

RECONSTRUCȚIE NAZALĂ PRIN PLASTIE ITALIANĂ VS LAMBOU FRONTAL PREEXPANSIONAT

**Eugeniu Gaponenco, Anatolie Taran – profesor universitar, doctor habilitat în științe,
Leonid Feghiu,**

IMSP SCTO, Catedra Ortopedie și Traumatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

gaponenco@gmail.com, tel 0795 11234

Rezumat

Fiabilitatea lamboului frontal pentru reconstrucții nazale a fost demonstrată prin utilizarea acestuia timp de secole. Însă, pe lângă avantajele, cum ar fi fiabilitatea, asemănarea tegumentului în termen de textură și culoare, acesta are și dezavantaje, cum ar fi limitarea lungimii lamboului de linia de creștere a părului, limitarea lățimii paletei tegumentare, necesare pentru reconstrucția treimii distale a nasului, dificultatea de închidere a zonei donore, datorită disponibilității limitate de tegument. Toate aceste neajunsuri pot fi depășite prin preexpansiunea lamboului frontal cu expander tisular implantat în regiunea frontală. Metoda de reconstrucție nazală prin lambou Tagliacozzi, cunoscută și ca “plastie italiană”, este cunoscută din secolul XVI, oferind o cantitate mare de țesut pentru reconstrucții în care nu pot fi utilizate lambourile locale sau din imediata vecinătate.

Cuvinte-cheie: reconstrucție nazală, plastie italiană, lambou frontal preexpansionat

Summary. Nasal reconstruction by italian method vs preexpanded frontal flap

The reliability of forehead flap for the nasal reconstruction has been proved by using it for centuries. However, in addition to advantages such as reliability, the match of skin color and texture, it also has disadvantages, such as limiting

of the length of the flap by the line of hair growth, limiting the width of the skin palette needed for reconstruction of the distal nose and the difficulty of closing the donor area due to the limited availability of the skin. All these drawbacks can be overcome by the preexpansion of the frontal flap with a tissue expander implanted in the frontal region. The nasal reconstruction by Tagliacozzi flap, also known as “Italian method” is known since the XVIth century, providing a large amount of tissue for reconstructions, in which local flaps can not be used.

Key words: nasal reconstruction, Italian method, preexpanded forehead flap

Резюме. Реконструкция носа итальянской пластикой и прерастянутым фронтальным лоскутом

Надежность фронтального лоскута реконструкции носа была доказана, использованием его в течение многих столетий. Тем не менее, в дополнение к преимуществам таких как надежность, соответствие цвета и текстуры кожи, он также имеет недостатки, такие как ограничение длины лоскута по линии роста волос, что ограничивает ширину доступной кожи, необходимой для реконструкции дистального носа и трудность закрытия донорской области в связи с ограниченной доступностью кожи. Все эти недостатки можно преодолеть с помощью прерастяжения лобного лоскута тканевых расширителем, имплантированным в лобную область. Реконструкция носа по Таглиякоци, также известный как “итальянская пластика” известен с XVI-го века, обеспечивая большее количество ткани для реконструкции, в которых не могут быть использованы местные лоскуты.

Ключевые слова: реконструкция носа, итальянская пластика, прерастянутый лобный лоскут

Introducere. In cazul pierderilor tisulare la nivelul nasului, reconstrucțiile pot fi efectuate prin mai multe procedee. Dacă permite dimensiunea defectului, acesta poate fi suturat primar. În cazul defectelor masive poate fi efectuată închiderea prin grefare tegumentară, cu toate că acest procedeu necesită un substrat bine vascularizat, iar rezultatele estetice sunt departe de a fi perfecte.

O altă opțiune pentru reconstrucția nazală o reprezintă lambourile locale sau loco-regionale. Lamboul frontal este utilizat din cele mai vechi timpuri, mai exact, istoricul acestuia poate fi urmărit din India, sec. I î.C. Acest tip de lambou era utilizat în reconstrucții după amputații nazale. Odată cu introducerea expansiunii tisulare, aceasta a început să fie utilizată pentru preexpansiunea lamboului frontal.¹

Însă, atunci când tegumentul din vecinătatea defectului este cicatriceal schimbat, drept unica sursă de tegument intact pot servi lambourile de la distanță. Acestea pot fi transferate microchirurgical sau, în lipsa utilajului și deprinderilor necesare, pot fi transferate după tipul plastiei Tagliacozzi, în mai multe etape. Această metodă este cunoscută din secolul XVI, dezvoltată de Gustavo Branca și popularizată de Gasparo Tagliacozzi.²

Scopul acestui articol este de a compara cele două metode de reconstrucție nazală, utilizate în clinica noastră, din punct de vedere estetic, funcțional și tehnic și de a discuta indicațiile, contraindicațiile, riscurile, avantajele și dezavantajele și posibilitatea de combinare cu alte procedee ale chirurgiei reconstructive.

Material și metode: În perioada 2010-2013, în cadrul Centrului de Leziuni Termice a Republicii Moldova au fost efectuate 6 reconstrucții nazale totale sau subtotale pe motiv de defecte nazale sau cicatrici postcombustionale. Reconstrucțiile au fost efectuate

prin 2 metode: fie prin lambou brahial (plastie italiană) fie prin lambou frontal preexpansionat, ceea ce a determinat împărțirea pacienților în două grupuri. Primul grup a fost constituit din 4 pacienți intervenți prin plastie italiană, iar cel de-al doilea din 2 pacienți, care au suportat reconstrucții prin lambou frontal paramedian preexpansionat.

Rezultatele au fost apreciate din punct de vedere estetic (atât de pacient, cât și de chirurg), funcțional (doar de pacienți) și tehnic (numărul intervențiilor și complexitatea acestora).

Din punct de vedere estetic pacienții au fost apreciați cu ajutorul Scalei Îmbunătățirii Estetice Globale – Global Aesthetic Improvement Scale (GAIS)³. Scala Îmbunătățirii Estetice Globale (GAIS) este un test subiectiv pentru analiza eficienței cu cinci grade. Medicul și pacientul, au comparat independent fotografia preoperatorie cu rezultatul tratamentului și au răspuns la întrebarea: “Cum ați descrie gradul de îmbunătățire?”. Răspunsurile posibile au fost (5) foarte mult îmbunătățit, (4) moderat îmbunătățit, (3) oarecum îmbunătățit, (2), nici o schimbare sau (1) mai rău (Tabelul 1).

Tabelul 1

Scala Îmbunătățirii Estetice Globale (GAIS)

<i>Evaluare</i>	<i>Descriere</i>
Foarte mult îmbunătățit	Rezultat estetic optim pentru pacientul dat
Moderat îmbunătățit	O îmbunătățire evidentă, dar nu optimă pentru pacientul dat. Posibil de îmbunătățit puțin prin intervenții suplimentare (chirurgicale și cosmetice)
Oarecum îmbunătățit	Este observată o îmbunătățire, comparativ cu situația inițială, însă o intervenție suplimentară este indicată.

Nici o schimbare	Aspectul este în mare măsură similar celui preoperator.
Mai rău	Aspectul este mai rău decât aspectul preoperator

Din punct de vedere funcțional, rezultatele au fost evaluate subiectiv de fiecare pacient în parte atât preoperator, cât și postoperator, pe o scală din 5 puncte, unde 5 reprezintă excelent, iar 1 – foarte rău.

Factorii enumerați au fost apreciați în timp – imediat după reconstrucție și la 3 luni de la reconstrucție.

Rezultate. Toți pacienții din studiu au fost interveniți pe motiv de consecințe a traumatismului termic: cicatrici postcombustionale sau defecte nazale rezultate din trauma termică. Pacienții din lotul I au necesitat de la 3 la 5 intervenții, tratamentul de bază fiind divizat în 3 etape: 1. Formarea lamboului brahial, 2. Transferul capătului proximal a lamboului la nivelul defectului, 3. Secționarea capătului distal a lamboului brahial cu formarea neonasului. În dependență de rezultatul obținut și de aprecierea estetică și funcțională a rezultatului, pacienții din acest lot au necesitat de la 0 la 3 intervenții de corecție.

Pacienții din lotul II au suportat tratament în patru etape după cum urmează: 1. Implantarea expanderului tisular, 2. Expansiunea (gonflarea expanderului tisular), 3. Plastia cu lambou frontal paramedian preexpansat, 4. Insularizarea lamboului. În acest lot nu a fost nevoie de intervenții suplimentare de corecție.

Din punct de vedere estetic toți pacienții la spitalizare au fost nemulțumiți de aspectul său. La aprecierea rezultatelor estetice pacienții din grupul I, la externare au fost apreciați de către chirurg cu câte 3,5,4 și 5 puncte GAIS (media 4,25). La autoevaluare, în

același moment temporar, punctajul a fost de 4,5,4 și 5 puncte (media 4,5). Vizita repetată peste 3 luni a crescut media de autoevaluare estetică la 4,75 puncte GAIS, punctajul expus de chirurg fiind identic punctajului la externare.

La aprecierea rezultatelor estetice pacienții din grupul II, la externare au fost apreciați de către chirurg cu câte 4 și 5 puncte GAIS (media 4,5). La autoevaluare punctajul a fost de 5 și 5 puncte (media 5). La vizita repetată punctajul de evaluare estetică nu a suferit schimbări.

Din punct de vedere funcțional, pacienții din grupul I, la spitalizare inițială nu simțeau dificultăți de respirație, apreciind funcția de respirație a nasului în 3 cazuri cu punctaj maxim – 5, iar într-un caz cu 4 (media 4,75).

La evaluarea postoperatorie imediată (externare) punctajul a fost 2,4,4 și 5 (media 3,75), iar peste 3 luni – 3,4,4 și 5 (media 4).

În lotul II, punctajul evaluării scorului funcțional a fost același la toți termenii de evaluare, reprezentând 4 și 4 (media 4).

Partea tehnico-chirurgicală este greu de comparat, dat fiind tipul diferit de intervenții și de anestezii. Pacienții din lotul I au beneficiat de anestezie generală numai la etapa inițială – formarea lamboului tip Filatov la nivelul brațului – o intervenție relativ simplă, pentru care pacienții au avut nevoie doar de investigații de rutină. La celelalte 2 etape pacienții au fost interveniți cu anestezie combinată – infiltrație locală cu Sol Lidocaină 0,5% cu potențare intravenoasă. La intervenții suplimentare, (acestea fiind necesare în 3 din 4 cazuri (75%)), de care a fost necesitate, în două cazuri – 2 și într-un caz – 1, anestezia de asemenea a



Fig. 1. Aspectul preoperator, interoperator și postoperator a unui pacient din lotul I



Fig. 2. Aspectul preoperator și postoperator a unei paciente din lotul I



Fig. 3. Aspectul preoperator și postoperator a unui pacient din lotul II

fost combinată. Astfel, media de intervenții per-pacient în lotul I a fost de 4,25, pe când în lotul II acest număr este 3, totodată acestor pacienți fiind necesare vizite suplimentare pentru gonflarea expanderului.

În lotul II, pacienții au beneficiat de anestezie generală cu respirație spontană la inserția expanderului în regiunea frontală, la etapa 2 fiind nevoie de anestezie generală cu respirație dirijată, ca la etapa 3 să se revină la anestezie generală cu respirație spontană.

Discuții. Ambele metode de reconstrucție folosite în lotul de pacienți sunt cunoscute de secole, au fost perfectate de-a lungul timpului și adaptate la progresul tehnologiilor medicale. Ambele metode au oferit rezultate bune din punct de vedere estetic, media pe grupuri fiind de 4,5 și 4,75 puncte. Din punct de vedere funcțional, plastia italiană oferă rezultate mai proaste, îngreunând respirația nazală a pacienților intervenți. Aceasta poate fi motivat prin faptul că metoda a fost folosită în cazul defectelor mari, care necesitau o cantitate mare de țesut pentru reconstrucție, deseori lipsind suportul osteo-cartilaginos.

Complexitatea efortului depus de echipa chirurgicală nu poate fi obiectivizată, dat fiind că este foarte mult dependentă de experiența chirurgului operator, frecvența intervențiilor de acest tip, dexterități. Tipul intervențiilor pentru pacienții din lotul II impune intubarea oro-traheală, care presupune un efort suplimentar pentru echipa anesteziologică.

Satisfacția pacienților a fost practic deplină, punctajul evaluat de aceștea fiind chiar mai mare decât cel apreciat de chirurghi.

Aspectul psihologic nu a fost ținta acestui studiu, nefiind aplicate careva teste de evaluare psihologică. Însă, a fost observată creșterea comunicabilității,

confidenței și apariția unei vieți sociale (ce e adevărat desul de specifică).

Concluzii: 1. Ambele metode sunt eficiente pentru reconstrucția nazală, cu condiția selecției atente a pacienților.

2. Plastia italiană oferă rezultate foarte bune în cazul defectelor mari, care necesită cantități mari de țesut, pe care lamboul frontal nu le poate oferi, dar prezintă un dezavantaj major, fixarea membrului superior donator într-o poziție afuncțională, incomodă pe un timp îndelungat.

3. Lamboul frontal paramedian oferă o piele care are o textură, pliabilitate și culoare perfectă pentru reconstrucția nazală, ceea ce este imposibil de atins în cazul plastiei italiene.

4. Prezența sensibilității lamboului frontal paramedian chiar după etapa de recoltare este alt criteriu care avantajează această metodă. Ca dezavataj al acestei metode putem menționa riscul major de necroză precoce postoperatorie, ceea ce implică o calificare în domeniu a personalului medical și, prezența cicatricelor uneori inestetice în regiunea frontală.

5. Sunt necesare studii psihologice suplimentare pentru aprecierea evoluției statutului psihologic a pacienților înainte și după reconstrucție.

Bibliografie

1. Argenta L.C., Watanabe M.J., Grabb W.C. The use of tissue expansion in head and neck reconstruction. *Ann Plast Surg.* 1983;11:31-7.
2. Prochno T. Principles of rhinoplasty. The "Indian" and "Italian" method. [Article in German] *HNO.* 1994 Dec;42(12):730-3.
3. Converse J.M. Corrective and reconstructive surgery of the nose. In: Converse JM, ed. *Reconstructive plastic surgery.* Vol 2. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1977.