

REABILITAREA POSTOPERATORIE PROTETICĂ A PACIENȚILOR ONCOLOGICI CU DEFECTE ALE ETAJULUI MIJLOCIU AL FEȚEI

Corneliu Cojocaru¹, cercet. științ., **Adrian Chiriac²**, medic-protezigist, Institutul Oncologic¹, U.S.M.F. „N. Testemițanu”²²

Reabilitarea postoperatorie morfofuncțională și psihoemoțională a pacienților oncologici cu afectarea sinusului maxilar este o problemă dificilă a oncologiei și stomatologiei ortopedice în legătură cu posibilitatea recidivării și progresării locale sau MTS la distanță, luând în considerație faptul că lotul principal de bolnavi este în stad.III- 34% și în stad.IV- 53%.

Chirurgia neoplaziilor maligne ale sinusului maxilar deseori necesită rezecția extinsă a structurilor oro-maxilo-faciale, ceea ce cauzează tulburări fizionomice și funcționale importante. Astfel, fiind un motiv justificat ca reabilitarea protetică să facă parte din planul de tratament.

Pregătirea acestei reabilitări trebuie să înceapă înaintea intervenției chirurgicale, ceea ce impune de la început colaborarea dintre chirurg, stomatolog ortoped și protetician, asigurând o restaurare morfofuncțională a organului afectat. Toate aceste măsuri asigură în final o calitate existențială atât funcțională, cât și psihică. Tratamentul protetic este un tratament adaptat la condițiile anatomice, capabil să realizeze în final o proteză retentivă și estetică.

Chirurgul trebuie să cunoască faptul că în unele situații sunt necesare proteze de reabilitare, iar în alte cazuri nu. În realizarea protezelor restauratoare este necesar de ținut cont de:

- gradul de malignitate a tumorii;
- predispozițiile de recidivă a tumorilor în această regiune;
- variabilitatea, compatibilitatea și eficacitatea protezelor.

Necesitatea reabilitării defectelor maxilare este determinată de apariția următoarelor tulburări: vorbirea nazonată, tulburări masticatorii profunde, scurgeri de lichide în cavitatea nazală și bucală.

Aceste disfuncții pot fi recuperate prin obturarea defectului, ce ameliorează consistent sechelele postoperatorii, permițând bolnavilor, care au suportat astfel de intervenții, să ducă o viață normală.

Chirurgul trebuie să țină cont, pe parcursul stabilirii planului de rezecție, ca: defectul care rămâne să favorizeze o bună protezare fără să facă însă rabat de la principiile oncologice.

Cancerul maxilar tratat chirurgical creează defecte ale acestui organ ce afectează fonetica, masticarea, deglutiția și aspectul fizionomic al feței. Reabilitarea protetică după rezecția hemimaxilarului superior combinată cu radioterapie sau cu chimioterapie nu permite o recuperare prin restaurare plastică a regiunii mutilate, de aceea în așa cazuri se recomandă un tratament protetic cu exoproteze permanente numai peste 2-3 luni, dar după unii autori chiar și peste un an. Retenția acestor piese protetice este, în special, compromisă atunci, când câmpul protetic prezintă o edentație totală bimaxilară. Totodată, retenția protezelor faciale poate fi obținută doar prin fixare auxiliară externă. Aplicarea sistemelor de implantate endoosoase ce sunt studiate excesiv în direcția biocompatibilității, în unele cazuri este inadmisibilă pentru așa categorie de pacienți, cauza fiind starea poroasă a țesutului osos adiacent în urma chimio-și radioterapiei regionale sau a prejudiciilor financiare ce deseori îi lipsise pe mulți pacienți de aceste posibilități. Însă uneori chiar și țesuturile adiacente nu pot suporta implantarea din cauza prezenței intime cu defectul regiunii maxilo-faciale a organelor de importanță vitală, vaselor magistrale sau trunchiurilor nervoase. Scopul studiului a fost perfecționarea metodei de confecționare a ecto-endoprotezelor pentru defecte masive unilaterale maxilare. S-au efectuat 11 lucrări protetice de reabilitare morfofuncțională postoperatorie.

Materiale și metode. Pacienta în vârstă de 73 ani s-a prezentat în Departamentul Tumori cap și gât al Institutului Oncologic din R.M. pe 06.05.03-05.11.03 cu diagnoza cancerul sinusului maxilar pe dreapta, distrucția peretelui medial inferior orbitei pe dreapta, extinderea pe țesuturile moi ale obrazului, invadarea cavității nazale și a spațiului pterigopalatin și sinusul etmoidal pe dreapta. Stare după tratament radioterapeutic în 2 etape în 2002 T.G.T-60 Gy, 4 cure de P.H.T. până în 2003. Debutul bolii în 2001. La 15.05.2003 s-a efectuat operația: ligaturarea arterei carotis externa dextra + electrorezecția sinusului maxilar drept + deschiderea sinusului etmoidal și frontal.

Drept rezultat al maxilotomiei unilaterale, s-a format o breșă masivă ce grav a influențat structura anatomică a feței. Ulterior a fost internată în secție pentru reabilitare în Departamentul tumori cap și gât al Institutului Oncologic din R.Moldova.

Acest studiu a fost efectuat în comun cu catedra Stomatologie Ortopedică a USMF „Nicolae Testemițanu”. Categoria respectivă de pacienți, conform datelor din literatura de specialitate, la începutul triajului etapelor clinico-tehnice pentru confecționarea protezei postrezeționale necesită o amprentă fidelă a câmpului protetic obținută cu linguri individuale rigide. Dar unii autori propun linguri confecționate din materiale siliconice sau hidrocoloizi ireversibili, care ușor se deformează cu toate consecințele ulterioare. În acest scop am perfecționat metoda amprentării după cum urmează. Inițial cu o plăcuță de ceară roz ramolită a fost izolată cavitatea nazală de nazofaringe. În continuare s-a preparat materialul amprentar elastic tip Cromopan, care a fost introdus în cavitatea existentă din partea exterioară și modelat manual cu formarea unei chei de suprapunere în viitoarea supraamprentă. După priza materialului, s-a obținut amprenta feței. Apoi a fost înlăturată amprenta și s-a confecționat masca feței din ghips medical. Călăuziți de studiul antropometric al măștii, din ceară roz am modelat macheta viitoarei ectoproteze. A urmat polimerizarea acrilatului tip MelioDent (Hereus Culzer) în chiuvetă specială, apoi a fost formată cavitatea din partea internă cu crearea lăcașului pentru fixarea endoprotezei, păstrând peretele exterior, care trebuia căptușit cu materiale elastice (vinil, polidimetilsiloxan) după culoarea pielii. În continuare s-a desfășurat amprentarea și confecționarea endoprotezei postrezeționale după metoda clasică. În scopul prevenirii traumatizării țesuturilor lojei protezei, suprafața internă a complexului endo-ectoproteză a fost căptușită cu material elastic siliconic tip Ufi Gel P(VOCO).

Rezultate și discuții. În baza examenului clinic și complementar cu biometria măștii feței, au fost depistate particularități ale tabloului clinic cu evidențierea caracterului câmpului protetic pe toată întinderea sa. Aceste criterii au fost luate în considerație la amprentare cu conceperea și realizarea complexului ecto-endoprotetic. Metoda amprentării propuse în comparație cu cele descrise în literatura de specialitate, în opinia noastră, e mai eficientă, deoarece nu este necesară confecționarea lingurii individuale, asigurând, în același timp, obținerea unei amprente globale a defectului și a regiunii maxilo-faciale.

Paralel cu aceste modificări a fost perfecționat modul de fixare și stabilizare a ectoprotezei în loja respectivă, asigurând, totodată, fixarea și stabilizarea endoprotezei de ectoproteză.

Observațiile clinice au confirmat că această categorie de pacienți cu tablou clinic complicat prezintă dificultăți majore în stabilirea diagnosticului, conceperea și realizarea tratamentului protetic, care poate fi realizat eficient numai prin individualizarea tuturor etapelor clinico-tehnice. Aceste particularități au permis a obține rezultate satisfăcătoare în reabilitarea morfofuncțională individului respectiv.

Concluzii

Reabilitarea protetică a pacienților după intervenții chirurgicale masive la nivelul maxilei și regiunii învecinate necesită o individualizare perfecționată la conceperea și confecționarea complexului ecto-endoprotetic.

Reabilitarea postoperatorie morfofuncțională determină un efect semnificativ psihoemoțional al pacienților oncologici cu afectarea sinusului maxilar.

Bibliografie selectivă

1. Gh. Țîbîrnă, *Ghid clinic de oncologie*, Editura „Universul”, Chișinău 2003, 828 p.
2. Gh. Țîbîrnă, *Starea actuală a problemelor asistenței oncologice a bolnavilor cu tumori a regiunii capului și gâtului*, Institutul Oncologic din R.Moldova, 1997.
3. Boucher L.J., Heopel E.M., *Prosthetic restoration of maxilla and associated structures // Journal of Prosthetic Dentistry*, 1986, 16, 154-168.
4. I. Postolache, *Protetica dentară*, Chișinău, „Știința”, 1993.
5. V.Gamureac *Aspecte moderne de reabilitare modernă a bolnavilor cu breșă ale zonei maxilo-faciale* Teză de doctor în Științe Medicale, Chișinău, 1999.

6. Цыбырнэ Г.А., *Лечение местно-распространенного рака головы и шеи*, Кишинев, Щтиинца, 1987.
7. В.Н.Копейкин, *Ортопедическая стоматология*, Москва, «Медицина», 1988.

Rezumat

Acest raport descrie tehnica de confecționare a protezei maxilo-faciale și tratamentul de reabilitare a unui vast unilateral defect al maxilei după electrorezecția carcinomului sinusului maxilar la o femeie în vârstă de 73 de ani. După examinarea clinică și paraclinică complexă, a fost constatată starea nesatisfăcătoare a țesutului osos în jurul defectului postrezețional al maxilei după radio- și chimioterapie pentru implantele endosoase, recurgând la o metodă individuală de fixare cu asigurarea îmbunătățirii structurii și tehnicii de fixare a implantelor dentare ce până în ziua de astăzi rămân o problemă importantă în lume.

Summary

The present report described a manufacturing technique of maxilla-facial prosthesis as rehabilitation treatment of unilateral huge maxillary defect due maxillary sinus carcinoma resection at 73-years-old female. After a clinic and complex para-clinic examination were concluded a unsuitable state of bone tissues around the post-resection maxillary defect after radio- and chemical therapy for endo-osseous implants, as an authentic method of fixation, and provide us to improve structure and fixation technique of maxillo-facial denture that till nowadays remain an word and topical problem.

CHIMIOREZISTENȚA EPENDIMOAMELOR CEREBRALE

Valeriu Timirgaz, dr.h.în.medicină., **Corneliu Cojocaru**, colab. științ., **Andrei Korșunov**, dr.h.în.medicină, Institutul Oncologic din Moldova, Institutul de Cercetări Științifice în Neurochirurgie “N.N.Burdenko”, or. Moscova, U.S.M.F. „N.Testemițanu”

Ependimomele intracraniene constituie aproximativ 3-5% din toate neoplaziile intracraniene [1,2]. Aceste tumori se plasează pe locul trei după incidență în neurooncologia pediatrică, fiind precedate de astrocitomul polichistic și de meduloblastom.

Problema primordială în managementul ependimomelor intracraniene este prevenirea recidivei locale a tumorii. Incidența diseminării acestor neoplazii prin căile lichidiene nu este apreciată cert până în prezent. Majoritatea cazurilor de deces al bolnavilor operați de ependimom (80-95%) se datorează progresiei locale a tumorii [1,2]. Evident că identificarea criteriilor clinici și biologici în prognosticul recidivei este necesară pentru optimizarea protocolului de tratament. Vârsta pacientului, sediul tumorii, volumul rezecției, schema terapiei complexe și gradul malignității histologice a tumorii influențează considerabil prognosticul evoluției clinice a maladiei [1,14]. În unele publicații se menționează existența corelațiilor dintre frecvența proliferației celulare, numărul de celule cu reacții pozitive ale proteinei gliile fibrilar-acidice (PGFA), depistate în tumoare, și durata perioadei fără recidivă [15,18].

În prezent este cunoscut faptul că mutația genului supresor p53 joacă un rol important în cancerogeneza diferitor forme de neoplasme întâlnite la om, inclusiv tumorile neuroectodermale [19]. Aplicând metoda imunohistochimică pentru identificarea proteinei p53, a fost relevată asociația pronunțată dintre expresivitatea p53 aberant și prognosticul nefavorabil la majoritatea tumorilor epiteliale, inclusiv la plămân, stomac, intestin și pancreas. Din tumorile neuroectodermale, au fost studiate intens toate formele gliomelor astrocitare, pentru a evalua corelațiile dintre iminoreactivitatea p53 și evoluția clinică a maladiei [6,21]. Există cercetări unice dedicate oligodendrogliomului [30] și meduloblastomului [31]. În seriile prezentate, care includ toate tipurile de tumori neuroectodermale,