

# LAMBOUL TEMPORO-PARIETAL ÎN RECONSTRUCȚIA DEFECTELOR EXTREMITĂȚII CEFALICE

## TEMPORO-PARIETAL FLAP IN THE RECONSTRUCTION OF CEPHALIC EXTREMITY DEFECTS

Conducător științific: **Grigore Verega**, doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Elaborat: **Victoria Șatula**, studentă

*Catedra Ortopedie și Traumatologie, USMF „Nicolae Testemițanu”*

### Rezumat

Defectele de țesuturi în regiunea cefalică sunt frecvent întâlnite în domeniul chirurgiei contemporane, mai ales în urma traumatismelor, exciziilor tumorale, anomaliilor de dezvoltare și alte cauze, și necesită reconstrucții cu lambouri adaptate funcțional și estetic. Soluția acestei probleme este prelevarea unor lambouri cutaneo-fasciale regionale care redă speranță pacienților desfigurați pentru recăpătarea funcției, dar și aspectului estetic.

**Cuvinte cheie:** defecte ale extremității cefalice, reconstrucție, lambou cutaneo-fascial.

### Summary

Tissue defects in the cephalic region are frequently encountered in contemporary surgery, especially after trauma, tumor excision, developmental abnormalities and other cases, requiring the reconstruction with flaps adapted functionally and aesthetically. The solution to this problem is the collection of cutaneous-fascial flaps, this procedure rendering disfigured patients the hope of regaining function and aesthetic appearance.

**Keywords:** defects in the cephalic region, reconstruction, cutaneo-fascial flap.

### Introducere

Chirurgia plastică are succese datorită unor calități particulare și esențiale ale țesuturilor vii: tendința spre cicatrizarea a structurilor lezate, posibilitatea transplantării lor, elasticitatea sau disponibilitatea unora dintre ele (piele, os, cartilaj, mucoasă, fascie, tendon, etc.).

Unele țesuturi pot fi transplantate doar de la subiectul care are nevoie, deci în condiții de autotransplant, aceasta fiind în cazul mucoasei, țesutului adipos, tendoanelor și pielii, pe când osul și cartilajul pot fi folosite ca homo- și chiar heterotransplante (în anumite condiții și limite).

Caracteristicile anatomo-fiziologice ale pielii îi oferă roluri multiple, chiar se poate spune că este o barieră care desparte organismul de mediul înconjurător, integritatea ei fiind esențială pentru om. Repararea defectelor de piele se bazează pe dubla disponibilitate: grosime și suprafață.

*Disponibilitatea în grosime* este bazată pe cicatrizarea spontană a zonei donatoare, reprezentând baza materială în practica grefelor libere de piele.

*Disponibilitatea în suprafață* permite acoperirea defectelor cu grefe libere de piele totală sau cu lambouri pediculate.

Autoplastiile cutanate pot fi pediculate (lambouri) și libere (grefe). [3]

### Elemente de anatomie și fiziologie vasculară a tegumentelor

Fiind cel mai mare organ al corpului, pielea este alcătuită din țesuturi care se diferențiază și regenerează în mod constant. Ea este bariera interpusă dintre mediul intern al organismului și mediul înconjurător, ceea ce explică acțiunea a cel puțin

2 factori: agenții nocivi externi și modificările secundare ale diverselor afecțiuni interne.

### Elemente structurale ale vascularizației cutanate

Arteriolele care vascularizează pielea derivă din cele trei surse: sistemul cutanat direct, perforantele musculo-cutanate și sistemul fascio-cutanat. Aceste arteriole dau ramuri care intră în formarea rețelei profunde. La nivelul suprafeței de contact cu epidermul, dermul este neregulat, acesta fiind stratul papilar al dermului, care diferă de stratul reticular prin densitatea de țesut conjunctiv și fibre de collagen. Grosimea dermului este aproximativ 1-2 mm cu unele varietăți: pleoape - 0,6 mm; plante și palme - 2,5 mm; mai subțire pe partea ventrală a corpului, mai fină la femei.

Rețeaua vaselor ce alimentează pielea se dispune în 3 plexuri:

- plexul superficial – care conține artere și vene, cu funcția de nutriție și schimb de căldură;
- plexul mijlociu – conține vene, cu funcția de protecție și schimb de căldură;
- plexul profund – conține artere și vene, reprezintă un bypass pentru conservarea căldurii.

Aceste plexuri variază ca importanță și mărime în diferite regiuni ale corpului. Arcadele papilare sunt perpendiculare pe suprafața pielii, cu excepția celor de la nivelul patului unghial care au o distribuție paralelă. De asemenea, influență asupra microcirculației are și vârsta – la copii și tineri creștele epidermice de la nivelul scalpului sunt mai pronunțate și prin fiecare papilă dermică trec arcade papilare lungi, cu avansarea în vârstă joncțiunea dermo-epidermică devine mai estompată, iar arcadele papilare sunt puțin mai scurte și puțin mai abundente.

În pielea bătrînilor este o tendință de a crește calibrul vasului, care reprezintă dilatări anevrismale la nivelul arcadelor. [1]

### Noua concepție privind vascularizarea tegumentului

Începînd din 1979 Bengt Ponten publică o serie de comunicări în care se pune accentul asupra importanței aponeurozei în vascularizația cutanată, subliniind rolul pe care îl joacă plexurile vasculare anastomotice sub- și supra-aponeurotice în viabilitatea lambourilor fasciocutanate. Arterele și venele musculocutanate și cele care însoțesc nervii, perforază aponeuroza pentru a ajunge la pielea supra-adiacentă, dar nu traversează pasiv orificiul aponeurotic respectiv, dar la momentul trecerii prin orificiu emit ramuri sub- și supra-aponeurotice, numeroase colaterale, care, anastomozînd între ele, formează o bogată rețea vasculară.

Arterele septocutanate descrise de Cormack și Lamberty, joacă un rol important în umplerea plexurilor vasculare fasciale. Acestea sunt mai voluminoase decît ramurile musculocutanate. Se poate considera că vascularizația cutanată provine din 3 surse:

- arterele cutanate directe – sunt rare,
- arterele musculo-cutanate – care sunt subțiri,
- arterele septo-cutanate – cele mai importante. [2]

Un lambou este o masă de țesut care conține o rețea vasculară aptă să asigure supraviețuirea și care este parțial sau total detașată de țesuturile înconjurătoare pentru a fi transferată la nivelul unei zone receptoare aflată în vecinătate sau la distanță de zona donatoare.

Deosebim următoarele tipuri de lambouri:

1. În funcție de suportul arterial, conținutul tisular, zonele de recoltare și zonele de aplicare:

- **lambouri randomizate sau pe circulație întimplătoare** (avansat, dublu-avansat, avansat tip V-Y, Y-V, rotat, transpoziționat, rombic, interpolat, plastia în Z)
- **lambouri axiale** (frontale, inghinal, tip cross-finger).

2. În funcție de structură:

#### a) **lambouri simple:**

- cutanate (tegument + fascie superficială);
- fascio-cutanate (include și fascia profundă);
- musculare;
- fasciale.

#### b) **lambouri complexe:**

- musculo-cutanate;
- osteo-musculo-cutanate;
- osteo-musculare;
- osteo-fascio-cutanate;
- articulare;
- digitale.

3. În funcție de conexiunile existente între lambou și zona donatoare:

a) **Lambouri pediculate** – care presupun existența unei conexiuni temporare sau definitive cu zona donatoare :

- cu pedicul cutanat;
- cu pedicul subcutanat;
- cu pedicul musculo-cutanat;
- cu pedicul fascio-cutanat;
- cu pedicul muscular și insulă tegumentară.

b) **Lambouri insulare** – ale căror singură conexiune cu zona

donatoare este reprezentată de pediculul lamboului:

- cutanate;
- fascio-cutanate;
- musculare;
- musculo-cutanate;
- osteo-musculo-cutanate;
- osteo-fascio-cutanate;
- digitale.

c) **Lambouri libere** – care presupun întreruperea oricărei legături cu zona donatoare :

- cutanate;
- fascio-cutanate;
- fasciale;
- musculare;
- musculo-cutanate;
- osteo-musculo-cutanate;
- osteo-fascio-cutanate;
- articulare;
- digitale.

4. În funcție de raportul existent între zona donatoare și cea receptoare:

a) **Lambouri locale** – cînd zona donatoare se află în imediata vecinătate a defectului ce trebuie acoperit:

- de rotație;
- de transpoziție;
- de ansare.

b) **Lambouri regionale** – cînd zona donatoare se află la nivelul aceleiași regiuni anatomice, dar la o oarecare distanță de defectul ce trebuie acoperit.

c) **Lambouri la distanță** – cînd zona donatoare se află la nivelul unei regiuni anatomice, iar zona receptoare la nivelul altei zone.

#### d) **Lambouri pediculate:**

- directe, respectiv lambourile care sunt croite, ridicate și aplicate la nivelul zonei receptoare în cadrul aceleiași intervenții chirurgicale. Secționarea pediculului nutritiv al lamboului va fi practică după un interval de 14-21 zile, timp necesar pentru formarea conexiunilor vasculare între lambou și zona receptoare;

- indirecte, care presupun existența unor etape intermediare spațiate la 3-4 săptămîni, precum și a unei gazde intermediare cu ajutorul căreia lamboul poate fi transportat la nivelul zonei receptoare.

#### e) **Lambouri libere**

5. În funcție de sursa de vascularizație:

a) **Cu vascularizație provenind din sistemul cutanat direct:**

- cu circulație aleatorie;
- cu circulație axială;

b) **Cu vascularizație prin perforante musculo-cutanate;**

c) **Cu vascularizație prin perforante fascio-cutanate.** [2, 4, 8, 12]

### Planificarea lambourilor

Este foarte importantă, deoarece permite recoltarea unor lambouri a căror vascularizație să le asigure supraviețuirea. Succesul în grefarea pielii depinde de abilitatea lamboului de a primi nutrienți.

Revascularizarea unui lambou are loc în 3 faze:

- în prima fază are loc un proces de îmbibiție a serului, durează 24-48 de ore. Inițial se formează un strat de fibrină în locul unde se aplică lamboul, capilarele zonei recipiente asigură absorbția nutrienților în lambou;

- în a doua fază capilarele zonei donatoare și a celei recipiente se aranjează paralel;

- în faza a treia lamboul este vascularizat de capilarele "alini-ate". [6]

Un alt punct important în planificarea lambourilor este absența tensiunii în lambou. Stabilirea punctului pivot al lamboului (în cazul celor pediculate și insulare), respectiv al punctului care rezează centrul arcului de rotație în jurul căruia se mișcă lamboul, este un alt element de bază în chirurgia lambourilor.

În cazul lamboului muscular sau a celui musculo-cutanat acest punct este reprezentat de hilul neurovascular, iar în cazul lamboului tegumentar – de pediculul său. Principiul general de stabilire a acestui punct este ca distanța dintre punctul pivot și oricare punct de la nivelul lamboului, măsurată înainte de transfer, să nu fie mai mică decât aceeași distanță măsurată după efectuarea transferului.

În planificarea lambourilor pediculate la distanță trebuie de ținut cont de necesitatea asigurării unei poziții confortabile pentru pacient. În acest scop este bine ca preoperator, cu ajutorul unei machete, să se stabilească cu exactitate zona donatoare care permite un maximum confort pentru pacient.

Un ultim punct, este bine ca recoltarea lambourilor să se facă cu o margine de rezervă, deoarece este preferabilă rezecția excesului, suturii în tensiune a lamboului. În stabilirea dimensiunii lamboului trebuie de ținut cont de elasticitatea și contractilitatea tegumentară, astfel lamboul va fi croit cu cel puțin 20-30% mai mare pe fiecare dimensiune, astfel ca prin contractilitatea specifică pielii să ajungă la dimensiunile defectului de acoperit.

În orice intervenție de chirurgie plastică, inciziile tegumentare trebuie plasate astfel încât să optimizeze cicatricea consecutivă. Langer a descris liniile cutanate de tensiune minimă, care sunt perpendiculare pe axa longitudinală a mușchilor subiacenți. Liniile de tensiune minimă sau liniile Langer sunt foarte evidente pe fața unei persoane în vârstă, ca linii a expresiei faciale. O incizie plasată paralel cu aceste linii va avea ca rezultat o cicatrice mai îngustă sau mai puțin vizibilă. Pe măsură ce cicatricea se maturizează, se realizează o retracție concomitentă a plăgii. Dacă o incizie traversează o articulație, direcția inciziei trebuie modificată astfel încât să nu apară o contractură liniară care să restricționeze mobilitatea articulației. O incizie plasată de-a lungul unei articulații în direcție oblică sau transversală va alungi cicatricea și va schimba direcția contracturii plăgii pentru a optimiza gradul de mobilitate. [9]

Planul de prelevare a unui lambou tegumentar este în funcție de regiunea anatomică la nivelul căreia se află zona donatoare.

► La nivelul feței nu există un plan natural clar, dar, datorită rețelei vasculare bogate subdermice, lambourile pot fi recoltate în planul grăsimii din imediata profunzime a dermului.

► La nivelul scalpului prelevarea lambourilor se face în planul dintre galee și aponeuroza pericraniană.

► La nivelul trunchiului planul de prelevare se află între fascia profundă și mușchii subiacenți.

► La nivelul membrelor lambourile pot fi prelevate în plan supra- sau subfascial. La nivelul gambei este obligatoriu subfascial. [3]

Un element important în prelevarea lambourilor fascio-cutanate și musculo-cutanate este reprezentată de evitarea decolării componente cutanate de structurile subiacente prin aplicarea unor suturi rare, care previne întreruperea conexiunilor vasculare între tegument și structurile subiacente.

Dacă la ridicarea lambourilor există semne de suferință vasculară, este preferată reaplicarea lor pe zona donatoare și "amânarea" lor cu 2-3 săptămâni, timp în care circulația se va îmbunătăți. [8]

În practica autoplastiilor pediculate trebuie de ținut cont de următoarele:

- Un important plex vascular se află subdermal, în contact cu suprafața profundă a dermului. Din punctele de vedere ale aportului sanguin, țesutul adipos subcutanat se alimentează din vasele subdermice, vasele fiind mai puține cu cât ne depărtăm de derm.

- Lambourile pot fi degresate, dar subțierea excesivă poate periclita vitalitatea unui lambou prin întreruperea plexului subdermic.

- Lambourile subțiri pot fi contuzionate, strivite și compromise în cursul mînuirii lui, chiar cînd sunt foarte bine vascularizate.

- Irigarea arterială și venoasă prezintă elementele dominante ale vitalității.

- Raportul dintre lungimea și lățimea lamboului nu trebuie să fie mai mic decât 1,5x1,2 într-o regiune slab sau mediu vascularizată, sau cînd acesta este situat desupra vaselor subiacente, lățimea pedicolului nu va fi mai mică decât lățimea lamboului. Raportul poate crește pînă la 3x1 sau chiar 4x1 în lambourile arteriale sau prin „amânare” – acționează ca un antrenament: hipoxia și hipercapnia, produse prin suprimarea unei părți de conexiuni vasculare, provoacă vasodilație apoi dezvoltarea vascularizației, sau poate chiar produce remaniere sau rearanjarea vaselor în lambou, care, de exemplu, din transversale devin longitudinale. Concomitent pentru partea din lambou care era mai mult irigată dinspre partea secționată se produce o inversare (la început periodică, apoi permanentă) a curentului sangvin pe baza unor efecte mecanic-dinamice. [14]

- Lambourile arteriale cuprind în pedicolul său o arteră și o venă subcutanată, raportul lor poate fi mai mare și pot fi ridicate dintr-o dată fără amânare. Asemenea lambouri pot conține artera temporală superficială, frontală, occipitală, subcutanată abdominală.

- Se va evita suturarea sub tensiune a unui lambou, deoarece poate duce la apariția ischemiei, defavorizînd întoarcerea venoasă. Lamboul trebuie să acopere „ideal” defectul fără îndoiri sau torsiuni forțate.

- Insuficiența vascularizației, hemostaza defectă și sutura sub tensiune des sunt originea necrozelor marginale și infecției sub lambou.

- Marginile lambourilor vor fi tratate cu finețe pentru a nu favoriza apariția unei cicatrici masive. [6]

### Regenerarea țesuturilor după transplant

Regenerarea țesuturilor este răspunsul fiziologic al organismului la aplicarea lamboului în locul defectului de țesut pentru a restabili homeostazia locală, în care participă două procese importante: primul este înlocuirea unei matrice celulare pentru a restabili continuitatea morfologică și fiziologică – aceasta este procesul de formare a cicatricei. Al doilea moment este reorganizarea arhitectonicii țesutului afectat – procesul

de regenerare. Aceasta este un proces complicat, în care au loc multe reacții fiziopatologice.

Regenerarea poate fi acută, când are loc timp de 3-4 săptămâni, iar dacă acest timp se prelungește mai mult de 4-6 săptămâni – este considerată regenerare cronică.

Răspunsul fiziologic al organismului la întreruperea integrității țesuturilor are loc în câteva faze:

- faza inflamatorie – care începe imediat din momentul apariției leziunii, care are ca scop eliminarea devitalizării tisulare și a preveni infecția;

- faza proliferativă – care are loc din 4-21 de zile de la momentul apariției leziunii, în care are loc un echilibru dintre formarea cicatricii și regenerarea țesutului;

- faza de remodelare – începe din ziua a 21-a și durează până la un an, al cărui scop este de a mări rezistența și morfologia tisulară.

Lambourile în regiunea cefalică se practică cel mai des în caz de plăgi (proaspete sau granulare), arsuri, cicatrici, defecte osoase, tumori, mafolmații congenitale.

Defectele de țesut din regiunea feței, după aspectul lor anatomic, funcțional și topografic, constituie o problemă medicală de importanță socială. Fața este regiunea corpului uman a cărui aspect influențează confortul psihic al persoanei afectate, cât și nivelul ei de adaptare socială în diferite perioade ale vieții.

Pielea capului are câteva caracteristici care impun o atenție deosebită în reconstrucția plastică a unui caz: este groasă, este intim legată de aponeuroza epicraniană prin benzi fibroase, are vascularizație abundentă, are implantați foliculi piloși. [11]

### **Punctele cheie de planificare**

*Defectul* – dimensiunea, forma și grosimea defectului sunt principalii factori determinanți ai cantității de țesut necesar pentru închidere. Fiecare defect își are abordarea sa, spre exemplu pentru un defect de 2x10 cm și altul de 4x5 cm se utilizează tehnici diferite, chiar dacă aria sumară a acestora este de 20 cm<sup>2</sup>. În realitate nu toate leziunile sunt perfect rotunde, astfel ele se clasifică conform diametrului.

*Localizarea* – deseori leziunile din regiunea parietală au tendința de închidere primară, avantajul regiunii temporale este prezența țesuturilor moi (mușchiul temporal). În cele din urmă, pentru cele mai bune rezultate cosmetice, defecte în zonele cu păr ar trebui să fie acoperite folosind lambouri cu păr.

*Calitatea* – grosimea, elasticitatea și aprovizionarea vasculară a țesuturilor din jurul defectului sunt parametri care necesită atenție deosebită. De asemenea, cicatricile prezente de la operațiile anterioare sunt factori ce pot compromite rezultatul așteptat. [6]

### **Aplicații practice:**

- Ținând cont de observațiile lui ISHIKAWA, pentru a evita orice probabilitate de lezare a ramului temporal al nervului facial, s-a stabilit o "linie ghid" pentru protejerea regiunii temporale – o linie curbă care trece la 7 cm de unghiul extern ocular pe linia care unește unghiul extern ocular cu marginea superioară a arcului zigomatic și la 4 cm de unghiul extern ocular pe linia perpendiculară pe prima, care trece pe marginea laterală a venterului frontal al mușchiului occipito-frontal.

- Descoperirea arterei temporale superficiale se efectuează la o incizie verticală de circa 3 cm paralelă cu artera, situată între tragus și colul mandibulei, perpendicular pe arcul zigomatic. La

disecția țesutului subcutanat se identifică artera.

- Dispoziția în evantai (cu vârful în jos) a elementelor planului vasculo-nervos condiționează direcția inciziilor și formarea viitoarelor lambouri.

- Vascularizația constantă anatomic, cu artera și vena situate în același plan, permite realizarea unei disecții confortabile și utilizarea lambourilor fasciale temporo-parietale liber transferate, fiind deosebit de utile pentru reconstrucția unor defecte situate pe fața dorsală a mîinii ori piciorului. [5]

Lamboul temporo-parietal se bazează pe alimentarea din artera temporală superficială, din ramurile parietale și frontale, fascia fiind o prelungire a aponeurozei epicraniene. Axa de rotație a lamboului fasciocutanat temporo-parietal este anterior de sutura spiralată al scalpului, care limitează arcul de rotație.

Reconstrucția cu succes a lambourilor în regiunea cefalică este utilizarea pielii cu proprietăți elastice, în special "relaxare de stres" și infiltrare.

"Relaxarea de stres" definită ca scăderea forței necesare pentru a menține întinderea pielii în timp.

Prin infiltrare se obține cîștigul în suprafața pielii la aplicarea unei forțe.

Baza fundamentală pentru aceste proprietăți constă în faptul că în calitate de forță este aplicată o muchie a pielii, deoarece grosimea țesutului scade la extravazarea lichidului și mucopolizaharidelor, realinierea fasciculelor de colagen dermice, microfragmentarea fibrelor elastice, astfel se obține întinderea mecanică a pielii.

În măsura în care acestea apar depinde de proprietățile intrinseci ale țesutului și suma forțelor aplicate.

Aponeuroza epicraniană asigură elasticitatea pileii, de aceea incizia ei necesită o atenție deosebită, de asemenea utilizarea electrocoagulatorului cu scop de hemostază poate prejudicia vasele mici.

Ca țesut donator în defectele cefalice sunt doar țesuturi din zona cefalică. În trecut, obiectivele chirurgiei reconstructive erau doar prevenirea uscării calvariei, sechestrarea sau sepsisul. Astăzi chirurgia reconstructivă are ca obiectiv obținerea unui rezultat cosmetic adecvat, mai ales în ceea ce privește creșterea părului.

O altă condiție necesară este ca periostul să fie intact, deoarece ar putea apărea complicații.

Atenție deosebită se atrage tehnicilor de homostază. Este binevenită utilizarea hemostaticelor locale. Utilizarea electrocoagulatorului ar putea provoca leziuni termice la nivelul foliculului pilos, ceea ce ar putea duce la alopecia iatrogenă. Pentru o hemostază bună se practică inciziile circumferențiale la adîncime pînă la 1cm.

Camirand și Doucet în 1995 în urma unor cercetări afirmă că inciziile perpendiculare față de foliculul pilos permite creșterea părului cu un aspect natural.

Defectele din regiunea temporo-parietală au un succes mare, deoarece pielea din regiune este mai mobilă datorită aponeurozei epicraniene. În dependență de dimensiunea defectului deosebim:

- defecte mici (< 2 cm<sup>2</sup>), de obicei se închid primar, uneori se utilizează un pedicul subcutanat;

- defecte medii (2-25 cm<sup>2</sup>), bazate pe vasele temporale superficiale;

- defecte mari (> 25 cm<sup>2</sup>), se utilizează fascia temporală profundă și mușchiul temporal pentru a asigura o bună acoperire a scalpului. [10]

### **Asigurarea condițiilor necesare supraviețuirii lambourilor**

Se asigură condiții optime pentru microcirculația din lambou, atât la nivel local, prin:

- evitarea compresiei,
- evitarea modificărilor bruște de temperatură,
- drenaj venos postural corect.

Există și câteva condiții generale de îndeplinit:

- evitarea fumatului,
- aplicare de vasodilatatoare, antiagregante.

În aprecierea evoluției postoperatorii a lambourilor e necesară observația continuă, atentă, cu sesizarea în timp util a modificărilor de temperatură, culoare. Alte metode de monitorizare, dar care necesită dotare adecvată sunt: oximetria cutanată, Doppler ecografia, etc. [13]

### **Avantajele lamboului temporo-parietal**

- originea embrionară a fasciei temporoparietale este din mușchii piloși ai capului, astfel este conservată rețeaua vasculară, caracteristică importantă a țesuturilor musculare, iar, pe de altă parte, țesutul fibros rezidual îi conferă o mare plasticitate;

- este un lambou ușor accesibil;
- rețeaua vasculară arterială extrem de bogată, cu anastomoze arteriale de calibru mare;
- anatomia pediculului vascular este mai puțin variabilă, ușor predictibilă;
- este subțire, însă rezistent;
- plasticitatea acestui lambou face ca el să acopere suprafețe complexe;
- poate umple defecte în volum; această din urmă calitate este cu atât mai importantă cu cât structura lui fibroasă face ca, în cadrul procesului de cicatrizare, dimensiunile lui să nu varieze semnificativ;
- arcul de rotație al acestui lambou este excelent, practic poate atinge orice parte a feței;
- în cursul vindecării modificarea dimensiunilor lamboului este minimală.

### **Dezavantajele lamboului temporo-parietal**

Lamboul fascial temporo-parietal este un lambou fiabil, care prezintă numeroase avantaje. Cu toate acestea, există și o serie de dezavantaje de care trebuie să se țină cont, atunci când se hotărăște planul de reconstrucție a unui defect:

- chiar dacă disecția a fost făcută foarte precaut și nu apare calviția cicatriceală a regiunii donatoare, totuși este posibil ca densitatea firelor de păr să scadă;
- riscul de lezare a ramului temporal al nervului frontal, în consecință apare paralizia regiunii frontale laterale, consecințele estetice fiind importante și dificil de tratat;
- nu poate fi utilizat în situațiile în care există o adenopatie metastatică ori o formațiune tumorală care fac necesar sacrificiul arterei carotide externe;
- necesită o incizie largă pentru recoltare. [16]

### **Complicații**

Complicațiile care apar, cel mai des sunt datorită nerespectării regulilor generale și locale din perioada postoperatorie.

*Insuficiența vasculară* reprezintă complicația cea mai gravă care poate duce la compromiterea definitivă a lamboului. Această insuficiență se datorează rareori datorită aportului

arterial insuficient, dar mai des se datorează drenajului venos insuficient, cauzat de tulburări circulatorii locale.

Mai mulți factori determină, singuri sau împreună, alterarea circulației:

- ▶ tensiunea mecanică – prin sutură în tensiune, compresiuni externe, malpoziții ale lamboului,
- ▶ compresiunea și torsiunea pediculului,
- ▶ edemul, este în general tranzitoriu 2-3 zile, dar în anumite condiții edemul circular agravează circulația, accentuând tensiunea sau constricția,
- ▶ inflamația – adaugă prin fenomenele sale specifice un plus de gravitate la fenomenele enunțate mai sus – edem, congestive, tensiune tisulară.

Toate aceste fenomene recunoscute la timp sunt reversibile prin înlăturarea cauzei și asigurarea unor condiții vasculare optime.

*Hematomul și seromul* apar sub lambou și pot duce la compromiterea lui prin alterarea mecanică a microcirculației sau prin suprainfecție. Ele sunt în general consecința hemostazei insuficiente intra- și postoperatorii, a persistenței spațiilor goale între lambou și defect.

*Infecția lamboului* nu apare în condiții normale. Este o complicație suprapusă celor anterioare.

*Necroza* prezintă un fenomen ireversibil. Aceasta este precedată de o fază de congestie, cianoză cu timp scurt de umplere capilară, urmată de dispariția pulsului capilar, cianoză violacee, dezvoltarea veziculelor de transudație seroasă sau serohemoragică. Uneori, necroza poate fi delimitată la zonele distale ale lambourilor, mai slab vascularizate, sau poate fi superficială în anumite zone, dar prin alterarea progresivă a microcirculației poate cuprinde tot lamboul sau chiar zone învecinate. [3, 7]

### **Rezultate și prognostic**

Lamboul temporo-parietal este unul foarte consistent cu o supraviețuire excelentă, cu o incidență scăzută de apariție a necrozei și infecției. Zona donatoare deseori se vindecă bine, inciziile rar lasă cicatrici mutilante. [17]

### **Concluzii**

Activitățile științifice și practice derulate în ultimii ani arată o tendință în creștere a intervențiilor în domeniul chirurgiei plastice și reconstructive, care se dovedesc să aibă succes. Prioritatea tratamentului acestor grupe de bolnavi sunt operațiile reconstructive, care sunt centrate pe recuperarea defectului tegumentar și păstrarea funcției și aspectului regiunii afectate, este importantă și reducerea complicațiilor la nivelul regiunilor reconstruite.

Este necesară efectuarea unui examen clinic riguros înaintea intervenției chirurgicale pentru a putea stabili cât mai fidel traiectul vaselor sangvine distribuite în regiunea temporală și în cea parietală. Există numeroase variații anatomice nu numai de la un individ la altul, dar chiar și de pe o parte a scalpului pe cealaltă.

Vascularizația excelentă permite utilizarea fasciei temporoparietale nu numai ca portgrefă pentru diverse țesuturi (os, cartilaj), dar și crearea unor lambouri fascio-cutanate insulare, cu calități excelente pentru refacerea comisurii bucale și mai puțin pentru refacerea unor defecte intraorale.

**Bibliografie**

1. Băciuț Gr, Popa M, Rotaru A, Câmpan R. Lambouri fasciocutanate și fasciale utilizate în reconstrucția maxilo-facială. Rev. Nat. Stomatol. 1998; p.1: 45 - 49
2. Cormack G., Lamberty B. The classification of fasciocutaneous according their patterns of vascularization. Plastic surgery 1984, p. 37-80.
3. Dragomir Cristian. Chirurgie plastică și reparatorie. Noțiuni fundamentale. Junimea, Iași 1980 p. 25-72
4. Dr. M. Seleanu. Biblioteca Editura medicală București, 1965, p. 24, 64-65, 72
5. Dr. Radu Marinescu. Plasticia reconstructivă a defectelor faciale cu lambouri din vecinătate. Editura didactică și pedagogică, București, 2002. p. 7-9, 56-73, 170
6. Grabb and Smith's. Plastic Surgery, seventh edition. Editor – in-Chief Charles H.Throne. Editors – Kevin C.Chung, Aun K.Gosain, Geoffrey C.Gurtner, Babak J.Mehrara, J. Peter Rubin, Scott L. Spear. p. 6, 13-17, 342-344
7. Grigore Verega. Lambourile insulare ale membrului pelvin. Chișinău; 2009, p. 156-159
8. Isac F., Isac A., Bratu T. Lambourile pediculate, Editura Mirton Timișoara
9. Jason E.Leedy, Jeffrey E.Janis, Rod J.Rohrich. Reconstructions of Acquired Scalp Deffects: An Algorithmic Approach, p.57-60
10. John O., Brown R., Parry S., Trier W., Wasconez H., Wainwright D. Plastic and reconstructive surgery, 1993, p. 1-7
11. Marius T., Pîrvănescu H. Curs de chirurgie plastică, Editura medicală universitară Craiova, 2013, p. 14-19, 150-151
12. Nicolae Angelescu. Tratat de patologie chirurgicală, Editura medicală, București, 2003, p. 3154-3170
13. Petter C. Neligan, Eduardo D. Rodriguez. Plastic Surgery. Craniofacial, head and neck surgery. Third edition, 2013, p. 267-283
14. Reinisch J.F. The pathophysiology of skin flap circulation. Plastic reconstructive surgery, 1974, p. 54-585
15. Schwartz. Principiile chirurgiei, Teora, vol.II. p. 2082-2084, 2089
16. Sub redacția Conf. Univ. Dr. Victor Nimigean. Anatomie clinică și topografică a capului și a gâtului, Editura universitară "Carol Davila", București, 2008, p. 251-253
17. Zanaret M, Gras R, Lègre R, Cannoni M, Pech A. Le lambeau pedicule de fascia temporal superficiel. Applications en chirurgie cervico-faciale. Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 1989, p. 106: 527 - 535