

LEMBOJA MUSKULO KUTANE E LATISSIMUS DORSI DHE APLIKIMI I SAJ PRAKTIK

GJERGJI BELBA*

Summary

THE MUSCULO – CUTANEOUS FLAP OF LATISSIMUS DORSI AND HER PRACTICAL APPLICATION

The musculo-cutaneous flap of latissimus dorsi is qualified as the flap that is utilized more in everyday practice.

Among characteristics that distinguish from other flaps is considerable muscular measure, powerful neurovascular pedicle and the possibility of transfer as a free flap.

Like that, it has more indications, to whom is discussed taking the regions separately.

For the complications they are minimal and may avoid completely. The cases that have been operated in the clinic, the describe of the flap in many surgical bulletins of different speciality, speaks for the vitality of the flap. Is coming the time that surgical thechnic must be known in our surgical clinics.

Historia e lembove muskulo-kutane është e vjetër. Ajo ka filluar në shekullin e kaluar kur më 1896 Tehsini rekonstruktoi një gji të amputuar me lembo muskulo – kutane të latissimus dorsi (1). Por metoda e re nuk u përkrah. Kirurgët vazhduan të mbyllin defektet torakale anteriore me lembon pedunkulare torako—abdominale ose me epiplonoplastikë. Këto intervenete ndryshonin konfiguracionin regional dhe shpesh ndërlikonin situatën. Merita e rizbulimit të lembos është e Olivarit N. Pas 80 vjet harrese më 1976 ai e përdorinë trajtimin e radio nekrozave torakale (2). Autorë të tjerë zgjeruan gamën e indikacioneve, për të arritur së fundi në transferimin me anën e mikrokirurgjisë (3).

Anatomia e muskulit latissimus dorsi

Në anatomicinë patologjike u studiuan 9 muskuj. Latissimus dorsi kish origjinë aponeuretike nga fascia torakodorsale dhe si e tillë fiksohej në proceset spinoze të 7-të vertebrave të fundit torakalë, në vertebrat lumbare, sakrum e në kreshtën iliake. Sa më tepër largohej nga kulona vertebrale e kreshta iliake, aq më i plotë bëhej si muskul. Nën aksilë formohej buza laterale e lirë lehtësisht e dallueshme, ndërsa duke shkuar anteriorisht ai fiksohej në tre brinjët e fundit. Roli aduktor e rrotullues i brëndëshëm i krahut sigurohet nga fiksimi i tij në gropën intertuberkulare të humerusit. Vetë muskuli ndahej në dy entitete, në atë anterior e në atë posteruor,

që respektivisht përmbajnë 1/3-ën e 2/3-ën e masës muskulare. Vaskularizimi i muskulit latissimus dorsi kryhet nga arteria torako – doreale diametri i së cilës varionte nga 1.5 – 2 mm. Gjatë preparimit vumë re arteria torake – dorsale ndahej në dy degë njëra për entitetin anterior, tjetra për entitetin posterior. Ajo shoqërohej nga vena torako – dorsale, që së bashku me nervin torako- dorsal formonin tufën neurovaskulare. Në preparimet kadaverike u provua se muskuli latissimus dorsi kish një hark çvendosës nga umbilikusi deri në regionin farcial.

Teknika operatore

Në defektet e afërta me muskulin latissimus dorsi, pozicioni i pacientit është në dekubitus dorsal, ndërsa në transferimet e largëta pozicioni në dekubitus laterale me krah të abduktuar 90°, është i detyrueshëm (4). Përcaktohen kufijtë e muskulit. Incizioni fillon me fosën aksilare, për të shkuar inferiorisht drejtë buzës së lirë të muskulit. Për rekonstrukcionin torakal anterior gjatësia e tij është 10-15 cm., ndërsa për rekonstrukcionin e "kateve" të mësipërme, nënkuptojmë qafën e fytyrës, ky duhet të jetë i gjatë 20- 30 cm. Në fund të këtij incizioni formojmë ishullin kutan (Skica nr. 1). Me qëllim që pjesa ngelëse e muskulit të ruajë funksionin e saj normal fiziologjik, ishulli kutan mbështete tjetër në entitetin anteriorë. Treguesi kryesorë që jemi duke preparuar mirë është lehtësia me të cilin disekohet

* Dërguar në Redaksi më 23 Nëntor 1995, miratuar për botim në 14 Korrik 1996.

Nga Klinika e djegie - plastikës e Qendrës Spitalore Universitare, Tiranë (Gj. B.).

Adresa për letërkëmbim: Gj. Belba Klinika e djegie - plastikës e Qendrës Spitalore Universitare, Tiranë.

përpara, pasi muskuli latisimus dorsi ndahet nga shtresa e dytë e muskujve të shpinës nga një plan me ind të shkrifët lidhor. Duke vazhduar më tej palpojmë tufën neurovaskulare, të cilët duhen ta ruajmë nga dëmtimet (4). Preparimi i lembos përfundon me prerjen e fiksimeve që pengojnë lëvizjen e lembos drejt defektit (Skica nr. 2). Shprehemi kështu sepse në regionet fqinjë pendukuli i lembos është muskulo-neurovaskular, pra nuk priten të gjitha fiksime muskulare. Per qafën e fytyrës pritet fiksime humeral, pendukuli është neurovaskular, ndërsa ishulli kutan formohet në afërsi të kreshtës iliake. Kryerja e këtyre veprimeve i siguron lembos zhvendosjen maksimale.

Nervi torako dorsal në përgjithësi nuk pritet, bën përjashtim rasti estetik. Si dhe lembot e tjera muskulo – kutane, preparimi i lembos muskulo – kutane të latisimit dorsi është retrograd. Kjo do të thotë se desekimi i pendunkulit neurovaskularë filonll mbasi ai pulpohet. Kirurgu në dorën e majtë mban masën indore, kurse në të djathtë e disekon atë deri në origjinë (1). Pas tunelizimit (skica nr.3) suturimi i lembos në llozhën pritëse postekcizionale bëhet me dy shtresa. Me suturë ketguti pjesët muskulare mbushin zgavrat e thella, po ashtu në dy tre pika muskulit i sigurohet kontakt më i plotë me dyshmenë e defektit. Sekretionet sero-hemorragjike drenohen me dy drena aspirative.. Llozha dhëmbëse e lembos mbyllet për primam kur gjerësia e lembos është nën 11 cm., kjo arrihet me preparimin e buzëve së plagës 7-8 cm (Skica nr.4). Në qoftë se llozha është më e gjerë përdoret transplant epidermo dermik. Rekomdandohet vendosja e suturave tip U-je, të cilat reduktojnë defektin së tepërmi.

Rastet klinike

Rasti i parë : Pacienti B.D., 54 vjeç shtrohet më 5.5. 1987 me diagnozë : Carcinomë bazocelulare subclavicularis dex. Masa ish plane e ulceruar vende-vende e me lagështi. Përmasat e saj ishin 9 x 4 cm. Ekcizohet bashkë me masën indet patologjike si dhe një pjesë e muskulit pectoralis major. Ekspozohet në fushën operatore klavikula, brinjët e sipërme dhe një pjesë e sternumit. Defekti i krijuar me dimensionet 18 x 10 cm, u mbyll me lembon muskulo – kutane të latisimit të djathtë. Pendukuli i saj ish muskulo-neurovaskular. Në ditën e 12-të u hoqën penjët, lemboja ish me ngyrë normale. Biopsia postoperatore nuk ndryshoi nga e dërgimit. Ajo e limfonodulave të zvetuara në aksilën e djathtë tregoi se ishin hiperplazike. Pacienti doli nga spitali pas 30-të ditësh. Llozha dhëmbëse e lembos nuk u arrit të mbyllet për primam. Në qendër të saj ngeli një zonë 6 x 4 cm e cila u mbulua me transplant epidermodermik.

Rasti i dytë : Pacienti S.N., 32 vjeç, dërgohet tek ne më 25.6.1987 me diagnozë : Ateroma magna regio pectoralis sin. Kish një masë 10 x 5 cm të fortë të aderuar me muskulin e mësipërm. Ekcizohet masa e plaga mbulohet me transplant epidermodermik. Dyshimi klinik u vërtetua nga përgjigja e

biopsisë që rezultoi fibrosarkomë. Pacienti u muar përsëri në sallë ku iu bë një ekcizim më i gjerë dhe më i thellë. Në defektin me diametër 14 cm u ekspozuan brinjët pasi u hoq edhe muskuli pectoralis minor. Për rekonstrukcionin e tij u preparua lemboja muskulo-kutane e latisimus dorsi sin. Ajo u transferua anteriorisht nëpërmjet një tuneli subkutan. Llozha e lembos kish gjerësi 11 cm e u arrit të mbyllet për primam. Pacienti doli nga spitali 22 ditë pas interventit të dytë.

Rasti i tretë : Pacienti P.G., 17 vjeç shtrohet më dt.8.03.1988 me diagnozë : Ulkus trofikus planta pedis dex. I traumatizuar para 9-të muajsh me makinë korrëse. Pas ekcizimit krijohet një defekt plantar i konsiderueshëm, i cili u rekonstruktua me anë të lembos muskulo-kutane të latisimus dorsi sin. Lemboja u transferua në një etapë me anë të mikroanastomozës arterio-venoze. Doli i shëruar nga spitali pas 43 ditësh.

Rasti i katërt: Pacientia P.Sh., 60 vjeç konsultohet më 3.03.1989 në Institutin Ftiziatrik për një dermo-fibrosarkomë torakale anteriore të majtë. Operohet ku pas ekcizimit të masës tumorale, klavikulës e brinjës së dytë, ekspozohet pulmoni. Rekonstrukcioni i efektit u realizua me anë të lembos muskulo-kutane të latisimit të majtë. Doli nga spitali pa plagë pas 36 ditësh.

Rasti i pestë: Pacienti S.R., 16 vjeç paraqiste një kontrakturë vicioze koli anterior pas djegies. Shtrohet në klinikën tonë më 7.01.1991. Pas ekcizimit të cikatriksit ekspozohen në fushën operatore formacionet vazale të qafës. Përmasat e defektit diktuan që të realizojmë një lembo muskulo-kutane e latisimit të djathtë me dimensione 20 x 15 cm. Lemboja pas konsolidimit zgjodhi mjaft mirë problemet funksionale dhe estetike. Doli i shëruar pas 43 ditësh.

Rasti i gjashtë: Pacienti F.D., 12 vjeç shtrohet tek ne më 27.07.1992 me diagnozë : Fistul coli lateral dex., në terren të një kontraktуре vicioze kelloidiforme pas djegies. Pas dy ditësh mjekimi konservativ operohet, ku gjatë të njëjtës etapë operatore realizohet ekcizimi i fistulës dhe i cikatriksit kelloidiform, shtrirje e plotë e qafës dhe mbyllje e defektit me anë të lembos muskulo-kutane të latisimit të djathtë. Doli nga spitali i shëruar pas 30 ditësh.

Diskutim

Sot pranohen nga të gjithë, se lemboja muskulo-kutane e latisimit dorsi është lemboja që përdoret më shumë në praktikën e përditshme. Ky përfundim është nxjerrë duke patur parasysh harkun rrotullues të lembos që shkon nga umbilikusi deri në fytyrë (5). Territori më i largët që prek është orbita okulare. E krahasuar me "shoqet" e saj, ajo me të drejtë mund të quhet nderregionale. Ajo veti që e dallon, është se ajo transporton masë indore e muskulare 2-3 herë më e madhe se lembot e tjera

muskulo-kutane.

Dimensionet e lembos kalojnë sipërfaqen 300 cm², kur raportet midis gjatësisë e gjerësisë përcaktohen nga kirurgu në varësi nga interesi lokal (1). Pendukuli i fuqishëm neuro-vaskular, i degëzuar propocionalisht, nuk lejon që lemboja të jeta anemike e njëkohësisht i jep sensibilitetet motor.

Për indikacionet do të flasim duke i grupuar sipas regioneve. Rezultatet e mira që dha lemboja në rekonstruksin e defekteve postekcizional e posttraumatikë të regioneve torako-abdominale, torakal posterior e në regionin skapular, bëri që kirurgët ta përdorin pa ngurim në patologji të tjera. Ajo nuk qëndroi gjatë në qafë për dy arsye. Së pari prej konkurrencës së lembos muskulo-kutane të pectoralis major (6), e së dyti pasi kirurgët maksilo-faciale zgjeruan indikacionet për të. Në këtë specialitet, transportimi i brinjës së 9-të ose të 10-të me anë të lembos muskulo-kutane të latissimus dorsi, ka zëvendësuar me sukses transplant kockore, për rekonstruksin e mandibulës(7). Fragmenti kockor

BIBLIOGRAFIA

- 1.Labbe D.,Compere J.: Utilisation du lambeau myocutane de grand dorsl en chirurgie reparatrice cervico-maxillo-faciale. Revue de stom. Et de chir. max-fac., 1987, 6:454-460
- 2.Lejour M.: Analyse de cinquante – six reconstructions mammaires par lambeau de grand dorsal. Ann.de Chir.Plastique, 1985, 1:8-16.
- 3.Merlier CH.: Utilisation des lambeaux musculaires pedicules ou libres dans le modelage de l'etage mandibulaire de laface. Ann.de chir. Plastique, 1982,3:243-247.
- 4.Sebatier E.,Bakamiam Y.: Transaxillary latissimus dorsi flap reconstruction in head and neck cancer. The Am. Jour. Of Surg. 1985,10:427-434.
- 5.Kënnet P.: Surgical mengement and reconstruction of extensive chest çall malignacies. The Am. Jour.of Surg.,1982,7:146-152.
- 6.Belba Gj.: Rekonstrukcioni I qafës me lembon muskulo-kitane të pectoralis major. Buletini I UT-

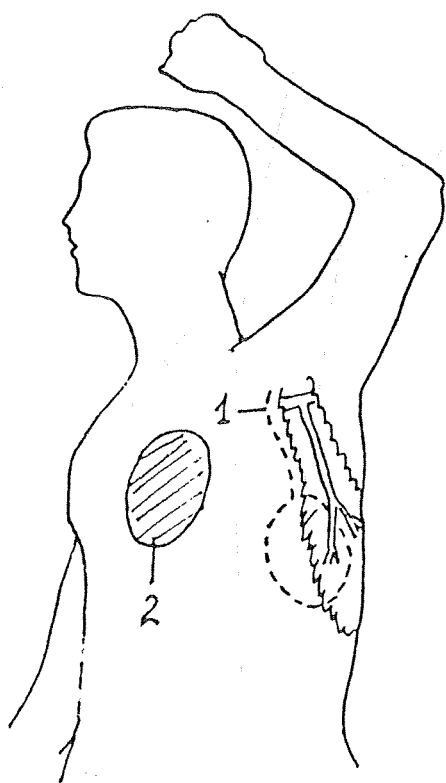


Figura nr.1. Lemboja muskulo-kutane e latissimus dorsi
1- Linja e incizionit
2- Defekti

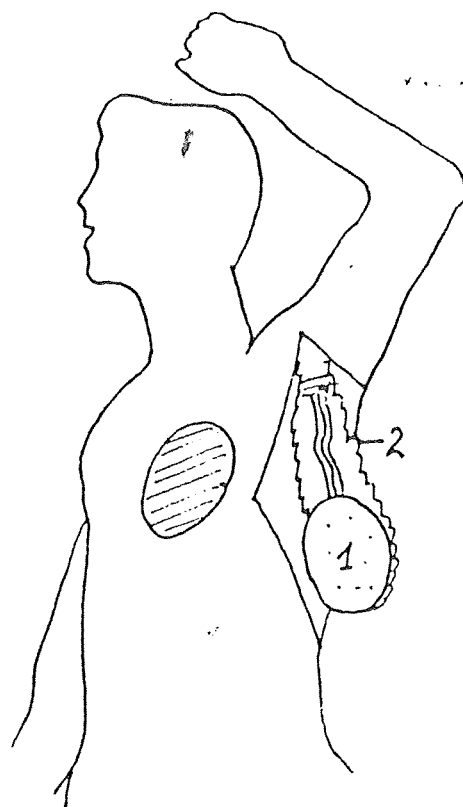


Figura nr. 2 .
1- Ngritja e lembos
2- Disekimi i pedunkulit arterio venoz

vazhdon të ketë lidhje me muskulin, për pasojë quhet i vaskularizuar.

Dy regione të tjera të aplikimit të lembos janë aksila e regioni brakial superior. Kohët e fundit masa muskulare po përdoret për trajtimin e agenezive indore, në paralizën e muskulit deltoideus, në dëmtimet traumatike të plekseve nervorë (8,9,10). Në literaturë paraqiten raste ku lemboja ndërton gjatë të njëjtë etapë operatore mukozën faciale e planin e jashtëm kutan (11). Gjithashtu nuk mungojnë referimet ku ajo ka indikacione specifike në specialitete të ndryshme. Dihet se mamektomia krijon një traumë psikike në seksin femër, ndërsa humbja e gjoksit shihet si gjymtim i tërësisë trupore.

Mbyllja e plagës me lembon torako-abdominale apo duke përdorur gjoksin mbetës, përveç prishjes së estetikës regionale krijon emocione të tjera negative, aq të dëmshme për sëmundjen bazë. Pas vitit 1977 rekonstrukcioni i gjoksit bëhet me lembon muskulo-kutane të latisimusit dorsi, e cila i zbheh së tepërmi këto efekte negative. Në vitin 1984 ajo u cilësua si metoda më e zgjedhur e më estetike (12).

Krahasimi i indikacioneve e avantazheve të mësipërme me komplikacionet, do të na bindë më shumë për efikasitetin e lembos. Autorët në raportimet e tyre prej 40-50 rastesh, flasin për dështim të plotë vetëm për 1 ose 2 raste (2). Nekrotizimi i lembos ka ndodhur nga dëmtimi i pendukulit ose kur indikacionet kanë qenë të gabuara. Kundërindikacion për të janë plagët e infektuara, zonat e rrezatuara të regionit aksilar, cikatrikset e thella të këtij regionit, skleroza e vazave në pacientë me moshë të thyer e denutritivë. Nuk jemi dakort që ndryshimin e pozicionit të pacientit gjatë interventit, hemorragjinë gjatë ngritjes së lembos, apo mundësinë e dëmtimit të pleksusit brakial gjatë disekimit të tufës neurovaskulare në origjinë të saj, t'i quajmë dizavantazhe.

Në konsiderojmë ato elementë teknikë që duhen respektuar, pasi në momente të ndryshme kanë vlera të ndryshme. Kështu në fillim hemorragjia profuze flet për qarkullimin e mirë të gjakut në lembo dhe hemostaza nuk bëhet e plotë për të shkaktuar hemodilum. Në një etapë të dytë hemostaza bëhet definitive, për të mos lejuar që hematokriti të bjerë nën 30%. Dështimet e pjesshme periferike kanë të bëjnë kryesisht me infeksionin lokal, tensionimin e

lembos si edhe me finesën e veprimeve të kirurgut gjatë interventit. Njihen gjithashtu seromat, që zhvillohen pas heqjes së drenave, hematomat që nuk duhen lejuar të supurohen etj.

Problemi që ka nxitur debat sidomos vitet e para të aplikimit, ka qenë nëse lemboja e dëmton ose jo lëvizjen e krahut.

Studimet e largëta kanë trguar se edhe kur ishulli kutan është i vendosur në qendër të muskulit, deficitit primar në lëvizjen e krahut, më vonë kompensohet nga pjesa ngelëse muskulare dhe nga muskujt e tjerë regionale. Sot me njohjen e plotë të vaskularizimit muskular debati është mbyllur, pasi rreth 70% e masës së muskulit ngelet e e pa prekur nga lemboja (13). Pacienti nuk ka nevojë të bëjë ushtrime gjimnastike e rehabilituese specifike. Së fundi theksojmë se llozha e lembos mbyllet shpesh për primam.

Edhe në ato raste kur përdoret transplant epidermo-dermik, kjo ndodhet e fshehur në regionin aksilar.

Në rastet tona lembot u konsoliduan shpejt. Ditë qëndrimi postoperator që i shkurtër. Në një rast transplantit epidermo-dermik në llozhën e lembos u nekrotizua në 2-3 vende. Plaga u cikatrizua duke mos patur nevojë për një transplant të dytë. Ky komplikim minor njihet nga literatura e mendohet se autoliza shkaktohet nga lëvizjet respiratore të gjoksit. Në kontollet e afërta të largëta pacientët janë pa shqetësime, me aktivitet të pakufizuar e me lëvizje normale të krahut.

Konkluzion

Lemboja muskulo-kutane e latisimus dorsi është cilësuar lemboja që përdoret më shumë në praktikën e përditshme. Midis vetive që e dallojnë nga lembot e tjera janë masa e konsiderueshme muskulare, pendunkuli i fuqishëm neuro-vaskular e mundësia e transferimit si e pavarur. Si e tillë ajo ka indikacione të shumta për të cilat është diskutuar duke marrë regionet veças.

Përsa i takojnë komplikimeve ato janë minimale e evitohen plotësisht. Rastet e operuara në klinikë, përshkrimi i lembos në mjaft buletine kirurgjikale të specialiteteve të ndryshme, tregojnë për vitalitetin e saj. Ka ardhur koha që teknika operatore e saj të bëhet objekt njohje në klinikat tona kirurgjikale.

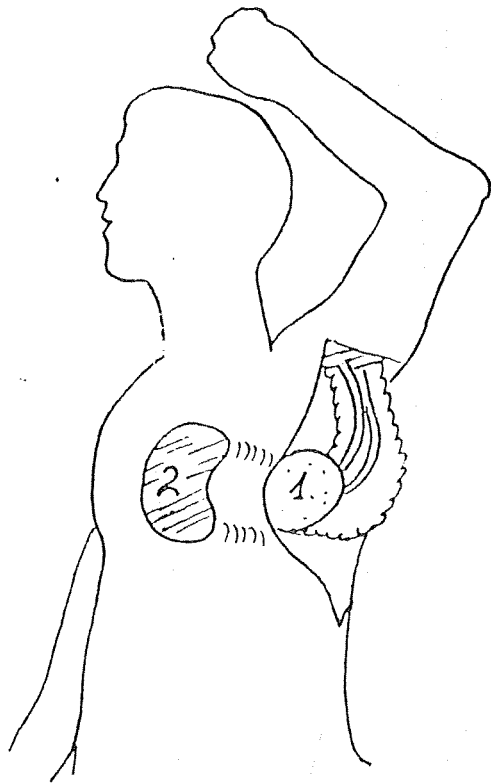


Figura nr. 3

- 1- Tunelizimi i lumbos
- 2- Defekti

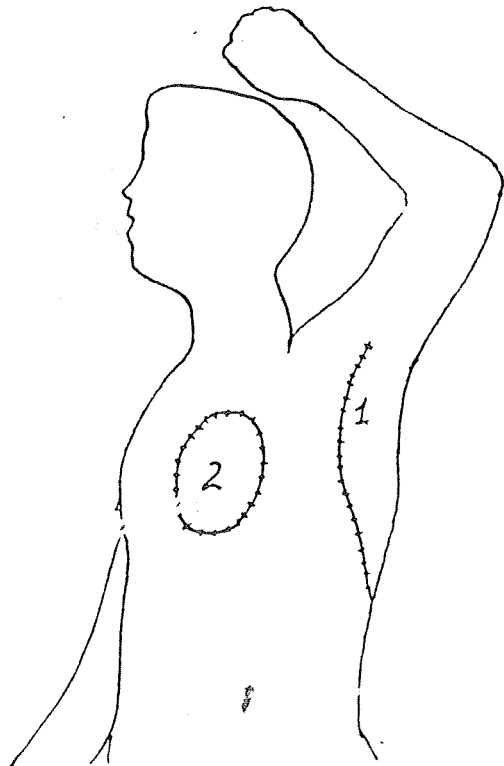


Figura nr. 4.

- 1- Mbyllja për primar e llozhës
- 2- Sutura e lumbos në defekt

BIBLIOGRAFIA

1. Labbe D., Compere J.: Utilisation du lambeau myocutane de grand dorsl en chirurgie reparatrice cervico-maxillo-faciale. Revue de stom. Et de chir. max-fac., 1987, 6:454-460
2. Lejour M.: Analyse de cinquante – six reconstructions mammaires par lambeau de grand dorsal. Ann.de Chir.Plastique, 1985, 1:8-16.
3. Merlier CH.: Utilisation des lambeaux musculaires pedicules ou libres dans le modelage de l'etage mandibulaire de laface. Ann.de chir. Plastique, 1982,3:243-247.
4. Sebatier E., Bakamiam Y.: Transaxillary latissimus dorsi flap reconstruction in head and neck cancer. The Am. Jour. Of Surg. 1985,10:427-434.
5. Kwnnet P.: Surgical mengement and reconstruction of extensive chest wall malignacies. The Am. Jour.of Surg.,1982,7:146-152.
6. Belba Gj.: Rekonstruksioni I qafws me lumbon muskulo-kitane tw pectoralis major. Buletini I UT-Seria Shkencat Mjekësore,1987,3:123-129.
7. Douglas R.: One stage reconstruction using the latissimus myoosteocutaneous frre flap. The Am.Jour.of Surg.,1982,10:470-472.
8. Flageul G., Kassab S.: Syndrom de Poland: Pour une diminution de la rançon cicatricielle. Ann.de Chir. Plastique, 1987,2:144-147.
9. Itoh Y., Sasaki T.: Transfer of latissimus dorsi to

- replace a paralysed anterior deltoid. The Jour. Of bone and joint surgery, 1987, 4:647-651.
10. Kybacek B.: Rekonstrukcia sgibania loktevogo susteva posle ranienia plexus brachialis. Acta chir. Plasticae, 1987, 3:159-164.
11. Maruyama Y.: One stage total cheek reconstruction with double folded extended latissimus dorsi musculo-cutaneo-us flap.
12. Krupp S.: Etat actuel de la reconstruction du sein. Medicine et Hygiene, 1984, 3:689-694.
13. Muller G.: Interet du lambeau anterieur de grand dorsal. Ann. de Chir. Plastique, 1986, 4:359-365.