

## TUMORILE DE UNGHI INTERN AL OCHIULUI - O PROVOCARE. UTILIZAREA LAMBOULUI CERVICOFACIAL IN RECONSTRUCȚIA POSTEXCIZIE A TUMORILOR DE UNGHI INTERN AL OCHIULUI

Lucian Popa<sup>1</sup>, Danut Costin<sup>2</sup>

1. doctorand, Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T Popa”, Iași  
Clinica de Chirurgie Plastică Reconstructivă și Arsuri, Sp. “Sf. Spiridon”, Iași

2. Clinica II Oftalmologie, Sp. “Sf. Treime”, Iași,  
Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T Popa”, Iași

### *THE TUMORS OF THE INTERNAL ANGLE OF THE EYE – A REAL CHALLENGE*

**(ABSTRACT):** Surgery of the tumors always has represented issues of surgical attitude, especially for areas where the function or aesthetic aspects are important. Especially, the surgery of the tumors of the internal angle of the eye is a difficult issue because in addition to the tumor size, will have to take into account local peculiarities: the small size of the area, skin tight, internal ligament, orifice and tear duct, eyelids - mobile structures and their complex structure, neighborhood and the importance of visual receptor. This paper presents findings of one case from a study spanning a period of six years (2004-2009), during which time were diagnosed and treated 135 cases of tumors of the internal angle of the eye, which was evaluated the possibility of treatment, including tumor excision and subsequent reconstruction, appreciating the possibilities of covering the defect, the type of tissue used, local characteristics that might influence the method used. The cervicofacial skin flap used for covering the defect after the excision of one large tumor developed in the internal angle of the eye, offer a possibility of defect cover, with good functional and esthetic result.

KEY WORDS: TUMOR, INTERNAL ANGLE OF THE EYE, CERVICOFACIAL SKIN FLAP, TUMOR EXCISION, SURGICAL RECONSTRUCTION.

Correspondență: Dr. Lucian Popa, medic primar, Clinica de Chirurgie Plastică Reconstructivă și Arsuri, Sp. “Sf. Spiridon”, Iași, doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie “Gr. T. Popa” Iași, email:lucpopa@yahoo.com\*.

### INTRODUCERE

Chirurgia tumorilor cu localizare la nivelul unghiului intern al ochiului reprezintă o temă dificilă deoarece în afară de dimensiunea tumorii, va trebui să se țină seama și de particularitățile locale: dimensiunile mici ale ariei, tegumente aderente, caruncula și ligamentul intern, orificiile și canalul lacrimal, peoapele – structuri mobile, precum și de structura lor, vecinatatea și importanța receptorului vizual [1].

Dimensiunea formațiunii tumorale constituie în contextul regional un element de diferențiere a rezultatelor tratamentului.

---

\* received date: 12.04.2011

accepted date: 24.05.2011

Tumorile cu dimensiuni mai mici de 5 mm reprezintă categoria cea mai favorabilă. Dimensiunea tumorală mică limitează excizia iar ca metodă reconstructivă sutura directă sau plastia cu lambouri încruciate în Z, V-Y sau V-W asigură rezultate bune fără manifestări cicatriciale importante.

Dimensiunea formațiunilor tumorale cuprinsă între 5 și 10 mm impune (în cazul regiunii unghiului intern al ochiului) utilizarea grefelor de piele sau lambouri de vecinătate (rotate sau avansate) pentru acoperirea defectelor postexcizionale. Dimensiunile mari ale tumorii, extensia acesteia la regiunile vecine, dar și evoluția în profunzime, impune transferul de țesuturi care să refacă defecte tisulare de dimensiuni mari [2]. În același timp, refacerea aspectului facial cu sechele cicatriciale minime și aspect cât mai aproape de normal determină dificultăți în alegerea metodelor de reconstrucție.

### PREZENTARE DE CAZ. DISCUȚII

Pacient V. I. în vârstă de 74 ani, se internează pentru o formațiune tumorală situată în regiunea unghiului intern al ochiului, cu evoluție de aproximativ 5 ani, neglijată și cu exacerbarea evoluției în ultimele 6 luni (Fig. 1). Leziunile crunte sîngerînde la traumatisme minore au determinat consultul.



Fig. 1 Epiteliom bazocelular ulcerovegetant unghi intern ochi stîng

Pregătirea preoperatorie a fost determinată de tipul tumoral observație carcinom bazocelular, complexitatea intervenției programate cît și de tipul de anestezie.

Au fost efectuate investigații ale parametrilor biologici (constante hematologice, biochimice, timpi de sîngerare și coagulare, grup sanguin) și fiziologici. Au fost solicitate radiografie de craniu și torace, consult cardiologic, consult preanestezic în vederea unei anestezii generale cu intubație oro-traheală.

A fost evaluată posibilitatea de tratament, incluzînd excizia tumorală dar și reconstrucția ulterioară, apreciîndu-se posibilitățile de acoperire a defectului, tipul de țesut indicat, caracteristici locale care ar putea influența folosirea unui tip de lambou sau reconstrucție. A fost apreciată în vederea planingului operator vascularizația locală și caracterele pielii (colorația și grosimea pielii).

Au fost inventariate în acest scop metodele propuse în literatură, analizînd toate tipurile de lambouri de vecinătate [1].

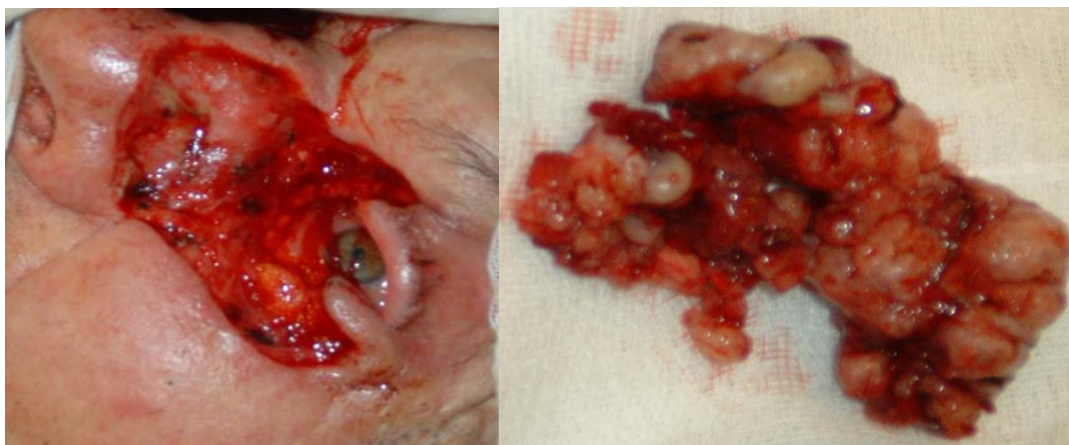
Lambourile palpebrale – din pleoapa superioară sau inferioară, folosesc tesuturile moi ale pleoapei (piele și tesut celular subcutanat) bazat pe circulație întâmplătoare [2-4].

Bazându-se pe aceeași circulație întâmplătoare, lambourile de vecinătate pot fi translate sau rotate, acoperind în urma rotației defectul postexcizional. Deși cu un țesut de calitate apropiată celui a unghiului intern, aceste lambouri sunt limitate de dimensiunea pleoapei și de menținerea funcționalității ei [5-6].

Defectele postexcizionale de la nivelul unghiului intern pot beneficia de acoperire cu lambouri de la nivelul aripei nazale sau bazei nasului. Aceste lambouri aduc un țesut cu grosime mai mare decât cea a regiunii unghiului intern, dar care permite o reconstrucție de calitate bună și care nu necesită corecții ulterioare. Lambourile se bazează pe circulație întâmplătoare și sunt limitate de regulile de transfer a lambourilor tegumentare.

Lambourile frontale reprezintă o variantă de tratament a defectelor de tesut postexcizionale la nivelul unghiului intern al ochiului, beneficiind de un ax vascular care permite lambouri mai lungi și mai ample și cu mobilitate mai mare putând suporta rotații pe pediculul vascular mai mari de 90 grade [7-8].

Lambourile faciale pot constitui o variantă de tratament a defectelor de țesuturi ale unghiului intern, mobilizând o suprafață mare de țesut, bazat pe o circulație întâmplătoare și putând constitui rezerve de tegument importante. Circulația întâmplătoare face ca de multe ori lambourile faciale să prezinte suferințe vasculare ale extremităților distale care pot necesita reintervenție (excizie + grefa de piele).



**Fig. 2** Excizia tumorală a epiteliomului bazocelular

Excizia tumorală a fost realizată în plan cartilagos și osos al piramidei nazale, cu excizia completă a structurilor moi ale unghiului intern și pastrând parțial conjunctiva pleoapei inferioare (Fig. 2). Dispoziția și dimensiunile tumorii necesitau transferul unui țesut care să acopere un defect de aproximativ 6/5 cm, ceea ce impunea o combinație de lambouri de vecinătate (ex. lambou frontal + lambou genian) [9-10].

Apreciind laxitatea tegumentară, cât și beneficiile aduse de un lambou unic, cu tegumente de calitate asemănătoare și indicația de utilizare a lamboului cervico-facial pentru reconstrucția defectelor pînă la nivelul aripei nazale, s-a decis folosirea acestui lambou cu modificări care să îi confere o lungime suficientă pentru acoperirea defectului restant post-excizional [11].

Laxitatea tegumentară la nivelul regiunii cervicale, care permite sutura primară a lamboului avansat în noua sa poziție este un avantaj pe care îl au persoanele de vârstă adultă sau de vârstă a treia. Totuși acest lambou se poate folosi și la persoanele tinere cu completarea unei zone de grefă de piele la nivel cervical [12].

Lamboul clasic descris în literatură prezintă dimensiuni de aproximativ 9,5 cm lățime / 12 cm lungime, vascularizația sa fiind asigurată de artera și vena maxilară externă și ramurile lor. Nu necesită includerea platismei pentru suport vascular [13-15].

Tehnica operatorie urmează pliul nazogenian și apoi trece peste marginea mandibulară, pînă în 1/3 medie a regiunii cervicale, unde capătă un traiect transversal peste mușchiul sternocleidomastoidian, iar apoi superior către lobul auricular [16-17].

Avantajul metodelor din segmentul inferior al graficului este determinat de faptul că folosesc tesuturi din vecinătate, cu caractere similare ale colorației și texturii pielii, dar pot avea și risc cicatricial mai mare prin dimensiunea relativ limitată a țesuturilor ce pot fi implicate în lambourile de reconstrucție (Fig. 3).

Lamboul realizat de noi coboară pînă la nivelul osului hioid, de unde capătă traiect transversal, pînă la marginea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian. Disecția a fost realizată în plan suprafascial, fără a realiza traiectul superior al segmentului terminal al inciziei. Au fost excizate două triunghiuri Burow la limita posterioară și anterioară a tesuturilor restante și sutura marginilor acestor triunghiuri. Avansarea lamboului a permis acoperirea defectului pînă la linia mediană pe piramida nazală și reconstrucția pleoapei inferioare în totalitate inclusiv unghiul intern. Lamboul a fost fixat la nivelul rebordului orbital printr-un fir profund fixat pe un rulou textil, pentru a recrea separația între regiunea maxilară și pleopa inferioară (septul orbital).



**Fig. 3** Reconstrucția cu lambou cervico-facial

Repoziționarea lamboului tegumentar și aplicarea acestuia nu au prezentat dificultăți, suturile realizându-se decalat începînd din segmentul inferior.

Evoluția lamboului a fost simplă, prezentînd o colorație normală, fara cianoză periferică și necroze marginale ulterioare. Medicația antiagregantă a fost administrată pentru favorizarea vascularizației periferice, pe o perioadă de 10 zile.

Alegerea lamboului cervico-facial pentru refacerea hemifaciesului după excizia tumorală, beneficiind de unicitatea lamboului, disecția facilă, lungimea acestuia și posibilitatea de a acoperi defecte de 6/7 cm [16-18], precum și modificările aduse, conferă lamboului calități certe în tratamentul pierderilor de substanță malare și suborbitare, dar prin aplicarea din acest caz extinzându-și utilitatea chiar și la defecte până la limita liniei mediene a piramidei nazale.

Aspectul unitar al rezultatului, cu caracteristici estetice satisfăcătoare (Fig.4), îl indică ca pe un lambou ce poate fi luat în considerație în chirurgia defectelor de țesut de la nivelul feței.



Fig. 4 Rezultat la 1 lună de zile

## CONCLUZII

Planificarea tratamentului chirurgical trebuie să prevadă îndepărtarea completă a leziunii. Susținem examenul anatomopatologic intraoperator (extemporaneu), deoarece recidivele tumorale la acest nivel sunt urmate de cele mai multe ori de operații mutilante, cu efect important asupra aspectului și psihicului pacientului.

Planul operator specific pentru fiecare formațiune tumorală în parte, necesitănd de foarte multe ori colaborarea între oftalmolog și chirurgul plastician, dar și cu chirurgul maxilo-facial sau chiar neurochirurgul.

Planificarea reconstrucției trebuie să includă de la început variante în funcție de dimensiunile și profunzimea exciziei și care vor fi adaptate la necesitățile operatorii.

Planul operator trebuie să cuprindă modalitatea de reconstrucție a regiunii, cu refacerea structurală și funcțională într-un procent cât mai mare. Se va alege varianta care asigură o reconstrucție cât mai aproape de normal.

Urmărirea în timp a evoluției cicatriciale și recidivelor tumorale este obligatorie și tratamentul acestora constituie o parte integrantă a tratamentului.

## BIBLIOGRAFIE

1. Spaeth GL. *Ophthalmic Surgery. Principles and Practice*, Philadelphia, WB Saunders Company, 1982.
2. Jelks GW, Glat PM, Jelks EB, Longaker MT. Medial canthal reconstruction using a medially based upper eyelid myocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(7): 1636-1643.



3. Porfiris E, Christopoulos A, Sandris P, Georgiou P, Ioannidis A, Popa CV, Kalokerinos D. Upper eyelid orbicularis oculi flap with tarsoconjunctival island for reconstruction of full-thickness lower lid defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103(1): 186-191.
4. Bartley GB, Messenger MM. Outcome of tarsoconjunctival flap dehiscence after eyelid reconstruction. *Am J Ophthalmol* 2002; 134(4): 627-630.
5. Bowman PH, Fosko SW, Hartstein ME. Periocular Reconstruction. *Semin Cutan Med Surg*. 2003; 22(4): 263-272.
6. Porfiris E, Kalokerinos D, Christopoulos A, Damilakos P, Ioannidis A, Georgiou P. Upper eyelid island orbicularis oculi myocutaneous flap for periorbital reconstruction. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2000; 16(1): 42-44.
7. Maloof AJ, Leatherbarrow B. The Glabellar flap dissected. *Eye (Lond)*. 2000; 14 (Pt 4): 597-605.
8. Bajaj MS, Sethi A. Complicated eyelid reconstruction after an unusual glabellar flap repair. *Acta Ophthalmol Scand* 2000; 78(5): 599-600.
9. Ng SG, Inkster CF, Leatherbarrow B. The rhomboid flap in medial canthal reconstruction. *Br J Ophthalmol* 2001; 85(5): 556-559.
10. Iida N, Ohsumi N, Tonegawa M, Tsutsumi K. Simple method of designing a bilobed flap. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104(2): 495-499.
11. Harris GJ, Garcia GH. Advancement flaps for large defects of the eyebrow, glabella, forehead and temple. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2002; 18(2): 138-145.
12. Maloof A, Ng S, Leatherbarrow B. The maximal Hughes procedure. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2001; 17(2): 96-102.
13. McCarthy JG. *Plastic surgery. The face*. vol 2, part 1. Philadelphia, WB Saunders 1990.
14. Mccord CD Jr, Tanenbaum M. *Oculoplastic surgery*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins Company, 1995.
15. Ginestel G, Frezeres H, Dupuis A, Pons J. *Atlas de technique opératoire, chirurgie plastique et reconstructive de la face*. Paris, Editions Medicales Flammarion 1967.
16. Kaplan I, Goldwyn RM. The versatility of laterally based cervicofacial flap for cheek repairs. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978, 61(3): 390-393.
17. Bakamjian VY. The reconstructive use of flaps in cancer surgery of the head and neck. In Saad MN, Lichtveld P. eds. *Reviews in plastic surgery: general plastic and reconstructive surgery*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1974.
18. Harris JG. *Atlas of oculo-facial reconstruction: principles and techniques for the repair of periocular defects*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2009.