

ÎNGRIJIREA PACIENŢILOR CU DEFECTE FACIALE ŞI REABILITARE PROTETICA

EXPERIENŢA SECŢIEI DE PROTEZARE OROMAXILOFACIALĂ PENTRU ANII 2007 – 2017

**Rodica Mindruţa-Stratan, doctor în medicină, conferenţiar cercetător,
şef secţie Protezare Oromaxilofaciala, IMSP Institutul Oncologic**
rmindruta@gmail.com

Rezumat: Majoritatea pacienţilor necesită reabilitare protetică facială după ce au suferit o intervenţie chirurgicală ablativă pentru tumorile regiunii capului şi gâtului. Aceşti pacienţi sunt cel mai bine trataţi având consultul specializat şi o abordare multidisciplinară care implică chirurghii specialişti în oncologie şi reconstrucţie oromaxilofacială. Planificarea pre- şi post-chirurgicală facilitează un efort mai concertat între diferite discipline, astfel încât eradicarea bolii şi rezultatul post-operator apare favorabil. O proteză permite, de asemenea, supravegherea postoperatorie şi apariţia recurenţei. Factorul estetic a unei proteze faciale poate fi îmbunătăţită prin planificarea tratamentului anterior de chirurgie planificată, de comun acord cu chirurgul, având în discuţie structurile anatomice care ar trebui să fie eliminate şi care ar trebui să fie prezervate în timpul intervenţiilor chirurgicale ablativă. Aşteptările estetice şi funcţionale ale pacientului trebuie să fie evaluate şi, în multe cazuri, modificate înainte de începerea tratamentului chirurgical.

Cuvinte-cheie: protezare oromaxilofacială, reabilitare post-chirurgicală, abordare multidisciplinară în reabilitare post-chirurgicală, tumori a regiunii capului şi gâtului.

Care of patients with facial defects and prosthetic rehabilitation

Experience of Oromaxillofacial Prosthesis Service for the years 2007 – 2017

Summary: Most patients requiring prosthetic facial rehabilitation have undergone ablative surgery for head and neck cancers. These patients are best treated by a multidisciplinary approach involving the surgeons performing ablative and reconstructive surgery and the maxillofacial prosthodontist. Presurgical and postsurgical planning facilitates a more concerted effort between the various disciplines so that eradication of the disease and postsurgical outcome emerge favorably. In some instances, prosthetic rehabilitation is more desirable and has the potential to produce a better aesthetic result than surgical reconstruction. A prosthesis also allows for the surveillance of recurrent disease. Aesthetics of a facial prosthesis may be enhanced through treatment planning with the surgeon as to which anatomic structures should be removed and which should be spared during ablative surgery. The patient's aesthetic and functional expectations need to be evaluated and in many instances, modified before treatment.

Key words: Oromaxillofacial prosthetics, post-surgical rehabilitation, multidisciplinary approach in post-surgical rehabilitation, tumors of the head and neck region

Уход за пациентами с дефектами лица и протезирование. Опыт службы оромаксифациальной протезирования за 2007 - 2017 годов

Резюме: Большинство пациентов, которые подверглись оперативному лечению онкологических образований

головой и шеи, нуждаются в протезировании лицевого дефекта. Эти пациенты лучше всего рассматривать путем мультидисциплинарного подхода, вовлекающего хирургов, которые специализированы в онкологии, выполняющих включительно и восстановительные операции. Предхирургическое и постхирургическое планирование облегчается более совместным обсуждением между различными дисциплинами, так лечение болезни и постхирургический результат протекают более благоприятно. В некотором количестве случаев, протезное восстановление желательнее и имеет потенциал производить лучший эстетический результат чем хирургическая реконструкция. Протез дает также возможность учитывать наблюдение текущей болезни. Эстетический результат лицевого протеза может быть увеличен, если планирование лечебных мероприятий происходит предоперационно в мультидисциплинарном консилиуме, беря во внимание и эстетические и функциональные ожидания пациента.

Ключевые слова: челюстно - лицевой протез, послеоперационная реабилитация, многодисциплинарный подход в послеоперационной реабилитации, опухоли области головы и шеи

Introducere :

Majoritatea pacienților necesită reabilitare protectică oromaxilofacială după ce au suportat o intervenție chirurgicală ablativă pentru tumorile diagnosticate în regiunea capului și gâtului. Cazurile sunt planificate pentru tratamentul complex printr-o abordare multidisciplinară care implică chirurghi care efectuează tratamentul chirurgical în scop ablativ și reconstructiv la necesitate și specialistul protezist cu competență oromaxilofacială. Planificarea etapelor prechirurgicale și postoperatorii sunt coordonate de specialiștii responsabili înainte de intervenția chirurgicală. Această coordonare facilitează eforturile specialiștilor de diferite discipline, astfel încât tratamentul chirurgical și rezultatul postoperator de reabilitare să atingă eficiența dorită.

Materiale și metode : Protezarea oromaxilofacială este o specialitate dedicată corecției și managementului defectelor dobândite, defectelor postchirurgicale după ablatia tumorii, traumatisme, defecte congenitale sau modificări de creștere și dezvoltare a masivului facial. În mod ideal, pacienții ar trebui să fie referiți la specialistul protezist maxilofacial anterior de planificarea procesului de tratament. Această sesizare precoce permite timp și posibilitate pentru o evaluare și consultare corespunzătoare, aprecierea opțiunilor de tratament și de reabilitare protetică, proces care poate fi discutat cu pacientul și familia acestuia. La fel, o informare prețioasă, cum ar fi imaginile și modelele preoperatorii, pot fi adunate la începutul procesului de tratament.

Rezultate:

Opțiuni de reconstrucție chirurgicală și protetică.

Defectele de la nivelul capului și gâtului cauzate de cancer, după un tratament chirurgical ablativ, traume și malformații congenitale duc la multiple dificultăți funcționale și psihologice pentru pacienți și pentru cei din jurul lor. Tehnici de reconstrucție chirurgicală, protetică și de reabilitare, sau o combinație

a celor două pentru a corecta distorsionarea facială poate îmbunătăți funcția, auto-încrederea, și bunăstarea psihologică a pacientului. Localizarea anatomică, mărimea și cauza defectului, în legătură cu vârsta, starea de sănătate a pacientului și dorințele lui, sunt luate în considerație pentru a determina metoda de reconstrucție chirurgicală și reabilitare protetică. În unele cazuri, este posibilă reabilitarea protetică să fie preferată primar din cauza complexității tratamentului chirurgical cu scop reconstructiv, complicații anticipate postradioterapie și valoarea plasată pe imaginea estetică. Unul dintre cele mai mari avantaje ale protezării oromaxilofaciale, versus reconstrucția chirurgicală este capacitatea de a efectua supravegherea periodică a zonei cicatriciale postchirurgicale. Prin utilizarea unei proteze, este posibilă vizualizarea directă a zonelor recurente care pot fi evidențiate din perioada perioperatorie până în al treilea an de supraveghere. Cu metoda de reconstrucție chirurgicală, capacitatea de a efectua supravegherea zonei cicatriciale postchirurgicale este semnificativ redusă.

Fabricarea protezelor faciale

Protezele faciale sunt folosite pentru a înlocui, acoperi și modifica aspectul deformat sau lipsa structurilor anatomice. În plus, protezele pot avea funcția de suport a dispozitivelor cum ar fi ochelari de vedere, încălzirea aerului care intră în defectele faciale și protejarea țesuturilor. De asemenea, protezele joacă un rol important în restaurarea imaginii faciale și reintegrarea pacientului în societate. Totuși, protezele au limitări și nu pot restabili perfect aspectul estetic și funcția. O proteză bine efectuată este destinată să treacă testul «*magazin alimentar*», adică va permite unei persoane să meargă într-un loc public fără a atrage atenția asupra sa. Este important pentru pacienți și cei din jurul lor să aibă așteptări realiste. Protezele faciale sunt fabricate personalizat și frecvent din elastomeri de silicon, deoarece materialul posedă caracteristica de a fi inert, rezistent, durabil și este folosit cu ușurință în manipulare. Crearea unei proteze este

un proces complex care necesită multe ore de muncă. Numărul de întâlniri variază cu complexitatea defectului și a așteptărilor pacientului. Procesul implică următoarele etape metodologice efectuate inclusiv în secția de protezare OMF: efectuarea amprentei zonei afectate; crearea modelului zonei afectate; sculptarea unei proteze din ceară; crearea unui model a formei sculptate; turnarea matriței modelului fabricat într-un material de bază intrinsec colorat pentru a se potrivi cu tonul general al pielii pacientului și colorarea și caracterizarea extrinsecă pentru a îmbunătăți detaliile și a crea o proteză care se potrivește cu pielea adiacentă.

Mulți pacienți găsesc prima etapă (*efectuarea amprentei zonei afectate*), cea mai stresantă, deoarece amprenta este făcută la prima întâlnire cu medicul protezist, într-un fel este impresionantă, deoarece reprezintă faza incipientă a relației doctor/pacient. În plus, țesuturile supuse amprentării pot totuși să fie sensibile grație perioadei precoce postchirurgicale sau radioterapeutice. Adesea, amprenta acoperă ochii sau nasul și poate duce la o senzație claustrofobă pentru pacient. Această problemă este gestionată cel mai bine de către medicul protezist, care construiește o ambianță pozitivă și o relație de încredere cu pacientul, explicând în prealabil procedura care urmează a fi efectuată, asigură pacientul că materialele de amprentare sunt sigure, vorbind cu pacientul, în timpul procesului de fabricare a protezei și la fel, permite pacientului timp suficient pentru vindecare și remodelarea țesuturilor înainte de a face amprenta. Vindecarea adecvată este importantă nu numai pentru confortul pacientului dar și pentru a se asigura că amprenta făcută la prima etapa este corectă și corespunde defectului, pentru a produce o potrivire adecvată protezei. În general, fabricarea protezelor începe la 6 – 8 săptămâni după operație sau la finalizarea tratamentului radioterapeutic. Această perioadă este recomandată, iar determinarea reală a vindecării adecvate se face clinic. Corelarea tenului și a caracteristicilor pielii adiacente defectului poate fi solicitantă și complicată la expunerea pacientului luminii soarelui sau unei afecțiuni dermatologice. Prin urmare, trebuie să se ia în considerare tenul obișnuit al pacientului. Dacă pacientul are un bronz recent, arsuri solare sau erupții cutanate, amestecul de nuanțe de bază și extrinseci pentru colorare ar trebui să fie amânată până ce aceste condiții cutanate sunt rezolvate. De asemenea, pacienții trebuie încurajați pentru a utiliza o protecție, pentru a evita aceste probleme și pentru a reduce riscul patologiilor cutanate.

Retenția protezelor faciale.

Protezele faciale pot fi reținute cu două fețe bandă, porțiuni de angajare a protezei în aria curburilor anatomice în defect, adezivi medicali, implanturi

osteointegrate sau o combinație a acestora. Adezivii sunt utilizați pe scară largă în cazul în care este necesar să fie reaplicată proteza în timpul zilei pentru că retenția este redusă în caz de umiditate, transpirație și cutaneu dificil. Din aceste motive, un membru al familiei sau un îngrijitor ar trebui să fie educat pentru a ajuta la îmbrăcarea și scoaterea protezei (Fig. 1). În plus, există o perioadă de învățare în care pacientul devine familiarizat cu proprietățile retentive ale protezei, anticipează timpul pentru care o proteză este protejată de adeziv, durabilitatea, și identificarea activitățile care pot desprinde proteza. Este recomandabil ca pacientul să învețe să poarte proteza înainte de a ieși în public.

Scopul principal al chirurgiei radicale ablative este controlul patologiei. După rezecția chirurgicală, atenția trebuie să se concentreze pe pregătirea ariei de defect postoperator pentru îmbunătățirea reabilitării protetice. Zonele mici de țesut care nu sunt susținute de os sau cartilaj ar trebui eliminate, deoarece acestea devin dificile și nu pot fi capturate cu exactitate într-o amprentă și interferează cu adaptarea marginilor unei proteze. Poziționarea și plasarea corectă a unei proteze este facilitată de un spațiu negativ sau de un defect concav. Protezele faciale pot fi folosite pentru a înlocui pierderile structurilor anatomice în aria auriculară, nazală și orbitală. În plus, o proteză facială poate fi folosită pentru a acoperi defecte, inclusiv ale obrazului și ale frunții. Principiile unei reabilitări protetice de succes includ, evitarea plasării marginii protezei peste țesuturile mobile, implicării țesutului subcutanat, dacă este posibil. Defectele auriculare (Fig.2.) pot fi asociate cu malformații congenitale, traume sau defecte postchirurgicale ablative. Decizia de a reconstrui defectul chirurgical sau protetic se bazează pe mărimea și complexitatea defectului. Reconstrucțiile mari pot fi dificile în această arie. Dacă reabilitarea

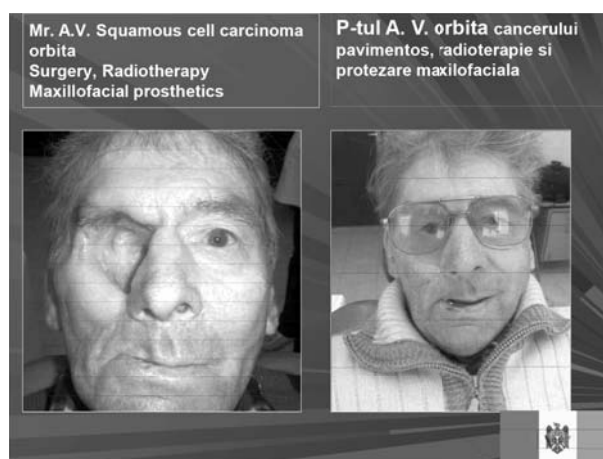


Fig.1. Considerațiuni chirurgicale pentru defecte auriculare, nasale și orbitale



Fig.2.



Fig.4.

protetica este opțiunea preferată de tratament, conservarea tragusului poate ajuta la ascunderea și alinierea marginii anterioare a unei proteze. Păstrarea jumătății inferioare, când este posibil, poate servi un punct de reper bun pentru fabricarea de proteze și asistarea cu suport vertical. Defectele nazale pot fi reconstruite chirurgical cu lambouri de piele regionale de pe zonele adiacente. Este posibil ca acest rezultat să nu se potrivească cu culoarea sau textura pielii din jur. Prin urmare, în unele cazuri o proteză poate oferi mai mult un rezultat estetic (Fig.3). Înainte de a lua o decizie cu privire la cel mai opțional tratament, trebuie luată în considerare retenția protezei la expunerea fluxului de aer umed, care scade eficiența adezivilor, reducând astfel reținerea și durata uzurii. În timpul rezecării oaselor nazale, tehnicile chirurgicale trebuie să evite distorsionarea conturului și a poziției feței, a buzei și a pliurilor nazolabiale.

Defectele orbitale cauzate de chirurgia ablativă pot fi împărțite în 2 grupe. Primul grup este enuclea-

rea sau evocare în care bulbul este îndepărtat și restul mușchilor oculari și conținutul orbital este lăsat intact. Acest tip de defect este reabilitat cu o proteză oculară. Al doilea grup este exenterarea orbitei cu îndepărtarea întregului ochi și țesuturilor înconjurătoare (Fig.4). Acest tip de defect este adesea reconstruit cu fabricarea unei proteze orbitale care înlocuiește ochiul și structurile înconjurătoare.

Discuții: Tratamentul final trebuie să conțină o componentă protetică, spațiu suficient pentru o proteză estetică. Determinarea acestui spațiu este facilitat prin evaluarea preoperatorie cu o dimensiune standard a protezei oculare și evaluarea marginilor postchirurgicale. Defectele mici nu pot permite un spațiu adecvat pentru poziționarea corespunzătoare sau reglarea componentei oculare din proteza orbitală, această ne-corespundere poate distorsiona planul orizontal al marcatului ocular. În unele cazuri poate fi necesar de a elimina un țesut suplimentar pentru a oferi spațiu. Este preferabil să se folosească grefe de



Fig. 3.

Groningen # of treated patiënts [2010 – 2017] 10 fte		Chisinau Numar total de paienti tratati [2010 -2017] 1,5 echivalent profesioniști	
■ -ocular	125	Ocular	318
■ -auricular	195	auricular	4
■ -maxillary	125	Maxilar	38
■ -nasal	112	Nazal	4
■ -facial	20	Faciala	12
■ -combined	21	Combinat	5
■ -orbital	63	Orbital	5
■ -consulted	1200	Consultati	88
■ Recall patients	1355	Monitorizarea pacienti	218

Fig.5.

piele de separare pentru căptuşeala osoasă a defectelor în această zonă. Acest tip de grefă permite mai mult spaţiu şi furnizează o bază de ţesut bun pentru proteză şi retenţie a protezelor.

În perioada 2010–2017 în cadrul secţiei de protezare oromaxilofacială au fost fabricate proteze, în comparaţie cu UMC Groningen, Olanda (Fig.5):

Rezultatele elucidate mai sus au fost obţinute graţie colaborării multidisciplinare eficiente între chirurgii secţiilor chirurgie cap şi gât 1 şi 2, specialiștilor CCD IOM şi ale colaboratorilor secţiei de Protezare Oromaxilofaciala, Luca Valentina, Ludmila Chencheci, Pavel Dulgheru, Ivan Vilcu şi a efortului personal al mentorilor noştri, Prof. Robert van Oort, Harry Reintsema, Anton Strabbing, Groningen, Olanda.

Referinte bibliografice:

1. Lemon JC, Kiat-amnuay S, Gettleman L, et al. Facial prosthetic rehabilitation: preprosthetic surgical te-

chniques and biomaterials. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;13:255–62.

2. Parr GR, Goldman BM, Rahn AO. Maxillofacial prosthetic principles in the surgical planning for facial defects. *J Prosthet Dent* 1983; 46:323–9.

3. Parr GR, Goldman BM, Rahn AO. Surgical considerations in the prosthetic treatment of ocular and orbital defects. *J Prosthet Dent* 1983;49:379–85.

4. Salinas TJ. Prosthetic rehabilitation of defects of the head and neck. *Semin Plast Surg* 2010;24(3):299–308.

5. Roumanas ED, Freymiller EG, Chang TL, et al. Implant-retained prostheses for facial defects: an up to 14-year follow-up report on the survival of implants at UCLA. *Int J Prosthodont* 2002;15: 325–32.

6. Guttal SS, Patil NP, Shetye AD. Prosthetic rehabilitation of a midfacial defect resulting from lethal midline granuloma-a clinical report. *J Oral Rehabil* 2006;33: 863–7.

7. Thawley SE, Batsakis JG, Lindberg RD, et al. Comprehensive management of head and neck tumors. St Louis (MO): Elsevier; 1998. p. 526–7.