

Conclusion: Closed palmar aponeurotomy in Dupuytren's disease allows improving hand's function without bleeding incisions, excludes the regeneration period, distinguishes acceptable function for walking with crutches in trauma patients.

TEHNICA CROSS-LEG ÎN TRATAMENTUL DEFECTELOR OSULUI TIBIAL

VEREGA G, IORDĂCHESCU R, BÎRCĂ R, STRATAN V, CHELBAN D, CLIPA M

Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: În situații deosebite, unde vasele membrului traumatizat au suportat leziuni importante și nu pot fi utilizate ca sursă receptoare, se folosește metoda de plastie a defectelor „împrumutînd” temporar surse donatoare de pe membrele alăturate.

Scopul: Identificarea aspectelor esențiale în literatura de specialitate și în baza studiului propriu, ceea ce vizează ulterior transferul de lambou fibular osteocutanat prin metoda “cross-leg”.

Material și metode: Transferul de fibulă vascularizată prin metoda “cross-leg” a fost efectuată la 4 pacienți – bărbați, cu un defect osos tibial cuprins între 10 și 24 cm. Metoda cuprinde 2 etape. Timpul I a presupus o incizie verticală pe partea antero-laterală a gambei și două incizii transversal-paralele pînă la adîncul fasciei profunde. Lamboul fiind ridicat în plan subfascial, incizia a fost continuată pînă la fibulă cu secționarea ulterioară în proximal și distal. Inciziile transversale sînt continuate în plan subfascial pînă la limita postero-medială a tibiei, păstrîndu-se septul crural posterior și integritatea perforanțelor. Ambele gambe sînt fixate în aparat extern pe un termen de aproximativ 21 de zile. Timpul II presupune disecția lamboului de la locul donator, iar defectul donator este grefat.

Rezultate: Indicații pentru procedeul dat sunt leziunile grave vasculare la membrul afectat, care nu permit un transfer liber sau un procedeu microchirurgical.

Concluzii: Lamboul fibular osteofasciocutanat este un lambou sigur pentru acoperirea defectelor osoase și tisulare, doar în concordanță strictă cu stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor către acest procedeu.

CROSS-LEG TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF TIBIAL BONE DEFECTS

Introduction: In special situations, where vessels of injured limb suffered severe lesions and can't be used as recipient source, it uses method of defect's plasty "borrowing" temporary donor sources from adjacent limbs.

Purpose: Identification of essential theoretical and practical issues in literature and based on own experience, which aims further transfer of fibular osteo-cutaneous flap using cross-leg method.

Material and methods: The vascularized fibula transfer using “cross leg” method in treatment of tibial bone defects was performed in 4 men, with tibial bone defect between 10 and 24 cm. The method consists in performing a 2 stage surgery. Initially, first stage assumed a vertical incision on the antero-lateral side of the lower leg and 2 transverse parallel incisions to depth of deep fascia. Raising flap in a subfascial plan, incision was continued until the fibula with its subsequent proximal and distal sectioning. Transverse incisions were continued in subfascial plan until the postero-medial limit of the tibia, preserving posterior crural septum and integrity of perforator vessels. Both legs were attached to an external device for a period of approximately 21 days. Later, the second stage assumed the flap's dissection from the donor area, and the grafting of the defect.

Results: Respecting the method's principle is possible to treat bone defects when an usual microsurgical technique is not feasible due to severe concomitant ipsilateral vascular lesions.

Conclusions: The fascio-osteo-cutaneous fibular flap is a safe flap for coverage of bone and tissues defects, only in accordance with strict preset of indications and contraindications of the procedure.

POSIBILITĂȚI ȘI LIMITE ÎN MIGRAREA LAMBOULUI PERONIER OSOS

VEREGA G, IORDĂCHESCU R, BÎRCĂ R, STRATAN V, CHELBAN D, FEGHIU L

Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere: Lamboul peronier osos este cunoscut bine în varianta unui transfer liber. Însă puține publicații reflectă posibilitățile de utilizare ale acestuia în baza unui pedicul vascular neîntrerupt.

Scopul lucrării: Evidențierea tuturor variantelor posibile de migrare a lamboului peronier și a limitelor posibile și imposibile de utilizare, a indicațiilor, contraindicațiilor întru obținerea rezultatelor scontate.

Material și metode: Lambourile insulare fibulare au fost folosite în studiu la 25 pacienți pentru tratamentul defectelor osoase, în 3 cazuri lambourile transplantate erau osteofasciocutanate, în 1 caz – cutaneofascial. Lamboul fibular s-a aplicat pentru acoperirea a 7 regiuni ale membrului pelvin: regiunea femurului distal – 2 (6,9%) cazuri, articulația genunchiului – 1 (3,4%), treimea superioară a gambei – 1 (3,4%), treimea medie a gambei – 3 (10,3%), treimea distală a gambei – 8 (27,6%), articulația talocrurală – 9 (31,0%) și piciorul – 5 (16,9%). În scopul sistematizării materialului noi am introdus pentru fragmentul osos termenii: migrare prin “răsturnare” și prin “alinieră” la scheletul membrului tratat.

Rezultate: În 2 cazuri s-a produs necroza componentei cutanate a lambourilor cutaneo-musculo-osoase, determinată de absența precizării preoperatorii a locului de ieșire a perforantei cutanee de la pediculul fibular și absența vascularizării acestei porțiuni sau deteriorarea relațiilor vasculare dintre pedicul și porțiunea cutanată în timpul migrării spre defect. Autogrefarea cutanată a porțiunii musculare a lambourilor a rezolvat aceste cazuri. În 2 cazuri locul tratat a fost infectat tranzitor. În perioada postoperatorie tardivă am constatat o “fractură de oboseală” a transplantului fibular.

Concluzii: Lamboul insular peronier acoperă defecte cu localizare de la picior până la treimea medie a femurului folosind 2 variante: migrare prin “răsturnare” și prin “alinieră”. Pentru evitarea complicațiilor postoperatorii este indicată examinarea traseelor vasculare centrale ale gambei, inclusiv vasele perforante peroniale.

POSSIBILITIES AND LIMITS IN MIGRATION OF PERONEAL OSSEOUS FLAP

Introduction: Peroneal osseous flap is well known as a free transfer. But few publications reflect possibilities of its use based on vascular uninterrupted pedicle.

Aim of study: Highlighting all possible variants of peroneal flap's migration, revealing possible and impossible limits of its use, indications, contraindications in order to obtain expected results.

Material and methods: Peroneal island flaps were used in study on 25 patients for bone defects treatment. In 3 cases transplanted flaps were osteo-fascio-cutaneous, in 1 – fascio-cutaneous. Fibular flap was applied to cover 7 lower limb's region: distal femoral area – 2 (6.9%) cases, knee joint – 1 (3.4%), leg's upper third – 1 (3.4%), leg's medium third – 3 (10.3%), leg's distal third – 8 (27.6%), talocrural joint – 9 (31.0%) and foot – 5 (16.9%) cases. In order to systematize material we introduced for bone fragment terms „flip” and „align” at skeleton of treated member.

Results: In 2 cases necrosis of cutaneous component of myoosteo-cutaneous flaps occurred, due to absence of a preoperative specification of output's place of cutaneous perforating vessel from fibular pedicle, and due to absence of vascularization of this area or due to damage of vascular relations between pedicle and cutaneous portion during migration to defect. Cutaneous autografting of flap's muscular portion has solved these cases. In late postoperative period we determined one „fatigue fracture” of fibular transplant.

Conclusions: The peroneal island flap covers defects localized from foot to thigh's medium third, using 2 options: migration through „flip” and „alignment”. In order to avoid postoperative complications examination of leg's central vascular paths is indicated, including perforating peroneal vessels.

RECONSTRUCȚIA SÂNULUI PE UN TERITORIU AFECTAT ACTINIC PRIN UTILIZAREA PLASTIEI CU LAMBOU LATISSIMUS DORSI ȘI A DERMOTENSIEI (CAZ CLINIC)

VEREGA G, IORDĂCHESCU R, CATĂRĂU O, STOIAN A, MIHALUȚA V, GARBUZ M

Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Caz clinic: Lucrarea reflectă cazul clinic al unei femei de 33 ani supusă amputației totale de sîn pe motiv oncologic. Postoperator a urmat 3 cure de radioterapie. La 6 luni de la intervenția chirurgicală primară a susținut un examen complex după care a primit acordul medical la refacerea plastică a sînului. La momentul examinării în Clinica de chirurgie plastică prezenta dureri în regiunea cicatricei rămase după amputația sînului. La prima etapă de tratament s-a decis înlăturarea cicatricelor aderente agresiv de hemitorace și plastia defectului rămas cu un lambou insular din latissimus dorsi. Etapa a doua a urmat după obținerea regenerării primei etape – implantarea unui expander tisular cu un volum maximal de 500 ml. Etapa a treia a avut loc după umplerea balonului expandat. Sub surplusul tegumentar în schimbul expanderului am plasat o proteză mamară. Cunoscând că un component al tratamentului a fost iradierea actinică, temerea pentru înlăturarea cicatricei și plastia defectului cu țesuturi locale era argumentată. Astfel motivați am decis să folosim lamboul insular latissimus dorsi din regiunea sănătoasă. Dimensiunile lui maxime au permis expandarea, care a rezultat cu refacerea sînului prin punerea unui implant mamar.

Concluzii: Utilizarea metodelor de chirurgie plastică-reconstructivă și estetică într-o consecutivitate corectă permit refacerea sînului după amputații oncologice, chiar dacă regiunea marcată este tratată actinic.

BREAST RECONSTRUCTION ON ACTINIC AFFECTED TERRITORY BY USING OF THE LATISSIMUS DORSI FLAP PLASTY AND DERMOTENSION (CASE REPORT)

Clinical case: We present a clinical case of 33 years old female, which was subjected to total breast amputation. After surgery she followed 3 cycles of radiation therapy. At 6 months after primary surgery she underwent a comprehensive examination after which has received medical agreement for plastic restoring of the breast. At the moment of the examination she has been complaining on pain in the region of the scar. In the first stage of the treatment it was decided to remove the aggressive adhered on hemithorax scars and to do the plasty of the defect with a free latissimus dorsi flap. The second stage was constituted of implanting a tissue expander. The third stage: under the tissue's excess instead of expander we have placed a mammary prosthesis. Knowing that one of the treatment factors was actinic radiation, the fear for the removal of the scar and the plasty of the defect with local tissues was substantiated. Thus, we decided to use latissimus dorsi flap from the healthy region. Its maximal dimensions have allowed expanding resulting with restoration of the breast by placing a mammary implant.

Conclusion: Using the methods of plastic-reconstructive and aesthetic surgery in a correct order allows the rebuilding of the breast after oncological amputations, even if the region was exposed to actinic treatment.

VALOAREA DIAGNOSTICĂ A TERMOMETRIZĂRII ȚESUTURILOR TRANSPLANTATE MICROCHIRURGICAL

VEREGA G, IORDĂCHESCU R, STRATAN V, BÎRCĂ R, GHEORGHÎȚA I, PANCIUC A

Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova