

*Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika (igazgató: Kemény Lajos dr., egyetemi tanár)¹,
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Traumatológiai Klinika (igazgató: Simonka János Aurél dr., egyetemi tanár)²,
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Fogászati és Szájsebészeti Klinika (igazgató: Nagy Katalin dr., egyetemi tanár)³*

Kutyaharapás után kialakult felső ajak hiány rekonstrukciója Kazanjian lebennyel*

Reconstruction of a large upper lip defect due to dog bite by Kazanjian flaps

VARGA JÁNOS DR.¹, PINTÉR SÁNDOR DR.², MOHOS GÁBOR DR.¹, KIS ERIKA DR.¹,
KOCSIS ÁDÁM DR.¹, NAGY KATALIN DR.³, KEMÉNY LAJOS DR.¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők bemutatnak egy kutyaharapás következtében kialakult extrém súlyos, skalp- és arcsérült beteget, akinél az elsődleges traumatológiai ellátását követően a felsőajak hiány rekonstrukcióját Kazanjian és Abbé lebeny kombinációjával oldották meg. Az elsődleges rekonstrukciónál a koponya fedése omentum majus mikrovasculáris lebenyplasztikával történt a jobb arcfélnél az arteria facialis és véna retromandibuláris end-to-end anastomosisával.

A sebészi ellátás kihívást jelentett a tápláló artériák részleges hiánya és a környezetben bekövetkezett súlyos lágyrész sérülés miatt.

Kulcsszavak:
ajak - hiány - lebeny - sebészet

SUMMARY

The authors present an extremely severely injured patient bitten by a dog with scalp and facial injuries, after the initial trauma treatment period, the lip defect was reconstructed with a combination of Kazanjian and Abbe flaps.

In the first stage of reconstructive surgery, the skull was covered with a microvascular flap of the greater omentum, and the end-to-end anastomosis between of the right facial artery and retromandibular vein was performed. The surgery was challenged by the partial lack of arteries and serious damage of the surrounding soft tissue.

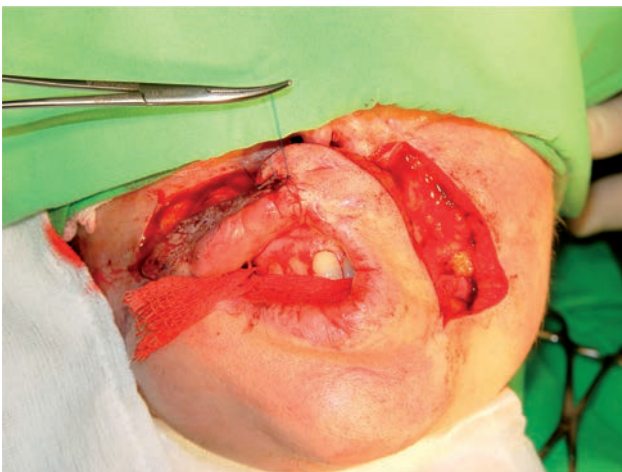
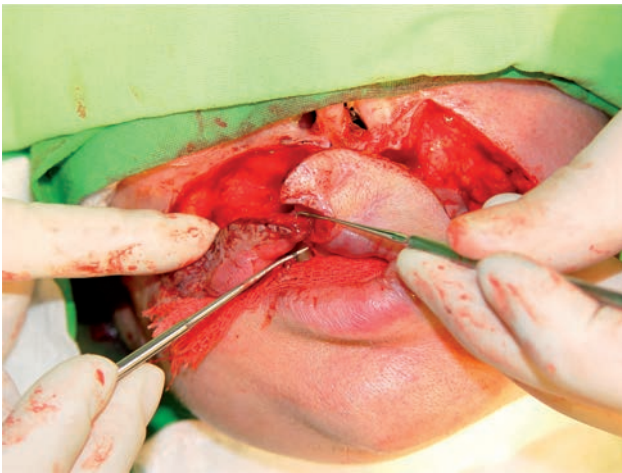
Key words:
lip - defect - flap - surgery

Perioralis defektusok kialakulhatnak malignus folyamat, trauma vagy veleszületett defektus következtében. A felsőajak-hiány pótlása komplex probléma. A kicsi, teljes vastagságú defektusok, melyek az ajak negyedének vagy harmadának a hiányát jelentik, primer zárást tesznek lehetővé. A defektus szélessége ilyenkor rendszerint nem haladja meg a 2 cm-t. Helyi lebenyt kell használni minden esetben, ha lehetséges, mert a lokális lebenyek adják a legjobb funkcionális és esztétikai eredményt. A lebeny struktúrája ilyenkor hasonló leginkább a pótlandó szövethez, és az adó oldal károsodása is csökkenthető (1, 2).

Ha a defektus az ajak 1/3 v. 2/3-ra terjed, a rekonstrukcióra alkalmas lehetséges lebeny technikák a következők: a keresztezett ajak lebeny, mint az *Abbé* vagy *Estlander*

lebeny (2, 3), a körkörös-rotációs lebeny mint a *Karapandzic* vagy a *Gillies* lebeny (2, 4), a nasolabialis lebeny, valamint *Kazanjian* fordított lebenye (7). Többlépéses rekonstrukcióknál kombinált lokális lebenyeket alkalmazunk. A rekonstrukció első lépésénél, mint pl. a kiterjesztett *Karapandzic* lebeny, vagy a *Kazanjian* lebeny, helyreállítja az orális sphinctert (2, 5, 6.), majd ezt követően alkalmazzuk a keresztezett ajak lebenyt, mely helyreállítja a szimmetriát és a volumet a felső és alsó ajak között (5). Természetesen használhatunk távoli lebenyeket mikrovaszkuláris technikával (mikrovaszkuláris lebenyek), vagy myocután lebenyeket is. Leggyakrabban használt lebeny a radiális alkari lebeny, amelyet gyakran transzportálnak a *palmaris longus* innal, az ajak alátámasztásához (2, 8). Ez a lebeny egyben érző lebeny is, mert a lebenyben lévő ideget, a *nervus cutaneus antebrachii lateralis* a *nervus mentálishoz* vagy a *nervus alveolaris inferiorhoz* tudjuk adap-

* Dr. Dobozy Attila akadémikus, egyetemi tanár 70. születésnapja tiszteletére



1. ábra

A műtét menete a megfelelő lebeny kiszabásával és a rétegek egyesítésével

tálni, és ezzel biztosítjuk a lebeny érző funkcióját. Totál vagy közel totál ajak defektusnál kitűnő megoldás.

Alkalmazhatóak még alternatív szabadlebenyek is, mint a gracilis szabad lebeny (9) vagy a temporalis scalp szabad lebeny, kívül hajmenetesített területtel, belül mucosa réteggel (10). Nagy ajakdefektus esetén a teljes rekonstrukció a sebész számára minden esetben nagy kihívást jelent.

Esetismertetés

Az 57-éves nőbeteg otthonában saját kutyája támadta meg. A harapások következtében súlyos skalp és arcsérülést szenvedett, a helyszínen újraéleszteni kellett. A 42 napos intenzív osztályos és traumatológiai ellátását követően osztályunkra történő felvételekor a sérülés következtében a felsőajak kb. 70%-ban hiányzott, oldalsó szélei hegesen letapadtak, felső fogsor szabadon maradt, a nyálkahártya fájdalmasan kiszáradt, a beteg táplálkozása, beszéde korlátozott volt. A tracheostoma sebe gyógyult, a beteg kielégítő táplálását jejunostomán keresztül biztosítottuk, ezt a kezelést befejezéséig fenntartottuk.

A műtét során a felső ajak defektusának pótlására bal oldalról, az alsó ajak területéről Kazanjin lebenyt forgattunk fel. A műtétnél a bőrt a mentolabialis és nasolabialis vonallal paralel metszettük be. A metszés mélységénél keresztül vágtuk a bőrt, a subcutan szöveteket megőriztük. A műtét folytatásaként jobb oldalon a letapadt szélénél leválasztottuk az orbicularis oris rostjait. A rostok azonosítása, szétválasztása után azokat eredeti pozícióban egyesítettük. A defektus zárása rétegenként történt meg, de csak a jó musculáris egyesítést követően. A felső rekonstruált ajakkal megteremtettük a beteg szájának zárását, a fogsor fedését és a táplálkozás lehetőségét (1. ábra).

A kezelés második lépésében Abbe szerinti keresztzett ajak lebenyt alkalmaztunk, mellyel helyreállítottuk a szimmetriát és a volument az alsó és felsőajak között (2. ábra).

A kialakult microstománál következő lépésben elvégzett mucosaplasztikával állítottuk helyre a funkció és esztétikum szempontjából elfogadható nagyságot.



2. ábra

Keresztzett ajak lebeny (Abbe-lebeny) alkalmazása a volumen és szimmetria helyreállítására a felső és alsó ajak között



3. ábra
Az ajak rekonstrukció előtt (A) és azt követően (B)

A műtéti területen az érzés 3 hónap múlva visszatért, az ajak mozgása kb. 6 hónap elteltével vált teljessé. Az ajak rekonstrukciót követően mind a funkcionális mind az esztétikai eredmény kielégítő volt (3. ábra).

Megbeszélés

Az ajak kiemelkedő helyet foglal el az önmagunkról kialakított testképben, és sok különböző másodlagos jelentést is hordoz magában. Fontos szerepet játszik az esztétikai megjelenésnél, a kommunikációnál, a mindennapi kapcsolat létesítésénél, a beszédnél. Ez kapcsolatban van a normál morfológiával és az intakt motoros és szenzoros ellátással. Bár az ajak egyharmadának, teljes vastag kímetszéskor direkt egyesítésével a sebszéléknek tudjuk primeren zárni a sebet, a nagyobb defektusok zárásánál lokális vagy távoli lebeny alkalmazása szükséges. Ha a defektus az ajak 70-80%-át éri el, az ajkat rekonstruálhatjuk a maradék ajakszövet szétosztásával. Nagyobb defektus megköveteli járulékos szövetek használatát. A keresztezett *Abbé* lebeny, *Estlander* és *Gilles* lebeny és ezek módosításai a legjobban ismert módszerei az ajak rekonstrukciójának (11, 12, 13). A keresztezett ajak lebenyeknél fontos megőrizni az artériás táplálást és életképességet.

A *Kazanjian* által leírt neurovascularis myocutan lebeny egy jól megalapozott, biztonságos, ajánlható metódus mind az alsó ajak, mind a felsőajak rekonstrukcióban. Más lebenyekkel ellentétben a fontos különbség az, hogy megőrizzük az intakt motoros és szenzoros beidegzést és elkerüljük az orbicularis oris rostjainak átmetszését, ezáltal minimalizáljuk a sphincter denervációját és atrofiját és fokozzuk az ajak mozgását, érzését.

Elkerülhetők azok a problémák, amelyek a távoli és a mikrovaskularis lebenyeknél előfordulhat. Harmonizál a szomszédos szövetekkel, és az új orális sphincter is jó működésű. A lebeny egy kitűnő megoldásnak tűnik, kombinálva *Abbe* lebennyel részleges vagy csaknem teljes ajak hiány rekonstrukciójánál.

Betegünknel a felső ajak hiánya a sérülést követően kb. 75%-a volt a felsőajak teljes volumenének. A rekonstrukciót követően a szájnylás minimális mértékben megkisebbedett, mert a rendelkezésre álló és felhasználható épen maradt környező szövetek erősen redukáltak voltak. A kialakult microstománál következő lépésben elvégzett mucosaplasztikával állítottuk helyre a funkció és esztétikum szempontjából elfogadható nagyságot. A száj mozgása, csücsörítés, táplálkozás, beszéd, evőeszköz használata teljes mértékben kivitelezhető volt. A posztoperatív szakban nem volt sebgyógyulási zavar. A kielégítő esztétikai eredmény a beteg szociális beilleszkedését teljessé tette. A

súlyos traumát elszenvedő betegnél a rekonstrukció rendkívül leszűkült lehetősége miatt a kombinált lebeny alkalmazását megfelelőnek tartjuk mint lehetséges választást a felső ajak pótlása céljából. Az ajak pótlása mind a funkció mind az esztétikum szempontjából megfelelő eredményt adott.

IRODALOM

1. *Coppit G. L., Lin D. T., Burkey B. B.*: Current concepts in lip reconstruction. *Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg.* (2004) 12(4), 281-7.
2. *Anvar B. A., Evans B. C., Evans G. R.*: Lip reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* (2007) 120(4), 57e-64e.
3. *Krunic, A. L., Weitzul, S., Taylor R. S.*: Advanced reconstructive techniques for the lip and perioral area. *Dermatol.Clin.* (2005) 1, 43-53.
4. *McCarn K. E., Park S. S.*: Lip reconstruction. *Facial Plast.Surg.Clin.North Am.* (2005) 13(2), 301-14.
5. *Ethunandan M., Macpherson D. W., Santhanam V.*: Karapandzic flap for reconstruction of lip defects. *J Oral Maxillofac Surg.* (2007) 65(12), 2512-7.
6. *Karapandzic M.*: Reconstruction of lip defects by local arterial flaps. *Br.J.Plast.Surg.* (1974) 27(1), 93-7.
7. *Kazanjian V. H., Roopenian A.*: The Treatment of lip deformities resulting from electric burns. *Am J Su.* (1954) 88(6), 884-90.
8. *Kushima H. és mtsai*: Functional reconstruction of total lower lip defects with a radial forearm free flap combined with a depressor anguli oris muscle transfer. *Ann Plast Surg.* (1997) 39(2), 182-5.
9. *Lengelé B. G. és mtsai*: Total lower lip functional reconstruction with a prefabricated gracilis muscle free flap. *Int.J Oral Maxillofac.Surg.* (2004) 33(4), 396-401.
10. *Chang K. P. és mtsai*: Total upper lip reconstruction with free temporal scalp flap: long-term follow-up. *Head Neck.* (2003) 25(7), 602-5.
11. *McGregor I. A., McGregor F. M.*: *Cancer of the Face and Mouth.* Churchill Livingstone, Edinburgh, (1986)
12. *Baker S. R., Swanson N. A.*: *Local Flaps in Facial Reconstruction.* Mosby-Year Book, St. Louis, (1995)
13. *Smith P. G., Muntz H. R., Thawley S. E.*: Local myocutaneous advancement flaps. Alternatives to cross-lip and distant flaps in the reconstruction of ablative lip defects. *Arch Otolaryngol.* (1982) 108(11), 714-8.