



Редки Болести и Лекарства Сираци

Брой 3 / 2020 г.

ISSN 1314-3581
<http://journal.raredis.org>

Случай на оперативно лечение на карцином на езика, със запазване на лингвалната артерия

Росен Цолов¹, Георги Йорданов²

¹ Клиника по лицево-челюстна хирургия, УМБАЛ „Свети Георги“, Пловдив

² Катедра по образна диагностика, дентална алергология и физиотерапия, Медицински университет – Пловдив

Резюме

Хирургичната терапия е основният вариант за лечение на рак на езика, докато лъчетерапията и химиотерапията са допълнителни съпътстващи терапии. В настоящата статия представяме случай на пациент, който постъпва за лечение със съмнение за карцином на езика. Латерална повърхност на езика от дясната страна при прегледа се установи наличие на лезия с размери 3,5x2,5 см. След направено хистологично изследване, пациентът е диагностициран с инвазивен високо диференциран вроговяващ плоскоклетъчен карцином на езика. Извършена е хемиглосектомия, със запазване на артерия лингвалис, без шийна лимфна дисекция. Постоперативно на пациента е назначено лъчелечение от 30 грея сумарно.

Ключови думи: хирургичната терапия, хемиглосектомия, плоскоклетъчен карцином на езика

Case of surgical treatment of tongue carcinoma with preservation of the lingual artery

Rosen Tsolov¹, Georgi Yordanov²

¹ Clinic for Maxillofacial Surgery, University Hospital “St. George”, Plovdiv

² Department of Allergology, Physiotherapy and Clinical Radiology, Medical University of Plovdiv

Abstract

Surgical therapy is the main option for the treatment of tongue cancer, while radiation therapy and chemotherapy are additional concomitant therapies. In this article, we present a case of a patient admitted for treatment with suspected cancer of the tongue. Lateral surface of the tongue on the right side during the examination revealed the presence of a lesion measuring 3.5x2.5. After histological examination, the patient was diagnosed with invasive highly differentiated keratinized squamous cell carcinoma of the tongue. Hemiglossectomy was performed, preserving the lingual artery, without neck lymph dissection. Postoperatively, the patient was prescribed radiotherapy of 30 grays in total.

Keywords: surgical therapy, hemiglossectomy, squamous cell carcinoma of the tongue

Кореспонденция:

Д-р Росен Цолов
e-mail: dr.rosentsolov@gmail.com

Correspondence:

Dr. Rosen Tsolov
e-mail: dr.rosentsolov@gmail.com

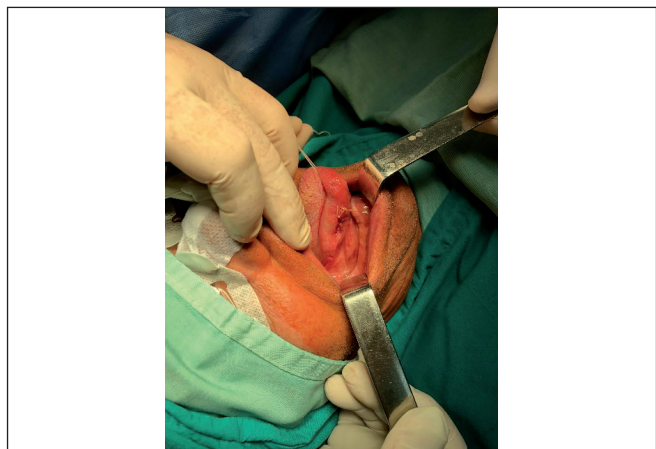
Въведение

Ракът на езика е често срещан рак в устата и представлява 30–50% от всички ракови заболявания на устната кухина. Най-често срещаният вид рак на езика е плоскоклетъчен карцином. Статистиката сочи, че честотата е значително по-висока при мъжете в сравнение с жените [1-2]. Тъй като кръвоносните и лимфните съдове са богати на езика и езиковият мускул често се притиска поради структурни причини, плоскоклетъчният карцином на езика е склонен да метастазира дори в ранния си стадий и следователно има лоша прогноза [3-4]. Ранната диагноза и ранното лечение на плоскоклетъчен карцином на езика е ключът към възстановяването на пациента. Понастоящем често използваните варианти за клинично лечение на езиково плоскоклетъчен карцином са хирургия, химиотерапия, лъчетерапия и цялостно лечение.

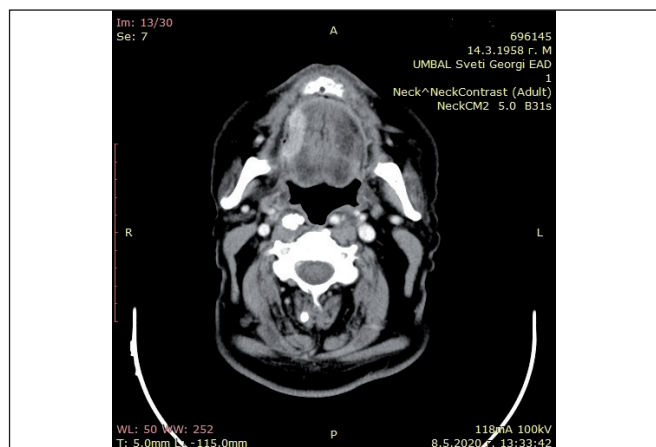
В настоящата статия разглеждаме случай на пациент с карцином на езика, подложен на хирургична интервенция със запазване на лингвалната артерия.

Описание на случая

Представяме случай на пациент, който постъпва за лечение със съмнение за карцином на езика (Фигура 1).



Фигура 1. Преди лечението

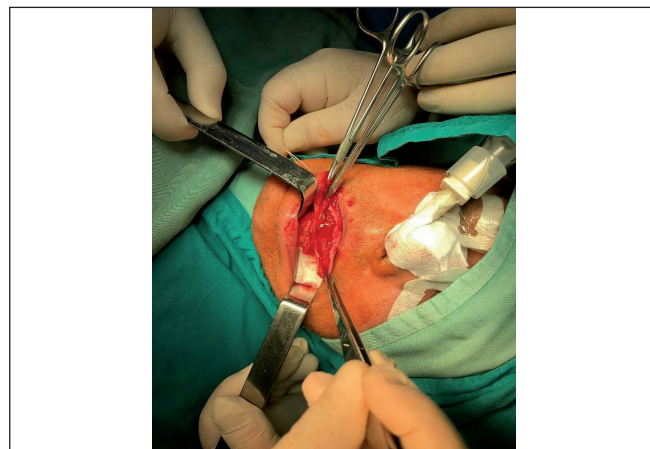


Фигура 2. КТ на глава и шия

Пациентът е опериран от карцином на тонзилата с направена лимфна шийна дисекция преди 3 години. Преди две години е диагностициран с Неходжкинов лимфом и чернодробна цироза. Латерална повърхност на езика от дясната страна при прегледа се установи наличие на лезия с размери 3,5x2,5 см. Беше взета биопсия за хистологично изследване, което показва, че това е инвазивен високо диференциран вроговяващ плоскоклетъчен карцином на езика. Предоперативно бе направен скенер, за да се установи дали има засегнати лимфни възли от регионалния лимфен басейн, такива не бяха установени след компютърна томография (КТ) на глава и шия (Фигура 2). Поради ниските стойности на хемоглобина 78 на пациента, бе направено кръвопреливане с два сака еритроцитна маса с кръвна група 0 положителна и едноседмична терапия с прием на ампули Tothema, два пъти дневно. Под обща анестезия бе извършена хемиглосектомия (Фигури 3 и 4), бе запазена артерия лингвалис, не бе извършена шийна лимфна дисекция, постоперативно бе назначено лъчелечение от 30 грея сумарно, след обсъждане на пациент на онкокомитет.

Обсъждане

Независимо от диагнозата, лезиите на езика и шията са трудни за визуализиране, както за пациента, така и за



Фигура 3. Хемиглосектомия



Фигура 4. След операцията с конците

клинициста. Следователно, туморите, включващи този регион, често присъстват късно в болестния процес с obstructivни симптоми. Най-честите оплаквания включват глобус фарингеус, дисфагия, одинофагия, маса на шията, реферирана оталгия или хемоптиза [5-6]. Диагностичната обработка е наложителна за оценка на степента на тумор и хистологията. Оценката започва с задълбочен физически преглед, който включва оценка на шията. Гъвкавата ларингоскопия в седнало положение може да осигури важна визуална информация относно нередностите на лигавицата, асиметрията и пълнотата на субмукозата в областта на шията и езика. В допълнение, бимануалната палпация е наложителна за осигуряване на тактилна информация относно местоположението на тумора, субмукозната разширение и, което е важно, мобилността на тумора.

Недвижимостта предполага инвазия в съседни структури и може значително да промени управлението. Важно е също визуално да се инспектира и палпира под анестезия, за да се преоцени местоположението, степента на тумора и подвижността, тъй като този преглед може да бъде по-чувствителен, отколкото при оценка.

Рентгенографската обработка най-често включва КТ, магнитен резонанс и позитронно-емисионна томография (ПЕТ) с КТ или ПЕТ / КТ.

КТ сканирането може да бъде придобито бързо и предоставя информация относно първичното туморно разширение, костната ерозия на мандибуларната кора, както и цервикалните метастази. Магнитният резонанс е важна добавка за оценката на лезии на езика и шията, и въпреки че е по-скъп и отнема време, той дава по-подробна информация за меките тъкани, може да демонстрира разширение на субмукозната тумор и може да помогне да се определи дали трансоралната резекция е възможна. На последно място, ПЕТ / КТ сканирането може да се използва, за да се определи степента на първично заболяване, както и наличието на локорегионални или далечни метастази. Патологичното потвърждение се препоръчва преди да се пристъпи към хирургическа интервенция и се извършва под обща упойка или в отделна операция, или непосредствено преди хирургическа интервенция под същия анестетик [7].

Изборът на управление зависи от хистопатологичната диагноза и размера на лезията и може да включва както хирургични, така и нехирургични интервенции, включително лъчева терапия и химиотерапия. Няма да обсъждаме нехирургични интервенции, тъй като те са извън обхвата на тази дискусия. Хирургическото управление на ВОР представя няколко различни предизвикателства пред хирурга на главата и шията и подходът трябва да бъде внимателно претеглян спрямо въздействието върху функционалния резултат, косметоса и общата заболяемост. С появата

на онкологично здрави трансорални процедури, управлението на карцинома патологията продължава да разчита в голяма степен на хирургичните възможности. Въпреки това, широката визуализация и хирургичният достъп, два основни компонента на безопасната онкологична хирургия, често са ограничени поради анатомични и технически ограничения. Следователно откритите техники остават важен компонент на хирургичното управление. Достъпът до ВОР може да бъде разделен на 4 основни категории: (1) трансорална, (2) супрахиоидна / транسخиоидна фаринготомия, (3) мандибулотомия с раздвоена устна (мандибуларна люлка) или (4) комбиниран подход „издърпване“ чрез интраорален разрез в допълнение към разреза на козирката.

Заклучение

Основата на езика предоставя значително предизвикателство за хирурга на главата и шията по отношение на визуализацията и достъпа.

Съществуват обаче множество процедури за осигуряване на хирургична експозиция и онкологична резекция, като в същото време се намалява общата заболяемост. С появата на нови уреди и оптика трансоралният достъп до карцинома вече е не само осъществим, но е сравнително обикновен. В допълнение, няколко проучвания показват, че трансоралната хирургична резекция води до намаляване на заболяемостта в сравнение с откритите техники [8-9]. Въпреки този напредък, трансоралният достъп не е подходящ за определени тумори. За лезиите на езика, които не подлежат на трансорална резекция, супрахиоидната фаринготомия, мандибуларното люлеене и изтеглящите процедури предлагат редица интервенции, които осигуряват на хирурга все по-широк достъп до по-големи и сложни тумори.

Библиография

1. Ganly I, Goldstein D, Carlson DL, et al. Long-term regional control and survival in patients with “low-risk,” early stage oral tongue cancer managed by partial glossectomy and neck dissection without postoperative radiation: the importance of tumor thickness. *Cancer*. 2013;119:1168–76.
2. Liu J, Wu H, Zhu Z, et al. Free anterolateral thigh myocutaneous flap for reconstruction of soft tissue defects following en block resection of tongue cancer. *Zhongguo Xue Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi*. 2010;24:82–6.
3. Tesseroli MA, Calabrese L, Carvalho AL, et al. Discontinuous vs. incontinuity neck dissection in carcinoma of the oral cavity: experience of two oncologic hospitals. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006;26:350–5.
4. Baas M, Duraku LS, Corten EM, et al. A systematic review on the sensory reinnervation of free flaps for tongue reconstruction: does improved sensibility imply functional benefits? *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015;68:1025–35.
5. Bokhari WA, Wang SJ. Tongue reconstruction: recent advances. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;15:202–7.
6. Chepeha DB, Teknos TN, Shargorodsky J, et al. Rectangle tongue template for reconstruction of the hemiglossectomy defect. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134:993–8.
7. Hsiao HT, Leu YS, Liu CJ, et al. Radial forearm versus anterolateral thigh

flap reconstruction after hemiglossectomy: functional assessment of swallowing and speech. *J Reconstr Microsurg.* 2008;24:85–8.

8. Engel H, Huang JJ, Lin CY, et al. A strategic approach for tongue reconstruction to achieve predictable and improved functional and

aesthetic outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:1967–77.

9. Elfring T, Boliek CA, Winget M, et al. The relationship between lingual and hypoglossal nerve function and quality of life in head and neck cancer. *J Oral Rehabil.* 2014;41:133–40.