

Bogumił Lewandowski, Artur Siwiec, Jan Wnukiewicz*

Chirurgiczne leczenie przetok ustno-zatokowych z wykorzystaniem poduszki tłuszczowej policzka

Z Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. F. Chopina w Rzeszowie
Ordynator: dr n. med. B. Lewandowski

*Z Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Akademii Medycznej we Wrocławiu
Kierownik: prof. AM dr hab. J. Wnukiewicz

W niniejszej pracy przedstawiono własne obserwacje dotyczące wykorzystania poduszki tłuszczowej policzka jako sposób chirurgicznego leczenia przewlekłych, wtórnych przetok ustno-zatokowych.

W latach 2001–2006 roku w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie u 16 chorych zastosowano dwuwarstwową plastykę wykorzystując ciało tłuszczowe policzka do zaopatrzenia przetok ustno-zatokowych. We wszystkich przypadkach zakres zabiegu poszerzano o operację zatoki sposobem Caldwell-Luca. We wszystkich przypadkach uzyskano skuteczne zamknięcie przetok. Płat uszypułowany z poduszki tłuszczowej policzka wgoił się bez powikłań u 11 chorych. U pięciu chorych natomiast odnotowano częściową utratę płata lub jego obkurczenie, co jednak nie wpłynęło na końcowy wynik operacji.

Plastyka miejscowa przetok ustno-zatokowych z wykorzystaniem poduszki tłuszczowej policzka jest prostym sposobem leczenia chirurgicznego w trudnych, powikłanych przypadkach klinicznych i zapewnia dobry wynik operacyjnego leczenia także w aspekcie czynnościowym.

Słowa kluczowe: poduszka tłuszczowa policzka, płat uszypułowany, przetoka ustno-zatokowa, plastyka miejscowa przetok.

Synthetic surgical treatment of oro-antral fistulas using a pedicled buccal fat pad

The study describes the indications, advantages and complications of the buccal fat pad flap and reports our clinical experience with the flap for intraoral reconstruction after the prior failures.

Methods. From 2001 to 2006 a pedicled buccal fat pad flap was used to reconstruct oral defects in 16 patients, prospectively analyzed. The buccal fat pad was frequently used for the closure of oro-antral fistulas.

Results. Adequate closure of the defect was achieved in all cases. The buccal fat pad healed without complications in 11 patients, whereas in 5 patients there was a partial loss of graft or some retraction of the buccal fat pad.

Conclusions. It is an acceptable type of reconstruction. This procedure of closure oro-antral fistulas has wide application after primary failures of reconstructions and a high degree of success.

Key words: Down Syndrome (DS), Synthetic function of physical development ZPRF and psychomotor development ZPRP, Wrocław Rehabilitation Model (WRM).

Leczenie operacyjne przetok ustno-zatokowych w następstwie powikłań po usunięciu zębów

należy do rutynowych zabiegów ambulatoryjnej chirurgii jamy ustnej i szczękowo-twarzowej

i rzadko sprawia większe trudności leczniczo-terapeutyczne. Przetoki ustno-zatokowe powikłane stanem zapalnym zatok szczękowych dodatkowo wymagają leczenia operacyjnego zatoki, a w związku z tym kilkudniowej hospitalizacji. Poważnym problemem w praktyce chirurgiczno-szczękowej jest natomiast leczenie tzw. „wtórnych przetok ustno-zatokowych” które są następstwem powikłań w gojeniu, po pierwotnym leczeniu chirurgicznym [1].

Wśród znanych ponad 50 sposobów operacyjnego leczenia przetok ustno-zatokowych, większość z nich nie kwalifikuje się do zastosowania w przypadkach przewlekłych przetok wtórnych [2]. Wydaje się, że wykorzystanie w tym celu ciała tłuszczowego policzka Bichata jest godne uwagi [3, 4, 5, 6, 7, 8].

Celem pracy jest przedstawienie możliwości wykorzystania poduszki tłuszczowej policzka w leczeniu wtórnych, przewlekłych przetok ustno-zatokowych jako metody alternatywnej do innych metod operacyjnych w trudnych przypadkach klinicznych.

MATERIAŁ I METODA

W ostatnich pięciu latach w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rzeszowie leczono 16 chorych, u których do chirurgicznego zamknięcia przewlekłych przetok ustno-zatokowych zastosowano płat z ciała tłuszczowego policzka. Wśród operowanych chorych było 11 mężczyzn i 5 kobiet w wieku, pomiędzy 35 a 62 rokiem życia. Wszyscy chorzy byli wcześniej operowani bez powodzenia. Czterech pacjentów operowano czterokrotnie, ośmiu trzykrotnie, a czterech dwukrotnie. Czas, jaki upłynął od kolejnych operacji wahał się od pięciu do trzydziestu siedmiu miesięcy. Oceny dokonano na podstawie analizy dokumentacji klinicznej, historii chorób, zapisów w księgach operacyjnych oraz kart ambulatoryjnych oraz odległego badania kontrolnego.

W dniu przyjęcia chorzy zgłaszali typowe objawy towarzyszące przetokom ustno-zatokowym, tj. przedostawanie się powietrza do nosa, trudności w odżywianiu płynnymi pokarmami [3, 6]. Badaniem przedmiotowym stwierdzono różnej wielkości ubytki wyrostka zębodołowego szczęki wypełnione żywoczerwoną ziarniną oraz znaczne

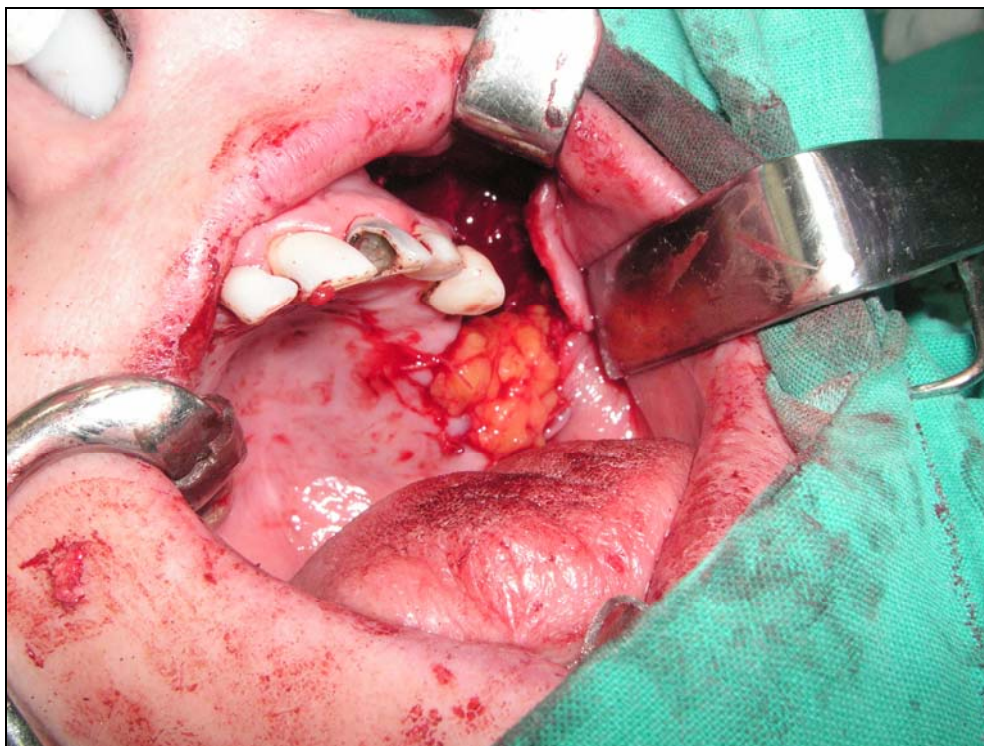
spływanie przedśionka jamy ustnej spowodowane bliznami ściągającymi po przebytych operacjach. Z wywiadu uzyskanego od pacjentów, oraz dostarczonej dokumentacji lekarskiej z wcześniejszego leczenia wynikało, że u 7 z nich do plastyki przetoki wykorzystano płat policzkowy z przedśionka jamy ustnej wg Wassmunda-Borusiewicza. U pozostałych dziewięciu pacjentów stosowane były inne sposoby plastyki miejscowej, tj. u 5 płat przesunięto z podniebienia twardego oraz u 4 pacjentów jednocześnie wykorzystano płaty przedśionkowe i podniebienne.

POSTĘPOWANIE OPERACYJNE

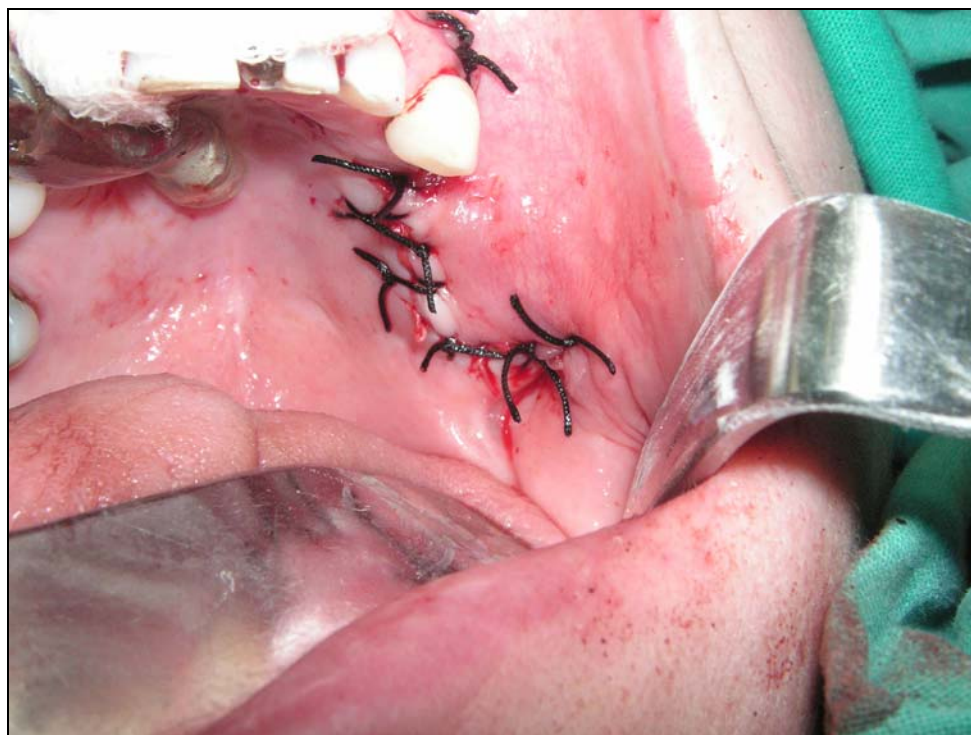
Ze względu na znaczące zniekształcenie anatomiczne w postaci spłykania przedśionka jamy ustnej i blizn, które były następstwem kolejnych operacji, wszystkich chorych zakwalifikowano do dwuwarstwowej plastyki połączenia ustno-zatokowego z wykorzystaniem jako warstwy wewnętrznej ciała tłuszczowego Bichata. U wszystkich operowanych chorych łącznie z dwuwarstwową plastyką przetoki ustno-zatokowej, wykonano jednocześnie operację zatoki szczękowej sposobem Caldwell-Luca. Operacje wykonywano w znieczuleniu ogólnym, złożonym, dotchawiczym z intubacją przez nos. W pierwszym etapie operacji wycięto brzegi przetoki i oczyszczono z ziarniny kanał przetoki. Następnie nacięto błonę śluzową wraz z okostną w przedśionku jamy ustnej, w sposób typowy dla operacji zatoki szczękowej sposobem Caldwell-Luca, odsłaniając szeroko pole operacyjne. Po uzyskaniu dobrego wglądu do zatoki szczękowej, we wszystkich przypadkach stwierdzono obecność ziarniny zapalnej i patologicznie zmienionej błony śluzowej, w postaci torbielowato-polipowatych przerostów wypełniających szczelnie światło zatoki [4, 7]. Zatokę oczyszczano, usuwając patologiczne zmiany błony śluzowej, przesyłając je do badania histopatologicznego. W dolnym przewodzie nosowym wykonano okienko do zatoki szczękowej. Poszerzając cięcie w sklepieniu przedśionka jamy ustnej, preparując ostrożnie w kierunku za anatomicznym guzem szczęki uwolniono ciało tłuszczowe policzka, które następnie przemieszczono w kierunku ubytku przetoki, co obrazuje ryc. 1.

TABELA 1. Dane dotyczące charakterystyki leczonych chorych

Liczba chorych	Płeć		Wiek (w latach)			Liczba chorych dotychczas operowanych		
	M	K	min	max	średnio	2-krotnie	3-krotnie	4-krotnie
16	11	5	35	62	40,5	4	8	4



RYC. 1. Poduszczečka tłuszczowa Bichata uwolniona do jamy ustnej



RYC 2. Stan po dwuwarstwowej plastyce przetoki ustno-zatokowej

TABELA II. Wczesne wyniki leczenia

Liczba chorych	Gojeniu bez powikłań	Częściowa brzeżna martwica płata	Naciek zapalny	Częściowe rozejście się brzegów rany
16	11	2	2	1

TABELA 3. Odległe wyniki leczenia w aspekcie możliwości rehabilitacji protetycznej

Wynik badania		Liczba
Ukształtowanie przedsionka jamy ustnej	prawidłowe	2
	spłylenie umiarkowane	7
	duże spłylenie	2
Kształt wyrostka zębodołowego	prawidłowy	5
	nieprawidłowy	6
Użytkowane uzupełnień protetycznych	proteza akrylowa częściowa	5
	proteza szkieletowa	1
	mosty protetyczne	3
	osoby nieużytkujące protez	2

Uwolnioną poduszczkę tłuszczową policzka zszyto wchłanianymi szwami materacowymi z brzegami ubytku, zwracając szczególną uwagę, aby nie uszkodzić otaczającej ją torebki. Przemieszczona w kierunku przetoki poduszcзка tłuszczowa stanowiła wewnętrzną warstwę, którą pokrywano wolnym przeszczepem błony śluzowej lub przeszczepem skóry albo uszypułowanym płatem śluzówkowo-okostnowym z przedsionka jamy ustnej, jeżeli pozwalały na to warunki miejscowe. Rycina 2 obrazuje stan po zaopatrzeniu przetok.

U 8 pacjentów jako zewnętrzną warstwę zastosowano wolny przeszczep skóry niepełnej grubości pobrany z okolicy przedramienia, u 4 chorych wykorzystano do tego celu wolny przeszczep błony śluzowej, pobrany z innych okolic jamy ustnej, najczęściej z policzka [4]. U pozostałych pięciu chorych jako warstwę zewnętrzną wykorzystano uszypułowany płat śluzówkowo-okostnowy z przedsionka jamy ustnej [5, 7, 8]. Przez pierwsze trzy dni po operacji chorych karmiono przez cewnik-sondę żołądkową, aby ominąć ustną część drogi pokarmowej. Chorzy otrzymywali okołooperacyjnie antybiotyk i w miarę potrzeb leki przeciwbólowe.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

U 11 chorych przebieg pooperacyjny był niepowikłany, natomiast u 5 pacjentów wystąpiły wczesne powikłania pooperacyjne. U 2 pacjentów stwierdzono częściową martwicę poduszki tłuszczowej policzka, która prawdopodobnie była spowodowana pooperacyjnym krwiakiem. U 2 pacjentów stwierdzono obecność stanu zapalnego, który utrzymywał się przez około 5 dni, co znacznie wydłużyło czas gojenia rany pooperacyjnej. U jednej pacjentki obserwowano częściowe rozejście się brzegów rany pooperacyjnej, które jednak nie miało wpływu na końcowe wygojenie. Pomimo że obserwowano u tych pacjentów gojenia ran przez ziarninowanie, we wszystkich przypadkach uzyskano całkowite wygojenie przetok. Operowani chorzy pozostawali w re-

gularnej kontroli ambulatoryjnej do czasu uzyskania pełnego wygojenia rany operacyjnej. Tabela 2 obrazuje wczesne wyniki leczenia.

Odległe badania kontrolne przeprowadzono u 11 pacjentów, co stanowiło 68,7% operowanych chorych tą metodą. Oceny dokonano w okresie od 18 miesięcy do 4 lat po operacji, w aspekcie możliwości przeprowadzenia rehabilitacji protetycznej układu stomatognatycznego. Zwrócono uwagę na ukształtowanie wyrostka zębodołowego szczęki, obecność lub brak zmian kształtu anatomicznego przedsionka jamy ustnej i występowanie ewentualnych zaburzeń czynnościowych, które mogłyby być następstwem zastosowanego sposobu leczenia. Wyniki zebrano w tabeli 3.

Osoby poddane kontroli nie zgłaszały żadnych dolegliwości. W grupie 11 osób, tylko 2 nie użytkowały uzupełnień protetycznych. Były to osoby operowane pięciokrotnie, u których wygojenie przetoki nastąpiło dopiero po wykonaniu dwuwarstwowej plastyki z wykorzystaniem poduszki tłuszczowej Bichata. Wielokrotne operacje spowodowały znaczne spłylenie przedsionka jamy ustnej w okolicy anatomicznego guza szczęki, co utrudniało tym pacjentom posługiwanie się protezą górną. Pozostałych 9 pacjentów posługiwało się uzupełnieniami protetycznymi wykonanymi po operacjach i nie zgłaszało żadnych trudności w posługiwaniu się protezami zębowymi. U 5 pacjentów była to proteza częściowa górna akrylowa, u jednego proteza szkieletowa górna, u 3 pacjentów wykonano stałe uzupełnienia w postaci mostów protetycznych. U żadnej z osób użytkujących uzupełnienia protetyczne nie stwierdzono zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego.

Wyniki odległych kontroli przeprowadzone u operowanych chorych, w aspekcie leczenia protetycznego uznano za satysfakcjonujące i potwierdziły przydatność opisywanej metody operacyjnej w leczeniu przewlekłych przetok ustnozatkowych. Przewlekłe, wtórne przetoki ustnozatkowe są trudnym problemem chirurgii szczękowo-twarzowej i stomatologicznej. Każda kolej-

na operacja stanowi coraz większe ryzyko wystąpienia niepowodzeń w leczeniu i pooperacyjnych zaburzeń anatomiczno-czynnościowych [7]. Szczególnie istotne są tu następstwa i powikłania w postaci pooperacyjnych zniekształceń przedstonka jamy ustnej, co w konsekwencji utrudnia rehabilitację protetyczną układu stomatognatycznego oraz wykonanie i użytkowanie uzupełnień protetycznych [8].

Niewielka liczba, 16 chorych, u których wykonano plastykę przetok ustno-zatokowych wykorzystując uszypułowany płat z ciała tłuszczowego Bichata nie pozwala na przeprowadzenie analizy statystycznej i w tym zakresie publikację naszą należy potraktować jako doniesienie wstępne. Dopiero zebranie większej liczby przypadków pozwoli na przeprowadzenie analizy wyników. Jednak w oparciu o własne uzyskane doświadczenie, na podstawie wykonanych już operacji dwuwarstwowej plastyki z wykorzystaniem poduszki tłuszczowej Bichata, przyjęto, że jest to stosunkowo prosty i dobry sposób operacji, który może być szerzej wykorzystywany w chirurgii jamy ustnej. Wydaje się, że metoda jest szczególnie przydatna do zaopatrywania wtórnych, powikłanych przetok ustno-zatokowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Hanazawa Y., Itoh K.: *Closure of Oroantral Communications Using a Pedicled Buccal Fat Pad, Graft*. J Oral Maxillofac Surg 1995, 53, 771.

2. Rapidis A.D., Aleksandridis C.A.: *The use of Buccal Fat Pad for Reconstruction of Oral Defects: Review of the Literature and Report of 15 Cases*, J Oral Maxillofac Surg 2000, 58, 158.
3. Lewandowski B., Siwiec A.: *Wykorzystanie poduszki tłuszczowej Bichata w chirurgii szczękowo-twarzowej*, Przeg. Med. UR 2006, 4, 298.
4. Dubin B., Jackson I.T.: *Anatomy of the Buccal Fat Pad and Its Clinical Significance*, Plast Reconstr Surg 1989, 82, 257.
5. Stuzin J.M., Wagstrom L.: *The Anatomy and Clinical Application of the Buccal Fat Pad*, Plast Reconstr Surg 1990, 85, 29.
6. Colella G., Tartaro GP.: *The buccal fat pad in oral reconstruction*, Br Ass Plast Surg 2004, 57, 326.
7. Szuta M., Kuchta K., Zapala J., Bartkowski S.B.: *Zastosowanie poduszki tłuszczowej Bichata w chirurgii rekonstrukcyjnej i estetycznej*, Czas Stom 1997, L, 12, 817.
8. Martin-Granizio R., Naval L.: *Use of buccal fat pad repair intraoral defects*, Br J Oral Maxillofac Surg 1997, 35, 81.

Artur Siwiec
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.
F. Chopina
Rzeszów, ul. Szopena 2
e-mail : mfsrze@wp.pl
tel. 0 603 781 946

Praca wpłynęła do Redakcji: 21 maja 2007

Zaakceptowano do druku: 5 lipca 2007