

<https://doi.org/10.56598/2957-6377-2024-4-14-33-36>

УДК 616-006; 617.7

МРНТИ 76.29.49; 76.29.56

Описание клинического случая

## Расширенная резекция верхней челюсти с экзентерацией орбиты. Клинический случай

Серикбайулы Д. <sup>1</sup>, [Нуржанов А.А.](#) <sup>2</sup>, [Анапия Б.Б.](#) <sup>3</sup>, Шалабаев Б.Д. <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Хирург-онколог, Национальный научный онкологический центр, Астана, Казахстан. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>2</sup> Хирург-онколог, Национальный научный онкологический центр, Астана, Казахстан. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>3</sup> Старший ординатор реконструктивной хирургии, Национальный научный онкологический центр, Астана, Казахстан. E-mail: alaydo@mail.ru

<sup>4</sup> Врач хирург-отоларинголог Центра многопрофильной хирургии, Национальный научный онкологический центр, Астана, Казахстан. E-mail: naymantay@mail.ru

### Резюме

Опухоли челюстно-лицевой области диагностируются в 15% случаев всех хирургических патологий этой зоны. Более точное определение границ и распространенности опухолевого процесса позволяет получить неоценимую по важности информацию о стадии развития опухоли челюстно-лицевой области.

Представлен клинический случай хирургического лечения рака верхней челюсти с распространением опухоли в орбиту, ретромаксиллярное пространство, основание черепа, мягкие ткани щеки с обоснованием расширенной резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты и мягких тканей лица с одномоментной пластикой.

Подвергнутые анализу компьютерные томограммы позволили с определенной долей достоверности проследить распространенность и границы опухоли, обосновать операбельность больного и составить объем предстоящей операции.

Ключевые слова: рак верхней челюсти, расширенная резекция верхней челюсти, компьютерная томография, распространенность опухолей.

Corresponding author: Bolat Shalabayev, Surgeon otolaryngologist of the Center for Multidisciplinary Surgery, National Scientific Cancer Center, Astana, Kazakhstan.  
Postal code: C34B8T5  
Address: Kazakhstan, Astana, Kerey, Zhanibek khandar st. 3.  
Phone: +77026415065  
E-mail: naymantay@mail.ru

Oncology.kz 2024; 4 (14): 33-36  
Received: 11-10-2024  
Accepted: 06-11-2024



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

## Введение

Необходимым условием выбора оптимального плана лечения больных с раковым поражением верхней челюсти, является точная патоморфологическая диагностика опухоли и определение ее границ [1-4].

Анализ результатов проведенных компьютерных томографий (КТ) позволяет определить распространенность опухоли и опухолеподобных заболеваний. Делает возможным уточнить не только размеры опухоли, но и степень вовлечения в процесс граничащих с ними анатомических регионов. Переоценить подобного рода данные невозможно. Они позволяют планировать методические основы выполнения хирургического вмешательства и конкретизировать поля облучения [2,3,5].

## Клинический случай

Больной Р. 60 лет, поступил в клинику с диагнозом "Рак правой верхнечелюстной пазухи StIVB T4a3N3bM0".

В предоперационном периоде произведена детальная оценка общего состояния больного и тщательный анализ КТ томографии опухоли, ее распространенность и границы.

При осмотре: Лицо деформировано из-за наличия на правой половине лица неправильной округлой формы опухоли размером до 7,0x8,0 см исходящей из проекции верхне-челюстной пазухи на широком основании, почти полностью прикрывает правый глаз, распространяется книзу на щечную

К этому следует добавить, что более точное определение границ и распространенности опухолевого процесса позволяет получить неоценимую по важности информацию о стадии развития опухоли челюстно-лицевой области. А это, как и ее патоморфологическая диагностика помогают выбрать более адекватный вид терапии [3-6].

Цель сообщения: презентовать клинический случай хирургического лечения рака верхней челюсти с распространением опухоли в орбиту, ретромаксиллярное пространство, основание черепа, мягкие ткани щеки с обоснованием расширенной резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты и мягких тканей лица с одномоментной пластикой.

поверхность в виде дополнительного овального инфильтрата до уровня правого угла рта (Рисунок 1).

В ротовой полости опухоль распространяется через передне-нижнюю часть из верхнечелюстной пазухи на щечную поверхность и на альвеолярный отросток. Сильный некротический запах изо рта. Форма носа не изменена. Носовая перегородка на средней линии. Раковины умеренно увеличены. В полости носа признаки опухолевого роста отсутствуют. Справа на шее пальпируются увеличенные плотные лимфоузлы размером до 2,5 см.



Рисунок 1 - Вид пациента с раком правой верхне-челюстной пазухи. St III T3N1M0

На КТ картине обширной опухоли верхнечелюстной пазухи, размерами 8,79x4,34 см, с деструкцией задней, передней стенок, полное отсутствие верхней орбитальной стенки, истончение медиальной стенки, с распространением в ретромаксиллярную область, мягкие ткани щеки, орбиту, основание черепа. При этом отмечено отсутствие деструкции основания черепа.

Анализ КТ исследования позволил обосновать расширенную резекцию верхней челюсти с экзентерацией орбиты, с иссечением мягких тканей щечной области с одномоментной пластикой лица (Рисунок 2).

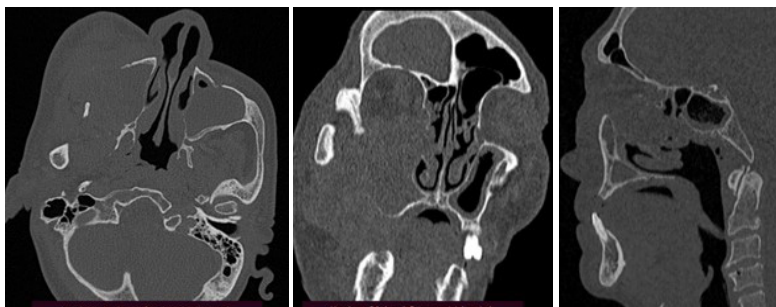


Рисунок 2 - КТ-картина: тень образования верхне-челюстной пазухи, с деструкцией костных стенок, с распространением на твердое небо, мягкие ткани щеки, ретромаксиллярную область, орбиту, основание черепа

Пациенту произведена операция – расширенная резекция верхней челюсти справа с экзентерацией орбиты с одномоментной пластикой лица.

В ходе операции на первом этапе произведена лимфодиссекция справа. Вместе MTS лимфоузлами удалена патологически измененная подчелюстная слюнная железа. Также для минимизации кровопотери на основном этапе операции выделена наружная сонная артерия и временно пережата сосудистым зажимом.

На основном этапе произведено удаление собственно опухолевого конгломерата. Для чего использован модифицированный хирургический доступ для боковой ринотомии по Муру с

пересечением верхней губы, который дополнен разрезом под выпирающей частью опухоли на щеке. Сформированный, таким образом, доступ позволил обеспечить хороший визуальный контроль операционного поля и мобилизовать опухоль верхне-челюстной пазухи и орбиты, удалить его единым блоком вместе с твердым небом (Рисунок 3).

Остатки опухоли удалены последовательным скальпированием и последующей тотальной диатермокоагуляцией. Дополнительно вскрыты клетки решетчатого лабиринта и основная пазуха. Подозрительные на остатки опухоли участки также подвержены тотальной диатермокоагуляции.



Рисунок 3 - Этап расширенной резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты, резекцией твердого неба, иссечением мягких тканей щеки, с одномоментной пластикой дефекта кожи лица. Вид больного после операции

На завершающем этапе операции произведено пластическое закрытие дефекта правой половины лица, образовавшегося при иссечении опухоли, перемещением кожного лоскута со лба. В завершении операции послеоперационная полость тампонируется марлево-мазевым тампоном по Микуличу.

Таким образом, хирургическое вмешательство выполнено в полном объеме и последующее

### Обсуждение

Анализ КТ исследования позволил определить относительные размеры опухолевого поражения, его распространенность, границы и что очень важно, верхней границы с основанием черепа, отсутствие деструкции этой стенки. Последнее в итоге позволило обосновать операбельность пациента и планировать объем операции.

### Выводы

Отличительной особенностью границ злокачественной опухоли является смешивание на участке контакта инфильтрирующей опухоли и прилегающей к ней ткани. При такой особенности строения границы опухоли расплывчатые и не могут быть четкими. Вместе с тем границы тени более четко определяемы в случаях, когда они ограничены соседними образованиями, воздушной, хрящевой или костной плотности. В данном случае с костной стенкой передней черепной ямки, что позволило рассчитывать на более радикальный результат хирургической операции.

### Литература

1. Howard A., Agrawal N., Gooi Z. Lip and oral cavity squamous cell carcinoma. *Hematology/Oncology Clinics*, 2021; 35(5): 895-911. [\[Crossref\]](#)
2. Woo S., DeAngelis A., Koo K., Kranz S., et al. Surgery for maxillary oral squamous cell carcinoma: the effect of surgical resection margins and elective neck dissection on oncological outcomes. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, 2023; 52(3): 283-290. [\[Crossref\]](#)
3. Spiro R. H., Strong E. W., Shah J. P. Maxillectomy and its classification. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 1997; 19(4): 309-314. [\[Crossref\]](#)

патогистологическое исследование и отсутствие опухоли в краях резекции, подтвердило радикальный характер операции.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписан на 12 сутки.

Объем удаляемых, пораженных опухолевым процессом тканей в ходе хирургического вмешательства однозначно не мог быть стандартным и включал в том числе обширный лицевой кожно-мягкотканый компонент, что разумеется требовало пластической коррекции, во избежание уродующих дефектов на лице.

Анализ КТ исследования позволил выполнить нестандартное, расширенное, хирургическое вмешательство по удалению раковой опухоли с одномоментной пластикой образовавшегося обширного дефекта на лице.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Нет.

**Авторский вклад.** Авторы внесли равный вклад в написание данной рукописи, в том числе редактирование.

4. Sliker F. J. B., Rombout D. A. A., De Bree R., Van Cann E. M. Local recurrence and survival after treatment of oral squamous cell carcinoma of the maxilla: A systematic review and meta-analysis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 2022; 133(6): 626-638. [[Crossref](#)]

5. Sliker F. J., de Bree R., Van Cann E. M. Predicting individualized mortality probabilities for patients with squamous cell carcinoma of the maxilla: Novel models with clinical and histopathological predictors. *Head & neck*, 2019; 41(10): 3584-3593. [[Crossref](#)]

6. Flörke C., Gülses A., Altmann C. R., Wiltfang J., et al. Clinicopathological risk factors for contralateral lymph node metastases in intraoral squamous cell carcinoma: a study of 331 cases. *Current Oncology*, 2021; 28(3): 1886-1898. [[Crossref](#)]

### Орбитальды экзентерациямен жоғарғы жақтың кеңейтілген резекциясы. Клиникалық жағдай

Серикбайұлы Д.<sup>1</sup>, [Нуржанов А.А.](#)<sup>2</sup>, [Анапия Б.Б.](#)<sup>3</sup>, Шалабаев Б.Д.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ұлттық ғылыми онкологиялық орталықтың хирургиялықтың онкологы, Астана, Қазақстан. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>2</sup> Ұлттық ғылыми онкологиялық орталықтың хирургиялықтың онкологы, Астана, Қазақстан. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>3</sup> Реконструктивтік хирургия бөлімінің аға резиденті, Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық, Астана, Қазақстан. E-mail: alaydo@mail.ru

<sup>4</sup> Көпсалалы хирургия орталығының хирург-отоларингологы, Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық, Астана, Қазақстан. E-mail: naymantay@mail.ru

#### Түйіндеме

Жақ-бет аймағының ісіктері аталмыш аймақтағы барлық хирургиялық патологиялардың 15% жағдайында диагностикаланады. Ісік процесінің шекаралары мен дәрежесін дәлірек анықтау жақ-бет аймағындағы ісіктің даму кезеңі туралы баға жетпес ақпарат алуға мүмкіндік береді.

Мақалада бір сатылы пластикалық хирургиялық операциямен орбита мен беттің жұмсақ тіндерін экзентерациялаумен жоғарғы жақ сүйегінің ұзартылған резекциясын негіздей отырып, орбитаға, ретромаксиллярлық кеңістікке, бас сүйегінің негізіне және беттің жұмсақ тіндеріне ісіктің таралуымен жоғарғы жақ сүйегінің обырын хирургиялық емдеудің клиникалық жағдайы ұсынылған.

Талданған компьютерлік томограммалар белгілі бір сенімділік дәрежесімен ісіктің көлемі мен шекарасын анықтауға, науқастың жұмысқа қабілеттілігін негіздеуге және алдағы операцияның көлемін анықтауға мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: жақсүйек ісігі, ұзартылған жақ резекциясы, компьютерлік томография, ісіктердің таралуы.

### Extended resection of the maxilla with orbital exenteration. Clinical case

Dulat Serikbayuly<sup>1</sup>, [Aibar Nurzhanov](#)<sup>2</sup>, [Baurzhan Anapiya](#)<sup>3</sup>, Bolat Shalabayev<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Surgeon-oncologist, National scientific oncological center, Astana, Kazakhstan. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>2</sup> Surgeon-oncologist, National Scientific Oncology Center, Astana, Kazakhstan. E-mail: info@dodoc.kz

<sup>3</sup> Senior Resident in Reconstructive Surgery, National Research Center for Oncology and Transplantation, Astana, Kazakhstan. E-mail: alaydo@mail.ru

<sup>4</sup> Surgeon otolaryngologist of the Center for Multidisciplinary Surgery, National Scientific Cancer Center, Astana, Kazakhstan. E-mail: naymantay@mail.ru

#### Abstract

Tumors of the maxillofacial region are diagnosed in 15% of all surgical pathologies of this area. A more accurate definition of the boundaries and prevalence of the tumor process allows us to obtain invaluable information about the stage of development of the maxillofacial tumor.

A clinical case of surgical treatment of maxillary cancer with tumor spread to the orbit, retromaxillary space, skull base, soft tissues of the cheek is presented with the rationale for extended resection of the maxilla with exenteration of the orbit and soft tissues of the face with one-stage plastic surgery.

The analyzed computed tomograms (CT) allowed us to trace the prevalence and boundaries of the tumor with a certain degree of reliability, justify the operability of the patient and make up the scope of the upcoming operation.

Key words: maxillary cancer, extended resection of the maxilla, computed tomography, tumor prevalence.