

Invenția se referă la medicină, în special la chirurgie și oncologie, și este destinată reconstrucției faringelui și acoperirii concomitente a defectului de părți moi din regiunea cervicală anterioară.

Defectele postexcizionale ale gâtului anterior rămân în continuare o problemă din următoarele motive. Excizia oncologică largă a părților moi din regiunea cervicală anterioară presupune întreruperea continuității a două structuri tubulare de importanță vitală - laringele cu traheea și faringele cu esofagul. Dacă pentru întreruperea tractului respirator există o metodă simplă și eficientă - traheostoma, pentru tubul digestiv o metodă asemănătoare nu este acceptabilă și se impune reconstrucția continuității lui în scopul reluării alimentării pe gură. Prezența permanentă a enzimelor din salivă obligă reconstrucția esofaringelui cu țesut rezistent, bine vascularizat, pentru a nu permite apariția fistulelor. În același timp regiunea anterioară a gâtului trebuie acoperită cu țesut ce nu va afecta mobilitatea și aspectul estetic al zonei.

Este cunoscută metoda de reconstrucție a defectelor din regiunea anterioară a gâtului după excizii largi propusă de către J. S. Watson, care constă în pregătirea patului receptor, prelevarea autotransplantului liber miocutan, conținând mușchiul mare dorsal cu tegumentul supraiacent și un pedicul vascular, constituit din artera și vena toracodorsale, reconstrucția peretelui anterior al esofaringelui și acoperirea defectului restant de părți moi cu acest lambou prin formare de plică. Astfel, porțiunea tegumentară plicaturată a lamboului este folosită pentru reconstrucția peretelui anterior al esofaringelui, iar cealaltă porțiune acoperă defectul restant al zonei excizate [1].

Această metodă este simplă, accesibilă, dar are următoarele dezavantaje:

- Porțiunea plicaturată care este folosită pentru reconstrucția peretelui anterior al esofaringelui are o vascularizare mai precară. Astfel este mult mai crescut riscul de apariție a necrozelor terminale și marginale ale lamboului, care fiind potențată de acțiunea corozivă a salivei, poate duce la apariția fistulelor.

- Plicaturarea lamboului reduce de două ori dimensiunea lui, deci în defecte mari nu este suficientă acoperirea întregii suprafețe a defectului.

- Acest lambou este gros, care după plicaturare va avea o grosime mare și va modifica considerabil regiunea reconstruită.

Problema pe care o rezolvă prezenta invenție constă în reconstrucția calitativă a esofaringelui și acoperirea defectului extins de părți moi în regiunea cervicală într-o singură etapă operatorie imediat după excizia oncologică.

Metoda, conform invenției, înlătură dezavantajele menționate prin aceea că constă în pregătirea patului receptor, prelevarea unui autotransplant liber combinat, constituit dintr-un lambou miocutan, conținând mușchiul mare dorsal cu tegumentul supraiacent și un lambou fasciocutan scapular, cu un pedicul vascular unic, conținând artera și vena subscapulare, reconstrucția peretelui anterior al esofaringelui cu lamboul fasciocutan scapular și acoperirea defectului restant de părți moi cu lamboul miocutan.

Metoda propusă prezintă o serie de avantaje. Lamboul fasciocutan scapular, fiind subțire, creează un tub alimentar pliabil și elastic, facilitând deglutiția. Lamboul miocutan asigură o acoperire stabilă a neotubului alimentar, prevenind formarea fistulelor, în special pe un teren iradiat. Fiecare lambou conține ramuri vasculare separate (pentru lamboul fasciocutan scapular - ramuri ale a. și v. circumflexe ale scapulei, pentru lamboul miocutan - a. și v. toracodorsale), ceea ce asigură o bună vascularizare a acestora. Ambele surse vasculare ale lambourilor sunt ramuri ale a. și v. subscapulare, care formează pediculul unic pentru ambele lambouri. Pediculul unic permite de a efectua un singur set de anastomoze microvasculare, acest fapt reducând semnificativ riscul complicațiilor vasculare de ordin trombotic. Calibrul mare al vaselor scapulare oferă următoarele avantaje: dificultatea scăzută pentru chirurg în instituirea anastomozelor microvasculare, flux arterial și reflux venos suficiente pentru irigarea fără probleme a ambelor lambouri, precum și morbiditatea relativ scăzută a zonei donatoare. Vascularizarea suficientă a lambourilor sporește rezistența țesuturilor transplantului la factorii infecțioși. Astfel, rezultatul invenției constă în reconstrucția esofaringelui cu țesut rezistent și bine vascularizat, reducerea complicațiilor vasculare și septico-purulente și sporirea calității estetice a plastiei.

Metoda se realizează în modul următor. După excizia oncologică largă a tumorii din regiunea cervicală anterioară rezultă un defect extins de părți moi. Fundul acestui defect este reprezentat de peretele posterior al esofaringelui și musculatura cervicală laterală și posterioară restantă. Ulterior se prelevă transplantul liber. Pacientul este poziționat în decubit lateral, cu brațul în abducție la 90° pentru un acces mai facil în regiunea axilară. Disecția lamboului miocutan începe cu mușchiul mare dorsal. Se incizează tegumentul pe marginea laterală a mușchiului. Se proiectează lamboul pe 2/3 superolaterale ale mușchiului mare dorsal. Se ridică marginea laterală a mușchiului și se vizualizează pediculul vascular, care merge pe fața anterioară a mușchiului. Pediculul se disecă până la emergența a. toracodorsale din a. subscapulară. Se separă lamboul de țesuturile învecinate după modelul predefinit, lăsând atât lamboul, cât și pediculul lui pe loc. Se fixează tegumentul de mușchi cu catgut pentru a nu strangula perforantele tegumentare. Apoi se efectuează partea a doua a disecției - lamboul scapular. Se identifică prin palpate triunghiul birondotricipital (locul unde a. circumflexă a scapulei se superficializează). Se trasează un ax imaginar paralel cu spina scapulei ce trece prin acest triunghi. Se proiectează lamboul după "regula de doi":

marginea medială - 2 cm lateral de apofizele spinoase;

marginea laterală - 2 cm medial de linia axilară posterioară;

marginea superioară - 2 cm inferior de spina scapulară;

marginea inferioară - 2 cm superior de marginea inferioară a scapulei.

Disecția lamboului începe dinspre medial spre lateral. După evidențierea a. circumflexe a scapulei, aceasta se disecă până la a. subscapulară, care, la rândul-i, se disecă cât mai aproape de emergența din a. axilară. Venele comitante

se disecă în paralel cu arterele. Pediculul se secționează cât mai aproape de a. axilară. Se lărgeste spațiul birondotricipital pentru a extrage prin el lamboul scapular. Se ridică ambele lambouri pe pedicul unic format din vasele subscapulare. Zona donatoare din regiunea mușchiului mare dorsal se închide primar, din regiunea scapulară - parțial primar, parțial cu grefă liberă despicateă. Astfel se obține un autotransplant liber combinat, care constă din două lambouri: miocutan, format din mușchiul mare dorsal cu tegumentul supraiacent, care conține a. toracodorsală (ram vascular al a. subscapulare) și lamboul fasciocutan, format din tegumentul și țesutul subcutanat din regiunea scapulară, care conține ramul terminal orizontal din a. circumflexă a scapulei (ram al a. subscapulare). Ambele lambouri au un pedicul vascular unic - a. și v. subscapulare.

Lamboul scapular se folosește pentru reconstrucția peretelui anterior al esofaringelui, situându-l cu partea tegumentară în interior. Cu lamboul format din mușchiul mare dorsal se acoperă defectul anterior de părți moi, inclusiv zona reconstruită cu lamboul scapular. Anastomozele microvasculare se realizează termino-terminal: a. subscapulară și v. subscapulară se anastomozează cu a. cervicală transversă și v. jugulară externă.

Exemplu. Pacientul P., în vârstă de 55 ani, a fost internat cu un defect de esofaringe extins. Cu un an înainte a suferit laringectomie totală cu rezecție de esofaringe pentru un cancer laringian $T_4N_0M_0$. După rezecție a urmat roentgenoterapie de 40 Gy.

În momentul internării defectul total de regiune cervicală anterioară a fost de 12,5×7 cm (tip III-A), dermatită de postiradiere și mobilitate tegumentară scăzută. Defectul a fost acoperit cu autotransplantul liber combinat descris anterior. La controlul după doi ani pacientul este apt de a se alimenta normal pe gură.

Metoda propusă poate fi aplicată într-o etapă la tratamentul chirurgical al tumorilor laringiene și esofaringiene sau în tratamentul chirurgical plastic al esofaringostomelor. Prin această metodă au fost operați 7 pacienți cu tumori avansate în regiunea cervicală anterioară. Toți pacienții au supraviețuit și după vindecare au fost apti de a se alimenta pe gură. Respirația se realiza prin traheostomă.

Din experiență se poate concluziona că este o metodă elegantă și eficientă de reconstrucție și acoperire a defectelor complexe, largi ale esofaringelui și regiunii cervicale anterioare.