

Myokutánní pectorální lalok v současné rekonstrukci defektů hlavy a krku

retrospektivní analýza 81 laloků (2016–2026)

Onderková A.¹, Poláková E.¹, Vyhnánková S.^{1,2}, Jedlička M.¹, Chovanec M.¹

¹ Otorinolaryngologická klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady,
²Anatomický ústav, Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Praha, Česká republika

Úvod

Myokutánní pectorální lalok (PMMF) představoval po několik desetiletí základní rekonstrukční techniku v chirurgii hlavy a krku (Obr. 1) [1]. S rozvojem mikrochirurgie a využitím volných laloků se jeho role změnila: z rutinní primární rekonstrukce se stal selektivně využívaný regionální lalok [2]. Přesto zůstává nepostradatelnou součástí rekonstrukčního arzenálu při selhání volného laloku, v ozářeném terénu, při krytí velkých krčních cév nebo u pacientů nevhodných k mikrochirurgické rekonstrukci [3–6]. Současná data popisující jeho využití v éře běžně dostupných volných laloků jsou však omezená [2–6]

Cíl

Zhodnotit využití myokutánního pectorálního laloku v rekonstrukci defektů hlavy a krku ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady za posledních 10 let.

Metodika

Retrospektivní jednocentrická kohortová studie pacientů podstupujících rekonstrukci myokutánním pectorálním lalokem (PMMF) na ORL klinice FN Královské Vinohrady v období **6/2016–7/2026**. Analyzováno bylo **81 rekonstrukcí u 73 pacientů**, přičemž jednotkou analýzy byl jednotlivý lalok. Hodnoceny byly demografické údaje, onkologická charakteristika, rekonstrukční indikace, technické varianty laloku a časně pooperační komplikace.

Poděkování

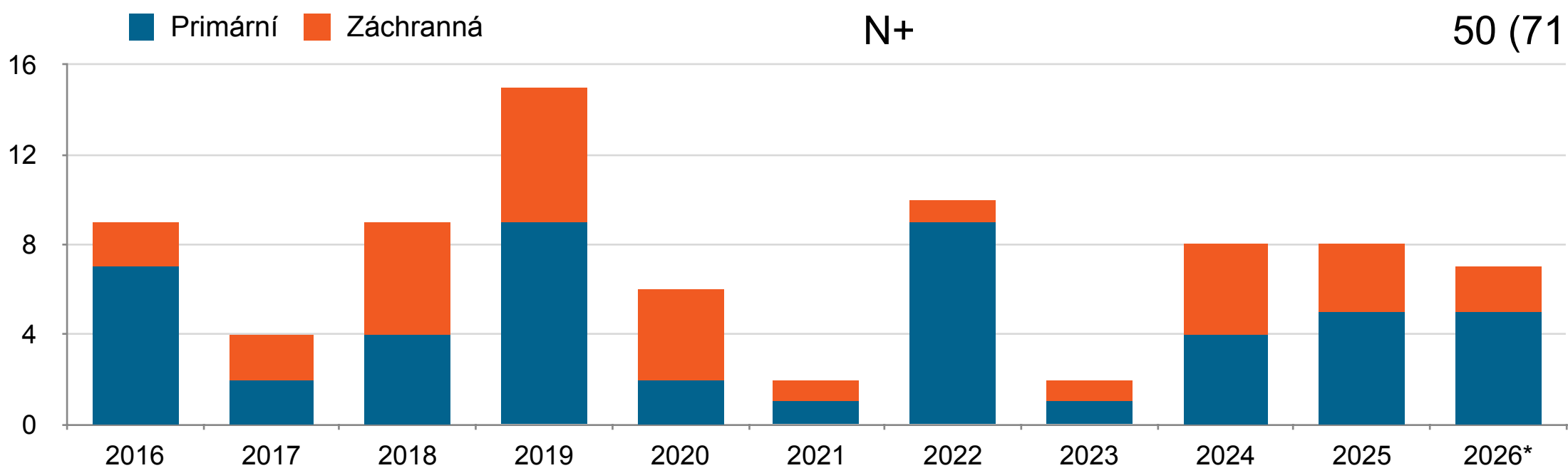
Práce byla podpořena výzkumným projektem Univerzity Karlovy Cooperatio 43 Surgical Disciplines

Výsledky

- V období 6/2016–7/2026 bylo provedeno 81 rekonstrukcí PMMF u 73 pacientů (Tab. 1, Obr. 2 a 3).
- Většina laloků byla použita při primární rekonstrukci (50; 62 %), zatímco 31 (38 %) představovalo záchranné výkony.
- Soubor tvořili převážně pacienti s pokročilými dlaždicobuněčnými karcinomy hlavy a krku, přičemž 88 % hodnocených nádorů odpovídalo kategorii T3–T4.
- K primární rekonstrukci vedla nejčastěji potřeba objemné, dobře prokrvené tkáně ke krytí rozsáhlého defektu po ablaci pokročilého nádoru a k ochraně velkých krčních cév, dále rekonstrukce v ozářeném terénu a stav, kdy pacient nebyl vhodný k mikrochirurgické rekonstrukci.
- Nejčastějšími indikacemi záchranné rekonstrukce byly faryngokutánní píštěl, porucha hojení či infekce a selhání volného laloku. PMMF byl v těchto situacích volen pro spolehlivé axiální cévní zásobení mimo ozářené a operované pole a pro možnost jednodobého krytí bez mikrovaskulární anastomózy.

Tab 2. Komplikace PMMF

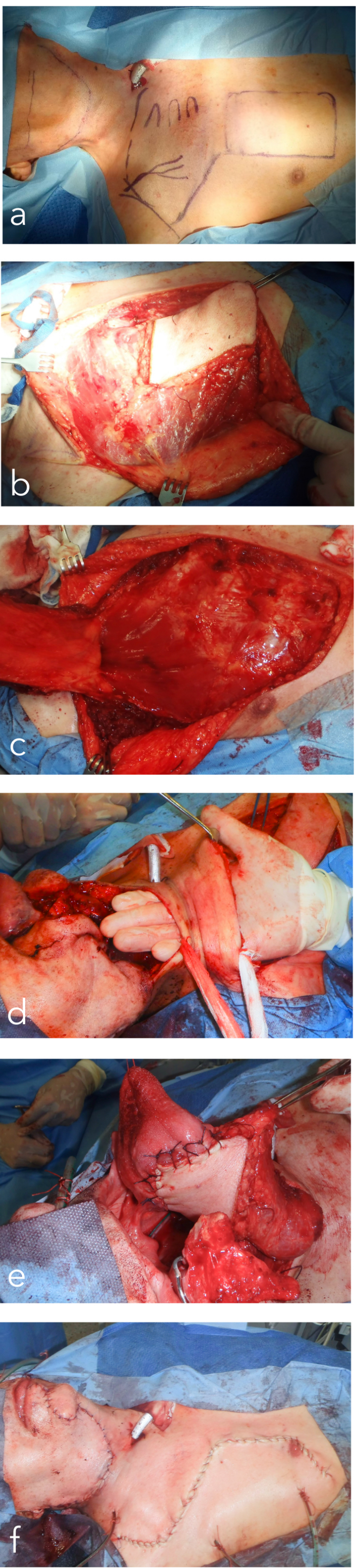
Částečná nekróza laloku	27 %
Píštěl	15 %
Dehiscence rány	26 %
Infekce v ráně	17 %
Komplikace v místě odběru	8 %



Obr. 2. Počet rekonstrukcí PMMF dle let v období 2016-2026

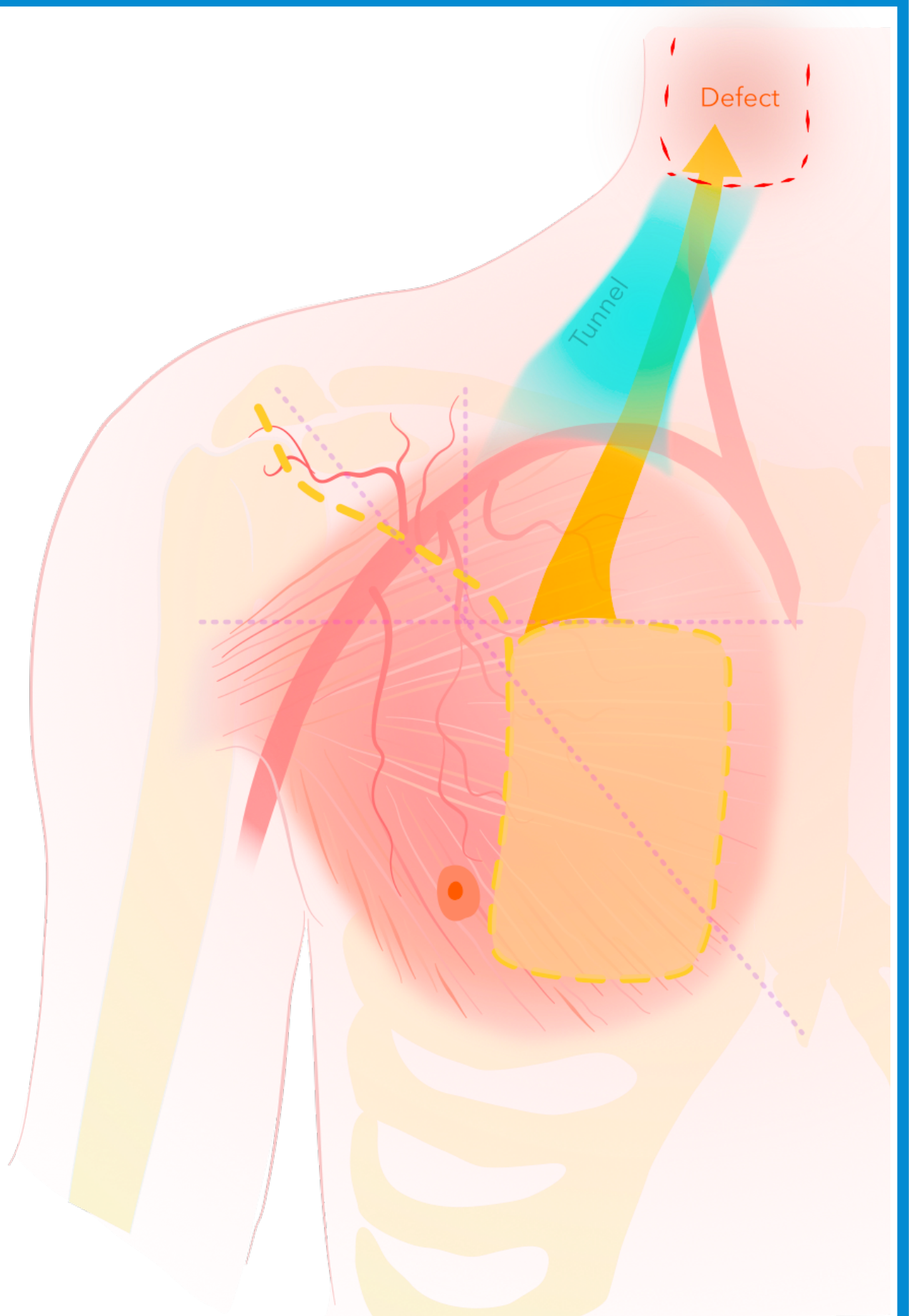
Tab 1. Charakteristika souboru

Parametr	n
Soubor	
Počet pacientů	73
Rekonstrukce PMMF	81
Muži	63 (78 %)
Ženy	18 (22 %)
Medián věku (IQR)	62 (57–71)
Rekonstrukce	
Primární rekonstrukce	50 (62 %)
Záchranná rekonstrukce	31 (38 %)
Lokalizace	
Orofarynx	26 (32 %)
Dutina ústní	19 (23 %)
Larynx	18 (22 %)
Hypofarynx	9 (11 %)
Kůže / neznámé origo	9 (11 %)
Onkologický rozsah	
T4	37 (51 %)
T3	21 (29 %)
T1-2	8 (11 %)
N+	50 (71 %)



Obr. 3. Technika PMMF

a: plánování, b: elevace, c: mobilizace, d: transpozice, e: rekonstrukce defektu, f: uzávěr místa odběru



Obr. 1. Anatomie a plánování myokutánního pectorálního laloku (PMMF)

Závěry

Myokutánní pectorální lalok zůstává i v éře mikrochirurgických rekonstrukcí důležitou součástí rekonstrukčního spektra v chirurgii hlavy a krku. V našem souboru byl využíván nejen při primární rekonstrukci, ale i jako spolehlivá metoda záchranné rekonstrukce u komplikovaných případů. Současná role PMMF spočívá ve správné indikaci a volbě technické varianty podle charakteru defektu a klinické situace.

Literatura

1. Ariyan S. *Plast Reconstr Surg.* 1979.
2. Liu HL, Chan JYW, Wei WI. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2010.
3. Dimovska EOF, et al. *JPRAS.* 2025.
4. Miller LE, et al. *Am J Otolaryngol.* 2020.
5. Liu M, et al. *Sci Rep.* 2017.
6. Schneider DS, et al. *Head Neck.* 2012.