

## "LA RICOSTRUZIONE FUNZIONALE DELLA LINGUA"

**Angelo Camaioni** - M. Bussi, G. Spriano

La chirurgia oncologica del cavo orale deve coniugare le necessità di una resezione completa della neoplasia e di una radicalità oncologica con quelle di un mantenimento della funzionalità del distretto in oggetto, in particolar modo dell'organo linguale.

In tal senso, proprio a causa del ruolo di primo piano giocato dalla lingua nelle prime fasi della deglutizione (masticazione, formazione e propulsione antero-posteriore del bolo alimentare), particolare cura dovrà essere posta dal chirurgo nel pianificare il tempo demolitivo in funzione della possibilità di procedere ad una ricostruzione funzionale di questa struttura.

Se, in linea generale, per neoplasie (e conseguentemente resezioni) molto limitate è tuttora possibile ipotizzare una resezione parziale (cuneiforme, a losanga, ecc) endorale della lingua e chiusura della breccia chirurgica di prima intenzione con buoni risultati funzionali, in caso di demolizioni più ampie (emiglossectomia, glossectomia sub-totale o totale, ecc) è assolutamente necessario un tempo ricostruttivo con l'utilizzo di lembi.

In tale contesto, i lembi liberi microvascolarizzati sono divenuti il "cavallo di battaglia" nella chirurgia ricostruttiva orale a scapito dei più "anziani" lembi peduncolati. Il ridotto effetto massa, la facilità di dissezione (dopo un adeguato training microchirurgico), la duttilità e l'ottimo risultato estetico sono solo alcuni dei vantaggi dei lembi microvascolari.

A fronte di questo apparentemente univoco inquadramento "di massima" delle possibili opzioni per la ricostruzione funzionale della lingua, numerosi sono, invece, gli aspetti che rimangono tuttora controversi e meritevoli di discussione.

In tal senso, con l'intento di fornire delle soluzioni tecniche specifiche per le varie necessità ricostruttive ed, anche, per aprire nuovi spunti di riflessione critica, il prof. Bussi ed il prof. Spriano dovranno cimentarsi, nell'ambito della presente intervista, a turno, sulle seguenti sei domande:

- 1) T1-T2 della punta linguale: chiusura "di prima intenzione" vs ricostruzione con lembi? Perché?
- 2) Resezione cuneiforme del bordo linguale: chiusura "di prima intenzione" vs ricostruzione con lembi? Perché?
- 3) Ricostruzione della base lingua: quale lembo?
- 4) Paziente sottoposto ad emiglossectomia trans-orale: ricostruzione con lembo di vicinanza o con lembo microvascolare? Perché?
- 5) In caso di ricostruzione con lembo microvascolari dopo un pull-through laterale, ritieni che una mandibulectomia marginale possa rendere più agevole il posizionamento del lembo? Perché?
- 6) La gestione post-operatoria di un lembo microvascolare per la ricostruzione della lingua: cosa fare (e quando) e cosa non fare nei primi 20 giorni dopo l'intervento?