



Rekonstrukcija potpunog defekta donje usne udruženog s defektom brade

Reconstruction of a complete lower lip defect combined with a chin defect

Ivan Kovačić¹, Marijan Kovačić²

¹Služba za kirurgiju, Opća bolnica Zadar

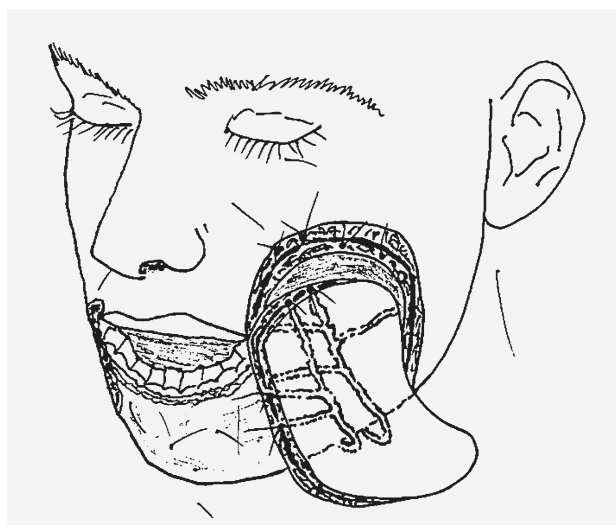
²Odjel za bolesti uha, grla i nosa, Opća bolnica Zadar

Poštovani gospodine uredniče,

u prethodna dva teksta, objavljena u *Liječničkom vjesniku*, bavili smo se inovativnim postupcima u rekonstrukciji srednje velikog potpunog defekta donje usne.^{1,2} Ovim putem pokušat ćemo pobuditi zanimanje čitateljstva o uznapredovalim tumorima donje usne, čije liječenje dovodi do njenog totalnog defekta, nerijetko udruženog s defektom brade. Kirurški procesi rekonstrukcije takvog defekta iznimno su složeni. Baziraju se na upotrebi tkiva u neposrednoj blizini defekta, formiranjem regionalnih ili udaljenih režnjeva.^{3–5} Iskustva s primjenom pojedinih metoda prilično su oskudna i odnose se najčešće na pojedinačne slučajeve zbog rijetke učestalosti ovog tipa karcinoma. Naime, dijagnoza malignih bolesti donje usne u pravilu se postavlja pravovremeno zbog vidljivosti nastalih promjena. Bolesnici rano traže medicinsku skrb, a tim se izbjegava potreba opsežne resekcije tkiva. Našoj bolesnici izvršili smo rekonstrukciju velikog defekta donje trećine lica primjenom jednostranog kompozit otočnog režnja obraza elongiranog u područje vrata. U cijelosti smo nadomjestili tkivo donje usne i brade, a manji preostali kontralateralni defekt obraza zatvorili smo semicirkularnim režnjem okolnog tkiva. Izvornu varijantu ovog režnja opisuju Sasaki i suradnici⁶, kojim su izvršili korekciju cervikalne ezofagealne stenoze i sanaciju posljedica osteoradionekroze usne šupljine. Njegova šira primjena nije se ostvarila u rekonstrukciji glave i vrata. Osnovni je razlog ograničena i mala površina režnja. Izmjenom lokacije formiranja i elongacijom režnja u područje vrata mi smo značajno povećali njegovu površinu i učinili ga podatnim za rekonstrukciju nastaloga velikog defekta. Osnovu režnja postavili smo nešto niže od osnovne tehnike, i to u područje bukomandibularnog dijela obraza. Površinu režnja povećali smo spuštanjem vanjske incizije u područje vrata oko 3 – 4 cm od ruba donje čeljusti (slika 1; slika 2). Uključivanjem i odizanjem površnog sloja duboke fascije vrata s režnjem umnogome smo podigli razinu kirurške sigurnosti pronalaženja i oslobađanja njegove vaskularne peteljke (facijalne arterije i vene). Omogućili smo njezino istezanje i konačnu



SLIKA 1. ŽENA U DOBI OD 70 GODINA S UZNAPREDOVALIM PLANOCELULARNIM KARCINOMOM DONJE USNE
FIGURE 1. A 70-YEAR-OLD WOMAN WITH ADVANCED SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LOWER LIP

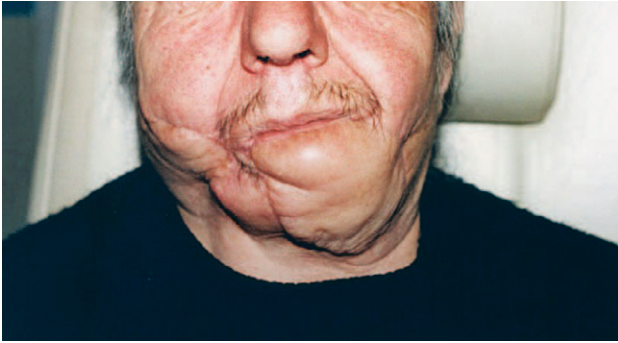


SLIKA 2. FORMIRANJE REŽNJA OD BUKOMANDIBULARNOG DIJELA OBRAZA I NJEGOVA ELONGACIJA U PODRUČJU VRATA
FIGURE 2. FLAP FORMATION IN THE BUCOMANDIBULAR PART OF THE CHEEK AND ELONGATION IN THE NECK AREA

transpoziciju režnja bez veće tenzije. Ovim postupkom zaštitili smo i mandibularnu granu ličnog živca i sačuvali i motornu inervaciju mišićnog sloja režnja. Po

Adresa za dopisivanje:

Prim. Marijan Kovačić, dr. med., <https://orcid.org/0000-0003-0860-6923>
Obala Kneza Branimira 2E, 23000 Zadar, e-pošta: mar.kova@yahoo.com



SLIKA 3. POSTOPERATIVNI IZGLED BOLESNICE (FRONTALNA PROJEKCIJA) NAKON ŠEST MJESECI OD OPERACIJE
 FIGURE 3. POSTOPERATIVE APPEARANCE OF THE PATIENT (FRONTAL PROJECTION) 6 MONTHS AFTER THE SURGERY

formi, režanj je i dalje ostao izvorno aksijalni s kvalitetnom opskrbom krvlju svih njegovih slojeva (bukalne sluznice, mišića: *bucinatora*, *depressor labii oris* i *anguli oris*, platizme i kože).⁷ Oblik i površinu lako smo prilagodili nastalom defektu izvedbom dobro vizualiziranih intraoralnih i ekstraoralnih incizija (slika 2). Manju pažnju zahtijevala je detekcija i pre-zervacija ušća Stensenova kanala i bukofaringealne fascije, koja prevenira nepoželjan prolaps masnog tkiva obraza. Bez obzira na veličinu donatorskog mjesta, njegovu sanaciju postigli smo izravnim zatvaranjem. Izbjegli smo torziju nosa, gornje usne i novoformiranoga usnog kuta. Sidrenjem mišićne strukture koštanim šavom na kost mentalne regije i spajanjem s gornjom usnom postigli smo stabilnu visinu usne i dubinu gingivovestibulanog sulkusa. Vrlo brzo uspostavljena je potpuna oralna kompetencija i razumljiv govor bolesnice. U istom aktu prebacivanjem bukalne sluznice i njezinim vezivanjem za kožu režnja formirali smo i vermilion donje usne koji je pridonio boljem estetskom izgledu. Postignuti rezultat u funkcional-

nom i estetskom smislu nije se mijenjao za vrijeme praćenja u trajanju od pet godina, bez obzira na provedenu adjuvantnu radioterapiju (slika 3). Iako se u mnoštvu opisanih tehnika teško može odrediti najbolja, mi vjerujemo da ova tehnika zbog svoje kirurške jednostavnosti i postojanosti postignutog rezultata može biti zanimljiva alternativa u rekonstrukciji totalnog defekta donje usne s defektom brade ili bez njega. Navedena tehnika može se iskoristiti i za druge defekte u području glave i vrata. Stoga smatramo da i ovo pismo može pripomoći njezinoj popularizaciji.

S poštovanjem!

LITERATURA

1. Kovačić M, Kovačić I. Rekonstrukcija postraničnog defekta donje usne kombinacijom dvaju klizajućih režnjeva. *Liječ Vjesn.* 2021;143:98–102.
2. Kovačić M, Kovačić I, Tačigin T, Kera M. Rekonstrukcija punog defekta donje usne nakon ablacije tumora. *Liječ Vjesn.* 2023;145:139–45.
3. Ang KK, Jones CD. 507 Total Lower Lip Reconstruction: A Systematic Review and Treatment Algorithm, *Brit J Surg.* 2021;108(Suppl 2). <https://doi.org/10.1093/bjs/znab134.293>
4. Bai S, Li RW, Xu ZF, Duan WY, Liu FY, Sun CF. Total and near-total lower lip reconstruction: 20 years experience. *J Craniomaxillofac Surg.* 2015; 43:367–72. doi: 10.1016/j.jcms.2015.01.003.
5. Seo HJ, Bae SH, Nam SB, Choi SJ, Kim JH, Lee JW i sur. Lower lip reconstruction after wide excision of a malignancy with barrel-shaped excision or the Webster modification of the Bernard operation. *Arch Plast Surg.* 2013;40:36–43.
6. Sasaki TM, Taylor L, Martin L, Baker HW, McConnel DB, Vetto RM. Cheek island flap for replacement of critical limited defects of upper aerodigestive tract. *Head Neck Surg.* 1983; 6:596–9.
7. Lee JG, Yang HM, Choi YJ, Favero V, Kim YS, Hu KS i sur. Facial arterial depth and relationship with the facial musculature layer. *Plast Reconstr Surg.* 2015;135:437–44.

