

EKSPANSIONI KUTAN NË KORRIGJIMIN E CIKATRIKSEVE POSTKOMBUSTIONALE

SOKOL ISARAJ, GJERGJI BELBA*

Summary

SKIN EXPANSION IN THE TREATMENT OF POSTBURN SCARS

Skin expansion is the most advanced and the most efficacious technique in dealing with the problematic scar, to correct them aesthetically and functionally. During a five year period 96-2000, 40 patients were treated in our clinic especially with alopecic scars. The operation is of two stages. The first stage consists in inserting an adequate prosthesis made of silicone near the defect. This prosthesis is inflated in the following weeks, approximately 4-8 weeks. When the maximal capacity is reached, the second stage is carried out: the expander is removed and the excess of skin that is created after the process is stretched towards the defect created after the excision of the scar. The results may be considered satisfactory (only one case was a complete failure) and the complications very rare. The field of using skin expanders is getting wider and nowadays it encompasses the reconstructive and post traumatic surgery. Actually our patient has had no difficulties in finding the prosthesis, but in the future financial problems may arise.

Korrigjimi i cikatrikseve kërkon përdorimin e indeve që të jenë të ngjashëm me ato të zonës ku ky cikatriks lokalizohet, si për sa i përket ngjyrës, ashtu edhe trashësisë e funksionit. Kështu, për cikatrikset alopecike nevojitet lëkurë me flokë që ta bëjë defektin estetikisht të pranueshëm.

Po ashtu për cikatrikset e lokalizuara në fytyrë e qafë nevojitet lëkurë e hollë, e cila nuk ofrohet nga ndonjë region tjetër trupor. Në këtë drejtim është i dukshëm avantazhi që ofron aplikimi i ekspansorëve kutanë (1,2,3).

Ekspansorët kutanë janë proteza prej silikonit në formë qesesh. Ato vendosen nën lëkurën e shëndoshë pranë defektit që do të trajtohet.

Më pas kjo qese mbushet gradualisht derisa ajo të arrijë kapacitetin maksimal. Lëkura mbi të epet paralelisht dhe, në sajë të vetive të saj plastike, në fund të procesit krijohet tepri lëkure e cila mund të përdoret për të zëvendësuar cikatriksin në kufi. Pra ekspansioni shkakton një hipertendosje të lëkurës normale (4). Kujtojmë se hipertendosja kutane ndodh edhe në kushte të tjera. Ajo mund të jetë:

fiziologjike : me këtë nënkuptohet tendosja e lëkurës abdominale gjatë barrës dhe e lëkurës së gjoksit gjatë laktacionit.

parafiziologjike : në obezitet të theksuar patologjike: në ciste, tumore etj.

Referimi i parë i teknikës është bërë nga Neuman, më 1967, i cili përdori një sferë silikonit të vendosur në regionin mastoid (5). Lëkura e përfutur nga fryrja e saj u përdor për të rikonstruktuar aurikulën. Më pas Radovan në mesin e viteve '70 e Argenta e Austad etj., gjatë viteve '80, e përdorën gjerësisht teknikën (6,7,8,9,10,11).

Në vendin tonë aplikimi ka filluar pas viteve '90-'91. Që prej asaj kohe metoda ka gjetur përdorim konstant dhe të suksesshëm në trajtimin kirurgjikal të cikatrikseve facialë, alopecikë etj.

Qëllimi i këtij punimi është të japë një ekspozitë plotë të trajtimit të cikatrikseve postkombustionalë, me anë të teknikës në fjalë. Gjithashtu do të vemë në dukje përparësitë e saj, avantazhet, disavantazhet dhe ndërlikimet e mundshme.

Ekspansioni kutan dhe fiziologjia e lëkurës së ekspanduar

Teknika e ekspansionit kutan bazohet në vetitë plastike të lëkurës, e cila nga presioni që ushtrohet nën të jepet dhe zmadhon përmasat e saj. Kjo tepri lëkure e krijuar në këtë mënyrë mund të përdoret duke e avancuar, transpozuar apo rrotulluar për të mbyllur defekte në afërsi

* Dërguar në Redaksi në 15 Nëntor 2002, miratuar për botim në 15 Mars 2003.

Nga Shërbimi i Djegies dhe Kirurgjisë Plastike-Qendra Spitalore Universitare "Nënë Tereza" Tiranë

Adresa për letërkëmbim: S. Isaraj: Shërbimi i Djegies dhe Kirurgjisë Plastike-Qendra Spitalore Universitare

të saj. Studimet histologjike kanë treguar se lëkura e ekspanduar nuk ndryshon në thelb nga lëkura normale (12, 13). Dhe konkretisht e parë në shtresat e ndryshme të saj është konstatuar se (14):

Epiderma ka hiperaktivitet të shtresës bazale

Junksioni dermo-epidermik në disa zona bëhet më ondulant për shkak të pranisë së papilave dermike të gjata e të holla.

Ka prani melanocitesh gjë që tregon se ekspandimi nuk alteron komponentin pigmentar kutan.

Derma pëson një farë hollimi me rritje të depozitimit të kolagjenit por pa ndryshime të fijeve elastike.

Në dermën papilare ka neoformim të

kapilarëve.

Adneksat kutane ruajnë numrin dhe funksionimin.

Subkutisi dhe muskujt nuk pësojnë ndryshime cilësore.

Dy pyetje mund të lindin në këtë kontekst. *Së pari*: a indukon ekspansioni neoprodhim të vërtetë epitelial? *Dhe së dyti*: a krijon ai premisa për një rrjet më të fuqishëm vaskular? Për sa i përket pyetjes së parë mund të thuhet se ekspandimi shkakton një riprodhim të vërtetë meqë indeksi mitotik gjatë procedurës është gjetur sa katërfishi i normës (14).

Ndërsa për të dytën mund të thuhet se vitaliteti i lembove nga lëkura e ekspanduar është i jashtëzakonshëm. Kjo provohet nga praktika kirurgjikale dhe mbështetet nga studimet histologjike që kanë

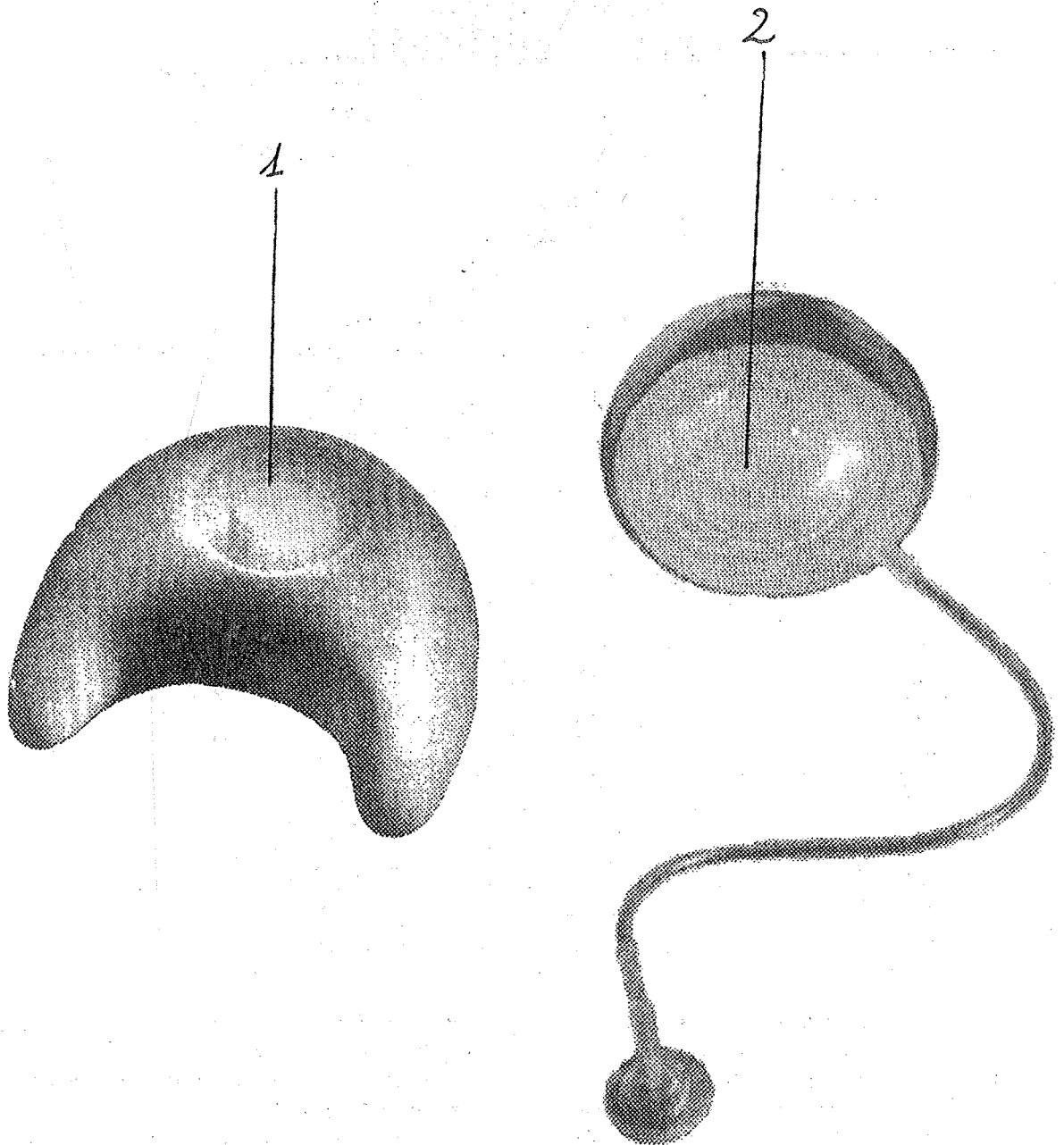


Figura nr.1. Dyllojet e ekspansorëve kutanë

1. me valvul të inkorporuar
2. me valvul në distancë

demonstruar rritje të numrit të kapilarëve sidomos në dermë (14,15).

Së bashku me evolucionin e koncepteve kirurgjikale për ekspansionin, evoluon edhe ekspanderat. Fillimisht ata ishin të thjeshtë, me forma katërkëndëshe apo rrethore. Më pas u perfeksionuan në varësi edhe të kërkesave (16, 17, 18, 19). Kështu u krijuan ekspansorë në formë patkoi, gjysëmrrrethorë, apo me formën

anatomike të gjoksit (për protezim mamar) (20, 21, 22).

Ekspansorët kanë të gjithë nga një valvulë njëdrejtimëshe, që të lejojë futjen e solucionit në të por pa lejuar kthimin e solucionit në drejtim të kundërt. Kjo valvul mund të jetë e inkorporuar në ekspansor apo të lidhet me të me një tub (21) (figura 1). Pra nga kjo pikëpamje ekspansorët ndahen në :

1. me valvulë të inkorporuar

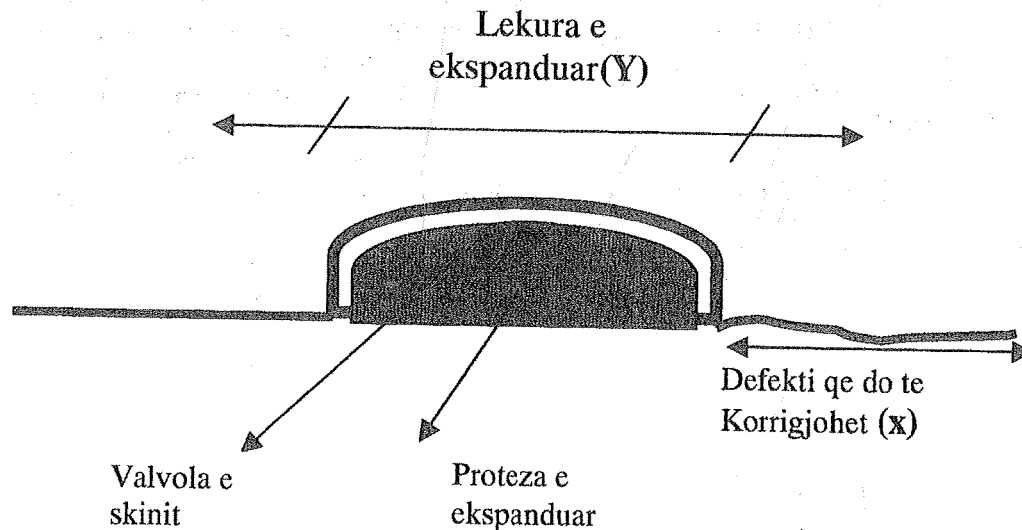


Figura nr. 2. Matematika e lëkurës së ekspanduar

Sasia e lëkurës që mund të përfitohet nga ekspansioni kutan llogaritet përafërsisht me anë të formulës:

$$X = 1/2 Y$$

X - (gjatësia e lëkurës që do të përfitohet)

Y - (gjatësia e lëmbos në fund të ekspandimit)

Tabela 1 : Avancimi I pritshëm I lëkurës së ekspanduar sipas regjioneve

Regjioni anatomik	Gjatësia e lëmbos se kubesë gjysmësferike	Avancimi I pritshëm
Skalp	12 – 16 cm	Deri 8 cm
Ball	8 – 12 cm	Deri 6 cm
Fytyra	10 – 14 cm	Deri 7 cm
Qafë	12 – 16 cm	Deri 8 cm
Trunk	14 – 24 cm	Deri 12 cm
Krah	12 – 18 cm	Deri 9 cm
Parakrah	10 – 12 cm	Deri 6 cm
Kofshë	12 – 20 cm	Deri 10 cm
Kërci	12 – 14 cm	Deri 7 cm

2. me valvul në distancë, subkutane

3. me valvul në distancë, eksternë.

Për llojin e dytë, me valvul në distancë, veç përgatitjes së llozhës së ekspanderit përgatitet llozhë edhe për valvulën, në një zonë ku valvula mund të palpohet, apo identifikohet lehtë. Në kushte të një steriliteti maksimal, teknikat bashkëkohore valvulën e lënë edhe jashtë lëkurës, jo vetëm për të lehtësuar procedurën e

fryrjes së ekspanderit, por edhe për të shmangur komplikacionet që jep valvula.

Madhësitë e ekspanderave janë të ndryshme, prej 50cc deri 500cc e 700cc.

Kur vendoset të përdort një ekspander, së pari duhet të zgjidhet ai më i përshtatshmi, pra me formë dhe madhësi në varësi të defektit. Madhësia zgjidhet në bazë të një llogaritje paraprake të lëkurës që do të

Tabela nr. 2: Përmasat limit që mund të mbyllen me një ekspander të vetëm

Regioni anatomik	Gjatësia e defektit (cm)	Gjerësia e defektit (cm)
Skalp	10	18
Ball	4	6
Fytyrë	6	8
Qafë	6	10
Trunk	12	20
Anësitë e sipërme	8	18
Anësitë e poshtme	10	20

përfitohet nga ekspandimi. Një ide të përafërt mund ta marrim nga formula: $Avancimi (cm) = \frac{1}{2} \text{ gjatësisë së lembos së ekspanduar}$ (figura 2).

Duke u bazuar në barazimin e mësipërm, avancimi I pritshëm do të jetë $y/2$ (21, 23). Pra nëse në fund të ekspandimit kur matim gjatësinë e lëkurës së ekspanduar shohim se ajo është 22cm, atëherë gjatë operacionit mund të përfitojmë maksimumi 11cm.

Megjithatë ky avancim ndryshon edhe sipas regioneve të ndryshme anatomike. Më poshtë në tabelën 1 po japim një përmbledhje orientuese. Por shpesh defektet mund të jenë më të mëdha se sa ky avancim I pritshëm. Në këtë rast mund të lind nevoja që të përdoren në të njëjtën kohë dy, tre apo katër ekspansorë (ose mund të riekspandohet pas një periudhe përsëri e njëjta lëkurë).

Për të vendosur se cilat janë ato defekte që nuk mund të mbulohen vetëm me një ekspander, ne nisemi pak a shumë nga tabela 2. Pra, nëse kemi një cikatriks me përmasa më të mëdha se ato që citohen më poshtë, duhet marrë në konsideratë mundësia e përdorimit të më shumë se një ekspanderi.

Materiali klinik

Përbëhet prej 40 pacientësh (21 meshkuj dhe 19 femra) me cikatrikse kryesisht pasojë e djegieve problematike të trajtuar tek ne gjatë periudhës Janar 96-Dhjetor 2000.

Në 37 prej tyre cikatriksi ishte alopecik, pra I lokalizuar në pjesën më flokë të kokës, në 2 raste lokalizohej në regionin cervikofacial dhe në një rast në regionin femoral.

Shpërndarja sipas moshës paraqitet e tillë:

0 – 5 vjeç	2 raste
6 – 10 vjeç	9 raste
11 – 15 vjeç	6 raste
16 – 20 vjeç	12 raste
20 – 30 vjeç	11 raste

Pra të gjithë pacientët ishin nën 30 vjeç.

6 pacientë kanë patur cikatrikse me përmasa të konsiderueshme, për korrigjimin e të cilëve është dashur që të bëhen të paktën dy aplikime.

Madhësitë e ekspanderave të përdorur kanë variuar nga 50cc (vetëm një rast) deri 700cc.

Diferenca kohore midis 2 interveneteve ka qenë mesatarisht 45 ditë. Pas interventit të parë I sëmurit ka qëndruar në spital mesatarisht një javë.

Pas të dytë hospitalizimi ishte rreth 10 ditë, kjo për faktin se kujdesi për lembos e ekspanduar është më I gjatë, vazhdon disa ditë pas heqjes së suturave (dita e 7 – 8), derisa të sigurohemi për konsolidimin e plotë të lembos.

Në të dy periudhat e hospitalizimit, të gjithë pacientët kanë marrë antibiotikë për profilaksi postoperative për 5 ditë.

Zakonisht jepet një cefalosporinë dhe një aminoglukozid.

Meqënëse ndërhyrja e dytë është shumë më traumatike se e para, pas saj pothuaj të gjithë pacientët janë hemotransfuzuar, sidomos kjo qëndron për moshat feminare. Humbjet e gjakut justifikohen nga gjerësia e preparimit, ekscizimit, kapsulektomia, modelimet e lembove. Pacientët ndiqen nga afër duke monitorizuar me kujdes hematokritin, hemoglobinën dhe eritrocitet.

Rezultatet kanë qenë të mira. Alopecitë postkombustionale janë eliminuar plotësisht. Ka patur vetëm dy raste me infeksion të llozhës së ekspanderit, por jo aq serioze sa të kërkonin ndërprerjen e procedurës dhe heqjen e aparatit.

Përpunimi kirurgjikal I plagëve dhe antibiotikoterapia ka mundësuar përfundimin e procedurës sipas planifikimit.

Komplikacione të tjera kanë qenë:

Ekspozimi në dy raste I ekspanderit nga fundi I procedurës së fryrjes së tij. Të dy këto raste nuk mund të quhen të dështuar sepse ekspozimi ka ndodhur afër përfundimit të procedurës dhe kjo ka bërë që lëkura e ekspanduar të përdoret e gjitha.

Në një rast ishemi në territorin distal të lembos nga tensionimi I tepërt. Nga heqja e disa suturave lemboja e rimori veten plotësisht.

Reaksion flakje: I vetmi rast që mund të quhet I dështuar është ai I aplikuar në regionin femoral. Shfaqja e një reaksioni inflamator të fuqishëm kërkoi ndërprerjen e procedurës qysh në ditët e para, heqjen e ekspanderit dhe mjekimin e plagës e cila u mbyll per secundam.

Teknika kirurgjikale

Teknikisht procedura e ekspansionit kutan realizohet në dy etapa kirurgjikale në distancë kohore rreth 4 – 8 javë nga njera-tjetra, periudhë në të cilën pacienti ambulatorizohet.

Etapa e Parë

Pasi zgjidhet ekspanderi I përshtatshëm, pacienti merret në operacion nën anestezi gjenerale endotrakeale. Përgatitet llozha ku do të futet ekspanderi me incizion:

1. paramarginal: në kufirin defekt – lëkurë normale që do të ekspandohet, apo
2. radial: në lëkurë normale (figura 3)

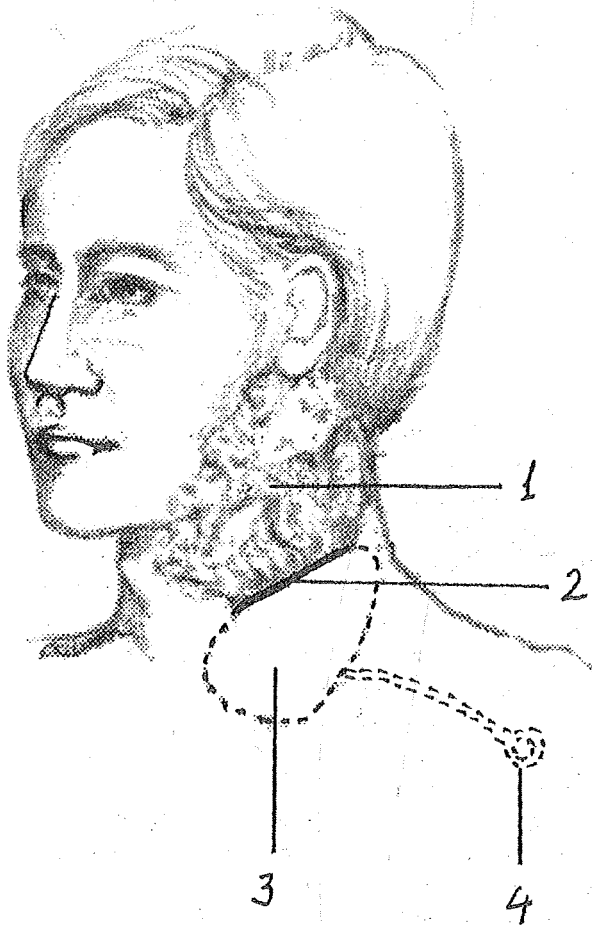


Figura nr.3 . Rastet me cikatriks kelloïdiform colli lateral

1. kelloïdi
2. incizion paramarginal (i preferueshëm)
3. proteza në nivel subkutan
4. valvula në distancë

I pari është më i favorshëm nga pikëpamja estetike, sepse vendoset në një zonë tashmë cikatriciale. Por, për shkak se ai është ngjitur me lëkurën që do të tensionohet nga ekspandimi, mund të ndodhë dehishencë nëse fryrja fillon më shpejt se dy javë nga momenti I ndërhyrjes. Këtë rrezik nuk e ka incizioni radial, I cili nga pikëpamja

estetike është më pak i favorshëm, sepse krijon cikatriks të ri në një zonë të shëndoshë (24, 25).

Plani I disekimit dhe I vendosjes së ekspanderit është subaponeurotik, kur aplikohet në kokë. Ndërsa për aplikimë të tjera në sipërfaqe të ndryshme trupore, rekomandohet vendosja e tij mbi fascien muskulare për të detyruar ekspandimin e tij superficial dhe jo nën muskuj (26).

Kur ka një sipërfaqe që shfaq rezistencë nga poshtë, gjithë tensioni do të transmetohet për në lëkurë dhe nga procesi I fryrjes do të fitohet maksimalisht. Shembull tipik është lëkura e skalpit (27). Në rast se ky plan vendoset mbi një sipërfaqe jo kaq të fortë, siç mund të jetë qafa, rreziku është I dyfishtë. Së pari mund të shtypen organet dhe strukturat anatomike më të thella (trakea, enët e gjakut) dhe së dyti një pjesë e “energjisë” së ekspandimit do të “harxhohet” sepse ajo do të transmetohet në drejtim të kundërt. E thënë me fjalë të tjera, I njëjti ekspander është më tepër efikas në kokë se sa në qafë (28, 29, 30).

Llozha hapet e bollshme, në mënyrë që, kur në të të futet ekspanderi ai të rrijë lirshëm, I shpalosur plotësisht. Pasi futet në llozhë ekspanderi, bëhet suturimi I plagës dhe në të futet një sasi solucioni fiziologjik steril, që edhe provon funksionimin e aparatit, edhe realizon efekt hemostatik në sajë të presionit të ushtruar dhe mbylljes së hapësirave të vdekura. Vendoset dren aspirativ përreth ekspanderit.

Në planifikimin e vendosjes duhet të kihet parasysh edhe vaskularizimi regional. Incizionet të planifikohen të tillë që të mos dëmtojnë akset vaskulare dhe lemboja e ardhshme të jetë e tillë që mundësisht të ngrihet në drejtimin e një arterie. Pra incizionet e vendosjes së ekspanderit presupozojnë një plan të saktë operator I cili do të përmbushet në seancën e dytë operatore, me objeksion kryesor shtrirjen e lëkurës së ekspanduar, eliminimin e cikatriksit në përgjithësi, por edhe heqjen me lehtësi të valvulës.

Me konsolidimin e plagës operatore (një javë për incizionet radiale dhe të paktën dy javë për paramarginalet), fillon seria e fryrjes së protezës. Nëpërmjet valvulës, futen në intervale 5- 7 ditore sasi likidi fiziologjik steril, më një age më të vogël se 21G. Janë bërë përpjekje të mëdha për të gjetur metoda që do të mundësonin monitorizimin e sasisë së likidit që mund të injektohet gjatë një seance (oksimetria transkutane, fluksimetria lazer – doppler, regjistrimi fotografik, vlerësimi I përgjigjes neurosensoriale në lëkurën e ekspanduar) (31). Në mungesë të tyre, në praktikën tonë nisemi nga dy kritere të thjeshtë klinike:

° *kriteri subjektiv*: dhembja që ndjen pacienti (32).

° *kriteri objektiv*: ngjyra e lëkurës së ekspanduar.

Injektimi ndërpritet kur dhembja është shqetësuese, apo kur lëkura zbehet. Zakonisht të dy këto momente përkrijnë me njëri – tjetrin, pra kur lëkura zbardhet edhe dhembja ka arritur pikun e saj. Në një seancë injektohen mesatarisht 30 – 50cc likid. Sasitë shënohen në një skedë personale. Kur sasia totale arrin, apo edhe e tejkalon kapacitetin e ekspanderit, themi se përfundon etapa e parë.

Etapa e dytë

Konsiston në heqjen e ekspanderit me një incizion në kufirin që ndan cikatriksin me lëkurën e ekspanduar. Përgatitet lëkura e ekspanduar në formë lemboje (avancuese, transpozicioni, rrotullimi), e cila shtrihet drejt lëkurës cikatriciale. Shihet ç'pjesë e cikatriksit mund të mbulohet dhe kjo pjesë ekscizohet. Lëkura e ekspanduar suturohet në defektin e krijuar pas këtij ekscizimi. Kjo manovër bëhet me qëllim që mos të ekscizohet cikatriks më tepër se sa aftësitë mbuluese të lëkurës së ekspanduar, veprim I cili do të sillte tensionimin e lembos.

Që të shfrytëzohet maksimalisht lëkura e përfutur nga ekspandimi, bëhen incizione paralele në kapsulë ose dhe mund të ekscizohet ajo, duke e rritur kështu elasticitetin e lembos (epjen e saj).

Për të përfutur sa më tepër lëkurë, mund të bëhet një ekspandim para se të përgatitet fusha operatore. Në aparat futet edhe një sasi finale likidi, zakonisht 30 – 40 cc. Realizohet një tendosje e "plotë" e cila bën më të lehtë "menaxhimin" e lembos gjatë interventit (33).

Plagët suturohen në dy shtresa, vendosen drena aspirativë.

Gjatë gjithë këtij procesi duhet të synojmë një mbyllje që të ofrojë tension të pranueshëm në sutura. Në të kundërt do të shfaqet nekrozë marginale e lembos dhe do të humbasim kështu lëkurë të shëndoshë. Nga ana tjetër teprimet në këtë drejtim, mund të krijojnë shpërfytyrime regionale si p.sh. ngritje vetulle, zhvendosje palpebre, tërheqje buze etj. (34, 35, 36).

Diskutim

Siç thamë edhe në fillim të artikullit tonë teknika bashkëkohore e ekspandimit është futur në vendin tonë pas viteve '90, dhe kjo për meritë të një ekipi italian kirurgësh plastikë të cilët erdhën për të zhvilluar aktivitet humanitar në Shqipëri, të organizuar nga Shoqata INTERPLAST ITALY.

Mundësitë ekonomike tonat si shërbim por edhe të individëve të veçantë, ishin të tilla që nuk mund të lejonin blerjen e ekspanderëve jashtë shtetit dhe aplikimin e tyre në vendin tonë. Realizimi I shumë interveneteve të tillë nga kirurgë italianë, krijoi premisa që ne të siguronim një kontigjent skin ekspanderash, t'i sterilizonim përsëri dhe t'i ripërdornim në rastet që do të vinin. Ky kontigjent shërbeu edhe si një pikënisje pasi me kalimin e viteve ekspansorë të rinj arritën në klinikën tonë nëpërmjet ndihmave nga shoqata të ndryshme humanitare.

Sot në botë ekspansioni kutan është një teknikë rutinë e aplikueshme mjaft gjerë në pothuaj gjithë teknikat operatore të cilat përdoren për rikonstrukcion defektesh. Kjo për faktin se ekspansioni kutan konsiderohet si një nga mënyrat më të mira për korrigjimin e defekteve dhe më e përparuara për mbylljen sa më estetike dhe funksionale të llozhës së lembove që transferohen (37, 38). Kështu përpara preparimit të një lemboje kirurgut plastik detyrimisht duhet t'i shkojë ndër mend se sa mund të ndihmohet nga teknika e ekspandimit. Realizimet e fundit në literaturë flasin për

përdorimin paraprak të ekspandimit kutan edhe në lembot që do të transferohen me mikroanastomozë (39).

Sigurisht kirurgun plastik e ka shqetësuar kohëzgjatja e procedurës, meqë ajo është dy etapore (40). Megjithatë problemi në fjalë po merr zgjidhje pasi shkencëtarët po orientohen drejt teknikave të ekspandimit të menjëhershëm (akut), duke bashkuar dy etapat në një të vetme. Kjo nënkupton që gjatë së njëjtës etapë ekspanderi futet në llozhën e tij, ekspandohet gradualisht duke krijuar teprinë e dëshiruar të lëkurës dhe shtrirjen e saj drejt defektit. Kjo teknikë e avancuar kërkon aparatura moderne për vlerësimin e oksigjenimit të lembos dhe pasjen nën kontroll të plotë të të gjithë parametrave fiziologjikë të funksionimit indor (31, 33).

Në kushtet aktuale të Shërbimit tonë futja e kësaj metode të re kirurgjikale plastike, konsiderohet një hop cilësor. Mendojmë se për arritjet e deritanishme na lejohet të citojmë shkurtimisht se cilat janë avantazhet dhe disavantazhet e kësaj teknike të re.

Avantazhet:

1. Është një teknikë kirurgjikale e cila ofron lëkurë e inde të përafërt me atë të defektit që do të rikonstruktohet.
2. Nuk është teknikë që mobilizon regione në distancë, për pasojë I jep mundësi regionit të rikonstruktuar që të ketë lëvizshmëri dhe funksion sa më afër normës (në kundërshtim me lembot e kryqëzuara që imobilizojnë regionet e interesuara).
3. Avantazhi kryesor I lembos së ekspanduar është se ajo, jo vetëm rikonstrukton por nuk krijon llozhë donore duke eliminuar njëkohësisht të gjithë problemet që lindin nga vendosja e transplantit në këtë llozhë.
4. Lemboja e ekspanduar, pavarësisht se rrit vëllimin kutan, histologjikisht ka një vaskularizim shumë më të mirë se sa çdo lembo e ngritur në afërsi.
5. Indet që transferohen nëpërmjet ekspandimit kutan janë të bollshme dhe I japin mundësi kirurgut të krijojë konfiguracione lembosh (bile edhe 2 – 3 të tilla) për një zgjidhje sa më funksionale dhe estetike të rastit.
6. Metodika e ekspandimit kutan nënkupton gjithashtu edhe përdorimin e disa ekspanderave në të njëjtën etapë operatore duke zgjidhur njëherësh probleme për të cilat mund të ndërhyhej disa herë. Në këtë këndvështrim mund të themi se vendosja e dy apo më shumë ekspanderave mënjanon edhe një prej disavantazheve të saj meqë parimisht konsiderohet intervent dy etapor. (41)

Disavantazhet :

1. Pas përdorimit të materialeve prej silikoni teorikisht ekziston mundësia e shfaqjes së fenomenit të flakjes. Ky fenomen zakonisht ndodh vonë, pas javës së parë të futjes së protezës dhe shpjegohet me faktin e qëndrimit të saj si një trup I huaj për një kohë të gjatë në organizëm. Praktikisht ndodh shumë rrallë. Kështu tek ne është observuar në një rast të vetëm. Me shfaqjen e këtij fenomeni procedura quhet e dështuar.
2. Si rezultat I tensionimit kutan, si në zonën ku vendoset proteza, por edhe atje ku ndodhet valvula, ekziston rreziku I dehishencës së suturave dhe I

ekspozimit të materialit prosthetik. Plaga merr pamjen e një dekubitusi pa tendencë regjeneruese dhe me sekrecione seroze që mund të infektohen si pasojë e një mjekimi jo të përshtatshëm lokal. Megjithatë një ekspozim minimal i protezës nuk duhet të na pengojë në vazhdimin e ekspandimit dhe përfundimin e procedurës. Përkujdesjet në këtë drejtim janë një tensionim më gradual i protezës si dhe marrje në sallë në atë moment kur arsyetohet se proteza nuk duhet mbushur më.

3. Konsiderohet disavantazh gjithashtu zgjatja e procedurës meqë ajo është dy etapore. Pacienti duhet të ndiqet për javë të tëra si dhe duhet të jetë i kujdesshëm që mos të dëmtojë protezën.

4. Në literaturë thuhet se përdorimi i disa protezave bashkë krijon ndikon si një efekt psikoemocional negativ tek pacienti meqë fryrja e protezave krijon një shpërftym regional.

Disavantazhet e mësipërme për mendimin tonë janë të karakterit relativ dhe në asnjë rast nuk përbëjnë kundërrindikacion për aplikimin e ekspansorit kutan. Gjatë konsultimit të rastit probleme që duhet të vlerësohen drejt janë indikacioni i saktë si dhe mosha e pacientit. Kështu pavarësisht se indikacionet janë të plota vendosja e ekspanderit në moshën femërore është e diskutueshme jo vetëm për traumën operatorë që shkakton shtrirja e lembos së ekspanduar, por edhe për faktin nëse psikikisht fëmija e kërkon vetë ndërhyrjen apo ajo imponohet nga prindërit e tij.

Konkluzione

Ekspansioni kutan me të drejtë mund të quhet një teknikë që ka revolucionarizuar konceptet në

kirurgjinë plastike. Si më e hershme se lembot muskulo-kutane dhe ato të transferuara me mikroanastomozë, ajo jo vetëm diti të përballojë "bumin" e tyre, por edhe po bashkëjeton me dinjitet. Shprehemi kështu pasi në aktivitetin normal të një klinike të kirurgjisë plastike, lemboja muskulokutane është një intervent jo i zakonit, ndërkohë që ekspansioni po fiton gjithnjë e më tepër terren.

Lemboja e ekspanduar konsiderohet si e pazëvendësueshme në trajtimin e alopecive kombustionale apo traumatike. Me rezultate mjaft të kënaqshme ajo po trajton të gjitha format e cikatrikseve, të kudondodhura qofshin, bile edhe ato kelloidiforme. Në planin estetik, ekspansioni kutan jep efekt të pakrahasueshëm në lidhje me transplantin kutan, preparimin me tensionim i ndor apo me lembon lokale. Për të arritur këtë rezultat sigurisht rëndësi merr zgjedhja e protezës, vendosja e saj, ekspandimi gradual e pa tension, ruajtja nga infektimi e deri tek manipulimi me delikatesë i indeve.

E futur në vendin tonë në fillim të viteve '90, teknika e ekspandimit kutan vazhdon të realizohet me sukses në Shërbimin tonë. Falë ndihmave humanitare pacienti ynë nuk po ngarkohet financiarisht për të blerë protezën, e cila mund të kushtojë rreth 200 – 300 dollarë.

Mendojmë se kjo mbështetje ka vlera për periudhën e tranzicionit që po kalon vendi ynë, ndërkohë që për të ardhmen protezimi me silikon (pra përfshi edhe ekspansionin kutan) do të futet sipas standarteve europiane.

BIBLIOGRAFI

1. Zellweger G., Kunzi W.: Tissue expanders in reconstruction of burn sequelae. *Ann. Plast. Surg.*, 1991, 26: 380.
2. Baux S.: La place de l'expansion cutanee dans les sequelles des brûlures. *Annals of the M.B.C.*, 1990, 1: 5-7.
3. Caleffi E., Bocchi A., Toschi S., Montacchini G., Papadia F.: Tissue expansion in the treatment of burns scars. *Annals of the M.B.C.* 1990, 3: 177-80.
4. Micali G., Cuzzocrea A., D'Andrea A., D'Alcontres F.S.: Modificazione istomorfologiche, istochimiche ed ultrastrutturali indotte dall'espansione cutanea. *Riv. It. di Chir. Plastica.* 1989, 21: 37-46.
5. Neuman C.G.: The expansion of an area of skin by progressive distension of a subcutaneous balloon. *Plast. Reconstr. Surg.* 1957, 19: 124-30.
6. Radovan C.: Adjacent flap development using expandable silastic implant. Presented at the annual Meeting of the A.S.P.R.S., Boston, 1976.
7. Radovan C.: Development of adjacent flaps using a temporary expander. *Plast. Surg. Forum.* 1979, 2: 62.
8. Argenta L.C. e coll.: Soft tissue expanders in head and neck reconstruction. A new method of reconstruction. *Plast. Surg. Forum.* 1981, 4.
9. Argenta L.C., Watanabe L.J., Grabb W.C.: The use of tissue expansion in head and neck reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 1983, 11: 31.

10. Argenta L.C., Marx M.W., Pasyk K.A.: Advance in tissue expansion. *Clin. Plast. Surg.* 1985, 12: 159.
11. Argenta L.C. et coll.: Controlled tissue expansion in reconstructive surgery. *Br. J. Plast. Surg.* 1984, 37: 520.
12. Pasyk K.A. e coll.: Histopathology of human expanded tissue. *Clin. Plast. Surg.* 1987, 14: 435.
13. Hegazy M., Shalby H.A., El-Khalifa M., Ayad H., Ghoraba H.: Histopathology changes in the expanded human scalp. *Annals of the M.B.C.* 1992, 1: 35-9.
14. Matturri L., Lavvezzi A., Riberti C., Cavalca D., Vaienti L., Azzolini C., Campiglio G.L.: Modificazioni istopatologiche tissutali in corso di espansione cutanea. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1989, 21: 7-17.
15. Cherry G.W., et al.: Increased survival and vascularity of random pattern skin flaps elevated in controlled expanded skin. *Plast. Reconstr. Surg.* 1983, 72: 5.
16. Azzolini A., Riberti C., Vaienti L., Cavalca D.: Applicazione clinica della espansione cutanea. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1989, 21: 19-35.
17. Scuderi N., D'Andrea F., Guppando F.R.: Considerazione ed attualità sull'espansione cutanea. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1989, 21: 47-55.
18. Anderson R.D. e coll.: Expansion assisted of male pattern baldness. *Clin. Plast. Surg.* 1987, 14: 477.
19. Argenta L.C.: Tissue expansion. In Grabb and Smith's Plastic Surgery, fifth edition. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1997: 91-7.
20. Argenta L.C., Van der Kolk C., Friedman R.J.: Refinements in reconstruction of congenital breast deformities. *Plast. Reconstr. Surg.* 1985, 76: 73.
21. Sasaki H.G.: Tissue expansion. *Dow Corning Right*, 1986: 2-17.
22. Woods J.E., Mangan M.A.: Breast reconstruction with tissue expanders: obtaining an optimal result. *Ann. Plast. Surg.* 1992, 28: 390.
23. Rouge D., Grolleau J.L., Bodi H., Chavoin J.P., Costagliola M.: Expansion du cuir chevelu dans les séquelles de brûlures de la voûte crânienne: expérience toulousaine. *Annals of the M.B.C.* 1990, 4: 241-51.
24. Marinelli L.F., Montone A., Palombo P., De Bellis A.: Trattamento mediante espansore cutaneo delle alopecie cicatriziali da ustione in età pediatrica. Nostre esperienze. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1992, 24: 161-71.
25. Scuderi N., Esposito G., Ziccardi P.: Utilizzazione degli espansori cutanei nella terapia chirurgica degli esiti di ustione. *Giorn. di Chir. Plast. Ricostr. et Estetica* 1986, 1: 73.
26. Wislander J.B.: Tissue expansion in the head and neck. *Scand. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.* 1991, 25: 47.
27. Adouani A., Zili H., Laudoulsi A. et coll.: L'expansion tissulaire dans le traitement des séquelles de brûlures de l'extrémité céphalique. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2000, 2: 94-7.
28. Governa M., di Francesco-Eklund F., Beghini D., Banson D.: L'espansione cutanea nel distretto cervico-cefalico: esperienza clinica. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1995, 27: 137-45.
29. Antonyshyn O., Gruss J.S., Zucker R.: Tissue expansion in head and neck reconstructive surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 1988, 82: 58.
30. Azzolini A., Riberti C., Cavalca D.: Skin expansion in head and neck reconstructive surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 1992, 90: 799.
31. Riberti C., Cavalca D., Vaienti L., Colombetti A., Paiati P.C., Rossi R., Zennaro M.: Semeiotica strumentale dell'espansione cutanea. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1989, 21: 57-68.
32. Cole R.P., Gault D.T., Mayou B.J.: Pain and forehead expansion. *Br. J. Plast. Surg.* 1991, 44: 41.
33. Baker S.R., Swanson N.A.: Rapid intraoperative tissue expansion in reconstruction of the head and neck. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surgery*. 1990, 116: 1431.
34. Antonyshyn O., Gruss J.S., Mackinnon S.E.: Complications of soft tissue expansion. *Br. J. Plast. Surg.* 1988, 41: 239.
35. de Vita R., Capone G., Di Caprio G., Mokea G.: Complicanze nell'impiego degli espansori cutanei. *Giorn. di Chir. Plast. Ricostr. ed Estet.* 1986, 1: 79.
36. Austad E.D., et coll.: Complications in tissue expansion. *Clin. Plast. Surg.* 1987, 14: 549.
37. Bolton L.L., Chandrasekhar B., Gottlieb M.E.: Forehead expansion and total nasal reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 1988, 21: 210.
38. Manders E.K.: Reconstruction by expansion in the patient with cancer of the head and neck. *Surg. Clin. North. Am.* 1986, 66: 201.
39. Vaienti L., Azzolini C.: L'utilizzo dei lembi addominali espansi nella chirurgia ricostruttiva della mano. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1995, 27: 497-504.
40. Parodi P.C., Azzolini C., Cavalca D., Vercesi F., Riberti C.: Reazione emozionali e modificazioni psicocomportamentali in corso di espansione cutanea: uno studio retrospettivo. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1992, 24: 253-9.
41. Azzolini A., Azzolini C.: Possibilità dell'espansione cutanea nel trattamento degli esiti cicatriziali da ustione: un'esperienza di 178 procedure riparative. *Riv. It. di Chir. Plastica* 1995, 27: 523-49.