

VALOAREA LAMBOULUI BILOBAT ÎN RECONSTRUCȚIA DEFECTELOR POSTOPERATORII DUPĂ EXTIRPAREA CARCINOAMELOR CUTANATE ALE FEȚEI

Iulia Chiscop¹, Eugenia Popescu¹, C. Mihai¹, V.V. Costan¹, D. Ferariu²

1) Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași
Clinica de chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
2) Departamentul de anatomie-patologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

BILOBED FLAP IN FACIAL RECONSTRUCTION AFTER SKIN CANCER SURGERY

(Abstract): Reconstruction after facial skin cancer surgery can be done with different methods depending on size and dimension of the postoperative defect. The bilobed flap is a valuable alternative in surgical repair of small to moderate soft-tissue loss. Material and methods. Between January 2006 and December 2010, 308 patients with facial skin cancer were hospitalized in our Department. We used the bilobed flap in 11 cases (4 female and 7 male). Results. Postoperative defects involved different anatomic regions of the face. The size of the defect following tumor removal was between 1,5x1 cm and 6x7 cm. Two patients suffered postoperative complications. Cosmetic and functional results were good in all cases. Conclusion. The bilobed flap has multiple advantages (easy to design, safe to elevate) and is indicated in the repair of various facial defects.

KEY WORDS: BILOBED FLAP; ZIMANY TECHNIQUE; SKIN CANCER

SHORT TITLE: Lamboul bilobar în defectele faciale
Bilobed flap for facial defects

HOW TO CITE: Chiscop I, Popescu E, Mihai C, Costan VV, Ferariu D. [Bilobed flap in facial reconstruction after skin cancer surgery] *Jurnalul de chirurgie (Iasi)*. 2012; 8(1): 57-62.

INTRODUCERE

Cancerul cutanat este cea mai frecventă tumoră malignă, aproximativ 77% din cazuri fiind reprezentate de carcinomul bazocelular și 20% de carcinomul scuamocelular. Melanoamele maligne și alte forme rare, cum sunt carcinoamele cu celule Merkel, carcinoamele glandelor sebacee sau sudoripare, însumează aproximativ 3% [1].

Tratamentul carcinoamelor cutanate dezvoltate la nivelul tegumentului feței constă în extirparea leziunii în limite de siguranță oncologică și reconstrucția defectului postoperator, atât din punct de vedere morfologic, cât și funcțional.

Modalitățile de reconstrucție ale pierderilor de substanță rezultate trebuie alese cu discernământ, punând în balanță pe

de o parte calitatea plastiei, iar pe de altă parte prejudiciile aduse zonei donatoare.

Refacerea defectelor postoperatorii rezultate în urma extirpării carcinoamelor cutanate ale feței se poate realiza prin metode variate, în funcție de dimensiunea și localizarea pierderii de substanță.

Lambourile locale sunt frecvent utilizate în reconstrucția defectelor faciale ale căror localizare sau dimensiuni nu permit închiderea prin sutură primară, ducând la cele mai bune rezultate funcționale și estetice în majoritatea cazurilor.

Lamboul bilobat este un lambou dublu transpoziționat cu vascularizație la întâmplare, descris pentru prima dată de Esser în 1918 pentru reconstrucția defectelor postoperatorii ale vârfului nasului [2]. Zymani (1952) [3] și Zitelli (1988) [4] au

Received date: 05.10.2010

Accepted date: 15.12.2011

Correspondence to: Dr. Iulia Chiscop, doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași
Clinica de chirurgie Oro-Maxilo-Facială, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași
Bd. Independenței, nr. 1, 700111, Iași, România
Tel: 0040 (0) 232 24 08 22; Fax: 0040 (0) 232 21 77 81
e-mail: : iulia_chiscop@yahoo.com

adus îmbunătățiri tehnicii inițiale, prin modificarea dimensiunilor și a arcurilor de rotație ale celor doi lobi. Lamboul bilobat prezintă numeroase avantaje: tegumentul utilizat în aceste lambouri este identic sau asemănător cu cel excizat, tehnica este facilă, intervențiile chirurgicale pot fi practicate cu anestezie loco-regională, necesita un singur tip operator. Complicațiile postoperatorii sunt rare și sunt cauzate de terenul pacientului sau de erori în planificarea modalității de reconstrucție și în manipularea țesuturilor [5].

Lucrarea de față analizează rezultatele utilizării lamboului bilobat în reconstrucția defectelor cutanate ale feței consecutive extirpării leziunilor carcinomatoase.

MATERIAL ȘI METODĂ

În Clinica Chirurgie Orală și Maxilo-Facială Iași, în intervalul ianuarie 2006 - decembrie 2010 au fost spitalizați 308 pacienți cu carcinoame cutanate ale feței, la care s-a practicat extirparea leziunilor și plastia defectelor postoperatorii rezultate.

Lamboul bilobat a fost utilizat la 11 pacienți, restul pacienților beneficiind de alte metode de închidere a defectului (sutura primară, grefarea, alte tipuri de lambouri locale, lambouri regionale, lambouri liber transferate).

Din cei 11 pacienți din grupul de studiu, 4 au fost femei și 7 bărbați, având vârste cuprinse între 45 și 83 de ani (vârsta medie fiind de 67,45 ani).

Intervențiile chirurgicale s-au efectuat cu anestezie loco-regională (ALR) - 8 cazuri sau anestezie generală (AG) - 3 cazuri (Tabel I).

Lambourile bilobate utilizate în reconstrucția defectelor postoperatorii au fost proiectate conform tehnicii Zimany:

- primul lob al lamboului a fost realizat având dimensiuni mai reduse decât cele ale defectului;
- al doilea lob a fost proiectat în formă eliptică și cu o lățime aproximativ egală cu jumătate din lățimea primului lob, pentru a facilita închiderea defectului secundar;
- lungimile celor două lambouri au fost identice;
- arcurile de rotație ale celor doi lobi au fost mai mici de 90°.

Disecția s-a efectuat astfel încât lamboul să includă sistemul musculo-aponevrotic superficial sau fascia cervicală superficială.

În unele regiuni anatomice, cum a fost piramida nazală, disecția s-a realizat în plan supraperiostic sau deasupra pericondriului.

Tabelul I Caracteristicile pacienților

Nr.	Vârstă	Sex	Localizarea leziunii	Dimensiune defect (cm)	Anestezie	Complicații
1	83	M	Regiunea temporală	2,5x3	ALR	-
2	76	M	Regiunea geniană	2x3	ALR	-
3	78	F	Regiunea geniană	2,5x3	ALR	-
4	67	F	Piramida nazală	1,5x1	ALR	-
5	65	M	Regiunea maseterină	2x2,5	ALR	Hematom
6	45	M	Regiunea mentonieră	1,5x2	ALR	-
7	64	M	Piramida nazală	1,5x2	ALR	-
8	53	M	Regiunea maseterină	4x5	AG	-
9	72	M	Piramida nazală	1,5x1,5	ALR	-
10	70	F	Regiunea parotideo-maseterină	6x7	AG	Necroză *
11	69	F	Regiunea maseterină	6x7	AG	-

ALR anestezie loco-regională; AG anestezie regională;

* necroză parțială distală a primului lob

Plăgile au fost suturate folosind fire resorbabile 4-0 pentru planul subcutanat și Nylon sau mătase 5-0 sau 4-0 pentru tegument. Firele de sutură au fost îndepărtate în zilele a 6-a sau a 7-a postoperator. Pacienții au fost urmăriți postoperator între 6 și 48 luni.

REZULTATE

Defectele postoperatorii au fost localizate în diverse regiuni ale feței. Pierderile de substanță au avut dimensiuni cuprinse între 1,5x1cm și 6x7cm și au interesat în majoritatea cazurilor tegumentul și țesutul celular subcutanat, cu excepția unui singur caz în care extirparea tumorii localizată în regiunea parotideo-maseterină a necesitat efectuarea și a parotidectomiei superficiale, cu refacerea volumetrică a defectului cu lambou muscular din sternocleidomastoidian.

Rezultatele cosmetice și funcționale au fost bune în majoritatea cazurilor, indiferent de localizarea sau dimensiunile defectului postoperator.

Complicații postoperatorii au apărut în 2 cazuri. Necroza distală parțială a primului lob al lamboului a fost observată a 3-a zi postoperator la un pacient în vârstă de 70 ani, datorită dimensiunilor mari ale defectului postoperator cervical (6x7 cm) și tensiunilor de la nivelul liniilor de sutură. În cel de-al doilea caz s-a observat apariția unui hematom sub lambou a 2-a zi postoperator, la un pacient cu tulburări de coagulare cauzate de o afecțiune hepatică cronică, la care s-a efectuat evacuarea hematomului și pansament moderat compresiv, fără repercursiuni asupra viabilității lamboului

CAZURI CLINICE

Cazul nr. 1

Pacient de sex masculin, în vârstă de 72 de ani internat pentru o formațiune tumorală localizată la nivelul piramidei nazale (Fig. 1A). Leziunea s-a dezvoltat într-un interval de aproximativ 6 ani și apariția sa a fost favorizată de expunerea îndelungată la radiațiile solare, pacientul fiind agricultor.

La examenul clinic s-a constatat o formațiune tumorală nodulară, cu o zonă centrală diskeratozică, localizată la nivelul piramidei nazale, având diametrul de aproximativ 1 cm. Intervenția chirurgicală a constat în extirparea tumorii în limite de siguranță oncologică. Defectul postoperator rezultat a interesat doar tegumentul și țesutul celular subcutanat, având dimensiuni de 1,5x1,5 cm (Fig. 1B). Pierderea de substanță s-a reconstruit cu un lambou bilobat cu pedicul medial, proiectat conform tehnicii Zimany (Fig. 1C). Examenul histopatologic a confirmat diagnosticul de carcinom bazocelular nodular solid. În perioada postoperatorie nu s-au instalat complicații, iar rezultatele estetice imediate, cât și la distanță de momentul intervenției chirurgicale, au fost bune (Fig. 1D).



Fig. 1 Carcinom bazocelular piramidă nazală
A aspect preoperator; B defectul rezultat în urma rezecției; C crearea lamboului bilobat; D aspect final

Cazul nr. 2

Un bărbat cu vârsta de 53 de ani a fost spitalizat în Clinică pentru o formațiune tumorală localizată în regiunea maseterină stângă ½ inferioară. Pacientul a relatat că leziunea a apărut în urmă cu aproximativ 8-9 ani, sub forma unei ulceratii de mici dimensiuni. În momentul examinării, formațiunea tumorală prezenta un aspect ulcerativ, având o suprafață neregulată, sângerândă, acoperită pe alocuri de cruste hemactice. Diametrul leziunii era de

aproximativ 3,5 cm (Fig. 2A). Extirparea tumorii s-a realizat respectând o limită de siguranță de 5-6 mm. Pierderea de substanță postoperatorie rezultată în urma extirpării leziunii a avut dimensiuni de 4x5 cm (Fig. 2B), iar reconstrucția s-a efectuat cu un lambou bilobat Zimany, recoltat din regiunile submandibulară și latero-cervicală de aceeași parte (Fig. 2 C, D). Analiza histopatologică a piesei postoperatorii a confirmat diagnosticul de carcinom bazocelular ulcerat cu arii solide și adenoid chistice.

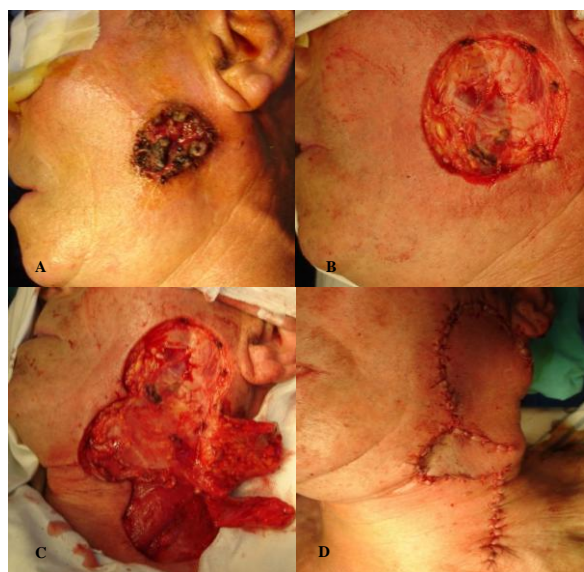


Fig. 2 Carcinom bazocelular regiunea maseterină
A aspect preoperator; B defectul rezultat în urma rezecției; C crearea lamboului bilobat; D aspect final



Fig. 3 Carcinom bazocelular regiunea genio-maseterină dreaptă
A aspect preoperator; B defectul rezultat în urma rezecției; C, D aspect final

Cazul nr. 3

O pacientă în vârstă de 69 de ani s-a prezentat cu o formațiune tumorală

proliferativă localizată în regiunea genio-maseterină și submandibulară dreaptă, ce evolua de aproximativ 12 ani (Fig. 3A). Tratamentul a constat în extirparea formațiunii tumorale pînă la nivelul stratului muscular. Defectul postoperator rezultat, cu dimensiuni de 6x7 cm s-a reconstruit cu același tip de lambou ca și în cazurile precedente, datorită dimensiunilor pierderii de substanță, care depășeau posibilitățile reconstructive ale unui alt tip de lambou local (Fig. 3B). Examenul histopatologic a confirmat diagnosticul de carcinom bazocelular predominant solid, multicentric, ulcerat. Rezultatele estetice și funcționale au fost acceptabile (Fig. 3 C, D).

DISCUȚII

Lamboul bilobat este un lambou cutanat dublu transpoziționat cu vascularizație la întâmplare, format din doi lobi cu pedicul comun. Esser a descris pentru prima dată lamboul bilobat în 1918, utilizându-l în reconstrucția defectelor de dimensiuni mici (sub 1,5cm) ale vârfului nasului [2]. Tehnica lui Esser presupunea trasarea a două lambouri cu pedicul comun, de dimensiuni egale cu cea a defectului [2]. Primul lob al lamboului, rotat la 90°, era utilizat pentru plastia defectului postoperator, iar al 2-lea lob reconstruie defectul secundar [2].

În 1952, Zimany aduce îmbunătățiri tehnicii lui Esser, modificând dimensiunile și unghiurile de rotație dintre cei doi lobi, și descrie utilizarea lamboului bilobat în plastia defectelor cutanate și cu alte localizări [3]. Primul lob al lamboului a fost conceput astfel încât să aibă dimensiuni mai reduse decât cele ale defectului postoperator, iar al doilea lob, de formă eliptică, avea jumătate din lățimea primului [4]. Lungimile celor doi lobi erau egale iar unghiurile dintre cele două lambouri mai mici de 90° [4].

Zitelli, în 1989, după revizuirea a 400 de cazuri de reconstrucții ale piramidei nazale cu lambou bilobat, propune două modificări tehnicii inițiale: reduce arcurile de rotație ale celor doi lobi la 45° și include excizia triunghiului Burow în punctul de

rotație [5]. Aceste modificări ameliorează rezultatele estetice ale reconstrucției, prin eliminarea deformării țesuturilor („urechi de cățel”) în punctul de rotație, fără a compromite pediculul lamboului, deci, în consecință, vascularizația acestuia [5]. Moy și colaboratorii [6] au subliniat importanța decolării largi a țesuturilor adiacente defectului înaintea realizării suturilor, pentru a reduce tensiunea și a spori gradul de mobilitate a lambourilor, fapt care îmbunătățește rezultatele estetice postoperatorii.

Studiile efectuate de Copcu (2004) [7], El-Marrakby (2005) [8] și Rustemeyer și colaboratorii (2009) [9] au relevat că lamboul cutanat bilobat este un lambou versatil și ușor de realizat, care poate fi utilizat pentru plastia defectelor postoperatorii cu localizări variate.

Defectele regiunilor frontale și temporale, închise prin sutură primară sau prin utilizarea altor tipuri de lambouri locale, pot deforma conturul sprâncenelor, linia de inserției părului sau cantusul extern. Lamboul bilobat reprezintă o alternativă valoroasă în astfel de cazuri, transpoziționând tegumentele regiunii geniene, cu laxitate crescută, la nivelul regiunii fronto-temporale, în care țesuturile sunt mai puțin mobile [10]. Acesta poate fi utilizat și în reconstrucția defectelor mici sau medii ale helixului, ce interesează doar tegumentul, cu conservarea planului subiacent cartilagos [5].

Mehta și colaboratorii [11] au utilizat lamboul bilobat recoltat de pe fața dorsală a piramidei nazale, inferior de glabella, pentru reconstrucția defectelor cantusului intern cu dimensiuni cuprinse între 8x7mm și 20x17mm.

Salgarelli și colaboratorii [12] au utilizat lamboul bilobat în 285 de cazuri de pierderi de substanță cutanate rezultate în urma extirpării carcinoamelor cutanate ale feței. Defectele postoperatorii reconstruite prin această metodă au interesat regiunile geniene, periorbitare, preauriculare sau mentoniere, și au avut dimensiuni cuprinse între 1 și 4 cm. Autorii au raportat o rată

scăzută a complicațiilor (3,6%) și rezultate estetice și funcționale acceptabile în 96,4% din cazuri [12].

În reconstrucția unor pierderi de substanță consecutive extirpării carcinoamelor cutanate ale feței am utilizat lamboul bilobat deoarece acest tip de lambou are multe avantaje comparativ cu alte lambouri. Tehnica chirurgicală este simplă. Țesuturile care îl alcătuiesc sunt bine vascularizate și au textura și culoarea asemănătoare zonei care urmează să fie reconstruită. În plus, în anumite regiuni, cicatricile curbe rezultate sunt mai puțin vizibile decât cele liniare.

Planificarea riguroasă a lamboului este esențială pentru obținerea unor rezultate estetice bune. Lamboul trebuie trasat astfel încât cicatricile rezultate să fie poziționate pe cât posibil de-a lungul pliurilor și șanțurilor naturale ale feței sau să urmeze direcțiile liniilor de tensiune ale feței [13].

Mobilizarea țesuturilor se efectuează astfel încât să redistribuie tensiunea și să reducă tracțiunile, ce pot avea consecințe grave în anumite regiuni anatomice, cum ar fi regiunea sprâncenară sau aripa nazală. Experiența noastră a arătat că lamboul bilobat poate fi utilizat cu succes în toate regiunile anatomice ale feței.

CONCLUZII

Lamboul bilobat poate fi utilizat în toate regiunile anatomice ale feței. Proiectarea atentă a lamboului este esențială pentru obținerea unor rezultate optime, estetice și funcționale. Considerăm că lamboul bilobat oferă multiple avantaje comparativ cu alte tipuri de lambouri: este simplu de efectuat, conține țesuturi bine vascularizate, cu textură și culoare asemănătoare zonei ce urmează a fi reconstruită. Intervențiile chirurgicale pot fi efectuate cu anestezie locală, iar plastia se face într-un singur timp operator.

CONFLICT DE INTERESE

Autorii nu declară niciun conflict de interese.

BIBLIOGRAFIE

1. Fleming ID, Amonette R, Monaghan T. Principles of management of basal and squamous cell carcinoma of the skin. *Cancer*. 1995; 75 (Suppl. 2) : 699-704.
2. Esser JFS. Gestielte lokale Nasenplastik mit zweizipfligem Lappen, Deckung des sekundären Defektes vom ersten Zipfel durch den zweiten. *Deutsche Zeitschr Chir*. 1918; 143: 385-390.
3. Zimany A. The bi-lobed flap. *Plast Reconstr Surg*. 1953; 11: 424-434.
4. Zitelli JA. The bilobed flap for nasal reconstruction. *Arch Dermatol*. 1989; 125(7): 957-960.
5. Aasi SZ, Leffell DJ. Bilobed transposition flap. *Dermatol Clin*. 2005; 23: 55-64.
6. Moy RL, Grossfeld JS, Baum M, Rivlin D, Eremia S. Reconstruction of the nose utilizing a bilobed flap. *Int J Dermatol*. 1994; 33(9): 657-660.
7. Copcu E. Trilobed skin flap on the face: for reconstruction of fullthickness or commissural defects. *Dermatol Surg*. 2004; 30: 915-921.
8. El-Marrakby HH. The versatile naso-labial flaps in facial reconstruction. *J Egypt Natl Canc Inst*. 2005; 17: 245-250.
9. Rustemeyer J, Gunther L, Bremerich A. Complications after nasal skin repair with local flaps and full-thickness skin grafts and implications of patients' contentment. *Oral Maxillofacial Surg*. 2009; 13: 15-18.
10. Scalfani AP, Jacono A. Bilobed flaps. *Emedicine.medscape.com*.
11. Mehta J, Ophth MR, Olver JM. Infraglabellar Transnasal Bilobed Flap in the Reconstruction of Medial Canthal Defects. *Arch Ophthalmol*. 2006; 124: 111-115.
12. Salgarelli AC, Cangiano A, Sartorelli F, Bellini P, Collini M. The bilobed flap in skin cancer of the face: Our experience on 285 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 2010; 38: 460-464.
13. Borges AF. Relaxed skin tension lines (RSTL) versus other skin lines. *Plast Reconstr Surg*. 1984; 73: 144-150.