

Предизвикателства на следоперативната лицева симетрия при пластично затваряне на кожни дефекти

В. Василев

Отделение по пластична и реконструктивна хирургия – Военномедицинска академия, София

Challenges of Post-operative Facial Symmetry with Plastic Closure of Skin Defects

V. Vassilev

Unit of Plastic and Reconstructive Surgery – Military Medical Academy, Sofia

Резюме

Реконструкцията на кожните дефекти на главата и шията изисква пълна всеотдайност на пластичния хирург и най-щателно планиране при избор на оперативен метод. Техниките, които могат да са изключително полезни за даден регион на лицето, могат да не са приложими за съседните региони. Те трябва да са съобразени с т.нар. естетични анатомични единици на лицето, които са чело, периорбитален регион, нос, устни, бузи и брадичка, като се използват по възможност тъкани от същата

анатомична област и ако се налага пресичането ѝ, цикатриксите да се поставят в естествените гънки на лицето или да съвпадат с т.нар. линии на отпуснато кожно напрежение (RSTLs). Наличието и на най-малката деформация и асиметрия в областта на лицето е лесно забележима.

Ключови думи: постоперативна симетрия, естетични единици на лицето, линии на отпуснато кожно напрежение, елипсовидна ексцизия и линейна сутура, ламба

Abstract

Reconstruction of skin defects of the head and neck requires full commitment of the plastic surgeon and detailed planning when choosing surgical method. Techniques which can be extremely useful for one region of the face may not be applicable to other neighboring region. They must comply with the so-called aesthetic anatomical units of the face like forehead, periorbital region, nose, lips, cheeks and chin, using possibly the tissues from the same

anatomical area and if necessary the crossing and scarring to be placed in the natural folds of the face and match with the so-called relaxed skin tension lines (RSTLs). Availability of even the smallest deformation and asymmetry of the face is easily visible.

Keywords: postoperative symmetry, aesthetic units of the face, relaxed skin tension lines, elliptical excision and linear suture flap

Реконструкцията на лицевите дефекти изисква строго предоперативно планиране. В него влизат следните показатели: големина на дефекта, местоположение, състояние на околните тъкани, общо състояние и придружаващи заболявания на пациента. Задължително

се провежда разговор с пациента за неговите очаквания относно оперативната интервенция, като се прецени до каква степен те са реалистични, и в планирането на операцията трябва да бъдат заложили тези очаквания. В зависимост от предоперативното планиране

оперативните методи могат да варира от оставяне на дефекта за вторично зарастване до сложна микрохирургична оперативна намеса. Първичното затваряне на дефекта има предимство като метод. Кожните присадки също намират своето приложение, но при тях много често се наблюдават усложнения като разлика в цвета, в сравнение с околната кожа, до контрактура на присадката и деформация на съответната лицева област. Присаждането на кожа дава отлични резултати при плитките дефекти, като за донорски участъци най-често използваме периаурикуларната област, мелолабиалната гънка, супракулвикуларната ямка и областта на сгъвката на лакетната и гривената става. Най-простият метод за затваряне на малки дефекти е елипсовидната ексцизия с последваща линеарна сутура. При възможност е добре да се използва т.нар. М-пластика, при която върховете на елипсата завършват с М-образни разрези, което скъсява белега от няколко милиметра до няколко сантиметра [13, 14]. При наличие на дефект, по-голям от 2 см, се използват различни видове ламба [15, 16], които се планират така, че да бъдат съобразени с т.нар. естетични (анатомични) единици на лицето, които са чело, периорбитален регион, нос, устни, бузи и брадичка, като се използват по възможност тъкани от същата анатомична област и ако се налага пресичането ѝ, цикатриксите да се поставят в естествените гънки на лицето или да съвпадат с т.нар. линии на отпуснато кожно напрежение (RSTLs) [20].

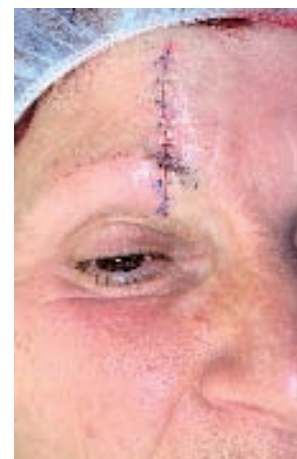
Основните единици на лицето, при които асиметрията е много видима, това са устните, веждите, клепачите, носът, устните, бузите, челото и темпоралните области, канталните региони и външното ухо.

Вежди

Много хирурзи се стремят да не преминава тяхната инцизия през линията на веждите, което в момента се отрича и е остаряла догма. При правилно планиране на разреза и посока на скалпела по отношение на линията на косъма може да се постигне отлична симетрия [3] (фиг. 1, 2). При кожен дефект в областта на веждите е добре да се използва М-пластиката, тъй като се скъсява белегът в областта на горния клепач, като трябва много прецизно да се адаптира линията на веждата, за да не се получи асиметрия. При преминаващи лезии трябва да се съблюдава дизайнът на ламбата да е съобразен с периорбиталния естетичен



Фигура 1



Фигура 2



Фигура 3



Фигура 4

регион [6].

Клепачи

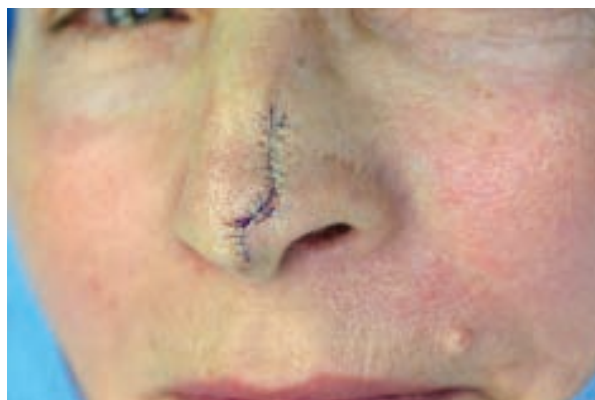
При затваряне на дефект на клепачите е необходимо ексцизионните линии да попадат в естествените гънки, които са успоредни на тарзалния ръб [7]. При опасност от ектропион кожните дефекти се затварят чрез използването на ротационни ламба [1, 2] (фиг. 3, 4).

Нос

За малки дефекти на кожата елипсовидната ексцизия и сутура или локални ламба обикновено са подходящи за гърба, страничната стена или върха. Най-честите ламба в областта на носа са транспозиционните единични или билобирани ламба [21] (фиг. 6, 7). Големите дефекти могат да наложат челно парамедианно ламбо. При наличието на ексцентричен дефект на върха на носа е добре да се използва вид реконструкция, при която се ексцизират проксимално и дистално на дефекта кожни триъгълници, след което



Фигура 5



Фигура 6

линията на цикатрикса бива центрирана така, че върхът на носа да е в правилна позиция [4, 5] (фиг. 5, 6). При паралелна ексцизия на крилата на носа е възможно да се постигне асиметрия и затова е добре тя да е перпендикулярна на аларната рима. По този начин се избягват асиметрични деформитети на крилата.

Устни

При кожни дефекти в областта на устните при преминаването на границата на вермилюма трябва много добре да се адаптират ръбовете на червената линия, за да се избегне асиметрия [12] (фиг. 7).

При дефекти с по-малко от половината ширина на устните се затварят първично, като се използва елипсоиден или щитовиден разрез или W-пластика [23]. Дефектите на половината до две трети от устната ширина ги делим на: дефекти по среднинната линия – могат да се затворят с ламбо на Abbey или пластика по Karapandzic, латерални (комисурни) дефекти – с ламбо по Estlander [14] (фиг. 8, 9). Дефекти, по-големи от две трети ширина, обикновено налагат използването на напредващи или транспозиционни ламба от бузите. При масивни или цялостни дефекти на устните може да се наложи използването на регионални, дистантни или свободни микросъдови ламба.

Бузи

Малките до умерени дефекти на бузите се затварят първично с местни ламба (островни ламба, ротационни ламба, билобирани ламба, ромб-пластика или триъгълни напредващи ламба от мелолабиалния регион [16] (фиг. 10, 11). Умерените до големи дефекти налагат използването на ротационни ламба, като хирурзите трябва да се съобразят с повишената повърхностна елевация на паротидната жлеза и лицевата мускулатура (фиг. 12, 13).



Фигура 7



Фигура 8



Фигура 9



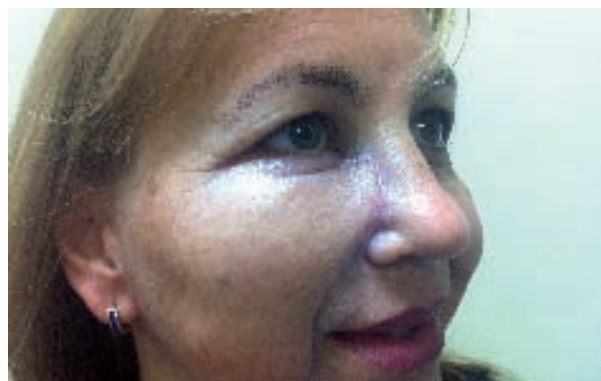
Фигура 10



Фигура 11



Фигура 12



Фигура 13

Ротационни ламба от шийната кожа с периаурикуларна ексцизия, достигаща до шията, и повдигнато повърхностно ламбо на платизмата също могат да покрият дефекти на бузите. При по-ниски дефекти на бузите могат да бъдат използвани шийни транспозиционни ламба.

Чело

Кожата е по-малко мобилна. Малките лезии, изрязани по хоризонталната ос, се затварят първично. Умерените дефекти се затварят с ротационни, напредващи по Виггоу или транспозиционни ламба. Кожните присадки или вторичното зарастване може да се вземе предвид.

Темпорални области

Малките дефекти се затварят предимно с елипсовидна ексцизия и линейна сутура [18], а умерените дефекти – с ромбовидно ламбо (фиг. 14, 15). Много големите дефекти – с присаждане на кожа или тъканни експандери.

Медиални и латерални кантални региони

Малките дефекти на медиалния и латерален кантален регион се затварят първично с елипсовидна



Фигура 14



Фигура 15

ексцизия, но могат и да се лекуват и чрез вторично зарастване [17]. Големите лезии се затварят с местни ламба. Други региони, при които асиметрията не е така манифестна, са областите на външното ухо и темпоралните области.

Външно ухо

Малките кожни дефекти на хеликса се затварят с първичен шев [19]. Малки дефекти на кожата в другите области на ушните могат да се затворят с присаждане на кожа, малки ламба или вторично зарастване, ако няма открит хрущял [22]. Реконструктивната и естетичната хирургия вървят ръка за ръка, развитието им се обогатява с течение на времето при натрупването на опит от страна на пластичните хирурзи.

Книгопис

1. Jelks, G. W., Jelks, E. B. Repair of lower lid deformities. *Clin Plast Surg.*, 1993; 20(2): 417–425.
2. Hesse, R. J. The tarsal sandwich: a new technique in lateral canthoplasty. *Ophthal Plast Reconstr Surg.*, 2000, 16(1): 39–41.
3. Shankar, J., Nair, R. G., Sullivan, S. C. Management of peri-ocular skin tumours by laissez-faire technique: analysis of functional and cosmetic results. *Eye*, 2002.
4. Lawrence, C. M., Comaish, J. S., Dahl, M. G. Excision of skin tumours without wound closure. *Br J Dermatol.*, 1986; 115(5): 563–571.
5. Zitelli, J. A. Secondary intention healing: an alternative to surgical repair. *Clin Dermatol.*, 1984; 2(3): 92–106. 16(1): 50–53.
6. Dryden, R. M., Wulc, A. E. The preauricular skin graft in eyelid reconstruction. *Arch Ophthalmol.*, 1985; 103(10): 1579–1581.
7. Rao, G. P., Frank, H. J. Surgical management of lower-lid basal cell carcinoma involving the medial canthus.
8. Doermann, A., Hauter, D., Zook, E. G., Russell, R. C. V-Y advancement flaps for tumor excision defects of the eyelids. *Ann Plast Surg.*, 1989; 22(5): 429–435.
9. Tezel, E. Buccal mucosal flaps: a review. *Plast Reconstr Surg.*, 2002; 109(2): 735–741.
10. Rudkin, G. H., Carlsen, B. T., Miller, T. A. Nasolabial flap reconstruction of large defects of the lower lip. *Plast Reconstr Surg.*, 2003; 111(2): 810–817.
11. Aytekin, A., Ay, A., Aytekin, O. Total upper lip reconstruction with bilateral fujimori gate flaps. *Plast Reconstr Surg.*, 2003; 111(2): 797–800.
12. Camilla, M. A., Carroll, M. B., Pathak, I., Irish, J., Neligan, P. C., Gullane, P. J. Reconstruction of total lower lip and chin defects using the composite radial forearm-palmaris longus tendon free flap. *Arch Facial Plast Surg.*, 2000; 2: 53–56.
13. Mustarde, J. C. Surgery of the lateral canthus. In: Mustarde J. C., ed. Repair and reconstruction in the orbital region, 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991.



Фигура 16



Фигура 17

14. Skoog, T. Plastic Surgery and Rrefinements: New methods. Philadelphia, WB: Saunders, 1974.
15. Liang, M. D., Briggs, P., Heckler, F. R., Futrell, J. W. Presuturing: a new technique for closing large skin defects. *Clin Exp Stud, Plast Reconstr Surg.*, 1988; 81: 694.
16. Juri, J., Juri, C. Cheek reconstruction with advancement-rotation flaps. *Clin Plast Surg.*, 1981; 8(2): 223–226.
17. Cordeiro, P. G., Disa, L. L. Challenges in midface reconstruction. *Semin Surg Oncol.*, 2000; 19(3): 218–225.
18. Beasley, N. J., Gilbert, R. W., Gullane, P. J., Brown, D. H., Irish, D. C., Neligan, P. C. Scalp and forehead reconstruction using free revascularized tissue transfer. *Arch Facial Plast Surg.*, 2004; 6(1): 16–20.
19. Argenta, L. C.: The nose. In: Soutar, D. R. Tiwari: Excision and Reconstruction. Brent, B.: Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts. Two decades of experience with 600 cases. *Plast reconstr Surg.*, 90 (1992), 353–374.
20. Borges, A., Alexander, J. Relaxed Skin Tension Lines. *Brit J plast Surg.*, 15 (1962), 242.
21. Elliot, R.: Rotation flaps of the nose. *Plast reconstr Surg.*, 44 (1969) 147.
22. Weerda, H. Reconstructive surgery of the auricle. *Fac plast Surg.*, 5 (1988), 399–410.
23. Weerda, H., Siegert, R. Reconstruction of the upper lip. *Fac plast Surg.*, 7 (1990), 72–83.