

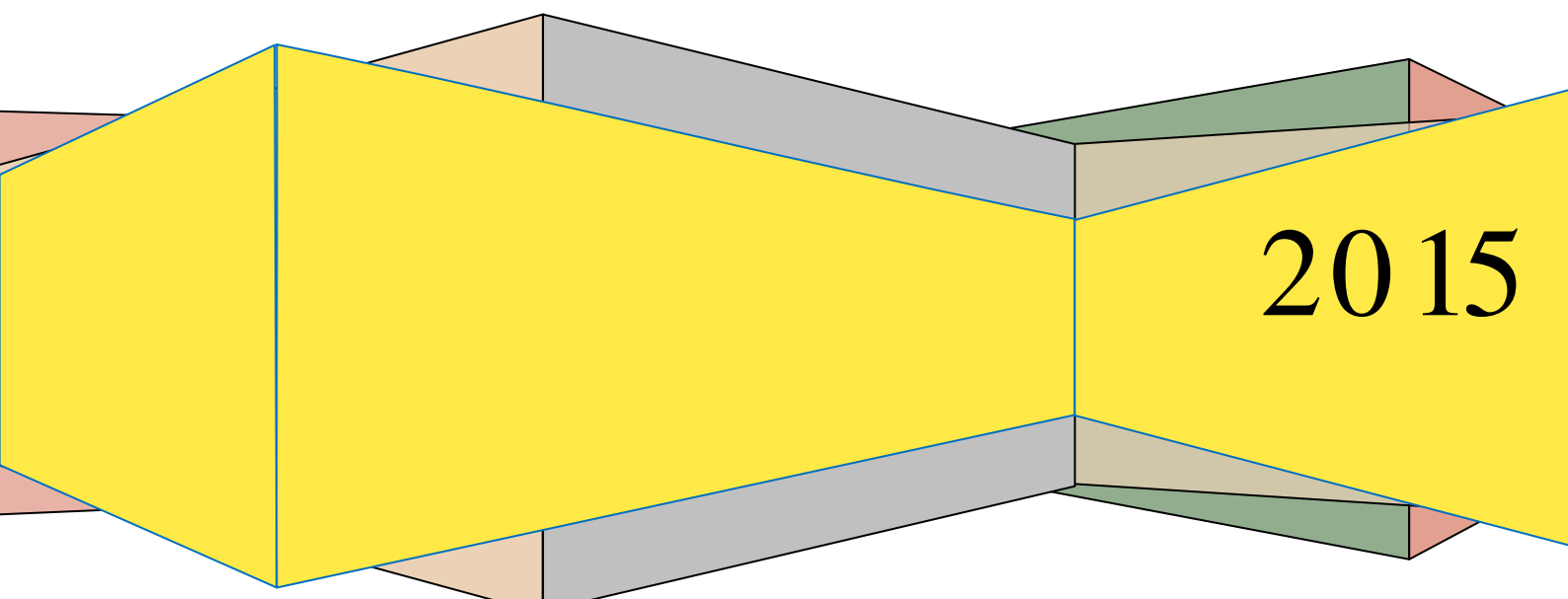
Universitatea „Ovidius” Constanța
Școala Doctorală
Facultatea de Medicină Generală

REZUMAT

Valoarea procedeeelor nonmicrochirurgicale de acoperire a defectelor tisulare faciale

Doctorand: Dimitropoulou Theodora

Conducător științific: Prof.Univ. Dr. Ion Bordeianu



2015

Partea generală

ISTORIC

Originile chirurgiei plastice se pierd în istoria antică pentru că “istoria chirurgiei reprezintă istoria luptei omului pentru tratarea rănilor generate de natură sau de semeni”[1]

Preocupările pentru înlocuirea părților corporale bolnave sau traumatizate au reprezentat un vis al omului de secole – există dovezi ale tansplantului de la animal la om în mitologia greacă iar legenda sfinților “doctori fără de arginți”(Cosma și Damian) prezintă o transplantare a unui picior de la un maur la un slujitor al bisericii.

Există în mod evident o anume dificultate a reconstrucțiilor pierderilor de substanță la nivelul feței și dificultatea constă în faptul că pe lângă obținerea unui rezultat funcțional convenabil ca

și obținerea unui rezultat estetic de calitate. [2]

Datorită rolului său determinant în conturarea fizionomiei orice defect la nivelul feței impune o corecție sau refacere morfofuncțională pentru ca astfel să se poată reda echilibrul psihic acelor care în urma unei excizii chirurgicale sau a unui traumatism se simt complexați în familie și în societate [3]

Astăzi este unanim acceptat că defectele de părți moi de la nivelul feței sunt într-o continuă creștere din cauze diverse: traumatisme , plăgi mușcate , dar mai ales în urma unor excizii chirurgicale impuse de frecvența mereu în creștere a tumorilor tegumentare sau de părți moi.

Paleta tehnică și a procedeeelor chirurgicale a făcut ca la ora actuală să poată fi rezolvate favorabil o serie de probleme care în urmă cu 3-4 decenii păreau imposibile.

Orice mică modificare apărută la nivelul feței reprezintă o preocupare pentru chirurgul plastician și este extrem de importantă dat fiind că prin restabilirea formei și a funcției (prin reconstrucție) contribuie esențial la reinserția socială mai rapidă a pacientului și astfel induce starea de bine [4,5];fața reprezintă un adevărat mozaic de contururi ,proeminente , linii și depresiuni care induc zone de reflexie a luminii și zone de umbră care conferă individualitate.

Chirurgia reparatorie (reconstructivă) a defectelor de la nivelul feței dispune de o paletă largă de intervenții chirurgicale iar intervențiile chirurgicale de mare finețe cer din partea chirurgului inspirație ,viziune , ingeniozitate și simț estetic toate însoțite de o solidă competență și experiență chirurgicală.

Repararea defectelor de țesuturi moi în special al celor caracterizate prin pierderi de substanță și defecte de contur reprezintă o problemă majoră pentru practica medicală contemporană.

Există extrem de multe condiții medicale care conduc însă și la defecte de țesut adipos subcutanat și /sau a dermului iar atunci se impune înlocuirea țesutului moale pierdut cu restaurarea formei fizice și a funcției fiziologice prin transplant liber grăsos.

Preocupările chirurgilor pentru corectarea sau reconstrucția unor defecte ale feței datează din timpuri străvechi (anul 1000 îen –în India) și răspândirea acestor preocupări a pornit din India trecînd prin lumea științifică persană și arabă precum și a erudiților evrei pentru a migra spre Roma și deci spre Europa iar o parte din tehnici sunt folosite și astăzi [6].

În mod cert există o stransă legătură între anatomia feței și metodele chirurgicale de acoperire ce pot fi folosite pentru reconstrucția defectelor secundare așa încât cunoașterea exactă a anatomiei este extrem de importantă[7].

Perioada renașterii prin studiile anatomice extrem de valoroase care au schimbat viziunea asupra anatomiei pe care o transformă dintr-o disciplină galenică în una vesdiană influențând astfel esențial atitudinea în chirurgia plastică și reconstructivă permițînd realizarea unor lambouri locale sau la distanță (vascularizația segmentară).

Ca o ironie a istoriei epoca iluminismului nu a fost epoca iluminismului și pentru chirurgia plastică în această perioadă fiind proscrie o serie de lucrări ce propuneau reconstrucția nasului folosind lambouri de la distanță – respectiv de la nivelul brațului [1].

“Vârsta de aur” a chirurgiei plastice și reconstructive poate fi apreciată în deceniul 1960 -1970 când au fost imaginate și aplicate în practică o serie de tehnici chirurgicale, a crescut rapid numărul chirurgilor plasticieni pentru că în perioada 1976-1983 chirurgia plastică și reconstructivă să pioniereze chirurgia cranio-maxilo-facială iar dezvoltarea aseptiei și a antibioticoterapiei au modificat esențial rezultatele chirurgiei plastice în asociere cu progresele tehnice în realizarea unor materiale de sutură inovative.

În anul 2005 s-a realizat în premieră transplantul parțial de față (Devauchelle și Dubernard) la o pacientă de 38 de ani cu un defect complex al feței după o mușcatură de câine ;în prezent fiind raportate peste 200 de cazuri cu transplanturi de față în toată lumea.

O nouă direcție terapeutică în chirurgia reconstructivă este reprezentată de medicina regenerativă inițiativa fiind reprezentată de transplantul autolog de grăsime datorită conținutului bogat al acesteia în celule stem.

Prestigiul chirurgilor plasticieni în cadrul profesiunilor medicale ca și în cadrul opiniei publice a făcut un salt major în urma rezultatelor obținute de chirurgii reparatori în timpul unor conflagrații mondiale sau regionale [8] atunci când au apărut și s-au impus multiple metode reconstructive în urma rezolvării mutilărilor înregistrate.

Din punct de vedere didactic se poate spune că există două componente esențiale ale actului chirurgical în chirurgia plastică :**o componentă reconstructivă** care este de fapt o încercare de restaurare a individului către normal și **o componentă estetică** care reprezintă o încercare de a depăși normalul dar , teoretic , problema nu va fi niciodată rezolvată în sensul că

actul chirurgical poate fi predominant estetic sau reconstructiv , poate fi mixt dar , cel mai important este ca ambele să contribuie la o bună corecție chirurgicală.

Simțul estetic și ingeniozitatea chirurgului plastician în intervențiile reconstructive este subliniată magistral de Aristotel care spune **“arta întradevăr constă în concepția că efectul se produce înainte de realizarea sa în material “[1]** aceasta fiind poate cea mai importantă pentru chirurgul plastician ; este calitatea ce-l diferențiază de tehnician fiindcă pentru cel ce învață chirurgia plastică și reconstructivă acesta este talentul care este înnascut sau absent și care nu poate fi formal învățat.

Este axiomic faptul că un țesut trebuie substituit cu un alt țesut asemănător [9] motiv pentru care timp de mulți ani corecția depresiunilor de la nivelul țesuturilor din diverse zone ale corpului era făcută cu țesut adipos autolog sau transplanturi libere dermogrăsoase.

Reconstrucția defectelor faciale este o temă larg dezbătută și studiată de-a lungul timpului dar în special în ultimii 50 de ani , datorită complexității defectelor rezultate în urma extirpării leziunilor tumorale de la acest nivel asociat cu impactul major pe care îl are rezultatul respectivei reconstrucții din punct de vedere estetic (cosmetic).

Reconstrucția imediată a defectului cu redarea fizionomiei și funcționalității faciale asigură calitatea vieții postoperatorii a pacinetului și o reintegrare socială superioară[10].

Reconstrucția folosind resurse locale sau de la distanță satisface în mod optim cerințele și obiectivele reconstrucției defectelor de la nivelul feței și , în plus ,reconstrucția imediată permite inițierea precoce a tratamentului la pacienții oncologici(eventuală radioterapie).

Chirurgul plastician trebuie să fie conștient că orice procedură reconstructivă ce implică tegumentul presupune un risc pentru apariția unei cicatrici inestetice și spre deosebire de alte specialități chirurgicale aici aceste cicatrici sunt permanent vizibile pentru pacient cât și pentru anturaj.

Când vedem o persoană cu o cicatrice facială ochii ne sunt atrași instinctiv către aceasta iar mintea ne duce la povestea care se află în spatele ei [11].

Chirurgia estetică facială poate corecta multe modificari asociate îmbătrânirii care , pe lângă aspectul lor inestetic , afectează psihic pacientul și pot deprecia funcția structurii anatomice[12] .

Cea mai dificilă sarcină a chirurgului plastician în fața unei probleme de acoperire a unui defect tegumentar sau de părți moi este stabilirea indicației chirurgicale dat fiind că opțiunile tehnice sunt foarte variate : închiderea directă , folosirea transplanturilor libere de piele (despicate sau toată grosimea) , folosirea lambourilor locale (pe circulația întâmplătoare , axializate , fașciocutane sau miocutane) sau a lambourilor specializate (compozite , resensibilizate).

Deși au trecut milenii până când chirurgia plastică și-a definit identitatea actuală , obiectivul ei major a rămas restabilirea formei și a funcției locale.

Actualmente , standardele de evaluare a succesului în chirurgia plastică trebuie să includă obligatoriu satisfacția psihică a pacientului și coeficientul de reintegrare socio-profesională a acestuia.

METODE DE ACOPERIRE A DEFECTELOR DE ȚESUTURI LA NIVELUL FEȚEI

Alegerea și utilizarea uneia din multiplele metode de acoperire a defectelor tisulare la nivelul feței este dictată de necesitatea efectivă a regiunii pe care trebuie să o corectăm[34,35] și, cu timpul, de experiența clinico chirurgicală a serviciului sau a chirurgului.

Dificultatea rezolvării defectelor tisulare de la nivelul feței constă și în încercarea de a obține nu numai un rezultat convenabil din punct de vedere funcțional , dar și estetic , deoarece defectele de la nivelul feței - cu precădere cele de la nivelul piramidei nazale – sunt în general complicate și cuprind structuri funcționale complexe și toate acestea în corelare cu faptul că fața reprezintă principalul segment definitoriu al fiecarui individ.

În managementul rezolvării defectelor postexcizionale la nivelul feței aspectul anticipat postoperator este un element de luat în considerație în cadrul evaluării preoperatorii și planificării operației sau operațiilor[36,37].

Planul terapeutic pentru acoperirea defectelor tisulare la nivelul feței este absolut necesar a fi efectuat înainte începerii tratamentului ;el este individual , etapizat și trebuie să includă și modalități de rezolvare a problemelor ce ar putea apărea pe parcursul intervenției chirurgicale.

Planul terapeutic trebuie să aprecieze riscurile și să prevadă complicațiile posibile ,trebuind totodată să aleagă soluția optima pentru cazul dat și în funcție de toți factorii de risc existenți [38].

În chirurgia acoperirii defectelor tisulare la nivelul feței un alt principiu important pe care chirurgul trebuie să-l aibă în vedere este alegerea zonei donatoare – acolo unde se impune – trebuind utilizată zona în care eventualele deficite funcționale secundare să fie cât mai puțin supărătoare.

În alegerea procedurii chirurgicale reparatoare chirurgul trebuie să fie extrem de atent în selectarea cazurilor în funcție de complexitatea procedurii ce urmează a fi folosit , dat fiind că este necesar ca pacientul să poată înțelege riscurile intervenției chirurgicale și să poată aprecia , corect și obiectiv ,rezultatele preconizate dar în esență este importantă cooperarea cu pacientul [39,40].

Chirurgul care abordează regiunea facială ,fie că este vorba de chirurgie estetică sau de chirurgie reconstructivă trebuie să fie familiarizat cu localizarea și distribuția liniilor de tensiune ale tegumentului , cu poziția și limitele exacte ale “unităților estetice “ ale feței precum și cu vascularizația feței [41,42].

Pentru obținerea unui rezultat funcțional și estetic cât mai bun Millard susține că este preferabil să se realizeze (chiar cu o excizie adițională) excizia întregii unități estetice și apoi să se realizeze reconstrucția sa totală deși aceasta incumbă intervenții chirurgicale complexe și uneori multiple (intervenții chirurgicale seriate).

Reconstrucția oricărei regiuni a feței trebuie abordată sistematic , având în vedere mai întâi metodele cele mai simple și numai apoi din ce în ce mai complexe, în funcție de aspectul local (mai ales postexcizional) [43] și trebuie avute în vedere multiplele aspecte precum : tipul și agresivitatea tumorii , tratamentele anterioare urmate , statusul general al pacientului și cooperarea acestuia [44,45].

Diversitatea și complexitatea metodelor de reconstrucție de la nivelul feței – este vorba de reconstrucția defectelor tisulare posttraumatice și /sau postexcizionale – pornește de la simplu la complex și în funcție de mărimea și complexitatea defectului se are în vedere și zona facială interesată (este vorba de una din zonele estetice ale feței).

În conformitate cu principiul mai sus enunțat în practica chirurgicală se poate folosi una din metodele următoare în reconstrucția defectelor tisulare la nivelul feței.

- **CICATRIZAREA DIRIJATĂ**
- **EXCIZIA ȘI SUTURA SIMPLĂ A MARGINILOR PLĂGII**
- **EXCIZIA ȘI SUTURA CU MOBILIZAREA PRIN DECOLARE PERIFERICĂ**
- **TRANSPLANTURILE LIBERE DE PIELE**
- **TRANSPLANTURILE LIBERE DE ȚESUTURI COMPOZITE**
- **LAMBOURILE LOCOREGIONALE**
- **LAMBOURILE TRIUNGHIULARE**
- **EXPANDAREA TISULARĂ**
- **AUGMENTĂRILE TISULARE**
- **AUGMENTAREA PRIN TRANSFER AUTOLOG ADIPOS**
- **AUGMENTAREA PRIN INJECTARE DE PRODUSE SINTETICE**
- **LAMBOURILE PEDICULATE**
- **LAMBOURILE TRANSFERATE LIBER MICRO-CHIRURGICAL**

Partea personală

REZULTATE –DISCUTII

Prezentul studiu s-a efectuat pe cazuistică de specialitate internată și tratată în Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructiv a Spitalului Clinic Judetean de Urgență Constanța în intervalul 01 01 2010 până la 31 12 2014 cuprinzând un număr total de pacienți internați și tratați de 12423 cazuri.

Din numărul total de pacienți o parte au fost internați și tratați pe sistemul „internari de zi” respectiv un număr total (pe intervalul precizat mai sus) de 7169 de cazuri iar în sistemul „internare continuă” un număr total de 5254 de cazuri.

Din punct de vedere al repartiției anuale aceasta este următoarea:

*anul 2010 ----- internari de zi 1071; internare continuă 890

*anul 2011----- internare de zi 961;internare continuă 931

*anul 2012----- internare de zi 1237;internare continuă 970

*anul 2013----- internare de zi 1731;internare continuă 1359

*anul 2014----- internare de zi 2199;internare continuă 1101.

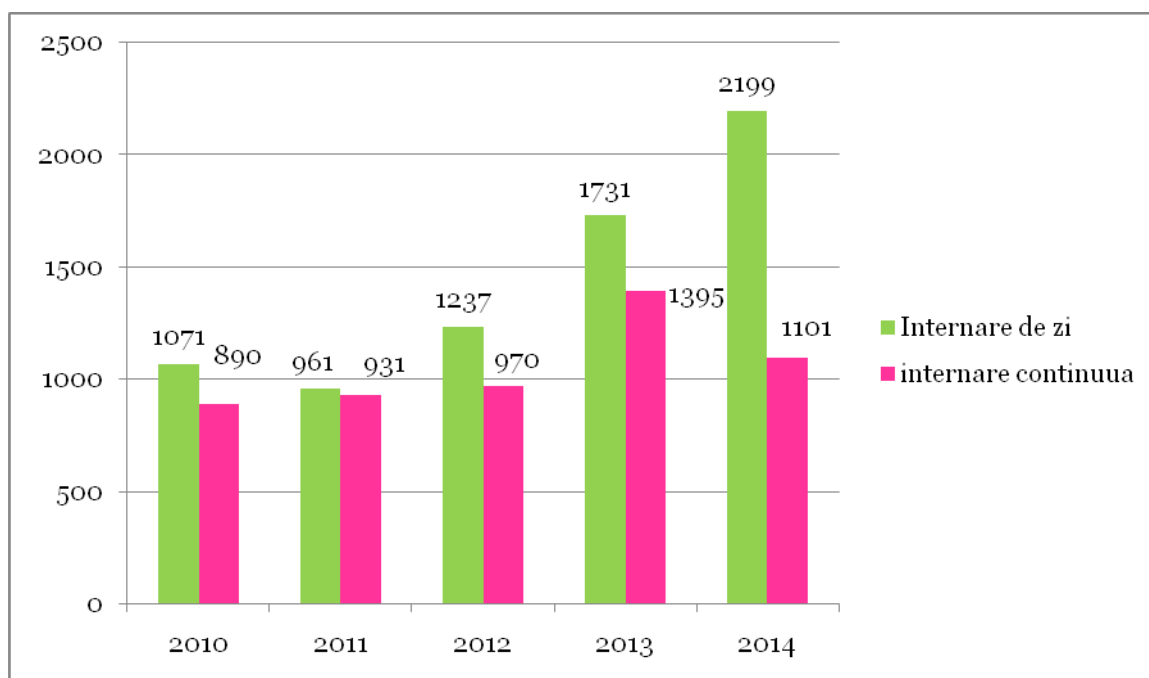


Fig.19.Repartiția anuală a cazurilor internate și tratate în ambele sisteme de spitalizare.

Dat fiind că prin criteriile includere/excludere a fost clar stabilit că nu sunt incluși în studiul de față pacienți care au prezentat un defct cutanat /de părți moi la nivelul feței sub 1,5 -2 cm² și care au putut fi rezolvați prin simpla sutură a defectului este logic că numărul nostru de pacienți din lot adică 584 să fie comparat - în vederea obținerii unor elemente din punct de vedere statistic corecte – cu numărulu total al pacienților care au beneficiat de internare continuă.

Pentru a stabili procentul mediu pe numărul total de pacienți cu internare continuă și numărul total de cazuri luate în studiu trebuie să comparăm 5254 de pacienți cu 584 de cazuri ceea ce reprezintă, procentual vorbind 11,1% și este reprezentată grafic mai jos.

Cazuri cu internare continuă

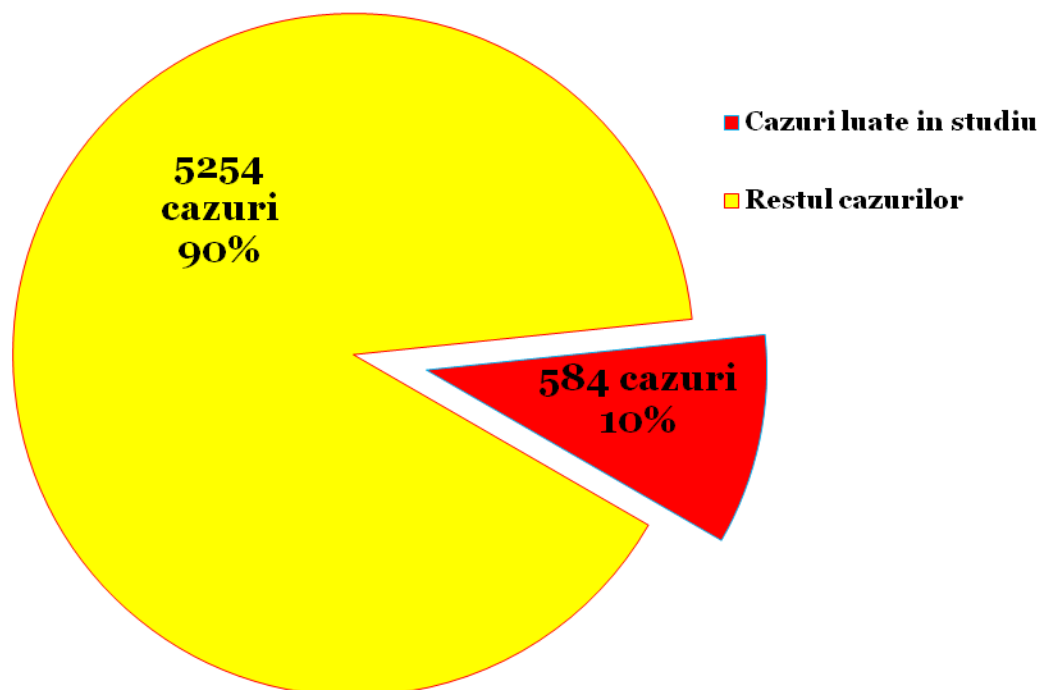


Fig.20. Procentul total al cazurilor din pacienții cu internare continuă.

Lotul de studiu,adică cei 584 de pacienți au fost repartizați pe ani calendaristici după cum urmează:

*anul 2010 -----88 de cazuri

*anul 2011 -----95 de cazuri

*anul 2012 -----104 cazuri

*anul 2013 -----127 de cazuri

*anul 2014 -----170 de cazuri

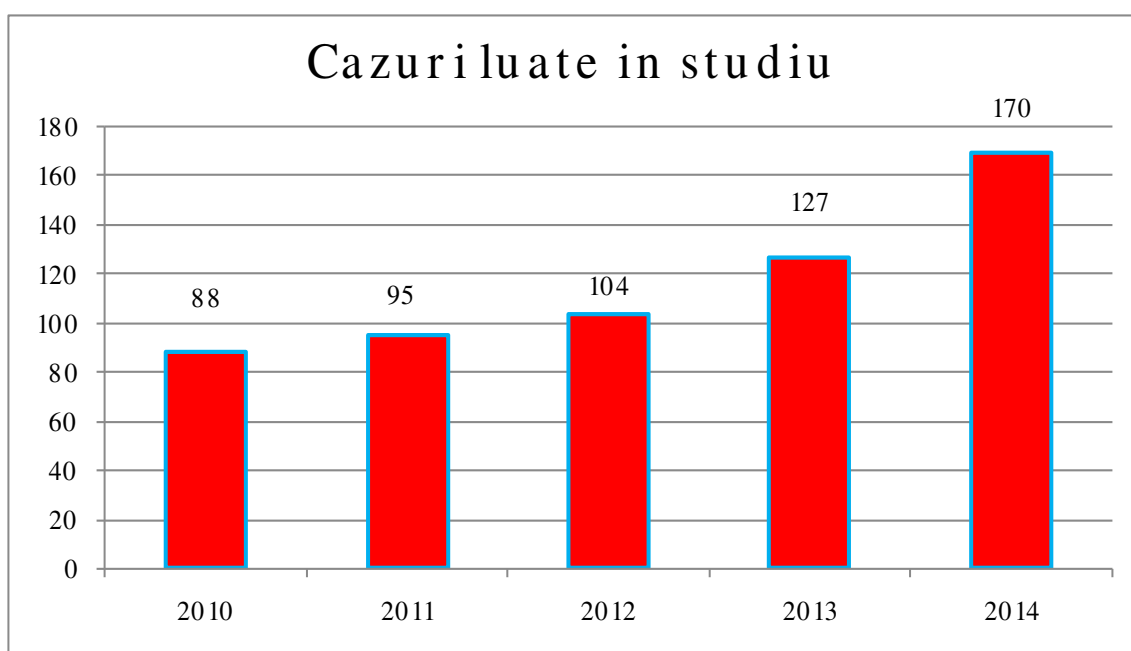


Fig.21. Repartiția pe ani a cazurilor din lotul de studiu

Pentru a constata ce procent reprezintă pacienții lotului de studiu din numărul total de pacienți care au beneficiat de internare continuă am calculat pe fiecare an calendaristic în parte procentul efectiv , adică :

*anul 2010 nr. total cazuri 890/cazuri lot 88-procent 9,88%;

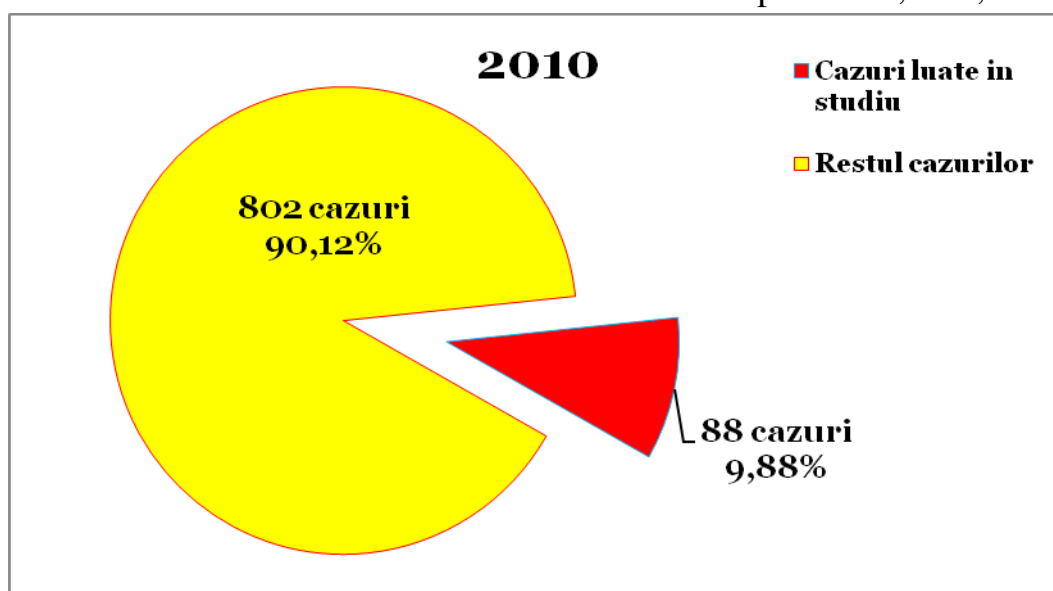


Fig.22. Repartiția pe anul 2010 a cazurilor din lotul de studiu

*anul 2011 nr. total cazuri 931/cazuri lot 95/-procent 10,21%;

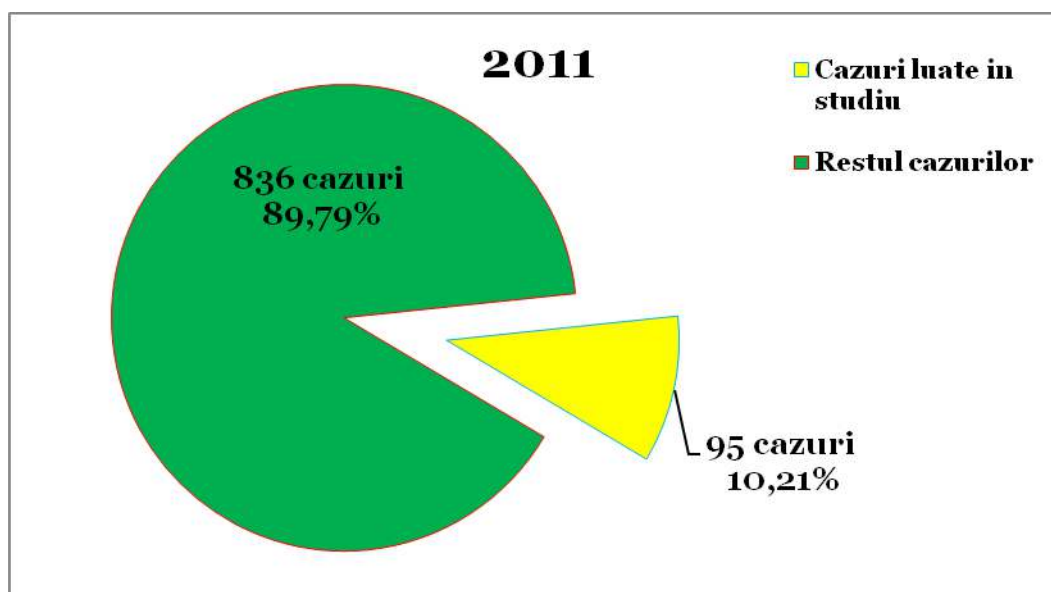


Fig.23. Repartiția pe anul 2011 a cazurilor din lotul de studiu

*anul 2012 nr.total cazuri 970/cazuri lot 104-procent 10,72%;

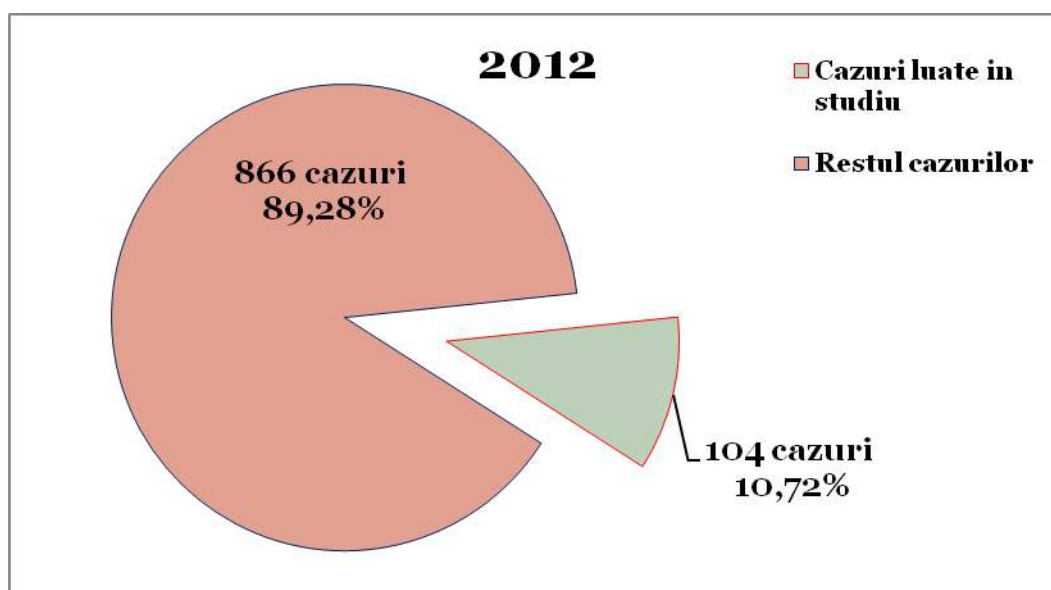


Fig.24. Repartiția pe anul 2012 a cazurilor din lotul de studiu

*anul 2013 nr.total cazuri 1359/cazuri lot 127-procent 9,35%;

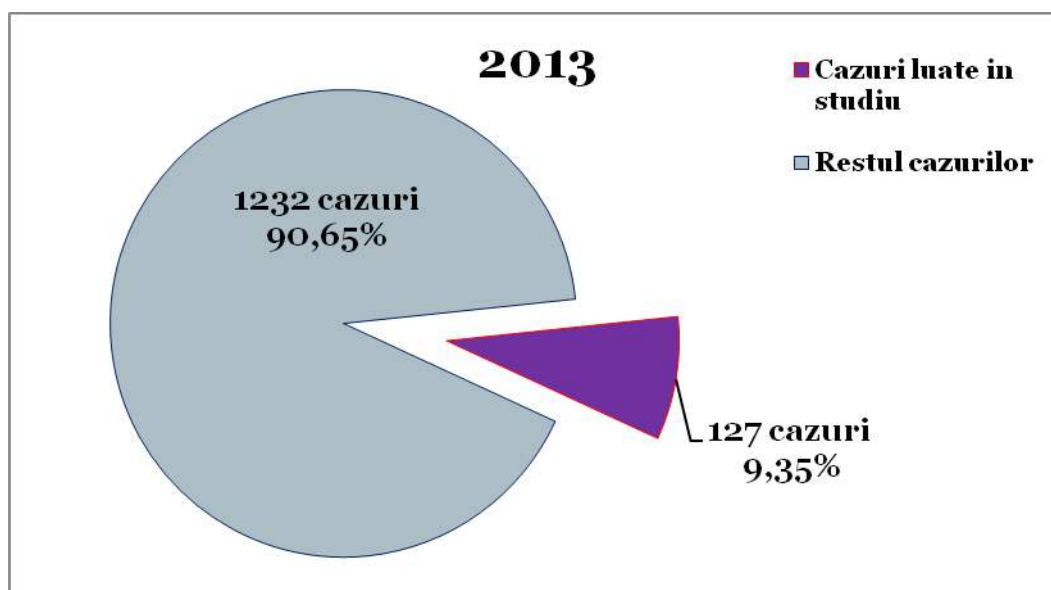


Fig.25. Repartiția pe anul 2013 a cazurilor din lotul de studiu

*anul 2014 nr.total cazuri 1101/cazuri lot 170-procent 15,44%.

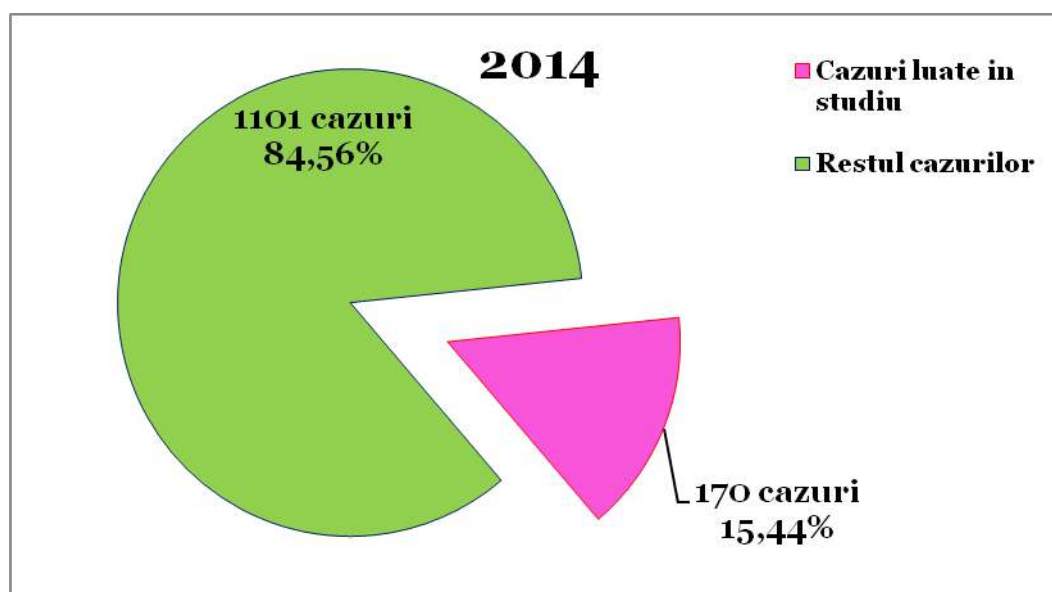


Fig.26. Repartiția pe anul 2014 a cazurilor din lotul de studiu

Dacă în cifre absolute numărul total din lotul de studiu din anul 2014 este aproape dublu față de cel din 2010 adică 170 de cazuri față de 88 de cazuri se poate constata că în procente (față de numărul total de pacienți cu

internare continuă) creșterea nu este la fel de importantă dar această creștere există an de an și reprezintă o creștere procentuală efectivă (între anii 2010 și 2014) de 78,13 %.

Creșterea, atât numerică (în cifre absolute) cât și procentuală a cazurilor la care s-a impus un procedeu de reconstrucție pentru defecte tisulare la nivelul feței poate fi explicată și prin faptul că populația, în timp a conștientizat riscurile la care se expun dacă neglijează diferite leziuni tegumentare faciale și se prezintă mai cu conștinciozitate la medic și în perioade mai precoce iar rezolvarea chirurgicală a leziunilor devine astfel simplă - excizie și sutură directă.

Trebuie subliniat că în Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă din Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța se prezintă pentru tratament de specialitate pacienți dintr-o populație de cca 500 000 de locuitori din județul Constanța dar și din județele învecinate și trebuie avut în vedere că o mare parte din leziunile simple au fost rezolvate la alte unități sanitare fie de chirurghi sau dermatologi și oricum aceste ultime cazuri nu îndeplineau criteriile pentru a putea fi incluse în lotul de studiu.

Din punct de vedere etiologic defectele tegumentare/tisulare de la nivelul feței care au impus un procedeu reconstructiv are următoarea distribuție pe ani calendaristici:

*anul 2010 - 88 cazuri în lot: 85 cazuri postexcizionale, 2 cazuri posttraumatice, 1 caz de alte cauze;

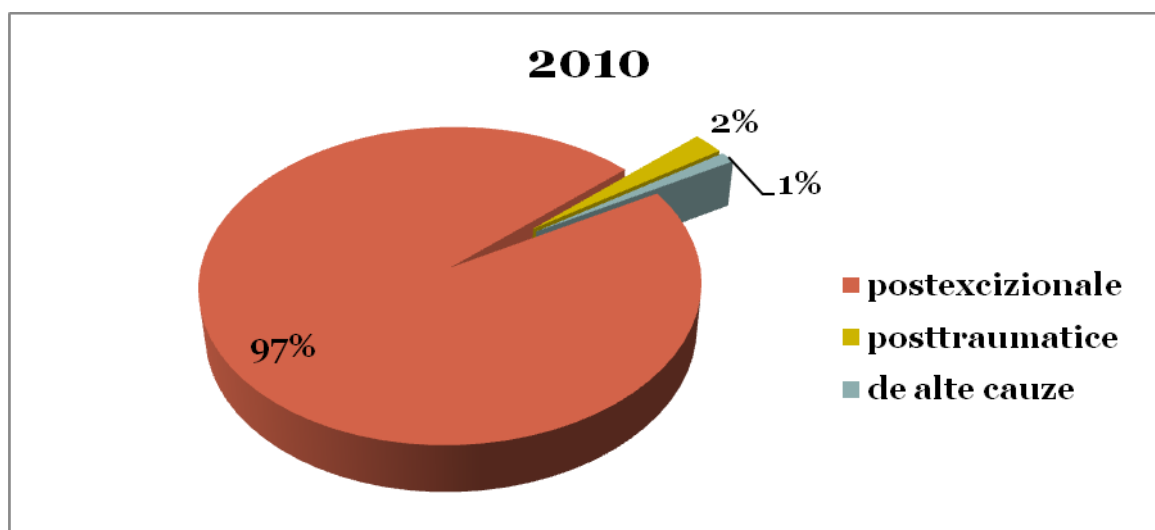


Fig.27. Repartiția etiologiei cazurilor din lotul de studiupe anul 2010

*anul 2011- 95 de cazuri în lot: 94cazuri postexcizionale, 1caz după plagă mușcată;

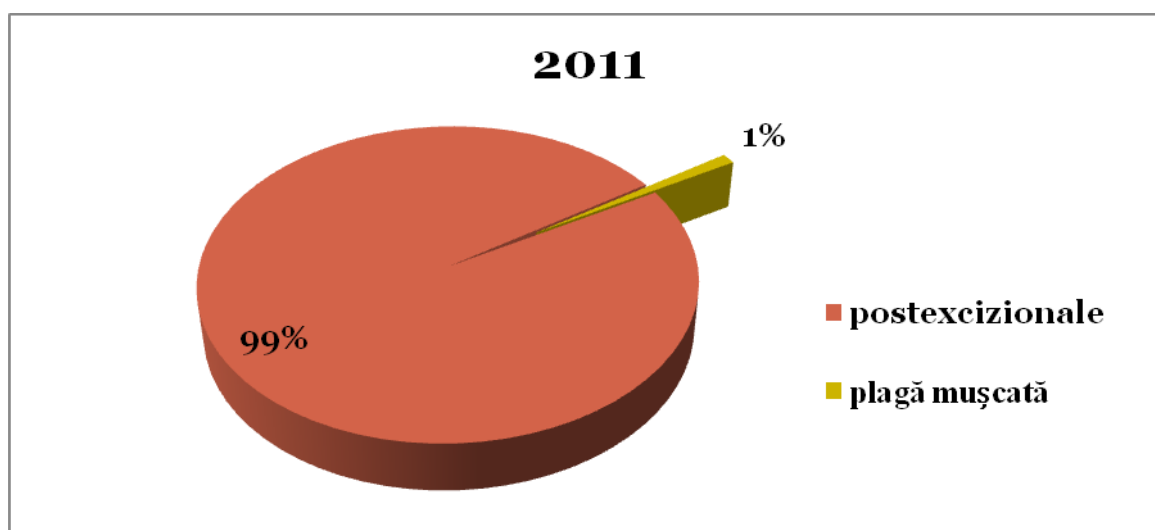


Fig.28. Repartiția etiologiei cazurilor din lotul de studiupe anul 2011

*anul 2012 - 104 cazuri în lot: 101cazuri postexcizionale, 2cazuri posttraumatice, 1caz de alte cauze;

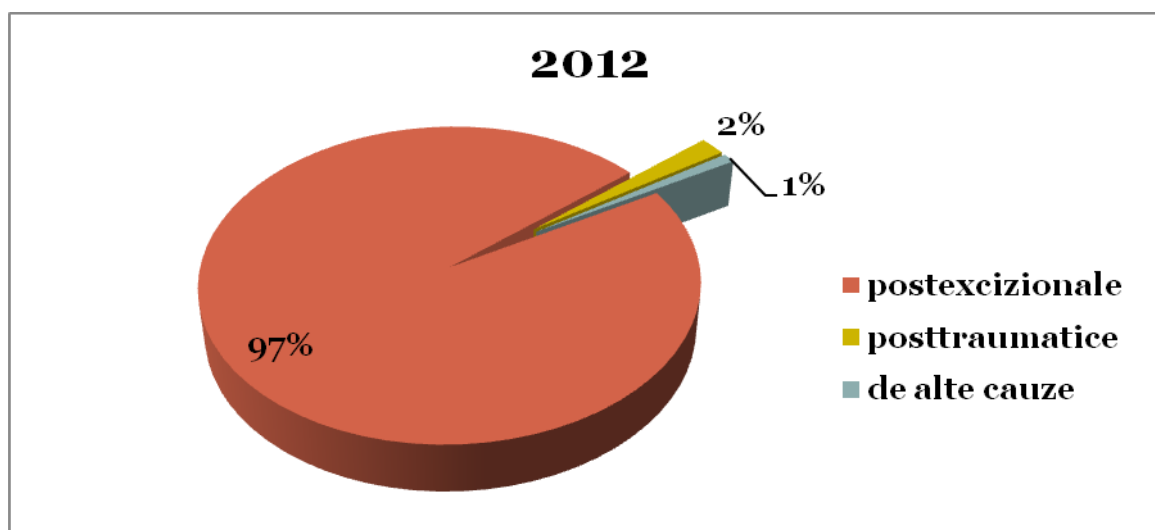


Fig.29. Repartiția etiologiei cazurilor din lotul de studiupe anul 2012

*anul 2013 - 127 cazuri în lot: 123cazuri postexcizionale, 3cazuri posttraumatice, 1caz după mușcătură;

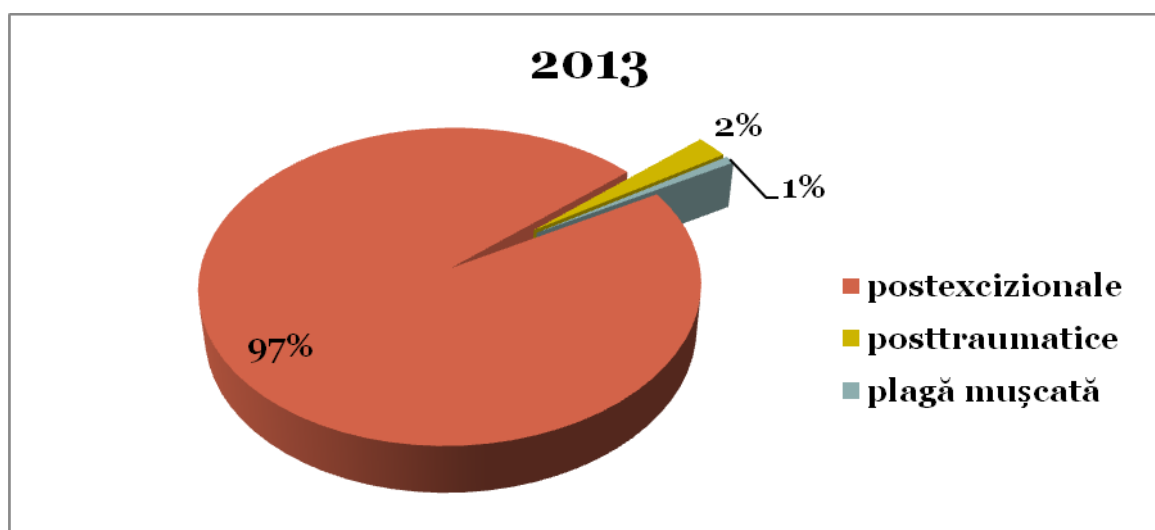


Fig.30. Repartiția etiologiei cazurilor din lotul de studiupe anul 2013

*anul 2014 - 170 cazuri în lot: 167cazuri postexcizionale, 2cazuriposttraumatice, 1 alte cauze.

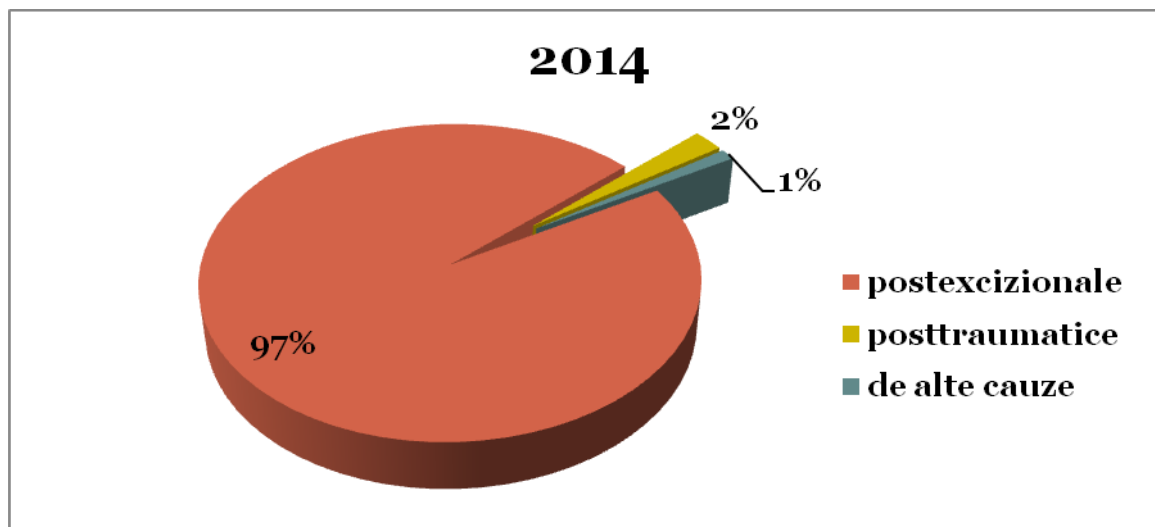


Fig.31. Repartiția etiologiei cazurilor din lotul de studiupe anul 2014

Din punct de vedere statistic se poate constata că într-o proporție covârșitoare cazurile din lotul de studiu au avut drept cauză a defectului tegumentar/tisular de la nivelul feței o formațiune tumorală – etiologie postexcizională – în urma căreia s-a impus și s-a efectuat o procedură chirurgicală reconstructivă.

Aceasta distribuție etiologică trebuie să îngrijoreze și să sensibilizeze atât lumea medicală cât și populația dat fiind că tumorile , în general, dar și de la nivelul feței prezintă în ultimul deceniu multiple caracteristici ce dovedesc agresivitatea lor:

- creșterea numărului de recurențe și/sau metastazări
- scăderea vârstei de apariție;
- complexitatea procedurilor terapeutice(chirurgicale) de radicalitate tot mai complexă și
- impactul social major pe care îl au aceste localizări asupra pacientului și a familiei sale.

Nu trebuie neglijat nici aspectul ereditar al etiologiei tumorale dat fiind că în majoritatea cazurilor există o predispoziție moștenită pentru

apariția unor tumori cutanate în contextul moștenirii aspectului de ansamblu al pielii.

La toate cele arătate mai sus trebuie adăugat și aspectul ambiental general determinat de radiația naturală în creștere la nivel planetar (este vorba de radiația naturală agresivă – nocivă) cât și a radiațiilor induse de dezvoltarea socială și economică aflată într-o adevărată expansiune.

Etiologia traumatică, cea după plăgi mușcate sau alte etiologii se menține la valori sensibil egale pe toată perioada studiului și nu conduc la atâtea implicații medico-sociale cum se produc în cazul etiologiei tumorale.

Din punct de vedere al repartiției pe sexe dintr-un număr total de 584 de cazuri al lotului de studiu, în cifre absolute, 339 de cazuri au fost femei și 245 au fost bărbați ceea ce reprezintă , procentual vorbind 58% femei și 42% bărbați.

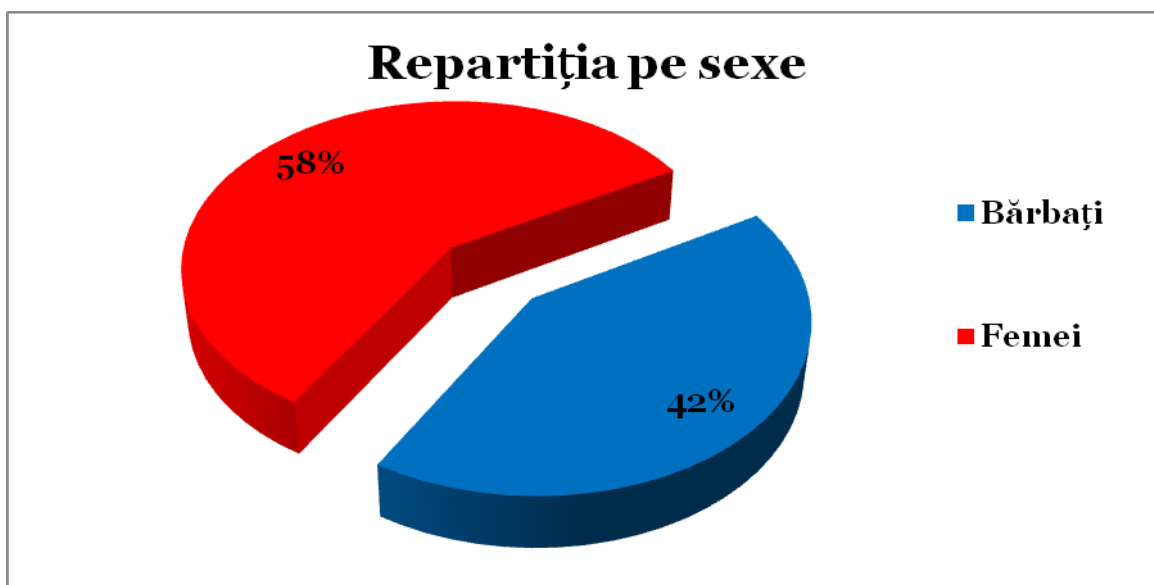


Fig.32. Repartiția pe sexe a cazurilor din lotul de studiu

Procentul ridicat de femei din lotul de studiu poate fi explicat atât prin faptul că acestea sunt mai preocupate de aspectul lor fizic și deci mai

conștiincioase și se prezintă mai repede la medic fie prin faptul că din punct de vedere constituțional pielea sexului feminin este mai fragilă (mai subțire) și în consecință poate suferi mai rapid modificări sub influența factorilor de mediu agresivi.

Datele studiului de față se înscriu în tendința generală prezentată și în datele altor studii publicate în literatura de specialitate diferențele dintre acestea fiind de maxim 1 -2 procente.

Sunt teorii care susțin că și procedurile de ordin cosmetic la care femeile se supun mai frecvent pot contribui într-un procent mic la creșterea cazurilor ce dezvoltă leziuni cutanate la nivelul feței.

Revenind la etiologia defectelor tisulare postexcizionale la nivelul feței pe lotul de studiu am constatat că etiologia tumorală este categoric majoritara și exprimată în procente se prezintă astfel:

*anul 2010-96,51 % de etiologie tumorală

*anul 2011-98,94% de etiologie tumorală

*anul 2012-97,11 % de etiologie tumorală

*anul 2013-96,85% de etiologie tumorală

*anul 2014-98,25 % de etiologie tumorală.

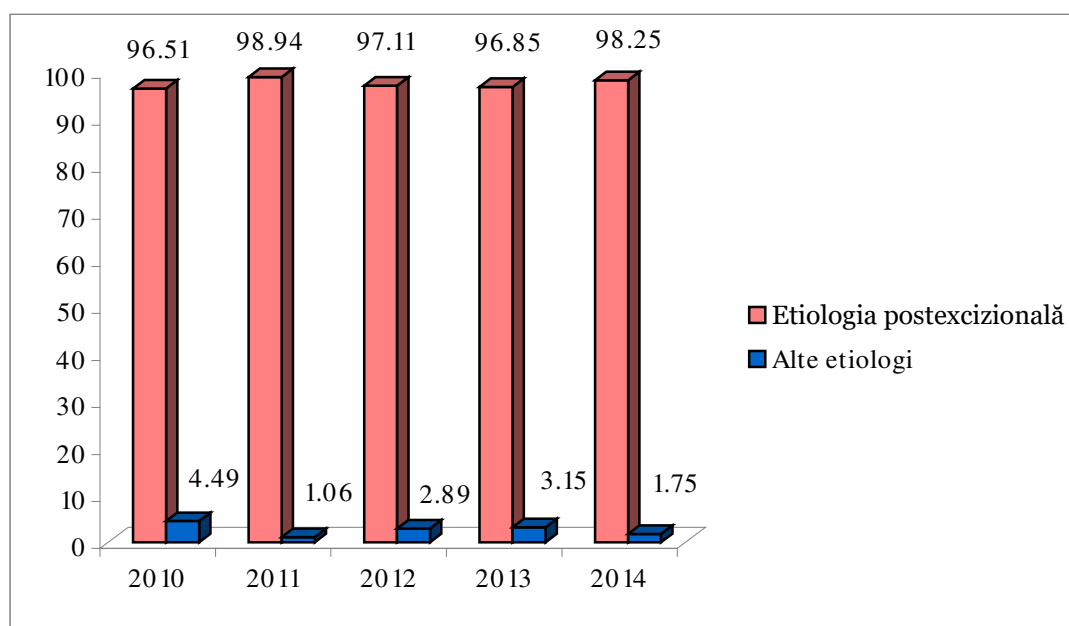


Fig.33. Repartiția etiologică a cazurilor din lotul de studiu

Se constată deci că în nici unul din anii luați în studiu procentul etiologic tumoral al defectelor de țesuturi de la nivelul feței nu a scăzut sub 96% și că în anul 2011 a ajuns la aproape la 99% și trebuie remarcat , încă o dată ,că în studiu au fost incluse numai cazurile la care defectul postexcizional a depășit 2 cm² și numai atunci când pentru acoperirea defectului s-a impus un procedeu reconstructiv chirurgical.

Pentru a putea aprecia repartiția pe grupe de vârstă a cazurilor luate în studiu am recurs la împărțirea vârstei pacienților în trei grupe de vârstă: 18 - 40 ani ; 41 -60 ani; 61-92 ani.

Intregul lot de pacienți a fost distribuit astfel pe grupele de vârstă stabilite;

- *18 – 40 de ani - 89 cazuri;
- *41 -60 de ani - 389 cazuri și
- *61-92 de ani - 106 cazuri.

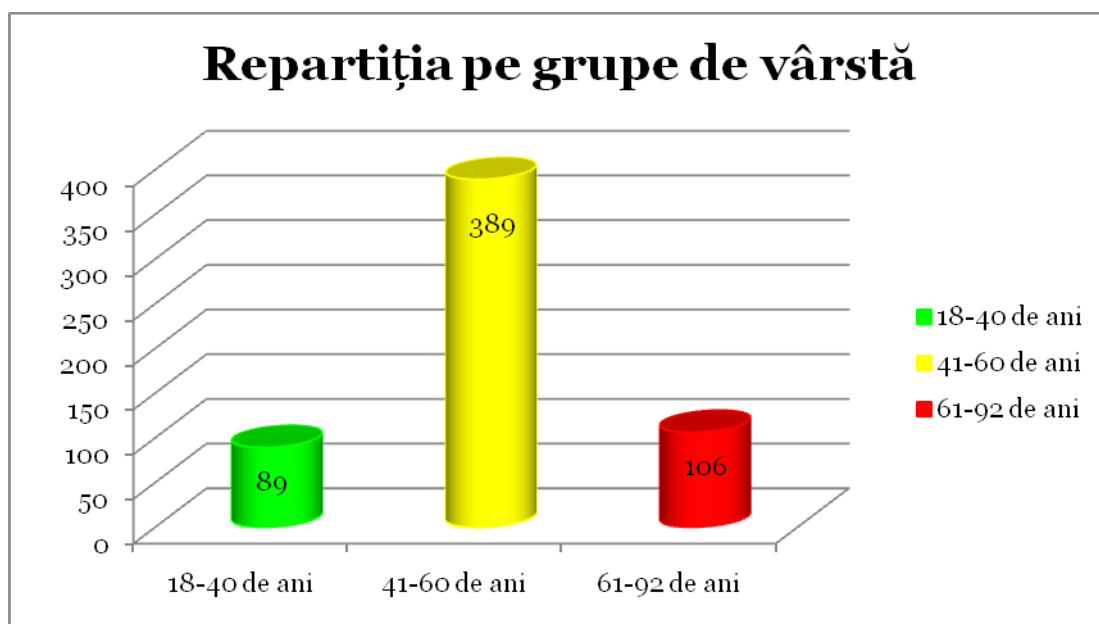


Fig.34. Repartiția pe grupe de vârstă în cifre absolute

Studiul procentual arată că majoritatea cazurilor a fost distribuită în grupa de vârstă 41-60 de ani respectiv 66,60% ,după care a urmat grupa de vârstă 61-92 de ani cu un procent de 18,15 % și în fine grupa de vârstă 18-40 de ani cu un procent de 15,25%.

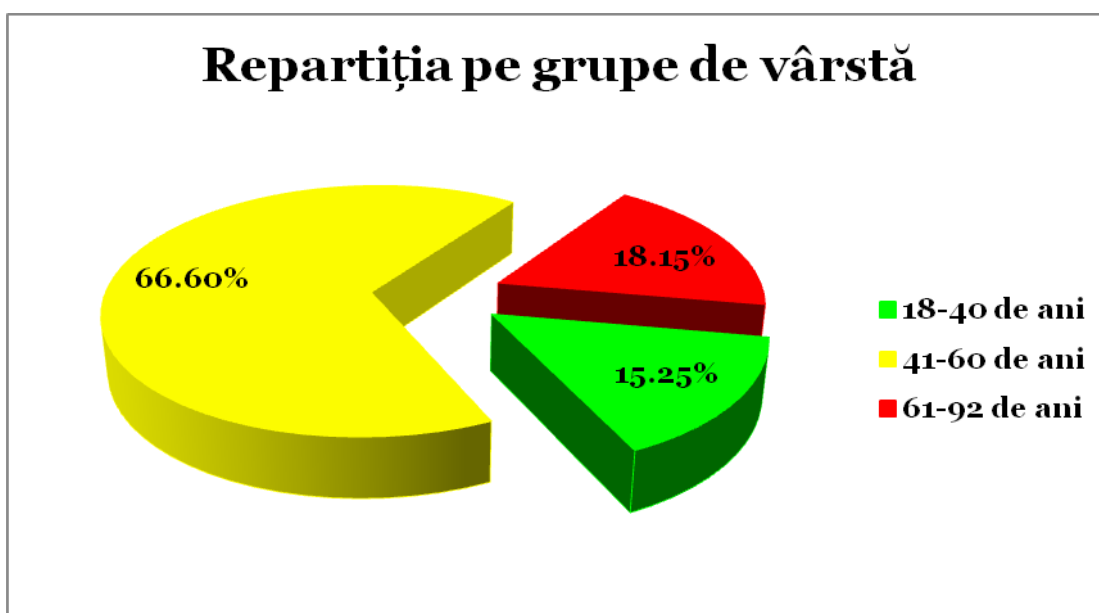


Fig.35. Repartiția procentuală pe grupe de vârstă

Constatarea repartiției pe grupe de vârstă arată că în grupa 41-60 de ani se găsesc cele mai multe cazuri ceea ce corespunde cu vârsta cea mai activă din rândul; populației și acest lucru poate avea repercursiuni asupra influențării negative a capacității de muncă și implicit a creșterii numărului de zile de incapacitate de muncă pe motive medicale.

Luând însă în considerare repartiția pe grupe de vârstă și pe ani calendaristici putem constata, cu deplină îngrijorare, că pe fiecare an numărul cazurilor luate în studiu pentru grupa de vârstă 18-40 de ani crește continuu lucru ce arată cu claritate faptul că vârsta apariției formațiunilor tumorale maligne la nivelul feței este în continuă scădere (apar la vârste tot mai tinere).

*anul 2010 grupa 18-40 de ani - 5 cazuri - 5,61%;

*anul 2011 grupa 18-40 de ani - 8 cazuri - 8,98%;

*anul 2012 grupa 18-40 de ani - 13 cazuri - 14,60%

*anul 2013 grupa 18-40 de ani - 29 cazuri - 32,58%

*anul 2014 grupa 18-40 de ani - 34 cazuri - 38,20%.

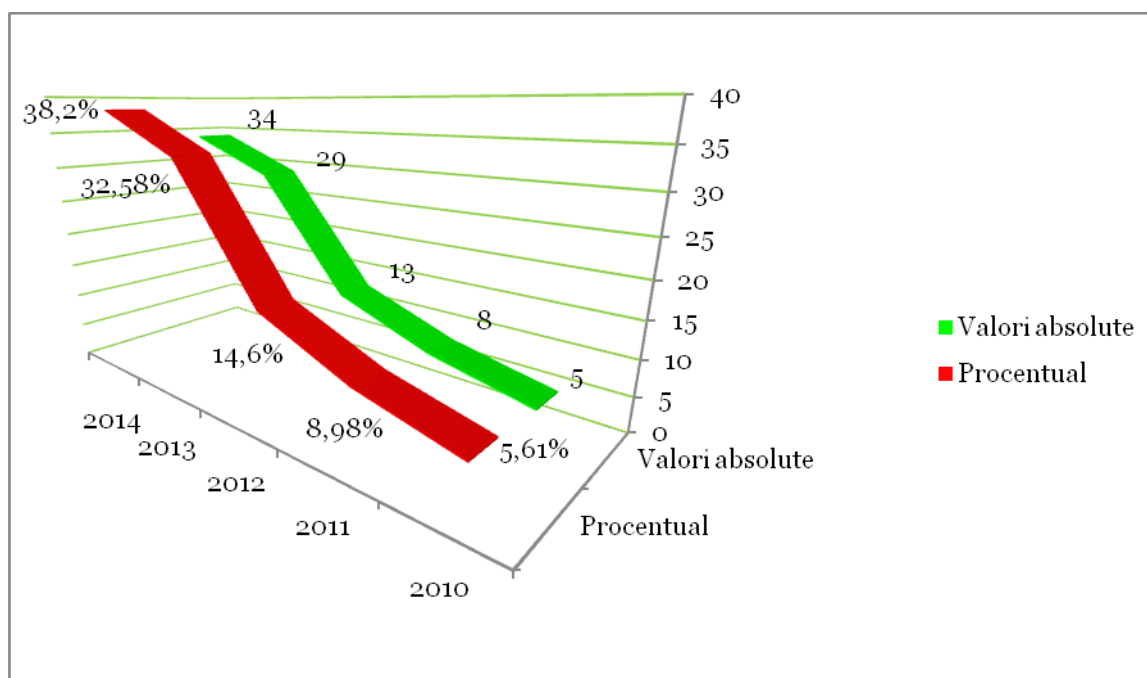


Fig.36. Incidența în creștere a formațiunilor tumorale de la nivelul feței pe durata studiului la grupa de vârstă 18-40 de ani, din lotul de studiu

În cifre absolute se poate vedea că în intervalul de studiu de 5 ani numărul cazurilor din grupa de vârstă 18-40 de ani a crescut ;în cifre absolute de cca 7 ori pe când în procente față de numărul total de cazuri din lot creșterea este de peste 7 ori respectiv de la 5,61% la 38,20%.

Pentru grupele de vârstă 41-60 ani și 61-92 de ani procentele cazurilor pe ani calendaristici rămân relativ constante cu o ușoară creștere, nesemnificativă pentru grupa de vârstă 61-92 de ani ceea ce poate fi explicat și prin creșterea duratei medii de viață înregistrată în acest interval de timp.

Pentru a constata dacă există o legătură dintre mediul de proveniență al pacienților – urban sau rural – am procedat la repartitița lotului pe cele două medii sociale și am constatat că la toate categoriile de vârstă și pe întreaga

perioadă a studiului a existat o preponderență a cazurilor din mediul urban cu diferențe nesemnificative statistic atât pe grupe de vârstă cât și pe ani calendaristici.

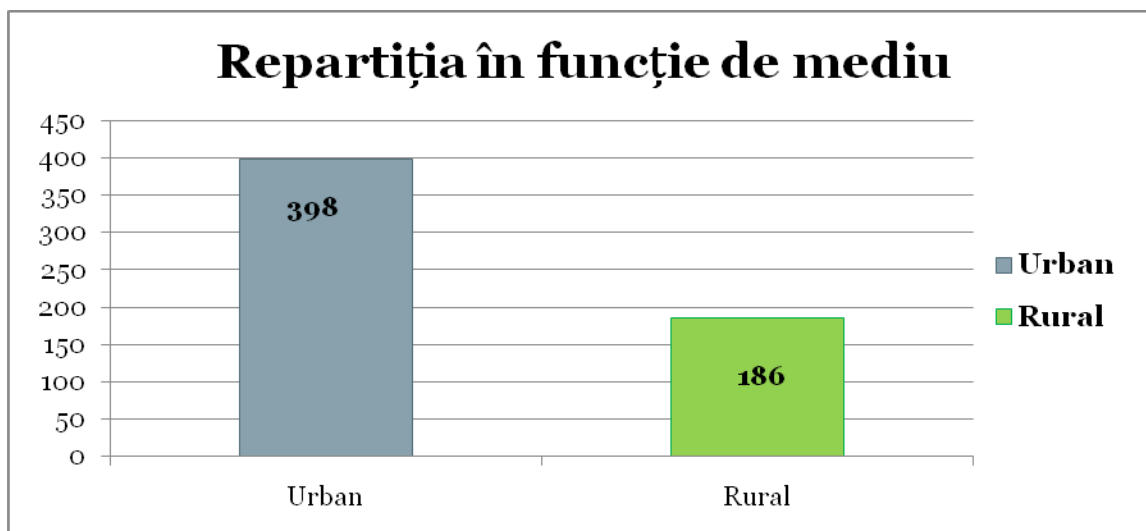


Fig.37. Repartiția în funcție de mediul de proveniență în valori absolute

Din punct de vedere procentual avem deci o cifră de 68,15% din cazuri din mediul urban și 31,85% din mediul rural.

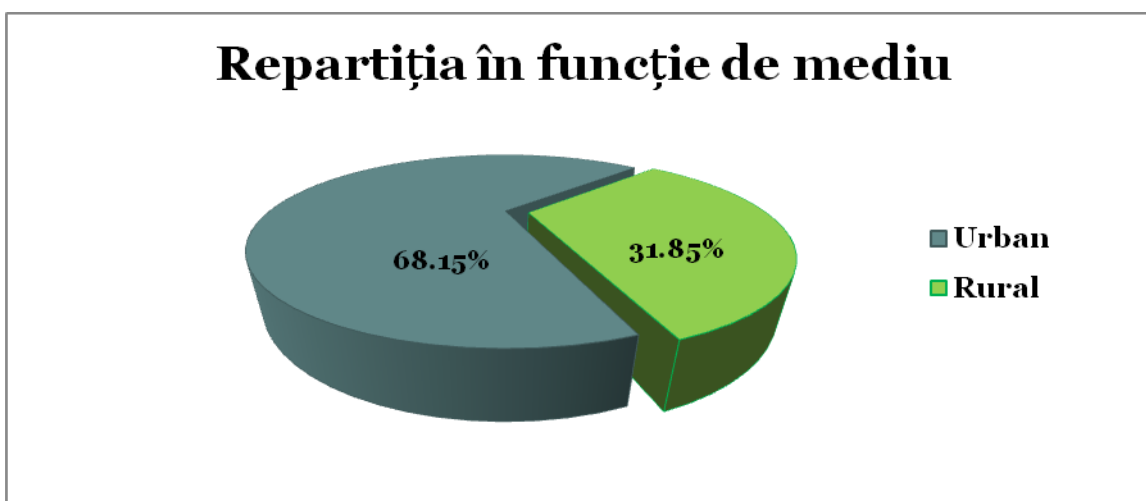


Fig.38. Repartiția în funcție de mediul de proveniență procentual

Cifrele constatate pot fi explicate prin faptul că pacienții din mediul urban au acces mai facil la asistența medicală de specialitate ,au poate , un grad mai ridicat de educație sanitară și în fine sunt mai preocupați de aspectul lor fizic(aspectul feței).

Nu trebuie omis nici faptul că cei din mediul rural ar putea avea o expunere mai mare la radiația solară (cei care lucrează în agricultură) dar că cei din mediul urban sunt supuși mult mai multor cauze favorizante.

O remarcă de observație clinică ,fără a fi cuantificată statistic ,în legătură cu mediul de proveniență al pacienților cu defecte postexcizionale la nivelul feței ce au necesitat un procedeu reconstructiv chirurgical este aceea că pacienții din mediul rural se prezintă la consult în stadii mult mai avansate de evoluție al tumorilor și că au folosit (uneori ani de zile) tratamente empirice înaintea consultului de specialitate acesta fiind de regulă la specialistul dermatolog.

Pentru a vedea valoarea practică a fiecărui procedeu folosit în lotul de studiu am clasificat intervențiile chirurgicale cu scop reconstructiv în 4 categorii importante și anume:

- sutura directă după prealabila decolare a marginilor exciziei cu un numar de 73 de cazuri;

- acoperirea defectului tisular facial postexcizional cu autotransplant de piele liberă despăcată cu un numar de 95 de cazuri

- acoperirea defectului postexcizional folosind autotransplant de piele liberă toată grosimea cu un numar de 182 de cazuri și

- acoperirea defectului facial postexcizional prin utilizarea unui lambou tisular locoregional cu un numar de 234 de cazuri din totalul celor 584 de cazuri luate în lotul de studiu.

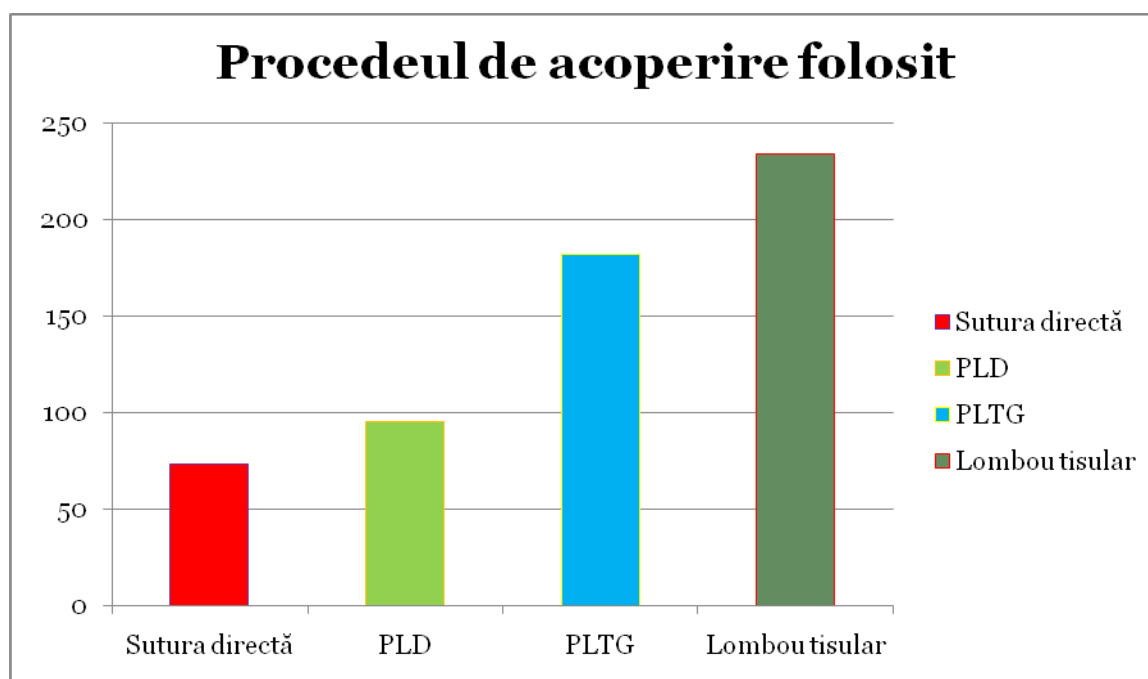


Fig.39. Repartiția cazurilor în funcție de procedeul de acoperire folosit

Tradusă procentual situația se prezintă astfel:

- sută după decolare prealabilă într-un procent de 12,51%;
- palstie de piele liberă despicăată 16,26%
- plastie piele toată grosimea 31,16% și
- lambouri regionale de acoperire 40,06%.

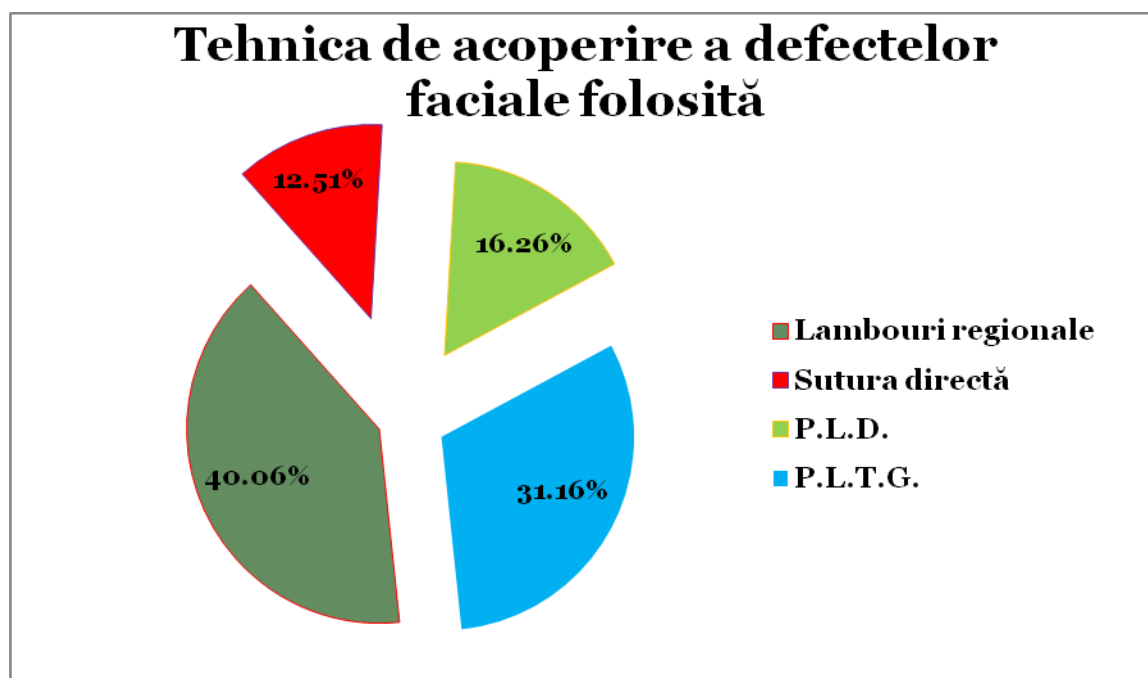


Fig.40. Valoarea procentuală a tehnicilor de acoperire folosite în cazul defectelor tisulare faciale

Trebuie precizat, încă o dată, că aceste proceduri reconstructive au reprezentat studiul clinic inițiat care avea drept scop stabilirea valorii procedeeelor non microchirurgicale de reconstrucție a defectelor tisulare/cutanate de la nivelul feței.

Se poate constata că cea mai mare pondere în privința procedeeului reconstructiv utilizat o au lambourile regionale lucru ce poate fi justificat prin următoarele elemente anatomo clinice:

-fața dispunând de o foarte bogată vascularizație permite croirea unui număr infinit de lambouri locale de acoperire – așa numitele lambouri pe circulație întâmplătoare;

-prin valoarea sa de ordin estetic și social fața trebuie să beneficieze de material de reconstrucție calitativ de cea mai înaltă calitate iar din acest punct de vedere țesutul ideal este cel regional și

-prin structura și laxitatea țesuturilor sale (excepând 2/3 inferioare ale piramidei nazale) fața da posibilitatea chirurgului plastician să adapteze o multitudine de lambouri de acoperire regionale necesităților efective.

Indicația de acoperire a defectului cu autotransplant de piele liberă desplicată a fost dictată de o serie de factori precum:

-defecte tegumentare/tisulare care depășesc în suprafață 40-50 cm² și sunt rezultatul exciziei unor formațiuni tumorale complicate local (ulcerate, infectate, sângerânde) și

-existența unor boli asociate care nu dau garanția reușitei evolutive folosind lambouri locoregionale (diabetul zaharat decompensat) și/sau prelungirea ca timp a intervenției chirurgicale sub anestezie generală.

Există și un argument practic pentru utilizarea autotransplantului liber cutanat (despicată sau toată grosimea) dat fiind faptul că după excizia unor tumori extensive se poate urmări mai ușor o eventuală recurență decât atunci când defectul postexcizional a fost acoperit cu un lambou locoregional.

Plastia de piele liberă toată grosimea recoltată din zonele de elecție (retroauricular, fața internă a brațului) reprezintă o soluție valoroasă și facilă de acoperire a defectelor tisulare faciale mai ales atunci când ne aflăm în fața unor cazuri în care se realizează excizia unor recurențe locale (care sunt, de regulă, după manevre prealabile dermatologice).

Avantajele plastiei de piele toată grosimea sunt reprezentate de :

-asigură rezultate de ordin cosmetic foarte bune(în funcție de zona în care s-a utilizat) ;

-permite o urmărire „ca prin oglindă” a unor eventuale recurențe locale marginale și

-dată fiind retractibilitatea sa redusă nu induce deformări locoregionale tardive și își menține , de asemenea , o culoare de calitate.

Sutura marginilor defectului după prealabilă lor decolare – acolo unde structura anatomică o permite – reprezintă soluția utilizată într-un procent de 12,51% din cazurile lotului de studiu și el poate fi folosit numai atunci când defectul postexcizional nu are între cele două margini ce urmează a fi suturate o dimensiune de 3-4 cm.

Judecând teoretic lucrurile se poate aprecia că într-o asemenea situație avem de-a face , de fapt , cu avansarea spre centrul defectului a două lambouri aflate față în față iar pentru ca sutura să arate și bine din punct de vedere cosmetic se va stabili preoperator direcția liniei de sutură așa încât aceasta să rezolve două probleme esențiale :

-sutura finală să respecte liniile de sutură cu tensiune minimă și să fie orientată pe liniile chirurgicale cunoscute

-excizia să transforme desenul cu marjă de siguranță oncologică în suprafață din unul circular în unul eliptic cu scopul de îmbunătății calitatea cosmetică a suturii.

Comparativ cu alte studii publicate în literatura de specialitate privind defectele tisulare faciale și a metodelor de reconstrucție a acestora studiul de față se încadrează ca și date obținute în limita acestora dar apreciem că lucrul extrem de important pe care studiul de față îl subliniază este acela că vârsta la care apar formațiuni tumorale faciale care să necesite reconstrucție locală

(la grupa de vârstă 18-40 ani) crește îngrijorător an de an ajungând practic ca în cei 5 ani cât a durat studiul de față să crească de cca 6 ori în cifre absolute.

Acest lucru vine să atragă atenția lumii medicale asupra unui element esențial acela reprezentat de educația sanitară care este extrem de importantă și de a utiliza fără reticență sau rezerve de ordin subiectiv toate câștigurile științifice și tehnice în domeniu și mă refer aici în mod special la dermatoscopie.

Dermatoscopia pe lângă utilitatea deja dovedită în diagnosticul corect preoperator poate fi utilă și ca metodă de urmărire preventivă a unor formațiuni tumorale pigmentare de la nivelul feței și chiar în urmărirea postoperatorie pentru depistarea eventualelor recurențe și , de ce nu , ar putea fi utilă și ca metodă de screening.

În privința credibilității pe care Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie din Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța o acordă dermatoscopiei digitale trebuie subliniat că pacienții ultimilor 2 ani din lotul de studiu (respectiv pentru anii 2013 și 2014 – în cifra absolută 297 de cazuri) au beneficiat în totalitate de examinare dermatoscopică în scop diagnostic și terapeutic.

Nu trebuie omis și faptul că o parte dintre pacienții anilor 2010 -2012 au beneficiat de examinare dermatoscopică performantă așa încât se poate afirma că un procent de peste 65% din pacienții incluși în lot au beneficiat de examinare dermatoscopică prechirurgicală – în cifre absolute 381 de pacienți iar în procente 65,23%.

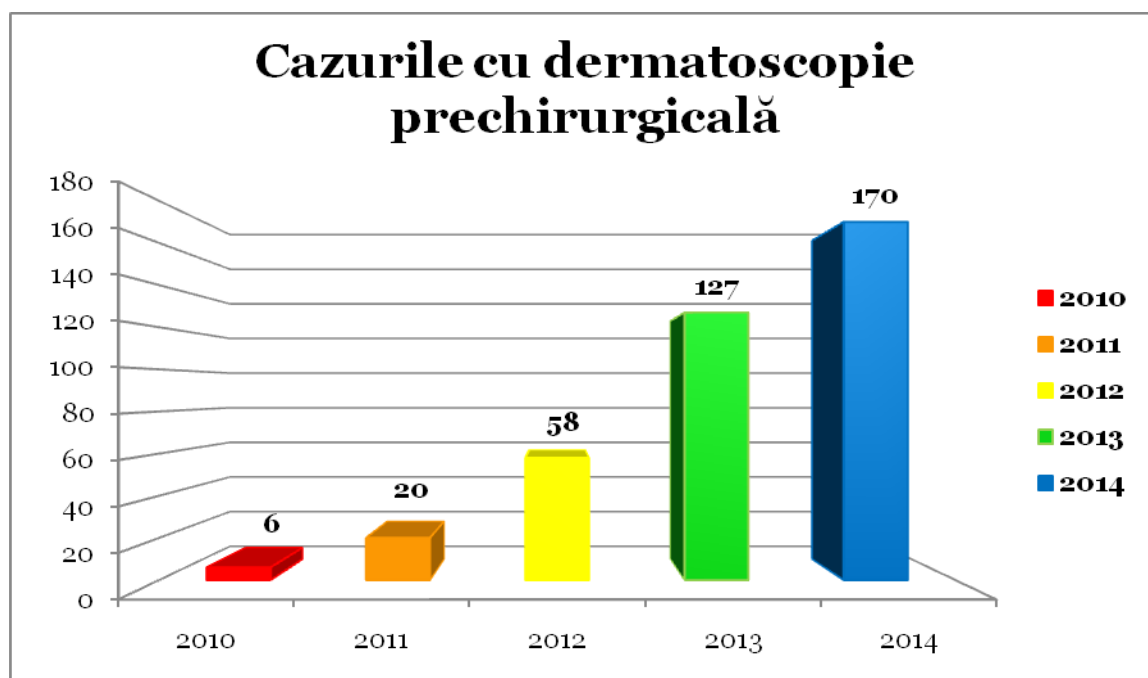


Fig.41. Repartiția pe ani calendaristici a cazurilor care au beneficiat de
examinare dermatoscopică.

Cercetarea clinică a cuprins și un studiu critic al motivelor invocate de pacienți pantru prima prezentare la un consult de specialitate în vederea rezolvarii problemelor pe care le acuzau.

Din acest punct de vedere am încercat să stabilim ce interval de timp s-a scurs de la debutul bolii până la consultul de specialitate și , din nefericire la un procent destul de ridicat adică la 72,6 % dintre pacienții lotului de studiu timpul scurs a fost mai mare de 1an de la debutul bolii.

De subliniat ca toți acești pacienți au „beneficiat”de tratament local empiric sau de specialitate dermatologie pentru cel puțin 4 -6 luni înaintea rezolvării chirurgicale – respectiv înaintea internării în Clinica de Chirurgie Plastica si Microchirurgie Reconstructivă a Spitalului Clinic Judetean de Urgența Constanța .

Un alt procent dintre pacienți respectiv 20,45 % s-au internat după ce în prealabil , au fost examinați de medicul de familie și specialistul dermatolog cu 1-2 luni în urmă consulturi care au indicat o rezolvare chirurgicală cu examinare histopatologică a piesei de excizie în vederea stabilirii atitudinii terapeutice complete și complexe.

Numai un procent de 7,95% din pacienții lotului de studiu au fost internați și tratați în clinică după ce , în prealabil ,s-au prezentat la un consult medical (de regulă la specialistul dermatolog) pe considerente de ordin profilactic și în urma consulturilor primare s-a constatat și impus necesitatea unui tratament radical al leziunilor.

În această ultimă situație se găsesc pacienți ale căror leziuni patologice evoluau pe leziuni preexistente pacienții fiind monitorizați evolutiv (cel mai adesea din inițiativă personală) de cel puțin 2 ani ;această grupă de pacienți au putut beneficia de cele mai simple proceduri chirurgicale de tratament curativ.

Din punct de vedere anamnestic am constatat că motivația prezentării la medic (de familie, specialist dermatolog sau chirurg plastician) a fost una de ordin estetic în sensul că leziunile ce evoluau la nivelul feței aduceau prejudicii din acest punct de vedere - în lotul nostru un procent de 83,40% - acest lucru subliniază încă o dată importanța pe care fața (aspectul său) o are în definirea fizionomiei.

Un procent de 12,51% dintre pacienții lotului nostru de studiu au motivat prima prezentare la un consult medical pentru îngrijorări privind evoluția ulterioară a leziunilor de la nivelul feței constatând mici modificări ale unor leziuni preexistente.

De subliniat că un procent de 8,09 % din pacienții lotului s-au prezentat la primul consult de specialitate la îndemnul ,insistența și chiar decizia familiei sau a anturajului apropiat;o remarcă trebuie însă făcută pentru acest ultim grup de pacienți în sensul că el este constituit în mare majoritate de pacienți vârstnici care nu mai au preocupari speciale privind aspectul fizic sau , cei mai tineri sunt bărbați cu un nivel cultural modest.

Cercetarea lotului acesta de pacienți a scos în evidență că toți au urmat tratamente empirice pentru cel puțin 1 an înaintea examinării medicale primare și acceptă cu multă reticență verdictul medical care stabilește că ne aflăm în fața unei leziuni maligne(este vorba de lotul reprezentat de cei 8,09% dintre pacienți).

Trebuie precizat că un procent important din această categorie de pacienți poartă și multiple tare de ordin general lucru ce poate explica neglijarea unei leziuni tumorale faciale deși aceasta evoluează nefavorabil (este vorba de pacienți cu sechele după accidente vasculare cerebrale, insuficiență respiratorie și cardiacă în cadrul bronhopenumopatiei cronice obstructive sau afectări valvulare cardiace, diabetul zaharat decompensat și insuficiența renală cronică dependentă de dializă).

Motivația primului consul medical

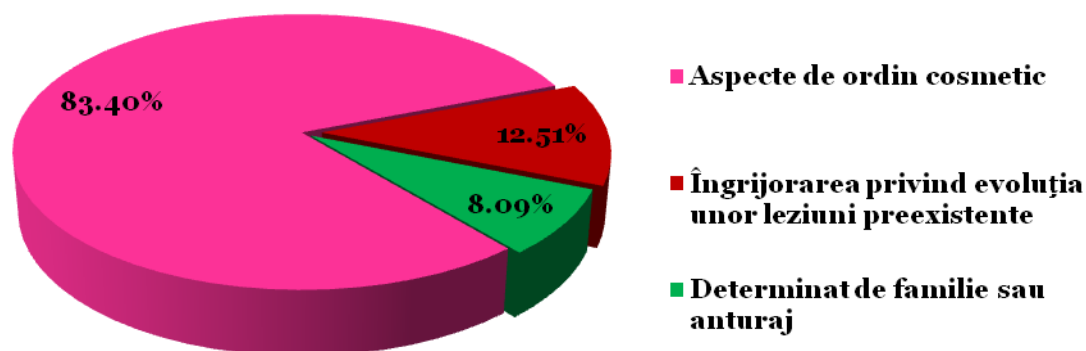


Fig.42. Repartiția motivației prezentării la primul consult medical

Un alt specat cercetat pe lotul de pacienți a fost cel privind modul în care pacienții au ales medicul în care au avut încredere pentru rezolvarea problemelor și s-a constatat că un procent foarte mare dintre pacienți și-au ales medicul curant tinând cont de referințele obținute de la familie sau anturaj ca și de renumele de care medicul se bucură pe plan local (un procent de 87,64%) și numai un procent de 12,36% nu au avut nici un criteriu în alegerea medicului curant.

Un număr ridicat dintre pacienții care au avut criterii în alegerea medicului curant – lotul de 87,64% - au fost influențați și de medicul care le-au acordat primul consult sau de personalul medical din anturajul său însă cea mai mare parte au avut drept criteriu notorietatea profesională a medicului.

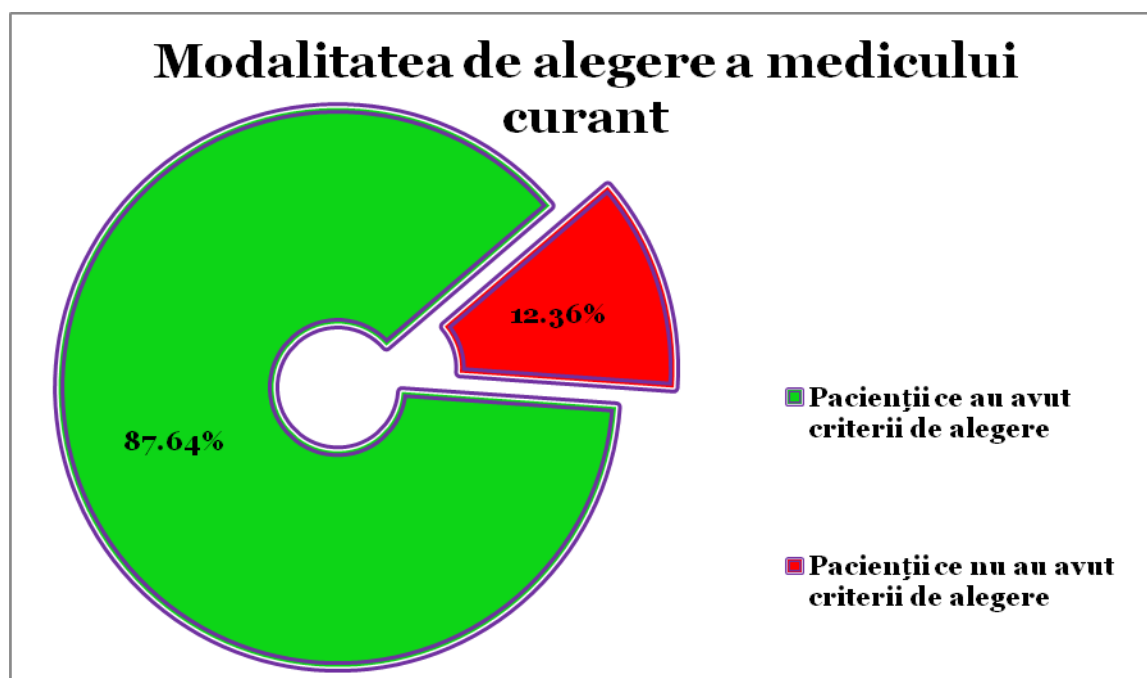


Fig.43. Modalitatea alegerii medicului curant

O parte dintre pacienții lotului de studiu respectiv 183 de cazuri (cazuistica aferentă anilor calendaristici 2010 și 2011) au fost chestionați (pe baza unui chestionar anonim) în legătură cu gradul de satisfacție pe care l-au avut la 6 și 12 luni față de rezultatul tratamentului din punct de vedere estetic și funcțional.

Cercetarea a arătat că un număr de 159 de pacienți au fost foarte mulțumiți de rezultat ;un număr de 17 pacienți au fost mulțumiți și numai un număr de 7 pacienți au fost parțial mulțumiți ceea ce procentual este redat în figura de mai jos.

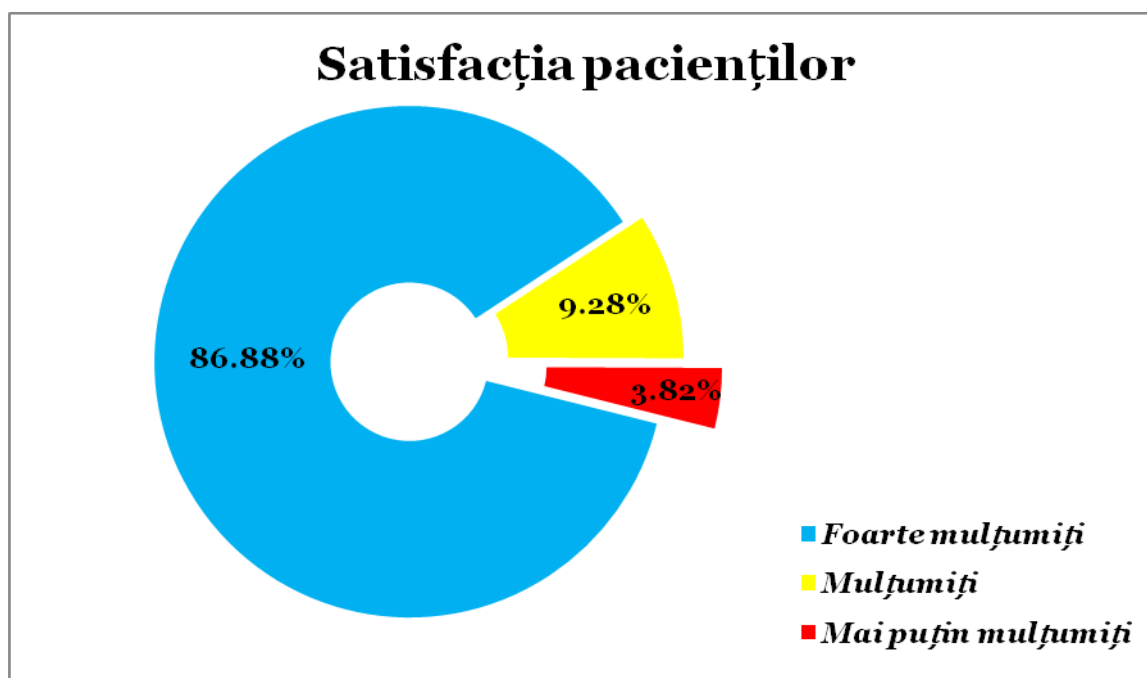


Fig.44. Reprezentarea grafică a procentului de satisfacție a pacienților

În încercarea de a analiza rezultatele acestui chestionar putem spune că ,în general ,pacienții au avut un grad ridicat de satisfacție postterapeutică și că numai un procent de aproape 4% (3,82%) au fost mai puțin mulțumiți și se poate aprecia că acest procent este reprezentat , în cea mai mare parte,de pacienți prezentați în stadii avansate de evoluție a bolii și la care soluțiile terapeutice – chirurgicale au necesitat sacrificii anatomice locale majore și , uneori chiar și sacrificii parțiale de ordin funcțional – scopul principal al tratamentului fiind cel al radicalității oncologice.

Concluzii

- In acoperirea și reconstrucția defectelor tisulare faciale se aplică principiul de bază al chirurgiei plastice în sensul că se va opta pentru procedee chirurgicale simple dar eficiente deși există și cazuri în care un procedeu mai complex asigură un rezultat estetic și funcțional mai bun.

- In acoperirea și reconstrucția de la nivelul feței primează rezultatul funcțional deși la nivelul feței aspectul estetic are o importanță specială (faciesul).

- Factorii care trebuie luați în considerare la alegerea procedeeului reconstructiv sunt:

- localizarea leziunii ;

- starea vascularizației locale;

- prezența infecției;

- extensia leziunii de excizat;

- vârsta pacientului;

- dorința pacientului.

- Cel mai important factor ce poate influența chirurgul în alegerea metodei reconstructive la nivelul feței este localizarea defectului tisular (zonele estetice ale feței)
- Există o strânsă legătură între anatomia zonei estetice a feței și metoda chirurgicală de acoperire și /sau reconstrucția defectelor tisulare.
- Alegerea corectă a metodei reconstructive este la fel de importantă ca și rezolvarea chirurgicală dat fiind că punerea corectă a indicației reprezintă gândirea medicală iar realizarea sa depinde de abilitățile chirurgului.
- Aprecierea exactă a suprafeței și profunzimii tumorii(a zonei de excizat) este cea care poate decide metoda de acoperire (reconstrucție).
- Excizia radicală a tumorilor este obligatorie iar existența unor multiple intervenții chirurgicale în antecedente (recurențe) complică intervențiile de excizie și pot schimba viziunea reconstructivă.
- Patologia tumorală cutanată reprezintă un procent majoritar important – 97,53% în studiul nostru din necesitățile de acoperire și reconstrucție a defectelor tisulare faciale.
- Alegerea metodei reconstructive o face numai chirurgul în funcție de experiența și curajul său profesional.
- Dintre metodele de acoperire a defectelor faciale lambourile locale sub diverse forme (rotate , avansate , translate) sunt majoritare.

- Valoarea dermatoscopiei în tumorile pielii este nu numai diagnostică dar și terapeutică (dictează marjele oncologice de excizie) iar în studiul nostru concordanța diagnostică dermatoscopică (dermatoscopie digitală) și histopatologică este de 98,60 % chiar și din punct de vedere al stadializării.

- Vârsta între 40 și 60 de ani din cazuistica lotului studiat a reprezentat 66,60% din cazuri ;urmată de grupa de vârstă 61 -92 de ani cu un procent de 18,15 % și grupa de vârstă 18 -40 de ani cu un procent de 15,25 %.

- Asistăm astăzi la o adevărată revoluție în domeniul modalităților tehnice de acoperire chirurgicală a defectelor tisulare (a debutat în 1982) care privește înlocuirea folosirii lambourilor liber transferate microchirurgical (timp operator îndelungat ,morbiditatea zonei donatoare) cu lambouri regionale sau locale bazate pe artere perforante (material de reconstrucție de foarte bună calitate și evită imobilizările incomode).

- Cauza principală a defectelor tisulare faciale care necesită un procedeu reconstructiv o reprezintă tumorile faciale – în studiul de față într-un procent de 97,53% ca medie ponderată pe cei 5 ani de studiu.

- Lambourile locale și/sau regionale reprezintă prima opțiune de reconstrucție a defectelor tisulare faciale având doar inconvenientul că există un ritm rapid de inovare a noi variante de lambouri și ca urmare se impune un efort de adaptare a chirurgului la noile tehnici dar și stimulează , astfel , imaginația.

- Incidența defectelor postexcizionale pentru leziuni tumorale la nivelul feței a crescut alarmant între 2010 și 2014 respectiv de la 5 cazuri (5,61%) în anul 2010 la 34 de cazuri (38,20%) la nivelul grupele de vârstă 18 -41 ani; creștere de cca,6 ori!!!!!!

- Ca procedeu terapeutic de reconstrucție în lotul de studiu dominante au fost lambourile locoregionale cu un procent de 40,6% urmate de plastia de piele liberă toată grosimea cu un procent de 31,16% și plastia de piele liberă despicăată cu un procent de 16,26% și numai într-un procent de 12,51 % s-a optat pentru sutura directă a marginilor exciziei după decolarea și mobilizarea prealabilă a acestora.