

EXPANSIUNEA TISULARĂ ÎN TRATAMENTUL SECHELELOR CICATRICIALE POSTTRAUMATICE ȘI POSTCOMBUSTIONALE ÎN REGIUNEA CAPULUI ȘI GÂTULUI

TISSUE EXPANSION IN POST-COMBUSTION AND POSTTRAUMATIC SCAR SEQUELAE TREATMENT, IN HEAD AND NECK REGION

Gaponenco Eugeniu*, Taran Anatol**, Anisei Vadim***

*Doctorand Catedra Chirurgie N 2 USMF "N. Testemițanu"

**Dr Hab Medicină, Profesor Universitar; Dir.Gen. IMSP SCTO

***Chirurg – Combustionolog CRLT

Rezumat

Această lucrare sumarizează experiența Centrului Republican de Leziuni Termice în tratamentul sechelelor cicatriciale posttraumatice și postcombustionale în regiunea capului și gâtului cu localizare unică sau combinată pe parcursul ultimilor 10 ani. Tratamentul sechelelor cicatriciale ale regiunilor expuse ale corpului implică nu doar obținerea unui rezultat funcțional, dar și a componentului estetic al acesteia. În lucrare se analizează structura demografică a pacienților ce necesită asistența chirurgicală specializată, localizările mai frecvente ale leziunilor, rezultatele obținute și complicațiile întâlnite. S-au constatat avantajele și dezavantajele utilizării acestei metode de tratament a sechelelor cicatriciale posttraumatice și postcombustionale în regiunea capului și gâtului.

Summary

This paper summarizes the experience of the Republican Center for Thermal Injuries in the treatment of posttraumatic and post-combustion scars sequelae in head and neck region with a single or combined location accumulated for over the past 10 years. Treatment of scar sequelae of exposed regions of the body involves not only getting a functional result, but also its aesthetic component. The paper analyzes the demographics of patients requiring specialized surgical care, most common locations of lesions, the results obtained and complications encountered. The advantages and disadvantages of using this method of treatment of post-traumatic and post-combustion scar sequelae in head and neck region were mentioned.

Introducere

Progresul medicinei în tratamentul arsurilor, a redus în mod semnificativ ratele mortalității la pacienții cu arsuri mai mari de 50% din suprafața totală a corpului. Însă, multe dintre aceste victime suferă ulterior, ca urmare a insuficienței funcționale și aspectului facial grotesc. Reconstrucția țesuturilor moi în regiunea feții și gâtului, este o provocare pentru chirurgii plastici. Aceasta poate fi afirmat bazându-ne pe două afirmații: (1) pentru intervenții reconstructive în această regiune sunt necesare cantități mari de piele și (2) această piele trebuie să posede caracteristici foarte similare pielii înconjurătoare. Reconstrucția zonei capului și gâtului, pentru a fi considerată reușită, implică câteva condiții de bază, și anume (1) simetria și echilibru estetic, (2) planuri faciale distincte (3) o textură a pielii similară celei înconjurătoare, și (4) prezervarea mimicii. În vederea realizării acestor obiective este folosit tot arsenalul procedeelelor chirurgiei plastice și reparatorii: z-plastiile, lambourile locale, rezecția cicatricelor și plastie cu grefe de în toată grosimea, lambouri microvasculare „pre-modelate”, etc. Chiar și în condiții optime, acestea niciodată nu vor imita pielea perfect normală și de multe ori aceasta duce la obținerea unor fețe plate, lipsite de mimică. Chiar dacă îmbunătățirea aspectului estetic este un parametru important de reabilitare totală, corecțiile funcționale ar trebui să fie principala preocupare în aceste cazuri.

Expansiunea tisulară a provocat o revoluție în reconstrucția țesuturilor moi. Expansiune pielii adiacente produce un surplus cutanat, care se potrivește perfect cu zona de reconstrucție ca textura, culoare, grosime și sensibilitate. Ea a făcut posibilă acoperirea defectelor foarte mari, cu piele din vecinătate. Comparativ cu alte opțiuni reconstructive, morbiditatea zonei donatoare este minoră și rezultatele estetice sunt raportate de a fi bune și foarte bune.

Materiale și Metode

Pe parcursul ultimilor 10 ani (1999-2009) în CRLT au primit tratament, cu implicarea expandării tisulare în regiunea capului și gâtului, 62 pacienți cu vârsta cuprinsă între 18 și 47 ani. Repartiția grupului de pacienți, în dependență de vârstă și sex este prezentată în tabelul 1.

Etiologia sechelelor cicatriciale a fost trauma termică în 59 (95%) cazuri și trauma mecanică în 3 (5%) cazuri. În dependență de localizare, pacienții au fost împărțiți în trei grupe: cicatrici ale capului – 33 (53,2%), ale gâtului – 21 (33,9%) și ale capului și gâtului – 8 (12,9%).

Tabelul 1

Repartiția pacienților după vârstă și sex

Vârsta pacienților	Vârsta medie	Bărbați		Femei		Total
		Abs	%	Abs	%	
18-20	18.6 ± 1.3	2	3,22	12	19,3	14
21-30	25.2 ± 2.8	7	11,26	26	42,0	33
31-47	32.9 ± 1.1	2	3,22	13	21,0	15
Total		11	17,7	51	82,3	62

Termenul de la producerea leziunii cauzatoare de cicatrice a variat între 1 și 11 ani, majoritatea pacienților fiind asistați în termenul între 1 și 3 ani.

Au fost efectuate 156 intervenții chirurgicale (78 – prima etapă și 78 – a doua etapă), la unii pacienții fiind necesare mai multe sesiuni de expansiune tisulară pe motivul suprafeței mari a defectului cicatricial. Intervențiile repetate au fost efectuate la un termen nu mai mic de 6 luni de la prima intervenție.

În examinarea pacienților au fost utilizate metode accesibile în practica clinică (clinice, de laborator, radiologice, funcționale). Preoperatoriu a fost apreciat defectul cicatricial și anume: prevalența cicatricei, culoarea, mobilitatea, posibilitatea formării plicii, concreșterea cu țesuturile subiacente și linia fiziologică de creștere a părului. A fost efectuată măsurarea suprafeței cicatricei. Suprafața acoperirii posibile a defectului (S_{def}) a fost apreciată după formula:

$$S_{def} = S_{exp} - S_{baza}, \text{ unde } S_{exp} - \text{suprafața țesutului expandat și } S_{baza} - \text{suprafața bazei expanderului.}$$

Rezultate

Defectele cicatriciale au fost apreciate ca având între 15 și 210 cm², cu o medie de 75 cm². Volumul expanderilor, a fost cuprins între 90 și 900 cm³ cu o medie de 360 cm³, cu formă fiind rotundă sau rectangulară.

Durata medie de expansiune tisulară a fost între 28 și 49 zile cu o medie de 36 zile. Excizia totală a cicatricei a fost obținută la 51 pacienți (82,3%). 12 pacienți (17,7%), fie au fost satisfăcuți de rezultatul obținut, fie se află sub tratament pe motivul suprafeței mari a defectului.

Din complicații minore întâlnite vom enumera:

- hematom – 2 (3,23%);
- serom – 1 (1,61%);
- dehiscente de plaga – 8 (12,9%);
- necroze minore tegumentare – 3 (4,84%);
- expunere de valva – 1 (1,61%)

Complicațiile majore, care au necesitat înlăturarea expanderului, au fost: infecția - 1 caz (1,61%) și defectarea expanderului (perforarea camerei cu lichid) - 1 caz (1,61%). Infectarea lojii expanderului a fost considerată de noi ca fiind secundară dehiscentei plăgii.

Vindecarea spontană a combuștiilor cu o profunzime medie, precum și grefarea sectoarelor de arsură profundă lasă în urma sa suprafețe cicatrizate, care ridică alte probleme: ele au o tendință spre retracții și, cu timpul devin instabile, posedând un risc mare de ulcerare, lăsând în urma sa deficit funcțional și o aparență inestetică.

În trecut, tratamentul sechelelor postcombustionale cu o suprafață mare, consta în principal în incizia/excizia acestora, urmată prin plastii cu grefe de piele libere sau prin transpoziția lambourilor tegumentare locale. Problemele frecvent apărute erau retracția grefelor cutanate cu un deficit funcțional și aspect inestetic, sau rezerve locale insuficiente pentru acoperirea defectului rămas în urma exciziei cicatricei.

Utilizarea transplantului liber de țesuturi, este o procedură anevoioasă, luând în considerație alegerea regiunii donatoare, crearea unei noi leziuni în acea regiune și riscul sporit de necroză a grefei. În ultimii ani, utilizarea expansiunii tisulare a îmbunătățit rezultatele postoperatorii în asemenea cazuri.

Unul dintre avantajele de bază a expansiunii tisulare este posibilitatea utilizării în orice zonă a corpului.

Rata complicațiilor majore în lotul nostru de pacienți a fost de 3,23% (2 din 62), ceea ce este similar datelor raportate în literatură.

Rata complicațiilor minore în lotul nostru a fost de 24,2% (15 din 62), puțin ridicată comparativ cu datele literaturii. Considerăm că rata complicațiilor poate fi scăzută pe măsura acumulării experienței și la o alegere mai minuțioasă a pacienților.

Problematică rămâne reconstrucția regiunii cervicale, unde pielea este foarte subțire, posedă o elasticitate foarte bună și nu există un suport solid pentru expander. Și în lotul nostru și în datele literaturii cea mai frecventă complicație la expandarea tisulară în această zonă a fost necroza marginală a lamboului și dehiscenta plăgii. În aceste cazuri, probabil ar fi mai indicată expandarea în regiunea supraclaviculară, mai ales în cazurile când este afectat toracele sau spatele.

În zona scalpului, o provocare deosebită a fost reconstrucția liniei de creștere a părului. După arsuri profunde, distrucția foliculelor piloși duce la alopecie postcombustională. Grefele de piele, utilizate în tratamentul de urgență a combuștiilor duc la o alopecie secvelară, care frecvent devine instabilă, ulcerând sau malignizând. În acele cazuri, când suprafața defectului este peste 50 cm², expandarea tisulară pare a fi unica soluție chirurgicală.

Discuții și concluzii

Expansiunea tisulară pentru reconstrucția sechelelor cicatriceale postcombustionale și posttraumatice în regiunea capului și gâtului reprezintă o tehnică utilă, cu rezultate estetice optime.

Externarea din staționar a pacienților pe perioada umplerii expanderului permite o scădere esențială a costului tratamentului.

Dezavantajele acestei tehnici sunt cele financiare (prețul expanderului), durata lungă de timp a tratamentului, intervențiile chirurgicale multiple, precum și diformitatea temporară realizată de aplicarea expander-ului.

Obținerea unor rezultate bune implică selectarea atentă a pacienților și capacitatea acestora de a înțelege procedura, precum și de experiența chirurgului operator.

Bibliografie

1. Antonyshyn O., Gruss J.S., Mackinnon S.E., Zuker R. Complication of soft tissue expansion II Br. J. Plast. Surg. -1988. - V.41, №3. - P.239-250.
2. Hoffmann J.F. Tissue expansion in the head and neck II Facial Hast. Surg. Clin. North Am. - 2005. - Vol .13, №2. - P.315-324.
3. Radovan C. Tissue Expansion in Soft-Tissue Reconstruction II Rast. Rec. Surg. -1984. - V.74, №4. - P.482-490.
4. Roncevic R.P. Surgical treatment of large scalp defects. - 10th Congress of the European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. -Vienna, 2005. - P.84-85.
5. Ваганова Н.А. Хирургическое лечение последствий рубцовых облысений методом тканевого растяжения: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 1993.-23 С.
6. Григорьева Т.Г. Клеточные структуры элементов кожи человека и дермотензия в превентивной и восстановительной хирургии ожогов // Ожоговая болезнь. -Киев, 1988. -С.104-105.
7. Григорьева Т.Г. Основные аспекты теории и клинической практики растяжения тканей при хирургическом лечении послеожоговых рубцов и деформаций. В кн. Восст. Хирургия послеожоговых рубцовых деформаций. М., 1990. -С.65.
8. Мороз В.Ю., Сарыгин П.В., Шаробаро В.И., Ваганова Н.А. Осложнения метода баллонного растяжения тканей. — Хирургия. - №3. — 2000.-С.65-68.
9. Шаробаро В.И. Хирургическое лечение дефектов покровных тканей с использованием баллонного растяжения: Автореф. дис. доктора мед. наук. — М., 2004. —40 с.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL A SINDROMULUI DE CANAL CARPIAN THE SURGICAL TREATMENT OF THE CARPAL TUNNEL SYNDROM

F. Gornea, I. Vacarciuc, P. Țapu, Silvia Covaliuc, S. Ursu.

Catedra „Ortopedie, traumatologie și chirurgie în campanie” USMF „N. Testemițanu”

Summary

Our experience are based on the treatment of the 36 patients with carpal tunnel syndrome during 2005-2009 years. The age of patients was between 18 and 65 years, men – 15 women – 21 persons. The right hand traumatized in 22 cases, left – 12 and bilateral at 2 patients. After fractures of the distal radius tunnel carpal syndrome beginning in 21 patients and after contusion of the radio-carpal join in 7 cases. The disorders at 5 patients have idiomatic origins. The III degree was confirmed in 29 cases, IV degree – in 4 and II degree – only 3 patients. Surgical treatment: in 15 cases was performed osteosynthesis of radial bone and excision of the carpal ligament. The excision of carpal ligament and decompression of medianus nerve execute at 21 patients. The good results confirmed at 33 patients, satisfactory in 3 cases.

Key words: tunnel carpal syndrome, distal radius

Rezumat

Experiența noastră 2005-2009 se bazează pe tratamentul a 36 de bolnavi cu sindromul de canal carpian, cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani. Au fost 15 bărbați și 21 femei. În 22 cazuri a fost leziunea mâinii drepte, 12 – mâna stângă și în 2 cazuri leziunea bilaterală. Sindromul de canal carpian s-a dezvoltat la 21 de bolnavi după fractura de radius și în 7 cazuri după o contuzie a articulației pumnului, la 5 – s-a dezvoltat o formă idiopatică. După materialul nostru 3 bolnavi cu sindromul de canal carpian au fost în stadiul –II, 29 de pacienți au fost cu maladia în stadiul – III și 4 în stadia a IV. Dintre intervențiile chirurgicale: la 15 bolnavi paralel cu osteosinteza fragmentelor extremității distale a osului radial s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia nervului median, la 21 pacienți s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia și neuroliza nervului median. Rezultatele la distanță s-au înregistrat ca bune la 33 bolnavi, satisfăcătoare la 3 pacienți. **Cuvinte cheie:** sindromul de canal carpian, radius distal

Introducere

Cu toate că nozologia „sindromul de canal carpian” a apărut numai în 1953, istoria acestei patologii cuprinde peste 150 de ani. În 1854 Paget J.[7] descrie două cazuri de neuropatie a nervului median survenită în urma fracturii extremității distale de radius. În dinamică s-au dezvoltat schimbări trofice esențiale. Paget J. a menționat o oarecare ameliorare a stării după o imobilizare a articulației pumnului.