

Invenția se referă la medicină, în special la oncologie și poate fi utilizată pentru plastia aripii nazale după tratamentul chirurgical al cancerului cutanat sau melanomului malign în regiunea respectivă.

Piramida nazală constituie unitatea funcțional-estetică cea mai importantă a etajului facial mediu. Reconstrucția defectelor piramidei nazale prezintă dificultăți din mai multe motive:

- 1) este constituită din 9 subunități – 5 convexe și 4 concave,
- 2) conține o varietate de țesuturi – cutanat-subcutanat, cartilagos, osos și mucoasă,
- 3) prezintă funcții importante în respirația externă.

Defecte total izolate ale piramidei nazale pot apărea după excizia carcinoamelor cutanate cu concreștere în toate straturile sau în cazul melanomului malign cutanat cu această localizare. În cazurile în care defectele nu cuprind toată suprafața aripii nazale se recomandă extinderea acestora și plastia întregii aripi pentru obținerea unor rezultate estetice superioare.

Pentru reconstrucția acestor defecte până în prezent s-au propus mai multe metode.

Este cunoscută metoda de plastie a defectelor aripii nazale cu un lambou frontal median sau paramedian. Este una dintre cele mai vechi metode din punct de vedere istoric, dar care se utilizează cu succes până astăzi. După formarea defectului tisular se formează un lambou prin 2 incizii convergente în direcție cranio-caudală, cu lungimea de 10...12 cm, astfel ca în porțiunea caudală (supratrohleară) distanța dintre ele să fie de 1...1,5 cm, iar în direcția craniană de 3...4 cm. Lamboul se ridică în plan subfascial astfel ca să includă cel puțin una dintre cele două artere supratrohleare. Lamboul se rotește și se fixează cu porțiunea sa craniană, formând un pedicul nutritiv. Zona donatoare, de regulă, nu se suturează. După vindecarea plăgii în zona defectului și înlăturarea suturilor, la un interval de 14 zile, se efectuează o altă etapă – se rezecă pediculul nutritiv și se reinserează în zona donatoare [1].

Printre dezavantaje se enumeră faptul că metoda constă din 2 etape și nu prevede reconstrucția țesutului epitelial al vestibulului nazal.

Este cunoscută o altă metodă de plastie a defectelor aripii nazale cu un lambou auricular revascularizat pe artera temporală superficială. După formarea defectului, printr-o incizie în regiunea temporală se identifică artera temporală superficială. Artera și vena se mobilizează și se identifică ramurile care pleacă spre pavilionul urechii, pe care se formează un lambou complex (piele, cartilaj). Lamboul se separă și se migrează în defect cu formarea unei anastomozes vasculare între artera temporală și artera angulară ipsilaterală a defectului și venele comitante respective. Artera angulară și vena se denudează prin o incizie separată la nivelul porțiunii laterale a piramidei nazale [2].

Dezavantajele metodei cunoscute constau în faptul că ea este laborioasă, tehnic complicată și necesită instrumente speciale microchirurgicale și prezența microscopului de operație, durata mare a intervenției, metoda poate fi utilizată doar cu anestezie generală și este contraindicată persoanelor cu patologii vasculare.

Este cunoscută o altă metodă de plastie a defectelor aripii nazale cu un lambou septal și un lambou nazolabial ipsilateral. După formarea defectului, endonazal se separă mucopericondrul de pe partea ipsilaterală a septului nazal, apoi se migrează în defect, reconstruind astfel porțiunea internă a defectului. Conturul extern este reconstruit cu ajutorul unui lambou cutaneo-adipos format din plica nazolabială ipsilaterală cu ajutorul a două incizii paralele de 5...7 cm, la o distanță de 2... 3 cm, unite cu o a treia incizie perpendiculară primelor două. Zona donatoare se suturează primar [3].

Însă metoda este tehnic dificilă și necesită instrumente speciale pentru etapa endonazală a operației.

Cea mai apropiată soluție față de obiectul revendicat reprezintă metoda de plastie cu greță cutaneo-cartilaginoasă auriculară și cu lambou nazolabial ipsilateral. Metoda presupune colectarea unei grefe cutaneo-cartilaginoase din pavilionul auricular care se utilizează pentru reconstrucția porțiunii vestibulare a defectului. Zona donatoare se suturează primar. Conturul extern este reconstruit cu ajutorul unui lambou cutaneo-adipos format în plica nazolabială ipsilaterală prin două incizii paralele de 5...7 cm, la o distanță de 2...3 cm, unite cu o a treia incizie, perpendiculară primelor două. Zona donatoare se suturează primar [3].

Există însă riscul de necroză a grefei auriculare, iar prelevarea materialului plastic de pe o regiune vizibilă poate condiționa o cicatrice suplimentară în regiunea facială.

Metodele utilizate în plastia defectelor aripii nazale până în prezent sunt fie laborioase tehnic, fie nu oferă restabilirea epitelului suprafeței vestibulare a aripii nazale.

Problema pe care o soluționează invenția constă în elaborarea unei metode tehnic simple, fiabile ce permite restabilirea unimomentană a integrității aripii nazale, inclusiv a epitelului porțiunii vestibulare a acesteia, ce permite restabilirea funcțională a organului.

Esența invenției constă în aceea că se efectuează electrozecția totală a aripii nazale afectate de un proces tumoral cu formarea unui defect tisular, apoi se prepară o greță cutanată liberă, de dimensiunile defectului corespunzător, de pe partea internă a brațului, se perforează grefa cu bisturiul în 2...3 locuri și se fixează de marginea defectului cu suturi separate cu catgut cromat cu grosimea de 3-0, grefa se orientează cu partea cutanată spre vestibulul nazal, după care din plica nazolabială ipsilaterală se efectuează 2 incizii cutanate paralele cu lungimea de 6...7 cm și distanța dintre ele de 2...3 cm pentru formarea unui lambou cutaneo-adipos cu baza orientată spre porțiunea labială, se efectuează o incizie în porțiunea cefalică a lamboului cu mobilizarea lui din trei părți, se mobilizează lamboul în direcție caudală, se efectuează hemostaza lamboului și zonei donatoare, se migrează lamboul în defectul format, orientat cu partea cutanată spre exterior, și se fixează de marginile defectului, apoi plăgile donatoare se suturează pe straturi, iar cavitatea nazală formată se tamponează cu o meșă îmbibată cu unguent antibacterian.

Avantajele metodei:

- 1) efectuarea intervenției reconstructive în aceeași etapă chirurgicală cu procedeul de ablație tumorală,
- 2) reconstrucția simultană atât a țesutului cutanat al vestibulului nazal, cât și al conturului extern al piramidei nazale,
- 3) durata mică a etapei reconstructive a intervenției 30 ... 35 min,
- 4) morbiditatea minimă a zonelor donatoare – în toate cazurile plăgile donatoare s-au suturat primar, complicații nu au fost,
- 5) posibilitatea efectuării intervenției cu anestezie locală infiltrativă.

Rezultatul tehnic: metoda descrisă a permis restabilirea formei și a funcției piramidei nazale în termen scurt – 7 ... 8 zile postoperatoriu. În toate cazurile plăgile s-au epitelizat primar, conturul piramidei nazale a fost restabilit, respirația nazală în perioada postoperatorie s-a restabilit complet. Necrotizarea țesuturilor în plăgile donatoare noi nu a fost determinată. Faptul că intervenția poate fi efectuată în condiții de anestezie locală permite utilizarea acestei metode la pacienți senili cu patologii asociate severe.

Se utilizează zonă donatoare din regiunea brațului din următoarele considerente:

- 1) zonă ușor accesibilă anatomic,
- 2) necrotizare minimă a țesuturilor în zona donatoare – în toate cazurile defectul s-a suturat primar, complicații postoperatorii nu au fost,
- 3) pielea din zona respectivă este subțire, pliabilă, maximal apropiată după culoare și textură de zona recipientă,
- 4) absența pilozității în zona donatoare.

Exemple de realizare a intervenției

Se efectuează electrozecția totală a aripii nazale afectate de un proces tumoral cu formarea unui defect tisular, apoi se prepară o grefă cutanată liberă, de dimensiunile defectului corespunzător, de pe partea internă a brațului, se perforază grefa cu bisturiul în 2...3 locuri și se fixează de marginea defectului cu suturi separate cu catgut cromat cu grosimea de 3-0, grefa se orientează cu partea cutanată spre vestibulul nazal. După care din plica nazolabială ipsilaterală se efectuează 2 incizii cutanate paralele cu lungimea de 6...7 cm și distanța dintre ele de 2...3 cm pentru formarea unui lambou cutaneo-adipos cu baza orientată spre porțiunea labială. Se efectuează o incizie în porțiunea cefalică a lamboului cu mobilizarea lui din trei părți, se mobilizează lamboul în direcție caudală, se efectuează hemostaza lamboului și zonei donatoare, se migrează lamboul în defectul format, orientat cu partea cutanată spre exterior, și se fixează de marginile defectului, apoi plăgile donatoare (brațul, plica nazolabială) se suturează pe straturi, iar cavitatea nazală formată se tamponează cu o meșă îmbibată cu unguent antibacterian. Înlăturarea meșelor din cavitatea nazală se efectuează la ziua a 5-a ... 6-a postoperator, suturile se înlătură la ziua a 7-a din regiunea facială și la ziua a 10-a de pe braț. Intervenția poate fi efectuată atât cu anestezie generală, cu sau fără intubare oro-traheală, cât și în condiții de anestezie locală infiltrativă. Metoda propusă a fost aplicată la 8 pacienți.

Exemplul 1

Pacientul Z., a.n. 1937, spitalizat în secția Microchirurgie IMSP IO în perioada 14.04.2010 – 29.04.2010 cu diagnosticul: Bazaliom al pielii aripii nazale pe stânga T3N0M0 st III. Pe 20.04.2010, în condiții de anestezie locală infiltrativă cu sol. Lidocaină 1% s-a efectuat operația – rezecția aripii nazale pe stânga cu plastia primară combinată a defectului cu o autogrefă cutanată și cu un lambou nazolabial pe stânga. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități, suturile s-au înlăturat la ziua a 7-a postoperator, a fost externat în stare satisfăcătoare.

Exemplul 2

Pacienta B, a.n. 1942, spitalizată în secția Microchirurgie IMSP IO în perioada 09.03.2011 – 18.03.2011 cu diagnosticul: Cancer al pielii aripii nazale pe stânga T2N0M0 st II. Pe 10.03.2011, în condiții de anestezie locală infiltrativă cu sol. Lidocaină 1% s-a efectuat operația – rezecția aripii nazale pe stânga cu plastia primară combinată a defectului cu o autogrefă cutanată și cu un lambou nazolabial pe stânga. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități, suturile s-au înlăturat la ziua a 6-a postoperator, a fost externată în stare satisfăcătoare.