

Résumé

LA FISTULE DUODENO — CHOLIQUE BENIGNE

Les auteurs, après avoir exposé les causes, la fréquence, la symptomatologie, l'examen radiologique, décrivent trois cas atteints de cette maladie. Les caractéristiques communes de ces malades étaient: une maladie longue et trainante avec une symptomatologie pas très évidente traitée pendant longtemps pour un ulcère chronique, une cholécystite, une malabsorption etc. Les auteurs en utilisant de complexes méthodes radiologiques (dont la plus importante est la duodénographie hypotonique) ont pu déterminer les signes radiologiques pathognomoniques tels «la présence de la substance contraste en dehors des contours du duodenum au niveau post bulbaire et dans le tiers supérieur de la partie descendente du duodenum», ainsi que «le remplissage rapide du colon» surtout à droite. Le diagnostic préopératoire a été confirmé par l'intervention.

REKONSTRUKSIONI I QAFËS ME LEMBO MUSKULO-KUTANE TË PECTORALIS MAJOR

— GJERGJI BELBA —

(Klinika e djegie-plastikës, Spitali klinik nr. 2 — Tiranë)

Pas prerjeve të gjera apo defekteve traumatike në regjione të ndryshme, në fushën operatore ekspozohen formacione anatomike si vaza, nerva, muskuj apo kocka. Mbyllja e këtyre plagëve kërkon të përgatiten lembo me vitalitet të plotë, me qëllim që ndërlikimet pasoperatore të jenë minimale. Njëkohësisht, me anën e këtyre lembove kirurgu plastik restauron funksionin, si edhe formën e jashtme të regjionit të prekur.

Problemet e mësipërme, këto vitet e fundit po zgjidhen me sukses me anën e lembove muskulo-kutane. Preparimi i lembove muskulo-kutane bazohet në parimin e ushqyerjes nga arteriet shpuesë që vijnë nga muskuli nën të. Pra, një ishull lëkure mbi muskul do të jetojë vetëm në qoftë se do të ruhet vaskularizimi i muskulit.

Zhvendosja e muskulit duke prerë fiksimit, por duke ruajtur vaskularizimin e tij bën që të zhvendoset edhe ishulli i lëkurës. Kjo njësi muskulo-kutane mbush mjaft mirë defektet, mbron formacionet anatomike, mënjanon ndjeshmërisht infeksionin, fiksohet mirë në indet e rrezatuara më parë, akomodohet plotësisht, duke ruajtur formën kozmetike të regjionit, ul në mënyrë të ndjeshme ditëqëndrimin në spital si ndërhyrje që kryhet vetëm me një etapë. Me lembo muskulo-kutane të *pectoralis major* mbyllen kryesisht defektet në qafë, në gjysmën e poshtme të fytyrës si dhe rekonstruktohen dëmtimet mukozale në këto regjione (2,4,5, 8,11,12).

Këtë lembo e ka preparuar për herë të parë Ariyan në vitin 1979 (7). Përfundime të plota për sa i përket preparimit, zbatimit e ndërlikimeve u bënë në vitet 1983-1984 (3,6,9). Bazuar në to, e realizuam fillimisht operimin në 11 kadavra, e më pas në rastin e parë që na u paraqit.

Rasti ynë klinik. Pacienti K.K., 60 vjeç, shtrohet tek ne më 22.10.1986 me kartelë nr. 6035, me diagnozë: *Ca cutis bazoqelizor regio coli dexter*. Dërgohet nga Instituti i Onkologjisë. Lokalisht paraqiste një masë krateriforme me diametër 8 cm, të ngjitur me struktura të thella, me adenopati regjionale, e vendosur midis këndit mandibular dhe klavikulës së djathtë. Në qendër të masës kish fibrinë, ndërsa lëkura ishte e inflamuar. Pacienti referonte se masa i ishte zhvilluar dy muajt e fundit. U vendos që, para ndërhyrjes, pacienti të mjekohet lokalisht disa ditë për

qetësimin e dukurive inflamatore periferike dytësore. Më 24.10.1986 merret në sallë për heqjen e masës dhe mbylljen e defektit me lembon muskulo-kutane të *pectoralis major*. Kufitë e prerjes u përcaktuan në bashkëpunim me onkologun, ndërsa ne bëmë planin e ndërhyrjes duke vizatuar ishullin kutan mbi muskulin *pectoralis major* të djathtë (Foto nr. 1). Nën narkozë endotrakeale fillohet ekcizimi i masës tumorale 3 cm në periferi në saj, në bllok. Konstatohet se patologjia ka përfshirë: platizmën, muskulin sterno-kleidomastoid, omohioid dhe skalenë të përparme. Gjatë prerjes së tyre shihet se në qendër masa ka përfshirë edhe venën jugulare të brendshme. Bëhet prerja e saj dhe zvotimi i nyjeve limfatike regjionale, duke pastruar plotësisht fushën operatore nga procesi malinj. Kështu në qafë krijohet një defekt i thellë me përmasa 12 x 10 cm, ku janë ekspozuar arteria *carotis comunis*, nervat vag e frenik, pleksi brachial (Foto nr. 2). Pas përfundimit të prerjes, u kalua në përgatitjen e lembos muskulo-kutane. Me anë të një incizioni të lakuar, që fillon në 1/3-ën anësore të klavikulës, shkohet medialisht thithit e formohet më pas ishulli kutan mbi muskulin pectoral. Incizioni prek fascien torakale, por jo muskulin. Fiksohet derma dhe subkutisi i ishullit kutan me qepje të veçanta me fascien pektorale. Ngrihet lëkura në të dyja anët e incizioneve, duke e ekspozuar plotësisht muskulin. Preparimi i muskulit pectoral dhe ishullit kutan mbi të, kryhet pa hemorragji apo dëmtim të arteries ushqyese muskulare, duke u futur në planin ndërpektoral (midis muskulit *pectoralis major* dhe *pectoralis minor*). Në këtë hapësirë palpohej arteria ushqyese muskulare me lumen 2 mm dhe gjatësi 15 cm. Ky është edhe momenti kryesor për ngritjen e lembos (Foto nr. 3). Më pas u prenë fiksime sternale, brinjore, klavikulare, por gjithnjë duke prekur e ruajtur arterien muskulare. Shpërngulja e lembos muskulo-kutane në defektin e qafës u realizua duke e kaluar atë subkutane, në një tunel të cilin e preparuam vetë ne. Ky manipulim u lehtësua nga një prerje mbi fiksimin humeral të muskulit. Kujdes duhet të kemi që, gjatë shpërnguljes, arteria muskulare të mos paloset ose përdridhet, pasi do të prishej vaskularizimi. Qepja e indit muskulo — kutan u realizua në dy shtresa, e brendshmja me vikryl, ndërsa plani kutan me naylon 5/0. Nën lembo u la dren aspirativ me vakuum. Llozha e lembos muskulo-kutane u mbyll me transplant të lirë lëkure, marrë me thikën e Tirshit të modifikuar (Humby), në kofshën e djathtë. Ndërhyrja dhe periudha pasoperatore kaloi pa ndërlikime. Biopsia pasoperatore vërtetoi se ishte karcinomë bazoqelizore, ndërsa nyjet limfatike ishin hiperplazike. Lemboja muskulo-kutane u konsolidua mjaft mirë. Pacienti doli i shëruar klinikisht nga spitali 20 ditë pas ndërhyrjes (Foto nr. 4).

Diskutim

Duke qenë se kemi të bëjmë me ndërhyrje të gjatë (heqjen e masës tumorale, zvotim i limfonodulave regjionale, preparim i lembos muskulo-kutane e shpërngulje e saj) traumatike, është e domosdoshme të mbahen parasysh disa momente, neglizhimi i të cilave do të na çonte në dështim. Disa nga ndërlikimet e mundshme do të ishin dështimi me nekrozë të pjesshme apo të plotë të lembos, infeksioni anaerob, osteit në

llozhën donore deri shkolitje qepjesh nga cikatrizimi i mangët (9). Ekzaminimet laboratorike kanë rëndësi të veçantë — sidomos vlerësimi i hematokritit dhe masës eritrocitare. Hematokriti duhet të jetë deri 39 për qind, ndërsa numri i eritrociteve midis 3.500.000 deri 4.400.000, ndryshe mund të kemi nekrozë të lembos nga mbingarkesa glubulare, duke pasur parasysh kalibrin e vogël të arteries ushqyese muskulare (9). Pacienti ynë kishte një hematokrit të lartë 5.000.000. Bazuar në këto të dhëna, u vendos që pacientit të mos i transfuzohet gjak, përkundrazi t'i shkactohej një hemodilum me lëngje e plazmë. Gjatë ndërhyrjes u hodhën 3 litra lëngje, midis të cilave 700 cc plazmë. Hematokriti pasoperator rezultoi në shifrat e dëshiruara — 38 për qind.

Përmasat e lembos muskulo-kutane varen nga defekti ku ajo do shpërngulet. Përmasat e lembos që ne preparuam ishin rreth 20 cm, por ato mund të variojnë midis 12-25 cm (6). Duke pasur parasysh bifurkacionin e arteries kryesore muskulare, lemboja muskulo-kutane mund të ndërtohet me dy ishuj lëkure. Kështu, pas prerjeve në *cavum oris*, rikonstruktohet njëkohësisht me anën e palosjes së lembos si plani mukoz, ashtu edhe ai kutan. Gjatë preparimit të lembos, përveç kujdesit që duhet të kemi për ruajtjen e arteries muskulare, rëndësi të njëjtë merr dhe ruajtja e venave shoqëruese. Dëmtimi i tyre shkakton stazë, me pasoja të rënda për konsolidimin e lembos.

Pas ndërhyrjes përdorëm dy antibiotikë të fuqishëm si masë parandaluese ndaj një infeksioni të mundshëm, duke pasur parasysh dhe inflamimin periferik që kishte masa tumorale në shtrim.

Gjatë gjithë periudhës së konsolidimit të lembos, koka u mbajt pak e flektuar, për të mos shkaktuar tërheqje, e cila shkolit qepjet (3). Pa-



Foto 1



Foto 2

cienti u mbajt në një regjim hiperproteine-mik, gojor dhe perfuzioni (1). Penjët u hoqën në ditën e 14-të. Në dalje nuk u vunë re deficite të ndjeshme në lëvizjen e krahut. Në kontrollin pas 6 muajsh, gjendja lokale e lembos ishte normale (Foto nr. 5).

Si përfundim, mund të themi se zbatimi i lembove muskulo-kutane po zgjidh mjaft probleme të ndërlikuar në kirurgjinë rikonstruktive të qafës dhe të fytyrës. Epërsia e tyre karshi lembove pendunkulare lokale apo tubave migrues, është e dukshme. Përvetësimi i zhvendosjes së lembos muskulo-kutane, sidomos të asaj të pectoralis major, nga kirurgu plastik, do të bëjë të zgjidhen me sukses mjaft raste në këtë specialitet.

Dorëzuar në redaksi
më 8.3.1987

BIBLIOGRAFIA

- 1) Daly M.: Nutritional rehabilitation in patients with advanced head and neck cancer receiving radiation therapy. The Amer. jour. of surgery, 1984, 10, 514.
- 2) Freidel M et coll.: Lambeau myo-cutane de grand pectoral et maladie de Romberg Annal. de chirurgie plastique, 1984, 29, 3, 282.
- 3) Jahn S.P. and coll.: Some observations on 112 pectoralis major myo-cutaneous flaps. The Amer. jour. of surgery, 1984, 2, 273.
- 4) King F.S. and coll.: Use of the pectoralis major muscle flap for repair of a tracheoesophageal fistula. The American jour. of surgery, 1985, 11, 617.
- 5) Malka G. et coll.: Les lambeaux myo-cutanes en chirurgie réparatrice. Annal. de chirurgie plastique, 1982, 27, 3, 288.

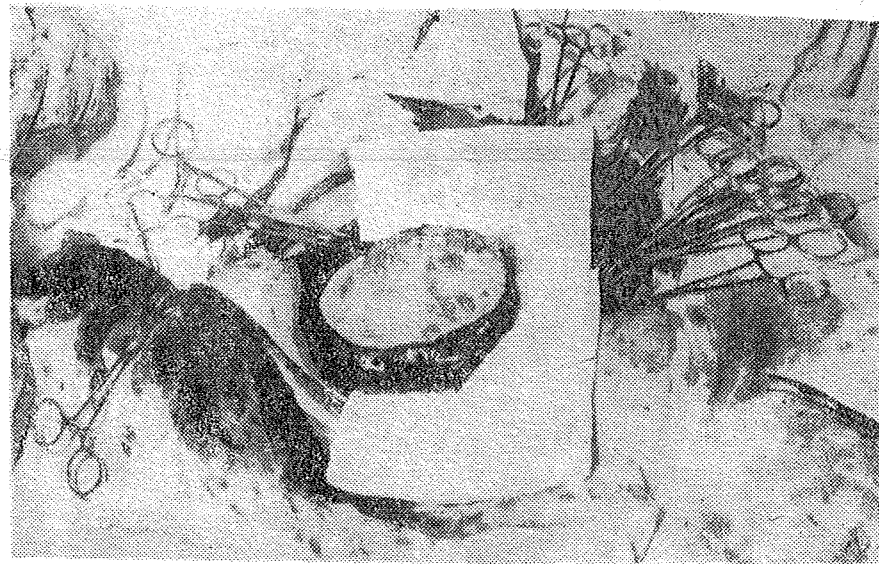


Foto 3



Foto 4



Foto 5

- 6) Meger R. et coll.: Retrospective de 102 cas de lambeaux myo-cutanes en chirurgie reconstructive cervico-faciale. Médecine et hygiène, 1984, 3, 689.
- 7) Nerobyeyev A.J.: Reconstruction of the chin in maloc patients. Acta chirurgiae plasticae, 1986, 28, 25.
- 8) Soussaline M.: Reconstruction de la face interne de la joue. Annales de chirurgie plastique, 1982, 27, 1, 10.
- 9) Soussaline M. et al.: Bilan de l'utilisation du lambeau musculo-cutané acromio-toracique en Ecarcinologie cervico-faciale. Annales de chirurgie plastique, 1984, 29, 2, 135.
- 10) Weaver W., Arthur.: Modified bilobular (gemini) pectoralis major myo-cutaneous flap. The American of surgery, 1982, 10, 482.
- 11) Wilk A.: Utilisation intrathoracique d'un lambeau myo-cutané de grand pectoral pour faire la jonction entre un estomac tubule retrosternal et le moignon

- oesophagien cervical. Annales de chirurgie plastique, 1984, 29, 3, 227.
- 12) Wilk A.: Le Lambeau myo-cutané de grand pectoral en chirurgie radique cervico-maxilofaciale. Annales de chirurgie plastique 1985, 30, 4, 309.

Summary

RECONSTRUCTION OF THE NECK BY USING MUSCULO-CUTANEOUS GRAFTS FROM THE PECTORALIS MAJOR REGION

This type of reconstruction of the neck was designed to better preserve the nutritional function of the muscles. Musculo-cutaneous grafts were first performed on cadavers and the method was later applied in a case of basocellular carcinoma in the right region of the neck. The paper describes the technique of the operation and gives a summarized review of the literature on that subject.

Résumé

RECONSTRUCTION DE LA REGION CERVICALE AVEC LAMBEAU MUSCULO — CUTANE DU GRAND PECTORAL

Dans l'article il est décrit la reconstruction de la région cervicale (du cou) avec lambeau musculo — cutané du muscle grand pectoral. Auparavant, la préparation avec lambeau a été réalisée sur cadavres et puis sur le premier malades atteint de carcinome basocellulaire de la région cervicale droite. On décrit en détails la technique opératoire et les données de la littérature sur ce problème.