

头颈部巨大皮肤恶性肿瘤切除术后缺损修复

戴捷¹, 周晓¹, 喻建军¹, 李赞², 单振锋¹, 王鸿涵¹

(湖南省肿瘤医院 中南大学湘雅医学院附属肿瘤医院 1. 头颈外二科; 2. 头颈外三科, 湖南 长沙 410013)

摘 要: **目的** 探讨头颈部巨大皮肤恶性肿瘤切除术后缺损修复的方法, 提高患者生活质量。**方法** 分别采用游离股前外侧皮瓣、游离腹壁下动脉穿支皮瓣、胸大肌皮瓣及下斜方肌皮瓣对 17 例头颈部巨大皮肤恶性肿瘤术后的缺损进行一期重建与整复, 观察分析患者缺损修复的临床疗效。**结果** 16 例皮瓣完全存活, 1 例股前外侧皮瓣远端坏死, 经换药后愈合; 所有患者均随访 3 个月至 5 年, 11 例患者生存, 其中 1 例带瘤生存; 6 例患者分别死于局部复发、淋巴结转移、远隔转移及二重癌。**结论** 根据患者年龄、肿瘤位置等因素, 选择合适的皮瓣进行重建, 对头颈部巨大皮肤恶性肿瘤术后缺损, 可以取得良好的效果。

关 键 词: 头颈部; 皮肤恶性肿瘤; 缺损; 修复

中图分类号: R622; R739.91 文献标识码: A 文章编号: 1007-1520(2016)02-0125-04

Reconstruction of defects after ablation of head and neck giant skin malignancies

DAI Jie, ZHOU Xiao, YU Jian-jun, LI Zan, SHAN Zhen-feng, WANG Hong-han

(Department of Oncoplastic Surgery, Hunan Cancer Hospital & the Affiliated Cancer Hospital of Xiangya School of Medicine, Central South University, Changsha 410013, China)

Abstract: **Objective** To discuss the methods and indications of reconstruction of defects after ablation of head and neck giant skin malignancies. **Methods** Free anterior-lateral skin flaps of thigh, free deep inferior epigastric perforator flaps, low trapezius and pectoralis major myocutaneous flaps were used for repairing and reconstructing defects of 17 patients with head and neck giant skin malignancies. **Results** Of all the 17 cases, 16 flaps survived completely, partial necrosis occurred and got healed after dressing change in one. The follow-up duration ranged from 6 to 60 months. Of the 11 survivors, 10 were tumor-free and one survived with tumor. 6 patients died respectively from local recurrence, lymph node metastasis, distant metastasis and second primary cancer. **Conclusion** According to the patients' age, tumor location and other factors, proper choice of right flaps for reconstruction of the defects after ablation of head and neck giant skin malignancies may achieve good results.

Key words: Head and neck; Skin malignancy; Defect; Reconstruction

发生于头面部的巨大皮肤恶性肿瘤, 不仅威胁患者的生命, 同时严重影响外观和患者的心理, 其切除与修复一直是头颈肿瘤外科医生需要解决的问题。我科 2006 ~ 2015 年收治头面部巨大皮肤恶性肿瘤 17 例, 在切除肿瘤的同时, 运用游离或者带蒂皮瓣进行一期修复, 取得了良好的效果, 提高了患者的生活质量。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收治头面部巨大皮肤恶性肿瘤患者 17 例, 其中男 13 例, 女 4 例; 年龄 25 ~ 80 岁, 平均 51 岁。病理类型基底细胞癌 3 例, 鳞状细胞癌 9 例, 隆突性纤维肉瘤 2 例, 其他恶性肿瘤 3 例。原发肿瘤面积约 8 cm × 6 cm ~ 16 cm × 11 cm。

1.2 修复方法

游离股前外侧皮瓣 10 例, 腹壁下动脉穿支皮瓣 1 例, 下斜方肌皮瓣 3 例, 胸大肌皮瓣 3 例。

基金项目: 湖南省肿瘤整形外科临床医疗技术研究中心平台建设专项资助(2013TP4087)。
作者简介: 戴捷, 男, 副主任医师。
通信作者: 戴捷, Email: daijie@hnszlyy.com

1.3 典型病例

病例 1:腮腺区巨大皮肤鳞状细胞癌术后缺损修复

患者,男,62 岁,因腮腺区皮肤肿物术后复发 3 年于 2015 年 9 月 1 日入住我院,入院查左侧腮腺区皮肤菜花样新生物,约 16 cm×11 cm,质硬,边界欠清,累及左侧耳廓,颈部未及肿大淋巴结,入院诊

为左侧腮腺区皮肤癌。行常规检查无手术禁忌,于 2015 年 9 月 14 日全麻下行左侧腮腺区皮肤肿物扩大切除+下颌骨升支切除+游离股前外侧皮瓣修复术。术中切取股前外侧皮瓣约 25 cm×8 cm,以两穿支血管为蒂分别制成 14 cm×8 cm、11 cm×8 cm 皮瓣,其中因皮肤缺损上段较宽,故将远端皮瓣旋转 90 度。手术顺利,术后伤口愈合佳。见图 1~4。

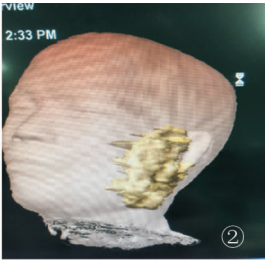


图 1 腮腺区巨大皮肤癌 图 2 手术导航系统重建肿瘤 3D 形态 图 3 股前外侧皮瓣一带双瓣覆盖创面 图 4 术后 3 个月随访皮瓣存活良好

病例 2:项部皮肤隆突性纤维肉瘤术后缺损修复

患者,女,48 岁,因项部皮肤肿物术后复发半年。2014 年 9 月 23 日入住我院,入院查项部及 7 cm×7 cm 肿物,质硬,边界欠清,入院诊为项部隆突性纤维肉瘤术后复发。入院后经行常规检查无手

术禁忌于 2014 年 9 月 29 日全麻下行项部肿物扩大切除+下斜方肌皮瓣修复术。术中切取下斜方肌皮瓣约 15 cm×6 cm,将皮瓣旋转至项部皮肤缺损处并折叠以适形,供皮区及受区均一期拉拢缝合,术后伤口愈合佳。见图 5~8。



图 5 项部皮肤隆突性纤维肉瘤术后缺损 图 6 设计并切取下斜方肌皮瓣 图 7 将皮瓣折叠后修复创面 图 8 术后 2 个月复查皮瓣存活良好

2 结果

16 例皮瓣完全存活,1 例股前外侧皮瓣远端部分坏死,经换药后愈合。全部患者随访 3 个月至 5 年,11 例患者生存,其中 1 例面部皮肤癌患者术后 2 年又发现硬腭肿物再次手术,目前仍在随访中;3 例患者因局部复发死亡;1 例患者死于颈部淋巴结转移;2 例患者死于多发性远处转移,其中 1 例面部皮肤基底细胞癌患者 2 年后因颅内肿瘤(二重肿

瘤)死亡。

3 讨论

随着医疗水平的不断提高,恶性肿瘤患者越来越注重早期诊断早期治疗,因此头颈部巨大皮肤恶性肿瘤的首次手术患者不断减少,但同时由于经济条件的提升,多次复发要求再次手术的患者则不断增加,头颈外科医生需要在有效地切除肿瘤的基础上重建组织缺损,尽可能地降低患者的身体以及心

理造成的影响。

3.1 原发灶的切除

头颈部皮肤巨大恶性肿瘤的切除应遵循肿瘤切除的一般原则,如安全缘尽可能达到2 cm,如无法达到则应当检测切缘,隆突性纤维肉瘤的切缘一般需要达到3~5 cm,基底细胞癌因为恶性程度低,可适当缩小切缘范围。根据肿瘤的病理类型及淋巴结转移情况行相应的淋巴清扫术,一般来说,恶性黑色素瘤、鳞状细胞癌恶性程度较高,易发生淋巴转移,故多需行预防性颈淋巴清扫术。基底细胞癌及隆突性纤维肉瘤等较少出现淋巴转移,故一般并不需要进行预防性颈淋巴清扫术。

切除术前应仔细研读CT或者MRI,确定肿瘤切除范围,必要时可以在术中3D导航下完成对肿瘤的切除。肿瘤缺损较大,组织缺损复杂者,可考虑3D打印肿瘤范围,预估术后缺损的范围及缺失组织性质。

头颈部巨大皮肤肿瘤切除术后修复成功的关键首先是娴熟的皮瓣切取技术及血管吻合技术,术者应同时具备肿瘤外科清晰的解剖知识、熟练的切除技巧以及过硬的修复重建技术。

3.2 修复方法的选择

术后缺损应根据缺损的范围、位置、缺失组织类型并考虑患者的体质综合进行选择。

游离组织瓣:使用游离组织瓣修复分组手术,修复范围大,能够采用多种组织复合修复,是大多数头颈部巨大恶性肿瘤切除术后缺损选择的修复方法。但游离皮瓣亦有一定的缺点,例如手术难度较大,并不适合基层医院开展;手术时间长,对患者体质要求高;多次术后或者放疗后的患者受区局部难以找到合适的血管进行吻合等等。我们使用的游离皮瓣主要是股前外侧皮瓣及腹壁下动脉穿支皮瓣(DIEP)。

股前外侧皮瓣:股前外侧皮瓣穿支恒定,切取对供区功能影响小,位置相对较为隐蔽。是头颈部术后缺损最常选用的游离组织瓣,王伟等^[1]利用股前外侧皮瓣修复头皮癌术后缺损,取得了良好的效果。该皮瓣切取的面积可达到35 cm×15 cm^[2],但一般超过6~8 cm供区无法直接拉拢缝合,故缺损较宽可考虑改用其他皮瓣或者截取不同穿支将皮瓣切断后重新拼接成成型皮瓣。

腹壁下动脉穿支皮瓣(DIEP):腹壁下动脉穿支呈纵向分布,同时左右两侧间有丰富的横向吻合支^[3],以之为蒂可以纵向或横向切取皮瓣,其中纵向切取形成皮瓣又称脐旁穿支皮瓣(PUP),DIEP最

大面积可达20 cm×42 cm^[3],较之股前外侧皮瓣,其修复的面积更大且供区多可直接拉拢缝合,特别适用于中老年已孕及肥胖妇女^[4]。但DIEP手术相对复杂,术后对患者的呼吸和运动均会产生影响,故也须严格掌握适应证。

带蒂组织瓣:带蒂组织瓣相对手术操作较为简单和易于掌握,手术时间短,对患者打击较小,适用于部分高龄或有较严重合并症的患者。修复头颈部巨大皮肤缺损我们使用较多的是下斜方肌皮瓣和胸大肌皮瓣。

下斜方肌皮瓣:下斜方肌皮瓣由颈横动脉降支及肩胛背动脉共同供血^[5],其肌瓣可长达38 cm^[6]。对于颈部及枕部缺损的修复,游离组织瓣血管蒂容易被压迫导致皮瓣坏死,故该部位的皮肤缺损不宜使用游离皮瓣,而作为其替代方法,下斜方肌皮瓣无论是皮瓣面积或者是皮瓣蒂长度来说,都是满足该类缺损的首选。

胸大肌皮瓣:胸大肌皮瓣是修复头颈部肿瘤术后缺损最常用的带蒂皮瓣,一般其宽度仅有6~7 cm^[7],如用来修复较大面积的皮肤缺损,可以在胸大肌肌蒂上携带相应的皮肤,这样就限制了胸大肌皮瓣蒂部长度,故以应用于颈部皮肤的大面积缺损为宜^[8]。

3.3 术中注意事项

头颈部巨大皮肤恶性肿瘤术后缺损,皮瓣下方多为坚实的骨性组织或者人工修复材料如钛板等,而周围皮肤相较于黏膜缺损一般缺乏弹性,因此必须特别小心血管蒂的卡压。预防血管蒂卡压一般要注意以下几个方面:①皮瓣务必切取足够面积:设计皮瓣应该对缺损面积进行充分的估计,必要时辅以3D重建技术,一般用于修复的皮瓣面积应超过缺损面积>10%,这样覆盖于皮肤缺损上以后不容易形成对血管蒂的卡压,同时其面积也应根据皮瓣的厚度进行调整。如果设计皮瓣较小缝合有张力时万万不可强行拉拢,宁可暴露部分创面通过换药来愈合或待肉芽组织形成后以植皮覆盖;②皮瓣下方应充分止血:皮瓣下方若有血肿形成极易压迫皮瓣动静脉导致皮瓣坏死,故皮瓣下方止血务必细心。移植皮瓣周围应放置足够的橡皮膜引流,同时护士应定期巡视患者观察皮瓣张力,若怀疑有血肿压迫须及时拆除伤口缝线,必要时再次进手术室清创止血;③如果血管吻合口与皮瓣需以皮下隧道相连时,对隧道的处理亦须小心:皮下隧道也要充分止血,严防血肿压迫导致血流障碍;隧道须有足够宽度,如隧道

过窄可切开隧道上方皮肤,将皮瓣部分缝合加宽隧道。

3.4 术后观察

手术后须对皮瓣的色泽、血运、皮温及皮瓣张力等进行严密的观察,最好将修复的皮瓣完全暴露,防止皮瓣区域血运障碍致局部甚至全部皮瓣坏死;同时应做好保温工作,防止因皮瓣失温致血管痉挛。一旦疑有皮瓣血运障碍,应及时再次手术探查。

头颈部巨大皮肤肿瘤的切除与修复,是头颈肿瘤外科与整形外科的有机结合,随着肿瘤患者对术后生活质量要求的进一步提高,我们将以更接近头颈部正常组织形态的方法进行整复,未来毛发移植、膈复体、组织工程的应用,必将使患者在完全治愈肿瘤的同时,具备更接近正常人的外观。

参考文献:

[1] 王炜,李华. 两种皮瓣一期修复头皮鳞状细胞癌术后缺损疗效

(上接第 124 页)

[8] 王树辉,杨新明,曾益慈,等. 下咽颈段食管重建方法的选择[J]. 中南大学学报(医学版),2007,32(3):524-526.
[9] 陈杰,黄文孝,魏威,等. 鼻咽癌放射治疗后颈部残留或复发病变的手术治疗[J]. 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2012,47(3):180-184.
[10] 陈杰,黄文孝,周晓,等. 游离股前外侧皮瓣修复口腔颌面部组织缺损[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志,2006,41(7):587-590.

分析[J]. 2011,25(9):1145-1146.

[2] Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: A new free flap concept based on septocutaneous artery[J]. Br J Plast Surg, 1984, 37(2):149-159.
[3] Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction[J]. Ann Plast Surg, 1994, 32(1): 32-38.
[4] 穆兰花,徐军,刘元波,等. 以双蒂腹壁下动脉穿支皮瓣再造乳房[J]. 中华显微外科杂志,2003, 26(3): 223-224.
[5] 吴仁秀. 斜方肌皮瓣显微外科解剖学研究[J]. 中华显微外科杂志,1990,13(4):222-224.
[6] Uğur K, Özçelîc D, Hühüt I, et al. Extended vertical trapezius myocutaneous flap in head and neck reconstruction as a salvage procedure[J]. Plast Reconstr Surg, 2004, 114(2): 339-350.
[7] 赵铭,刘善庭,孟昭忠,等. 胸大肌肌皮瓣在头颈部大面积缺损修复中的应用[J]. 陕西医学杂志, 2006,35(4):459-460.
[8] 刘宏伟,孙海波,李振东,等. 胸大肌肌皮瓣在头颈肿瘤术后组织缺损修复中的应用[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2013, 19(2):119-121.

(收稿日期:2016-01-26)

[11] 陈文和,彭汉伟. 下咽及颈段食管缺损修复的供区选择和临床评价[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(21):1163-1170.
[12] 张伟,李明月,刘宁,等. 双蒂供血的胸大肌肌皮瓣在喉癌和下咽癌手术缺损修复中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2015,29(7):589-592.

(收稿日期:2016-01-28)