که با SCC ریح آلونولار T4 مراجعه نموده بود. ما در یک مرحله قسمتی از فک و قدام و طرفی کف دهان را حذف نموده و در همان موقع مندیبول را با استفاده از فلپ استئومیوکوتائوس بازسازی نمودیم. بعد از حذف تومور ناتوانی کم، ظاهر مقبول و مکالمه و بلع طبیعی برای بیمار وجود داشت (۷). کلمات کلیدی: بازسازی مندیبول، فلپ پکتورال ماژور، فلپ استئومیوکوتائوس، دنده.

مقدمه

حذف قسمتی از قدام و طرفی کف دهان به همراه فک باعث ایجاد مشکل در فعالیت و ظاهر بیمار می‌گردد. اگر فعالیت زبان مختل شود ممکن است آرزوی تغذیه دهانی دور از دسترس شود و بیمار به اجبار از گاستروستومی تغذیه‌ای استفاده نماید. ظاهر Andy Gump که برای بیمار ایجاد می‌شود باعث می‌شود که وی به عنوان یک معلول اجتماعی تلقی شود. عموماً در بازسازی فک ایجاد یک قوس فکی کامل برای حفظ لب تحتانی و حفظ عمل طبیعی دهان کافی می‌باشد. با جایگزینی استخوان حذف شده بیمار بطور بالقوه می‌تواند برای استفاده از پروتز دندانی کاندید گردد. علی‌رغم موارد فوق گاهی ناتوانی شدید جسمانی بیمار و یا سن بالای وی مانعی برای افزایش زمان عمل جراحی و یا انجام بازسازی کافی بعد از عمل می‌باشد. در این مقاله ما با استفاده از فلپ استئومیوکوتائوس پکتورال ماژور قسمت حذف شده مندیبول را بطور اولیه ترمیم نموده‌ایم.

معرفی بیمار

خانم خ، گ، ۷۰ ساله، اهل و ساکن زابل که با شکایت توده اولسره ناحیه تنه فک تحتانی در سمت راست مراجعه نموده بود در معاینه توده به ابعاد 3 × 3 cm در ناحیه پاراسمفیز راست که به سمت بادی گسترش یافته بود مشهود بود که به پوست دست‌اندازی کرده و ضایعه اولسره بر روی پوست ایجاد نموده بود. سابقه شروع بیماری از ۷ ماه پیش بود و در نمونه برداری اولیه جواب SCC گزارش شده بود. در معاینه گردن، در لمس غده لنفاوی بزرگ وجود نداشت. در شرح حال سابقه مصرف دخانیات و مواد مخدر را ذکر می‌نمود. در CXR تصویر مشکوک در ریه سمت راست داشت که طبق گزارش رادیولوژیست به متاستاز شباهتی نداشت. با توجه به Stage تومور و حال عمومی بیمار تصمیم به حذف ضایعه و بازسازی در یک مرحله گرفته شد. عمل جراحی شامل حذف ضایعه با حاشیه ۲ cm (از ناحیه سمفیز تا زاویه مندیبول سمت راست) که شامل غده بزاقی



شکل ۳- طرح ریزی فلپ پکتورال مازور



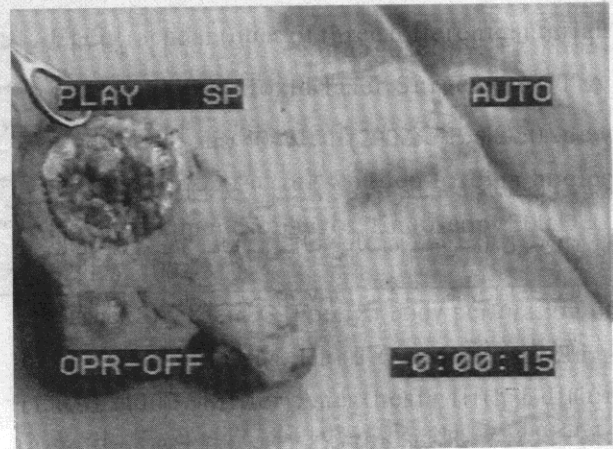
شکل ۴- فلپ به محل دیفکت منتقل شده



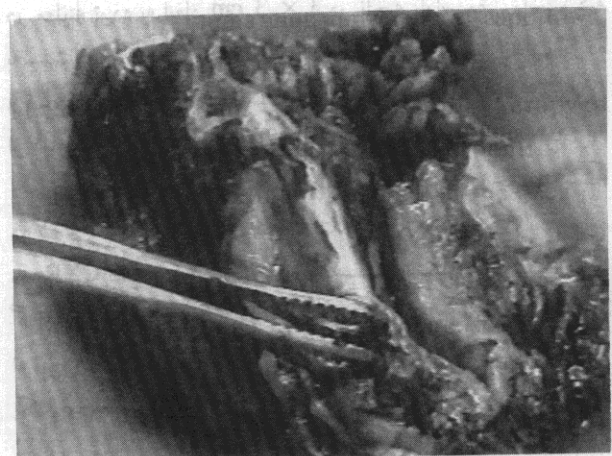
شکل ۵- گرافی بیمار روز بعد از عمل

ساب مندیبول نیز بوده انجام گرفت (شکل ۱ و ۲)، سپس MND با حفظ عصب زوج ۱۱ انجام شد و جهت بازسازی نقص استخوانی و نسج نرم از فلپ استومیوکوتانوس پکتورالیس مازور (دنده پنجم) استفاده شد (شکل ۳ و ۴)، آن‌گاه برای بیمار Chest Tube نیز تعبیه شد و از ضایعه مشکوک ریوی نیز دو بیوپسی برداشته شد، در نهایت بیمار تراکئوستومی گردید و از آن‌جا که خونریزی ناچیز بود لذا بیمار جهت جبران آن خونی دریافت نکرد (شکل ۵).

لوله تراکئوستومی چهار روز بعد و CT یک هفته بعد برداشته شد، بیمار پس از ۱۰ روز بستری با حال عمومی خوب ترخیص گردیده و حدود یک ماه بعد جهت رادیوتراپی ارجاع شد. بیمار در هنگام ترخیص قادر به بلع بود و حرکت زبان در تمام جهات به آزادی صورت می‌گرفت و قدرت تکلم بیمار نیز قابل ملاحظه بود.



شکل ۱- نمای ضایعه از سطح خارجی



شکل ۲- نمای ضایعه از سطح داخلی

نتیجه آسیب شناسی

نمونه اول: رزکشن نیمه راست فک تحتانی و نسوج نرم اطراف آن به اقطار 8×12 cm با درگیری پوست. از نظر میکروسکوپی SCC دیفرانسیه با طرح پایلاری مهاجم به درم پوست بافت چربی و استخوان و غده ساب مندیبول. نمونه دوم: زنجیره گانگلیونهای لنفاوی گردن در مجموع ۸ غده لنفاوی با ابعاد 0.4×0.7 cm در بررسی میکروسکوپی تهاجم وسیع به سطح برش دو غده لنفاوی کوچک مشاهده می‌گردد. نمونه سوم: بیوپسی از ریه با ابعاد 0.5×1 cm و 2×3.5 cm که از نظر میکروسکوپی کانون متاستاتیک مشهود نیست.

بحث

نقصهای قطعه‌ای مندیبول دارای علل مختلف مادرزادی و اکتسابی می‌باشد. تاکنون شایعترین علل آنها شامل جراحی برای حذف توده سرطانی، ترومای شدید و خردکننده فک و بیماریهای التهابی مثل استئومیلیت و یا استورادیونکروز بوده است. در تمام موارد فوق برحسب محل و موقعیت نقص مشکلات عملی و زیبایی برای بیمار ایجاد می‌شود، هنگامی که نقص وسعت می‌یابد و یا قسمتهای محسوسی از تته و یا قوس قدامی را درگیر می‌سازد باعث ناتوانی و معلولیت برای فرد می‌گردد. از دست رفتن حمایت ساختمانی زبان و حنجره نه تنها موجب مشکلات جویدن و بلع می‌گردد بلکه پرولاپس زبان به عقب می‌تواند باعث اشکال در راه هوایی گردد به حدی که تراکئوتومی دایمی را الزام نماید (۱). تصمیم برای انجام بازسازی اولیه یا ثانویه فک به منابع در دسترس جراح برای ترمیم نقص فک بستگی دارد. گرفتهای استخوانی بدون عروق به علت میزان بالای Failure امروزه به دست فراموشی سپرده شده‌اند. در مقابل استخوان اتولوگ رگ‌دار که در صورت آلودگی محدود با بزاق بیمار عفونی نمی‌گردد کاندید خوبی برای جایگزینی فک می‌باشد. از وقتی که از استخوانهای رگ‌دار مناسب استفاده شد و این استخوانها با بافت نرم کافی از حفره دهان مجزا گردید، میزان موفقیت قابل قبولی برای بازسازی اولیه حاصل گردید. این مهم با استفاده از تکنیک میکروسرجری و فلیپهای آزاد حاوی استخوان رگ‌دار (VBCFF) Vascularized Bone Containing Free Flaps و یا فلیپهای استئومیوکوتانوس به دست آمد (۱). در مورد تکنیک میکروسرجری و استفاده از VBCFF

می‌توان از استخوانهای ایلیم، اسکاپولا، رادیوس، فیولا، دنده، هومروس، متاتارس، اولنا و ترقوه استفاده نمود. از نظر دانسیته استخوانی در یک بررسی استخوانها به ترتیب زیر دسته‌بندی شدند (قسمتی از استخوان جمجمه < استخوان ایلیاک < ترقوه < اسکاپولا < دنده < فیولا) که هرچه دانسیته استخوان بالاتر باشد. استحکام آن برای تحمل فشارهای پروتز دندانی بعدی بهتر خواهد بود (۲، ۳، ۴، ۵، ۶).

از فلیپهای استئومیوکوتانوس دارای کاربرد برای بازسازی فک می‌توان به فلیپ تراپزیوس با قسمتی از خاراسکاپولا و نیز فلیپ پکتورال ماژور، سراتوس قدامی یا لاتیسموس دورسی با قسمتی از دنده اشاره نمود (۱).

عده‌ای از جراحان معتقد به بازسازی فک در یک عمل جراحی ثانویه می‌باشند. از آنجایی که لبه‌های جراحی به ویژه در بیمارانی که قبلاً رادیوتراپی شده‌اند در frozen section قابلیت بررسی مناسبی ندارند بازسازی فک را می‌توان تا یافتن مارژین میکروسکوپی سالم به تأخیر انداخت، defect جراحی را می‌توان در طی ۲-۳ روز Pack نمود. بعد از حذف قسمتهای لازم و تازه کردن لبه‌های زخم عمل بازسازی بطور ثانویه انجام می‌گردد (۱). روش دیگر استفاده از plate های فلزی برای ثابت کردن قطعات باقیمانده فک و پوشش آنها با بافت نرم می‌باشد. بازسازی نهایی نقص فک را می‌توان به هفته‌ها یا ماهها بعد از رادیوتراپی موکول کرد، آن‌گاه گرفتهای استخوانی نیز به اندازه استخوان رگ‌دار می‌تواند شمر ثمر باشد، زیرا که در این مرحله جراحی می‌توان از تماس گرفت با بزاق اجتناب نمود (۱).

در مورد استفاده از دنده در بازسازی مندیبول می‌توان گفت که یکی از بهترین موارد برای graft استخوانی می‌باشد. به ویژه هنگامی که با Costochondral Junction برای جایگزینی کندیل استفاده می‌گردد این مورد به ویژه در بچه‌ها که نیاز به مندیبول رشدکننده دارند جالب توجه است. دنده مورد استفاده در بازسازی فک معمولاً دنده ۵، ۶ یا ۷ می‌باشد (۱). اولین مورد استفاده از استخوان رگ‌دار در بازسازی مندیبول از دنده بوده است که به روشهای مختلف می‌تواند به محدوده دهان انتقال یابد. خون‌رسانی عروقی به این قسمت از دنده از طریق عروق آناستموتیک بین پریوست و عضله پکتورال ماژور همراه می‌باشد (۸).

ایجاد پنوموتوراکس جدی‌ترین عارضه متعاقب برداشت دنده است، به ویژه وقتی قرار است Costochondral Junction نیز برداشته شود. پریوست پوشاننده این Junction در قسمتهای

دنده برای بازسازی فک و استفاده از پروتزهای دندانی بعدی، اگرچه فلپ استئومیوکوتانتوس پکتورال مازور بهترین روش برای بازسازی مندیبول نمی باشد ولی با توجه به سادگی انجام آن (از نظر تکنیکی و زمانی) و امکان انجام آن در یک مرحله و توسط یک گروه جراحی این فلپ به عنوان یک روش بی دردسر برای جایگزینی نقصهای کوچک تنه مندیبول در همان مرحله حذف ضایعه، باید مدنظر جراحان باشد (۸).

فوقانی، قدامی و تحتانی حفظ می گردد تا از پارگی پلور جداری جلوگیری شود. آتلکتازی، احتقان و حتی پنومونی متعاقب هیپونتیلیسیون ناشی از درد محل برداشت می تواند عارض گردد که استفاده از بلوک عصبی طولانی اثرشانس این عوارض را کاهش دهد (۱).

نتیجه گیری

با توجه به امکانات جدید میکروسرجری و ضعف نسبی

REFERENCES

1. Cummings, C.W.: "Otolaryngology head & neck surgery". 3 rd ed, Mosby, U.S.A, PP 1635-1672, 1998.
2. Dinitraulis - G "Mandibular reconstruction following ablative tumor surgery: am overview of treatment planning" Aust - N - Z - J - Surg. 70(2): 120-6, 2000.
3. Foster - RD, Anthony - JP, et al "Vascularized bone flaps versus nonvascularized bone grafts for mandibular reconstruction: an outcome analysis of primary bony union and endossous implant success" Head-Neck. 21(1): 66-71, 1999.
4. Kanchanarak-C, Sittitrai - P. et al :Mandibular reconstruction free flap vs Ao plate" J - Med Assoc - Thai. 82(2): 126-30, 1999.
5. Myoumy, H. Kim, y. et al "Comparative radiologic study of bone density and cortical thickness of donor bone used in mandibular reconstruction" Oral-surg-Oral-Med-Oral-Pathol -Oral Radiol-Endod. 92(1): 23-9, 2001.
6. Schilephake-H, Schmelzeisen-R. et al "Comparison of the late results of mandibular reconstruction using nonvascularized or vascularized grafts and dental implants" J - oral - Maxillofac-surg. 57(8): 944-50, 1999.
7. Searle-A.E, Naghibzadeh-M "Radial forearm free flap for tongue, palate and pharyngeal reconstruction; a report of six cases" The-Iran- J - of Otolaryngology - 24: 4-11, 2000.
8. Shah, J.P: "Color atlas of head & neck surgery". 1 st ed, waffe, London, PP. 292-95, 1995.