经验交流

文章编号:1000-5404(2011)15-1664-02

颈阔肌瓣+下颌骨外侧骨皮质切除术修复颊癌术后缺损的临床分析

刘家武[1],刘汉前[1],刘　磊[2]　(223300 江苏 淮安,南京医科大学附属淮安一院口腔科[1];610041 成都,四川大学华西口腔医学院[2])

[关键词]　改良术式;颈阔肌;颊癌
[中图法分类号]　R739.81　[文献标志码]　B

颊癌是常见的口腔癌,多数为中等分化的鳞状细胞癌,少数为腺癌。手术是治疗颊癌的主要方法,配合放化疗等可取得较好的治疗效果。颊癌术后将遗留颊部缺损,需及时进行修复。对此,临床常采用前臂瓣、额瓣、颞肌筋膜瓣等修复,但这些方法均有其缺点,如严重影响美观、技术要求较高等。因此,有学者采用颈阔肌瓣结合下颌骨方块切除术修复颊癌术后缺损,并取得了较好的治疗效果。但该手术方式也有缺点:双侧面部明显不对称、颈阔肌瓣蒂部易受压影响成活等。对此,本研究采用颈阔肌瓣加下颌骨外侧皮质切除术对颊癌患者进行手术治疗,探索颊癌术后缺损新的修复方式,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　病例资料

选择南京医科大学附属淮安一院口腔科2004－2008年就诊早、中期颊癌患者30例,采用颈阔肌瓣加下颌骨外侧皮质切除术对原发灶扩大切除后遗留的颊部缺损进行修复。其中男性13例,女性17例;经术前病理检查,29例鳞状细胞癌、1例腺癌,分化程度为高分化至中分化;年龄36~74岁,平均59.6岁;左侧14例,右侧16例。所有患者术前颈部淋巴结未扪及肿大,CT及彩超检查未见颈部肿大淋巴结。

1.2 手术方法

常规设计垂直型颈阔肌瓣,长宽比例不超出3:1,手术切口见图1。行颊癌原发灶扩大切除术+下颌骨外侧皮质及牙槽突切除术+颈淋巴清扫术,考虑到下颌骨骨膜处为肿瘤淋巴回流区域,在切除下颌骨外侧皮质同时切除该处骨膜及部分咀嚼肌。随后将切除颈阔肌瓣蒂部表皮及部分,向内上方折转,修复颊部缺损。颈部遗留缺损采用双侧潜行分离、拉拢缝合。



图1　手术切口示意图　红线为手术切口,垂直部分为颈阔肌瓣

[通信作者]　刘　磊,E-mail:drliulei@163.com

2　结果

30例患者颈阔肌瓣均成活,术后面部外形基本对称(图2),张口度2.8~3.5 cm,3例术后病检发现颈部有转移淋巴结,配合颈部放疗。随访3~7年,23例未见复发,7例有原发灶切除部位复发,均施行复发病灶切除术。除原3例颈部转移外又出现2例颈部转移患者,进行放射治疗。电话回访22例患者存活,4例死于颊癌及其并发症,2例死于其他原因,2例失访。



图2　传统方法(A)和改良方法(B)术后患者面部外形对比观察

3　讨论

颊癌是常见的口腔癌,颊癌的生存率依照年龄、性别、种族和地域的不同而不同,与癌肿的大小、手术边界、颈部转移、综合治疗等密切相关[1-3],但5年的50%生存率在大多数肿瘤中较低。近30年间颊癌的发病率和死亡率在发展中国家中有上升的趋势[3-4],对其进行手术常需切除大部或全部口腔黏膜,如有颊肌受累,原则上应该做颊部全层洞穿切除。因此,颊癌手术后常引起颊部黏膜或/和皮肤缺损,需要术中进行修复。在用于修复颊癌的各种组织瓣中,颈阔肌瓣具有操作简单、成活率高、手术风险小、费用低廉等优点,能够较好地修复颊部及周围口腔缺损。但患者对于传统颈阔肌瓣术后患侧面部膨隆、两侧面部不对称难以接受。因此,本研究采用下颌骨外侧皮质及牙槽突切除术替代传统的下颌骨方块切除术,研究结果证明,该术式可显著减少术后患者下颌区域的突起,能够较好地实现两侧面部对称。

颊癌病灶扩大切除术后如果相应部位下颌骨外侧骨膜以及颊侧骨皮质保留可能导致癌肿复发,术中应避免原发灶与颈部间淋巴通道癌组织残留,故手术中在病灶扩大切除的基础上,在宽度上切除病灶相应区域扩大1.5~2.0 cm的下颌骨外侧骨膜及下颌骨外侧骨皮质。颊癌淋巴回流往往通过下颌骨外侧转移至下颌下及颈深上淋巴结,故本改良术式阻断了可能的淋巴回流通道,对颊癌预后具有较大的临床意义。

传统颈阔肌瓣皮下蒂在下颌骨外侧骨壁受压,同时导致患侧面部膨隆、两侧不对称,且皮瓣远端受压后血供不足,易坏

死,术后并发症较多;改良术式较好地解决了这个问题,切除病灶相应下颌骨外侧骨膜及相应下颌骨外侧骨皮质为皮下蒂穿过留出了空间,蒂部受压不明显,皮瓣远端血供较好,术后易成活,且无面部明显膨隆。

颊癌根治手术做下颌骨方块切除,不仅切除牙槽骨且范围抵下牙槽神经孔,术后下颌骨缺少血供,一旦放疗,极易出现病理性骨折、严重并发症放射性骨坏死[5-7],甚至不做放疗也会出现病理性骨折。下颌骨L型、C型切除后只剩下支架功能,咬合重建、咀嚼功能丧失,即使做下颌骨咬合高度重建及种植修复功能未必得到很好的修复且费用不菲。改良术式较好地解决了这个问题,不需做切骨手术,只需切除下颌骨外侧骨皮质及部分牙槽骨,术后易于咬合重建和义齿修复,患者生活质量较高,故该术式值得在临床推广。术后颈清扫组织发现有淋巴结转移患者3例,均常规辅助放疗,射线量在5 000~6 000 rad之间。随访2年以上没有出现放射性骨髓炎、放射性骨坏死和病理性骨折[8]。

综上,本研究采用下颌骨外侧皮质及牙槽突切除术替代传统的下颌骨方块切除术,结合颈阔肌瓣修复颊癌术后缺损,可减少对颈阔肌瓣蒂部的压迫,提高颈阔肌瓣的成活率,减少术区组织膨隆,提高患者双侧面部对称性,较之传统术式有显著的优势,值得在临床应用推广。

参考文献:

[1] Jan J C, Hsu W H, Liu S A, *et al*. Prognostic factors in patients with buccal squamous cell carcinoma: 10-year experience[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2011, 69(2): 396-404.

[2] Chiou W Y, Lin H Y, Hsu F C, *et al*. Buccal mucosa carcinoma: surgical margin less than 3 mm, not 5 mm, predicts locoregional recurrence[J]. Radiat Oncol, 2010, 5: 79.

[3] Jenwitheesuk K, Surakunprapha P, Chowchuen B, *et al*. Results of multidisciplinary therapy of squamous cell carcinoma of the buccal mucosa at Srinagarind Hospital, Thailand[J]. J Med Assoc Thai, 2010, 93(11): 1262-1267.

[4] 肖林. HSP70/HSP70-PC在舌癌热疗联合CTL免疫疗法中作用机制的研究[D]. 成都: 四川大学, 2006.

[5] 董玉英. 口腔颊癌p53、p16基因变异和蛋白表达与其生物学行为的关系[D]. 石家庄: 河北医科大学, 2006.

[6] Curi M M, Oliveira-dos-Santos M, Feher O, *et al*. Management of extensive osteoradionecrosis of the mandible with radical resection and immediate microvascular reconstruction[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2007, 65(3): 434-438.

[7] Gal T J, Jones K A, Valentino J. Reconstruction of the through-and-through oral cavity defect with the fibula free flap[J]. Otolaryngol Head Neck Surg, 2009, 140(4): 519-525.

[8] Pitak-Arnnop P, Sader R, Dhanuthai K, *et al*. Management of osteoradionecrosis of the jaws: an analysis of evidence[J]. Eur J Surg Oncol, 2008, 34(10): 1123-1134.

(**收稿**:2011-04-08;**修回**:2011-05-29)

(编辑 张 维)

(上接1655页)

2 讨论

在四肢肿瘤中软组织肿瘤的发生率远较骨肿瘤多。软组织肿瘤来源于中胚层,分为良性与恶性两类,良性软组织肿瘤多见,其中海绵状血管瘤最常见,其次为脂肪瘤、神经组织肿瘤等[1]。临床常见小儿良性肿瘤有血管瘤、淋巴管瘤、脂肪瘤。多出现在颈部、背部、四肢等处,而躯干与肢体连接部发生者少见。据统计,该良性肿瘤约占全部脂肪瘤的0.3%,占骨肿瘤的0.9%[2]。

该病可发于任何年龄,以成人多见,男性多于女性。本例为男性婴儿,出生后2个月出现局部无痛的肿物逐渐增大使临近骨、软骨受压凹陷,局部畸形明显,具有明显的手术治疗适应证。但在术前需要和小儿脂肪肉瘤进行鉴别。既往研究表明,除病理诊断外,可通过超声、CT诊断,尤其是MRI扫描最为有效[3]。因此,我们对患儿进行MRI检查后初步认定为脂肪瘤并进行了手术治疗。

肢体与躯干骨盆部软组织肿瘤基本可以触及,对肿瘤的部位、深度、边缘清楚程度、活动度和肿瘤形状及大小均可触摸及测量。同时还应检查通过瘤区附近的神经干与大血管有无受累,对判断肿瘤深部范围有帮助。如肿物直径<5 cm,孤立肿瘤边界清楚,对深部组织可移动,深部未穿出间区之外,属于良性肿物;如肿物直径>5 cm,边界不甚清楚,与深部组织黏连、压痛等是恶性肿瘤的表现。触诊还可知该肿瘤是否在一个间区之内。X线检查可显示软组织肿瘤对骨有无侵袭。MRI检查可显示肿瘤是否穿出间区及判断间区内大血管和神经干的关系,鉴别肿瘤的成分等。本例患儿经过上述系列临床检查和术前讨论后,制定了手术彻底切除肿瘤的方案,同时做好了整块切除有损伤大血管及神经的危险预判,突发情况下可行包膜内分块切除。术中在间隙之外,我们将整个肿瘤连同间隙的周壁,在横面上及远端、近端整块切除,不遗留肿瘤细胞,术中送3家医院行病理学检查,结果均为脂肪瘤。术后患儿康复理想,随访1年,患儿双下肢感觉、运动正常,未见肿瘤复发。该病有恶变的报道,但较少。故该病治疗应采取术前完善的肿瘤性质初步鉴定,进行早期包膜外完整的切除脂肪瘤,如果整块切除困难时,可先行包膜内切除,同时避免神经及血管的损伤,直至彻底切除包膜,以免肿瘤复发。

参考文献:

[1] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学[M]. 第3版, 北京: 人民军医出版社, 2005: 1539-1540.

[3] 江浩, 陆建平, 丁建国, 等. 骨旁脂肪瘤[M]//江浩. 骨与关节MRI. 上海: 上海科技出版社, 1999: 543-544.

[3] 藤原利男, 齐南. 小儿良性肿瘤[J]. 日本医学介绍, 2001, 22(1): 26-27.

(**收稿**:2011-04-14;**修回**:2011-05-30)

(编辑 汪勤俭)