

# Хирургическое лечение рецидивного базально-клеточного рака околоушно-жевательной области с поражением пирамиды височной кости

Олюшин В.Е., Гуляев Д.А.

## Surgical treatment of recurrent basal cell carcinoma of parotid-masseteric region with lesion of temporal bone pyramid

Olyushyn V.Ye., Gulyayev D.A.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

© Олюшин В.Е., Гуляев Д.А.

Базально-клеточный рак среди злокачественных образований кожи занимает первое место и составляет 75–95%. Независимо от методов лечения рецидивы составляют до 39%. Рецидивные формы могут поражать мягкие ткани, магистральные сосуды, нервы и кости основания черепа. В работе рассматриваются возможности хирургического лечения распространенных рецидивирующих форм. Приведена техника модифицированной блок-резекции опухолей околоушно-жевательной области с поражением пирамиды височной кости. Приведены ближайшие и отдаленные результаты лечения больных.

Basal-cellular skin cancer takes the first place accounting for 75–95% of malignant skin tumors. Despite different methods of treatment recurrence rate is up to 39%. Recurrent forms may invade soft tissues, major vessels, nerves and bones of the skull base. Options of surgical treatment of wide-spread recurrent forms are considered in this article. Modified block-resection of parotid-masticatory region along with temporal pyramid invasion is presented. Short- and long-term follow-up results are also presented.

### Введение

Базально-клеточный рак (БКР) – это разновидность рака кожи, который чаще всего встречается на лице или шее, нередко на веках или носу и остается одним из самых распространенных заболеваний, занимая второе место после рака желудка и легких [5]. В структуре онкологической заболеваемости населения Российской Федерации рак кожи составляет 11–28%. БКР среди злокачественных эпителиальных опухолей кожи встречается наиболее часто и составляет от 75 до 95% [1, 2]. Из ежегодных 600 тыс. новых случаев рака кожи около 500 тыс. составляет базалиома. Базально-клеточный рак характеризуется местнодеструктивным ростом и крайне редко метастазирует – в мировой практике зарегистрировано всего около 200 случаев метастазирования, обычно это наблюдается при метатипическом типе. Первично-множественная форма базалиомы, по данным

К.В. Даниель-Бек и А.А. Колобякова [3], встречается в 10% случаев. Базально-клеточный рак преимущественно локализуется на открытых участках тела – на коже головы и шеи (80–98% случаев). Наиболее характерной его локализацией является кожа теменной области, где встречается в 5,5% случаев, кожа лба – в 20%, кожа спинки, крыльев носа, надбровных дуг, ушных раковин, инфраорбитальной области – в 69%, кожа губ, подбородка, щек – в 5,5%. БКР также развивается и на других участках кожного покрова: у ранее не лечившихся – на коже головы и шеи в 75,5% случаев, коже груди в 3,1%, коже спины в 5,3%, коже верхних конечностей в 8%, коже нижних конечностей в 8,1%. Независимо от способов лечения первичных карцином рецидивирование отмечается примерно в 39% наблюдений [4, 8, 11]. Рецидивные формы могут поражать подлежащие мягкие ткани, повреждать нервы, магистральные сосуды и кость. Опухоль, расположенная в области свода или

основания черепа, может поражать мозговые оболочки и мозговую ткань. Пути распространения агрессивной опухоли околоушно-жевательной области прогнозировать весьма сложно. Так, опухоль может распространяться через ретроаурикулярную борозду на сосцевидный отросток, сосцевидную полость, тимпаническую полость, среднее ухо. При таком распространении процесса единственно возможным методом лечения является хирургический с широким иссечением пораженных анатомических структур и пластикой образованных дефектов основания черепа и изъянов мягких тканей.

Campbell и соавт. в 1951 г. [7], а позже и H. Parsons, J.S. Lewis [13] впервые описали методику блок-резекции пирамиды височной кости. Наиболее же подробно технологии удаления опухолей околоушно-жевательной области и пирамиды височной кости в зависимости от стадии и распространенности процесса представлены в классической монографии P.J. Donald [9], а также в работах Hirsh, Chang [10]. В настоящее время принято выделять: латеральную резекцию (LTBR), модифицированную Medina [12] и включающую частичную мастоидэктомию и иссечение хрящевого и костного отделов наружного слухового канала с включением барабанной полости. Нижней границей латеральной резекции служит подвисочная ямка; верхней — эпитимпанум и скуловой отросток; передней — капсула височно-нижнечелюстного сустава, медиальной — структуры среднего уха. Капсула околоушной железы и канал лицевого нерва остаются интактными с соответствующим сохранением функции лицевой мускулатуры.

При полной или субтотальной блок-резекции пирамиды височной кости (STBR) в классическом варианте производится широкая диссекция височной ямки и шеи с сохранением или без сохранения ушной раковины. Задней границей резекции является сигмовидный синус и твердая мозговая оболочка задней черепной ямки; верхней границей — твердая мозговая оболочка средней черепной ямки; передней — внутренняя сонная артерия; нижней — луковичная вена; медиальной границей резекции является вершина пирамиды височной кости. В

зависимости от распространенности опухоли в блок могут быть включены околоушная железа, мышцелок и ветвь нижней челюсти, твердая мозговая оболочка и сигмовидный синус, содержащее подвисочную ямку. Наиболее агрессивной и сложной в техническом исполнении считается петрокливальная, или тотальная, блок-резекция (TBR), при которой в блок удаляемых тканей включается верхушка пирамиды височной кости до петрокливального синустоза. Последний вид резекции сочетается либо с перевязкой, либо с реконструкцией внутренней сонной артерии. По данным ряда авторов, тотальная блок-резекция обуславливает высокую частоту послеоперационных осложнений и не улучшает прогноза заболевания.

Такие обширные травматичные операции стали возможны только с развитием современных средств нейровизуализации, новейших схем анестезиологического обеспечения, использования пластических технологий и микрохирургической техники. Нельзя не отметить, что прогресс в лечении столь сложной группы больных возможен только на основе совместных исследований специалистов в различных областях медицинских знаний.

## Материал и методы

В настоящей работе представлен опыт лечения больных базально-клеточным раком околоушно-жевательной области с распространением на пирамиду височной кости, которым была выполнена блоковая резекция опухоли и пирамиды височной кости. Оперировано 3 больных, из них 2 мужчин и 1 женщина. Возраст больных от 24 до 67 лет. Во всех наблюдениях верифицирован базально-клеточный рак с массивным инфильтративным ростом и формированием каллезных язв в околоушно-жевательной области. При проведении гистологического исследования блок-препарата особое внимание уделялось краям резекции. Ни в одном наблюдении в зоне резекции опухолевой ткани найдено не было, что свидетельствовало о радикальном удалении опухолей. Все больные отнесены к T4 стадии опухолевого процесса. Регионарное метастазирование исключалось на

дооперационном этапе на основании физикальных данных, ультразвукового исследования органов шеи и подтверждено интраоперационно во время широкой шейной диссекции.

Предоперационное состояние 2 больных расценивалось как компенсированное (80 баллов по шкале Kamovsky), 1 больного как тяжелое (около 50 баллов), что было обусловлено как раковой интоксикацией, так и грубым неврологическим дефицитом на фоне поражения опухолью каудальной группы нервов дислокационными проявлениями. У 2 больных имелись обширные каллезные язвы околоушной области с рецидивирующими эрозивными кровотечениями и гнойным расплавлением, что потребовало подготовки больных с повторными посевами на флору и чувствительность к антибиотикам, общеукрепляющей терапии. У 1 пациентки раковая язва сообщалась с боковой стенкой глотки. 2 больных получали в различные сроки до операции (от 1 года по 4 лет) курсы лучевой терапии в СОД от 45 до 60. Всем больным проведена МРТ, МРТ АГ, КТ, спиральная КТ, селективная ангиография систем наружной и внутренней сонной артерий. На основании данных нейровизуализации определяли анатомическую возможность резекции сигмовидного синуса. Функциональную значимость внутренней сонной артерии определяли на основании доплеровского исследования.

Всем больным проведена одноэтапная операция двумя бригадами хирургов. Окаймляющим опухоль разрезом скелетируют кости черепа и ветвь нижней челюсти. Далее в каудальном направлении пересекаются мышцы боковой и заднебоковой групп шеи. Выделяют сосудисто-нервный пучок. Идентифицируют общую сонную артерию, блуждающий нерв, внутреннюю яремную вену. Дальнейшая препаровка проводится по превертебральной фасции по поперечным отросткам позвоночника до наружного основания черепа. При этом верифицируют и перевязывают наружную сонную артерию с ее ветвями, после чего окончательно формируют оральные отделы блока. Пересекают ветвь нижней челюсти на уровне  $\nu$  зуба и тело скуловой дуги. Далее проводят широкую костно-пластическую

трепанацию черепа в лобно-височно-теменно-затылочной области. Проводят мобилизацию полнослойного кожно-апоневротически-надкостничного костного лоскута. Это осуществлялось следующим образом: производили два параллельных разреза волосистой части головы, каждый по 7 см, первый от середины скуловой дуги перпендикулярно основанию черепа, второй параллельно первому от сосцевидного отростка, формируется полнослойный лоскут из четырех фрезевых отверстий  $7 \times 7$  см. Нижний край последнего формирует верхнюю часть блока.

При экстрадуральном подвисочном подходе к вершине пирамиды визуализируются слепое и овальное отверстия, служащие надежными ориентирами на основании средней черепной ямки. При поражении сигмовидного синуса, несмотря на дооперационные ангиографические данные, проводятся пробы с пережатием этого венозного коллектора с визуальным контролем состояния головного мозга и многофункциональным нейрофизиологическим мониторингом. После интраоперационного анализа полученных данных (реакций со стороны гемодинамики, тургора и полнокровия мозга) и подтверждения тем самым функциональной незначимости сигмовидного синуса проводилась его перевязка дистальнее впадения вены Лаббе. Твердая мозговая оболочка средней черепной ямки практически до треугольника Каваса включается в блок тканей, как и пересеченный сигмовидный синус. Проводится пропил пирамиды височной кости поперечно от верхнего каменистого нерва через борозду верхнего каменистого синуса к яремному отверстию с предварительной мобилизацией интрапетрозальной и кавернозной частей сонной артерии. Блок полностью мобилизуется и удаляется. В рану прилежит внутренняя сонная артерия от устья до интракавернозной ее части, левое полушарие мозжечка, базальные отделы левой височной доли. Визуализируются интракраниальные участки акустико-фациальной и каудальной группы нервов. Яремная вена перевязана и удалена с блоком. Производится герметичное ушивание дефекта твердой мозговой оболочки с применением сво-

бодных лоскутов надкостницы или подкожного жира. Костный лоскут укладывается на место и фиксируется костными швами, мини-пластинами или краниофиксами. Обширный изъян мягких тканей укрывается торакодorzальным лоскутом, который надежно фиксируется костными швами к краям костного дефекта. Рана дренируется активными трубчатыми дренажами на 3–4 сут.

## Результаты

В дооперационном периоде проводилась гипертоническая гемодилюция. Средняя кровопотеря в ходе вмешательства составила 2 л и восполнялась донорской кровью и плазмозаместителями. В данных наблюдениях послеоперационной летальности не было. В 2 наблюдениях отмечается длительный (от 15 до 43 мес) безрецидивный период. Состояние пациентов стабильное и соответствует 80–100 баллам по шкале Карновски. Одна пациентка погибла через 18 мес после операции от сопутствующей соматической патологии без рецидива основного заболевания.

## Заключение

Несмотря на весьма доброкачественное в большинстве клинических наблюдений течение базально-клеточного рака, удовлетворительный локальный эффект на фоне традиционных методов лучевой терапии и органосохраняющих операций, а также крайне редкие метастатические формы, в целом ряде наблюдений отмечается рецидивное течение заболевания. В таких случаях опухоль распространяется на прилежащие ткани, вызывая их деструкцию и угрожающие жизни осложнения. Особенно трагически это проявляется при поражении основания черепа и, в частности, пирамиды височной кости. Такие пациенты на данном этапе заболевания, как правило, исчерпали все возможности схемы адьювантного лечения, и единственным способом курации является радикальное хирургическое вмешательство. В 3 наблюдениях использованы методики субтотальной блок-резекции пирамиды височной кости и замещения изъянов околоушно-жевательной области перемещенным торакодorzальным лоскутом. Бли-

жайшие (отсутствие послеоперационной летальности) и отдаленные (длительный безрецидивный период) результаты свидетельствуют об эффективности такого рода хирургических вмешательств у пациентов с распространенными рецидивными опухолями данной локализации. Применение современных технологий позволяет с минимальными периоперационными рисками проводить радикальное удаление новообразований при удовлетворительном функциональном и косметическом результате. Применение кровоснабжаемых островковых лоскутов на основе широчайшей мышцы спины позволяет не только герметично закрывать значительные по размеру дефекты основания черепа, но и корригировать грубые изъяны околоушно-жевательной области. Проведение радикальной операции на ранних сроках агрессивно распространяющихся новообразований с высокой степенью биологической агрессии может не только улучшить онкологический прогноз, но и значительно упростить хирургическое вмешательство, провести органосохраняющую операцию. В случаях же со злокачественными распространенными рецидивными опухолями основания черепа обширные субтотальные блок-резекции пирамиды височной кости могут использоваться как операции выбора.

## Литература

1. Аксель Е.М., Двойрин В.В., Трапезников Н.Н. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований населения России и некоторых других стран СНГ в 1992 г. М., 1994. 312 с.
2. Апатенко А.К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. М.: Медицина, 1973.
3. Даниель-Бек К.В., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей. М., Медицина, 1979.
4. Максимова Н.Е., Шабанов А.М. Прогнозирование частоты рецидивов базалиом // Актуальные проблемы пато- и морфогенеза. Системные аспекты патологии и вопросы преподавания патологической анатомии: Сб. тр. науч. конф., посвящ. 100-летию кафедры патолог. анатомии. СПбГМУ им. И.П. Павлова. СПб, 1999. С. 46–47.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М., Медицина, 1983.
6. Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H. Basal Cell Carcinoma. Dermatology, Winkelmann. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1991.
7. Campbell, Eldridge, Volk, Benjamin M., Burkland,

**Материалы 5-й Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии»**

- Charles W.** Total Resection of Temporal Bone for Malignancy of the Middle Ear // *Ann. Surg.* 1951. S. 134 (3). P. 397—403.
8. **Dixon A.Y., Lee S.H., McGregor P.H.** Factors predictive of recurrence of basal cell carcinoma // *Am. J. Dermatopathol.* 1989. V. 11. P. 222—232.
9. **Donald P.J.** Craniofacial surgical resection: new frontier in advanced head and neck cancer // *Aust. N. Z. J. Surg.* 1989. V. 59 (7). P. 523—528. Review.
10. **Hirsch B.E., Chang C.Y.J.** Carcinoma of the temporal bone / Myers E.N., ed. // *Operative Otolaryngology Head and Neck Surgery*. Philadelphia, Pa: WB Saunders, 1997. P. 1434—1458.
11. **Koplin L., Zarem H.A.** Recurrent basal cell carcinoma. A review concerning the incidence, behavior and management of recurrent basal cell carcinoma with emphasis on the incompletely excised lesion // *Plast. Reconstr. Surg.* 1980. V. 65. № 5. P. 656—664.
12. **Medina J.E., Park A.O., Neely J.G., Britton B.H.** Lateral temporal bone resections // *Am. J. Surg.* 1990. V. 160 (4). P. 427—433.
13. **Parsons H., Lewis J.S.** Subtotal resection of the temporal bone for cancer of the ear // *Cancer.* 1954. V. 7 (5). P. 995—1001.
14. **Silverman M.K., Kopf A.W., Grin C.M. et al.** Recurrence rates of treated basal cell carcinomas // *Overview. J. Dermatol. Surg. Oncol.* 1991. V. 17. P. 713—718.