
Kjeve- og munnhulerekonstruksjon med frie, vaskulariserte transplantater

REDAKSJONELT

HAGA T

Større kjeve- og munnhulerekonstruksjoner har alltid vært vanskelige kirurgiske inngrep. De senere tiårenes kirurgiske utvikling har ikke bare bedret resultatene, men også bedret pasientenes livskvalitet.

Krevende behandling

Dersom ikke defektene kunne rekonstrueres ved hjelp av lokalt vev, gjorde man før 1970 sutur av slimhinne mot hud og gav maksimal strålebehandling. Sterkt mutilerte pasienter måtte vente 3-6 måneder eller mer, for å se om det kom lokaltresidiv eller fjernmetastaser, før rekonstruksjonen kunne begynne. Man rekonstruerte ved at bløtdeler ble flyttet til ansiktet ved hjelp av hudrør fra andre deler av kroppen. Det vanligste var dobbeltbaserte hudrør fra abdomen, som etterdeling ble flyttet over til håndledd, og fra håndledd til ansiktet.

En forbedret teknikk ble tatt i bruk når hudrør fra lyske via håndledd kunne flyttes direkte til ansikt, eller hudrør fra øvre del av thorax (deltopektorale lapper) kunne flyttes i etapper til ansiktet (1). Hver etappe avflyttingen tok minst tre uker. Når bløtdelene var på plass, ble bein flyttet, vanligvis fra hoftekammen, som frietransplantater, for rekonstruksjon av kjeven. Rekonstruksjonen var tidkrevende og gikk over mange uker og måneder. Å få vevet til å tilhele i sterkt strålebehandlet område førte ofte til komplikasjoner. I løpet av rekonstruksjonstiden oppdaget man dessuten ofte lokale residiver eller fjernmetastaser hos pasienten.

I 1970-årene kom en ny rekonstruksjonsteknikk basert på at huden sirkuleres fra underliggende muskel via fascie. Teknikken gjorde direkte rekonstruksjon mulig i samme seanse som tumorreseksjonen. Ved hjelp av en lang muskel som sirkulasjonsarm, kunne man flytte vevskompleks bestående av både bløtdeler og bein for rekonstruksjon av både bløtdeler og bein (myokutane,

osteomyokutane lapper) (2). Deler av musklene som ble benyttet som sirkulasjonsarm, kunne tunneleres under huden og behøvde ikke deles slik som hudrørene.

Mikrovaskulær teknikk

Gjennom utviklingen av mikrovaskulære teknikker i slutten av 1980-årene kunne man flytte vevsblokker av betydelig dimensjoner med både bløtdeler og bein, uten at skaden på donorstedet ble for stor (3). Vevsblokkene kobles til karene på halsen. Med samme teknikk kan deler av jejunum flyttes for rekonstruksjon av hypopharynx og oesophagus eller fordekking av større defekter intraoralt (4).

De mikrovaskulære rekonstruksjonene er teknisk vanskelige og ressurskrevende. Den store fordel ved de nyeteknikker er at rekonstruksjonen er ferdig når pasienten våkner. Vevsflytting med mikrokirurgisk teknikk gir også mulighet for større reseksjoner og øker muligheten for radikal behandling. Rekonstruksjon med mikrovaskulær teknikk tåler strålebehandling så snart tilhelingen er adekvat. Gjennom de siste ti årene har det utviklet seg et utall metoder for rekonstruksjon av defekter i kjeve og munnhule. Eldre metoder er blitt forkastet, oftest pga. for stor morbiditet på donorstedet. Stadig nye teknikker vil komme. Kjevekirurgisk avdeling, Ullevål sykehus presenterer i dette nummer av Tidsskriftet et stort antall rekonstruksjoner ved defekter av kjeve og munnhule (5). Ved et stort antall bløtdelsrekonstruksjoner er jejunum blitt benyttet som førstevalg. I de fleste materialer ville underarmslapp bli benyttet (6).

Individuelle løsninger

Typisk for rekonstruksjon i kjeve- og munnhuleregionen er tilpassede løsninger for hver enkelt pasient. Sammensetningen av vevskomplekset som er nødvendig for rekonstruksjon og morbiditeten på donorstedet, samt den behandlende avdelings erfaring blir avgjørende for valget av metode.

Et bredt spekter av rekonstruksjonsmetoder, bred erfaring i rekonstruktiv kirurgi inklusive mikrovaskulær teknikk er nødvendig for å kunne oppnå et godt resultat. Slik vanskelig og ressurskrevende kirurgi bør sentraliseres til de avdelinger som har erfaring med denne type rekonstruksjoner. Ca. 50% av pasientene med kreft i hode- og halsregionen dør av sin kreftsykdom, (unntatt thyreoideacancer), til tross for forbedret rekonstruktiv teknikk (7). Rekonstruksjonsmetodene har sin berettigelse også som palliativ kirurgi. Pasientenes livskvalitet blir betydelig bedre den tiden de lever, i motsetning til hva som var tilfelle med tidligere tiders rekonstruksjonsmetoder. Det vellykkede resultatet som blir presentert i materialet fra Ullevål sykehus, er både imponerende og oppmuntrende.

Tore Haga

LITTERATUR

1. McGregor IA. Fundamental techniques of plastic surgery and their surgical applications. London: Churchill Livingstone, 1972.
 2. Stephen J, Mathes MD, Foad Nahai MD. Clinical atlas of muscle and musculocutaneous flaps. London: Mosby, 1979.
 3. Taylor IG, Townsend P, Corlett R. Superiority of the deep circumflex iliac vessels as supply for free groin flaps. Clinical work. Plast Reconstr Surg 1979; 64: 745-59.
 4. Reuther JF, Stainau H-U, Wagner R. Reconstruction of large defects in the oropharynx with a revascularized intestinal graft, an experimental and clinical report. Plast Reconstr Surg 1984; 73: 345-56.
 5. Olstad OA, Skjelbred P, Lyberg T. Kjeve- og munnhulerekonstruksjon med frie, vaskulariserte transplantater. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2431-5.
 6. Soutar DS, Scheker LR, Tanner NSB, McGregor IA. The radial forearm flap: a versatile method for intra-oral reconstruction. Br J Plast Surg 1983; 36: 1.
 7. Natvig K. Palliativ kirurgi for pasienter med hode-halskreft. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1996.
-

Publisert: 30. august 1996. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. desember 2025.