

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕОМОРФНОЙ АДЕНОМЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Вырупаев С.В.

Всероссийский центр глазной и пластической хирургии, г.Уфа

Реферат. Разработан метод хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы, предупреждения синдрома Люси Фрей, восстановления контура лица у 10 больных за счет пластики биоматериалом Аллоплант для замещения объемных дефектов. Применён новый косметичный операционный доступ к околоушной слюнной железе у двух больных. При лечении 8 пациентов с околоушной слюнной железой определена закономерность расположения лицевого нерва в зависимости от локализации опухоли в железе.

В трудных случаях поиски лицевого нерва целесообразно начинать с лобной ветви. При удалении опухоли парафарингеальной локализации необходимо делать двойную остеотомию нижней челюсти – в подбородочном отделе и в области ветви выше вхождения в неё нижнего альвеолярного нерва, чтобы избежать его травматизации.

Ключевые слова: околоушная слюнная железа, гигантские смешанные опухоли, хирургическое лечение, синдром Люси Фрей, контурная пластика, лицевой нерв.

Введение. Смешанные опухоли являются основной патологией околоушных слюнных желёз. Хирургическое лечение плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы представляет значительные трудности из-за прохождения через околоушную слюнную железу лицевого нерва. Смешанные опухоли больших размеров, т.н. гигантские опухоли, встречаются редко.

При лечении таких больных хирурги не знают, какую тактику применить, каким образом сохранить лицевой нерв. Поэтому больных ориентируют на иссечение нерва, обрекая их на инвалидность. Между тем, имеется закономерность локализации лицевого нерва в зависимости от расположения опухоли в железе.

После паротидэктомии в 25% развивается ушно-височный синдром Люси Фрей [1]. Это комплекс вегетативных расстройств в околоушной области: гипергидроз, покраснение, потепление и гиперестезия кожи. Обычно возникает у больных во время еды. Причина - послеоперационное рубцевание ушно-височного нерва и симпатических волокон, идущих к сосудам и потовым железам по механизму аберрантной регенерации. Ушно-височный нерв содержит преганглионарные парасимпатические секреторные волокна к околоушной железе. Феномен аберрантной регенерации, т.е. развитие симпатико-парасимпатических анастомозов между потоотделительными и слюноотделительными волокнами, объясняет тот факт, что потоотделение носит избирательный пищевой характер так называемое вкусовое потение - gustatory sweating.

Для предупреждения синдрома Люси Фрей разные авторы укрывали ушно-височный нерв различными материалами: аллотрансплантатами - лиофилизированной твёрдой мозговой оболочкой, синтетическими материалами - этисорбом или политетрафлюороэтиленом [2], дерможировыми аутоотрансплантатами [3], фасциальными артериализированными лоскутами [4], и т.д. После синтетических материалов часто возникали свищи, в 10% - отсутствовал эффект, дефект контура не устранялся. При использовании дерможировых аутоотрансплантатов возникала дополнительная травма, артериализированные

лоскуты требовали специального оборудования и навыков микрохирургии.

Разрезы кожи при паротидэктомии (Ковтуновича, Редона и др.) проводятся до нижнего полюса околоушной слюнной железы, и послеоперационный рубец вызывает косметический дефект.

После операции образуется изъём мягких тканей, изменение контура, от чего страдает внешний вид больного.

Цель. 1) Улучшение косметичности паротидэктомии проведением разреза по естественным складкам кожи и в скрытых местах. 2) Предупреждение синдрома Люси Фрей и восстановление контура лица за счет пластики объёмным аллотрансплантатом серии «Аллоплант». 3) Изучение возможности сохранения лицевого нерва при хирургическом лечении гигантских смешанных опухолей околоушных слюнных желёз. 4) Разработка операционного доступа к удалению парафарингеального компонента опухоли.

Материал и методы. Оперировано 18 пациентов в возрасте от 21 до 69 лет. Женщин было 13, мужчин – 5. У 8 больных были гигантские опухоли, размерами до 15 см. Из них у 5 больных опухоль располагалась в наружной части околоушной слюнной железы, у 2 больных – парафарингеально, у 1 больного опухоль располагалась и парафарингеально и в наружной части железы (рис 1). У всех больных опухоли были доброкачественными. (*Рис. 1*)

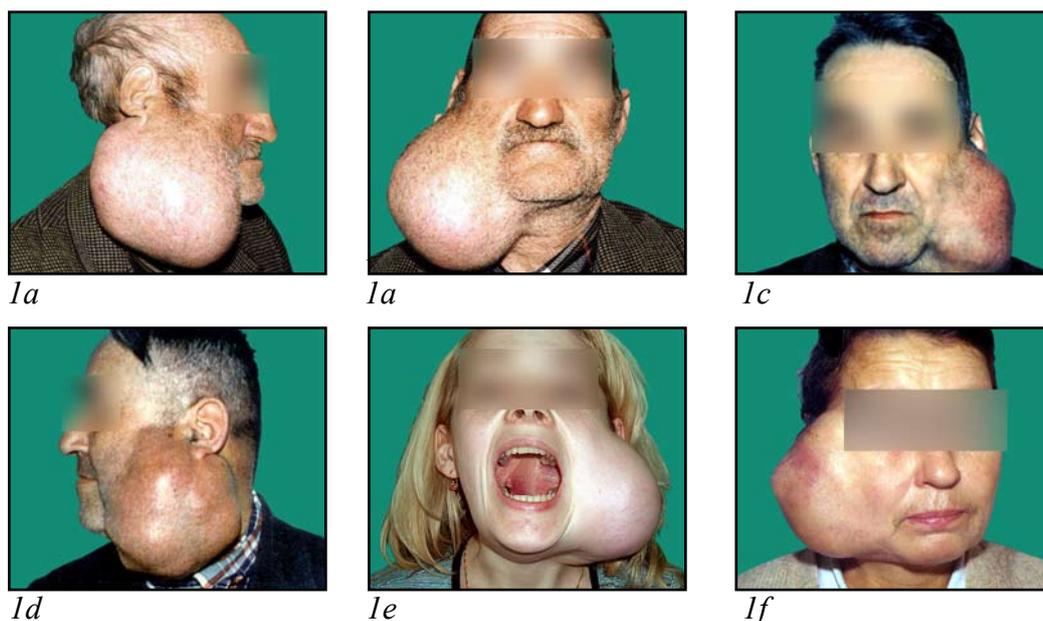
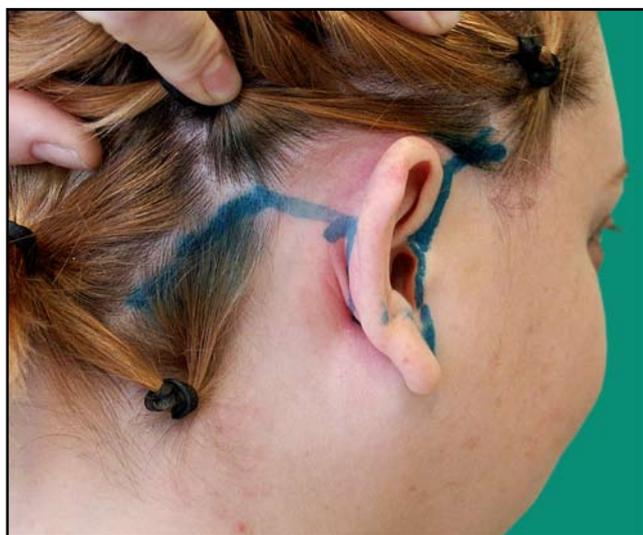


Рис. 1 (a, b, c, d, e, f). Больные с гигантскими смешанными опухолями.

Техника операции при обычных размерах опухоли. (Решение о выдаче патента № 2004103093 от 3.02.04 – Способ хирургического лечения опухоли околоушной слюнной железы). Положение больного лежа на спине с валиком под лопатками, голова повернута в сторону. Разрез кожи у 8 больных проводился по Ковтуновичу, у 2 больных мы применили собственный косметический разрез. За основу мы взяли разрез при косметической подтяжке лица. Суть его в проведении разреза по естественным складкам кожи и в тех местах, где после заживления раны он не будет заметен.

Впередидушной разрез начинается в волосистой части височной области на высоте верхней точки ушной раковины, идёт в преддурной области вниз, по гребню козелка, повторяя его форму, далее по границе мочки уха. У нижней точки мочки разрез поворачивает вверх и идёт по ушной раковине, отступя 5 мм от её границы с кожей заушной области. На границе верхней и средней трети ушной раковины линия разреза приобретает ломаный характер и идёт в волосистой части, параллельно её границе вниз и кзади на 4-5 см. (Рис. 2).



2a



2b

Рис.2 (a, b). Форма разреза при косметической паротидэктомии.

Предложенная конфигурация разреза обеспечивает хороший косметический эффект в связи с отсутствием видимых послеоперационных рубцов.

Отсепаровывается кожа сначала в заднем, затем в переднем отделе. При

этом находится, выделяется и сохраняется большой ушной нерв. Площадь отсепаровки довольно значительна, чтобы, оттягивая и смещая кожу, можно было обнажить всю околоушную слюнную железу. После обнажения ствола лицевого нерва в его плоскости осуществляется паротидэктомия. Замещение объемного дефекта мягких тканей, возникшего после удаления околоушной слюнной железы, осуществляется аллотрансплантатом серии Аллоплант. (Рис. 3).

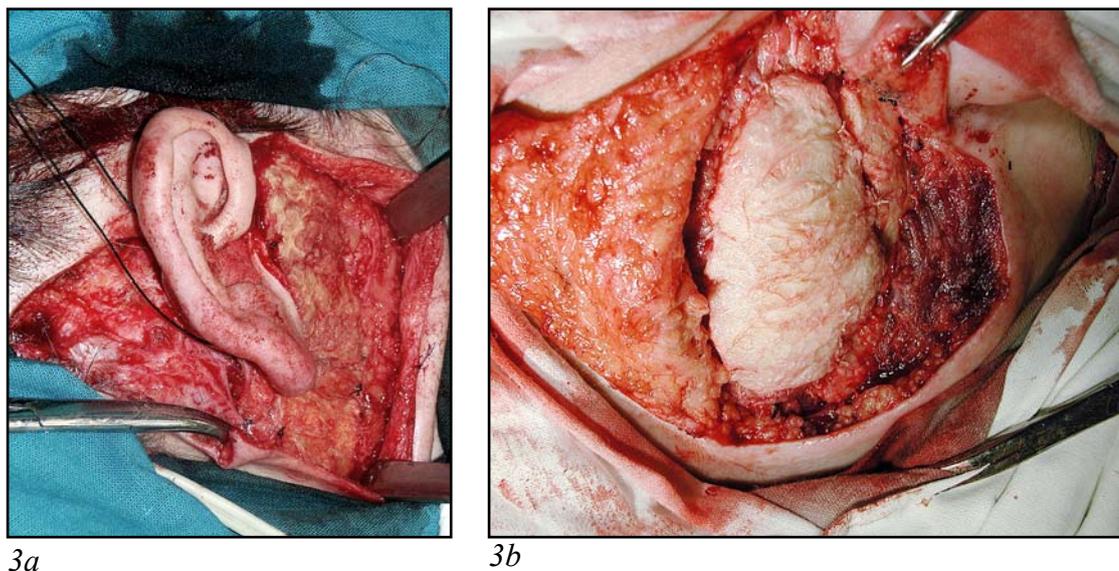


Рис. 3 (а, б). Пластика дефекта после паротидэктомии аллотрансплантатом серии Аллоплант.

Биоматериал Аллоплант – это химически обработанный пересадочный материал, подвергнутый радиационной стерилизации. Свойства биоматериалов Аллоплант, которые обеспечили их внедрение в широкую практику: низкая антигенность, хорошая моделируемость, предотвращение рубцевания в зоне его трансплантации, селективный рост тканей реципиента, хорошая приживляемость, стабильный длительный косметический эффект [5].

Аллотрансплантат выкраивается по форме удаленной железы и имеет неравномерную толщину (Рис. 3). Тонкая часть аллотрансплантата (0,3-0,4 см) является прокладкой между ушно-височным нервом и кожей, предотвращает врастание нерва в кожу и потовые железы, предупреждая развитие синдрома Люси Фрей. Толстая часть аллотрансплантата (1,5-2,0 см) восстанавливает контур лица.

Трансплантат подшивается по периферии рассасывающейся нитью «викрил». Рана ушивается послойно. На кожу накладывается скрытый шов. Рана дренируется на одни сутки. Следующий вариант операции: После отсепаровки кожи в заднем отделе и сохранения большого ушного нерва отсепаровывается SMAS. После обнажения ствола и ветвей лицевого нерва осуществляется паротидэктомия. Замещение объёмного дефекта проводится аллотрансплантатом серии Аллоплант, который укладывается под SMAS. На рану накладываются послойные швы. Подобный метод выполним при расположении опухоли в толще железы.

Техника операции при гигантских смешанных опухолях. При гигантских смешанных опухолях околоушных слюнных желёз поиски лицевого нерва затруднены из-за того, что опухоль перекрывает как ствол нерва, так и периферические ветви. При любой локализации опухоли ключевым моментом является обнаружение одной из ветвей лицевого нерва. Наиболее доступной является лобная ветвь (Рис. 4).

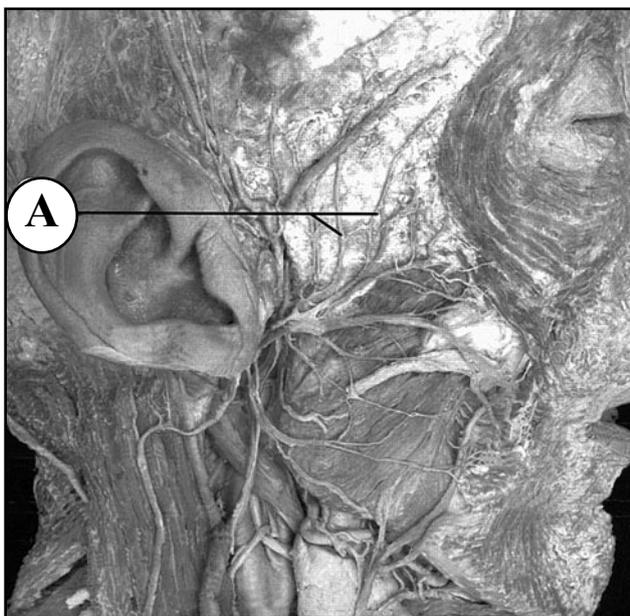


Рис. 4. Вид лицевого нерва после паротидэктомии. А – лобная ветвь.

Она редко перекрывается опухолью. Её легко можно найти в месте пересечения со скуловой дугой. По этой ветви можно выйти на ствол нерва, а от ствола выделить остальные ветви.

Особенности операций при различных локализациях гигантских опухолей:

Парафарингеальная локализация. Это чрезвычайно редкая локализация. Она составляет менее 0,5% всех опухолей головы и шеи[6]. Опухоль поражён плоточный отросток околоушной слюнной железы. При гигантских размерах опухоль заполняет все отделы глотки – рото-, носо- и гортаноглотку. Затруднены функции дыхания, жевания, глотания. При данной локализации опухоли лицевой нерв располагается в типичном месте и может быть выделен либо с периферических ветвей, либо со ствола. После резекции наружной части железы лицевой нерв отводится кверху и мобилизуется глоточная опухоль. При больших размерах опухоли приходится делать двойную остеотомию нижней челюсти – в подбородочном отделе и в области ветви выше вхождения в неё нижнего альвеолярного нерва.

Наружная локализация. При локализации опухоли в наружной части околоушной слюнной железы лицевой нерв располагается между опухолью и жевательной мышцей, то есть под опухолью. У всех больных выделение лицевого нерва производится с периферических ветвей.

Смешанная локализация. Опухоль располагается парафарингеально, распространяется на все отделы глотки, и занимает наружную часть железы. (Рис. 5).



Рис. 5. Парафарингеальное и наружное расположение опухоли.

При возникновении опухоли в глоточном отростке околоушной слюнной железы и заполнении парафарингеального пространства происходит её рост и распространение на наружную часть железы, оттесняя лицевой нерв

кнаружи. Выделение лицевого нерва начинается с лобной ветви, по которой обнажается ствол. От ствола выделяются остальные ветви. Для удаления глоточной части опухоли производится временная двойная остеотомия нижней челюсти – в подбородочном отделе и в области ветви выше вхождения в неё нижнего альвеолярного нерва, чтобы избежать его травматизации.

Результаты прослежены у 15 пациентов в сроки от 2 до 15 лет. Все больные, оперированные по нашей методике, живы в сроки до 15 лет. Функциональные и эстетические результаты удовлетворительные (Рис. 6).



Рис. 6. Больные после операций по поводу смешанных опухолей: а – косметическая паротидэктомия; б, с – паротидэктомия при гигантских опухолях.

Осложнения наблюдались в виде серомы раны у 2 пациентов, воспаления раны у 1 больного, слюнного свища у 1 больного, закрывшегося под влиянием лечения в течение трёх недель. Аллотрансплантаты прижились у всех больных, в результате чего восстановлен контур лица. У двух пациентов достигнута более высокая косметичность за счет нового вида разреза (Рис. 2). Синдрома Фрей не было ни у одного больного.

Выводы. Таким образом, применение нового разреза и жирового аллотрансплантата серии Аллоплант позволяет добиться высоких косметических результатов при удалении доброкачественных опухолей околоушной слюнной железы, предупредить синдром Фрей. При хирургическом лечении гигантских смешанных опухолей необходима щадящая тактика в отношении лицевого нерва. Выделение лицевого нерва следует начинать с лобной ветви. В трудных случаях парафарингеальной и смешанной локализации для удаления глоточной части опухоли необходимо производить временную двойную остеотомию нижней челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Пачес А.И. Лечение опухолей околоушной слюнной железы. М. Медицина.- 1968.-С. 208 с.
- 2.Pavel Dulguerov at al.- Prevention of Frey Syndrome during Parotidectomy. Arch Otolaryngol. Head and Neck Surg. 1999.- 125:833-9.
3. Bonanno P.C. Dermis-fat graft after parotidectomy to prevent 'Frey's syndrome and the concave deformity' Ann. Plast. Surg. 1994. - Aug; 33(2):235.
- 4.Ahmed O.A., Kolhe P.S. Prevention of Frey's syndrome and volume deficit after parotidectomy using the superficial temporal artery fascial flap. Br J Plast Surg. 1999 Jun; 52(4): 256-60.
- 5.Сельский Н.Е. Контурная пластика лица комбинированными аллотрансплантатами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- С.Петербург.- 1992.
- 6.Батюнин И.Т. Невринома верхних дыхательных путей и заглоточного пространства.- Москва.- Медицина.-1980.- С.65-71.