

TRANSPLANTĂRILE LIBERE DE PIELE DESPICATĂ ÎN TRATAMENTUL ARSURILOR

I. Gálffy, V. Máthé

Metoda transplantărilor libere de piele despicată, elaborată în 1929 de *Blair* și *Brown*, a cucerit teren în numeroase domenii ale chirurgiei. Datele din literatură relevă faptul că astăzi nu mai există nici o ramură a chirurgiei care să se poată dispensa de această metodă. Meritul principal al ei constă în faptul că elimină dezavantajele transplantărilor epiteliale (*Reverdin*, *Thiersch*) și ale transplantărilor de piele totală (*Bürger*, *Krause*). Fiind simplă, nepretențioasă și executabilă aproape nelimitat, asigură în același timp rezultate bune, potrivit condițiilor de efectuare. Practic, utilizarea acestui procedeu a eliminat greutatea ivite în legătură cu regiunea donatoare, deoarece aceasta se vindecă spontan, chiar și în cazurile când din derm a rămas numai un strat subține. Elementul într-adevăr revoluționar pe care

il conține metoda lui *Blair* este recunoașterea importanței transplantărilor de derm în completarea definitivă a lipsurilor de piele. În funcție de adâncimea inciziei și de elementele epiteliale, se pot transplanta straturi de derm mai subțiri sau mai groase, de la caz la caz.

O dată cu mecanizarea procedurii (*Padgett*, 1936), s-a ivit posibilitatea foarte importantă în ceea ce privește priza transplantului, de a se face grefe cu o bază de incizie uniformă. Pentru înlăturarea deficiențelor dermatomului lui *Padgett*, au fost confecționate în ultimii ani numeroase aparate din ce în ce mai perfecționate care au contribuit la răspîndirea rapidă a metodei. Printre dermatoamele de tip recent, trebuie amintit electrodermatomul S. D. 59, fabricat la noi în țară, cu ajutorul căruia s-au obținut rezultate deosebit de bune. Acest electrodermatom face posibilă efectuarea transplantărilor extinse printr-o incizie rapidă și de profunzime diferită. Utilizarea dermatoamelor a dat rezultate mai bune decât toate procedeele aplicate până acuma prin transplantări de piele despicată în tratamentul arsurilor. Aproape toate arsurile care ating parțial sau total grosimea dermului se infectează și nu se vindecă decât secundar, după o proliferare îndelungată. Cicatricea apărută cauzează tulburări funcționale, provoacă suferințe și deseori ca stare precanceroasă, va fi supusă unor intervenții plastice foarte complicate (*Traves, Pack, Durand*). Trebuie să menționăm că intervalul de timp în care reușim să acoperim cu un derm sănătos suprafețele de piele distrusă, înlăturînd astfel consecințele dăunătoare ale unei vindecări secundare, prezintă o importanță deosebit de mare, deoarece influențează capacitatea de muncă a arsului, și are repercusiuni decisive asupra întregii lui vieți.

Toți acești factori nocivi pot fi înlăturați, fie în parte, fie în întregime, prin transplantări libere de piele despicată, metodă care, așa cum rezultă și din materialul nostru clinic, poate fi aplicată cu succes și în cazurile în care, mai de mult, nu puteau fi luate în considerare decât procedeele operatorii mutilante.

Noi am efectuat transplantări de piele despicată la 9 bolnavi arși. Dintre aceștia, la 5 arsura a constituit 45—53% din suprafața corpului, iar în 4 cazuri 18—37%. Dat fiind faptul că teritoriile arse de gradul II și III erau foarte neregulate, noi nu am putut utiliza excizia primară, recomandată de unii autori. În concordanță cu datele relatate de *Moncrief*, am constatat că arsurile miinilor și ale feței au fost relativ mai frecvente. Rezultatele examenului de laborator prin confruntarea lor ne-au dat ocazia să facem observații interesante. Nume roși autori în caz de rezultate de laborator defavorabile, contraindică efectuarea transplantărilor. Valorile standard unanim acceptate, sub care transplantarea nu poate fi efectuată, sînt următoarele: 3,500.000 de hematii, 75% hemoglobină și o proteinemie puțin scăzută. Contrar acestui fapt, fiind siliți de împrejurării, noi am efectuat intervenții de transplantare în prezența unor valori mult mai scăzute, fără să constatăm sau să întîmpinăm dificultăți la priza grefelor. Desigur că nu intenționăm să formulăm concluzii generale din aceste câteva cazuri, cu alte cuvinte să subestimăm importanța constantelor biologice. Cu toate acestea, considerăm că în cazul în care valorile recomandate nu pot fi obținute de loc, sau numai cu foarte multă greutate, este mai bine să optăm pentru transplantare, decât să adoptăm o poziție de așteptare cu consecințe negative. După o transplantare efectuată cu succes, constantele biologice se normalizează într-un ritm rapid. Dacă facem o comparație între rezultatele mai importante ale examenului de laborator și extinderea teritoriilor arse, observăm că și în cazul unor arsuri mai puțin întinse dar persistente, se constată o înrăutățire considerabilă a valorilor constantelor biologice.

Exceptînd un singur caz, teritoriul receptor pe care am efectuat necrotomie din cauza unei plastii precoce, a fost o suprafață infectată, acoperită cu țesut proliferativ. Într-un caz în care hipoproteinemia marcată nu a putut fi influențată prin nimic, teritoriul receptor cu aspect gelatinos a fost acoperit de un țesut

Nr. crt.	Numele	Arsura			Rezultatul examenelor de laborator (înainte de operație)					Partea corpului grefată			
		%	Gradul	Localizarea	Hematii	Leucocite	Hgb	Proteine	Urina	Regiunea		Aspectul teritoriului receptor	Mărimea transplantului
										Donoare	Receptoare		
1.	M. K.	49	I—II—III	Cap, gît, fața anterioară, brațul, antebrațul, mîna	3.200.000	8.000	70%	6,2%	A = + P = +	Fața anterioară și laterală a coapsei	Antebraț, dosul mîinii, degetele	Tesut proliferativ edematos	900 cm ²
2.	B. R.	45	I—II—III	Față, gît, torace, membrele superioare	3.100.000	9.600	68%	6,1%	Negativ	Coapse, peretele abdominal	Abdomen, mîna, degetele	Hipergranulație	960 cm ²
3.	A. E.	51	I—II—III	Torace, abdomen, regiunea lombo sacrală, reg. fesieră	2.800.000	7.600	66%	5,9%	A = ++ P = ++	Coapse, torace, spate	Abdomen, reg. lombo sacrală, fesele, brațele,	Hipergranulație, infecție	350 + 180 cm ²
4.	K. O.	53	I—II—III	Gît, torace spate, regiunea fesieră	3.600.000	8.400	75%	7,2%	Negativ	Coapse	Gît, abdomen, torace	Tesut proliferativ neinfectat	280 cm ²
5.	K. K.	25	II—III	Membrele inferioare	3.200.000	7.600	68%	6,3%	Negativ	Coapse	Gambă	Tesut proliferativ neinfectat	700 cm ²
6.	N. K.	18	II—III	Antebraț mînă	3.800.000	8.700	72%	6,7%	Negativ	Coapse	Antebraț, dosul mîinii	Tesut proliferativ neinfectat	175 cm ²
7.	E. L.	20	II—III	Coapse, abdomen, regiunea coxofesieră	3.500.000	9.700	75%	7%	Negativ	Coapse	Deasupra articulației fesiere	Tesut proliferativ neinfectat	210 cm ²
8.	M. J.	37	I—II—III	Abdomen, torace mîini	3.800.000	7.800	78%	7%	Negativ	Coapse	Abdomen	Tesut proliferativ neinfectat	190 cm ²
9.	B. L.	47	I—II—III	Cap, gît, torace, spate, mîini	3.200.000	6.800	68%	6,4%	Negativ	Coapse	Dosul mîinii	Tesut proliferativ neinfectat	280 cm ²

Rezultatul final

Acoperire		Rezultatul examenelor de labor.			Priza %	Vindecarea donorului	Timpul de vinde- care
Ală	Parțială	Hematii	Hgb	Prot.			
-	+	3.800.000	82%	7,3%	96%	2 dermatoa- me infectate	6 săptă- mini
-	+	3.700.000	78%	6,8%	93%	1 dermatom infectat	4 săptă- mini
-	+	4.300.000	84%	7,5%	94%	Vindecare completă	3+3 săptă mini
+	-	4.300.000	82%	7,6%	98%	Completă	4 săptă- mini
+	-	4.000.000	84%	7,3%	98%	Completă	18 zile
+	-	4.200.000	78%	7%	100%	Completă	3 săptă- mini
+	-	4.300.000	78%	7,2%	99%	Parțială	18 zile
+	-	4.000.000	78%	7,2%	98%	1 dermatom infectat	21 de zile
+	-	4.100.000	72%	6,8%	98%	1 dermatom infectat	28 de zile



Fig. nr. 1. a) Arsură extinsă pe antebraț și mână, înainte de operație. Fața dorsală



Fig. nr. 1. b) Arsură extinsă pe antebraț și mână, înainte de operație. Fața palmară



Fig. nr. 2. a) Arsură extinsă pe antebraț și mână după autotransplantare. Teritoriul acoperit cu piele în săptămâna a 6-a după operație. Fața dorsală



Fig. nr. 2. b) Arsură extinsă pe antebraț și mână după autotransplantare. Teritoriul acoperit cu piele în săptămâna a 6-a după operație. Fața palmară



Fig. nr. 3. a) Arsură de gradul II și III pe antebraț, înainte de operație.



Fig. nr. 3. b) Arsură de gradul 2 și 3 pe antebraț după autotransplantare



Fig. nr. 4 a) Arsură circumscrișă de gradul III pe suprafața laterală a regiunii fesiere. Teritoriu acoperit cu țesut proliferativ înainte de operație

Fig. nr. 4. b) Arsură de gradul III pe suprafața laterală a regiunii fesiere. După autotransplantare, teritoriul acoperit cu piele



Fig. nr. 5. O transplantare efectuată după metoda *Tbiersch* în ziua a 7-a după operație. Teritoriul de arsură circumscrișă în regiunea umerală dreaptă

proliferativ excesiv de edematos. După o pregătire corespunzătoare a bazei plăgii, grefarea transplantatului a avut loc și în acest caz în bune condiții.

Lăsând la o parte un singur caz, în care am prelevat piele și de pe abdomen, teritoriul donor l-a constituit suprafața anterioară și laterală a feselor. În cele 9 cazuri ale noastre au rămas în total 28 de suprafețe de incizie (urme de dermatom) dintre care 23 s-au epitelizat fără complicații, iar 5 s-au infectat parțial sau total și s-au vindecat secundar. În concordanță cu datele din literatură, numărul cîmpurilor infectate este destul de mare, fapt care se poate explica, atît prin gravitatea stării bolnavilor, cît și prin erorile de tehnicitate. Această constatare atrage atenția asupra necesității de a se proceda cu o prudență cît mai mare la asistența teritoriului donor. La cei 9 bolnavi ai noștri, am transplantat 4000 cm² de piele despicată, revenind deci în medie 450 cm² pentru un bolnav. Cea mai mare suprafață de piele transplantată în cadrul unei singure ședințe a fost de 900 cm², iar cea mai mică de 175 cm².

În 5 cazuri am reușit să acoperim în întregime lipsurile mai puțin extinse de piele, obținînd o priză în proporție de 100%. În schimb, în celelalte 4 cazuri, reușita grefei a fost în medie de 93%, din cauza unor necroze mai mici. Necrozări mai extinse de lambou nu am observat în nici un caz, nici la persoanele arse, și nici la transplantările făcute în alt scop. După prinderea grefei, am observat o epitelizare pornită de pe marginile transplantatului spre teritoriile rămase libere. Această epitelizare a completat ulterior în întregime lipsurile mai mici.

Prinderea definitivă a grefei s-a produs în trei săptămîni după executarea operației. În cazurile în care am reușit să acoperim în mare parte, sau în întregime lipsurile de piele, vindecarea a durat 12—14 zile, iar în cazurile de acoperire parțială, vindecarea a durat 21—28 zile, în funcție de mărimea teritoriului acoperit. Pentru a ilustra superioritatea avantajelor pe care le prezintă transplantările libere de piele despicată, am făcut o comparație între rezultatele obținute cu această metodă și rezultatele transplantării efectuate de noi după metoda lui Thiersch în urmă cu 4 ani (fig. nr. 5).

În concluzie, relevăm că atît datele din literatura de specialitate, cît și propriile noastre observații ilustrează marea importanță a transplantării libere de piele despicată. Date fiind avantajele metodei, noi am utilizat-o cu predilecție.

Sosit la redacție: 22 iunie 1963.

Bibliografie

1. BLAIRE V. P., BROWN J. P.: Surg. Gynec. Obst. (1929), 29, 4; BÜRGER K.: cit. ZOLTÁN; 2. DURAND N.: cit. ZOLTÁN; 4. DOROBANȚIU S.: Chirurgia (1957), 2, 135; 5. KRAUSE F.: Chir. Kong. Verhandl. (1893), 46, 2; 6. FILATOV A. N.: Vestnik Hirurghii (1958), 10, 185; 7. MONCRIEF J.: Amer. J. Surg. (1958); 96: 335; 8. PACK G.: Cit. ZOLTÁN; 9. TRAVES N., PACK G.: Surg. Gynec. Obst. (1930), 51, 749; 10. ZOLTÁN J.: A félévstag bór szabad átültetése, Medicina, Budapest (1961).