

## PLASTIA DEFECTULUI CAPULUI CU EPIPLOON: REVISTA LITERATURII ȘI RAPORTARE DE CAZ CLINIC

**Gheorghe Ghidirim**, academician, **Anatolie Calistru**, dr. în medicină, conf., univ., **Ion Gagauz**, dr., în medicină, conf., univ., **Igor Mișin**, dr. hab. în medicină, conf., univ., **Igor Șapovalov**, medic microchirurg, **Vladislav Gladun**, medic microchirurg, **Roman Smolnițhii**, medic microchirurg, USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă, Centrul Republican de Microchirurgie

Metoda microchirurgicală de transplantare a complexelor de țesuturi a fost elaborată experimental în 1963 de R. M. Goldwin, D. L. Lamb, W. L. White și implementată în practică pentru prima dată în 1972 de K. Harii, K. Ohmori, S. Ohmori. Ea a permis în mare măsură micșorarea timpului de tratament al pacienților cu defecte extinse ale capului, îmbunătățirea rezultatelor operațiilor plastice și cel mai important – îmbunătățirea calității vieții pacienților [1, 2].

Folosirea epiploonului mobilizat din cavitatea abdominală, pe picioruș vascular, este indicat în mai multe situații, dar această metodă este dificil de folosit pentru reconstrucția defectelor țesuturilor moi, de exemplu, la cap, ele sunt localizate departe de originea piciorușului vascular. McLean și Buncke, pentru prima dată, au efectuat transplantarea liberă a epiploonului pe cap cu aplicarea anastomozelor microvasculare [3].

**Caz clinic.** Pacienta B., 21 de ani, f/o n. 22664 suportă un traumatism grav la serviciu, este transportată cu AMU, internată în sala de reanimare a CNȘPMU cu diagnosticul: Traumatism asociat grav. Amputație traumatică a membrului superior stâng la nivelul centurii scapulare, cu defect de țesuturi moi. Plagă scalpantă prin smulgere a regiunii frontoparietooccipitale. Șoc gr. II - III.



Fig. 1. Pacienta B. 21 de ani, f/o n. 22664. D-cul: Plagă scalpantă a capului



Fig. 2. Fig. 1. Pacienta B. 21 de ani, f/o n. 22664. D-cul: Amputare traumatică a membrului superior stâng la nivelul centurii scapulare cu defect de țesuturi moi

După ce au fost întreprinse măsuri de deșocare și ameliorare a indicilor hemodinamici, pacienta a fost transferată în sala de operație. Medicii neurochirurghi, cu anestezie generală, au efectuat toaleta chirurgicală a plăgii scalpante a capului. Pansament aseptice. Concomitent, a doua echipă formată din medici traumatologi și microchirurghi, a efectuat toaleta chirurgicală a plăgii regiunii centurii scapulare pe stânga. Înlăturarea fragmentului capului os humeral. Revizia fasciculului neurovazal axilar, înlăturarea garoului improvizat, ligăturarea vaselor axilare, prelucrarea fasciculelor plexului branșial. Înlăturarea țesuturilor devitalizate și împospătarea marginilor plăgii. Plastia defectului de țesuturi moi cu țesuturi locale. Drenare abacterială.

Starea generală gravă a pacientei și indicii hemodinamici scăzuți n-au permis efectuarea unei plastii a defectului masiv (600 cm<sup>2</sup>) a capului în mod urgent-amânat într-un timp mai scurt. Consiliul Medical desfășurat al Clinicii de Chirurgie și Clinicii de Traumatologie a decis efectuarea plastiei defectului tegumentar al capului cu epiploon liber vascularizat. Intervenția chirurgicală a fost efectuată de două echipe concomitent: microchirurghi și chirurghi.



Fig. 3. Pacienta B. 21 de ani, f/o n. 22664.  
 Pregătirea epiploonului pentru etapa  
 microchirurgicală și plastia defectului capului



Fig. 4. Fig.1. Pacienta B. 21 de ani, f/o n. 22664.  
 Epiploonul acoperit cu grefe cutanate disociate

**Tehnica chirurgicală:** după prelucrarea minuțioasă a defectului și a vaselor recipiente sub mărire optică se efectuează laparotomia. Alegerea vaselor donore ale epiploonului se apreciază în primul rând după diametru. Artera gastroepiploică dreapta are diametrul mai mare (1,5 – 2 mm), iar a. gastroepiploică stânga (1 – 1,5 mm). Cel mai frecvent, în calitate de vase ale transplantului, se folosesc artera și vena gastroepiploic dreapta.

În calitate de vase recipiente se aleg artera și vena temporale, artera carotidă externă sau maxilară și vena jugulară externă [ 20 ].

Tehnica chirurgicală are următoarele momente cardinale: 1) vasele temporale se recomandă să fie mobilizate din abord retroauricular, pentru evitarea lezării nervului facial; 2) epiploonul transplantat imediat se acoperă cu grefe cutanate disociate pentru proflaxia meningitei – complicație posibilă în traumatismele tegumentelor și oaselor craniului.

Inițial se clipează vena, lăsând vasele pline cu sânge oxigenat. În cazurile transplantării imediate a epiploonului nu este indicată perfuzia sau hipotermia lui. Sub mărire optică, se efectuează microanastomoza vasculară între vasele transplantului și cele recipiente. Etapa microchirurgicală este preferat de a o efectua cu temporizarea vremelnică a inciziei laparotomice, fiindcă orice traumatism minimal adăugător mărește timpul ischemiei a transplantului ce micșorează probabilitatea rezultatului pozitiv.

În ultimele decenii sunt mai multe comunicări despre folosirea epiploonului în diferite regiuni: cap, creier (pentru revascularizare și drenare în hidrocefalie), față (pentru reconstrucția defectelor după înlăturarea tumorilor și hemiatrofii), cavitatea bucală și faringe, plexul branhiar (revascularizare după radioterapie), membrul superior (drenare în caz de edeme limfatice), cutia toracică, membrul inferior (revascularizare și tratamentul osteomielitei) și pentru reconstrucția organelor, în combinație cu transplantele osoase [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

Folosirea pe larg a lambourilor musculocutanate implementată de Daniel, a permis chirurgilor acoperirea defectelor în diferite regiuni ale corpului fără efectuarea laparotomiei [11]. Dar în cazurile defectelor masive la cap, transplantarea epiploonului cu tehnică microchirurgicală și acoperirea lui cu grefă cutanată disociată este o metodă de elecție. Operațiile reconstructive cu folosirea epiploonului au rezultate cosmetice satisfăcătoare [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Prioritățile metodei: a) plasticitatea transplantului permite acoperirea defectelor cu diferită adâncime, b) regiunea donatoare rămâne fără defect vizibil; c) permite acoperirea defectelor cu suprafețe mari; d) diametrul vaselor recipiente și donatoare corespund; e) piciorușul vascular are o lungime optimă.

Reconstrucția cu epiploon este indicată în următoarele cazuri: a) plăgile scalpante cu suprafețe mari, b) înlăturarea tumorilor (neurofibroma), c) bazaliom, d) dermatofibrosarcom, e) complicațiile radioterapiei – radionecroza tegumentară și a oaselor craniului, g) electro/termocombustiile gr.III, fracturile înfundate cu contuzia tegumentelor și plăgilor transfixiante prin armă de foc [ 18, 19 ].

## Concluzii

1. Folosirea epiploonului, după indicații corespunzătoare, are o valoare importantă, dar până la planificarea intervenției chirurgicale trebuie avute în vedere și metodele alternative – transplantarea lambourilor musculocutanate.

2. În planing-ul preoperator al intervenției chirurgicale este necesar de a lua în considerație riscul complicațiilor și a decesului, de a analiza posibilitățile obținerii rezultatului satisfăcător cu intervenții chirurgicale de un volum mai mic și probabilității minore a complicațiilor.

3. Chirurgia epiploonului este însoțită de risc, care trebuie evaluat cu precizie.

4. Utilizarea microchirurgiei necesită o măiestrie înaltă și face accesibilă această intervenție chirurgicală doar în instituții medicale specializate.

## Bibliografie selectivă

1. Миланов Н. О., Трофимов Е. И., Пинский Г. С. *Микрохирургическая аутотрансплантация в пластике дефектов головы и шеи.* // Проблемы микрохирургии: Тезисы докладов IV- го Всесоюзного симпозиума.- М., 1991. с. 31-33.

2. Шилов Б. Л. *Применение большого сальника в пластической и реконструктивной микрохирургии.* Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1988. - 20 с.

3. Arnold P. G., Hartrampf C. R., Jurkiewicz M. J. *One-stage reconstruction of the breast using the transposed greater omentum.* – *Plast. Reconstr. Surg.*, 1976, 57, 520-522.

4. Arnold P. G., Irons G. B. *One-stage reconstruction of massive craniofacial defect with gastromental free flap.* – *Ann. Plast. Surg.*, 1981, 6, 26 – 33.

5. Azuma H., Kondo T., Mikami M. et al. *Treatment of chronic osteomyelitis by transplantation of autogenous omentum with microvascular anastomosis.* – *Acta Orthop. Scand.*, 1976, 47, 271 – 275.

6. Baudet J. *Reconstruction of the pharyngeal wall by free transfer of the greater omentum and stomach.* – *Int. J. Microsurg.*, 1979, 1, 53 – 59.

7. Harii K., Ohmori S. *Use of the gastroepiploic vessels as recipient or donor vessels in the free transfer of composite flaps by microvascular anastomosis.* – *Plast. Reconstr. Surg.*, 1973, 52, 541 – 548.

8. Wallace J. G., Schneider W. J., Brown R. G. *Reconstruction of hemifacial atrophy with a free flap of omentum.* – *Br. J. Surg.*, 1979, 32, 15 – 18.

9. Yasargil M. G., Yonekawa Y., Denton I. et al. *Experimental intracranial transplantation of autogenic omentum majus.* – *J. Neurosurg.*, 1974, 39, 213 – 217.

10. Неробеев А. И. *Восстановление тканей головы и шеи.* – М: Медицина, 1988. 270 с.

11. Daniel R. K., Taylor G. I. *Distant transfer of an island flap microvascular anastomosis. A clinical technique.* – *Plast. Reconstr. Surg.*, 1973, 52, 111 – 117.

12. Banzet P., Le Quang C. *Transplant libre du grand epiploon sur la voûte crânienne. A Propos de 3 cas avec microanastomoses vasculaires.* – *Chirurgie*, 1976, 102, 457 – 461.

13. Browning F. S. C., Eastwood D. S., Price D. J. E. et al. *Scalp and cranial substitution with autotransplanted greater omentum using microvascular anastomosis.* – *Br. J. Surg.*, 1979, 66, 152 – 154.

14. Caffee H. H. *Scalp and skull reconstruction after electrical burn.* – *J. Trauma*, 1980, 20, 87 – 89.

15. Harii K. *Clinical application of the free omental flap transfer.* – *Clin. Plast. Surg.*, 1978, 5, 273 – 281.

16. Ikuta Y. *Autotransplant of omentum to cover large denudation of the scalp.* – *Plast. Reconstr. Surg.*, 1975, 55, 490 – 493.

17. Kottakis G., Joannides O. *Omentoplasty and capsulectomy in the treatment of Echinococcus cysts of the liver.* – *J. Int. Coll. Surg.*, 1955, 23, 729 – 734.

18. Le Quang C., Banzet P., Rivieres M. et al. *Reparation après exèrèse des cancers étendus du cuir chevelu avec envahissement ostéo-dural: intérêt du transplant libre d epiploon avec micro-anastomoses vasculaires.* – *Ann. Chir. Plast.*, 1976, 21, 127 – 135.

19. Калистру А. И. *Свободная пересадка васкуляризированных мягко-тканых аутотрансплантатов в хирургическом лечении базалиом головы:* Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1993. – 24 с.

20. McClean D. H., Buncke H. J. *Autotransplant of omentum to a large scalp defect, with microsurgical revascularization.* – *Plast. Reconstr. Surg.*, 1972, 49, 268 – 274.

## Rezumat

La etapa actuală de dezvoltare a chirurgiei reconstructive și plastice, una din cele mai de perspectivă metode de rezolvare a defectelor extinse este autotransplantarea microchirurgicală a diferitelor complexe de țesuturi.



Autotransplantarea microchirurgicală a țesuturilor a pătruns rapid în chirurgia plastică și a restrâns într-o măsură oarecare metodele tradiționale de plastie a defectelor capului, devenind o treaptă calitativ superioară, în dezvoltarea chirurgiei reconstructive și plastice.

#### Summary

At actual stage of plastic and reconstructive surgery development one of the most perspective methods of large defects treatment is a microsurgical autotransplantation of different tissue complexes.

The microsurgical autotransplantation of tissues rapidly developed in plastic surgery and narrowed in some way the traditional plasty methods of the head defects, becoming a higher qualitative step in reconstructive and plastic surgery development.

## SINDROMUL DE AGRAVARE RECIPROCĂ ÎN COLECISTITA ACUTĂ ASOCIATĂ CU DIABET ZAHARAT LA BOLNAVII DE VÂRSTĂ ÎNAINȚATĂ ȘI SENILĂ

**Gheorghe Ghidirim<sup>1</sup>**, academician, **Ciutac Ion<sup>2</sup>**, dr. în medicină, conf. univ., Catedra Chirurgie nr. 1 "Nicolae Anestiadi"<sup>1</sup>, Curs de Endoscopie FPM<sup>2</sup>, USMF "Nicolae Testemițanu", Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

**Actualitatea temei.** În ultimele decenii s-a mărit considerabil numărul bolnavilor cu colecistită acută, dintre care 40-80% o alcătuiesc pacienții de vârstă înaintată și senilă cu tare concomitente grave unde mortalitatea variază de la 12-20% [1, 3]. Nu ultimul loc în patologia concomitentă la acești bolnavi îl ocupă și diabetul zaharat [8].

Se știe că la bolnavii cu diabet zaharat, colecistita acută evoluează mai grav ca de obicei. Dezvoltarea procesului inflamator în vezicula biliară conduce la decompensarea metabolismului glucidic, în rezultatul căruia se declanșează acidoza subcompensată, apare intoleranța țesuturilor la glucide, se mărește rezistența bolnavului la insulină. Pe acest fond se înrăutățesc proprietățile reologice ale sângelui, se mărește potențialul trombogen, acest proces fiind cu atât mai accentuat cu cât este mai mare vechimea diabetului [2]. Este diminuată rezistența la infecția bacteriană la bolnavii cu diabet, din cauza micșorării activității fagocitare a leucocitelor, survine depresia imunologică generală [2, 4]. Toți acești factori predispun la dezvoltarea rapidă a schimbărilor distructive din colecist și care repede duc la complicații septico-purulente. Are loc agravarea reciprocă a ambelor patologii, se dezvoltă o stare care poate fi numită „sindromul de agravare reciprocă” (SAR) și dozele de hipoglicemiant efectuate până la boală, sunt insuficiente. Factorii suplimentari de apariție a acestui sindrom este vârsta, caracterul patologiei concomitente, gravitatea diabetului, virulența infecției, reactivitatea organismului [2, 6, 7, 8].

**Scopul studiului.** Elucidarea cauzelor manifestărilor biochimice, clinice și morfologice a sindromului de agravare reciprocă în colecistita acută, asociată cu diabet zaharat, la bolnavii de vârstă înaintată și senilă cu risc operator major, precum și elaborarea conduitei chirurgicale etapate în această patologie.

**Materiale și metode.** Sub supravegherea noastră au fost 64 de bolnavi cu colecistită acută și diabet zaharat, dintre care 50 (78,1%) de vârstă înaintată și senilă. În afară de diabet, la acești bolnavi a fost depistată și o altă patologie asociată gravă: obezitate morbidă gradul III-IV – 22, boala hipertonică gradul II-III – 44, cardiopatie ischemică cu insuficiență cardiovasculară II-III – 22, stenocardie severă cu agravarea insuficienței coronariene la moment – 20, patologie pulmonară cu insuficiență respiratorie de gradul II – 12 cazuri. La 15 pacienți colecistita acută a fost complicată cu coledocolitiază și icter mecanic.

Vârsta înaintată, patologia concomitentă gravă, icterul mecanic, au determinat la acest contingent de bolnavi un risc major operator, din care cauză a fost impus tratamentul chirurgical miniinva-