



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Z. BESNIK FASKAJ

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI - KIRURGJI PLASTIKE

**TEMA: “PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN
KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGJIKAL”**

MBROHET NË DATËN ___/___/ 2024 PARA JURISË:

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Prof. Arvin Dibra | KRYETAR |
| 2. Prof. Enton Bollano | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. Prof. Medi Agolli | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. Prof. Ermira Vasili | ANËTARE |
| 5. Prof. Xheladin Çeka | ANËTAR |

BESNIK FASKAJ

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
QSUT “NËNË TEREZA”
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË
SHËRBIMI I KIRURGJISË PLASTIKE

*“Patologjitë e lokalizuara në regjionin kokë-qafë që
kërkojnë trajtim kirurgjikal”*

PUNOI

UDHËHEQËS SHKENCOR

BESNIK FASKAJ

Prof. MONIKA BELBA

Tiranë 2024

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM
KIRURGIKAL

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
QSUT “NËNË TEREZA”
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË
SHËRBIMI I KIRURGJISË PLASTIKE

FALENDERIM

Për realizimin e këtij studimi falenderoj në mënyrë të veçantë Departamentin e Kirurgjisë, Prof. Gjergji BELBA, udhëheqësin shkencor Prof. Monika Belba, stafin e mjekëve dhe personelin që punon në Shërbimin e Djegies dhe Kirurgjisë Plasike si dhe të gjithë njerëzit që më mbështetën.

BESNIK FASKAJ

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
QSUT “NËNË TEREZA”
DEPARTAMENTI I KIRURGJISË
SHËRBIMI I KIRURGJISË PLASTIKE

Ky është një studim origjinal, i kryer pranë Shërbimit të Djegies dhe Kirurgjisë Plastike në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, mbështetur në të dhënat e pacientëve dhe interventeve të realizuara dhe dokumentuara në këtë shërbim. Çdo hulumtim i autorëve të ndryshëm për mbështetjen teorike është shoqëruar me referencat përkatëse.

Doktoranti

Besnik FASKAJ

PËRMBAJTJA

HYRJE	1
QËLLIMI I STUDIMIT DHE OBJEKTIVAT	3
MBËSHTETJE TEORIKE	5
MATERIALI DHE METODA	40
REZULTATET	44
DISKUTIMI.....	71
PËRFUNDIME	82
REKOMANDIME	83
ANËT POZITIVE DHE KUFIZIMET E STUDIMIT.....	83
BIBLIOGRAFIA	84
APENDIKSI	93

HYRJJE

Regjioni i kokë-qafës është regjioni më kritik në trupin e njeriut ku vendosen të gjitha shqisat dhe ku rezultatet e ndërhyrjeve kirurgjikale përformojnë pamjen e jashtme vizive të personit me të cilën ai prezantohet dhe kryen aktivitetet e tij të përditshme në shoqërinë civile. Ky regjion është mjaft i ekspozuar dhe është i prekshëm nga dëmtimet termike dhe traumatike por edhe nga tumoret e indeve të buta duke invalidizuar shpesh pacientin dhe që e detyron ekipin trajtues ta ndjekë atë në vite duke kryer ndërhyrje kirurgjikale plastike të herëpashershme për të patur në fund një pamje sa më funksionale dhe estetike sa më afër normës. Nga ana tjetër është një regjion ku kryhen një gamë e gjerë interventesh plastike nga më të thjeshtat e deri te më të ndërlikuarat me qëllim restaurimin e regjioneve të prekura duke patur si objeksion rekonstrukcionin e çdo shtrese anatomike deri në mbylljen përfundimtare të lëkurës me transplant ose me lembo.

Në çdo qëndër djegieje në botë pacientët që mund të trajtohen aty, ndahen në tre prioritete. Prioriteti i parë përfshin trajtimin e pacientëve të djegur, dëmtimi termik i të cilëve përcaktohet sipas protokolleve nga American Burn Association si dhe nga kriteret e çdo vendi. Shërbimi ynë ka përcaktuar kriteret e pacientëve që duhet të trajtohen në Shërbimin e Djegie-Plastikës, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë. Sigurisht këta pacientë kanë prioritet mbi të gjithë pacientët e tjerë. Pacientët e prioritetit të parë janë pacientë me: Djegie të rënda, Dëmtimet elektrike, Djegie respiratore, djegie në fëmijë, në të moshuar, në pacientë me sëmundje shoqëruese dhe Nekroliza Epidermale Toksike (Toxic Epidermal Necrolysis TEN).

Pacientët e përfshirë në prioritetin e dytë janë pacientë të cilët kanë trauma multiple ose penetruese, apo dhe dëmtime maksilo-faciale të cilat kanë domosdoshmëri mbylljen e tyre nëpërmjet procedurave kirurgjikale të kirurgjisë plastike.

Pacientët e përfshirë në prioritetin e tretë janë ata me tumore të indeve të buta apo defekte që kanë nevojë për rikonstrukcion nëpërmjet aplikimit të lembove të ndryshme apo dhe pacientë që kanë nevojë për ndërhyrje tepër të specializuar në fushën e kirurgjisë plastike estetike.

Për këto problematika nuk ka të dhëna të dokumentuara për vendin tonë, prandaj qëllimi i kësaj teze doktrate ishte të japë të dhëna të pacientëve të trajtuar për patologjitë e regjionit të kokë-qafës.

Meqënëse Shërbimi i Djegie-Plastikës është shërbim unik në rang vendi ku hospitalizohen të gjitha rastet që kërkojnë ndihmë të specializuar, kemi të drejtën të japim të dhëna të djegieve të regjionit të kokës të shprehura si incidencë për 100,000 banorë si dhe të interventeve të kryera në këtë regjion për korrigjimin dhe trajtimin e djegies së hershme si dhe korrigjimin e pasojave të djegies (kirurgjia rekonstruktive e kokë-qafës) si dhe mbi trajtimin e tumoreve të indeve të buta.

Për të realizuar këtë tezë doktoratë ne jemi përqëndruar në ndjekjen prospektive të rasteve me djegie në regjionin e kokë-qafës të shtruar në Reanimacionin e Djegie-Plastikës si dhe të interventeve të kryera në regjionin e kokë-qafës bazuar në regjistrin e Bllokut Operator të shërbimit.

QËLLIMI I STUDIMIT DHE OBJEKTIVAT

QËLLIMI I STUDIMIT

Studimi i të gjitha rasteve me patologji të lokalizuara në regjionin e kokë-qafës që kërkojnë trajtim kirurgjikal plastik gjatë periudhës 2010-2019 në Shërbimin e Djegie-Plastikës, Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, Tiranë.

Për këtë janë marrë në studim të gjitha rastet e rregjistruara në Shtrimet në Reanimacionin e Shërbimit si dhe të gjitha interventet e rregjistruara në Bllokun e sallës së Operacionit. Nga këto janë marrë të dhënat për rastet me patologji të lokalizuara në regjionin e kokë-qafës dhe janë krijuar disa grupe pacientësh:

1. Grupi i pacientëve me traumën e indeve të buta (djegie dhe trauma)
2. Grupi i pacientëve me pasoja të djegieve dhe traumës (Cikatrikse, Kontraktura, Ektropion etj)
3. Grupi i pacientëve me patologji të lindura (Hemangioma, Neurofibromatoze, Labium Lepurinum etj)
4. Grupi i pacientëve me tumore beninje (Lipoma, Nevuse, Polipe, Fibroma etj)
5. Grupi i pacientëve me tumore malinje (Carcinoma Bazo-Celulare, Spino-Celulare dhe Melanoma)
6. Grupi i pacientëve që kryhen intervente estetike (Gibus nazi, prominaureus dhe Ptozë palpebrale)

Qëllimi final është të tregojmë efikasitetin e procedurave kirurgjikale plastike sipas patologjive me synim përmirësimin e teknikave operatore sipas zonës anatomike ku aplikohen. Do të argumentojmë përzgjedhjen e teknikës kirurgjikale midis transplantit të pjesshëm atij të plotë dhe mbi të gjitha cila lembo do ta zgjidhte më mirë rastin.

OBJEKTIVAT KRYESORE

1. Të theksojmë rëndësinë e trajtimit kirurgjikal të patologjive të lokalizuara në regjionin kokë-qafë
2. Të evidentojmë indikacionet dhe teknikat kirurgjikale rekonstruktive plastike sipas diagnozës kirurgjikale

Hipoteza jonë:

Trajtimi kirurgjikal është pjesa kryesore e trajtimit kompleks të pacientëve me patologji në regjionin e kokë-qafës, por ajo duhet të kombinohet me trajtimet e tjera për të arritur përmirësimin e cilësisë së jetës të këtyre pacientëve

OJEKTIVAT SPECIFIKE

1. Të paraqesë të dhëna të përgjithshme epidemiologjike dhe klinike të të gjithë pacientëve
2. Të paraqesë të dhëna për djegiet dhe traumat të lokalizuara në regjionin e kokë-qafës të shtruara në reanimacionin e shërbimit të Djegie-Plastikës
 - 2.1. Shkaku i djegieve dhe grupmoshat më të prekura
 - 2.2. Sipërfaqja, Thellësia e djegieve dhe prania e djegies inhalatore shoqëruese
 - 2.3. Të dhëna për realizimin e rehidritimit si ngarkesë hidrike (ml/kg/% TBSA), mortalitetin, ditëqëndrimin dhe aplikimin e sistemeve pikëzuese prognostike
3. Të paraqesë të dhëna për interventet e kryera në regjionin e kokë-qafës për trraumën dhe tumoret e indeve të buta, duke përcaktuar prioritetet për rezultate sa më funksionale dhe estetike (Transplant, Mbyllje per primam, Aplikimi i Lembove, etj)
 - 3.1. Interventet ne djegie dhe trauma
 - 3.2. Intervente për pasojat e djegieve
 - 3.3. Intervente për patologjitë e lindura
 - 3.4. Interventet në tumoret beninje
 - 3.5. Interventet në tumoret malinje
 - 3.6. Interventet për ndërhyrjet rekonstruktive-estetike

MBËSHËTETJE TEORIKE

1. ANATOMIA E REGJIONIT KOKË-QAFË DHE TEKNIKAT
KIRURGJIKALE TË KIRURGJISË PLASTIKE
2. FIZIOPATOLOGJIA E DJEGIEVE DHE E TRAUMËS SË INDEVE TË
BUTA NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS
3. FIZIOPATOLOGJIA E PASOJAVE TË DJEGIEVE DHE TRAUMAVE
NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS: CIKATRIKSE, KONTRAKTURA,
EKTROPION
4. PATOLOGJITË E LINDURA TË REGJIONIT, VEÇORITË E TYRE
5. TUMORET E INDEVE TË BUTA: BENINJE DHE MALINJE,
SHKAQET, LOKALIZIMI
6. PATOLOGJITË QË KËRKOJNË NDËRHYRJE REKONSTRUKTIVE
ESTETIKE NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS

1. ANATOMIA E REGJIONIT KOKË-QAFË DHE TEKNIKAT KIRURGJIKALE TË KIRURGJISË PLASTIKE

Kirurgjia estetike dhe rekonstruktive e kokës dhe e qafës varet nga vlerësimi i metodave tre-dimensionale të rivendosjes (rregullimit) të strukturave të ndryshme anatomike, funksionale dhe kozmetike.

ANATOMIA E REGJIONIT KOKË-QAFË

Një tipar i veçantë i anatomisë së kokës dhe qafës është shpërndarja koncentrike në shtresa e indeve të buta faciale. Këto shtresa kanë emra dhe karakteristika të ndryshme nga një zonë e kokës apo qafës në tjetrën, por ruajnë vazhdimësinë përgjatë kufijve. Nervi facial zakonisht kalon në plane të përcaktuara ndërmjet këtyre shtresave, duke kapërcyer nga njëra shtresë në tjetrën në zona specifike të përcaktuara mirë.^(1,2) Qafa, faqet, zona temporale dhe skalpi janë të ndara respektivisht nga kufiri i poshtëm i mandibulës, harku zigomatik dhe linja temporale. Në përgjithësi ka dy shtresa të fascies, një sipërfaqësore dhe një e thellë të cilat mbulojnë këto regjione dhe shtrihen mbi strukturat e tjera siç janë palpebrat dhe hunda. Fascia superficiale ndahet që të përfshijë apo mbështjellë shumë nga muskujt facial. Shtresa fasciale e thellë është mbi muskujt masticator, gjëndrat salivare dhe strukturat kryesore neurovaskulare.⁽³⁾

Fasciet në zonën e fytyrës

Muskujt e shprehjes së fytyrës si m. orbicularis oculi, oris, zygomaticus major dhe minor, frontalis dhe platysma janë të përfshira ose formojnë pjesë të Sistemit muskulo-aponeurotik sipërfaqësor (SMAS). Disekimi më në sipërfaqe të fascies faciale superficiale, pikërisht nën lëkurë, do të shmangi dëmtimet e nervit facial që shtrihet nën të, por mund të kompromentojë qarkullimin e gjakut të lembove kutane.

Shtresa faciale sipërfaqësore e fytyrës dhe e qafës është e formuar nga fascia cervikale sipërfaqësore (përfshirë dhe platizmën) dhe fascia faciale sipërfaqësore, fascia temporale sipërfaqësore (që quhet edhe fascia temporoparietale) dhe nga galea aponeurotika.^(4,5)

Shtresa fasciale e thellë e fytyrës dhe e qafës është e formuar nga fascia cervikale e thellë, fascia faciale e thellë (e njohur si fascia parotidomastoidike) dhe nga fascia temporale e thellë, e cila është vazhdim i periosteumit të kafkës.

Fascia temporale e thellë ndahet në dy shtresa në nivelin e rimës orbitale superior. Dy shtresat inserohen në faqet sipërfaqësore dhe të thellë të harkut zigomatik. Në përgjithësi, kur ngremë lembo në zonën e qafës, muskuli i platysmës përfshihet bashkë me lëkurën me qëllim që të rrisim vaskularizimin e zonës.

Indet e buta të Skalpit dhe Shtresa Dhjimore e Nën-lëkurës

Skalpi është një ind i butë që mbulon calvaria crani. Nga ana anatomike pozicionohet në anën kraniale duke lidhur kufirin supraorbital të ballit, procesin frontal të kockës zigomatike, buzën superiore të harkut zigomatik, foramen akustike të jashtme, procesin mastoid të kockës temporale dhe linjën superiore nukale të kockës oksipitale. Ndryshimi më i madh i scalpit me pjesën tjetër të lëkurës qëndron në faktin që ai ka qime në të gjitha pjesët me përjashtim të ballit. Në prerjen tërthore, skalpi paraqitet me strukturë të shtresëzuar dhe zakonisht ndahet në pesë shtresa, me përjashtim të regjonit temporal të cilat nga jashtë janë lëkura, dhjamina e nënlëkurës (dense connective tissue), shtresa galea aponeurotike, indin lidhës të lire dhe perikraniumi. Lëkura, shtresa subkutan dhe galea neurotike janë të lidhura fort dhe është e pamundur që të ndahen nga njëra tjetra. Për këtë arsye, këto shtresa duke filluar nga lëkura deri te shtresa galea aponeurotike janë së bashku dhe quhen shtresa fasciale sipërfaqësore. Ndërkohë që indi lidhor i shkrifët quhet dhe shtresa fasciale e thellë.

Struktura e skalpit është thelbësisht e ngjashme me lëkurën në pjesët e tjera të trupit, megjithatë lëkura është e trashë në krahasim me atë dhe më e pasur me enë gjaku. Për më shumë, kjo ka flokë me shumicë. Indi subkutan përmban folikuj qimesh dhe gjëndra djerse të konsiderueshme. Gjithashtu, ajo ka ndarëse fibroze të ngjashme me ato të palmës së duarve që lidhin ngushtë lëkurën me shtresën galea aponeurotike. Në këtë shtresë ka shumë arterie dhe vena porferatore që shkojnë në lëkurë nga rrjeti vaskular kryesor i skalpit brenda shtresës aponeurotike galea së bashku me nervat të vegjël sensor që përcjellin ndjesinë kutane.^(6,7)

Galea Aponeurotike

Galea Aponeurotike është një aponeurozë e ndërmjetme e muskulit oksipitofrontalis dhe është e lidhur me muskulin frontal dhe atë mbrapa. Muskuli frontal e ka origjinën nga Galea Aponeurotike dhe ngjitet me lëkurën e vetullave. Muskuli Oksipital e ka origjinën nga linja nukale më e lartë e kockës oksipitale, shtrihet përpara dhe ngjitet me Galea Aponeurotike. Të dy muskujt oksipital dhe frontal janë të inervuar nga nervi facial, dega temporale i nervon muskulin frontal, nervi auricular posterior i nervon muskulin oksipital. Është roli i muskulit frontal që të ngrëjë vetullat, kështu që formohen rrudhat horizontale në ballë. Muskuli oksipital është i pazhvilluar dhe i dobët dhe ka efektin e mbështetjes së muskulit frontal. Në regjonin temporal, galea aponeurotike kalon në fascia temporale superficiale e cila është pjesë e sistemit muskulo aponeurotik sipërfaqësor (SMAS). Fasia temporale përmban muskulin temporoparietal dhe muskulin auricular superior në të njëjtin plan. Enët e mëdhaja të gjakut shkojnë nga shtresa Galea Aponeurotika dhe japin degëzime të shumta në drejtim të lëkurës dhe indit subkutan. Për këtë arsye, mund të shihet gjakrrjedhje masive kur ai ndahet.^(8,9)

Indi Lidhor i Shkrifët

Kjo shtresë gjithashtu njihet ndryshe si fascia subgaleale dhe plani subaponeurotik dhe i jep lëvizshmëri skalpit, është 1-3 mm e trashë dhe nuk shihen dukshëm enët e gjakut. Ka dy burime të enëve të gjakut, njëra është përpindikulare nga pleksusi i galeas aponeurotike, dhe tjetra nga sistemi i enëve kryesore të skalpit siç është arteria temporale superficiale, arteria supraorbitale dhe arteria supratrokleare. Duke pasur këtë vaskularizim, atëherë përdoret si një lembo gjatë rikonstruksioneve arikulare kur kërkohet lembo me inde të buta të holla.^(10,11)

Perikranium

Perikranium është indi lidhor i shkrifët i pozicionuar në shtresën më të thellë të subkutanium. Kjo shtresë, në regjonin temporal vashdon me fascian temporale dhe nuk vërehet nën muskulin temporal.⁽¹²⁾

Nervi facial

Gjatë kirurgjisë plastike faciale, qoftë ajo kongenitale, rekonstruktive apo dhe estetike, rrezikohet të dëmtohen një ose disa degë të nervit facial. Ajo që ka më shumë rëndësi për kirurgun plastik, përveç anatomisë dy-dimensionale, është dimensionimi i tretë, thellësia e nervit facial, në raport me shtresat e fytyrës. Pavarësisht variabilitetit sinjifikant të strukturave të degëzimit të tij, nervi facial kalon në mënyrë të qëndrueshme në planet e përcaktuara, duke kaluar nga një plan në tjetrin në zona të caktuara.^(1,13,14) Pikërisht në këto zona duhet shmangur disekimi apo të bëhet me kujdes. Nervi facial kalon kockën temporale për të dalë nga kafa nëpërmjet foramen stylomastoid. Sapo nervi del mbështillet nga një shtresë e trashë e fascies që vazhdon me periostin dhe i rrethuar nga një agregat i vogël dhjamor dhe zakonisht përshkohet nga një enë e vogël gjaku. Nervi kalon përpara dhe poshtë për të përshkruar gjëndrën parotide. Në këtë nivel ajo ndahet në dy ndarje/dege zygomatocotemporale dhe atë cervikofaciale, të cilat ndahen në pesë degë terminale të nervit facial: atë frontal,

zygomatik, bukal, mandibular dhe cervikal. Degët temporale dhe mandibulare janë ndoshta ato me riskun më të lart për dëmtimet jatrogjenike, veçanërisht për faktin që muskujt që ato inervojnë kanë pak ose aspak inervim të dyfishtë, duke i bërë dëmtimet e këtyre degëve më të dukshme.^(15,16,17,18)

Dega frontale apo temporale përbëhet nga 3-4 degë të cilat inervojnë muskulin orbikular okuli, corrugatorët dhe muskulin frontal. Pavarësisht variacioneve të shumta në anatominë e sipërfaqes, ajo që ka më shumë rëndësi është plani i vendosjes së nervit në thellësi. Pasi del nga gjëndra parotide, nervi mbrohet nga fascia e thelle faciale (fascia parotideomasetrike) duke u shtrirë mbi muskulin maseter.^(13,19,20,21,22,23)

Degët zygomatike dhe bukale dalin nga parotidja dhe devijojnë përpara duke u shtrirë mbi muskulin maseter nën fascien e thellë faciale. Vendi ekzakt ku ato çpojnë fascien e thellë është i ndryshëm, por në afërsi të kufirit anterior të maseterit. Degët e sipërme zygomatike shtrihen thellë në fascien e thellë faciale nën nivelin e ligamentit zygomatik major. Degët e poshtme zygomatike kalojnë poshtë ligamenteve maseterike të sipërme dhe në afërsi të SMAS.⁽²⁴⁾

Degët bukale dalin nga parotidja në të njëjtin plan me duktusin parotid (në thellësi të fascies parotideomasetrike). Ato e çajnë fascien e thellë në nivel të buzës anteroie të maseterit, në afërsi të ligamenteve maseterike kutane. Së bashku, degët zygomatike dhe bukale inervojnë muskujt orbicularis okuli, orbicularis oris, bukinator dhe midfacial.⁽²⁾

Dega mandibulare është ajo që haset më shpesh dhe është e rrezikuar në shumë intervente, që nga disekimi i qafës, sialadenektominë submandibulare apo në ekspozimin e mandibulës. Nervi mund të variojë nga një degë e vetme në 3-4 degë. Pas daljes nga gjëndra parotide, në afërsi të kufirit të poshtëm, bën një lak për poshtë, zakonisht nën kufirin mandibular. Më pas kalon sipër, kthehet përsëri në fytyrë në mesin midis këndit dhe protuberancës mentale. Pasi del nga gjëndra parotide, nervi fillimisht është thellë në fascien parotideomasetrika. Në trekëndëshin submandibular, nervi zakonisht shtrihet ndërmjet platysmës dhe fascies cervikale të thellë. Kur nervi kalon në pjesën e poshtme të fytyrës, platysma hollohet dhe ai mund të dëmtohet gjatë disekimit kutan. Nervi mandibular inervon muskulin e buzës së poshtme, depressor anguli oris, mentalis dhe pjesën e sipërme të platysmës.^(25,26,27,28,29)

Dega cervikale e nervit facial fillimisht inervon platysmën dhe zakonisht përbëhet nga më shumë se një degë. Ajo mund të komunikojë me nervin mandibular gjë që shpjegon dhe asimetrinë e buzës së poshtme pas dëmtimit të saj.^(26,30)

Nervat sensore

Njohuritë mbi anatominë e këtyre nervave janë të rëndësishme si për të shmangur dëmtimin jatrogjenik ashtu dhe për aplikimin e anestezisë lokale. Në përgjithësi fytyra inervohet nga tre ndarje të nervit trigeminal, me tre degë në secilën ndarje, dhe skalpi që mer një inervim shtesë nga nervat cervikal spinal sipërfaqësor.^(31,32) Ndarja frontale e nervit trigeminal inervon palpebrën e sipërme, ballin dhe një pjesë të madhe të skalpit nëpërmjet tre degëve, nervave supraorbital, supratroklar dhe infratroklar. Dalja e nervit supraorbital është afërsisht 25-30 mm nga linja e mesit dhe nga disa deri 19 mm sipër buzës së orbitës.^(33,34,35) Ndarja maksilare jep tre degë, zygomatikotemporale, zygomatikofaciale dhe infraorbitale të cilat inervojnë pjesën ballore temporale, lëkurën e faqeve dhe palpebrën e poshtme. Ndarja mandibulare jep tre degë në fytyrë, nervat aurikulotemporal, bukal dhe ata mental.⁽³⁶⁾

Këto inervojnë buzën e poshtme dhe mjekrën, artikulationin temporomandibular, meatusin extern e membranën timpanike, lëkurën temporale, lëkurën dhe membranën mukozale të faqeve. Vendi më i mirë për bllokun e nervit aurikulotemporal është 10-15 mm anteriorisht origjinës së sipërme të heliksit.⁽³⁴⁾

Muskulatura

Në përgjithësi, muskulatura e ballit dhe e vetullave është e organizuar në tre plane, plani sipërfaqësor nën lëkurë, i formuar nga muskujt frontal, procerus dhe orbicularis okuli; plani i thellë i formuar nga m. korrrugator; dhe plani i ndërmjetëm i formuar nga depressor supercilii. Muskujt frontalis e marrin origjinën nga galea aponeurotika dhe inserohen distalisht nën lëkurën e vetullave duke u nderthurur me m. procerus, korrrugator dhe orbicularis okuli. Në thellësi të frontalis në nivel të vetullave gjendet shtresa dhjamore galeale, një tufë indi fibroadipoz që haset shpesh në procedurat e ngritjes së vetullave. E ngjashme me SMAS në fytyrë, galea aponeurotika në skalp ndahet që të mbulojë të dyja anët e m. frontalis, atë të thellë dhe sipërfaqësore.^(37,38,39)

M. Corrugators e kane origjinën nga kreshta supraorbitale dhe kalon në mënyre oblike sipër për tu inseruar në lëkurën e vetullave. Muskuli është i formuar nga 3-4 grupe paralele muskujsh me ind lidhor areolar të shkrifët. Fibrat muskulare shkrihen së bashku lateralisht dhe bëhen më sipërfaqësore. Në fushën operatore corrugatorët mund të njihen nga fibrat oblike paralele, ngjyra më e errët dhe lokalizimi më i thellë në opozitë me m. orbicularis okuli i cili është më sipërfaqësore dhe inferior, me ngjyrë më të hapur dhe fibra që orientohen në mënyrë rrethore^(40,41,42).

Procerus. Ky muskul fillon nga kocka nazale dhe kartilagot e sipërme laterale dhe ngjitet sipër për tu inseruar në lëkurën glabelare ndërmjet vetullave, duke u nderthurur me m. frontalis përgjatë fundeve mediale të vetullave.⁽⁴³⁾

Depressor supercilii. Ky muskul i vogël shtrihet midis m. orbicularis okuli dhe korrrugator. Ai fillon nga proçesi frontal i maksiles, 2-5 mm nën bashkimin frontomaksilar, dhe inserohet në lëkurën mediale të vetullës.⁽³⁹⁾

Nga lateralisht medialisht m. zigomatikus major, zigomatikus minor dhe levator labi superior e kanë origjinën nga sipërfaqja anteriore e maksilës. Këto muskuj formojnë dyshemenë e hapësirës prezigmatike dhe mbulojnë nga membrane fasciale e cila është më e fortë në anën e sipërme dhe rreth 2-3 mm e trashë.^(44,45,46)

Levator labi superior alaque nasi e ka origjinën nga proçesi frontal i maksilës dhe inserohet në kartilagon laterale të poshtme të hundës dhe në buzën e sipërme. Levator anguli oris fillon nga maksila nën foramen orbitale duke u shtrirë në thellësi tek m. levator të buzës.

Depressor labi inferioris dhe depressor anguli oris vazhdojnë me platizmën dhe e tërheqin buzën poshtë dhe lateralisht. M. mentalis është një muskul i vogël dhe i trashë që fillon nga sipërfaqja bukale e mandibulës dhe inserohet në mjekër. Riparimi i m. mentalis është vital pas incizionit bukal për të parandaluar rënien e mjekrës.

Katër muskujt e përtpjes, m. temporalis, maseter, pterigoid lateral dhe medial janë kryesisht present në fosën temporale dhe infratemporale dhe kontrollojnë lëvizjen e mandibulës gjatë të folurit dhe përtpjes. Ngritja e mandibulës realizohet nga m. temporalë dhe maseter, ndërsa m. pterygoid zgjat mandibulën dhe e lëviz atë në anën kontrolaterale.

Muskuli orbicularis okuli shtrihet direkt në thellësi të lëkurës me një shtresë dhjamore minimale të nënlëkurës, dhe ndahet në pjesën pretarsale, preseptale të cilat shtrihen në palpebër, dhe pjesën orbitale përreth palpebrave.

Tarset sigurojnë suport dhe rigiditet tek palpebrat dhe janë të formuara nga kolageni e kondroitina. Tarsus i sipërm është 10-12 mm dhe i poshtmi 4-5 mm.⁽⁴⁷⁾

Muskuli levator palpebre superior është retraktori më i rëndësishëm i palpebres së sipërme, dëmtimi apo dobësimi i të cilit çon në ptozen palpebrale. Pjesa e thellë e m. levator është muskuli Muller, i cili është inervuar nga fibrat simpatike. Në

hipertiroidizëm, ndjeshmëria e këtij muskuli çon në retraksionin e palpebrës së sipërme dhe pseudoproptozis. ^(48,49,50)

Vaskularizimi

Skalpi dhe balli janë të mirëvaskularizuara gjë e cila sigurohet nga degët e arteries karotide interne dhe eksterne. Arteria supraorbitale dhe supratrokeale janë degë terminale të arteries karotide interne që sigurojnë furnizimin e me gjak për ballin dhe pjesën anteriore të skalpit. Arteria sipërfaqësore temporale, aurikulare posteriore dhe arteria oksipitale janë degë të arteries karotide externe. Këto enë furnizojnë me gjak pjesën laterale dhe posteriore të skalpit. Sistemi venoz funksionon paralelisht atij arterial ku sigurisht drenimi realizohet nga venat jugulare interne dhe externe (Figura 1).⁽⁵¹⁾

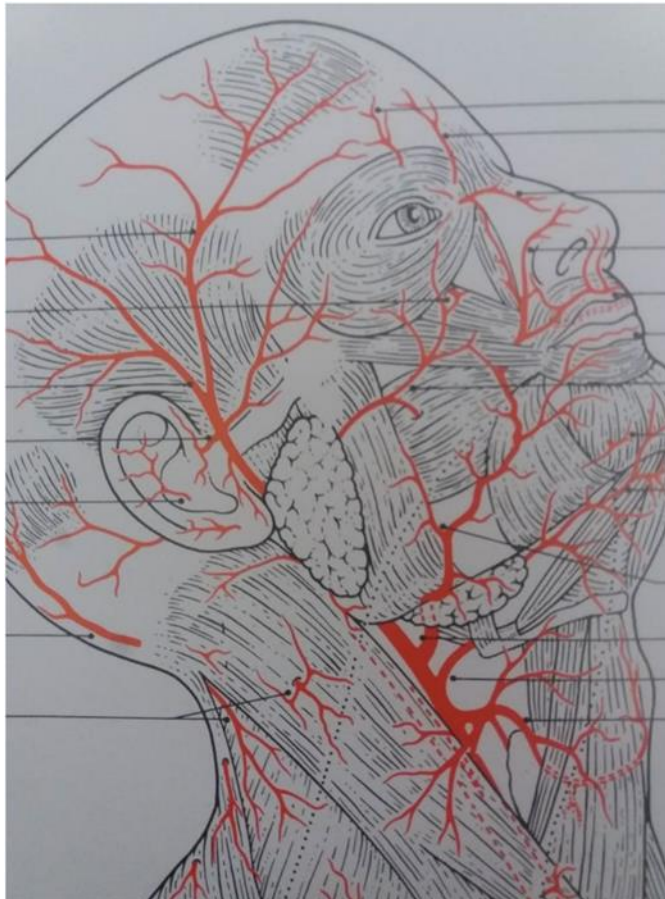


Figura1- Anatomia arteriale e regjionit kokë-qafë

TEKNIKAT DHE PRINCIPET NË KIRURGJINË PLASTIKE

Kirurgjia plastike është specialiteti i vetëm i shumëllojshëm në fushën e mjekësisë, që merret me problemet që fillojnë nga maja e kokës deri te gishtat e këmbës, nga të sapolindurit deri te ato që nuk plaken kurrë. Kirurgët plastikë janë specialistët e fundit, por gjithashtu praktikuesit modern, të pakufizuar nga sistemi i organeve, procesi i sëmundjes apo mosha e pacientit.

Kirurgjia plastike, duke mos patur një sistem organor të vetin, bazohet me shumë në principe se sa procedurat në një pozicion të caktuar anatomik. Për shkak të lirisë së saj, nënspecialitet të tjera mund ti shtohen fushës kur zhvillohen teknika, prodeçura dhe ide të reja. Nisur që nga fillimet e saj, kirurgjia plastike është rritur shumë, duke shtuar për shembull alotransplantimin e vaskularizuar, transplantin e dhjamt në gjoks dhe një shumëllojshmëri lembosh perforatore.⁵²

Të krijosh një shenjë të vogël

Nëse ndodh një dëmtim në trashësinë e plotë të lëkurës apo një incision, do të ketë gjithmonë një shenjë. Paraqitja finale e një shenje varet nga shumë faktorë duke përfshirë këtu: diferencat mes pacientëve të veçantë që nuk e kuptojmë akoma dhe nuk mund ta parashikojmë, llojin e lëkurës dhe vendodhjen në trup, tensioni në mbyllje, drejtimi i plagës, kushte të tjera lolake dhe sistemike dhe në fund teknika kirurgjikale.

Lëkura humbet elasticitetin me moshën. Lëkurët e zgjeruara të kombinuara me ndryshimet në indet në nënlëkurë, prodhojnë rrudha, që i bën shenjat më pak të dukshme dhe me më pak tendencë për tu zgjeruar në mosha më të mëdha. Fëmijët shërohen më shpejt, por jo më mirë, pasi shenjat e tyre kanë tendencë të jenë të kuqe dhe më të gjera kur krahasohen me ato të gjyshërve të tyre. Përveç kësaj me rritjen e pjesëve të trupit që kanë shenja, ato zmadhohen në mënyrë proporcionale.

Ashtu si tërheqja e lëkurës së shëndetshme dhe elastike tek fëmijët, mund të çojë në zgjerimin e një shenje, tensioni në mbyllje paralajmëron lehtësisht për shfaqjen eventuale të një shenje. Drejtimi i një laceracioni apo ekscizionit përcakton paraqitjen përfundimtare të shenjës. Linjat e tendosjes në lëkurë u vunë re së pari nga Dupuytren. Langer gjithashtu përshkroi linjat normale të tendosjes, të cilat u bënë të njohura si "linja Langer".⁵³

Kur është e mundur incizionet apo ekscizionet e plagëve planifikohen në mënyrë që të jenë në vijë paralele me linjat e tendosjes së lëkurës së relaksuar. Kontraktimi maksimal ndodh kur një shenjë kalon vijat e tendosjes minimale në këndin e duhur. Vijat e rrudhave janë në përgjithësi njësoj me vijat e tendosjes së relaksuar dhe janë në pozicion përpindikular me aksin gjatësor të muskujve që shtrihen nën të.

Forma e plagës ndikon gjithashtu në pamjen e saj përfundimtare. Shenja e "trapdoor" është rezultat i një prerje apo laceracioni të harkuar, që pas shërimit dhe kontraktimit duket si një brazdë e zhytur me lëkurë të fryrë brenda harkut. Faktorët lokalë si dëmtimet e lëkurës ngjitur me plagën ndikojnë në shenjat. Gjithashtu gjëndja e përgjithshme e sëmundjet sistemike si sëmundjet vaskulare ose kongenitale do të ndikojnë mbi elastinën dhe/ose shërimin e plagës. Gjëndja e të ushqyerit mund të ndikojë në shërimin e plagës, por përgjithësisht vetëm në rastet ekstreme të kequshqyerjes ose mungesës së vitaminave.⁵⁴

Teknika është e mbivlerësuar si faktor në përcaktimin nëse një shenjë do të jetë e papërfillshme, por sigurisht që ka rëndësinë e saj. Gjithësesi formimi i shenjës është i paparashikueshëm edhe me teknika të përpikta. Dy faktorë teknikë janë vendimtarë në përcaktimin e një shenje "të lehtë". E para është vendosja e suturave jo të shtrënguara më shumë seç duhet dhe heqja në kohën e duhur për të shmangur shenjat që lënë vetë suturat. Faktori i dytë teknik i rëndësishëm që ndikon në prezencën e shenjave është kthimi i buzëve të plagës, eversionsi. Nuk ka prova që e mbeshtesin këtë deklaratë, por eksperiencia klinike tregon që plagët e kthyer nuk duken kurrë më keq dhe shpesh rezultati është shenjë më pak e dukshme. Në plagët ku lëkura është bashkuar në mënyrë precize, ka tendencë për zgjerimin e shenjës. Në plagët ku buzët janë kthyer kjo tendencë reduktohet, që mundësohet nga reduktimi i tensionit në mbyllje. Eversionsi i buzëve të plagës zhduket gjithmonë.⁵⁵

Mbyllja e plagëve

Pavarësisht se mënyra më e përdorur është qepja, ajo nuk është superiore. Kapëset, ngjitësit e lëkurës ose adezivët e plagëve janë gjithashtu të përdorshme në situata të caktuara. Pavarësisht metodës, afrimi i buzëve të plagës pa tension është thelbësore për të siguruar një shërim primar dhe me më pak shenja. Plagët që janë më të thella se lëkura mbyllet me shtresa. Çelësi është të eliminosh hapësirën e vdekur, në

mënyrë që të sigurojmë një mbyllje sa më të fortë për të parandaluar dehishencat ndërsa plaga shërohet.

Jo të gjitha shtresat kanë nevojë për mbyllje të veçantë. Vendosja e suturave të absorbueshme nuk është gjithmonë e dëshirueshme. Suturet dermale na sigurojnë fortësinë e mbylljes së plagës, kështu që suturet e jashtme mund të hiqen më herët, por nuk e ndalojnë shenjën e plagës të hapet me kalimin e kohës. Nuk ka asnjë teknikë që parandalon në mënyrë të besueshme një plagë që ka një tendencë të tillë, të mos zgjerohet.⁵⁶

Transplanti i lëkurës (Graftet)

Transplantet e lëkurës janë një opsion standard për mbylljen e defekteve që nuk mund të mbylljen në mënyrë primare. Një graft lëkure përbëhet nga epiderma dhe disa pjesë të/ose e gjithë derma. Sipas përkufizimit, një graft është diçka që hiqet nga trupi, është krejtësisht i devaskularizuar dhe zëvendësohet në një vend tjetër. Graftet e çdo lloji kërkojnë vaskularizim nga shtrati në të cilin vendosen për mbijetesë. Çdo ind i cili nuk është hequr tërësisht para vendosjes nuk është një graft.⁵⁷

Graftët e lëkurës klasifikohen në grafte me trashësi të pjesshme ose në trashësi të plotë, në varësi të sasisë së dermes së përfshirë. Graftët me trashësi të pjesshme përmbajnë sasi të ndryshme të dermes, ndërsa një graft me trashësi të plotë e përmban gjithë dermën. Të gjitha graftet e lëkurës kontrahohen menjëherë pas largimit nga vendi donator dhe përsëri pas revaskularizimit në vendin e tyre përfundimtar.⁵⁸

Tkurrrja primare është rikthimi i menjëhershëm i grafteve të freskëta të fituara si rezultat i elastinës në dermë. Sa më shumë dermë ka grafti, aq më e ulët është tkurrrja që do të përjetohet. Kontraktura sekondare, armiku i vërtetë, përfshin tkurrrjen e një transplantimi të shëruar dhe ndoshta është rezultat i aktivitetit miofibroblasteve. Një graft i plotë i lëkurës kontrahohet më shumë në procesin fillestar (tkurrrje primare), por më pak në shërimin (kontraktimin dytesor) se sa një graft lëkure me trashësi të pjesshme. Sa më e hollë të jete trashësia e lëkurës, aq më i madh është kontraktimi dytesor. Plaget e granuluar lihen për një shërim dytesor, pa asnjë transplant lëkure, tregojnë shkallën më të madhe të kontraktimit dhe janë më të prirur ndaj shenjave hipertrofike.⁵⁹

Suksesi i grafteve të lëkurës, ose "zënia", varet nga aftësia e graftit për të marrë lëndë ushqyese dhe, më pas, nga rrënja vaskulare nga shtrati i vendit marrës. Rivaskularizimi i graftit të lëkurës ndodh në tre faza. Faza e parë përfshin një proces të përvetësimit të serumit dhe zgjat 24 deri në 48 orë. Fillimisht, një shtresë fibrine formohet kur transplantimi është vendosur në shtratin marrës, duke e lidhur graftin në shtrat. Absorbimi i lëndëve ushqyese në graft ndodh nëpërmjet veprimit kapilar nga shtrati marrës. Faza e dytë është një fazë inokulative në të cilën marrësit dhe donatorët përfundojnë duke u angazhuar me kapilarë. Në fazën e tretë, grafti rivaskularizohet nëpërmjet kapilarëve "që puthin" ose sic quhet procesi i mikroanastomozimit kapilar.⁶⁰

Për shkak se trashësia e transplantit të plotë është më e madhe, mbijetesja e shartimit është më e pasigurtë, duhet kërkuar një shtrat i mirë-vaskularizuar. Për të optimizuar zënien e një transplantimi të lëkurës, duhet të përgatitet vendi i marrësit. Graftët e lëkurës kërkojnë një shtrat vaskular dhe rrallëherë do të zënë mbi kocka të ekspozuara, kartilago apo tendine që u mungon periosteumi, perikondriumi ose paratenoni i tyre. Megjithatë ka përjashtime, pasi graftët e lëkurës shpesh janë të suksesshme brenda orbitës ose në kockën temporale, pavarësisht heqjes së periosteumit. Kontakti i ngushtë midis degëzimit të lëkurës dhe shtratit të marrësit është thelbësor. Hematoma dhe seroma nën graft do të kompromentojnë mbijetesën e saj dhe imobilizimi i transplantit është thelbësor.^{61,62}

Epidermis i vendi donator rigjenerohet nga emigracioni i qelizave epidermale me origjinë në boshtet e folikulit të flokëve dhe strukturat adnexale të mbetura në dermë. Në të kundërt, derma kurrë nuk rigjenerohet. Për shkak se graftët e trashësisë së pjesshme heqin vetëm një pjesë të dermës, vendi original donator mund të përdoret përsëri për një marrje të mëvonshme të transplantit të trashësisë së pjesshme. Kështu, numri i grafteve të pjesshme të përfituara nga një vend donor është drejtpërdrejt i varur nga trashësia e dermës së donatorëve. Vendet donore të grafteve të trashësisë së plotë duhet të mbyllen direkt për shkak se nuk ka struktura të mbetura epiteliale për të siguruar re-epitelializim. Graftet e lëkurës mund të merren nga kudo në trup, megjithëse ngjyra, struktura, trashësia e dermës, vaskularitetit dhe sëmundshmëria e vendndodhjes së vendeve donore ndryshojnë në mënyrë të konsiderueshme. Graftët e lëkurës të marra nga lart klavikules sigurojnë një përputhje të shkëlqyer të ngjyrave për defektet e fytyrës. Lëkura e palpebrave të sipërme gjithashtu mund të përdoret, pasi ajo siguron një sasi të vogël të lëkurës shumë të hollë. Vendet e transplantëve të plota mbyllen per primum prandaj janë me përmasa më të vogla. Skalpi, regjioni abdominal dhe ai gluteal janë vendet më të zakonshme të donatore për transplant të plotë, ndërsa ai femoral për transplant të pjesshëm. Kirurgët duhet të shmangin gabimin e marrjes së grafteve me trashësi të plotë nga vendet më të aksesueshme, siç është kofshët e përparme. Megjithëse vendet donore shërohen me ri-epitelializim, ekziston gjithmonë prova e dukshme që një zonë është përdorur si vend donor. Kjo mund të variojë nga keloidet në hiper ose hipopigmentim të thjeshtë. Vendet donore më pak të spikatura janë pjesa gluteale ose skalpi. Transplanti i pjesshëm i marë nga skalpi do të ketë flokë në to fillimisht, por pa folikuj e qimeve dhe për këtë arsye në fund do të jetë pa flokë. Flokët në vendin donor të skalpit do të kthehen pas riepitelializimit sepse folikujt e flokëve janë të pacënuar.^{63,64}

Kujdesi Postoperativ i Grafteve të Lëkurës dhe i Vendit Donator

Shkaqet e dështimit të transplantit të lëkurës përfshijnë grumbullimin e gjakut ose serumit nën graft (ngritja e graftit nga shtrati dhe parandalimi i rivaskularizimit), lëvizja e graftit në shtrat duke ndërprerë rivaskularizimin (teknikat e imobilizimit përfshijnë përdorimin e garzave të lidhura fort mbi transplant) dhe infeksioni. Rreziku i infeksionit mund të minimizohet me përgatitjen e kujdesshme të vendit marrës dhe inspektimin e hershëm të grafteve në shtrate të kontaminuara. Plagët që përmbajnë më shumë se 10^5 organizma për gram inde, nuk do të mbështesin një graft të lëkurës. Përveç kësaj, një infeksion në vendin donor mund të konvertojë një humbje të pjesshme të trashësisë së lëkurës në një humbje të plotë të saj, i cili normalisht shërohet me riepitelializimi. Një vend donor i një transplantit me trashësi të pjesshme të hollë (më pak se 10/1000 inç) në përgjithësi shërohet brenda 7 ditëve. Vendi donor duhet të mbrohet nga traumat mekanike dhe tharja. Mund të përdoren Xeroform, OpSite ose Adaptic. Për shkak se plagët e lagura dhe të mbyllura të vendit donor shërohen më shpejt se plagët e thata, metoda më e vjetër e vendosjes së Xeroform dhe tharja me tharëse nuk është optimale. Fashaturat gjysëm të pëshkueshme do të zvogëlonjë ndjeshëm dhimbjen në vendin donor.^{65,66}

Zëvendësuesit biologjikë

Graftet e lëkurës mund të përdoren gjithashtu si veshje biologjike në mbulimin e përkohshëm të plagëve. Kjo mbron plagën nga tharja dhe trauma e mëtejshme derisa të ndodhë mbyllja përfundimtare. Në djegiet e mëdha ku nuk ka lëkurë të mjaftueshme për mbulim, mund të përdoren zëvendësuesit e lëkurës. Zëvendësuesit biologjikë të lëkurës përfshijnë alograftë njerëzore, amnion ose xenograftë (si lëkura e derrit). Alograftet vaskularizohen por refuzohen në afro 10 ditë, përveç nëse marrësi është imunosupresiv (p.sh., në djegiet e mëdha), rast në të cilin refuzimi zgjat më shumë.

Anasjelltas, xenograftet refuzohen para se të bëhet vaskularizimi. Mund të aplikohen gjithashtu zëvendësuesit sintetike të lëkurës si polimere silikonit dhe membrana të përbëra. Epiderma e njeriut mund të kultivohet in vitro për të prodhuar fletë të epitelit të kultivuar që do të ofrojnë mbulim për plagë të mëdha, por ky mbulim është i brishtë si rezultat i mungesës së një derme mbështetëse.^{67, 68, 69}

Lembot e lëkurës ose Flap-et

Një lembo kutane konsiston në transferimin e lëkurës dhe indit subkutan nga një pjesë e trupit në tjetrën me një pedunkul vaskular ose ngjitur me trupin që e mban të vaskularizuar. Ndryshe nga një transplant i lëkurës, lembo ka vaskularizim perfuzional ose arterial të personalizuar nëpërmjet pedunkulit të saj. Lembot zakonisht janë të nevojshme për mbulimin e zonave me vaskularizim të dobët, e strukturave vitale dhe rindërtimin me trashësinë e plotë të palpebrave, buzëve, veshit, hundës dhe faqeve. Lembot gjithashtu preferohen në plagët e vjetra për të riparuar strukturat e thella.^{70,71} Në një studim eksperimental, Mathes ka krahasuar lembo muskulo-kutane me lembo "random" të lëkurës për të përcaktuar ngarkesën bakteriale dhe presionin e oksigjenit në to. Sasia e bakteve të gjalla të vendosura në plagët nën këto lembo treguan një ulje të menjëhershëm kur vendoseshin thellë në lembo muskulo-kutane. Presioni i oksigjenit është matur në fundin distal të një lemboje të zakonshme dhe krahasohet me atë nën muskujt e pjesës distale të lembos muskulokutane si dhe në zonën e saj subkutane. U konstatua se presioni i oksigjenit në lembo random ishte dukshëm më i vogël se në pjesët distale muskulare dhe të lëkurës të lembos muskulo-kutane. Ky studim është përdorur për të justifikuar transferimin e lembove të muskujve në plagët e infektuara. Një lembo e mirëvaskularizuar mund të jetë aq efikase sa një lembo muskulare. Rezultati estetik i lembove është superior ndaj atyre të transplantive. Planifikimi i duhur i një lemboje është thelbësor për suksesin e operacionit. Të gjitha vendet dhe orientimet e mundshme duhet të konsiderohen në mënyrë që të zgjidhet opsi i më i përshtatshëm.^{72,73}

Lembot e Rrotullimit rreth një Aksi

Lembot rrotulluese, transpozicionale dhe ndërfitëse kanë të përbashkët një pikë aksiale dhe një hark me anë të të cilit rrotullohet lemboja. Rrezja e këtij harku është linja e tensionit më të madh të lembos. Kuptimi se këto lembo mund të rrotullohen vetëm në lidhje me pikën aksiale është e rëndësishme në planifikimin paraoperativ. Lembo rrotulluese është një lembo gjysëmrrethore e lëkurës dhe indit subkutan që rrotullohet rreth një pike aksiale në një defekt që duhet mbyllur. Vendi donor mund të mbyllet nga një transplant lëkure ose me suturim të drejtpërdrejtë të plagës.⁷⁴

Një lembo që është shumë e ngushtë përgjatë rrezes së saj mund të lirohet duke bërë një prerje mbrapa të shkurtër nga pika aksiale përgjatë bazës së lembos. Për shkak se kjo prerje e prapme e zvogëlon furnizimin e gjakut në lembo, përdorimi i saj kërkon një kujdes të caktuar. Me disa lembo është e mundur që të presim vetëm indin përgjegjës për tensionimin, pa e zvogëluar furnizimin me gjak të lembos. Shembuj të kësaj prerjeje selektive gjenden në galea aponeurotica të skalpit dhe në zonat mbi trungun ku mund të ndahet fascia brenda shtresës së trashë subkutane. Nevoja për një prerje të tillë mund të jetë një tregues i planifikimit të dobët. Një trekëndësh i lëkurës (trekëndëshi Bürow) mund të hiqet nga zona ngjitur me pikën e rrotullimit të lembos për të ndihmuar në avancimin dhe rotacionin e saj. Kjo metodë është e vetmja dobi modeste në zvogëlimin e tensionit përgjatë rrezes së lembos.⁷⁵

Lemboja transpozicionale është një drejtkëndësh ose katëror i lëkurës dhe indit subkutan i cili gjithashtu rrotullohet rreth një pike aksiale në një defekt ngjitur me të. Kjo kërkon që fundi i lembos ngjitur me defektin të shtrihet përtej tij. Me rrotullimin e lembos, në vijën e tensionit më të madh tek rrezja e harkut të rrotullimit, maja më e

avancuar e lembos do të jetë mjaftueshëm e gjatë. Vendi donor i lembos mund të mbyllet me një transplant të lëkurës, me suturë direkte të plagës, ose me një lembo sekondare nga lëkura më e relaksuar në kënd të drejta të lembos primare. Një shembull i kësaj teknike të fundit është lembo bilobare. Çelësi i një lembo bilobare te suksesshme është një zonë me lëkurë të lirshme që lejon mbylljen e drejtpërdrejtë të defektit të lembos sekondare.⁷⁶

Lembo Limberg është një lloj lembo transpozicionale. Kjo lembo, si dhe ajo bilobare dhe Z - plastika, varet nga lirshmëria e lëkurës ngjitur, e cila mund të gjendet duke pickuar zona të ndryshme të lëkurës me dy gishtat. Për fat të mirë, shumica e pacientëve që kërkojnë lembo lokale të lëkurës janë në grupmoshën më të vjetër dhe prandaj kanë lëkurë të lirshme. Një lembo Limberg është projektuar për defekte romboide me kënde 60° dhe 120°, por shumica e plagëve mund të bëhen ose të imagjinohen si romboide, kështu që parimi është i zbatueshëm për shumicë e plagëve të fytyrës. Flapi është projektuar me anët që janë me gjatësi të njëjtë me boshtin e shkurtër të defektit romboid.⁷⁷

Lembot avancuese.

Të gjitha lembot avancuese lëvizin drejtpërsëdrejti përpara në një defekt pa asnjë lëvizje rrotulluese ose laterale. Modifikimet janë lembot avancuese vetëm me një pedunkul, ato V-Y dhe ato me pedunkul të dyfishtë. Lembot avancuese përdoren gjithashtu edhe në lëvizjen e lëkurës së ekspanduar/zgjeruar. Lemboja avancuese me një pedunkul është një lembo drejtkëndëshe ose katrore e lëkurës dhe indit subkutan e cila shtrihet /avancon përpara. Avancimi realizohet duke përfitur nga elasticiteti i lëkurës dhe duke hequr trekëndëshat Bürow anash bazës së lembos. Ekscizimi i këtyre trekëndëshave ndihmon në barazimin e gjatësisë së anëve të lembos dhe buzëve të plagës afer me të. Teknika e avancimit V-Y ka aplikime të shumta. Nuk është një avancim në të njëjtin kuptim si lëvizja përpara e një lemboje të lëkurës siç e kemi përshkruar. Përkundrazi, bëhet një prerje në formë V në lëkurë, pas së cilës lëkura në të dyja anët e V avancohet dhe prerja mbyllet si Y. Kjo teknikë V-Y mund të përdoret për zgjatjen e strukturave të tilla si columella e hundës, eliminimi i pikave të vogla të buzës dhe, në raste të caktuara, mbyllin vendin donor të një lemboje të lëkurës.

Z-plastika

Z-plastika është një parim i veçantë që ka aplikime të shumta në kirurgji plastike. Z-plastika aplikohet për të ripozicionuar një cikatriks kontraktues. Parimi përfshin zhvendosjen transpozicionimin e dy lembove trekëndore. Gjatësia e krahëve të Z duhet të jenë të barabarta në gjatësinë me gjymyrën qendrore, por mund të zgjaten në kënde të ndryshme (nga 30 ° deri në 90 °) në varësi të gjatësisë së dëshiruar për tu fituar. Z-plastika klasike ka një kënd prej 60° dhe siguron një fitim teorik 75% në gjatësinë e lëkurës duke rekrutuar indet laterale. Fitimi në gjatësi është në drejtim të gjymtyrës qendrore të Z dhe varet nga këndi i përdorur dhe gjatësia e gjymtyrëve qendrore. Megjithëse fitimi teorik mund të përcaktohet matematikisht, fitimi aktual bazohet në vetitë mekanike të lëkurës dhe është gjithmonë më pak.

Planifikimi dhe përdorimi i Z-Plastikes. Gjymtyra qëndror që formohet pas zhvendosjes së lembove, do të jetë pingul me gjymtyrën qendrore origjinale. Në revizionin e cikatriksit, gjymtyra qëndrore duhet të shtrihet në drejtimin e linjave të lëkurës dhe duhet të zgjidhet e para e më pas vizatohet plastika Z. Parimi Z-plastikës mund të përdoret për të rritur gjatësinë e lëkurës në një drejtim të dëshiruar. Për shembull, përdoret për lirim të kontrakturave të cikatriceve, veçanërisht në rastet kur cikatriksi tejkalon një rruadhë të fleksionit të lëkurës. Mund të vizatojmë një seri të Z-plastikës, veçanërisht në zona me ndjeshmëri të larte kozmetike (të tilla si fytyra) për të prishur pamjen e vijës së drejtë ose për të liru një kontrakturë. Z-plastikat e mëdha

nuk duken mirë në fytyrë dhe është më mirë të përdoren me shumë Z-plastika të vogla.^{52,78}

Cilatrikset në formë U ose "trapdoor" mund të përmirësohen duke thyer linjën kontaktuese. Cikatrikset rrethore mund të zgjatjen duke përdorur Z-plastikën, sidomos në bandat shtrënguese të ekstremiteteve. Këto deformime realizohen më mirë duke liruar gjysmën e cikatriksit shtrëngues në një kohë për shkak të rrezikut të ndërprerjes së furnizimit me gjak të gjymtyrëve. Borges përshkroi W-plasty si një metodë tjetër për të rishikuar një cikatriks. Është e dobishme herë pas here, por mungon zbatueshmëria dhe universaliteti që Z-plastika ka. Kjo teknikë thjesht përfshin heqjen e cikatriksit në shumë trekëndësha të vegjël që janë vendosur në mënyrë që të ndërfiten. Ndonëse W-plastika ndryshon drejtimin e shenjes lineare, do të ishte rastësi që një nga gjymtyrët e W do të qëndronte në të njëjtën drejtim me linjat e lëkurës. Për shkak se një W-plastik nuk zgjat një vijë cikatriciale të kontraktuar, duhet të përdoret Z-plastikë për këtë qëllim. Të dy Z-plastika dhe W-plastika kanë atribut shtesë të thyejnë një cikatriks linear në një shenje si-fizarmonikë që ka njëfarë shkalle elasticiteti në të. Ky ndryshim lejon lëkurën të jetë më e lëvizshme në kontributin e saj me shprehjet e fytyrës. Për dëmtimet që aplikohen, të dyja teknikat më shumë se dyfishin gjatësinë e shenjes. Nëse aplikohet W-plastika, trekëndëshat duhet të bëhen shumë të vegjël për të shmangur përkeqësimin e pamjes së shenjës.

Teknikat e përshkruara më lartë janë të zbatueshme për defektet kutane. Kirurgët plastikë shpesh konsultohen lidhur me mbylljen e defekteve më komplekse. Kur analizohet një plagë, e lëkurës apo më komplekse, mundësitë për mbyllje vlerësohen duke filluar me mënyrën më të thjeshtë dhe duke përparuar më sipër në "shkallën rikonstruktive" në atë më komplekse. Ky progres nga mbyllja primare te transplantimi i lëkurës, në lembo lokale, në lembo regjionale dhe në lembo të lirë mikrovaskulare siguron një kornizë që mund të zbatohet në çdo situatë rikonstruktive. Aplikimi i opsionit më të thjeshtë që i plotëson kërkesat rindërtuese siguron një "varkë shpëtimi" nëse procedura dështon.⁷⁹

2. FIZIOPATOLOGJIA E DJEGIEVE DHE E TRAUMËS SË INDEVE TË BUTA NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS

Shoku i djegies rezulton nga ndërveprimi i hipovolemisë me mediatorët dhe vazhdon si një gjëndje fiziopatologjike specifike edhe pas korigjimit të hipovolemisë. Rritja e rezistencës vaskulare pulmonare sistemike dhe depresioni i miokardit ndodhin pavarësisht nga prengarkesa adekuate dhe mbajtja e volumit. Këto ndryshime fiziologjike do të nxitin një përgjigje inflamatore të gjithë trupit drejt një rrethi vicioz me rezultante në mjaft raste disfunktionin organor.

Fiziopatologjia e shokut të djegies

Dëmtimi termik shkakton menjëherë ndryshime të dukshme në mikroqarkullim. Shumica e ndryshimeve ndodhin lokalisht në zonën e djegur, ku edema arrin kulmin pas 8-12 orëve në rastin e djegieve të vogla dhe pas 12-24 orëve në djegiet e mëdha. Rritja e permeabilitet vaskular i atribuohet veprimit të mediatorëve. Dëmtimi termik përveç se prish integritetin kapilar, shkakton ndryshime edhe në nivelin qelizor. Baxter ka demonstruar se në djegiet >30%BSA ka një rënie sistemike të potencialit qelizor transmembranor si në qelizat e dëmtuara nga nxehtësia dhe në të padëmtuarat. Kjo ulje rezulton nga rritja e koncentrimin të natriumit brëndaqelizor. Situata ndërlikohet me alterimin e hemodinamikës që demonstroi shenjat klinike si hipotension, hiponatremi, hipoproteinemi dhe alterim të ekuilibrit acidobazik. Veçori pas djegieve madhore është prania e edemës së gjeneralizuar si në indin e djegur dhe në atë të padjegur. Raportohet

rritje e përmbajtjes në ujë në lëkurën e padjegur deri në 12 orë pas djegies dhe që reduktohet pas 48 orëve.^{80,81,82,83}

Alterimi i hemodinamikës manifestohet me reduktimin e debitit kardiak, rritjen e rezistencës vaskulare sistemike dhe isheminë organore. Në rastin e djegieve në regjionin e kokë-qafës pacienti riskon për mundësinë e djegies respiratore shoqëruese, edemë të rrugëve të sipërme dhe më problem është djegia e rrugëve të poshtme respiratore. Edema e fytyrës dhe e kokës shoqërohet edhe me edemën trunore që e rëndon më tej situatën klinike me alterim të koshiencës dhe shenja të hipertensionit kranial.^{84,85}

Fiziopatologjia e djegies dhe traumës

Traumat e regjionit të kokës mund të jenë të vetme dhe të shoqëruara me djegie.⁸⁶ Ato mund të trajtohen fillimisht në Spitalin e traumës dhe pastaj të dërgohen në shërbimin tonë për zgjedhjen e ndërhyrjes më të përshtatshme për pacientin sigurisht pas stabilizimit të gjendjes së përgjithshme. Dëmtimet e rënda termike dhe dëmtimet traumatike të trurit të dyja kanë vdekshmëri të konsiderueshme të pacientëve, dhe kur kombinohen, mund të jenë veçanërisht sfiduese për ekipin mjekësor.⁸⁷ Udherrefyeesit theksojnë një rehidrim me solucione kristaloide dhe koloidale për të shmangur edemën cerebrale, duke përfshirë shmangien e hiponatremisë, si edhe të hipernatremisë, kontrollin e rreptë të presionit të gjakut dhe administrimit të albuminës me kujdes për të ulur edemën dhe për të ruajtur hemodinamikën.^{88,89}

Menaxhimi i plagës së djegur

Pas përcaktimit të madhësisë, vendit dhe thellësisë së degies dhe pasi kryhen të gjitha masat e emergjencës, duhet të formulohet një plan trajtimi për menaxhimin e mëtejshëm të plagëve. Në këtë pikë, vëmendja duhet të drejtohet te plaga e djegur. Duhet të vendoset një plan duke shmangur ndryshimet e shpeshta të garzave në plagë. Mbeshtjellje plastike apo të tejdukshme të tipit Telfa të mbuluara nga batanije të ngrohta do të lejojnë inspektimin e plagëve të djegura për të marrë një vendim final për trajtimin e tyre. Pas menaxhimit fillestar dhe reanimimit të pacientit të djegur, përcaktimi i planit të trajtimit të plagëve është fokusi kryesor në këtë fazë të kujdesit ndaj pacientit.

Për të filluar kujdesin e plagëve është e nevojshme një diagnozë e saktë. Në varësi të sipërfaqes dhe thellësisë së djegies, do të ndryshojë dhe perqasja ndaj kujdesit të plagëve dhe fashaturës. Trajtimi lokal për plagën e djegur do të bazohet kryesisht në dy kritere kryesore: Thellësia e plagës dhe Lloji i ndërhyrjes kirurgjikale për plagën. Përcaktimi i thellësisë së djegies është thelbësor në formulimin e planit të trajtimit. Djegiet sipërfaqësore kërkojnë një protokoll të kujdesshëm. Plagët e këtij lloji shërohen pa ndërhyrje kirurgjikale; kështu që trajtimi lokal dhe zgjedhja e fashaturës do të ketë një impact direkt në shërimin e plagëve dhe komfortin e pacientit. Lloji i ndërhyrjes kirurgjikale, veçanërisht koha si dhe shtrirja e ekscizionit, do të përcaktojë llojin e menaxhimit përpara dhe gjatë mbylljes së plagëve të djegura.⁹⁰

Menaxhimi i plagëve të djegura bazuar në thellësinë e plagës

Plagët nga djegia dëmtojnë shkallë të ndryshme të epidermës, dermës dhe indeve të buta. Në varësi të thellësisë së dëmtimit, plagët do të paraqesin aftësi të ndryshme për shërim dhe ri-epitelizim. Plagët sipërfaqësore kanë shance të mira për shërim komplet brenda tre javëve, ndërsa plagët e thella kanë humbur një pjesë apo të gjithë aftësitë për shërim spontan. Ndaj kujdesi i veçantë është thelbësor në plagët sipërfaqësore për të garantuar dhe stimuluar shërimin spontan, ndërsa kirurgjia dhe mbyllja me opreacion është thelbësore në menaxhimin e plagëve të thella.

Në përgjithësi pacientët kategorizohen në tre grupe të gjera në varësi të llojit të dëmtimit:

1. Djegie sipërfaqësore

2. Djegie të trashësisë së pjesshme të thellë (Deep Partial-Thickness) dhe të trashësisë së plotë (Full-Thickness)

Trajtimi lokal i plagëve dhe planet kirurgjikale janë bazuar kryesisht në llojin e dëmtimit. Kështu djegiet e trashësisë së pjesshme sipërfaqësore kërkojnë trajtim konservativ, ndërsa djegiet të trashësisë së pjesshme të thellë dhe atë të plotë: excizim dhe transplant.

Djegiet sipërfaqësore përfshijnë të gjithë plagët që kanë shkatërruar epidermën dhe gradë të ndryshme të dermës papilare, ku futen djegie të gradës së parë (ose djegie epidermale) dhe djegie të gradës së dytë sipërfaqësore (Superficial Partial-Thickness). Si rregull normal për këto dëmtime është menaxhimi konservativ. Djegiet e gradës së dytë të thellë apo të gradës së tretë përfaqësojnë djegiet e trashësisë së pjesshme të thellë dhe të trashësisë së plotë dhe kirurgjia për to është trajtimi i zgjedhur. Shumica apo të gjitha apendikset dermale janë shkatërruar dhe procesi i rigjenerimit ndodh ngadalë ose nuk ndodh aspak ndërsa ka debate për kohën e ndërhyrjes kirurgjikale, veçanërisht për pacientët me dëmtime masive.⁹¹

Djegiet sipërfaqësore

Një trajtim konservativ është i detyrueshëm për dëmtimet e këtij lloji. Djegiet sipërfaqësore shërohen nga proliferimi i apendikseve të lëkurës. Nëse ato shërohen në më pak se tre javë, lënë ndryshime të vogla të lëkurës ose asnjë shenjë. Periudha që këto kërkojnë për një shërim komplet varet nga shpejtësia e shkollitjes së indeve të devitalizuara dhe proliferimit të qelizave bazale epiteliale. Trajtimi duhet kështu që të drejtohet në shpejtimin apo nxitjen e shkollitjes së të gjitha nekrozave të shkaktuara nga djegia dhe për të siguruar një mikromjedis që lejon dhe nxit ri-epitelizimin.

Djegiet e trashësisë së pjesshme të thellë dhe trashësisë së plotë

Në djegiet e trashësisë së pjesshme të thellë duhet të kryhet një ndërhyrje kirurgjikale formale, pasi shumica e dermës është e shkatërruar. Ato zakonisht shërohen pas një periudhe të gjatë kohe (më shumë se tre javë) nga proliferimi i apendikseve që gjenden thellë në lëkurë. Pas një kohe të variueshme të shkollitjes bakteriale dhe kimike të indeve sipërfaqësore të vdekura, qelizat epiteliale migrojnë në sipërfaqen e dëmtuar. Koha e gjatë e shërimit dhe inflamacioni çojnë në formimin e cikatriksit dhe funksion e kozmetikë të dobët, gjë të cilat na japin arsyen për një excizim të hershëm të indeve të vdekura dhe transplant. Rezultati final i siguruar nga transplanti është shumë më mirë se procesi i shërimit natyral, i cili zakonisht komplikohet me formimin e cikatriksit hipertrofik, funksion të ulur, rehabilitim të zgjatur dhe rezultate të këqija kozmetike.

Djegiet e trashësisë së plotë paraqesin humbje totale të lëkurës. Procesi i shërimit vazhdon me shkollitjen spontane të zgjatur të indit të devitalizuar dhe prodhimin e një sasive të ndryshme të indit granular. Humbjet e sipërfaqeve të vogla të lëkurës mund të shërohen me anë të kontraksionit dhe ri-epitelizimit nga buzët e lëkurës, ndërsa humbjet e mëdhaja të sipërfaqeve të lëkurës mund të progresojnë në humbje të gjymtyrës, formimin e indit granular dhe komplikacionet septike. Ata që i mbijetojnë procesit natyral të shërimit zakonisht mbeten me paaftesi të thella. Trajtimi standart i djegieve të trashësisë së plotë përfshijnë excizimin e hershëm të gjithë indeve të vdekura dhe autotransplantin e lëkurës. Dëmtimet e thella me ekspozim të kockave, tendineve dhe strukturave të tjera anatomike vitale kërkojnë mbulim me lembo. Trajtimi i zgjedhur i këtyre djegieve është excizimi dhe auto-transplant. Kur djegiet janë excizuar dhe transplantuar menjëherë ose disa orë pas dëmtimit, mund të aplikohet një veshje e thjeshte protective për të izoluar plagën nga mjedisi i pafavorshëm.⁹²

Djegiet e thellësisë së papërcaktuar

Djegiet e thellësisë së papërcaktuar bien ndërmjet djegieve sipërfaqësore dhe atyre të pjesshme të thella. Në përgjithësi ato prezantohen me një miksim të dy dëmtimeve, siç janë djegiet me shfaqje gjeografike, ku asnjë nga këto zona nuk është mjaftueshëm e madhe për tu diagnostikuar si zona të vërteta të trashësisë së pjesshme të thellë që mund të trajtohet kirurgjikisht. Trajtimi me ekscizimin e hershëm dhe transplant do të sakrifikonte të gjitha këto zona vitale të lëkurës, ndaj ky trajtim kërkon fillimisht për një përqsasje konservative e ndjekur nga një diagnosë formale; pacientët trajtohen në mënyre konservative për 10-14 ditë. Në këtë kohë, bëhet një vlerësim dhe vendim i ri nëse pjesa e mbetur do të shërohet brenda 3 javëve. Plagët e djegies janë dinamike dhe ndryshojnë gjatë kësaj periudhe. Plagët të cilat kanë nevojë për më shumë se 3 javë për tu shëruar trajtohen si plagë të trashësisë së pjesshme të thellë, duke kryer ekscizim dhe auto transplant. Djegiet e mëdhaja që kërcënojnë jetën përbëjnë një përjashtim nga ky menaxhim i përgjithshëm i djegieve të papërcaktuara. Këta pacientë janë kandidatë për ekscizim të hershëm sipërfaqësor dhe autotransplant. Kjo përqsasje agresive kirurgjiakele na çon në një shkallë optimale mbijetese dhe rezultate ekselente.

Menaxhimi i plagës së djegur bazuar në përqsajen kirurgjikale

Vonesa në kohë ndërmjet dëmtimit të djegies dhe kirurgjisë është element kyç në dy përqsajet kryesore kirurgjikale të cilat përfshijnë:

1. ekcizimin e menjëhershëm të plagës
2. ekcizimin të hershëm/serial të plagës

Këto dy përqsasje kryesore ndryshojnë nga koha e kirurgjisë, pavarësisht llojit, diagnozës dhe thellësisë së djegies. Filozofia e ndryshme në përqsaje kirurgjikale bazohet në planifikimin e përgjithshëm dhe ditën e fillimit të kirurgjisë. E njëjta plagë mund të trajtohet në mënyrë të sukseshme duke përdorur një nga këto dy rrugë, por mund të rezultojë në ndryshime në përgjigjen inflamatore dhe hipermetabolike pas djegies, humbje të gjakut dhe sakrifikimit të mundshëm të indeve të gjalla.⁹³

Ekscizimi imediat i plagës

Në këtë përqsasje kirurgjikale të gjitha plagët e djegies operohen brenda 24 orëve nga dëmtimi. Djegiet e thella ekscizohen dhe transplantohen ndërsa djegiet sipërfaqësore trajtohen me zëvendësues të përkohshëm të lëkurës. Kur përdoret kjo teknikë, menaxhimi lokal i plagëve që presin trajtimin kirurgjikal definitiv përfshin aplikimin e bandazheve plastike të pastra (jo sterile) ose aplikimin e garzave me baze Vaseline.

Antimikrobialet lokalë nuk janë të nevojshëm pasi plagët e djegies janë sterile herët pas djegies, dhe kolonizimi nuk ka filluar akoma derisa pacientët dërgohen në sallën e operacionit. Brenda 24 orëve pas dëmtimit të gjitha plagët janë të mbyllura në mënyrë kirurgjikale ose me anë të transplantit ose me zëvendësues të përkohshëm të lëkurës. Arsyeja për ekscizim të menjëhershëm të plagës përfshin modifikimin e përgjigjes hipermetabolike, katabolike dhe inflamatore të pacientëve me anë të heqjes imediate të indeve të vdekura.

Ekscizimi i hershëm/serial i plagëve

Në ekscizimin e hershëm/serial të plagës djegiet janë ekscizuar brenda 72 orëve të djegies. Plagët ekscizohen në mënyrë seriale në sesione deri në 20-25% të sipërfaqes totale të përfshira në dëmtim. Pacienti kthehet përsëri në një interval prej 48 orësh në sallën e operacionit, me qëllimin e ekscizimit komplet të plagëve brenda 7-10 ditëve nga dëmtimi. Plagët të cilat nuk janë të trashësisë së plotë ndryshojnë në mënyrë dinamike gjatë 48 orëve të para, kështu që avokatët e kësaj teknike preferojnë të shtyjnë kirurgjinë 48 – 72 orë derisa reanimimi të kompletohet dhe të gjitha plagët të stabilizohen për të shmangur ekscizimin e mundshëm të indeve të gjalla. Gjithashtu

pranohet që një vonesë e vogël në trajtimin përfundimtar nuk është e dëmshme në kirurgjinë e djegies.⁹⁴

Plagët e djegies që ekscizohen në mënyrë seriale dhe që mbulohen ose me auto-transplant ose me zëvendësues të lëkurës do të kërkojnë aplikimin e pomadave të ndryshme dhe solucioneve lokale në varësi të shtrirjes së lëkurës dhe zëvendësuesve të përdorur.

Një përjasje tjetër që përfshihet në këtë grup është trajtimi konservativ i djegieve me cerium nitrate-sulfadiazine argjendi për një javë çdo ditë e ndjekur nga ekscizimi serial i vonuar. Pacientët më pas i nënshtrohen kirurgjisë në zona të limituara të trupit të tyre dhe kthehen pas një intervali një javor për ekscizim dhe auto-transplant të mëtejshëm. Plagët që kanë ngelur të paekscizuara pas çdo ndërhyrje kirurgjikale trajtohen me aplikime ditore të agjentëve lokalë të njëjtte derisa të realizohet mbyllja komplet e plagëve.⁹⁵

Vlerësimi i Pacientit me Trauma Faciale

Meqënëse të gjitha sëmundjet shfaqen në modele, njohja e modeleve të dëmtimeve të fytyrës lejon përdorimin e algoritmeve specifike për menaxhimin e kategorive të ndryshme, të cilat përfshijnë dëmtime minimale, të ndërmjetme dhe të rënda në secilën pjesë anatomike të skeletit të fytyrës.

1. Çdo frakturë e fytyrës shoqërohet me një dëmtim të indeve të buta, dhe mund të jetë minimal, i moderuar ose i rëndë. Se si përgjigjen indet e buta, dhe për rrjedhojë pozicionimi dhe cilësia përfundimtare e tyre, varet nga kur dhe çfarë bëjmë me kockën, dhe nëse indet e buta mund të përgjigjen apo jo duke u shëruar dhe rimodeluar mbi një skelet kockor të rindërtuar saktësisht.

2. Menaxhimi i kohës dhe frakturave të fytyrës: Meqënëse indi i butë ka një kohë dëmtimi fillestar, ia vlen të kufizojmë inçizionet, diseksionin dhe riparimin në këtë periudhë fillestare të dëmtimit, me një ulje përfundimtare të periudhës vulnerable së shërimit 1-2 javë pas traumës fillestare të indeve të buta. Dëmtimet faciale me energji të lartë fillojnë të zhvillojnë cikatrikse dhe kontraktura të indeve të buta menjëherë nga koha e dëmtimit fillestar, dhe indet e buta bëhen të ngurtësuara, më të trasha, të zbardhura dhe më pak të lakueshme pas çdo dite të shërimit fillestar.

3. Dehishenca dhe zhvendosja e indeve të buta: Mbyllja me shtresa e prerjeve parandalon dehishencën e indeve të buta. Ringjithja e indeve të riparuar në skeletin e fytyrës e vendos indin e butë saktë mbi skeletin e rindërtuar dhe të riorganizuar të fytyrës, duke lejuar që indet e buta të shërohen në pozicionin dhe me konturin e duhur. Forma dhe pozicioni i kockës janë skeleti për rimodelimin dhe riparimin nga cikatriksi i brendshëm i dëmtimit të indeve të buta.

Trauma e lidhur me indet e buta është dëmtimi më i zakonshëm shoqëruar, që ndodh në afërsisht 30% të frakturave të fytyrës prandaj, gjithmonë duhet të përjashtohen dëmtimet e trurit dhe qafës tek pacientët me dëmtime të fytyrës.^{96,97,98}

Modelet e dëmtimeve të fytyrës mund të ndahen në trauma të indeve të buta, të skeletit kockor dhe/ose trauma dentoalveolare. Përshkrimet gjithashtu mund të bëhen bazuar në vendndodhjen në një të tretat e fytyrës: një e treta e sipërme (përfshirë kockën ballore, sinuset frontale dhe çatitë orbitale), e treta e mesme (duke përfshirë orbitën, hundën, rajonin molar dhe nofullën e sipërme) dhe të tretën e poshtme (përfshirë mandibula dhe dhëmbët në të)^{99,100,101}

Modelet e traumave të fytyrës në popullatën pediatrike ndryshojnë nga ato tek të rriturit. Frakturat e fytyrës janë relativisht më pak të zakonshme tek fëmijët për shkak të mbikëqyrjes së prindërve, si dhe faktorëve të brendshëm anatomikë, të tillë si sasi më të mëdha të dhjavit, pneumatizimi i zvogëluar i sinuseve, rritja e fleksibilitetit

skeletik për shkak të kockave më të lakueshëm, dhe suturave të përputhura.^{102,103,104} Trauma që depërtojnë në indet e buta, duke përfshirë atë që rezultojnë nga kafshimet, plagët me thikë, të shtënat me armë dhe lëndime të tjera balistike, mund të rezultojnë në konfigurime të lëndimeve dhe modele të frakturave që bien jashtë modeleve të zakonshme të parashikueshme të kontuzionit. Shpërndarja e dëmtimeve të indeve të buta më së shumti përqëndrohet në zonën me formën T që përfshin ballin, hundën, buzët dhe mjekrën po ashtu prek zakonisht dhe pjesët laterale të vetullave, kockën zigomatike, ballin dhe pjesën oksipitale.^{105,106}

Anatomia kirurgjikale e indeve të buta të fytyrës

Njohja e anatomisë funksionale të fytyrës është themelore për të kuptuar menaxhimin e traumave të fytyrës. Konsiderata të rëndësishme të indeve të buta janë vendndodhjet e sakta të strukturave unike të fytyrës dhe marrëdhëniet e tyre me njësitë estetike, shtresat e fytyrës dhe pikat sipërfaqësore të strukturave të thella të tilla si sistemi lacrimal, kanali i Stenson dhe rrjetet neurovaskulare, duke përfshirë dhe zonën e rrezikut të nervit facial.¹⁰⁷ Palpebrat, hunda, veshët dhe buzët janë struktura unike të fytyrës. Parimi nga kirurgjia tumorale se humbja e më shumë se 50% të një nën-njësie kërkon marrjen në konsideratë të heqjes së pjesës së mbetur të asaj nën-njësie dhe rindërtimi i saj në tërësi, duhet të merret parasysh, por mund të mos jetë aq i vlefshëm në të rinjtë ose në dëmtimet e indit kutan facial.

Dëmtimet në rajonin e palpebrave, kantusit medial dhe zonës së sipërme laterale të pasëm të hundës duhet të ngrenë dyshimin për dëmtime të mundshme të strukturave të sistemit lakrimal. Një vlerësim i integritetit të duktusit/kanalit të Stensonit është i rëndësishëm në laceracionet e thella qëndrore të faqes (veçanërisht ato që ndodhin pranë një linje referimi nga tragusi në komisurën laterale të gojës). Degët e nervit trigeminal që furnizojnë inervimin sensor në fytyrë mund të dëmtohen kur dalin nga foramina kockore për afërsisht në linjën e mesme të pupilës, forameni supraorbital, forameni infraorbital dhe forameni mental për tre degët kryesore sensore, respektivisht V₁, V₂, dhe V₃. Furnizimi me gjak në fytyrë është jashtëzakonisht i fuqishëm dhe dëmtimi fokal i enëve të vetme rrallë rezultojnë në një ishemi indore klinikisht të rëndësishme për shkak të furnizimit kolateral efikas dhe të bollshëm.

Dëmtimi i arteries faciale dhe degëve të saj, siç janë arteriet labiale, arteria temporale sipërfaqësore, enët angulare si edhe degët e tjera të saj mund të shkaktojnë gjakderdhje të konsiderueshme dhe, nëse nuk trajtohet, hemoragji masive e rrezikshme për jetën. Identifikimi i vatrave të humbjes së gjakut, së bashku me aftësinë për të kontrolluar epistaksin, janë thelbësore për kontrollin e gjakderdhjes nga dëmtimet e fytyrës. Dëmtimi i nervit të facial mund të jetë një nga pasojat më shkatërruese të një dëmtimi në fytyrë. Ndërsa nervi facial mund të dëmtohet kudo përgjatë rrugës së tij, janë disa "zona rreziku" ku ai është lehtësisht i prekshëm nga dëmtimi; dega temporale përgjatë vijës së Pitanguy (nga 0.5 cm nën tragus deri në 1.5 cm mbi vetullën laterale), degët zigomatike dhe bukale rreth pikës së Zuker -it (pika në gjysmën e rrugës përgjatë vijës nga baza e heliksit në komisurën orale), dhe dega marginale e mandibulës që shtrihet në kufirin e poshtëm të trupit mandibular. Dëmtimet nervore medialisht kantusit lateral janë më pak të rëndësishme klinikisht për shkak të degëzimit të nervit, por çdo nerv i prerë i dukshëm duhet të riparohet. Për degët më proksimale, eksplorimi dhe riparimi operativ brenda 72 orëve optimizon rikuperimin e funksionit motorik.^{108,109}

Dëmtimet e indeve të buta mund të klasifikohen nga pershkrimi i mekanizmit të tyre (prerëse, shtypëse/dërrmuese, balistike, kontuzion, të djegies), lacerim dhe/ose avulsion, vendndodhja, orientimi (vertikale, transversale dhe oblike) dhe thellësia.¹¹⁰

Prezantimi klinik

Spektri i traumave të fytyrës përfshin lacerimin sipërfaqësor të lëkurës deri në frakturën panfaciale me dëmtime komplekse të shtrira të indeve të buta, duke përfshirë gjithçka mes të dyjave. Përpara vlerësimit të traumave të fytyrës duhet bërë ekzaminimi për dëmtimet kërcënuese për jetën, gjakderdhjen, dëmtimin e trurit dhe vlerësimin e kolonës cervikale. Në të vërtetë, dëmtimet e fytyrës mund të kërcënojnë rrugët e frymëmarrjes dhe mund të jenë burimi i gjakderdhjes masive, duke kërkuar vlerësim/kontroll urgjent të hemoragjisë në raste të tilla. Në fundi, kryhet ekzaminimi fizik me historinë e plotë dhe të fytyrës.¹¹¹

Ekzaminimi fizik duhet të jetë sistematik dhe i plotë; pas përfundimit të ekzaminimit të përgjithshëm, kryhen ekzaminimet dytësore në secilën zonë anatomike i cili duhet të jetë specifik dhe i detajuar që synon dëmtimet fokale të dukshme. Inspektohet për ekimoza, edema, hematoma, laceracione kudo përfshirë skalpin, veshët dhe zonën poshtë mjekrës, për reagimin e pupilës ndaj dritës, mprehtësinë e shikimit/pamjen e dyfishtë, inspektohet për pozicionin e globit okular (hipoglobus, enoftalmus, ekzoftalmus) apo rupturën e tij, hemoragji subkonjunktivale, kemoza (enjtje e konjunktivës), hipemë (hemoragji në dhomën anteriore si shenjë e dëmtimit të globit të syrit), telecantus, rrombullakosja e komisarës palpebrale; do të vëzhgojmë për asimetri, deviacione apo rrjedhje.¹¹²

Ekzaminimi i ndjeshmërisë në tre degët kryesore të nervit kranial të pestë duhet të kryhet në regjionin frontal, maksilar dhe mandibular. Funkzioni motor i nervit facial VII mund të vlerësohet me instruksione mbi “ngritjen e vetullave lart, mbylljen fort të syve, fryrjen e faqeve, buzëqeshjen apo tregimin e dhëmbëve”.

Për çdo dëmtim nazal, ekzaminimi intranasal bëhet me një spekulim për të zbuluar lacerime apo hematoma septale. Likidi i pastër nazal apo gjakderdhje e ujshme duhet të krijojë dyshimet për rrjedhje të lëngut cerebrospinal. Zakonisht, dëmtimi i duktusit shoqërohet me paralizë të degës bucale të nervit facial.

Për trauma orbitale/periorbitale ekzaminimi i syrit duhet të kryhet gjerësisht. Çdo telekantus apo rrombullakosje e komisarës palpebrale tregon për shpërndarje kantele që mund të konfirmohet me testin e tërheqjes së palpebrës i cili vlerëson lidhjen e tendinit medial kantal me kocken. Kapja dhe tërheqja e palpebrës tregon levizshmërinë jonormale kantele në avulsionin kantal. Tomografia e kompjuterizuar CT Scann është diagnostikimi imazherik fillestar i përzgjedhur për vlerësimin e dëmtimeve të fytyrës¹¹³.

Konsiderata fillestare të trajtimit kirurgjikal.

Vlerësimi i dëmtimeve të fytyrës ndiqet nga trajtimit i sinkronizuar për të kontrolluar hemoragjinë si dhe interventet prekirurgjikale që mund të përfshijnë: lidhjen e dhëmbëve/frakturave, aplikimin e shufrave të harkuara, reduktimin manual të frakturave me zhvendosje masive, pastrimi/shplarjen e plagëve, heqjen e ndotjeve të mëdha, mbrojtjen ndaj tetanozit, terapi me analgjezikë dhe antibiotikë. Riparimi i indeve të buta mund të fillojë në çdo kohë.

Hemoragji e konsiderueshme mund të ndodhë nga dëmtimet e indeve të buta, veçanërisht lacerimet e skalpit dhe dëmtimet në arteriet temporale sipërfaqësore dhe atë faciale. Lacerimet e skalpit të shoqëruara me gjakderdhje masive, kërkojnë debridement apo pastrimin e plagës nga trupat e huaj apo indet e nekrotizuara dhe mbyllja me sutura e kombinuar me drenazh për të kufizuar grumbullimin e gjakut dhe likidit. Ligatura e vazave dhe mbyllja e lacerimit bëjnë kontrollin e hemoragjisë. Degët e nervit facial duhet të shmangen në kapëse dhe ligatura. Pastrimi i mprehtë, por minimal i lacerimeve jo të rregullta në pjesën marginale të kontuzionit krijon buzë të shëndetshme të krijuara kirurgjikalisht për një shërim optimal. Zonat me problematike për këtë pastrim përfshijnë palpebrat, buzët, pjesa distale e hundës, vrimat e hundës, veshët dhe vetullat.

Trajtimi definitiv i një hemoragjie masive arrihet nga interveni kirurgjikal ose embolizimi i enëve të gjakut me anë të radiologjisë intervencionuese.

Gjithashtu, është e përshtatshme në urgjencë të bëhet mbyllja e lacerimeve pas pastrimit dhe shplarjes së plagës. Pastrimi i plagës nga indet e nekrotizuara duhet të jetë i plotë, por me qëllim konservativ. Plagët e kontaminuara rëndë dhe ato me humbje të konsiderueshme të indeve mund të justifikojnë një trajtim formal kirurgjikal. çdo material i huaj, grimcat e mikropjesëzat duhet të pastrohen nga plaga. Proçedurat sekondare për të larguar trupat e huaj janë kryesisht të paefektshme. Hematomat septale dhe aurikulare duhet të incizohen menjëherë, drenohen dhe të vendosen tamponat plastikë intranazal apo veshje me kompresa të buta të lubrifikuara në vesh, në të kundërt dështimi në njohjen dhe menaxhimin e tyre do të rezultojë në nekroza apo perforacione septale, dhe në nekrozë të lëkurës dhe/apo kartilagos ose në veshin si “lulelakër”.

Edhe pse ka ndërhyrje që kërkojnë menjëherë intervent kirurgjikal si prsh muskujt e bllokuar në fraktura orbitale dhe verbimi, në mungesë të hemoragjisë aktive nga vazat kryesore në fytyrë, kryesisht trauma faciale nuk është kërcënuese për jetën; megjithatë benefitet e një trajtimi të shpejtë dhe të saktë të traumave faciale kanë qenë të nënvlerësuara në literaturën e kohës.¹¹⁴

3. FIZIOPATOLOGJIA E PASOJAVE TË DJEGIEVE DHE TRAUMAVE NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS: CIKATRIKSE, KONTRAKTURA, EKTROPION

Rindërtimi i kokës dhe qafës pas traumës së djegies paraqet sfida të mëdha. Trajtimi i suksesshëm kërkon gjykim të shëndoshë kirurgjikal dhe ekspertizë teknike, si dhe një mirëkuptim të plotë të patofiziologjisë së plagës së djegur dhe kontrakturave që krijohen pas djegies. Shumë disiplina kërkohen për t'u kujdesur me sukses për pacientët me djegie të kokës dhe qafës. Kjo përfshin infermierë të kualifikuar, me përvojë profesionale dhe fizioterapistë, dhe sisteme të mbështetjes psikologjike dhe sociale.^{115,116,117}

Kirurgu gjithashtu duhet të ketë familjaritet dhe ekspertizë me modalitetet e trajtimit jo vetëm kirurgjikal por edhe jo -kirurgjikal siç është terapia me presion (fashatura kompresive) terapia me steroide lokalisht si dhe terapia me lazer. Djegiet mund të deformatojnë fytyrën duke e shtrembëruar atë, veçorite individuale si dhe shprehjen e pacientit. Djegiet gjithashtu ndryshojnë sipërfaqen e lëkurës së fytyrës duke shkaktuar plagë dhe ndryshime në cilësi dhe në pigmentim.^{118,119,120,121}

Fiziopatologjia

Djegiet sipërfaqësore, zakonisht shërohen pa “scarring” ose ndryshime pigmentare. Djegiet e trashësisë së pjesshme sipërfaqësore, të shkallës së dytë që epitelizohen në 10-14 ditët zakonisht shërohen pa cikatrikse, edhe pse mund të ketë ndryshime afatgjata në strukturën dhe pigmentimin e lëkurës. Djegie të shkallës së dytë që epitelizohen pas 21 ditësh ose më gjatë si rezultat edhe i infeksionit të mundshëm gjatë trajtimit janë të paparashikueshme dhe duhet të menaxhohen me kujdes sepse kanë një prirje për tu zhvilluar cikatrikse të vonshme. Këta pacientë duhet të monitorohen nga afër pas shërimit fillestar dhe sapo vërehen shenjat e hipertrofisë, duhet të përdoren me kujdes dhe pa vonuar fashaturat kompresive të cilat janë treguar mjaft efektive në moslejimin e zhvillimit të shenjave pas djegies. Shtimi i silikonit e rrit efektshmërinë e tyre deri në pakësimin e kelloidit hipertrofik të pasdjegies. Maska të pastra të prodhuara nga kompjuteri të veshura me silikon kanë përmirësuar aftësinë për një tolerim të mirë dhe rezultativ për parandalimin e hipertrofisë së lëkurës.^{122,123,124,125,126}

Rezultatet përmirësohen nëse kryejmë një kombinim të arsyeshëm të çlirimit të cikatrikseve dhe të kontrakturave me anën e zeta- plastikës, përdorimi i transplanteve e ndjekur nga rishikimi i duhur i cikatriksit shoqëruar nga terapia me lazer e cila përmirëson cilësinë e cikatriksit dhe lehtëson operacionin e mëvonshëm korrigjues.^{127,128}

Z-PLASTIKA Operacioni Z-plastikë është një mjet i fuqishëm në kirurgji në bagazhin e kirurgut plastik rekonstruktiv për rindërtimin e djegieve të fytyrës. Z-plasty gjithashtu ngushton plagët në të njëjtën kohë që i zgjat ato. Ajo është përdorur për më shumë se 150 vjet për të zgjatur plagët lineare duke rekrutuar ind të dobët anësor. Kryerja e saj mund të ketë ndikim edhe në vetë indin e cikatriksit dhe kjo lidhet me prishjen e vazhdueshmërisë së formimit të kolagenit që ndodh në plagët hipertrofike.^{129,130,131,132,133}

TERAPIA ME LASER. Kjo terapi është një mënyrë trajtimi e suksesshme gjatë periudhës së formimit të cikatriksit dhe të përhapjes së tij në pacientët me plagë hipertrofike në fytyrë.^{127,128} Cikatrikset hipertrofike janë një ndërlikim i shpeshtë pas djegieve të fytyrës me trashësi të pjesshme që zgjasin më shumë se 3 javë për t'u epitelizuar plotësisht dhe formimi i cikatriksit pavarësisht trajtimit konservativ krijon shqetësime të vazhdueshme për pacientin si dhimbje, kuarje dhe eritemë shoqëruese. Terapia me Lazer ka treguar se është e dobishme në zvogëlimin e shenjës, eritemës, kuarjes dhe dhimbjes duke përmirësuar cilësinë e jetës të këtyre pacientëve.

TRANSPLANTI. Kryerja e plastikave epidermo-dermike konsiderohen pjesa thelbësore e rindërtimit të djegieve të fytyrës. Vendimet kirurgjikale në lidhje me përzgjedhjen e vendit donator, zgjedhja e trashësisë së transplantit, zgjedhja e kohës së interventit, dhe menaxhimit postoperativ të transplantit shpesh përcaktojnë suksesin ose dështimin e rindërtimit të fytyrës. Mund të përdoren dhe transplantet me trashësi të plotë gjithmonë në përputhje me indikacionet sipas lokalizimit.^{134,135,136}

LEMBOT. Lembot mund të jenë të dobishme për rindërtimin e djegieve të fytyrës, por ato duhet të përdoren me mençuri dhe shkathtësi, duke i njohur shumë mirë problemet dhe kufizimet e përdorimit të tyre.¹³⁷

SKIN EKSPANDER. Zgjeruesit e indeve duhet të përdoren me kujdes në rindërtimin e kokës dhe qafës. Problemi qëndron në faktin se pothuajse të gjitha deformimet e djegies janë tensione dytësore ndaj indeve që mund të jenë të mangëta. Zona e preferuar për vendosjen e tyre është scalp.¹³⁸

RIKONSTRUKSIONI PAS DJEGIEVE NË REGJIONIN E KOKËS DHE QAFËS.

Menaxhimi i djegieve në kokë-qafë përfshin në radhë të parë trajtimin e dëmtimeve që rrezikojnë jetën e pacientit e shoqëruar më pas me zgjedhjen e ushqyerjes, përcaktimin e thellësisë së djegies, kujdesin për plagët dhe për sytë. Dallimi ndërmjet djegieve të shkallës së dytë në këtë regjion, të cilat mund të trajtohen konservatorisht, është shumë i vështirë me ato të gradës së tretë që kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale.

Pas fazës së inflamacionit akut dhe maturimit të indit në plagë vjen faza e rikonstruksionit të pasojave të djegies duke u kujdesur si për anën funksionale dhe atë estetike, e cila varion që nga lirimi i fibrozës dhe transplantit i thjeshtë deri në rikonstruksionin me lembo të lira. Terapia dhe imobilizimi pas interventit janë thelbësore për të ulur shkallën e kontrakturave pas djegies.¹³⁹

MENAXHIMI AKUT I DJEGIEVE FACIALE

Menaxhimi fillestar

Në të gjitha rastet me degje faciale duhet kontrolluar prezenca e djegieve inhalatore dhe të vlerësohet nevoja për intubim. Në rast se djegia ka ndodhur në ambiente të mbyllura apo ka dhe shenja të tilla si prania e blazës, tymit apo qimeve të përzhitura në gojë dhe hundë dhe vështirësi në frymëmarrje duhet të dyshojmë për djegie inhalatore. Në të gjithë këta pacientë si dhe ata që kanë një djegie mbi 20% të sipërfaqes së trupit duhet të vendosim tubim nazogastrik për ta ushqyer pacientin.¹³⁹

Antimikrobialet e përdorur lokalisht

Substancat antimikrobiale lokale që përdoren për të parandaluar dhe kontrolluar infeksionin pas pastrimit të plagës duhet të kenë spektër të gjerë, të aplikohen me lehtësi, të penetrojnë në inde dhe të mos jenë toksike. Kremërat dhe pomadat janë ato që aplikohen më shumë se solucionet, për shkak se aplikohen më lehtë në fytyrë, vetëm se sulfadiazine e argjentit duhet të shmanget në aplikimin në fytyrë, vecanërisht tek femijët më të vegjël se dy vjeç për shkak të toksicitetit të lartë nëse gëlltitet dhe dëmtimit të syve.¹⁴⁰

Mafenide acetate është një antimikrobiale i përzgjedhur shumë efektiv ndaj baktereve gram-positivë dhe gram-negativë, mjekimi i zgjedhur në djegiet e fytyrës dhe skalpit është pomada e bacitacinës, e cila aplikohet çdo 6 orë, është më pak irrituese për sytë dhe ka efekt sistematik minimal. Mupirocina përdoret në pacientet me MRSA.

Menaxhimi i djegieve të trashësisë së pjesshme

Përcaktimi i thellësisë së djegies është e vështirë të realizohet fillimisht në këtë regjion. Vaskularizimi i shtuar dhe prania e lartë e apendikseve të lëkurës në skalp bën që plagët në këtë regjion të shërohen shpejt me një risk të ulët të infeksionit apo shenjave pas djegies.¹⁴¹ Vetëm në rastet e qarta të djegieve të trashësisë së plotë duhet të kryhet ekscizioni tangencial i nekrozave dhe transplanti i lëkurës sa më shpejtë të jetë e mundur, në të kundërt duhet pritur që të përcaktohet trashësia e djegieve.¹⁴² Për të dalluar djegiet e trashësisë së pjesshme nga ajo e plotë shihet potenciali i shërimit në ditën e 10-të apo shenja të shërimit në mos shërimi i plotë në ditën e 14-të pas djegies.¹⁴³ Këto djegie zakonisht nuk kërkojnë trajtim kirurgjikal. Ndryshimet e shpeshta të garzave dhe pastrimi i përditshëm na lejojnë një debridment sipërfaqësor dhe krijojnë një ambient të mirë për shërim. Gjithashtu dhe debridmenti mekanik dhe aplikimi i zëvendësuesve të lëkurës është një alternativë në trajtimin e këtyre djegieve.

Ekscizioni tangencial për debridmentin në djegiet jo të thella mund të na çojë në dëmtimin e apendikseve vitale të lëkurës të rëndësishme për riepitelizimin. Ndërkohë përcaktohet më qartë thellësia e djegies dhe mundësia e shërimit. Pas kësaj procedure mund të përdoren zëvendësuesit e lëkurës të cilat ngjiten dhe integrohen mirë me lëkurën faciale duke zvogeluar mjekimin e përditshëm, nxitur riepitelizimin e shpejtë, duke ulur rrezikun për infeksione dhe duke reduktuar humbjen e ujit, proteinave dhe nxehtësisë nga plagët. Përdorimi i këtyre materialeve ul gjithashtu incidencën për pasojat hipertofike të djegieve duke dhënë rezultate të mira kozmetike.^{144 - 149}

Menaxhimi i djegieve të thella (trashësisë së plotë) në kokë dhe qafë

Për një kohë të gjatë djegiet e thella në kokë dhe qafë janë trajtuar me mjekim lokal deri në demarkimin e indeve nekrotike dhe shfaqjen e indeve të granulacionit që më pas mbuloheshin me transplant kutan.¹⁵⁰ Kjo mënyrë trajtimi e cila kërkon më shumë se 21 ditë do të çojë në krijimin e shenjave hipertrofike, prania e të cilave më shumë se dyfishohet në krahasim me shërimin që ndodh nga dita 14-të deri në ditën e 21-të.¹⁵¹ Rivlerësimi për thellësinë e djegies bëhet në ditën e 10-të, kohë në të cilën djegiet e thellësisë së pjesshme do të shfaqin shenja të shërimit spontan. Në rast se nuk shërohet brenda 21 ditësh pas djegies duhet të kryhet nekrektomia dhe

transplantimi.^{142,143,152,153} Në rast se djegia duket qartë që është e trashësisë së plotë, kryhet nekrektomia dhe transplantit sa më shpejt që gjendja e pacientit ta lejojë në mënyrë që shërimi të realizohet brenda 14 ditëve. Nekrektomia, në djegiet totale të kokës, fillohet nga palpebrat, e ndjekur nga hunda, buzët, mjekra, faqet dhe në fund balli.

Shumë autorë mbështesin mbylljen me dy faza duke vendosur një alograft përpara transplantit të lëkurës (skin graft). Ai vendoset për rreth 48 orë deri në një javë dhe vepron si një test për të përcaktuar nëse shtrati i plagës është gati për autografitin nga ana biologjike apo vaskulare. Nëse alografti ngjitet me plagën atëherë nekroza është hequr siç duhet. Integra që përdoret në të tilla raste, futet në mesh dhe fiksohet në shtratin e plagës pas ekscizionit tangencial. Pasi vaskularizohet integra krijon një shtresë të re të dermës e cila mund të pranojë një transplant më të hollë. Megjithatë përdorimi i integrës dhe transplantit i vonuar në djegiet e thella të palpebrave do të na cojë në ektropion ndaj nuk rekomandohet. Në rastin e djegieve të thella në palpebra kryhet ekscizioni tangencial dhe transplant i plotë.¹⁵⁴

Trajtimi i djegieve në palpebra dhe veshë

Trajtimi i vonuar në djegiet e thella të palpebrave mund të cojë në keratitin nga ekspozimi dhe ektropion. Ndërhyrja me lirimin e hershëm të palpebrave dhe transplantin e lëkurës kanë ulur incidencën e këtyre komplikacioneve. Transplantit i pjesshëm paloset dhe shtrihet më mirë në rikonstruksionin e palpebrës së sipërme krahasuar me një transplant më të trashë, megjithëse transplantit i plotë mund të ulë shkallën e retraksionit dhe ektropionin.¹⁵⁵ Për këtë shkak transplantit i plotë përdoret pothuajse gjithmonë në rikonstruksionin e palpebrës së poshtme. Tarsorrafia e përkohëshme mund të jetë e nevojshme për të mbrojtur kornenë gjatë maturimit të graftit.

Menaxhimi post operativ

Terapi të ndryshme, pas shërimit të plagës së djegur synojnë të minimizojnë apo maturojnë cikatriksin, siç mund të jetë aplikimi i silikonit xhel lokalisht.¹⁵⁶ Terapia komprimuese përdoret për të minimizuar hipertrofinë e cikatriksit. Terapia fizike me një gamë lëvizjesh përdoret në fazën akute por jo atë të emergjencës. Masazhi dhe streçing/shtrirja, për të nxitur orientimin e fibrave të kolagenit, fillohet gjithashtu në këtë kohë.¹⁵⁷

RIKONTRUKSIONI I DJEGIEVE NË KOKË DHE QAFË

Koha e rikontruksionit

Intervetet për rikonstruksionin pas djegieve të fytyrës ndahen në akute, intermediate (të ndërmjetme) dhe të vonshme. Rikonstruksioni nuk mund të kryhet nëse pacienti ka plagë të hapura për shkak të rrezikut të infeksionit, ndërkohë që inflamacioni dhe kontraksioni i papërfunduar do të kompromentojë rikonstruksionin.

Rikonstruksioni akut kryhet brenda muajve të parë, veçanërisht në rastin e deficienteve funksionale, më tepër në palpebra, perioral apo regionin cervical, në mënyrë që të minimizojmë kontrakturat akute që shkaktojnë dëmtime të përhershme.¹⁵⁸ Intervetet intermediate kryhen pas muaj apo vite nga djegia fillestare dhe qëllimi është modifikimi i cikatriksit. Kur pacienti paraqitet me deformime të krijuara e të qëndrueshme, rikonstruksioni futet në fazën e vonë.

Opsionet për ndërhyrjen dhe rikonstruksionin në cikatriks

Steroidet intralezional përdoren veçanërisht në fazën e rikonstruksionit intermediat për të reduktuar kruarjen dhe forcimin e cikatriksit.

Revizioni i cikatriksit. Teknikat e ndryshme rikonstruktive si Z-M-W-plastikë zgjasin cikatrikset lineare duke përfshirë indet e lirshme laterale në afërsi. Kjo mund të

ndikojë në fiziologjinë e cikatriksit hipertrofik duke ndarë kolagenin dhe liruar tensionin.

Transplanti i indit adipoz. Pas transplantit të lëkurës mund të vihen re deformime të dukshme të konturit indor, për të cilat përdoret transplant i dhjamor, në korigjimin e zonave të zhytura si dhe për të ulur kuarjen e cilatrikseve hipertrofike të djegieve.¹⁵⁹

Transplanti i lëkurës. Transplantet e lëkurës përdoren për rikonstruksion pas lirimimit apo ekscizimit të kontrakturave cikatriciale. Transplantet e pjesshme të lëkurës mund të çojnë në ripërsëritje sepse ato i nënshtrohen më shumë kontrakturave sekondare sesa transplantet e plota. Faqet, buzët e sipërme dhe të poshtme si dhe dorsum nazi janë vendet më të përshtatshme për transplantin e plotë të lëkurës.¹⁶⁰

Ekspansioni i indeve. Në deformimet e djegieve kemi gjithmonë tension për shkak të mungesës indore. Tërheqja apo shtrirja e indeve në afërsi mund të krijojë më shumë tension në rastin e rikonstruksionit të cikatrikseve nga djegiet. Transferimi i indeve kryhet dy javë pas përfundimit të ekspansionit në mënyrë që ulim kontraksionin dhe optimizojmë rritjen indore. Kjo përdoret më shpesh në korigjimin e alopecisë në më pak se 50% të sipërfaqes.¹⁶¹

Rikonstruksioni me lembo. Përshtatja më e mirë në ngjyre, trashësi apo cilësi e strukturë në rikonstruksion realizohet më mirë me anë të lembove loko-regjionale. Në këtë mënyrë zvogëlohet shumë shkalla e kontrakturës në krahasim me transplantin e lëkurës. Lembot që përdoren më shumë në rikonstruksionin e djegieve janë ato sipas rastit, siç është Z-plasikë. Lembot avancuese shmangen në përgjithësi, veçanërisht ato që kalojnë njësitë estetike për shkak se kanë tendencë të rekraktohen/mblidhen. Shpesh përdoren lembot rrotulluese apo transpozicionale dhe mbyllja e vendit donor eliminon tensionet deformuese.¹⁶²

Rikonstruksioni i palpebrave

Një ndër prioritetet në rikonstruksionin e djegieve faciale mbetet kontraktura cikatriciale e regjionit periorbital e cila çon në ektropionin e palpebrës së sipërme dhe të poshtme, për vetë faktin që kirurgjia e hershme do të uli riskun e keratopatisë nga ekspozimi. Incizioni në nivelin e rrudhës palpebrale për palpebrën e sipërme dhe ai subciliar për palpebrën e poshtme përdoren për lirimimin e kontrakturave në to. Megjithëse më parë rekomandohej transplant i pjesshëm për palpebrën e sipërme, sot përdoret transplant i plotë për rikonstruksionin e të dy palpebrave sepse jep më pak kontraksione. Vendi donon i preferuar është palpebra e anës tjetër, ndjekur nga lëkura post apo preaurikulare, supraklavikulare, ana e brendshme e krahut dhe regjioni inguinal.¹⁶³

Rikonstruksioni nazal

Rikonstruksioni në djegiet e hundës përbën një sfidë jo vetëm në respektimin e njësisë estetike por edhe në rindërtimin e mukozës apo suportit skeletik në djegiet e thella. Në rastin kur ruhet struktura skeletike dhe shtresa mukoze, mund të përdoren lembot lokale si ajo frontale, ose transplant të pjesshëm. Rikonstruksioni i mukozës nazale mund të kryhet me transplant lëkure në një lembo të vaskularizuar, lembo rrotulluese ose lembo mukozale lokale e vaskularizuar. Ndërsa rikonstruksioni i mbështetjes skeletike kërkon transplant të kartilagot, i cili mund të jetë në formën e kompozitit kur defekti është i vogël.

Asimetria e flegrave të hundës (alae nazi) është deformimi më i shpeshtë i kontrakturës cikatriciale, për faktin që është më e ekspozuar ndaj dëmtimeve.¹⁶⁴ Në korigjimin e dëmtimeve alare mund të përdorimin lembon nazolabiale, ose lembo nazale rrotulluese për të simuluar lobet alare dhe siguruar projeksion dhe gjatësinë e duhur.¹⁶⁵

Rikonstruksioni Perioral

Pasojat e kontrakturave të djegieve të regjionit perioral janë mikrostomia dhe ektropioni i buzëve. Kontraktura e buzës së sipërme trajtohet me lirim dhe ekscizimin e plotë të cikatriksit në këtë nënjësi estetike dhe transplantin e lëkurës së plotë. Kontrakturat pas djegie së buzës së poshtme dhe mjekrës do të çojnë në ektropionin e buzës së poshtme, humbjen e kompetencës së gojës dhe rrjedhje të bollshme të pështymës dhe trajtohet me lirim horizontal ose ekscizionin total të cikatriksit e mbuluar me transplant me lëkurë të plotë të vendosur në çdo nënjësi individualisht.

Mikrosomia mund të çojë në vështirësi në të folur, në të ngrënë dhe deformim në shprehjet e fytyrës. Komisuroplastika e kryer në këtë rast përfshin ekscizimin e cikatriksit me vendosjen e transplantit të plotë, ekscizionin trekëndor të cikatriksit me lembo avancuese mukozale V-Y dhe ndarjen e kontrakturës cikatriciale dhe rikonstruksionin me dy lembo romboide. Vendi i ri për komisurën orale duhet të jetë midis linjës së limbusit medial dhe midpupilares në mënyrë që t'i paraprijnë kontraksionit cikatricial gjatë shërimit. Për të minimizuar kontrakturat postoperative, vendosim fiksuesit oralë sapo të fillojë procesi i shërimit.¹⁶⁶

Rikonstruksioni i qafës

Kontrakturat në djegiet e qafës shoqërohen me imobilizues tërheqës profilaktik menjehere pas trajtimit akut që çon në zbutjen e deformimeve funksionale. Kontrakturat e qafës ushtrojnë një forcë të jashtme të cilat deformojnë tiparet e fytyrës duke çuar në uljen e aktiviteteve në jetën e përditshme. Këto tipare përfshijnë vështirësi në të folur, rrjedhje të pështymës, higjenë e keqe orale dhe deformimet fizike të cilat mund të jenë psikologjikisht shumë stresuese për pacientin. Kontraktura e qafës duhet të zgjidhet përpara rikonstruksionit facial sepse tensionimi që ajo shkakton vepron si një forcë e jashtme e cila ndikon mjaft keq në maturimin e cikatriksit facial. Rikonstruksioni i kontrakturave të qafës përfshin transplantin e lëkurës dhe përdorimin e zëvendësuesve të lëkurës, lemtot lokale, skin ekspanderat dhe lemtot në distancë ose lemtot e lira.

Kontrakturat e shkaktuara nga cikatrikset e limituara mund të lirohen vetëm me Z- plastikë. Kontrakturat më të mëdha e më difuze pasi lirohen apo ekscizohen, çojnë në defekte të mëdha, e cila mund të mbyllet me transplante të lëkurës nëse kemi vende donore, kryesisht transplante të trashësisë së pjesshme.¹⁶⁷ Lembot loko-regionale nga qafa, shpatulla apo gjoksi, si ajo deltopektorale, përdoren për rikonstruksionin e qafës, kur është e mundur. Pavarësisht zgjedhjes së lemtos, lirimi i muskullit të platismës është kyç për arritjen e lirit të plotë të qafës.¹⁶⁸

Lembot e lira përdoren me shumë sukses dhe kanë avantazhin se na japin inde fleksibile nga vendet donore që janë larg vendit të djegur, me dëmtime minimale të vendit donor. Kjo sjell një kontur dhe lëvizshmëri të mirë të qafës me një shkallë të ulët të ripërsëritjes së kontrakturës dhe pa qenë nevoja për imobilizim postoperator të zgjatur.¹⁶⁹

Rikonstruksioni i veshit

Rikonstruksioni i djegieve të veshit për të restauruar humbjen e pjesshme apo të plotë të tij kufizohet nga mungesa e indeve normale përreth për të krijuar lemtot lokale. Rindërtimi i aurikulës për të mbështetur përdorimin e syzeve është një qëllim i zakonshëm pas djegieve të veshit.¹⁶⁴ Si skeleti kartilaginoz ashtu edhe mbulimi me inde të buta janë të rëndësishme për rikonstruksionin pas djegieve të veshit. Zakonisht përdoren graftet kërcore autologe nga brinjët por që janë të vështira për tu marrë dhe lënë pasoja në vendet donore. Tani përdoren implantet polietilene poroze, dhe mbulimi me inde të buta bazuar në defiqitet e indeve përreth përfshin lemtot fasciale temporoparietale me transplant të lëkurës, lemtot lokale dhe ekspansion subgaleal të skalpit.¹⁷⁰

KORRIGJIMET PRIMARE TË DËMTIMEVE DHE DEFEKTEVE TË INDEVE TË BUTA NË TRAUMAT FACIALE

Rikonstruksioni i indeve të buta traumatike në regjionin kranifacial është një sfidë dhe problem unik. Strukturat e indeve të buta në regjionin e kokës dhe qafës kanë një gjeometri tridimensionale komplekse për shkak se kanë struktura dhe nënjesi të shumfishta. Çdo regjion anatomik kërkon një kujdes të veçantë në rindërtim e tij që ti përshtatet me saktësi kërkesave estetike dhe funksionale¹⁷¹.

Shumica e dëmtimeve të kokës ndodhin në pjesën më prominente të saj, ku përfshihet balli, hunda, buzët dhe mjekra. Llojet e dëmtimeve variojnë nga kontuzioni, laceracioni deri te humbja e indeve të buta. Laceracionet e gjithë trashësisë së lëkurës hasen më shpesh dhe janë kryesisht të vogla.¹⁷²

Etiologjia dhe shkalla e dëmtimit variojnë dukshëm me moshën, seksin dhe profesionin e pacientit, ku shihet se tek fëmijët më të vegjël se 15 vjeç dëmtimi më i shpeshtë është rrëzimi, ku incidenca më e madhe është midis moshës 1-6 vjeç dhe prek më shumë meshkujt në krahasim me femrat në këtë grup moshe. Në adultët miids moshës 15-50 vjeç, dhuna e shkaktuar nga goditjet apo agresioni bëhet shkaku më i shpeshtë i traumës. Shkaqe të tjera të zakonshme përfshijnë traumat automobilistike, dëmtimet sportive dhe ato profesionale. Përsëri në këtë grup meshkujt kanë incidencë më të lartë se femrat për të patur trauma kraniofaciale. Mbi moshën 50 vjeç rrëzimet bëhen përsëri shkaku kryesor i dëmtimeve, ndjekur nga dhuna dhe traumat automobilistike.¹⁷³

Anatomia kirurgjikale

Topografia sipërfaqësore e fytyrës, ka një variacion tri dimensional kompleks në madhësi, pozicion, proporcion dhe formë të kontureve sipërfaqësore faciale. Për të realizuar një rikonstruksion sa më të mirë duhet të kemi një njohuri të saktë të sistemeve të klasifikimit të strukturave, njësive e nën-njësive, për të kuptuar sa më mirë shtrirjen e dëmtimit dhe guidën për menaxhimin kirurgjikal të tij.^{174,175,176,177}

Një princip i rëndësishëm në rikonstruksionin e nën-njësive të hundës tregon që defektet më të mëdha se 50% të një nën njësie të caktuar trajtohet më mirë me ekscizimin e indit të mbetur dhe rikonstruksionin e të gjithë nën njësisë. Gjithashtu edhe rikonstruksioni i regjionit perioral bazohet në nën-njësitë estetike dhe shtresat anatomike.¹⁷⁸ Diagnostikimi i dëmtimeve të strukturave vitale siç janë nervi facial, nervi trigeminal, dhe duktusi i Stenson/parotid kërkojnë njohuri mbi anatominë sipërfaqësore të kokës e qafës.¹⁷⁹

Prezantimi Klinik

Në varësi të mekanizmit dhe shtrirjes së dëmtimeve do të variojë dhe paraqitja klinike e pacientëve me traumën e indeve të buta faciale. Duhet të përdorn protokollet për suportin e avancuara të jetës në traumat për të vlerësuar në mënyrë efçente dhe stabilizuar të gjithë pacientët me trauma madhore. Mekanizmi i traumës gjithashtu siguron informacion të nevojshëm mbi zonën e dëmtimit dhe riskun e strukturave nën të. Duhet të meret historia e plotë duke përfshirë detaje që lidhen me kohën, mekanizmin, vendndodhjen e incidentit dhe shkallën e kontaminimit. Duhet të vlerësohet çdo anë për trupa të huaj të mundshëm që janë ngulur aty, xhama apo material të grimcuara. Skalpi është vendi i zakonshëm i laceracioneve të fshehura për shkak të mbulesës së flokëve. Laceracionet e skalpit kanë risk të madh të hemoragjive të zgjatura për shkak të vaskularizimit të pasur dhe mungesës së retraksionit për shkak të galea aponeurozis. Laceracionet e patrajuara të skalpit janë një shkak i njohur i shokut hemoragjik dhe mund të jetë dhe fatal.^{180,181,152,183}

Ekzaminimi i hundës së traumatizuar përfshin inspeksionin e strukturave eksterne dhe interne, integritetin e lëkurës eksterne, të strukturave mbështetëse kockore

dhe kartilaginoze si dhe mukozës interne. Hematoma septale mund të shkaktojë pasoja shkatërruese si nekroza septale dhe kolapsi nazal dytësor. Dëmtimet në kartilagon septale, nëse nuk trajtohen, mund të ndodhin brenda 24 orëve dhe nekroza ndërmjet 72-96 orëve. Gjithashtu duhet të vërehen me kujdes dëmtime të vogla të regjionit periorbital, laceracione të thella apo dhe përfshirjen e margos palpebrale.¹⁸⁴

Në ekzaminimin e veshëve duhet të vlerësohen sipërfaqet anteriore dhe posteriore për laceracione apo hematoma, sidomos laceracionet e kartilagove të thella. Trungu i nervit facial vlerësohet në rrugën e tij ekstra dhe intratemporale, veçanërisht në dëmtimet penetruese dhe balistike të kësaj zone.¹⁸⁵ Në dëmtimet dhe laceracionet e buzëve duhen vlerësuar mungesa e indeve në çdo nën-njësi që është prekur, duke mos harruar ekzaminimin intraoral për laceracione të plota dhe dëmtimet e gjuhës apo mukozës bucale.

Rëndësi klinike ka lokalizimi i laceracioneve. Dëmtimet e degëve bucale dhe zygomatike të n. facial medialisht kantusit lateral nuk riparohen për shkak të shkallës së lartë të kryqëzimit ndërmjet degëve të këtij nervi, e cila çon në rikuperim spontan.¹⁷⁹ Në rast se gjatë ekzaminimit dyshohet dëmtim i nervit facial, duhet një ndërhyrje eksploruese sa më e shpejtë. Dëmtimet penetruese në qafë kërcënojnë jetën për shkak të shokut hipovolemik apo bllokimit të rrugëve të ajrit. Dëmtimet madhore vaskulare shoqërohen me hemoragji të rëndë aktive, hematoma që përhapet shpejt apo zhdukje e pulsit radial dhe shok hipovolemik i cili nuk përgjigjet reanimimit me likide.¹⁸⁶

Vlerësimi radiologjik

Skaneri me rezolucion të lartë është një ekzaminim kryesor në investigimin radiologjik të traumave faciale i cili fokusohet kryesisht në skeletin kockor, por përfshin dhe vlerësimin e indeve të buta duke na dhënë informacion mbi strukturat e përfshira, thellësinë e dëmtimit, praninë e hematomave apo trupave të huaj radioopak. Prania e trupave të huaj plastik apo dru kërkojnë kryerjen e rezonancës magnetike¹⁸⁷. Përdorimi i ekografisë po rritet së fundmi për të zbuluar trupat radiolucent.¹⁸⁸ Sialografia mund të jetë e nevojshme në dyshimet për dëmtime të vogla penetruese të duktusit Stenson për të shmangur ndërhyrjet eksploruese të cilat mund të vënë në rrezik dhe dëmtojnë degë të nervit facial në afërsi¹⁸⁹.

KLASIFIKIMI I DËMTIMEVE TË INDEVE TË BUTA

Kontuzioni dhe Hematoma

Gjatë kontuzionit të indeve të buta i cili rezulton në dëmtime difuze të indeve subkutane pa dëmtime të lëkurës, mund të kemi nekrozën e indit dhjamor shoqëruar me depresione të mundshme dhe çrregullim të kontureve. Në rastin e hematomave ato preferohen të drenohen menjëherë përpara se të koagulojnë, në të kundërt do të kërkojnë një inçision zbrazës apo një drenim të mënvonshëm.

Dëmtimet Abrasive

Plagët abrasive zakonisht janë dëmtime sipërfaqësore difuze të shkaktuar nga lëvizja përgjatë një sipërfaqe jo të rregullt, pa ekspozimin e indeve subkutane. Ato mund të përmbajnë, në varësi të mekanizmit dhe sipërfaqes abrasive, trupa të huaj, dhe/apo pjesë lëkure të lira të devitalizuara të cilat duhet të hiqen me anë të pastrimit dhe ekscizimit. Ky proces është i rëndësishëm të realizohet përpara shërimit të indit i cili i inkapsulon këto pjesëza duke çuar në tatonë traumatike. Në çdo rast duhet të marim parasysh prognozën dhe kohëzgjatjen e shërimit sepse plagët e trashësisë së pjesshme të thella (deep partial-thickness) që shërohen ngadalë mund të rrisin shumë riskun e shenjave, ndërsa ato që duan më shumë se tre javë kohë kërkojnë ekscizion definitive dhe transplant.¹⁹⁰

Laceracionet

Laceracionet variojnë nga një inçision linear i shkaktuar nga një objekt i mprehtë, në grricje nga objekte jo të mprehta apo predhat duke shkaktuar carje të lëkurës. Forcat kontuzionale apo dëmtuese janë trauma që ndikojnë në të gjithë zonën e dëmtuar dhe rezultojnë në dëmtime difuze të lëkurës dhe indeve të buta me mundësinë e krijimit të hematomave nën to. Furnimizimi i pasur me gjak në këtë zonë na lejon një ekscizim konservativ duke hequr vetëm indet që janë dukshëm të devitalizuara. Një mundësi duhet ti japim të gjitha indeve të pazëvendësueshme siç janë ato të buzës, të cilat mund të mbijetojnë edhe me pedunkuj vaskular të vegjël.¹⁹⁰

Dëmtimet avulsive

Ky vaskularizim i pasur në regjionin e kokës dhe qafës bën që avulsionet e pjesshme të indeve të buta në fytyrë mund të mbijetojnë edhe me pedunkuj të vegjël, por duhet të kujdesemi që gjatë mbylljes të mos dëmtojmë vaskularizimin e indeve. Kongjestionimi venoz në dëmtimet avulsive të pjesshme mund të trajtohet me hemoragjinë mjekësore. Ndërsa ekspozimi i strukturave kritike kërkon mbulimin e menjëhershëm me inde të vaskularizuara sic mund të jenë lebot lokale, lebot frontale të galea aponeurotika apo lebot vaskulare temporale. Avulsionet totale të kokës dhe qafës kërkojnë transplante mikrovaskulare. Drenimi venoz është ai që vuan më tepër në mbijetesën e këtyre indeve, ndërkohë anastomoza qoftë edhe një arterie të vetme mund të furnizojë një zonë sa skalpi.^{191,192,193,194}

Teknikat Kirurgjikale

Për një rezultat sa më optimal në riparimin kirurgjikal të indeve të buta të fytyrës duhet një shplarje e mirë dhe ekscizion i kujdesshëm, megjithatë ekscizioni i indeve të pazëvendësueshme sic janë buzët, palpebrat, maja dhe vrimat hundës, apo heliksi dhe antiheliksi në vesh duhet të shmangen sa më shumë. Mbyllja e indeve kërkon një shplarje totale dhe largimin e dheut, trupave të huaj dhe indeve të devitalizuara, dhe mund të bëhet me sutura të holla pasi të kemi reduktuar tensionin indor me sutura subkutane. Riparimi i muskujve dhe fascieve që shtrihen nën lëkurë do ta zvogëlojë akoma më tepër tensionin në lëkurë.

Skalpi, balli dhe vetullat

Të gjitha llojet e rikonstruksionit mund të përdoren në riparimin e defekteve të sklapit, dhe zgjedhja varet nga madhësia e defektit, lokalizimi dhe shtresat e përfshira. Hemoragji të rëndësishme mund të na vijë nga vaza që janë më në sipërfaqe të galeas, dhe hemostaza duhet të shmangë sa më shumë përdorimin agresiv të elektrobisturisë në zonën e flokëve në mënyrë që të mos dëmtojmë folikujt e qimeve. Mbyllja bëhet me shtresa me sutura të absorbueshme në zonën e galeas të cilat zvogëlojnë tensionin indor të lëkurës. Transplantit kutan mund të mbulojë defekte të mëdha por kërkon një shtrat të pastër dhe të vaskularizuar mirë, ndaj në rastin e traumave nuk mund të kryhet që në fillim pa kuptuar gjendjen e indeve.

Lembot e pedunkuluara me opsionet e shumta të rotacionit, transpozicionit apo avancimit janë një teknikë e mirë në mbulimin e defekteve të skalpit, kryesisht me ekspozim të kalvaria krani ose për të shmangur problemet kosmetike të transplantit kutan. Ato duhet të planifikohen me tepëri të lëkurës për të kompensuar rigiditetin e galeas, baza e saj mundësisht të jetë në zonën jashtë skalpit me elasticitet të mirë për një avancim më të madh të lembove. Duhet të përdorim disa lembo në rastin e defekteve të mëdha dhe kur lemboja e parë nuk është e mjaftueshme. Vaskularizimi i lembove i cili ndodhet mbi galea duhet ruajtur me kujdes, ashtu si dhe linja anteriore e flokëve. Në rastin kur indet lokale janë të pamjaftueshme për të mbuluar defektin e skalpit, transplantet e lira me inde të vaskularizuara si ajo e latissimus dorsi apo limbo femorale antero-laterale janë të mjaftueshme për të siguruar mbulimin total të skalpit.^{196,196}

Një laceracion i thjeshtë i vetullës kërkon një bashkim të kujdesshëm që të parandalojnë deformimet në linjën e folikujve të qimeve, ndërsa në defektet e pjeshme mund të përdorim lembo të ndryshme si rotatore, V-Y avancuese apo mbylljen A-T¹⁹⁷. Në rastin e humbjes totale përdoret rikonstruksioni me flokët e skalpit që bazohet mbi fascien temporoparietale, ose mund të realizohet në një etapë të dytë me teknikën e transplatit të flokëve apo transplantit të përbërë^{198,199}.

Palpebrat dhe sistemi lakrimal

Laceracionet e thjeshta të lëkurës palpebrale mund të mbyllen me suturë të thjeshtë për primum, ndërsa ato të trashësisë së plotë (full thickness), apo që prekin dhe buzët e palpebrave, kërkojnë bashkim të kujdesshëm fillimisht të buzëve palpebrale me pikat e referimit si linja gri dhe ajo e qerpikëve, e më pas të shtresës tarsale dhe lëkurës. Për të shmangur irritimin korneal materialet e qepjes nuk duhet të zgjaten drejt globit okular²⁰⁰. Në rastin e defekteve që janë më pak se një e treta e palpebrës, mbyllja bëhet me suture primare, dhe nëse nuk arrihet kryhet kantotomia laterale që të rrisi lëvizshmërinë e segmentit lateral të palpebrës. Në rast se mungesa indore është e madhe, në varësi të defektit aplikohen lembot lokale e regjionale. Mekanizmi i dëmtimit të kantuseve palpebrale përfshin laceracionet apo avulsionet të cialt mund të shoqërohen me dëmtime kockore dhe kërkojnë ndërhyrje që të shmangin distopinë kantale, pa harruar eksplorimin e sistemit kanalikular.

Rekonstruksioni Nazal

Si në të gjitha traumat e tjera shplarja dhe ekscizimi i kujdesshëm janë hapat e parë të menaxhimit shoqëruar me suture direkte në rastin e laceracioneve të thjeshta. Nëse dëmtohen kartilagot dhe mukoza nazale atëherë realizohet suturimi me shtresa, duke u kujdesur për të mos invertuar buzët alare që të shmangim deformimet sekondare. Drenimi i hematomes septale kryhet nëpërmjet një incizioni të vogël të mukozës e shoqëruar me shplarje të bollshme për të larguar gjithë koagulat. Vendosja e tamponeve dhe suturave septale do të shmangi ripërsëritjen e saj.

Rikonstruksioni përfundimtar i defekteve traumatike të hundës mund të kryhet nëse kemi inde vitale, në të kundërt bëhet një mbyllje e përkohshme me indet ekzistuese. Për të patur sukses duhet të mbyllim defektet në të trija shtresat, atë mukozale, kartilaginoze dhe kutane sepse lëkura do të kontraktohet dhe deformohet, ashtu si kartilagot, pa një mbulim të mirë mukozal apo kutan, do të ekspozohen dhe rezorbohen.²⁰¹

Rikonstruksioni i mukozës mund të realizohet me riorganizimin e indeve lokale apo lembove të ndryshme si lembot avancuese mukozale, lembot septale dhe lembot nazolabiale. Nëse defektet janë të mëdha rikonstruksioni realizohet me lembo frontale glabellare apo transplantin e indeve të lira.²⁰² Pas mbylljes së defekteve mukozale realizohet riparimi apo dhe zëvendësimi i strukturave kartilaginoze me transplante të mara nga septumi nazal, veshi apo brinja. Në rikonstruksionin kutan, i cili ndjek parimet e nën-njësisive, defektet e vogla që nuk kalojnë rimën alare mbyllen me lembo lokale, ndërsa ato më të mëdha dhe që prekin rimen alare kërkojnë lembo frontale apo nazolabiale.

Rikonstruksioni i veshit

Duke qenë shumë e aderuar me strukturën kartilaginoze, laceracionet e lëkurës së veshit shoqërohen dhe me dëmtimin e kartilagos ndaj dhe riparimi fillon pikërisht me bashkimin e zonave të dëmtuara, si heliksi antiheliksi, e kartilagove prominente. Për shkak të dobësisë së këtyre strukturave tek pleqtë suturat duhet të vendosen me kujdes, ndërsa në lëkurë duhet të shmangim invertimin e buzëve. Hematoma aurikulare drenohet që të parandalojmë kalcifikimin sekondar apo deformimin si lulëlakër të veshit. Për të parandaluar përsëritjen vendosim garza të suturuara të cilat hiqen pas disa

ditësh. Ekscizimi në formë pyke dhe suturimi mbyll defektet e vogla në buzën e heliksit. Për të mbyllur defektet më të mëdha në një të tretën e mesme apo të sipërme të veshit përdorim lembon kondrokutane Antia Buch, e cila lejon avancimin e buzës së heliksit e bazuar në pedunkulin kutan auricular posterior. Lembot mastoide përdoren për të mbyllur me dy etapa një të tretën e mesme të heliksit.²⁰³ Lembot e lëkurës pre dhe post aurikulare përdoren për të mbyllur defektet në pjesën e sipërme të veshit. Defektet që nuk prekin buzën e veshit mund të mbyllen me transplant të thjeshtë kutan të trashësisë së pjesshme ose të plotë (FTSG STSG)

Buzët

Buzët janë struktura komplekse estetike dhe funksionale të nevojshme për komunikim, funksionin oral dhe ndërveprimin social. Laceracionet e trashësisë së plotë që rezultojnë nga tërheqja e muskulit orbicularis oris mund të kenë mungesa indore nga shqyerja e indeve. Për këtë arsye në vlerësimin e traumës shihet nëse ka vërtet mungesë të indeve dhe si është elasticiteti i segmenteve të mbetura të buzës. Buza e vermilionit duhet të identifikohen dhe shënohen para injektimit të anesteziës lokale e cila mund të çojë në deformimin e indeve të buta. Prandaj këshillohet dhe aplikimi i anesteziës me bllokimin e nervave mentale apo infraorbitale. Mbyllja e dëmtimeve të tilla kërkon suturimin e të gjitha shtresave me radhë, mukozës, muskulit orbicularis oris dhe lëkurës që të shmangen deformimet e mundshme.

Defektet në buzë mbyllen më mirë me indet lokale për të ruajtur ngjashmërinë e strukturave. Defektet e vermilionit mbyllen me transplant nga buza e sipërme, gjuha apo me lembo avancuese rrëshqitëse të mukozës apo vermilionit. Defektet e vogla mund të ekscizohen në formë pyke dhe të suturohen direkt.^{204,205} Defektet e plota të një të katërtës së buzës së sipërme dhe një të tretës së buzës së poshtme, kur nuk kemi prekje të komisurës orale mbyllen direkt me rezultate të mira estetike dhe funksionale. Nëse preket komisura përdoret lembo Estlander.

Defektet e mëdha që përfshijnë dhe komisurën mund të rikonstruktohen me metoda të ndryshme si lembo Abbe, teknika Bernard-Burrow e avancimit të buzës së sipërme dhe teknika Karapancis e avancimit të buzës së poshtme. Kur kemi defekte mbi 80% të buzëve përdoren transplante me inde të lira të cilat kanë cilësi të mirë indore por me funksion të reduktuar. Përdorimi i lembove regjionale shoqërohet me mikrostromi.²⁰⁶

4. PATOLOGJITË E LINDURA TË REGJIONIT, VEÇORITË E TYRE

Patologjitë e lindura të lokalizuara në regjionin kokë-qafë janë kryesisht Hemangioma, Labium Lepurinum dhe më pak Neurofibromatoza.

Hemangioma është një tumor i zakonshëm benign vaskular, me një incidencë prej 2% -3% tek të porsalindurit dhe 10% tek foshnjat pas 1 viti.^{207,208} Incidenca e hemangjomave është afërsisht 22% -30% e foshnjave të parakohshme me peshë lindjeje më pak se 1000 g. Prandaj, zhvillimi i hemangiomës supozohet të jetë i lidhur me faktorë të ndryshëm brenda dhe jashtë mitrës. Femrat preken më shpesh sesa meshkujt nga një raport 3:1 - 5:1.1. Hemangioma mund të gjendet në të gjitha zonat e trupit, por 60% janë të lokalizuara në kokë dhe qafë, 25% në trup dhe 15% në ekstremitetet.^{209,210}

Labium leporinum ose “Cleft lip and palate” është deformimi më i shpeshtë i lindur kraniofacial. Prezantohet në forma të ndryshme, duke shkaktuar shtrembërime anatomike në buzën e sipërme, hundën dhe qiellzën. Ai korrespondon afërsisht me 65% të keqformimeve të rajonit kraniofacial.^{211,212,213}

Neurofibromatoza 1 (NF1), e quajtur edhe sëmundja e von Recklinghausen, është një çrregullim gjenetik i karakterizuar nga zhvillimi i tumoreve të shumta

jokanceroze (beninje) të nervave dhe lëkurës (neurofibromas) dhe zonave me ngjyrë jonormale të lëkurës (pigmentim). Neurofibroma është një tumor beninj i veshjes së nervit periferik i karakterizuar nga përhapja e qelizave Schwann, qelizat perineurale dhe fibroblastet endoneuriale. Mund të identifikohen lloje të ndryshme të neurofibromave, duke përfshirë llojet e lokalizuara, pleksiforme dhe difuze.^{214,215}

Rajonet e kokës dhe qafës janë vendet më të zakonshme të përfshirjes. Neurofibroma e përhapur është një lezion infiltrativ i përcaktuar keq dhe tenton të përfshijë lëkurën dhe indet subkutane. Ajo prodhon trashje dhe nxitje të lokalizuara të lëkurës. Nuk është e qartë saktësisht se sa shpesh neurofibromat difuze lidhen me neurofibromatozën, edhe pse është sugjeruar se rreth 10% e pacientëve me neurofibromë difuze kanë neurofibromatozë.

5. TUMORET E INDEVE TE BUTA: BENINJE DHE MALINJE, SHKAQET, LOKALIZIMI

Tumoret e indeve të buta në kokë dhe qafë janë të shumta, duke e marrë origjinën si nga elementët e lëkurës ashtu dhe të indeve të tjera të buta që lokalizohen në to. Ndër to mund të përmendim *Lezionet pigmentare*; nevusi melanocitik e kongenital, nevusi blu, nevusi Spitz, nevusi Ota, nevusi displazik dhe lentigot solare. *Lezionet epidermale*; keratoza seborroike, keratoakantoma, nevuset verrukoze dhe veruket elëkurës. *Lezionet premalinje*; keratoza aktinike, leukoplakia, brirët kutanë, sëmundja Boëen. *Tumoret e folikulit të qimes*; trikofolikuloma, pilomatrikoma, trikoepitelioma. *Tumoret sekretuese*; syringoma, cilindroma, hidradenoma me qeliza të pastra. *Tumoret apokrine*; cistadenoma apokrine, syringoma kondroide, syringocistadenoma papiliforme. *Tumoret sebace*; nevusi, epitelioma dhe hiperplazia sebace, dhe rinofima. *Kistet*; ai epidermal, Milium që janë të shpeshta në palpebra dhe faqe, kisti pilar që gjendet shpesh në skalp. *Tumoret e muskulaturës së lëmuar dhe mezenkimal*; leiomioma, rabdomioma, granuloma pyogene, xantoma, lipoma. *Tumoret fibroze* si dermatofibroma. Këto patologji dhe patologji të tjera janë të përhapura si në pjesën me flokë ashtu dhe në atë pa flokë të kokës dhe qafës. Përsa i takon kisteve disa prej tyre janë të lindura si Dermoid cysts, Branchial cleft cysts, Thyroglossal duct cysts. Kistet dermoid zakonisht gjenden në lëkurën e kokës, fytyrë ose qafë.²¹⁶ Branchial cleft cysts zhvillohen në qafën e fëmijëve të vegjël. Thyroglossal duct cysts janë gunga në mes të qafës pranë kërcit tiroid ose nën mjekër. Kistet hiqen në mënyrë kirurgjikale për të parandaluar rritjen dhe infeksionin.^{217 - 221}

Ndërsa tumoret malinje që njihen gjerësisht si kancere të kokës dhe qafës zakonisht fillojnë në qelizat bazale ose spinoze të epidermis së lëkurës. Nga ana anatomopatologjike ato grupohen në tumore jo melanoma si Karcinoma Bazoqelizore (BCC), Karcinoma e qelizave skuamoze të lëkurës (cSCC), Metatipike dhe Melanoma. Kanceri i kokës dhe qafës gjithashtu mund të fillojë nga adnekset e lëkurës, në gjëndrat e pështymës, sinuset, ose muskujt ose nervat në kokë dhe qafë, por këto lloje të kancerit janë shumë më pak të zakonshme sesa karcinomat jo melanoma të përmendura më sipër.^{222, 223}

BCC karcinoma bazoqelizore është nga patologjitë malinje më të zakonshme të lëkurës në të gjithë botën dhe përbëjnë gati 80% të të gjitha kancereve të lëkurës. Më shpesh shfaqen në popullatat me lëkurë të bardhë që jetojnë në vende me ekspozim më të lartë të rrezeve ultraviolette (UV). Edhe pse vdekshmëria është e rrallë, BCC lokalisht agresive mund të rezultojë në një morbiditet të rëndësishëm të pacientit. Faktori mbizotërues i rrezikut për BCC është ekspozimi intensiv ndaj rrezeve të diellit dhe U.V. Faktorë të tjerë të rrezikut përfshijnë tipi I-II i lëkurës sipas Fitzpatrick, një histori familjare e kancerit të lëkurës, seksi mashkull, pirja e duhanit, virusi i papilomës

humane (HPV), ekspozimi ndaj arsenikut ose hidrokarbureve, rrezatimi i mëparshëm dhe imunodeficienca e fituar apo si pasojë e përdorimit të immunosupresorëve. BCC është gjithashtu e lidhur me disa sindroma klinike duke përfshirë Sindromën Bazex, Sindromën Gorlin dhe xerodermën pigmentoze.

Shumica e BCC-ve shfaqen në kokë, në qafë dhe në ekstremitetet që ekspozohen në diell dhe mund të kategorizohen në një nga disa llojet e tumoreve të ndryshme që shfaqin modele të veçanta të zhvillimit. Lloji i tumorit është një faktor kyç prognostik dhe udhëzon përzgjedhjen e opsioneve të trajtimit.²²⁴

BCC nodular është forma më e zakonshme e tumorit që paraqitet në mënyrë klasike si një papule nodulare rrumbullake me një sipërfaqe të shkëlqyeshme, telangiektasi të shpërndara, dhe kufij të qartë. Ndërsa zgjerohet, zakonisht ulçerohet në qendër, duke i dhënë asaj pamjen klasike të ulçerës rodente, një ulçerë kronike e lëkurës së ekspozuar sidomos në fytyrë, është destruktive në nivel lokal, përhapet ngadalë dhe zakonisht është një karcinomë që rrjedh nga qelizat basale.

BCC kistike është një variant i tipit nodular të karakterizuar nga një bërthamë qëndrore cistike të mbushur me mucin që ruan paraqitjen klinike të tumoreve nodularë. BCC e pigmentuar është një variant tjetër i një tumorit nodular që ka makula ngjyrë kafe ose të zezë, të cilat mund të ngatërrohen lehtësisht me keratozën seborrheike ose melanomen malinje (formën nodulare).

BCC sipërfaqësore është lloji i dytë më i zakonshëm i tumorit. Duket si një pjesëz eritematoze multi-centrike e demarkuar e cila shpesh shfaqet në trung dhe gjymtyrë. Sipërfaqja e këtij lezioni është shpesh e lëngëzuar dhe e ulçeruar dhe mund të keq-diagnostikohet si një infeksion mykotik i lëkurës, ekzemë diskoide, keratosis aktinike, ose psoriasis. Morpheiforme ose BCC skleroatrofike është lloji më agresiv i tumorit, zakonisht i gjetur në kokë dhe qafë dhe është lloji më i vështirë për tu diagnostikuar dhe menaxhuar për shkak të fillimit të tij të fshehtë dhe karakteristikave të rritjes infiltrative. Shpesh duket si një pllakë e sheshtë e ngurtë, e cila i ngjan një cikatriceje pa një histori traume. Histologjikisht, ky tumor shfaq një shtrirje të hollë lineare që mund të arrijë thellësisht në dermë, duke e bërë të vështirë rezeksionin kirurgjikal prandaj dhe recidivat janë të shpeshta. Biopsia e indit përcakton përfundimisht diagnozën dhe karakterizon nëntipin histologjik. Ekzaminimet shpesh zakonisht nuk kërkohen për shkak të shkallës shumë të ulët të metastazimit (<0.05%) dhe rekomandohet të kryhen tek pacientët që dyshohet për një çrregullim gjenetik ose sindromë klinike. Shkalla e përgjithshme e kurimit për BCC mund të tejkalojë 90%, megjithatë, recidiva është e shpeshtë dhe më e vështirë për tu menaxhuar. Mundësia e trajtimit kurativ përcaktohet nga disa faktorë prognostikë, që i lejon mjekët të identifikojnë lezionet me rrezik të lartë që kanë një mundësi të shtuar për një rekurencë më agresive.^{225, 226}

Menaxhimi kirurgjikal

Trajtimi kirurgjik apo ekscisional i BCC mund të përdoret në rastet me rrezik të ulët dhe të lartë. Biopsia e thjeshtë ekscisionale e lezioneve me risk të ulët në zonat anatomike si trungu dhe ekstremitetet mund të rezultojë në një përqindje suksesi mbi 95%. Për arritjen e kufijve histologjikisht negativë, ekzistojnë udhëzime për të ndihmuar kirurgun: për tumoret <1 cm rekomandohet kufij klinikë prej 4 deri në 5 mm, dhe për tumoret >1 cm kufij klinikë prej 5 deri në 10 mm. Në raste me rrezik të lartë, sidomos në fytyrë ku arritja e kufijve adekuat mund të rezultojë në deformim të rëndësishëm, biopsia ekscisionale direkte lejon vlerësimin histologjik të buzëve kirurgjikale për të siguruar që ato janë të lira nga tumori për të maksimizuar estetikën e rindërtimit. Kirurgjia mikrografike Mohs është mënyra më definitive dhe trajtimi i zgjedhur në BCC me rrezik të lartë të strukturave anatomike të zonave komplekse në

fytyrë. BCC në përgjithësi mbart një prognozë të mirë pasi tumoret prirën të rriten ngadalë dhe metastazohen shumë rrallë, por mund të rezultojë në morbiditet të shprehur për shkak të përhapjes lokale. Një e treta e recidivave ndodhin në vitin e parë pasues, gjysma në vitin e dytë dhe dy të tretat në vitin e tretë pavarësisht nga mënyra e trajtimit. Pacientët duhet të monitorohen çdo 6 muaj për vitin e parë pas trajtimit dhe çdo vit pas kësaj.^{226 - 229}

Karcinoma e qelizave skuamoze të lëkurës (cSCC) është kanceri i dytë i lëkurës më i zakonshëm, duke përbërë 15% deri në 20% të të gjitha rasteve të kancerit të lëkurës. Incidenca e cSCC rezulton më e lartë në pacientë që jetojnë në zonat me ekspozim të rritur të rrezatimit diellor. Megjithëse tumoret primare mund të jenë lokalisht invazivë, diagnostikimi ndodh shpesh në fazat e hershme, kur është një sëmundje akoma shumë e kurueshme. Ekspozimi kronik kumulativ ndaj diellit është faktori mbizotërues i riskut për cSCC, duke implikuar në patogjenezën e tumorit të dy rrezatimet UVA dhe UVB. Kjo është e rëndësishme sepse faktori i mbrojtjes ndaj diellit në kremëra të mbron vetëm kundër rrezatimit UVB. Incidenca e cSCC rritet në mënyrë të konsiderueshme me moshën, duke reflektuar një rritje të ekspozimit kumulativ ndaj rrezeve të diellit.^{230,231}

Faktorë të tjerë mjedisor të rrezikut për cSCC përfshijnë: një histori të rrezatimit radioaktiv, inflamacion kronik (si në ulçeren Marjolin), dhe ekspozimi ndaj arsenikut dhe hidrokarbureve. Imunodepresioni kronik dytësor për transplantimin e organeve e rrit dukshëm rrezikun e cSCC deri në 250 herë se në popullsinë e përgjithshme dhe është e ndërlidhur ngushtë me llojin, kohën e transplantit dhe ngarkesën e imunodepresoreve.²³² Faktorët e rrezikut të lidhura me individin për cSCC përfshijnë tipin e lëkurës I-II sipas Fitzpatrick, flokët bjond, historinë e mëparshme të kancerit të lëkurës jo-melanome dhe infeksion nga HPV. Përveç kësaj, disa çrregullime të trashëguara si xeroderma pigmentosum, epidermolizis buloza dhe albinizmi japin një ndjeshmëri gjenetike në zhvillimin e cSCC. Mutacionet e shkaktuara nga UV në gjenin p53 supresor të tumorit mendohet të jenë mekanizmi molekular i transformimit malinj të keratinociteve.^{232, 233}

Opsionet e trajtimit kirurgjik për cSCC janë të ngjashme me ato të BCC dhe bazohen në vlerësimin e rrezikut të përsëritjes loko-regjionale apo metastazave në distancë. Heqja e drejtpërdrejtë kirurgjikale mund të përdoret për të dy lezionet me rrezik të ulët dhe të lartë. Me qëllim që të rritet shansi i kufijve histologjikisht të pastër, kufiri kirurgjikal rekomandohet 4 mm për leziona me rrezik të ulët, dhe 6 deri në 10 mm për lezionet me rrezik të lartë(78).²³⁰

Një numër më i madh i karakteristikave për risk të lartë të tumorit primar mund të kërkojë kufij më të medhenj të rezeksionit. Në zonat me anatomi komplekse të fytyrës ose në tumoret cSCC me rrezik veçanërisht të lartë, trajtimi i zgjedhur është kirurgjia mikrografike e Mohs. Meqë cSCC tenton të metastazohet në nyjet limfatike preferenciale, ka njëfarë interesi dhe suksesi fillestar në përdorimin e biopsisë së limfonodulit sentinel për të diagnostikuar metastazën subklinike të nyjës limfatike dhe të stadifikoje tumoret me rrezik të lartë. Megjithatë janë të nevojshme më shumë studime prospektive të randomizuar RCT (randomized control trial) për të përcaktuar nëse zbulimi i metastazës subklinike nodale do të rezultojë në përfundime më të mira klinike. Pacientët me metastaza të largëta ose leziona të avancuara lokale të papërshtatshme për kirurgjinë apo mënyrave të tjera të trajtimit kërkojnë kimioterapinë sistemike.^{234, 235}

Karcinoma metatipike e qelizave mund të konsiderohet si një entitet i ri i kancerit të lëkurës, duke qenë një tipologji e ndërmjetme midis karcinomave të qelizave bazale dhe karcinomave qelizore skuamoze. Sjellja e karcinomës metatipike të qelizave

qëndron midis këtyre dy llojeve të kancerit të lëkurës. Është e vështirë për të kryer një diagnozë diferenciale të bazuar në karakteristikat morfologjike dhe klinike - për këtë arsye kjo është e mundur vetëm me anë të Histologji saktë.

Melanoma malinje është forma më vdekjeprurëse e kancerit të lëkurës, e diagnostikuar në 114,900 pacientë (46,770 joinvazive dhe 68,130 invazive) dhe duke rezultuar në 8,700 vdekje në Shtetet e Bashkuara në vitin 2010. Incidenca ka qenë në rritje të vazhdueshme gjatë 50 viteve të fundit (aktualisht 20 në 100,000 njerëz), me rritje të dukshme në gratë e reja të bardha nga 15 deri në 39 vjeç (rritje vjetore prej 3% gjatë 15 viteve të fundit) dhe burra të bardhë mbi 65 vjeç (5.1% rritje vjetore që nga viti 1975). Në përgjithësi ajo është sëmundja malinje e pestë më e zakonshme në meshkuj dhe e shtata në femra dhe një në 52 njerëz do të diagnostikohet me melanoma gjatë jetës së tyre. Megjithëse melanoma përbën më pak se 5% të të gjitha rasteve të kancerit të lëkurës, rezulton në më shumë se 75% të vdekjeve të kancerit të lëkurës - afërsisht një personi vdes nga melanoma çdo orë.²³⁶

Në të vërtetë, melanoma është një problem i rëndësishëm shëndetit publik, incidenca është në rritje, ekziston një faktor rreziku mbizotërues i ndryshueshëm ekspozimi ndaj diellit, dhe është i shërueshëm në fazat shumë të hershme, por jo në stadi të avancuar. Vlerësimi i faktorëve të rrezikut për melanomën mund të ndahen në faktorët individualë dhe mjedisorë. Faktorët individualë me risk më të lartë të zhvillimit të melanomës përfshijnë karakteristikat fizike si tiparet bjond, tipi i lëkurës Fitzpatrick I-II dhe sytë blu/jeshil. Po ashtu një numër i lartë në total i nevuseve kongenital, atipike apo gjigant lidhen me një risk më të lartë. Një histori personale e melanomës mendohet të japë një rritje prej 5% të rrezikut të një melanome të dytë(79). Së fundmi, melanoma familjare përbën rreth 10% të të gjitha rasteve dhe shoqërohet me mutacione brenda genit CDKN2A, CDK4 dhe melanokortin 1 receptor (MC1R).

Ndoshta faktori më i rëndësishëm dhe i modifikueshëm i rrezikut mjedisor për melanomën është ekspozimi diellor, sidomos ekspozimi me ndërprerje dhe intensitet. Ekspozimi UVA dhe UVB janë të dy të lidhur fort me melanomën. Një ose më shumë djegie nga dielli të grades II në fillim të jetës ose më shumë se pesë djegie nga dielli në çdo moshë rrit dyfish rrezikun për zhvillimin e melanomës gjatë jetës. Përdorimi i rregullt i mbrojtësve me spektër të gjerë mund të zvogëlojë rrezikun e zhvillimit të melanomës invazive. 21 Është e rëndësishme të theksohet se ndërsa dëmtimi intensiv i diellit është shumë i lidhur me melanomën, nuk kërkohet domosdoshmërisht për transformim malinj, sikurse një numër i konsiderueshëm i lezioneve lindin në zona relativisht të mbrojtura nga dielli (shollat e këmbëve, anusi dhe vagina). Kjo nënvizon rolin kompleks multifaktorial individual dhe mjedisor në patogenezën e melanomës.²³⁷

Diagnoza dhe klinika

Duke qenë se zbulimi i hershëm i melanomës është kritik për të përmirësuar rezultatet e shëndetit publik, mjeti diagnostikues ABCDE është i thjeshtë por ende efektiv për të edukuar publikun dhe personelin e përgjithshëm shëndetësor për t'i thjeshtuar vendimin për të marrë një biopsi të një lezioni të dyshimtë.²² Melanoma mund të klasifikohet në pesë modele të rritjes histologjike dhe klinike, secila prej të cilave ka karakteristika unike klinike: melanoma me përhapje sipërfaqësore, nodulare, lentigo malinje, acral lentiginous dhe melanomen desmoplastike.

Biopsia përfundimtare mbetet një faktor kritik në të dyja rastet, si për vendosjen e diagnozës dhe sigurimin e informacionit të vlefshme rreth stadifikimit dhe prognozës, pasi karakteristikat histologjike të melanomës janë parashikues të fuqishëm e të pavarur të shkallës së mbijetesës 5 -10 vjeçare. Një biopsi ekscizionale me trashësi të plotë me një buzë prej 1 - 2 mm të indeve normale është metoda e zgjedhur për lezionet e dyshimta. Në lezione më të mëdha, në zonat ku një ekscizion i plotë mund të jetë

teknikisht i vështirë ose të rezultojë në deformime të rëndësishme (si zonat e fytyrës), mund të jetë e nevojshme të kryhet një biopsi inçisionale ose biopsi e shumëfishtë me age të hollë. Kjo duhet të përfshijë zonën më të ngritur të lezionit. Biopsia sipërfaqësore nuk duhet të kryhet kurrë në leziona me dyshime klinike të mëdha për melanomën pasi ka një shkallë të lartë pozitiviteti të buzëve të thella dhe pengon stadifikimin dhe trajtimin e sakte. Të gjithë pacientët e diagnostikuar me melanomë të lëkurës iu nënshtrohen një vlerësimi tërësor të lëkurës dhe atij klinik të basenit përkatës të limfonodujve.

Shqyrtimi i mëtejshëm për pacientët e sapo diagnostikuar me melanomë invazive përfshin radiografinë e gjoksit, gjak komplet, testet e funksionit të heparit dhe LDH. Gjetjet jonormale në keto ekzaminime klinike dhe laboratorike duhet të na çojnë në studime të mëtejshme imazherike siç janë tomografia e kompjuterizuar (CT scan) ose PET Scan. Pacientët me tumore primare të kokës dhe qafës kanë të ngjarë të përfitojnë nga imazhet CT ose PET scan për të identifikuar përfshirjen e dyshuar të noduseve. Zbulimi i mëtejshëm metastatik përfshin fosfatazën alkaline, kreatininën, imazhet CT scan të trupit, MRI të trurit dhe skanerin e kockave.

American Joint Committee on Cancer (AJCC) ka përditësuar kohët e fundit sistemin e stadifikimit për melanomën.¹⁸ Përdorimi i gjerë i biopsisë së limfonodulit sentinel SLNs si dhe bashkëpunimi i madh mes klinikistëve i ka lejuar AJCC të përditësojë udhëzuesin e stadifikimit duke përdorur të dhëna të bazuara në evidenca të mbledhura gjatë dekadës së fundit. Udhëzuesi i Stadifikimit dhe Klasifikimit të AJCC në 2009 ka identifikuar disa gjetje të reja. Trashësia e tumorit, shkalla mitotike dhe ulçerimi ishin faktorët prognostikë më të rëndësishëm që lidhen me lokalizimin e tumorit. Për më tepër, meqenëse shkalla mitotike është parashikuesi i dytë më i fuqishëm i mbijetesës pas trashësisë së tumorit, rekomandohet që shkalla mitotike të zëvendësojë nivelin e Clark, si një kriter për përcaktimin e lezioneve T1b. Komponenti N (Nyjet limfatike regjionale) i sistemit të klasifikimit TNM është modifikuar për të përfshirë numrin e nyjeve metastatike, ngarkesën tumorale të përgjithshme, dhe ulçerën e lezionit primar. Komponenti M (distanca metastatike) vazhdon të përcaktohet nga vendi i metastazës së largët dhe ngritja e LDH në serum, e cila është identifikuar si një parashikues i pavarur i rezultatit të mbijetesës në pacientët e stadit IV.²³⁸

Së fundi, të gjithë pacientët me metastazë mikroskopike nodulare të diagnostikuar nga biopsia e SLNs (duke përfshirë ato të identifikuar me ngjyrosje imunohistokimike) pa marrë parasysh ngarkesën e përgjithshme tumorare, klasifikohen si stadi III, e cila jep një vlerësim më të saktë të mbijetesës për stadin IIB-IIIA të sëmundjes.

Megjithatë, prognoza në melanoma është një proces kompleks dhe vazhdon të zhvillohet bazuar në vëzhgimet në provat klinike. Kështu, faktorët që nuk llogariten nga sistemi i stadifikimit të AJCC, të cilat njihen të kenë një ndikim në prognozë (mosha, gjinia, vendndodhja anatomike e lezioneve primare dhe numri i metastazave të largëta), kontribuojnë në perspektivat afatgjata individuale të pacientit.

Ekscizioni kirurgjikal jo vetëm që është i rëndësishëm për vendosjen e diagnozës, por është gjithashtu edhe menaxhimi perfundimtar i melanomës malinje. Historikisht, kufijtë 5 cm u mbrojtën për ekscizimin e tumorit lokal bazuar në vëzhgimet që melanoma kishte një prirje për tu përsëritur në vendin primar. Megjithatë, gjatë dekadave të fundit, udhëzuesit për kufijtë kirurgjikal janë ripërcaktuar nga disa studime klinike prospektive RCT dhe bazohen kryesisht në trashësinë e lezionit primar. Në shumë raste, tumori primar mund të menaxhohet me një prerje eliptike me trashësi të plotë, deri në nivelin e fascies të thellë muskulare, me mbyllje primare. Vendet anatomike sfiduese përfshijnë veshin, fytyrën, duart dhe këmbët. Melanoma e veshit

trajtohet në përgjithësi me ekscision të trashësisë së plotë në formë pyke dhe mbylljes primare për shkak të afërsisë së kërcit me lëkurën e hollë mbi te. Lezionet primare të fytyrës mund të jenë sfiduese, dhe duhet bërë çdo përpjekje për të ekscizuar lezionin primar në kufijtë e rekomanduar. Megjithatë, mund të konsiderohen kufij më të ngushtë në zonat anatomike komplekse në leziona të trashësisë ndërmjetme (1 deri 4 mm) të cilat kanë një ritëm më të lartë të përsëritjes lokale, por nuk ka ndikim të rëndësishëm në mbijetesën afatgjatë.^{239, 240}

6. PATOLOGJITË QË KËRKOJNË NDËRHYRJE REKONSTRUKTIVE ESTETIKE NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS

Në regjionin e kokë-qafës kryhen edhe tre intervente të karakterit estetik si: Rhinoplastika, Otoplastika dhe Blefaroplastika që kryhen për rastet e diagnostikuara me Gibus nazi, Prominaureus si dhe me Ptosë palpebrale.

Në përgjithësi për operacionet estetike rëndësi të dorës së parë merr ruajtja e funksionit duke e kthyer atë drejt fiziologjisë normale. Efekti estetik është gjithmonë sekondar dhe vjen pas të parit. Një parim tjetër i rëndësishëm në kirurgjinë estetike është krijimi i sa më pak cikatrikseve dhe mundësisht eliminimi i tyre i plotë. Kjo gjë i detyron kirurgët që t'i fshehin cikatrikset gjatë plikave kutane ose të ndërhyjnë kirurgjikalisht aty ku ka mukoza për të depërtuar më në thellësi.

Ndjekja e pacientit është tepër e rëndësishme për vetë faktin e konstatimit se sa është kthyer në normë zona e interesuar, si dhe për të vlerësuar rezultatin estetik. Në disa raste është e domosdoshme rindërhyrja për të mënjanuar komplikacionet e mundshme lokale. Konkretisht në Rhinoplastikë mund të konstatohet rënie e apex nazi, eliminimi i gibusit mund të krijojë një zhytje në kurrizin e hundës, në Otoplastikë mund të infektohet kartilagoja me pasoja katastrofike, ndërsa në blefaroplastikë mund të dëmtohen muskujt dhe nervat duke krijuar ptozë kirurgjikale me konjuktivit permanent.

Përfundimisht, gjatë operacioneve estetike në rradhë të parë nuk duhet të dëmtohet, së dyti të normalizohet situata dhe së treti të arrihet efekti i duhur estetik.

MATERIALI DHE METODA

I. TIPI I STUDIMIT

Studimi është i tipit transversal prospektiv, kliniko –analitik.

II. POPULLATA NË STUDIUM

Në studim përfshihen pacientë adultë me djegie kritike që përfshijnë regjionin e kokë-qafës, të shtruar në Reanimacionin e Shërbimit të Djegies dhe Kirurgjisë Plastike si dhe të operuar në regjionin e kokë-qafës gjatë periudhës 2010 deri 2019. Popullata përbëhet nga 520 raste të shtruara në Reanimacion me djegie që përfshijnë regjionin e kokë-qafës dhe 5,561 raste që kanë kryer intervente në regjionin e kokë-qafës.

Kriteret e marjes në studim:

Pacientë me djegie madhore dhe trauma ku përfshihet edhe regjioni i kokë-qafës. (Tabela 1 në APENDIKS).

Pacientë që kanë kryer intervente për patologjitë e regjionit të kokë-qafës (pasoja të djegieve, patologji të lindura, tumore beninje dhe malinje dhe interventet estetike)

Kriteret e përjashtimit nga studimi:

Pacientë me djegie madhore të lokalizuar në regjione të tjera trup, anësi apo djegie të shpërndara pa përfshirë kokën dhe pacientë me patologji të përafërta me djegien që trajtohen në Reanimacionin e Shërbimit tonë.

III. MBLEDHJA E TË DHËNAVE

Për të mbledhur të dhënat është hartuar një kartelë tip për rastet me djegie dhe traumë të rregjistruara në regjistrin e Reanimacionit të shërbimit dhe një kartelë tip për rastet e interventive në regjionin e kokë-qafës të regjistruara në regjistrin e Bllokut operator. Të dhënat konsistojnë në:

1. GJENERALITETET

- + Emri, mbiemri
- + Moshë e grupuar - Varjabël i klasifikueshëm çdo 10 vjet
- + Gjinia - Varjabël i klasifikueshëm
 - o M
 - o F

2. TË DHËNA PËR TRAUMËN E INDEVE TË BUTA (DJEGIE DHE TRAUMA)

- + Data, ora e shtrimit - varjabël i vazhdueshëm
- + Koha e fillimit të terapisë - varjabël i vazhdueshëm
- + Sasia e solucinit rehidruës gjatë transportit - varjabël i vazhdueshëm
- + Shkaku i djegies -Varjabël i klasifikueshëm
 - o Lëngje
 - o Flakë
 - o Elektrike
 - o Kimike
 - o Të tjera
- + Prania e djegies respiratore, shokut - Varjable dikotomikë:
 - o Po
 - o Jo
- + Vlerësimi i sipërfaqes dhe thellësië së djegies. Kjo është bërë sipas RREGULLIT TË 9-shes dhe LUND & BROWDER (Tabela 2 në APENDIKS)
- + Të dhëna për rehidrimin. Rehidrimi është analizuar sipas:

- Sasisë teorike (ml) -Varjabël i vazhdueshëm
- Sasisë reale (ml) - Varjabël i vazhdueshëm
- Ngarkesën e likideve në 24 orë (ml/kg/%) - Varjabël i vazhdueshëm
- Të dhëna të tjera
- Përfundimi - Varjabël dikotomik
 - I mirë (shëruar, përmirësuar)
 - Jo i mirë (vdekur)

✚ Të dhënat për prognozën janë kryer sipas aplikimeve të indekseve pikëzuese të mëposhtme:

a. Indeksi Abbreviated Burn Severity Index (ABSI)

Indeksi mer parasysh këto varjable:

- Gjinia (Femër 1 pikë; Mashkull 0 pikë)
- Mosha në vite (0-20 vjeç 1 pikë; 21-40 vjeç 2 pikë; 41-60 vjeç 3 pikë; 61-80 vjeç 4 pikë; 81-100 vjeç 5 pikë)
- Djegie inhalatore: Po 1 pikë
- Djegia Full-thickness: Po 1 pikë
- Sipërfaqja e djegies (1-10% 1 pikë; 11-20% 2 pikë; 21-30% 3 pikë; 31-40 4 pikë; 41-50% 5 pikë; 51-60% 6 pikë; 61-70% 7 pikë; 71-80% 8 pikë; 81-90% 9 pikë; 91-100 10 pikë)

Indeksi llogarit

- 2-3 pikë ka probabilitet për mbijetesë $\geq 99\%$ dhe kërcënim për jetën shumë të vogël
- 4-5 pikë ka probabilitet për mbijetesë 98% dhe kërcënim për jetën të moderuar
- 6-7 pikë ka probabilitet për mbijetesë 80-90% dhe kërcënim për jetën mesatarisht të moderuar
- 8-9 pikë ka probabilitet për mbijetesë 50-70 % dhe kërcënim për jetën serioz
- 10-11 pikë ka probabilitet për mbijetesë 20-40% dhe kërcënim për jetën të rëndë
- 12-13 pikë ka probabilitet për mbijetesë $\leq 10\%$ dhe kërcënim për jetën maksimal

b. Indeksi Baux dhe Revised Baux

Mosha (vite) + Sipërfaqja e djegies (%) + 17 (nëse ka praninë e djegies inhalatore)
= % e mortalitetit (për Revised Baux)

c. Indeksi Ryan

Indeksi mer parasysh keto varjable:

- Mosha > 60 vjeç 1 pikë
- Sipërfaqja e djegur > 40% TBSA 1 pikë
- Djegie inhalatore 1 pikë

Indeksi llogarit

- 0 pikë ka mortalitet 0.3%
- 1 pikë ka mortalitet 3 %
- 2 pikë ka mortalitet 33%
- 3 pikë ka mortalitet 90%

d. Indeksi Belgium Outcome in Burn Injury (BOBI)

Belgium Outcome in Burn Injury (BOBI) score											
	0	1	2	3	4	Piket					
Mosha (vjec)	<50	50-64	65-79	≥80		0-3					
Siperfaqja e djegur TBSA%	<20	20-39	40-59	60-70	≥80	0-4					
Djegje inhalatore	Jo			Yes		0-3					
Total						0-10					
	Piket totale										
Parashikimi I Mortalitetit (%)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	0 - 1	1-5	5	10	20	30	50	75	85	95	99

3. TË DHËNA PËR PATOLOGJITË KIRURGJIKALE

- ✚ Në grupin e traumës së indeve të buta- Varjabël i klasifikueshëm
 - a. Djegje
 - b. Trauma
- ✚ Në grupin e pasojave të djegies- Varjabël i klasifikueshëm
 - a. Cikatrikse
 - b. Ektropion
 - c. Microoris
 - d. Kontraktura
- ✚ Në grupin e patologjive të lindura- Varjabël i klasifikueshëm
 - a. Hemangioma
 - b. Neurofibromatoze
 - c. Labium leporinum
- ✚ Në grupin e tumoreve beninje- Varjabël i klasifikueshëm
 - Lipoma
 - Nevus
 - Polipe
 - Fibroma
 - Ciste
 - Hiperkeratozë
- ✚ Në grupin e tumoreve malinje- Varjabël i klasifikueshëm
 - Carcinoma
- ✚ Në grupin e patologjive që kërkojnë kirurgji estetike- Varjabël i klasifikueshëm
 - Prominaureus
 - Gibus nazi
 - Ptozë palpebrale

4. TË DHËNA PËR INTERVENTET E KRYERA

- ✚ Ekcizim+ Suturë
- ✚ Ekcizim+Transplant
- ✚ Ekcizim+Lembo
- ✚ Skin expander
- ✚ Otoplastike
- ✚ Rhinoplastikë
- ✚ Blefaroplastikë

IV. ANALIZA STATISTIKORE

Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën në vlerë mesatare dhe devijacion standart. Të dhënat diskrete u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje. Për të paraqitur të dhënat u përdorën tabela (të thjeshta dhe të përbëra) dhe grafikë të tipeve të ndryshëm (Diagram vijor dhe Bar-diagram). Për të parë diferencat mes variableve të vazhdueshëm në grupet u përdor ANOVA një rrugëshe. Për të krahasuar dy madhësi mesatare mes dy grupeve të ndryshme, u përdor testi “t” i Studentit për dy mostra të pavarura. Diferencat statistikisht të rëndësishme mes proporcioneve u analizuan me anë të testit Hi-kartror.

Regresioni logjistik u krye për të parë efektin e prediktorëve (mosha, sipërfaqja e djegies, djegia respiratore, lokalizimi i djegies) në prognozë. Për të parë mbijetesën në kohë u përdor kurba Kaplan Meier. U konsideruan sinjifikante vlerat e $p \leq 0,05$ (5%). Për analizën e të dhënave u përdor programi SPSS 23.0 dhe Microsoft Excel. Të dhënat e analizës statistikore u paraqitën në kapitullin “Rezultatet” ndërsa përpunimi i plotë statistikor ndodhet në APENDIKS.

REZULTATET**1. TË DHËNA TË PËRGJITHSHME EPIDEMIOLOGJIKE DHE KLINIKE TË TË GJITHË PACIENTËVE**

Të dhënat e përgjithshme do të paraqiten në fillim si të dhënat për djegien dhe traumën dhe për interventet e kryera gjatë periudhës në studim, duke u përqëndruar më pas në të dhënat ku regjioni i prekur ka qenë koka dhe qafa.

Në Shërbimin e Djegie-Plastikës gjatë periudhës 2010-2019 (10 vjet) janë shtruar gjithësej 3,044 pacientë me djegie dhe trauma të lidhura me djegien nga të cilët 1549 në pavjon dhe 1515 në Reanimacion. Djegiet në regjionin e kokës që mund të përfshijnë edhe trupin ose jo kanë qenë 520 raste ose 34.3% e djegieve të rënda.

Numri mesatar i pacientëve të shtruar në Reanimacion ka qenë 151.5 ± 14.1 pacientë me një pakësim nga 184 në vitin 2010 në 139 në vitin 2019. Meqënëse në Reanimacionin e Djegie-Plastikës shtrohen dhe trajtohen djegiet e rënda të gjithë vendit kemi të drejtë të llogarisim incidencën e djegieve të rënda për 100,000 banorë të cilën po e paraqesim grafikisht në figurën 1 ku vërehet një pakësim të incidencës në vitet në studim nga 6.3 në 4.8 djegie të rënda për 100,000 banorë me një pakësim vjetor prej 2.3 %.

Djegiet në regjionin e kokës që mund të përfshijnë edhe trupin ose jo kanë qenë 520 raste me një incidencë mesatare 1.8 raste për 100,000 banorë por me një tendencë në rritje nga 1.6 në 2.2 raste për 100,000 banorë me një rritje vjetore prej 3.4 % (figura 1).

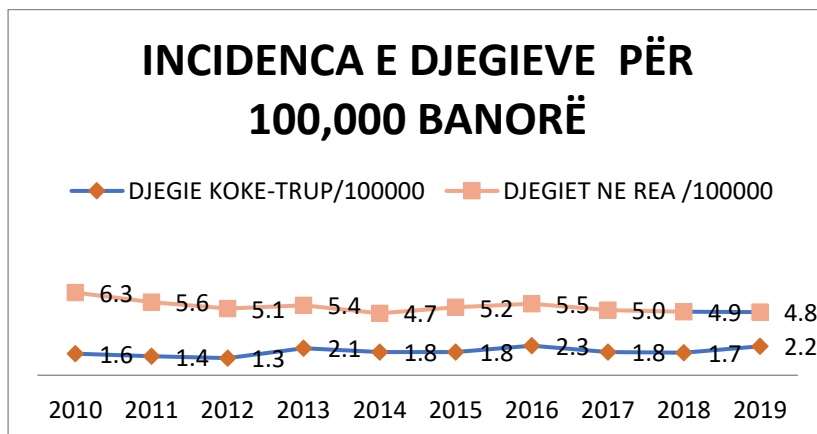


Figura 1 - Të dhëna për incidencën e djegieve që përfshijnë regjionin e kokës

Aktiviteti kirurgjikal ka konsistuar në kryerjen e 12,633 interveneteve në total me një mesatare $1,263.3 \pm 313.1$ intervente në vit. Interventet në regjionin e kokë-qafës ishin 5,561 ose 44 % e totalit.

Në figurën 2 po japim interventet në regjionin e kokë-qafës krahasuar me interventet totale të kryera çdo vit. Vërejmë se numri i interveneteve është rritur me rreth 80% për 10 vjet (nga 990 në vitin 2010 në 1,776 në vitin 2019), po kështu interventet në regjionin e kokë qafës janë rritur nga 420 në vitin 2010 në 736 në vitin 2019 ndërsa incidenca (%) është konstante duke përbërë rreth 40% të numrit total të interveneteve.

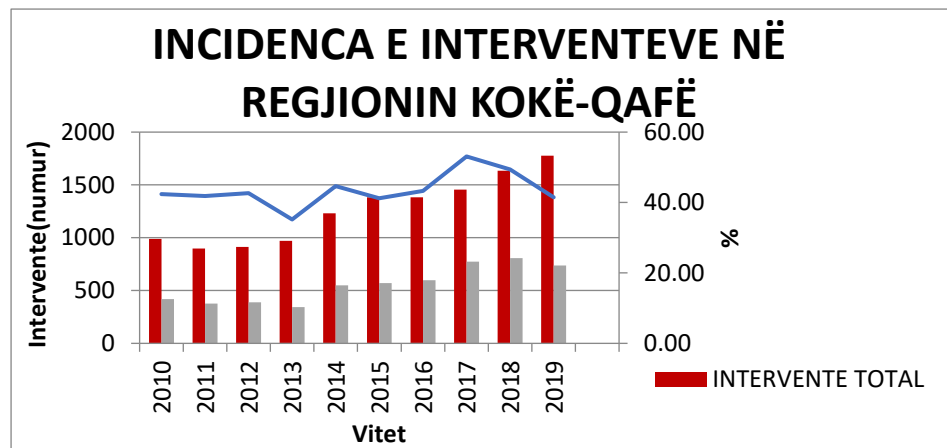


Figura 2 - Të dhëna për incidencën e interveneteve në regjionin kokë-qafë

2. TË DHËNA EPIDEMIOLOGJIKE DHE KLINIKE TË TRAUMËS SË INDEVE TË BUTA (DJEGIE DHE TRAUMA) QË PËRFSHIJNË REGJIONIN E KOKË-QAFËS TË SHTRUARA NË REANIMACION TË SHËRBIMIT TË DJEGIE-PLASTIKËS

Nga 1,515 rastet e shtruara në reanimacion gjatë periudhës në studim djegiet që përfshijnë regjionin e kokë-qafës kanë qenë me frekuencë më të madhe krahasuar me lokalizimet e tjera. Konkretisht në djegie në kokë-qafë kanë qenë 520 (34%), ato vetëm në trup kanë qenë 308 (20%), vetëm në anësi 331 (22%) dhe në 365 ose 24% djegia ka qenë e shpërndarë (Figura 3). Rastet me trauma kanë qenë 52 të cilat do ti trajtojmë në pikën 3.1 ku trajtohen interventet në djegie dhe trauma.

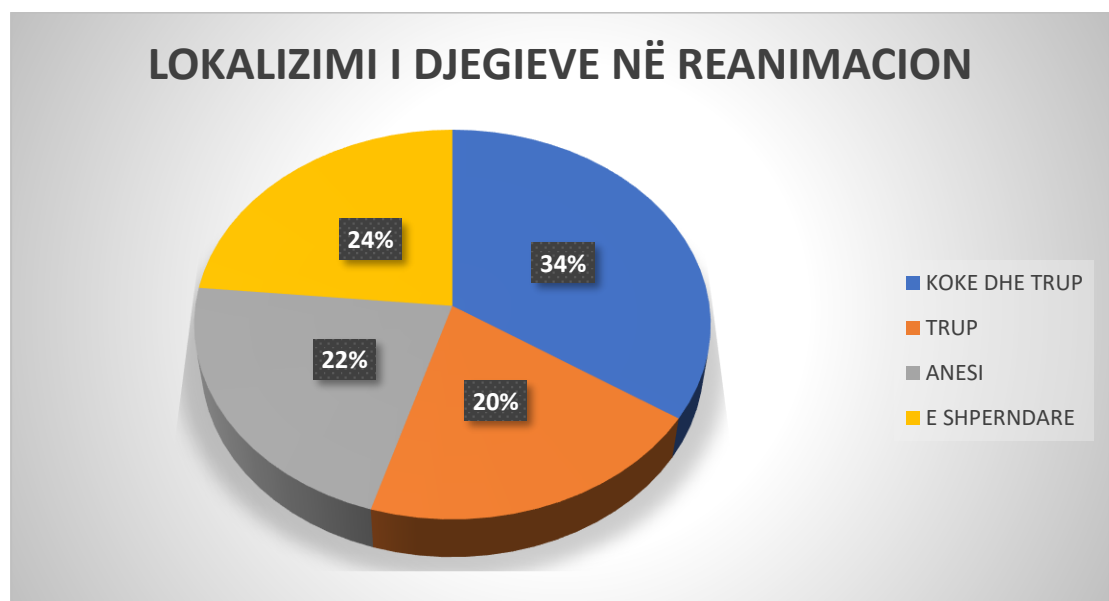


Figura 3 - Paraqitja e lokalizimit të të gjithë djegieve

Në tabelën 1 dhe 2 po japim të dhëna të pacientëve me djegie në regjionin kokë-qafë të krahasuar me ata me djegie në regjionet e tjera. Vërejmë se djegiet në regjionin e kokë qafës kanë qenë nga flaka ($p < 0.001$), me TBSA % më të vogël ($p < 0.001$) dhe kryesisht në adultë ($p < 0.001$), ndërsa djegiet në regjionet e tjera kanë patur më shumë fëmijë dhe të rinj, shkakun ka qenë nga lëngjet dhe sipërfaqja e djegur ka qenë më e madhe ($p < 0.001$). Thellësia dhe prania e djegies inhalatorë nuk ka sinjifikancë statistikore.

Tabela 1-Të dhënat epidemiologjike, klinike dhe të lidhura me djegien 2010-2019 (n=1515)			
	Djegje në regjionin e kokës(n=520)	Djegje në regjionet e tjera(n=995)	p
Age, mean (SD)	29.3(25.9)	23.5(25.7)	<0.001
Gjinia, % femër (n)	34.6(180)	39.9(397)	0.025
Group ages			<0.001
Fëmijë dhe të rinj (0-19vjeç), %(n)	44.2(230)	57.2(569)	
Adultë (20-60vjeç), %(n)	41.3(215)	28.9(288)	
Të moshuar ≥60vjeç, %(n)	14.4(75)	13.9(138)	
Shkaku i djegies, %(n)			<0.001
Lëngje	39.6(206)	54.5(542)	
Flaka	51.3(267)	34.2(340)	
Elektrike	5.6(29)	5.2(52)	
Kimike	3.5(18)	5.5(55)	
Të tjera	0(0)	0.6(6)	
Sipërfaqja e djegur TBSA %, mean (SD)	22.7(16.7)	27(19.7)	<0.001
Grupet TBSA (%)			0.123
< 10% TBSA, %(n)	3.5(18)	2.3(23)	
10-60% TBSA, %(n)	90(468)	88.7(883)	
> 60% TBSA, %(n)	6.5(34)	9.9(89)	
Thellësia e djegies			0.472
Djegje Partial-Thickness, %(n)	83.8(436)	84.1(837)	
Djegje Full-thickness, %(n)	16.2(84)	15.9(158)	
Djegje inhalatore, % Po (n)	15.4(80)	16(159)	0.412

Tabela 2-Të dhënat prognostike dhe të mortalitetit 2010-2019 (n=1515)			
	Djegje në regjionin e kokës (n=520)	Djegje në regjionet e tjera (n=995)	p
Ditë qëndrimi , mean(SD)	10.7(13.2)	12.7(17.0)	0.02
Pikëzimi ABSI, mean(SD)	5.3(2.7)	5.4(2.9)	0.23
Pikëzimi Baux, mean(SD)	52.1(35.8)	50.5(37.1)	0.43
Pikëzimi Revised Baux, mean(SD)	54.7(39.2)	53.2(40.8)	0.51
Pikëzimi Ryan, mean(SD)	0.4(0.7)	0.4(0.7)	0.18
Pikëzimi BOBI, mean(SD)	1.5(2.1)	4.7(2.1)	0.05
Mortality , %(n)	6.7(35)	7.2(72)	0.401
Mortaliteti, Fëmijë dhe të rinj (0-19 vjeç), %(n)	0.1(1)	0.7(6)	0.05
Mortality Adultë (20-60vjeç), %(n)	2.3(12)	5.9(30)	0.004
Mortaliteti të moshuar ≥60 vjeç, %(n)	10.3(22)	16.9(36)	0.04

Pacientët me djegie në regjionin e kokë-qafës kanë patur ditëqëndrim më të vogël ($p=0.02$), me mortalitet më të vogël me sinjifikancë statistikore në të tre grupmoshat ($p\leq 0.05$) dhe me sinjifikancë statistikore përsa i takon pikëzimit prognostik BOBI ($p=0.05$).

2.1. Shkaku i djegieve dhe grupmoshat më të prekura

Mosha mesatare e pacientëve me djegie që përfshijnë kokën ka qenë 29.3 ± 25.9 vjeç, mediana ishte 26 vjeç, me minimum 1 vjeç dhe maksimum 91 vjeç. Përsa i përket grup-moshës një numur i konsiderueshëm 205 raste (39.4 %) ishin fëmijë deri 10 vjeç, më pas rastet ndjekin një shpërndarje normale ku më shumë janë rastet e grup-moshës 40-69 vjeç (Figura 4). Raporti M:F ishte 1.88:1, pra një predominancë e seksit mashkull.

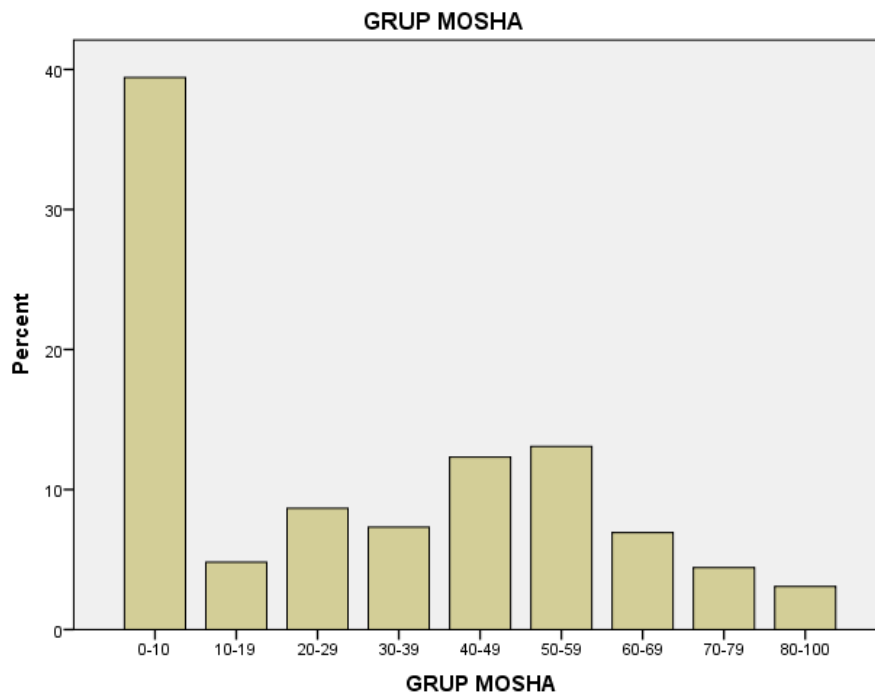


Figura 4 - Shpërndarja e djegieve në regjionin e kokë-qafës sipas grup-moshave
Nga të gjitha djegiet ($n=520$), 267 ose 51% ishin djegie nga flaka, 206 ose 40% ishin djegie nga lëngjet, dhe 47 ose rreth 9% ishin djegie nga shkaqe elektrike dhe kimike (Figura 5).

Në figurën 6 jepet shkaku i djegies në grup-mosha të ndryshme. Djegiet nga lëngjet janë më shumë të shprehura në grup-moshën 0-10 vjeç, ndërsa djegiet nga flaka janë më të shpeshta në grup-moshat 40-69 vjeç.

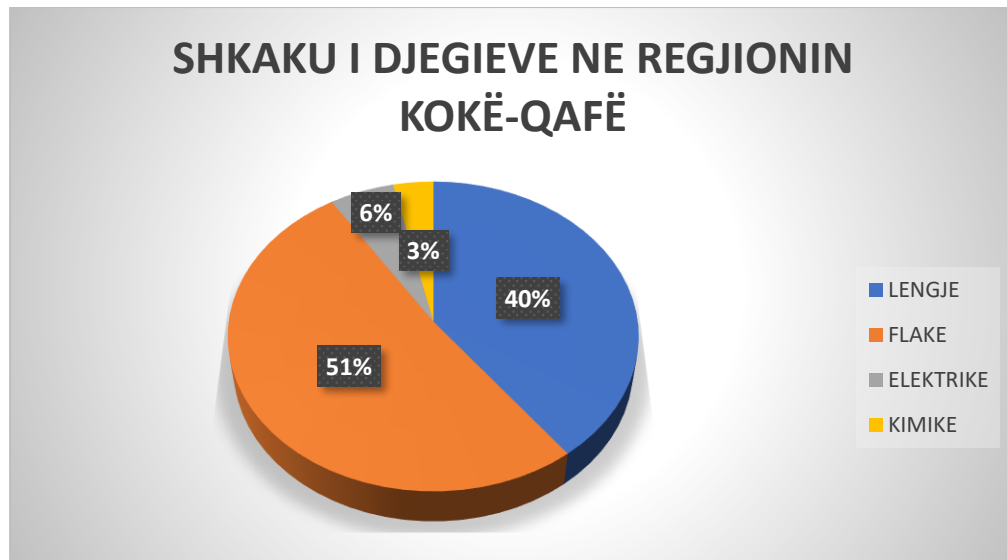


Figura 5 - Shkaqe kryesore të djegieve në regjionin kokë-qafë

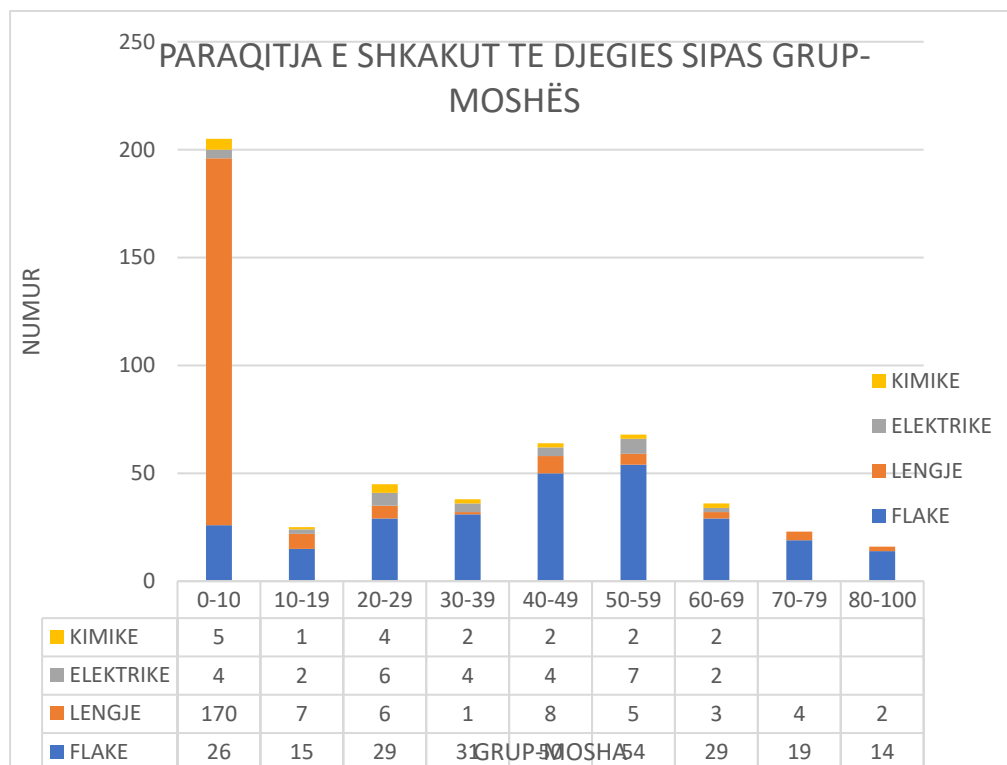


Figura 6 - Etiologjia e djegieve në grup-mosha të ndryshme

2.2. Sipërfaqja, Thellësia e djegieve dhe prania e djegies inhalatore shoqëruese

Sipërfaqja mesatare e djegies ka qenë 22.7 ± 16.7 %, mediana 15%, minimum 5% dhe maksimum 100%. Djegie 0-10% pra që kanë përfshirë vetëm regjionin kokë-qafë kanë qenë 18 raste ose 3.5%, ato që kombinohen me pjesë të tjera trupore por deri 60% ose djegie të mesme dhe të rënda kanë qenë 468 raste ose 90%, ndërsa 34 ose 6.5% kanë qenë djegie mbi 60% të sipërfaqes trupore.

Vërejmë se në djegiet e regjionit të kokë-qafës djegiet ishin jo të thella dhe konkretisht prania e djegies Full-thickness ishte në 84 raste ose 16% dhe ajo Partial-Thickness ishte në 436 raste ose 84 % (Figura 7)

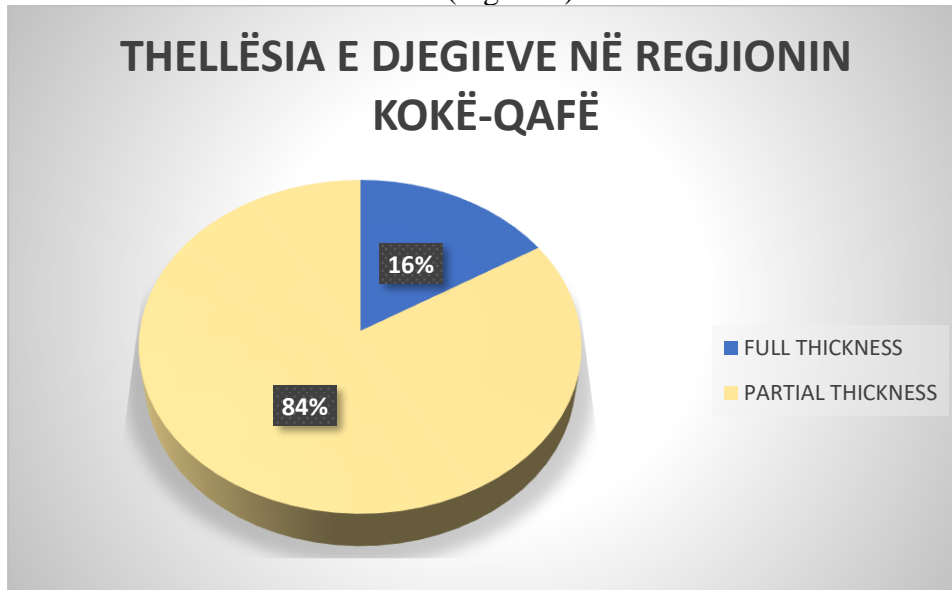


Figura 7 - Paraqitja e thellësisë së djegies në rastet me djegie në regjionin e kokë-qafës

Prezenca e djegies respiratore jepet në figurën 8. Rastet me djegie respiratore kanë qenë 80 ose 15% ndërsa 440 raste ose 85% nuk kanë patur djegie respiratore shoqëruese.

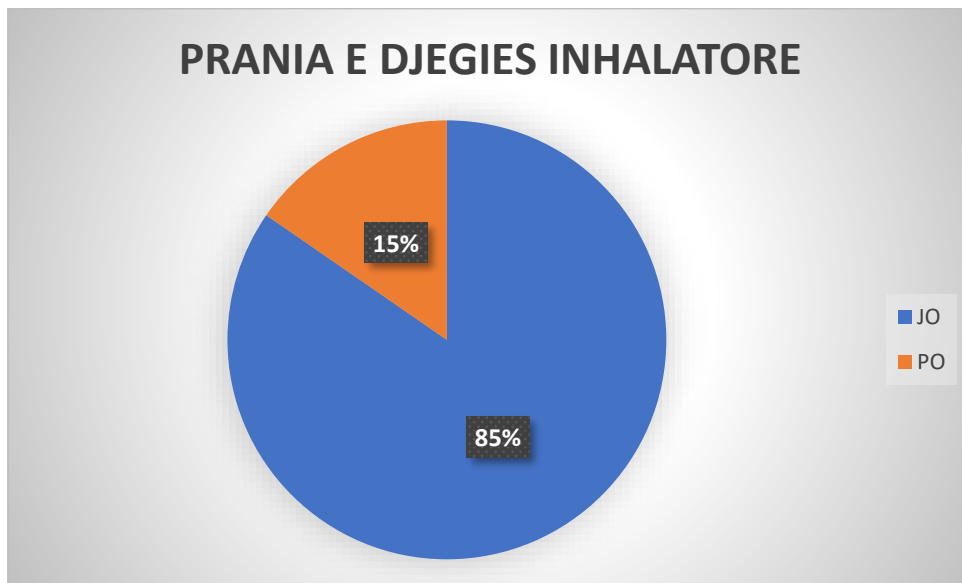


Figura 8 - Paraqitja e incidencës së djegies inhalatore

2.3. Të dhëna për realizimin e rehidritit si ngarkesë hidrike (ml/kg/% TBSA), mortalitetin, ditëqëndrimin dhe aplikimin e sistemeve pikëzuese prognostike

Rehidrimi për të gjithë pacientët në studim është kryer me 3.7 ml/kg/% ndërsa për rastet me djegie në regjionin e kokë-qafës rehidrimi është kryer me 4.2 ml/kg/% TBSA.

Mortaliteti i pacientëve të shtruar në reanimacion (n=1,515) ka qenë 7.06% (107 vdekje), ndërsa në djegiet që përfshijnë regjionin e kokës ka qenë 6.7% (35 djegie nga 520 raste) që është më i vogël se mortaliteti në djegiet e regjioneve të tjera 7.24% (72 vdekje nga 923 raste). Në figurën 9 jepen të dhëna të mortalitetit në reanimacion për të gjithë pacientët dhe në mënyrë të vëçantë në pacientët me djegie në regjionin e kokës. Vërehet një përmirësim i tij në 2 vitet e fundit. Nga ana tjetër, mortaliteti i djegieve që përfshijnë regjionin e kokë-qafës gjatë 2010-2019 ka qenë 0.1 vdekje për 100,000 banorë. Mortaliteti në fëmijë dhe të rinj (0-19 vjeç) ka qenë 0.1% (1 rast), në adultë (20-60 vjeç) ka qenë 2.3% (12raste) ndërsa në të moshuar mbi 60 vjeç ka qenë 10.3% (22 raste) .

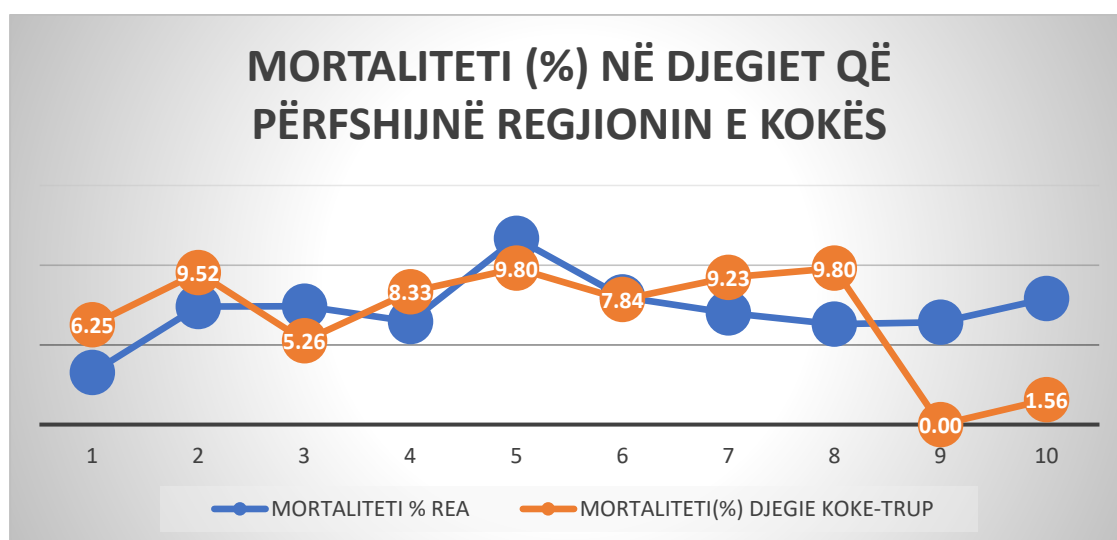


Figura 9 - Mortaliteti (%) në të gjithë pacientet dhe në ata me djegie në regjionin e kokë-qafës

Në tabelën 3 po japim shpërndarjen e vdekjeve dhe të dhëna për mortalitetin sipas sipërfaqes së djegies (TBSA %).

GRUPET SIPAS TBSA (%)	MORTALITETI (%) TË GJITHA REGJIONET	MORTALITETI (%) KOKË-QAFË	MORTALITETI(%) REGJIONET E TJERA
<10	0.00	0.00	0.00
10-19	0.32	0.37	0.28
20-29	3.74	7.53	2.49
30-39	3.19	5.45	2.26
40-49	9.91	11.76	9.09
50-59	17.65	15.38	18.42
60-69	26.09	30.00	23.08
70-79	50.00	75.00	44.44
80-89	52.63	80.00	42.86

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGJIKAL

Vërejmë se në sipërfaqe të madhe djegieje mortaliteti dyfishohet gjë të cilën po e paraqesim edhe në figurën 10

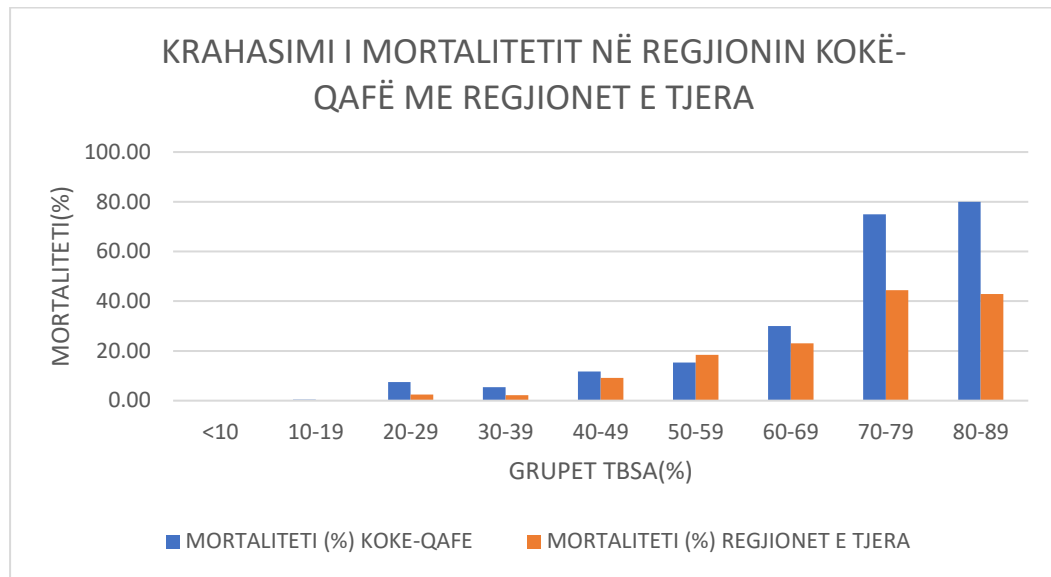


Figura 10 - Krahasimi i mortalitetit sipas sipërfaqes së djegies në kokë-qafë dhe në regjionet e tjera

Ditë qëndrimi mesatar i pacientëve me djegie në kokë-qafë ka qenë 10.7 ± 13.2 ditë me minimum 1 ditë dhe maksimum 100 ditë. Në figurën 11 jepet ditë qëndrimi sipas sipërfaqes së djegies. Ditë qëndrimi ka qenë i gjatë në pacientët me djegie 30-69% TBSA.

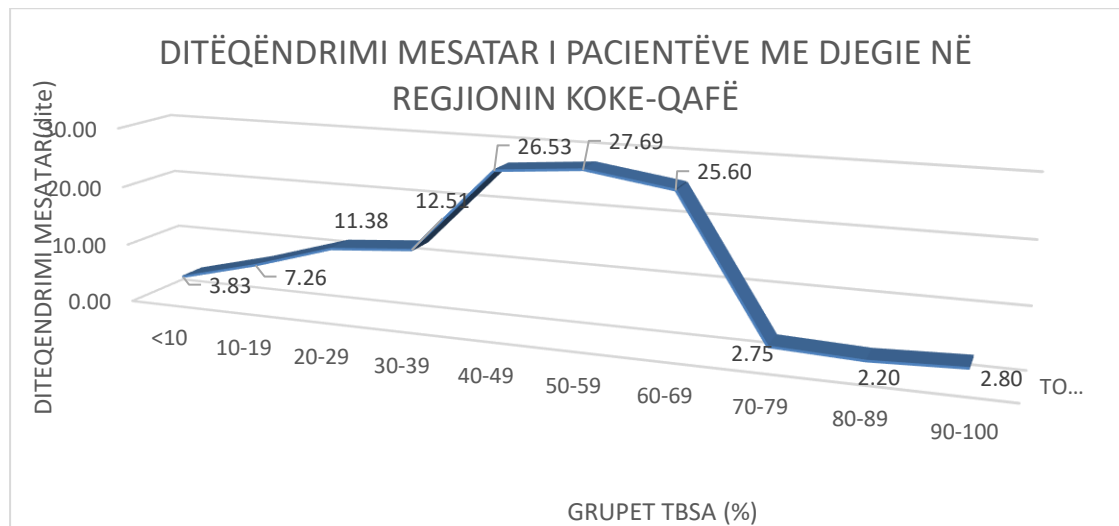


Figura 11 - Paraqitja e ditëqëndrimit sipas sipërfaqes së djegies TBSA(%)

Në tabelën 4 po japim të dhëna të ditëqëndrimit në rastet e shëruara dhe në vdekjet

Tabela 4- Ditëqëndrimi mesatar sipas përfundimit			
GRUPET TBSA(%)	SHËRUAR	VDEKJE	TOTAL
<10	3.83	0.00	3.83
10-19	7.25	10.00	7.26
20-29	11.35	11.71	11.38
30-39	12.54	12.00	12.51
40-49	28.10	14.75	26.53
50-59	32.45	1.50	27.69
60-69	32.71	9.00	25.60
70-79	2.00	3.00	2.75
80-89	3.00	2.00	2.20
90-100	0.00	2.80	2.80
TOTAL	10.99	7.86	10.78

Analiza e regresionit logjistik (Tabela 5) u krye për të parashikuar prognozën (vdekje, shëruar), duke përdorur si prediktorë moshën, sipërfaqen e djegies (TBSA(%), thellësinë e djegies (Partial-Thickness, Full-thickness), praninë e djegies respiratore si dhe lokalizimin e djegies (regjioni i kokës, regjione të tjera).

Testimi i modelit të plotë ndaj konstantes ishte me sinjifikancë statistikore (tabela 5) duke treguar se prediktorët si një set në mënyrë bindëse bëjnë dallimin midis atyre që mbijetojnë dhe vdekjeve (Chi square =485.156, $p < 0.001$ with $df=5$). Nagelkerke's R^2 of .685 tregon një lidhje mesatarisht të fortë midis parashikimit dhe prediktorëve si grup. Suksesi i parashikimit në përgjithësi ishte 96.2% (98.8% për të shëruarit dhe 61.7% për vdekjet). Ndonëse të gjithë prediktorët bashkë kanë një kontribut për parashikimin e prognozës shohim se Lokalizimi (regjioni i kokës) nuk ka kontribut sinjifikant si predictor ($p=.591$). Vlera e Exp(B) tregon se kur mosha dhe sipërfaqja rriten me një njësi edhe gjasat janë që po me një njësi të rritet mundësia për prognozë jo të mirë. Nga ana tjetër gjasat në rastin e Thellessise Full-thickness rriten me 6.081 herë, ndërsa në rastin e pranisë së djegies respiratore rriten me një faktor 0.273.

Ekuacioni i regresionit logjistik shkruhet si më poshtë:

$$\log (p/1-p) = -7.9 + 0.054*\text{mosha} + 0.066*\text{TBSA}(\%)+ 1.805*(\text{Full-Thickness}) - 1.298*(\text{Djegje respiratore})$$

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGIKAL

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	485.156	5	.000
	Block	485.156	5	.000
	Model	485.156	5	.000

Model Summary

Step	-2 Log Likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	288.275 ^a	.274	.685

a. Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table^a

Observed	PERFUNDIMI	.0(SHERUAR)	Predicted		Percentage Correct
			PERFUNDIMI		
			.0	1.0	
Step 1	PERFUNDIMI	.0(SHERUAR)	1391	17	98.8
		1.0(VDEKJE)	41	66	61.7
Overall Percentage					95.2

a. The cut value is .500

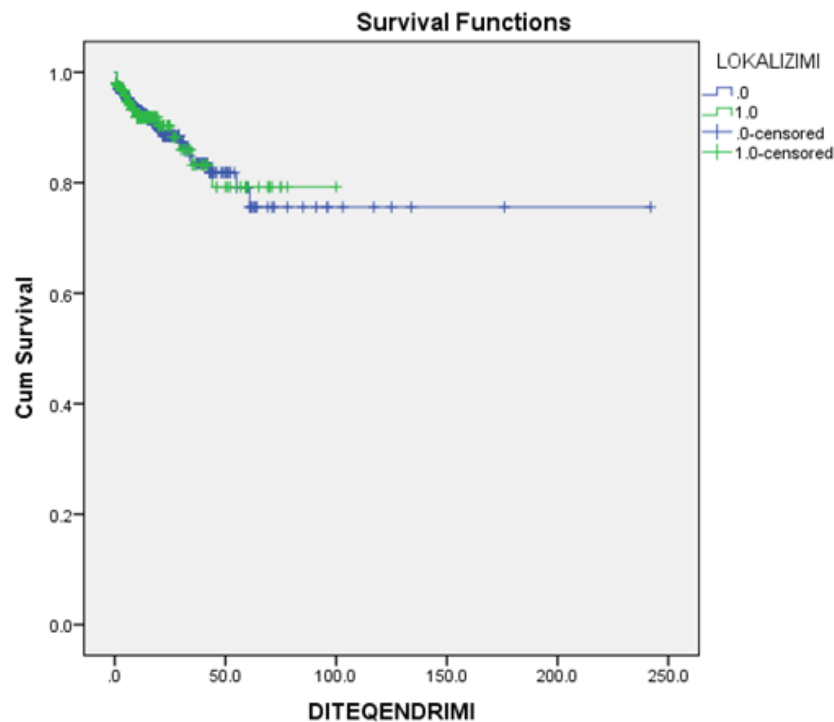
Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a						
MOSHA	.054	.008	41.109	1	.000	1.056
LOKALIZIMI_1	.176	.326	.289	1	.591	1.192
TBSA(%)	.066	.007	84.251	1	.000	1.068
THELLESIA_1	1.805	.351	26.470	1	.000	6.081
DJEGIE RESPIRATORE_1	-1.298	.364	12.733	1	.000	.273
Constant	-7.900	.780	102.658	1	.000	.000

a. Variable(s) entered on step 1: MOSHA, LOKALIZIMI_1(Regjioni Koke-qafe), TBSA(%), THELLESIA_1(Full-thickness), DJEGIE RESPIRATORE_1(Po)

Tabela 5 - Regresioni logjistik për prediktorët e prognozës (shëruar, vdekje): mosha, lokalizimi, TBSA%, thellësia, prania e djegies respiratore)

Për të analizuar funksionin kumulativ të mbijetesës për grupet e ndryshme të pacientëve sipas lokalizimit të djegies (regjioni i kokë-qafës dhe regjione të tjera) përdorëm kurbën Kaplan Meier në Funksionet e mbijetesës të programit SPSS. Shohim që pacientët me lokalizim djegieje në kokë-qafë kanë mbijetesë më të mirë (80%) si dhe ditëqëndrim më të shkurtër se ata me lokalizim në regjionet e tjera (75%) por pa sinjifikance statistikore ($p = .916$) (Figura 12)



Overall Comparisons

	Chi-Square	df	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	.011	1	.916

Test of equality of survival distributions for the different levels of
 LOKALIZIMI (1-Regjioni Kokë-qafë; 0-Regjionet e tjera)

Figura 12 - Funkzioni i mbijetesës në rastet me djegie në kokë-qafë (1.0) dhe në regjionet e tjera (0) si dhe analiza statistikore

Sisteme të shumta pikëzuese janë zhvilluar për të vlerësuar prognozën e pacientëve të djegur. Ne përdorëm pikëzimin ABSI, Baux, Revised Baux, Ryan dhe BOBI për të llogaritur propabilitetin e vdekjes në pacientët me djegie në regjionin e kokë-qafës dhe për ta krahasuar atë me vdekjet e observuara.

Pikëzimi ABSI (Figura 13) në pacientët tanë ka qenë në vlera mesatare 5.3 ± 2.7 me minimum 2 dhe maksimum vlerën 16. Pikëzimi Baux ka patur vlera mesatare 52.1 ± 35.8 me minimum 6 dhe maksimum 170 ndërsa pikëzimi Revised Baux 54.7 ± 39.2 minimum 6 dhe maksimum 187 (Figura 14). Vlerat mesatare për pikëzimin Ryan kanë qenë 0.4 ± 0.7 dhe për pikëzimin BOBI 1.5 ± 2.1 .

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGIKAL

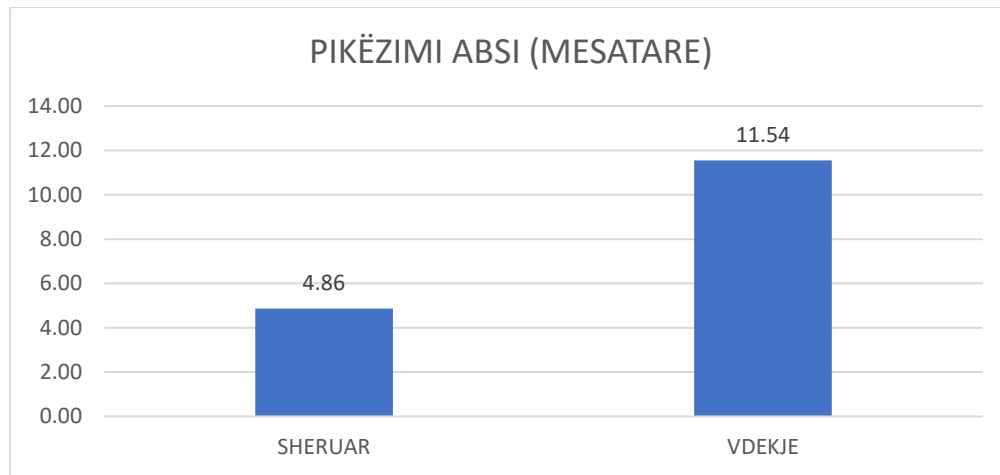


Figura 13-Pikëzimi ABSI në rastet e shëruara dhe në vdekjet

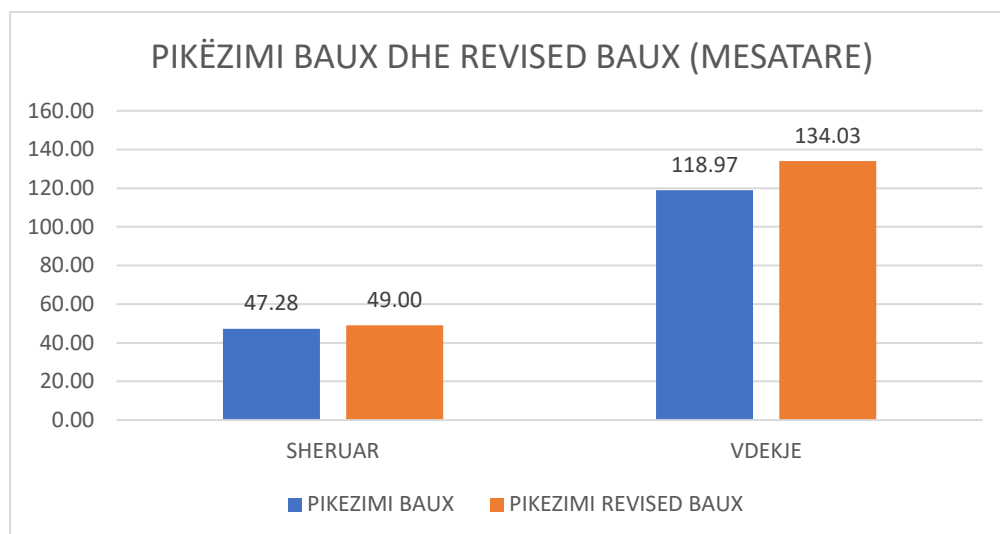


Figura 14-Pikëzimi BAUX dhe Revised BAUX në rastet e shëruara dhe në vdekjet

Në tabelën 6 jepen të dhëna për pikëzimin ABSI ku vërehet se kemi parashikim të plotë për pikët > se 10 pra aty ku mbijetesa është e vogël dhe mortaliteti parashikohet saktësisht. Nga ana tjetër kemi mortalitet më të mirë se parashikimi deri në 9 pikë .

Piket	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
SHERUAR	43	110	98	81	49	41	32	16	7	4	3	1	0	0	0	485
VDEKJE	0	0	0	0	1	0	1	5	4	7	7	3	2	3	2	35
TOTAL	43	110	98	81	50	41	33	21	11	11	10	4	2	3	2	520
PARASHIKIMI I VDEKJEVE	0.43	0.43	1.96	1.96	7.5	6.15	13.2	8.4	7.7	7.7	9	3.6	1.8	2.7	1.8	74.33

Në figurën 15 jepet shpërndarja e pikëve të pikëzimit Ryan (0,1,2,3) në pacientët e shëruar dhe në vdekjet. Vërehet se kemi patur vdekje edhe me 1 pikë Ryan por sigurisht vdekjet më të mëdha kanë qenë me 3 pikë Ryan ku mortaliteti rritet me 90%.

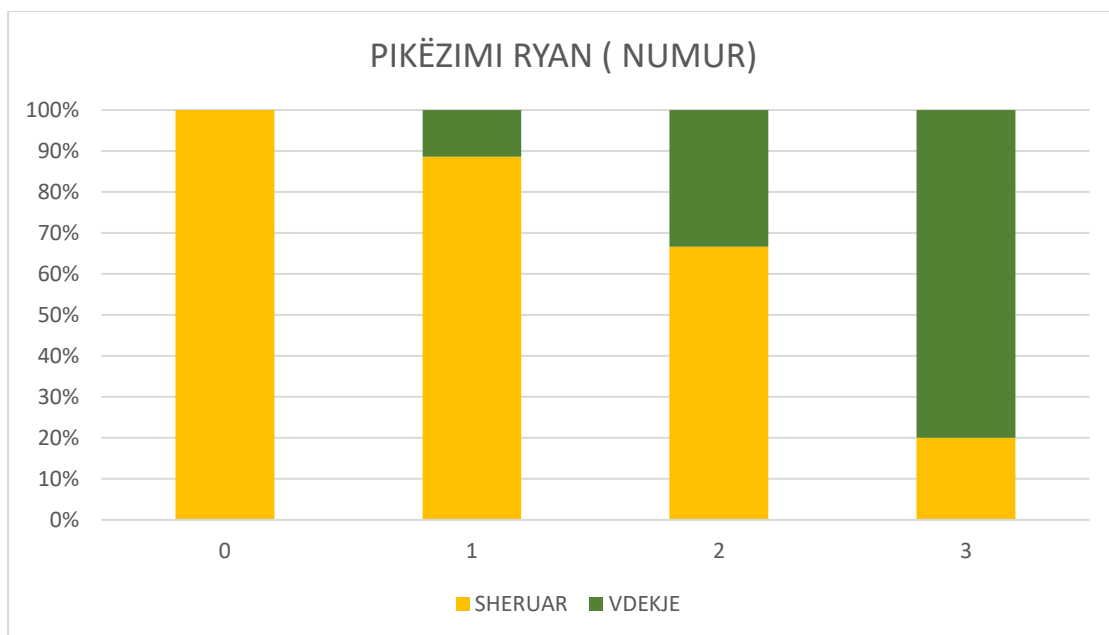


Figura 15 - Pikëzimi RYAN në rastet e shëruara dhe në vdekjet

Po të shohim se si janë shpërndarë vdekjet kemi patur më shumë vdekje me pikëzimin 1 se sa parashikimi por në pikët e tjera jemi sa rekomandimi i pikëzimit (Tabela)

PIKËZIMI RYAN	0	1	2	3	TOTAL
SHËRUAR	371	78	34	2	485
VDEKJE	0	10	17	8	35
TOTAL	371	88	51	10	520
PARASHIKIMI VDEKJE	1.11	2.64	16.83	9.00	29.58

Në figurën 16 japim numrin e rasteve sipas pikëzimit BOBI (1 deri 10 pikë) ku shihet se vdekjet kanë patur pikëzime të rritur sipas pikëzimit.

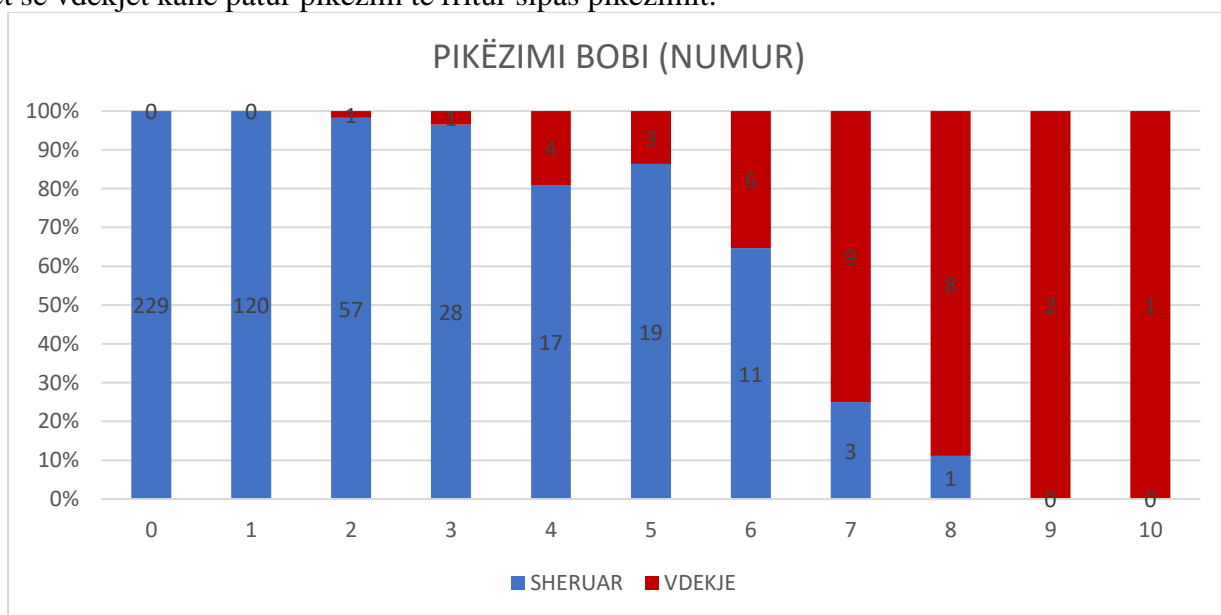


Figura 16- Pikëzimi BOBI në rastet e shëruara dhe në vdekjet

Në tabelën 8 shohim se pikëzimi BOBI është më shumë prognostik për tu përdorur në djegjet e kokës

PIKEZIMI BOBI	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
SHERUAR	229	120	57	28	17	19	11	3	1	0	0	485
VDEKJE	0	0	1	1	4	3	6	9	8	2	1	35
TOTAL	229	120	58	29	21	22	17	12	9	2	1	520
PARASHIKIMI VDEKJE	1.1	4	6	2.9	4.2	6.6	8.5	9	7.65	1.9	0.99	52.84

3. TË DHËNA PËR INTERVENTET E KRYERA NË REGJIONIN E KOKË-QAFËS DUKE PËRCAKTUAR PRIORITETET PËR REZULTATE SA MË FUNKSIONALE DHE ESTETIKE (TRANSPLANT, MBYLLJE PER PRIMAM, APLIKIMI I LEMBOVE, ETJ)

Intervetet e kryera në regjionin e kokë –qafës kanë qenë gjithësej 5,561 me një mesatare 556 intervente në vit. Ndonëse numri i interventive është rritur nga 420 në 736, incidenca në përqindje ka qenë konstante (Figura 17,18).

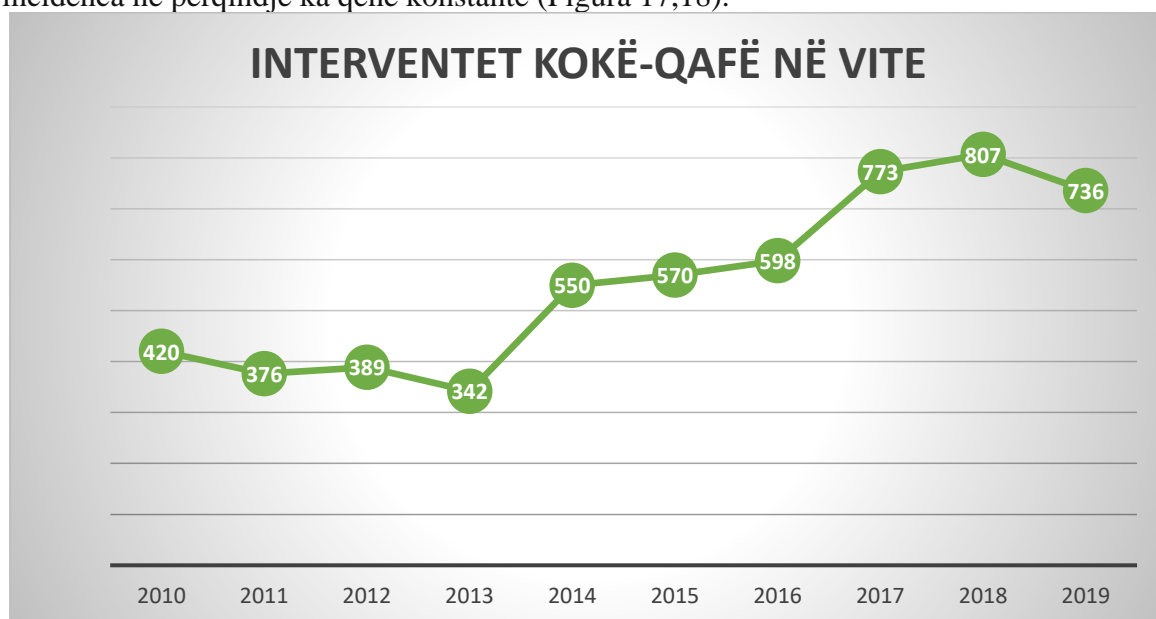


Figura 17 - Numri i interventeve në regjionin kokë-qafë

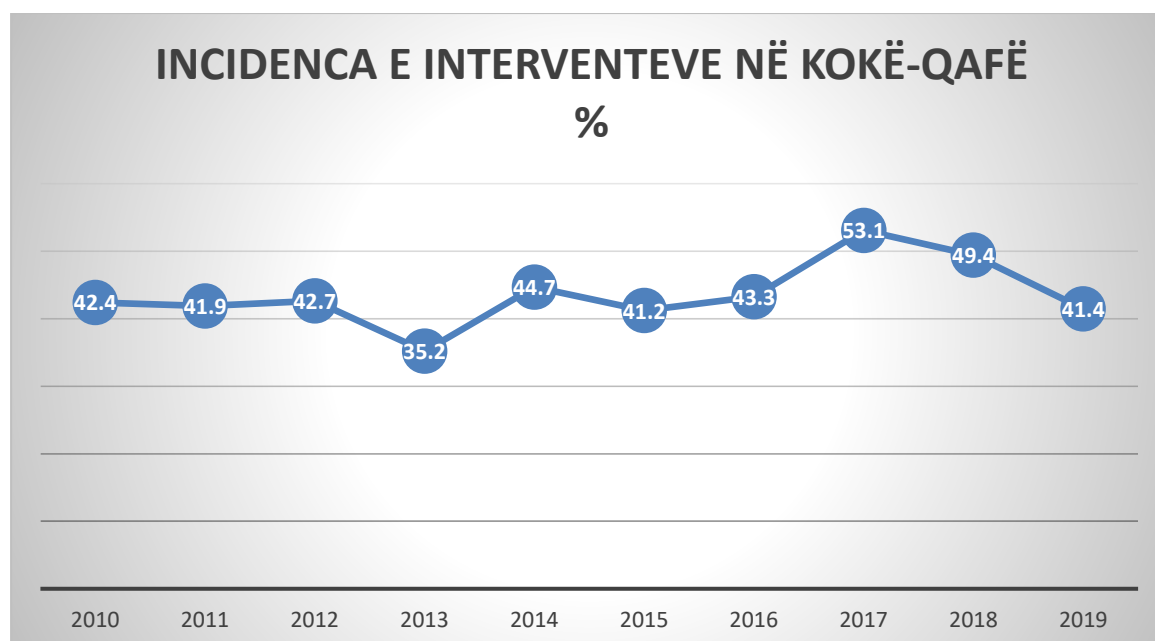


Figura 18-Incidenca e interveneteve sipas viteve

Në tabelën 9 po japim të dhëna për të gjitha llojet e interveneteve të kryera në regjionin kokë-qafë.

Tabela 9- Llojet e interveneteve te kryera ne regjionin koke-qafe											
INTERVENTE KOKE QAFE/VITET	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
DJEGIE DHE TRAUME	18	41	35	34	63	26	38	54	12	26	347
PASOJA TE DJEGIEVE	42	13	18	13	21	4	18	11	15	29	184
PATOLOGJI TE LINDURA	12	10	6	7	10	12	13	10	15	18	113
TUMORE BENINJE	114	93	97	89	118	130	107	141	176	173	1238
TUMORET MALINJE	150	219	233	199	291	335	421	508	556	447	3359
ESTETIKE	84	0	0	0	47	63	1	49	33	43	320
TOTAL	420	376	389	342	550	570	598	773	807	736	5561

Intervetet e kryera në regjionin e kokë-qafës (n=5,561) përbëhen nga: interventet për djegien dhe traumën, për pasojat e djegieve, për patologjitë e lindura, tumoret beninje, tumoret malinje dhe interventet estetike (Figura 19). Nga tabela 9 vërehet se numrin më të madh të interveneteve e zënë ato për tumoret malinje, pasuar me tumoret beninje, djegie dhe trauma, intervenete estetike, pasoja të djegieve dhe më pak patologji të lindura.

Vërejmë se 10% e interveneteve janë intervenete për djegien dhe pasojat e djegieve, 2% janë patologji të lindura, 22% janë tumore beninje, 61% janë intervenete për tumoret malinje të regjionit kokë-qafë, ndërsa 6 % janë intervenete estetike.

Vërehet se në total interventet për tumoret e indeve të buta përbëjnë pjesën më të madhe të interveneteve (83% e totalit). Në figurën 20 po japim ecurinë e tyre në vite. Intervetet për tumoret malinje janë rritur dukshëm rreth 198% për 10 vjet ose 19.8% në vit measatarisht por nga figura duket se rritja ka qenë më e madhe pas vitit 2015.

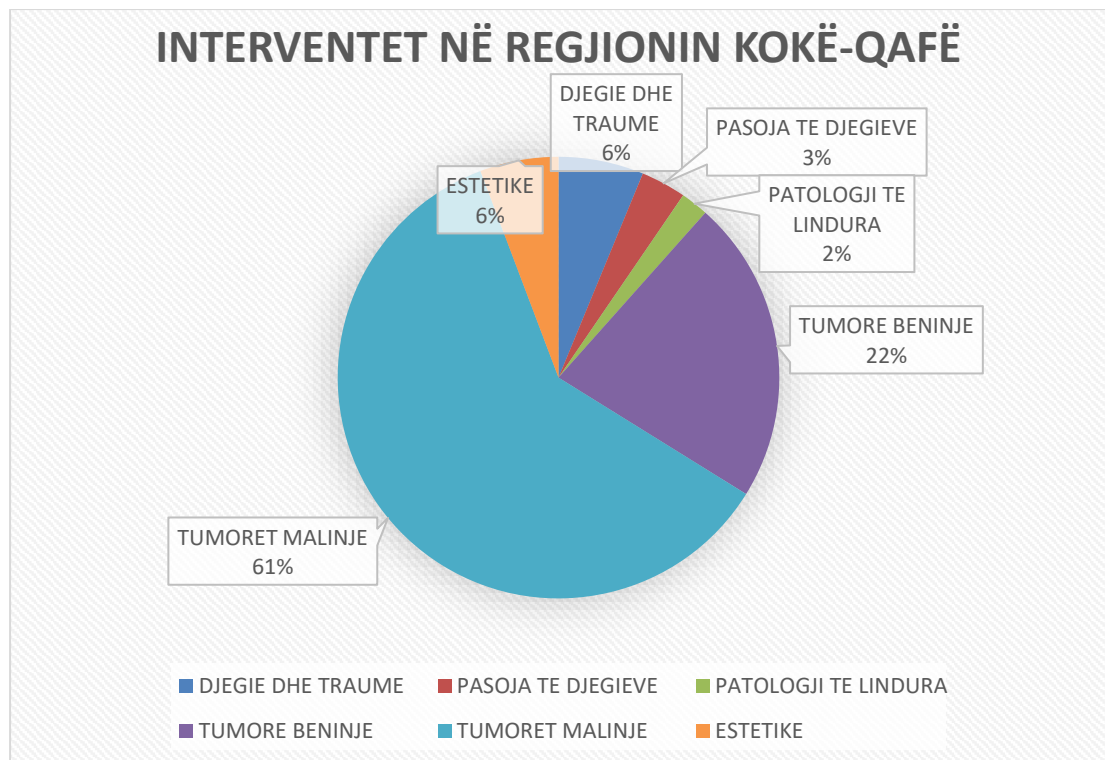


Figura 19- Llojet e interveneteve të kryera në regjionin kokë-qafë

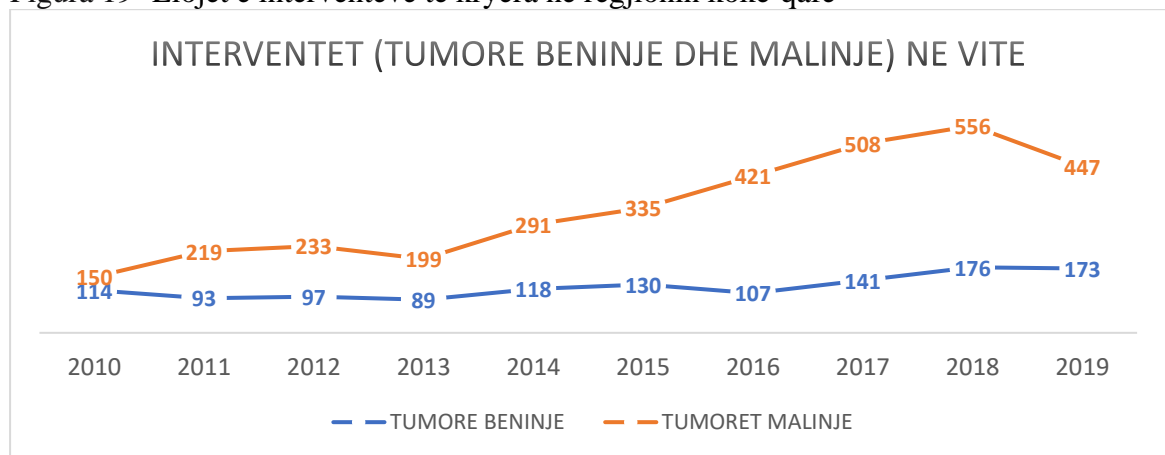


Figura 20- Interventet për tumoret e indeve të buta

Më poshtë do të japim të dhëna për secilin grup diagnozash duke u përqëndruar në llojin e interventive që janë kryer.

3.1. Interventet në djegie dhe trauma

Rastet e operuara me diagnozë djegie dhe traumë ishin 347 nga të cilët u krye Nekrektomi + Transplant në 295 raste ose 85% e tyre, ndërsa në 52 raste ose 15 % janë kryer Ekcizim +Transplant/Lembo/Suture. (Figura 21).



Figura 21-Paraqitja e rasteve me djegie dhe traume

Në figurën 22 jepen të dhëna të traumës së indeve të buta (Djegjie dhe trauma) së bashku me llojin e interveneteve të kryera. Në rastet e djegieve janë kryer vetëm interventet Nekrektomi + Transplant në 100% të rasteve kurse në rastet e traumave vërejmë se janë kryer Ekcizim +Transplant dhe Ekcizim +Lembo respektivisht në 39% dhe 42% të rasteve ndërsa interveni Ekcizim + Suturë është kryer vetëm në 19% të rasteve me trauma.

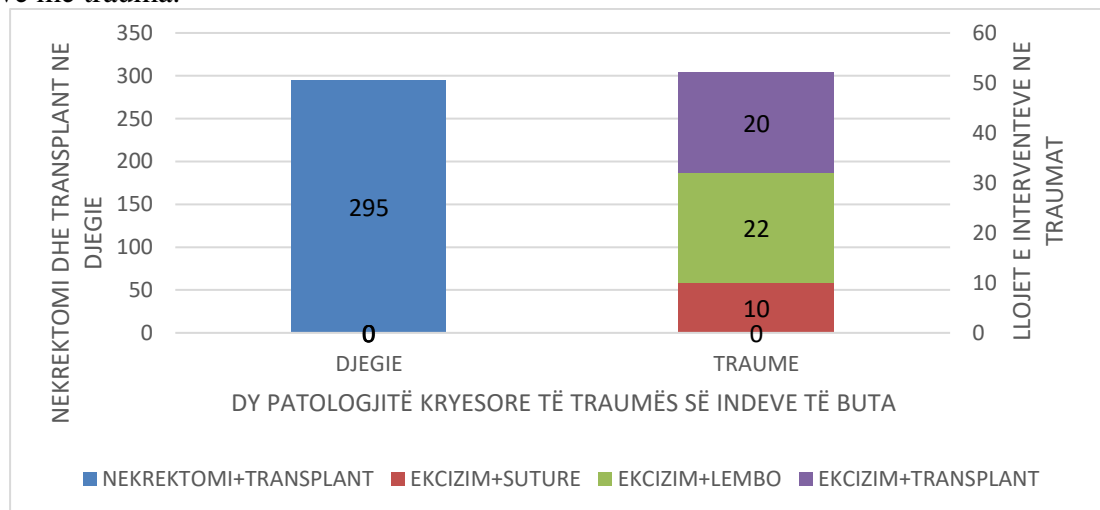


Figura 22-Të dhëna të interveneteve në rastet me djegie dhe traumë

Në figurën 23 jepet paraqitja grafike e trajtimit të pacientit me djegie në regjionin kokë-qafë ku trajtimi kirurgjikal është kryer në 67 % të rasteve dhe ai konservativ në 33 %.

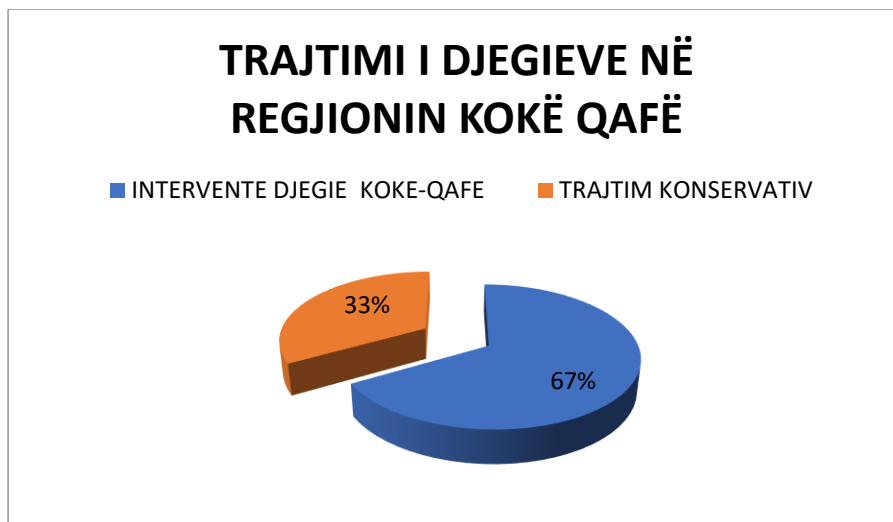


Figura 23-Paraqitja e trajtimit kirurgjikal dhe konservativ të djegieve në regjionin e kokë-qafës

Në figurën 24 jepen interventet në vite ku vërejmë se ka patur vite ku raporti intervent / djegie ka qenë edhe 1.0 duke variuar nga 0.2 në 1.2 intervente për djegie në kokë-qafë.

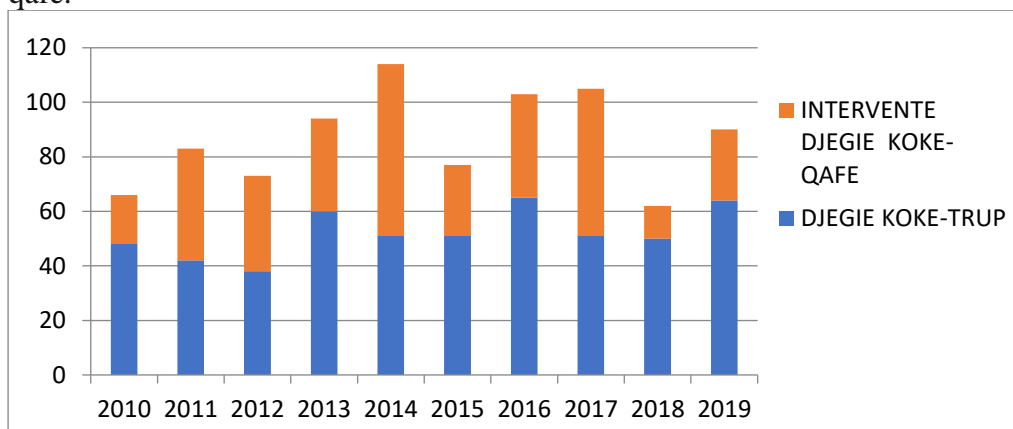


Figura 24-Interventet dhe djegiet në vite

3.2. Intervente për pasojat e djegieve

Raste të operuara me pasoja të djegieve kanë qenë 184 ose 3 % e interventeve në regjionin e kokë-qafës. Në figurën 25 jepen të dhëna për frekuencën e pasojave të djegieve ku % më të madhe e zënë cikatrikset aurikulare (37%), faciale (27%), capitis (20%), cikatriks frontal (17%), alopecia (16%) dhe më pas vijnë cikatriks labi superior (13%), mikrooris (11%), ektropion (9%) etj.

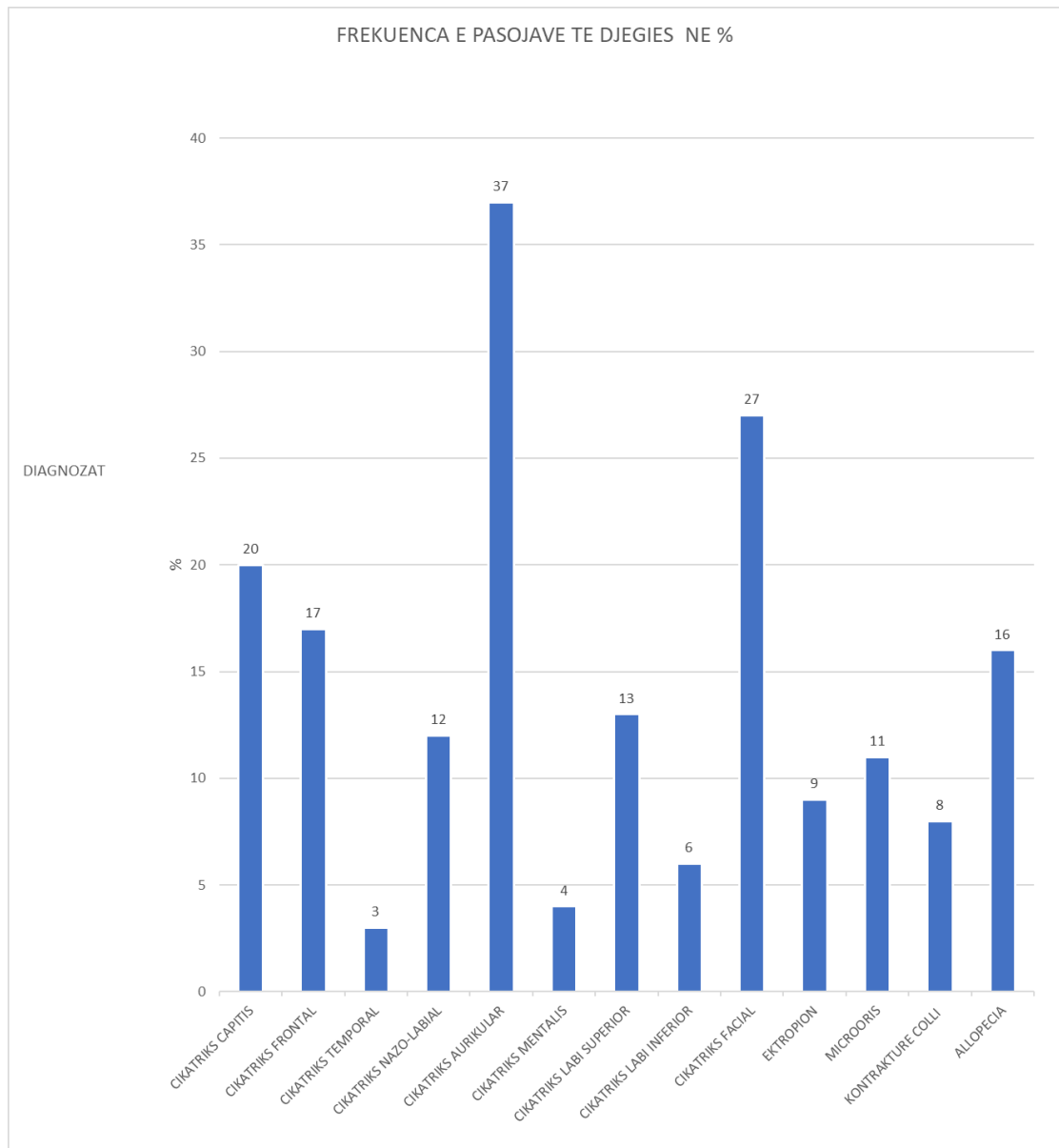


Figura 25-Paraqitja e pasojave të djegieve në %

Në figurën 26 dhe në tabelën 10 jepen të dhëna për interventet e kryera për pasojat e djegieve ku vërehet se kryesisht interventi që është kryer më shumë ka qenë Ekcizim+ Suture në 72% të rasteve (132 raste), Ekcizim + Lembo në 15% të rasteve (28 raste), Ekcizim + Transplant në 7 % ose 13 raste ndërsa Skin Expander është vendosur në 6% (10 raste) kryesisht në pacientë me diagnozë Alopecia, (Cicatrix capitis ose Cicatrix temporal).

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGIKAL

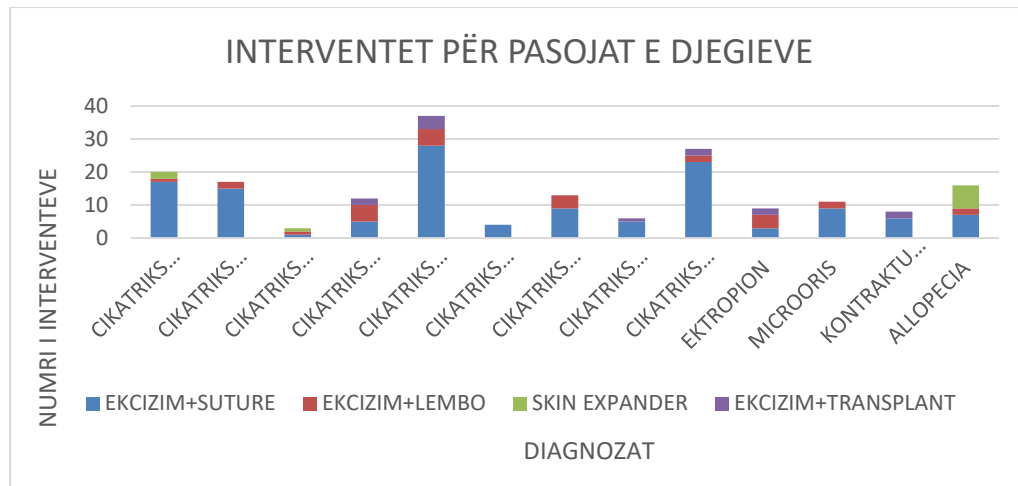


Figura 26-Llojet e interveneteve në pasojat e djegieve

2010-2019	EKCIKIM+SUTURE	EKCIKIM+LEMBO	SKIN EXPANDER	EKCIKIM+TRANSPLANT	SHUMA
CIKATRIKS CAPITIS	17	1	2	0	20
CIKATRIKS FRONTAL	15	2	0	0	17
CIKATRIKS TEMPORAL	1	1	1	0	3
CIKATRIKS NAZO-LABIAL	5	5	0	2	12
CIKATRIKS AURIKULAR	28	5	0	4	38
CIKATRIKS MENTALIS	4	0	0	0	4
CIKATRIKS LABI SUPERIOR	9	4	0	0	13
CIKATRIKS LABI INFERIOR	5	0	0	1	6
CIKATRIKS FACIAL	23	2	0	2	27
EKTROPION	3	4	0	2	9
MICROORIS	9	2	0	0	11
KONTRAKTURE COLLI	6	0	0	2	8
ALLOPECIA	7	2	7	0	16
TOTAL	132	28	10	13	184

Në rast se vecojmë interventet në pasojat e djegieve (Figura 27) vërejmë se raporti i pasojave /djegie ka qenë 0.1 deri në 0.9 me një mesatare 0.4 ose 40 % e pacientëve me djegie kryejnë intervente për pasojat e djegieve.

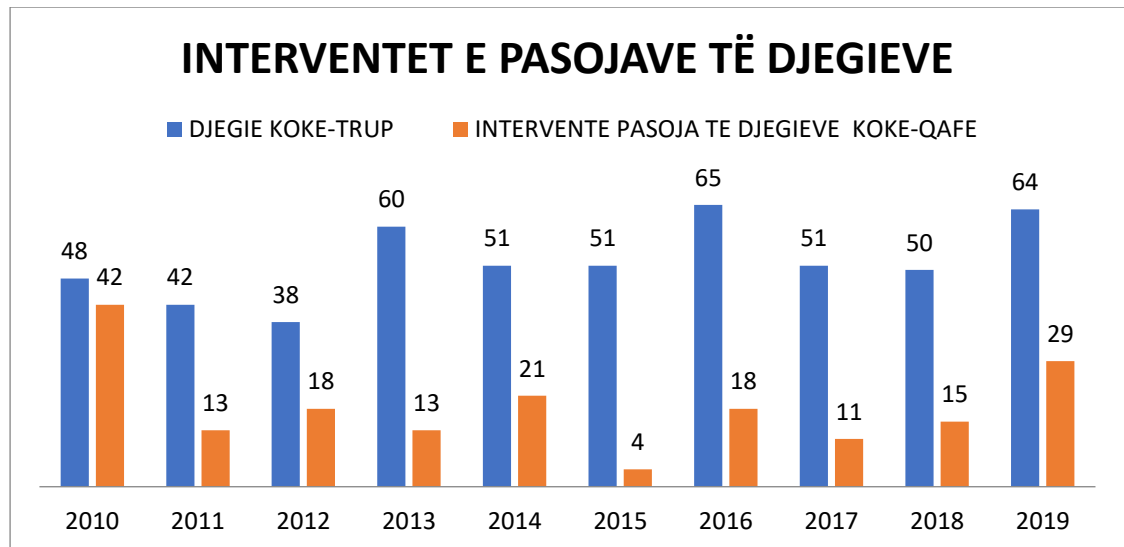


Figura 27-Paraqitja e djegieve dhe interventeve të pasojave të djegies

Ndërsa në figuren 28 jepen të përmbledhura interventet (gjatë fazës së djegies dhe për korrigjimin e pasojave të djegies) në rastet me djegie në vitet në studim. Vërehet se pacienti i djegur i nënshtrohet ndërhyrjeve kirurgjikale për djegien dhe për korrigjimin e pasojave të saj në raportin 1:1(520 djegie dhe 531 intervente të kryera).



Figura 28-Paraqitja e interventeve në rastet me djegie

3.3. Intervente për patologjitë e lindura

Patologji të lindura kanë qënë 113 raste ose 2% e interventeve të regjionit Kokë-Qafë. Në figurën 29 jepen të dhëna për llojet e patologjive të lindura të trajtuara me kirurgji. Më të shpeshta kanë qënë Hemangiomat Faciale (28%), më pas Hemangioma Labi Inferior dhe Hemangioma Capitis (17% secila), palpebrale dhe frontale me 10%, labi superior 8%, ndërsa Labium leporinum në 7%. Në figurën 30 jepen interventet e kryera për korrigjimin e tyre ku vendin kryesor e zënë rastet me Ekcizim+Suturë në 84%, më pas Ekcizim + Lembo në 12 % dhe më pak Ekcizim+ Transplant në 4% të tyre.

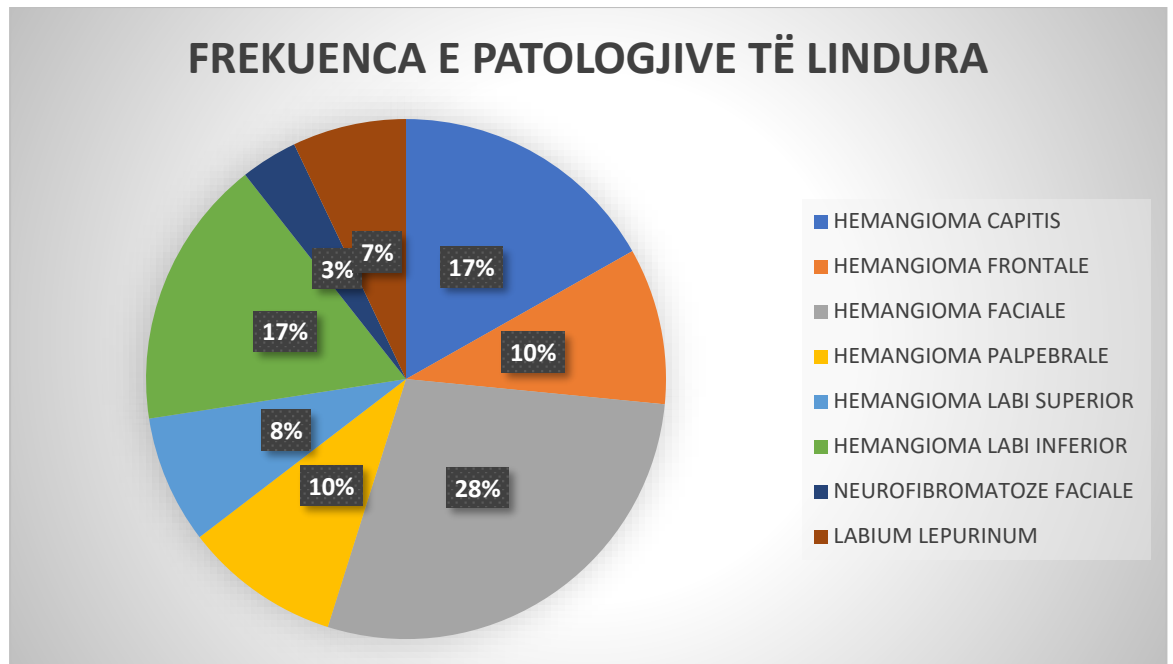


Figura 29 - Llojet e patologjive të lindura

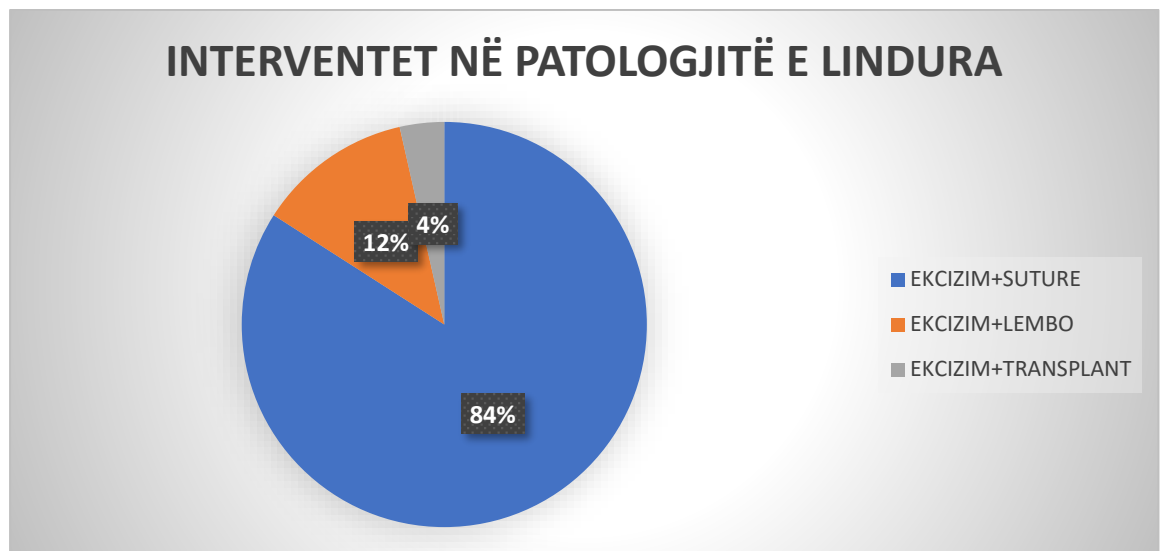


Figura 30 - Llojet e interventeve

Në figurën 31 jepen interventet sipas diagnozave të patologjive të lindura ku verëhet se Ekcizim + Lembo është përdorur në labium leporinum por dhe në rastet me hemangioma frontale apo dhe capitis. Interventi Ekcizim + Transplant është përdorur kryesisht në ne hemangiomat palpebrale dhe më pak në ato faciale dhe frontale.

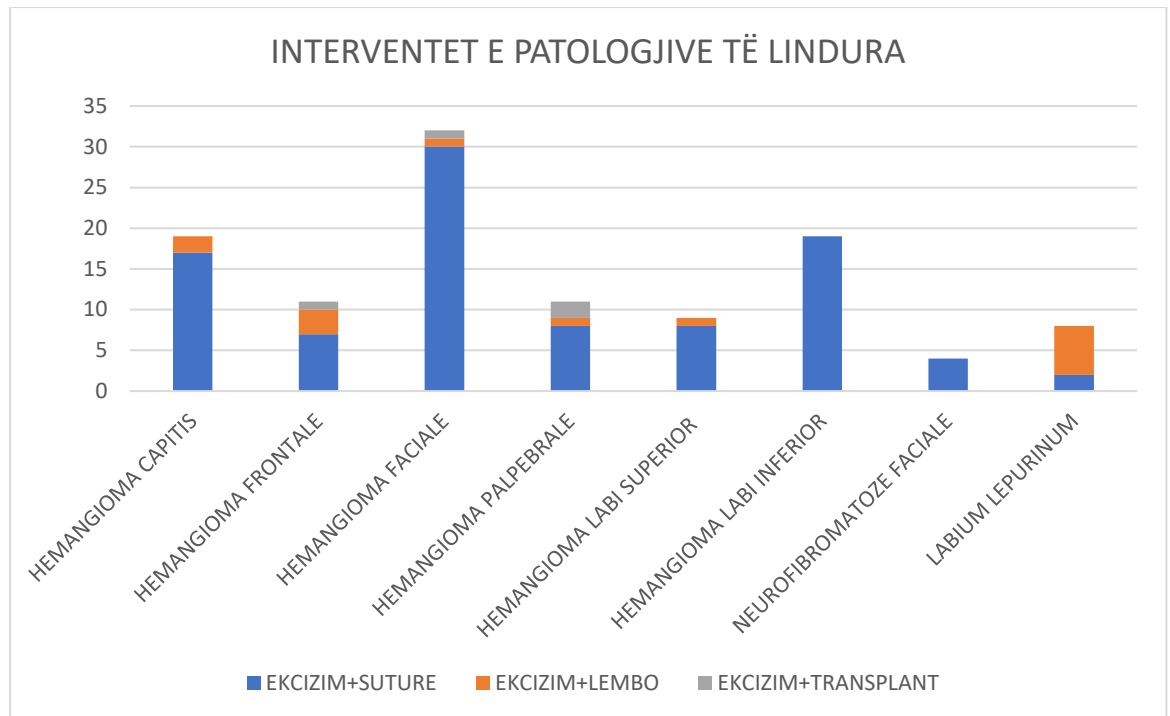


Figura 31-Interventet në rastet e patologjive të lindura

3.4. Interventet në tumoret beninje

1,238 raste ose 22% e të gjitha interventeve në regjionin e kokë qafës janë kryer për tumoret beninje nga të cilat 585 raste (47%) ishin Ciste ndjekur nga 485 raste (39%) me diagnozë Nevuse, 66 ose 5% e rasteve ishin me diagnozën Lipoma, 45 raste (4%) ishin Hiperkeratoza, 31 raste (3%) ishin Polipe, 19 raste (2%) ishin Fibroma dhe 6 raste (0.1%) ishin Ksantelazma. Në figurën 32 jepen llojet e tumoreve beninje të operuar ku vërehen se Cistet dhe Nevuset janë më të shumta duke përbërë së bashku 87% të tumoreve beninje.

Në figurën 33 dhe 34 jepen në mënyrë më të detajuar frekuenca për Cistet dhe Nevuset . Vërejmë se Cistet Faciale dhe Capitis kanë qenë rreth 52% e grupit të Cisteve ndërsa rastet me Nevuse Faciale kanë qenë më të shumta (25%) tek grupi i Nevuseve.

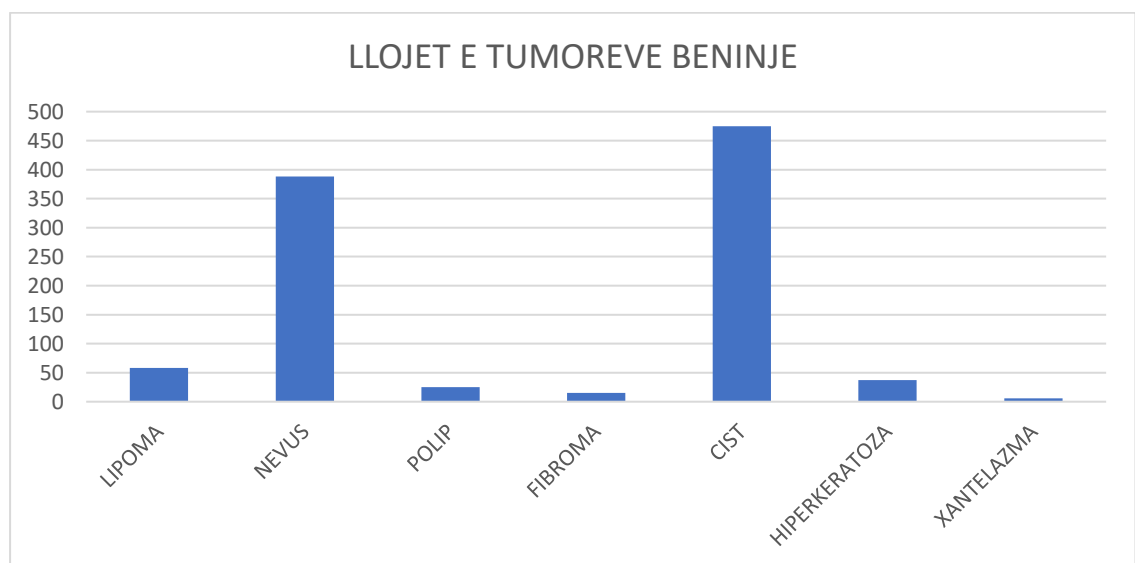


Figura 32-Llojet e tumoreve beninje ne regjionin e koke-qafes

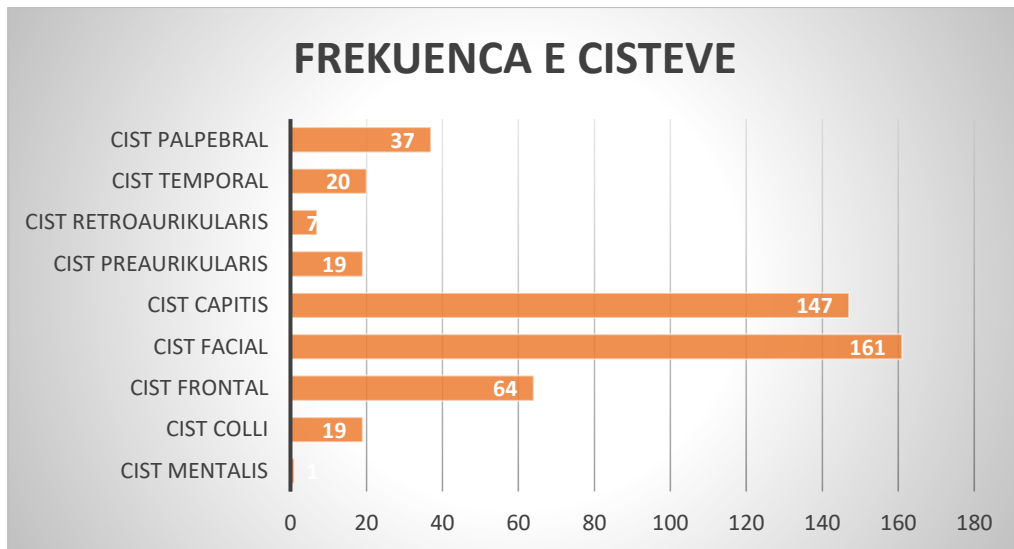


Figura 33- Vendndodhja e cisteve

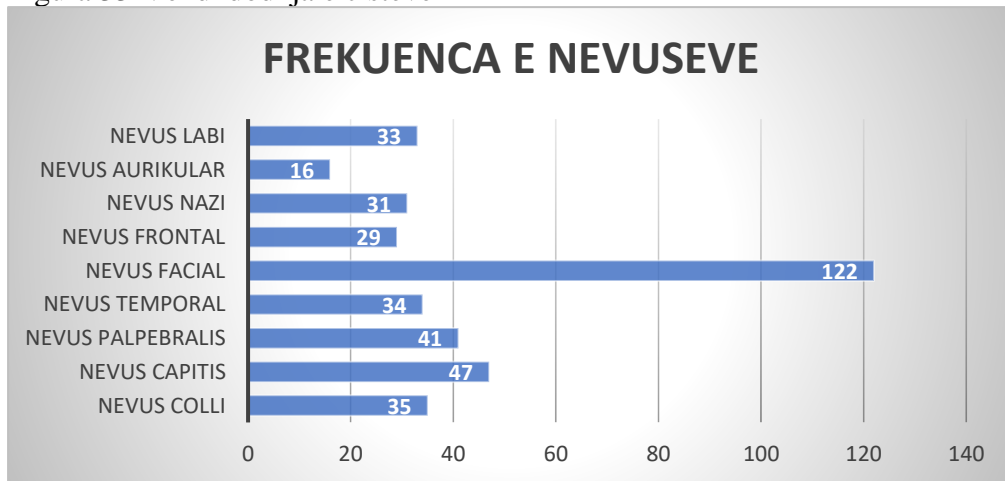


Figura 34- Vendndodhja e nevuseve

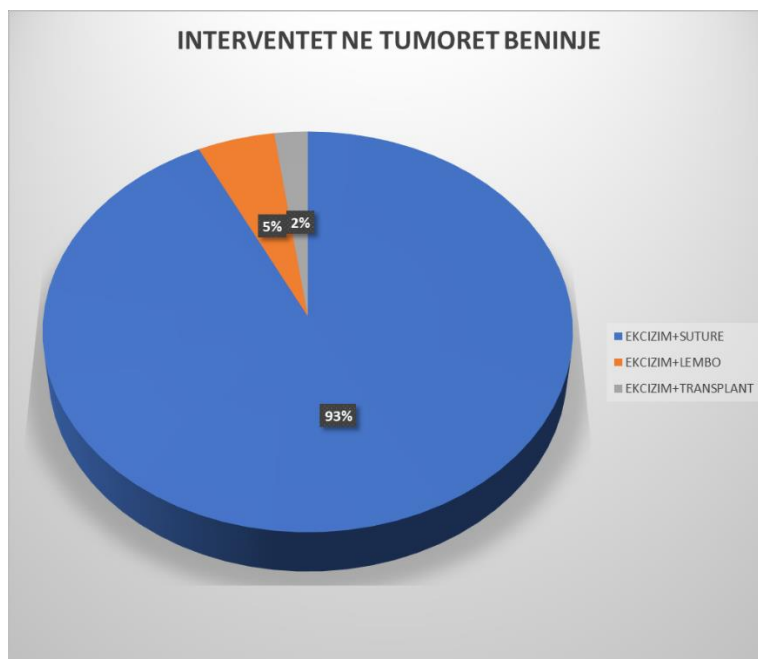


Figura 35 - Interventet e kryera në tumoret beninje

Vërejmë në figurën 35 se pjesa më e madhe e interveneteve në rastet e tumoreve benignje 931 raste ose 93% janë kryer me Ekcizim + Suture, pasuar nga 51 raste (5%) me Ekcizim + Lembo dhe vetëm 22 raste (2%) janë kryer me Ekcizim + Transplant.

3.5. Interventet në tumoret malinje

Raste të operuara me tumore malinje kanë qenë 3,359 raste ose 61% e interveneteve në regjionin Kokë-Qafë (Tabela 11)

Tabela 11- Paraqitja e rasteve të operuara me tumore malinje				
2010-2019	EKCIZIM+ SUTURË	EKCIZIM+ LEMBO	EKCIZIM+ TRANSPLANT	SHUMA
CA FACIAL	327	277	177	843
CA TEMPORAL	98	160	108	380
CA NAZI	103	333	160	641
CA AURIKULARIS	175	75	40	310
CA FRONTAL	96	105	98	324
CA CAPITIS	64	92	115	298
CA COLLI	3	3	0	6
CA MENTALIS	20	11	1	32
CA PALPEBRALIS SUPERIOR	16	36	6	68
CA PALPEBRALIS INFERIOR	8	36	5	57
CA CANTHUS MEDIALIS	18	43	2	65
CA LABI SUPERIOR	64	54	2	125
CA LABI INFERIOR	130	61	4	210
TOTAL	1122	1286	718	3359

Në figurën 36 jepet frekuenca e karcinomave të regjionit kokë-qafë. Vërehet se rastet më të shpeshta kanë qenë Ca Faciale (n=843), Ca Nazi (n=641) së bashku përbëjnë rreth 44.1% e rasteve, ndërsa Ca Temporal, Auricular, Frontal, Capitis kanë qenë në numur të përafërt (rreth 300 raste secili grup) pasuar nga Ca Labi Inferior me 210 raste, ndërsa në pjesët e tjera kanë qenë në numër më të pakët.

Në figurën 37 jepen interventet e kryera për korrigjimin e tyre ku pjesa më e madhe 41% e rasteve janë kryer me anën e interventit Ekcizim + Lembo pasuar nga Ekcizim + Suture në 36% të rasteve dhe me interventin Ekcizim + Transplant në 23 % të rasteve. Në veçanti interventet për Ca faciale që kanë qenë 25 % e rasteve me tumore malinje janë kryer në pjesën më të madhe me anën e Ekcizim + Suture në 42% të rasteve ndërsa interventet për Ca nazi që kanë qenë rreth 20% e interveneteve janë kryer në 56% të rasteve me Ekcizim+Lembo.

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGJIKAL

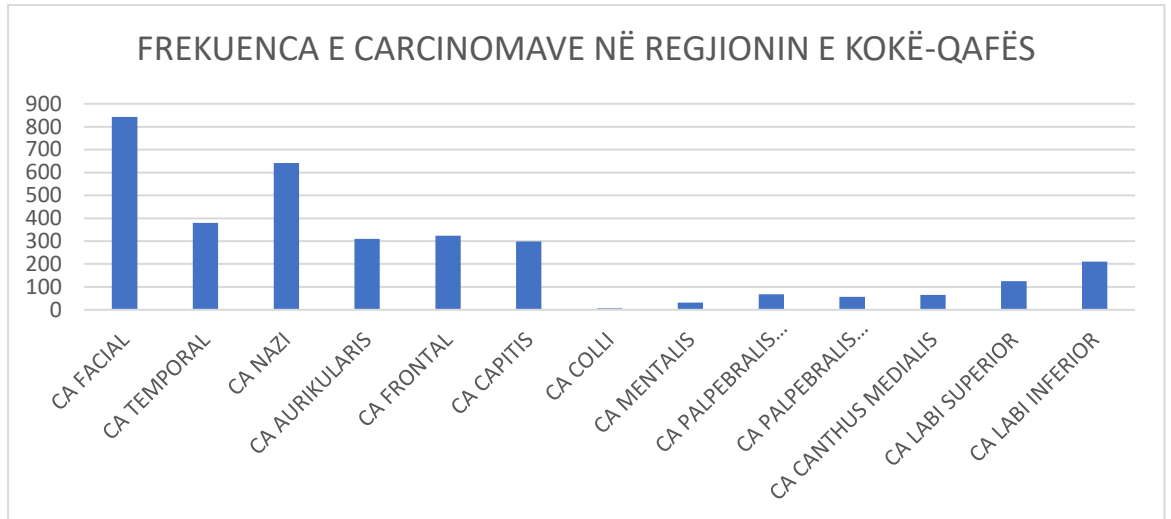


Figura 36-Carcinomat në regjionin e kokë-qafës

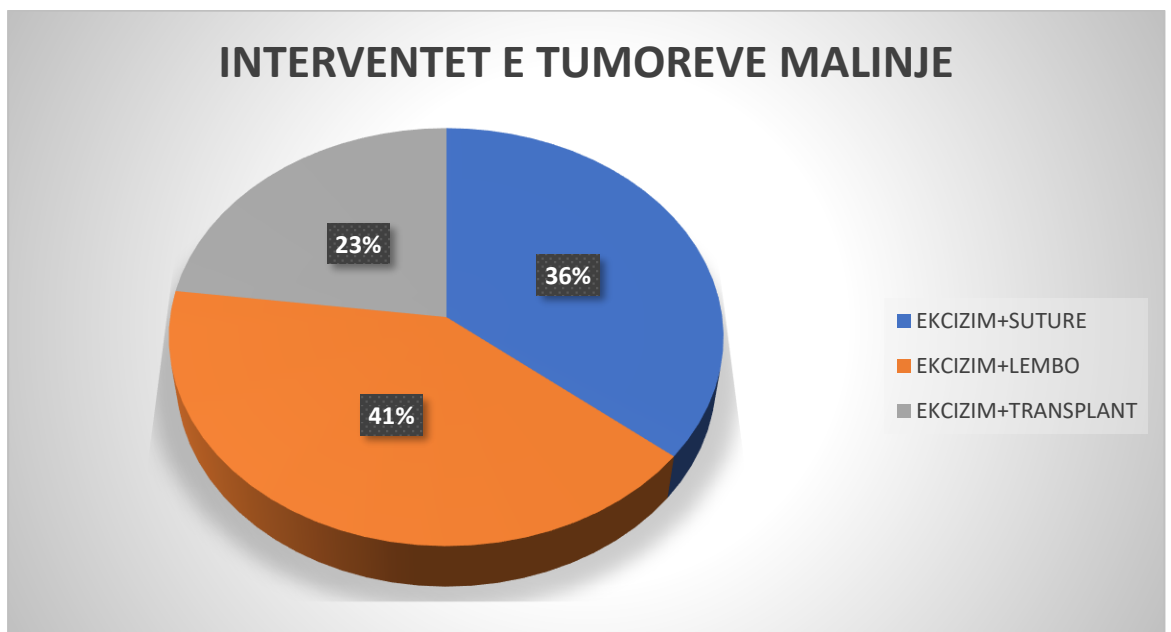


Figura 37-Llojet e interventeve në tumoret malinje

Nga 3,351 raste janë kryer biopsitë pas interventit në QSUT në 2,915 raste ose 87 % e totalit. Në figurën 38 japim klasifikimin e tumoreve malinje sipas ekzaminimit anatomo-patologjik ku vërehet se Ca Bazoqelizorë përbënin 60%, ato Spinoqelizorë 31%, Metatipikë 8% dhe Melanoma 1% të rasteve.

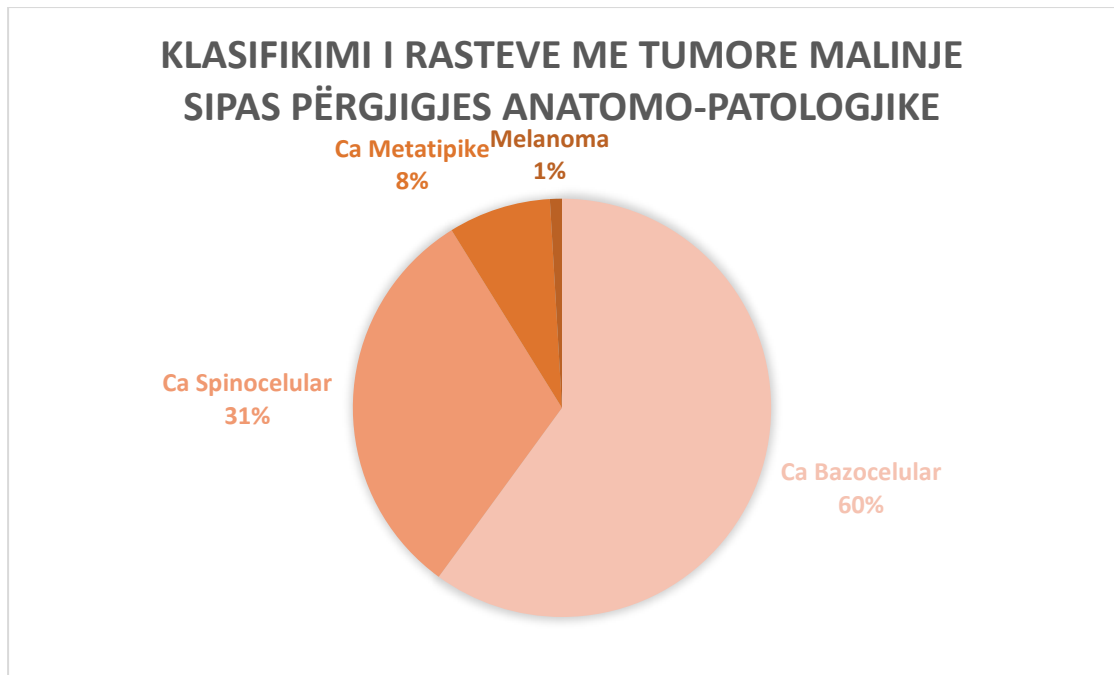


Figura 38-Klasifikimi anatomo-patologjik i tumoreve malinje

3.6. Interventet për ndërhyrjet rekonstruktive-estetike

Gjatë periudhës në studim janë kryer tre lloj interventesh estetike: Otoplastika, Rhinoplastika dhe Blefaroplastika për diagnozat respective :Prominaureus, Gibus nazi dhe Ptosis Palpebralis. Gjithësej janë kryer 350 intervente estetike ose 6% e interventeve në regjionin e Kokë-Qafës. Në figuren 38 vërejmë se pjesën më të madhe e zënë Rhinoplastikat me 172 raste (62%), më pas Otoplastikat me 86 raste (31%) dhe në fund renditen Blefaroplastikat me 19 raste ose 7% e totalit. Nuk janë kryer intervente të tjera estetike.

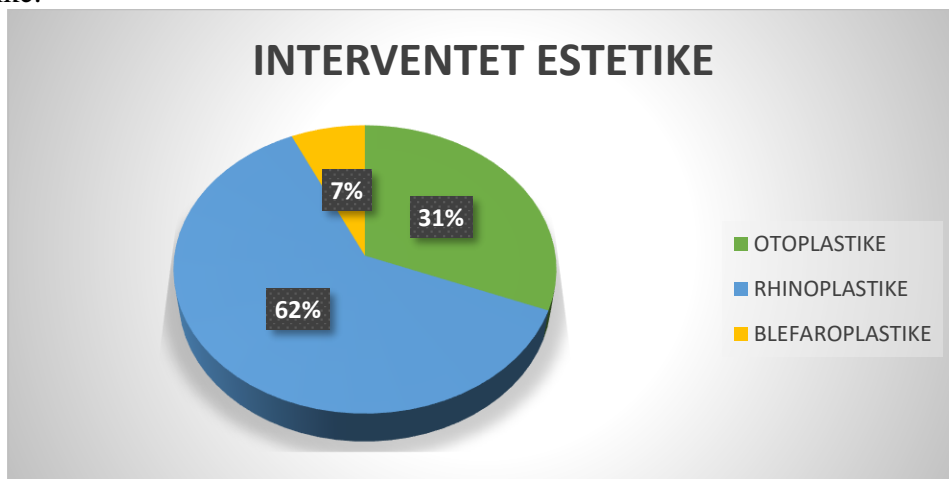


Figura 39-Llojet e interventeve estetike

DISKUTIMI

1. VECORITË E INTERVENTEVE NË DJEGIE, TRAUMË DHE PASOJAT E TYRE

Menaxhimi i djegieve në kokë-qafë përfshin në radhë të parë trajtimin e dëmtimeve që rrezikojnë jetën e pacientit e shoqëruar më pas me zgjedhjen e ushqyerjes, përcaktimin e thellësisë së djegies, kujdesin për plagët dhe për sytë.

Trajtimi i djegieve në shërbimin e Djegie-Plastikës bëhet në varësi të thellësisë së saj, sipërfaqes së dëmtuar por dhe të patologjive shoqëruese që mund të ketë ai. Sigurisht rëndësi të dorës së parë ka thellësia pasi stafi mjekësor ka për detyrë të kryejë një mjekim intensiv lokal konservativ për djegien e thellësisë së pjeshme Partial - Thickness (II^A dhe II^B) dhe kirurgjikal për djegiet Full Thickness apo të gradës III, apo dhe amputim në rastin e djegieve elektrike grada IV të lokalizuara kryesisht në ekstremitete. Djegiet e gradës II^A detyrimisht duhet të epitelizohen, ato të gradës II^B duhet të mbrohen nga mbivendosja e infeksionit për të mos u kthyer në gradë III dhe për tu epitelizuar në fund të mjekimit. Dallimi ndërmjet djegieve të shkallës së dytë në këtë regjion, të cilat mund të trajtohen konservatorisht, është shumë i vështirë me ato të gradës së tretë që kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale. Më problem janë djegiet e gradës së III për të cilat kirurgu plastik duhet të veprojmë sipas një plani të detajuar sidomos në drejtim të sipërfaqes që duhet ekcizuar por dhe në varësi të subjektit.

Paraprakisht që në momentin e shtrimit kur djegia është e gradës III cirkulare realizohet Nekrotomia e cila përfshin dhe fascien për të shmangur sindromën e kompartmentit dhe për ti dhënë vaskularizimin e duhur zonës së dëmtuar. Pas kalimit të fazës së shokut kombustional stafi mjekësor duhet të kryejë Nekrektomi jo më shumë se 10-15% të sipërfaqes me qëllim që të ruajë ekuilibrin hemodinamik të pacientit.

Nekrektomia që kryhet brënda javës së parë quhet Nekrektomi e hershme dhe mund të përsëritet pas disa ditësh në varësi të sipërfaqes që është grada e III deri në eliminimin e plotë të indeve nekrotike. Kur djegiet janë të përziera grada e II dhe e III realizohet Nekrektomia Tangenciale me thikën e Humbit shtresë pas shtrese për të ruajtur në masë inde vitale të padëmtuara. Subjektet më të favorizuara për nekrektomi janë adultët dhe sigurisht më pak janë fëmijët dhe të moshuarit pasi janë subjekte delikate ende të paformuar në rastin e fëmijëve apo me sëmundje shoqëruese në rastin e moshës mbi 65 vjeç. Vetëm në rastet e qarta të djegieve të trashësisë së plotë duhet të kryhet ekscizioni tangencial i nekrozave dhe transplanti i lëkurës sa më shpejtë të jetë e mundur, në të kundërt duhet pritur që të përcaktohet trasheia e djegieve.¹⁴² Për të dalluar djegiet e trashësisë së pjeshme nga ajo e plotë shihet potenciali i shërimit në ditën e 10-të apo shenja të shërimit në mos shërimi i plotë në ditën e 14-të pas djegies.¹⁴³

Në shërbimin tonë bëhet një trajtim i kombinuar i djegieve ku nënkuptojmë ndërthurjen e trajtimit konservativ me atë kirurgjikal. Pacienti i nënshtrohet trajtimit reanimues dhe atij lokal konservativ deri në stabilizimin e gjëndjes së përgjithshme kliniko-laboratorike dhe më pas do të vendoset mbi kryerjen ose jo të nekrektomisë së hershme pasi në disa raste situata klinike nuk na lejon ta realizojmë atë.

Krahas nekrektomisë tangenciale apo të plotë të indeve nekrotike ekipi mjekësor duhet të planifikojë gjithashtu mbulimin apo mbylljen e plagëve me transplant i cili duhet të fillojë të aplikohet zakonisht pas javës së dytë. Për një kohë të gjatë djegiet e thella në kokë dhe qafë janë trajtuar me mjekim lokal deri në demarkimin e indeve nekrotike dhe shfaqjen e indeve të granulacionit që më pas mbulohehin me transplant kutan.¹⁵⁰ Kjo mënyrë trajtimi e cila kërkon më shumë se 21 ditë do të çojë në krijimin

e shenjave hipertrofike, prania e të cilave më shumë se dyfishohet në krahasim me shërimin që ndodh nga dita 14-të deri në ditën e 21-ë.¹⁵¹

Ekscizioni tangencial për debridmentin në djegiet jo të thella mund të na cojë në dëmtimin e apendikseve vitale të lëkurës të rëndësishme për riepitelizimin. Ndërkohë përcaktohet më qartë thellësia e djegies dhe mundësia e shërimit. Pas kësaj procedure mund të përdoren zëvendësuesit kutanë të cilat ngjiten dhe integrohen mirë me lëkurën faciale duke zvogeluar mjekimin e përditshëm, nxitur riepitelizimin e shpejtë, duke ulur rrezikun për infeksione dhe duke reduktuar humbjen e ujit, proteinave dhe nxehtësisë nga plagët. Përdorimi i këtyre materialeve ul gjithashtu incidencën për pasojat hipertrofike të djegieve duke dhënë rezultate të mira kozmetike.^{144 - 149}

Gjithmonë përdoret transplant i pjesshëm epidermo-dermik i cili mund të ngrihet nga vendet donore me thikën e Humbit ose me Dermatom elektrik. Kihet parasysh thellësia e marrjes së transplantit për të mos krijuar plagë në vendet donore por që të na krijohet në raste të veçanta mundësia që të merret përsëri transplant në të njëjtën zonë donore. Transplanti i pjesshëm fiksohet me sutura, me Stapler edhe me Steristripe. Qëndron i fiksuar për 48 orë më pas fillon formimi i neovazave dhe konsolidimi i tij përfundon zakonisht pas një jave.

Në rastin e traumave veçoria qëndron se këto raste trajtohen fillimisht nga specialisti ortoped, kirurgu vaskular apo dhe neurokirurgu dhe më pas dërgohen pranë shërbimit tonë për trajtimin e indeve të devitalizuara nekrotike qofshin këto inde kutane, muskulare dhe kockore. Gjithashtu, është e përshtatshme në urgjencë të bëhet mbyllja e lacerimeve pas pastrimit dhe shplarjes së plagës. Pastrimi i plagës nga indet e nekrotizuara duhet të jetë i plotë, por me qëllim konservativ. Plagët e kontaminuara rëndë dhe ato me humbje të konsiderueshme të indeve mund të justifikojnë një trajtim formal kirurgjikal. çdo material i huaj, grimcat e mikropjesëzat duhet të pastrohen nga plaga. Ky proces është i rëndësishëm të realizohet përpara shërimit të indit i cili i inkapsulon këto pjesëza duke çuar në tatonë traumatike. Procedurat sekondare për të larguar trupat e huaj janë kryesisht të paefektshme. Hematomat septale dhe aurikulare duhet të incizohen menjëherë, drenohen dhe të vendosen tamponat plastikë intranazal apo veshje me kompresa të buta të lubrifikuara në vesh.

Edhe në këto raste kryhet nekrektomia e hershme ose konservative e vonë si dhe mbulimi i plagëve me transplant të pjesshëm epidermo-dermik, ndërsa plagët e lokalizuara në zona funksionale dhe me ekspozim të shtresave të rëndësishme anatomike mbyllen gjithmonë me lembo lokale ose të transferuara nga distanca. Riparimi i muskujve dhe fascieve që shtrihen nën lëkurë do ta zvogëlojë akoma më tepër tensionin në lëkurë.

Djegiet apo traumat e indeve të buta të lokalizuara në regjionin e kokë-qafës kanë disa veçanti në trajtimin kompleks të tyre. Fillimisht djegiet apo trauma shkaktojnë një edemë shumë të shprehur të indeve të buta ku pacienti ka vështirësi në frymëmarrje, në shikim dhe djegie të mukozave në përgjithësi. Kjo fazë ka rreziqet e veta pasi edema e indeve të buta mund të krijojë dhe edemën e indit trunor nga ku klinika e pacientit shfaqet me ç'orientim, deficiente të komunikimit dhe alterim të koshiencës. Edema në regjionin kritik të kokës shoqërohet me një ekstravazim tepër të shprehur me sekrecione të shumta seroze nga plaga ku dëmtimi i mukozave krijon ektropion tepër të shprehur të palpebrave, gojë në formën e gojës së peshkut, ndërsa dëmtimi i mukozave nazale deri në vështirësi të frymëmarrjes.

Përdorimi i shtuar i likideve përtej rekomandimeve të formulave standarte si formula Parkland (adultë) dhe Shriner (fëmijë), qetësuesit si dhe diuretikët do të bëjë të mundur fillimin e reduktimit të edemës pas 48 orëve të para deri në zhdukjen e plotë të saj në fund të javës së parë. Krahas qetësuesve dhe medikamenteve në varësi të situatës

klinike këta pacientë edhe mund të intubohen kur oksigjenimi bie nën vlerat normale duke u diktuar nga Astrupograma sidomos kur shoqërohet me djegie respiratore.

Përsa i takon trajtimin kirurgjikal si dhe autorë të tjerë të huaj, në shërbimin tonë teknikisht veprohet duke shmangur nekrektominë e hershme për të ruajtur sa më shumë të jetë e mundur shenjat vitale dhe funksionin e shqisave që ndodhen në regjionin e kokë-qafës. Zakonisht ndërhyjmë pas javës së parë dhe vetëm me bisturi duke realizuar një nekrektomi tangenciale, e cila, në djegiet totale të kokës, fillohet nga palpebrat, e ndjekur nga hunda, buzët, mjekra, faqet dhe balli, dhe në fund qafa, veshët apo dhe pjesa me flokë e kokës. Duhet të merret në konsideratë vaskularizimi tepër i shprehur i këtij regjioni për të bërë një hemostazë sa më të kujdesshme. Gjatë nekrektomisë veprimet kirurgjikale duhet të jenë të njëtrajtshme për të mos krijuar disnivele të cilat në të ardhmen do të krijojnë probleme estetike.

Në ndryshim nga plagët e tjera trupore zonat e ekcizuara nga nekrozat duhet të mbulohen sa më shpejt të jetë e mundur me transplant të plotë për të shmangur indet cikatriciale, hipertrofike dhe kelloidiforme. Zonat më të rëndësishme për ngritjen e transplantit të plotë janë ato retroaurikulare, subklavikulare, inframamare dhe transplantit më i madh që mund të merret për rikonstrukcionin e zonave faciale është ai infraumbilikal me gjatësi nga spina iliake anterior dekstra tek ajo sinistra. Transplantit i plotë eliminon ektropionin, deformimet nazale, korrigjon mikroris, eliminon aderencat retroaurikulare, zgjidh kontrakturën coli anterior ose coli lateral dekstra apo sinistra.

Në ndryshim nga fytyra që është pjesa pa flokë, në zonën me flokë nuk përdorim transplant të plotë por atë të pjesshëm, për vetë faktin e indeve të dobëta granulare që zhvillohen mbi indet kockore. Theksojmë se në mbulimin e plagëve të djegies apo dhe traumës në zonën e kokë-qafës nuk ka vend për transplant të kaluar në Mesh pasi ky është shumë i hollë dhe krijon defekte të theksuara estetike në këto zona.

Përveç këtyre procedurave standarte kirurgjike të përgjithshme në regjionin e kokë-qafës kryhen edhe procedura të veçanta të kirurgjisë rekonstruktive të trajtimit të pasojave të djegies si p.sh.: trajtimi i ektropionit me ose pa tarsorafi, rikonstrukcioni i alae nazi, rikonstrukcioni i defekteve aurikulare, zmadhimi i këndeve të gojës dhe formimi i buzëve, rindërtimi i vetullave dhe deri në realizimin e lembove kutano-aponeurotike në regjionin e pjesës me flokë për mbylljen e defekteve kutano-kockore nga kalimi i rrymës elektrike.

Një ndërhyrje tepër specifike është trajtimi i alopecisë capitis nëpërmjet vendosjes së ekspansorëve kutanë të quajtur “skin expander”. Kjo teknikë kryhet në dy etapa ku e para konsiston në vendosjen e protezës ekspanduese prej silikoni dhe valvulës së saj në afërsi të zonës alopecike. Më pas në varësi të volumit të protezës kjo fryhet me solucion fiziologjik deri në arrijtjen e volumit të kërkuar të domosdoshëm për ekspandimin e lëkurës me flokë e cila do të shtrihet për të mbyllur defektin pas ekcizimit të cikatriksit. Ky është interveni i dytë i cili zakonisht kryhet në një periudhë kohore rreth 2 muaj pas interventit të parë, është një intervent dhe i karakterit estetik pasi krijon linjat frontale dhe temporale aq të domosdoshme për pamjen e jashtme të fytyrës. Në rastin e defekteve alopecike të mëdha nuk janë të rralla rastet kur mund të vendosen edhe 2 ekspandues kutanë.

Korrigjimi i kontrakturës coli anterior apo coli lateral është një nga detyrat më të vështira për stafin mjekësor për faktin se përveç realizimit të interventit plastik ku nënkuptohet lirimi i kontrakturës dhe përdorimi i lëkurës së plotë, pacienti duhet të ndiqet për një periudhë kohore 3 deri 6 muaj për të eliminuar rishfaqjen e kontrakturës. Kontraktura e qafës duhet të zgjidhet përpara rikonstrukcionit facial sepse tensionimi që ajo shkakton vepron si një forcë e jashtme e cila ndikon mjaft keq në maturimin e cikatriksit facial. Rikonstrukcioni i kontrakturave të qafës përfshin transplantin e

lëkurës dhe përdorimin e zëvendësuesve të lëkurës, lembot lokale, skin ekspanderat dhe lembot në distancë ose lembot e lira. Pavarësisht zgjedhjes së lembos, lirimi i muskulit të platismës është kyç për arritjen e lirit të plotë të qafës.¹⁶⁸ Përdorimi i qafës është i domosdoshëm në këto raste.

Pas fazës së inflamacionit akut dhe maturimit të indit në plagë vjen faza e rikonstruksionit të pasojave të djegies duke u kujdesur si për anën funksionale dhe atë estetike, e cila varion që nga lirimi i fibrozës dhe transplantit i thjeshtë deri në rikonstruksionin me lembo të lira. Terapia dhe imobilizimi pas interventit janë thelbësore për të ulur shkallën e kontrakturave pas djegies.¹³⁹ Aplikimi i ndërhyrjes kirurgjikale të nekrotomisë dhe i transplantit si dhe rikonstruksioni i pasojave të djegies në regjionin e kokë-qafës ka për qëllim kthimin e funksionit, të anës estetike dhe rehabilitimin e pacientit.

Teknikat kirurgjikale plastike që përdoren në regjionin e kokë-qafës janë nga më të tjeshtat që është transplantit e deri te teknika më e ndërlikuar që është ajo e transferimit të indeve shtresë pas shtrese me anën e indeve muskulo-kutane. Kështu mund të përmendim me rradhë transplantin e pjesshëm epidero-dermik të kaluar ose jo në mesh, transplantin e plotë, lembot pedunkulare kutaneo-dhjamore klasike, lembot kutaneo-aponeurotike, lembot muskulare apo muskulo-kutane me varjantet e tyre transpozicionale deri ishullore. Siç e kemi thënë dhe më lart regjioni i kokë-qafës ka një vaskularizim tepër të fuqishëm gjë që i lejon kirurgut plastik të krijojë lembo sipas tipeve nga më të ndryshmet përfshi ato me qarkullim retrograd. Kjo bëhet e mundur prej vaskularizimit të fuqishëm i cili nga njëra anë e fytyrës kalon linjën mediane të saj dhe mund të furnizojë lembo të preparuara në faqen tjetër të fytyrës me vaskularizim retrograd. Tipike është lemboja labiale e cila mund të ngrihet në formë lemboje të arterializuara të tejzgjatur me qarkullim anterograd dhe ishullor. Dy lembo të rëndësishme janë dhe lembot që ngrihen në regjionin frontal dhe temporal bazuar respektivisht në arteriet supratrokleare dhe supraorbitale si dhe në arteriet temporale superficiale të tipit kutaneo-aponeurotik që preparohen në regjionin parietal, retro aurikular dhe oksipital duke u bazuar në vaskularizimin anterograd të arterieve përkatëse.

Në regjionin e qafës mund të aplikohen dy nga lembot më bashkëkohore për rikonstruksionin e defekteve pas ekcizimit të cikatrikseve dhe kontrakturave, kur transplantit nuk është i përshtatshëm dhe që janë Lemboja kutaneo-aponeurotike pectorale e quajtur Bakamian dhe Lemboja muskulo-kutane e muskulit Pectoralis Major.²⁴¹ Lemboja Bakamian mund të tejzgjatet deri në regjionin deltoid dhe bazohet në vaskularizimin me anë të disa arterieve perforante torakale anterior, ndërsa lemboja e muskulit Pectoralis Major bazohet në vaskularizimin nëpërmjet arteries torako-akromiale. Lemboja Bakamian është më fine, më elastike dhe aplikohet për defekte jo të thella, ndërsa lemboja Pectoralis Major përdoret në defekte të thella traumatike që kanë nevojë për mbushjen e tyre nëpërmjet të gjitha shtresave.

Pavarësisht tipeve të lembove që përmendëm, karakteristike e përbashkët e lembove në regjionin e kokë-qafës është se ato janë tepër të besueshme falë jo vetëm qarkullimit arterial por edhe kthimit venoz gjë që i krijon mundësi lembove të kenë një puls kapilar të pranueshëm duke mos krijuar edemë të shprehur lokale si dhe duke minimizuar nekrotizimin e tyre. Megjithatë komplikacionet nuk mungojnë por ato janë kryesisht të karakterit të pjesshëm më tepër pasojë e ndryshimeve permanente të regjionit në tërësi si rezultat i djegies apo traumës fillestare. Korrigjimi i nekrozave parciais të lembove kryhet zakonisht nëpërmjet ekcizimit të tyre deri në kufij të shëndoshë dhe mbyllet me transplant kutan.

Pas këtij këndvështrimi të përgjithshëm mbi veçoritë e djegieve dhe traumës në regjionin e kokë-qafës, ndërhyrjeve kirurgjikale si nekrektomia, Transplanti, përdorimi i lembove dhe trajtimi i pasojave që lë djegia, do të analizojmë disa të dhëna epidemiologjike dhe klinike të paraqitura në rezultatet e studimit tonë.

Kështu në shërbimin e Djegie-Plastikës gjatë viteve 2010-2019 janë shtruar gjithësej 3,044 pacientë nga të cilët 520 raste ose 34.3% kanë qenë djegie në regjionin e kokës-qafës e kombinuar ose jo me djegiet në regjione të tjera trupore. Kjo për faktin se djegiet vetëm në regjionin e kokës janë tepër të rralla dhe të lokalizuara, ndërkohë që djegiet kritike shoqërohen me traumë komplekse, me djegie kryesisht në ekstremitetet superiore dhe në regjionin torakal anterior. Autorë të huaj japin të dhëna për incidencën e djegieve të kokë-qafës nga 18%, e deri në 65.6%, por shumica është afër vlerave tona.²⁴²⁻²⁴⁴ Këta të fundit i kanë studjuar më me hollësi këtë lloj lokalizimi të djegieve. Incidenca e djegieve të kokë-qafës shprehur për 100,000 banorë ka qenë 1.8 djegie/100,000 banorë ndërkohë që Hogewerf raporton 1.4 djegie /100,000 banorë. Nga shkaktarët etiologjikë përmendim në 51.3% të rasteve shkakun flakë, në 40 % djegie nga lëngjet dhe rreth 9% djegie nga kalimi i rrymës elektrike apo dhe dëmtime kimike. Të njëjtat shifra jep autori Soudabeh i cili referon se nga flaka dëmtohen 52.3 % e pacientëve ku vërejmë shifra pothuaj të njëjta me ne.²⁴²

Në ndarjen sipas grup-moshave bie në sy se 39.4% e rasteve kanë qenë fëmijë deri 10 vjeç me shkak kryesor djegiet nga lëngjet gjë që tregon se duhet t'i kushtojmë më tepër vëmendje profilaksisë të dëmtimit nga djegia në regjionin e kokë-qafës në këtë grup-moshë si në aspektin familjar edhe në kujdesin parashkollor dhe shkollor. Aksidentet në punë ndodhin kryesisht nga flaka më shumë në grup-moshën 40-69 vjeç, gjë e cila lidhet sigurisht me zbatimin e rregullave të sigurimit teknik në punë.

Raporti M:F në studimin tonë rezulton 1.8:1 pra një predominancë e seksit mashkull gati 2 herë gjë e cila lidhet me punësimin e meshkujve në sektorë të industrisë së rëndë dhe me profesione të karakterit të rrezikshëm. Të dhënat tona në përqindje janë të përafërta me autorë të tjerë. Kështu ne kemi meshkuj 65.4% të rasteve pothuaj sa Hamilton që raporton 66%, ndërsa Hou Tian dhe Soudabeh raportojnë shifra edhe më të rritura si 73.8% dhe 75% respektivisht.^{245, 246, 242}

Përsa i takon thellësisë së djegies 84% e rasteve me djegie në regjionin e kokë-qafës kanë patur djegie të trashësisë Partial-Thickness dhe vetëm 16 % kanë qenë me djegie Full-thickness, ndërsa shoqërimi me djegie respiratore ka qenë në 15 % të rasteve.

Në shërbimin tonë trajtimi i djegieve në adultë kryhet sipas formulës Parkland $4x$ % TBSA x pesha (kg) me anën e sol Ringer laktat, ku rëndësi të dorës së parë merr ekuilibrimi i dhënieve hidrike (solucione) me diurezën dhe konkretisht rekomandimet janë që gjatë fazës së shokut të arrijmë një diurezë 50 ml/orë. Kështu rekomandohet që $\frac{1}{2}$ e sasisë së llogaritur të administrohet gjatë 8 orëve të para pas djegies dhe më pas $\frac{1}{2}$ të jepet në 16 orët e tjera. Tek fëmijët ne zbatojmë formulën e Institutit Shriners Galvestone, e cila rekomandon përdorimin e soluconit Ringer laktat së bashku me koloide në varësi të sipërfaqes trupore të djegur të fëmijës (e shprehur në m^2): $5000 \text{ ml} \times \text{Sipërfaqen e djegur} (m^2) + 2000 \times \text{Sipërfaqen e trupit} (m^2)$. Sigurisht kjo është orjentuese sepse do të jetë monitorimi me shenjat vitale ku diureza ka rëndësi të madhe, sipas të cilit likidet në orën pasardhëse do të rriten ose do të zvogëlohen. Po kështu në 24 orët e dyta rekomandohet $\frac{1}{2}$ e sasisë së llogaritur në 24 orët e para.

Në diskutimin mbi mortalitetin ndonëse sipërfaqja e kokës është 9% TBSA, komplikacionet fatale nuk ndodhin nga sipërfaqja apo thellësia, por nga dëmtimi i rrugëve respiratore që nga mukozat, faringu, laringu e deri tek pjesa bronkiale.

Për të vënë në dukje është se fatalitetet nga djegiet në regjionin e kokë-qafës kanë qenë më të rralla dhe më të pakta se vdekjet në rregjionet e tjera trupore gjë që tregon për një trajtim të specializuar, ndjekje në dinamikë, mbështetje respiratore efektive, bashkëpunim me specialistet e përafërta në varësi të rastit si dhe në kryerjen e interventeve me cilësi. Kjo gjë reflektohet që në trajtimin fillestar në fazën e shokut kombustional ku sipas të dhënave tona ne kemi kryer rehidrim ku është tejkuluar formula Parkland nga 4 ml/kg/%TBSA në 4.2 ml/kg/%TBSA në rastet me djegie në regjionin e kokë-qafës. Përfundimisht mortaliteti në djegiet e kokë-qafës ka qenë 6.7%, më i ulët se ai i djegieve në regjionet e tjera (7.24%). Bie në sy një e dhënë shumë e rëndësishme që mortaliteti në fëmijë ka qenë 0.1 %, në adultë 2.3 % dhe në të moshuar 10.3%. Sigurisht këto të dhëna janë të pranueshme për rajonin por mbetet për tu bërë më shumë punë nëse krahasohemi me autorë të tjerë që japin shifra të ulta si 2 % (Hamilton), por ka dhe autorë që japin shifra më të larta deri në 12.7%.^{242,245}

Përsa i takon përdorimit të indekseve prognostike studimi ynë jep të dhëna që mbështesin pikëzimin BOBI si më të mirin për parashikimin e prognozës në pacientët me djegie në regjionin e kokë-qafës. Po kështu analiza statistikore tregon se së bashku me të dhënat e tjera të lidhura me djegien si sipërfaqja thellësia dhe prania e djegies respiratore edhe lokalizimi formojnë një grup variablesh që kanë ndikim në mortalitet por si varjabël shkëputur nuk ka sinjifikancë statistikore. Edhe mbijetesa është më e mirë 80% vs 75% në rastet me djegie në regjionet e tjera por përsëri pa sinjifikancë statistikore.

Ditëqëndrimi mesatar ka qenë 10.7 ± 13.2 ditë që është më i ulët se në rastin e djegieve në regjione të tjera (12.1 ± 2.5 ditë), sigurisht më i lartë se në autorët e huaj të cilët e kanë 4.4 ± 2.6 ditë (81). Kjo gjë shpjegohet se në jemi më tepër konservativë në trajtimin e djegieve të regjionit kokë-qafë dhe del si detyrë që duhet të aplikojmë në më shumë raste nekrektominë e hershme brenda javës së parë të trajtimit. Nga ana tjetër bie në sy se po të shohim ditëqëndrimin sipas sipërfaqes së djegies, ditëqëndrim më të lartë rreth 25 ± 7.5 ditë kanë patur pacientët me djegie 40 deri 70% TBSA, ku djegia në regjionin kokë-qafë ka qenë shoqëruese e djegieve madhore. Kjo dukuri shpjegohet se këta pacientë kanë bërë trajtim më të zgjatur intensiv dhe lokal si dhe kanë kryer disa ndërhyrje nekrektomie dhe plastike epidermo-dermike për mbylljen e defekteve të plagës. Ndonëse kemi rritje të ditëqëndrimit për këto raste me djegie madhore, shprehemi se kjo tregon për një efikasitet të trajtimit të pacientëve me djegie kritike siç është regjioni i kokë-qafës dhe njëkohësisht me sipërfaqe të madhe djegieje >40% TBSA.

Përsa i takon aktivitetit kirurgjikal gjatë kësaj periudhe janë kryer 12,633 intervente në total, ku interventet në regjionin kokë-qafë ishin 5,561 ose 44% e totalit. Prej këtyre të fundit 347 ose 6% e tyre kanë qenë intervente per djegien dhe traumën, ndërsa 184 ose 3 % kanë qenë intervente për pasojat që lë djegia.

Në rastet e interventeve për rastet me djegie dhe traumë nga 347 u kryen nekrektomi dhe Transplant në 295 ose 85% e tyre dhe në 52 raste (15%) u kryen interventet si më poshtë: Ekcizim dhe Suture në 19%, Ekcizim dhe Transplant në 39% dhe Ekcizim dhe lembo në 42%. Në grupin e djegieve të regjionit kokë-qafë prej 520 pacientësh, 347 prej tyre ju nënshtruan interventeve që përbëjnë 67 % të rasteve, ndërsa 33% e pacientëve me djegie u shëruan në mënyrë konservative, sigurisht kontigjent i cili ka patur djegie Partial-Thickness të cilat janë epitelizuar. Autorë si Hoogewerf kanë shifra më të ulta të interventeve në djegie 20.5% ose 1 ne 5 paciente.

Në trajtimin e pasojave të djegies dhe traumës bie më shumë në sy prezenca e cikatrikseve aurikulare, faciale dhe capitis në përqindje 37%, 27%, dhe 20%, më pak cikatrikset janë lokalizuar në gojë (microris), palpebra dhe në zonat mentale dhe

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGJIKAL

temporale perkatësisht 11%, 9%, 4%, 3%. Në trajtimin e pasojave të djegies dhe traumës në 72% të rasteve kemi kryer Ekcizim+Suture të defekteve, ndërsa në 28% te rasteve Ekcizim+rekonstruksion me transplant, lembo apo Skin ekspander.

Cikatrikset më të shprehura në zonat faciale, aurikulare dhe të pjesës me flokë tregojnë se këto zona janë më të ekspozuara dhe në kontakt direkt me agjentin termik. Po ashtu formimi i tyre strukturor anatomik krijon mundësi për formimin e cikatriksit dhe aderencave. Raporti interventeve për pasojat me numrin e pacienteve të djegur tregon se rreth 40% e pacientëve të djegur zhvillojnë cikatrikse kontraktuese të domosdoshme për tu trajtuar kirurgjikalisht ndonëse autorë të tjerë rekomandojnë më pak 5.3 %, dhe 13%.^{244, 247}



Figura 1-Paraqitje e pacientit me djegie të thellë dhe pasoja të saj

2. VEÇORITË E INTERVENTEVE NË PATOLOGJITË E LINDURA

Patologjitë e lindura të lokalizuara në regjionin kokë-qafë janë kryesisht hemangioma, labium Lepurinum dhe më pak Neurofibromatoza. Të përmbledhura bashkë këto patologji përbëjnë 113 raste ose 2 % e totalit të interventeve në regjionin e lartpërmendur.

Hemangiomat janë patologji të shpeshta që sipas autorëve të ndryshëm prekin deri në 8% të të posalindurve (2-10%), ku në pjesën më të madhe (60-70%) lokalizimi është në regjionin e kokë-qafës (ZHENG). Pjesa më e madhe e tyre absorbohen në mënyrë spontane, rreth gjysma trajtohen në mënyrë konservative dhe një pjesë e vogël kanë nevojë për ndërhyrje kirurgjikale plastike. Më të shpeshta janë hemangiomat e lokalizuara në pjesën faciale, në pjesën me flokë të kokës dhe ne palpebrat inferiore. Trajtimi kirurgjikal konsiston në ekscizimin e plotë të tyre dhe mbylljen e defekteve me transplant të plotë. Më problem janë hemangiomat e palpebrave pasi përveç eliminimit të hemangiomës duhet të ruhet dhe efekti funksional i palpebrës si dhe të merret në konsideratë ana estetike. Në një rast të vështirë kemi ekcizuar pothuaj gjithë zonën faciale ku defekti është mbyllur me një transplant të plotë të marrë në regjionin abdominal nga njëra spina iliaca anterior në tjetrën. Defektet nga hemangiomat frontale mbyllen duke përdorur kryesisht lembot lokale për të patur një rezultat sa më estetik.

Përsa i takon labium leporinum ose “Cleft lip and palate”, kjo patologji konsiderohet e rrallë në përgjithësi ndonëse në deformimet kraniofaciale zë vend të rëndësishëm. Në të njëjtën kohë kërkon edhe trajtim specifik. Problemi qëndron në

restaurimin e plotë të muskulit orbicularis oris dhe të vermilionit. Më të shpeshta janë lokalizimet në buzën e sipërme të cilat shpesh shoqërohen me defekte të ala nazi. Në shërbimin tonë përdorim teknikën Millard. Ralph Millard Jr paraqiti teknikën e përparimit dhe rrotullimit në Kongresin e Parë Ndërkombëtar të Kirurgjisë Plastike, në Stokholm.²¹² Kjo teknikë u botua për herë të parë në 1957, duke u përhapur shpejt për shkak të thjeshtësisë së përgatitjes së saj dhe rezultateve të mira.²¹³ Me anën e kësaj teknike rekonstruktohet plotësisht defekti duke dhënë rezultate mjaft të kënaqshme funksionale. Zhvendosja e lembove afër columelës ripozicionon ala nazi të cilat janë të deformuara nga patologjia bazë. Në rastin kur patologjia e Labium leporimun shoqërohet me Palatoskize organizohet një konsultë e përbashkët me kirurgët maxilo-facialë për të zgjidhur rastin mundësisht brenda një etape operative. Nuk janë të pakta rastet kur këta pacientë rioperohen kur rriten dhe arrijnë moshën e adultit, tashmë për të eliminuar cikatrikset operative për një pamje sa më estetike të plagës që krijohet.

Neurofibromatoza është një patologji e rrallë e cila shpesh shoqërohet edhe me neurofibroma në regjionin e kokës, të cilat mund të jenë edhe të veçuara pa shoqërim me neurofibromatozë ose semundja von Recklinghausen.²¹⁵ Rekomandojmë një biopsi preoperative për konfirmimin e diagnozës si dhe një konsultë paraprake me neurologun. Lokalizimet e neurofibromave në zonat maksilare dhe frontale janë tepër të rrezikshme pasi gjatë interventit mund të konstatohet hemorragji masive apo dhe fraktura spontane kockore nga ekspozimi i sinuseve maksilare apo frontale. Trajtimi kirurgjikal konsiston në ekscizimin pjesë pas pjesë deri në eliminimin e plotë të saj me qëllim shmangien e komplikacioneve postoperative.



Figura 2-Paraqitje e pacientit me Hemangiome (sipër) dhe Neurofibromatozë (poshtë)

3. VECORITË E INTERVENTEVE NË TUMORET BENINJE

Intervetet më të shpeshta të cilat kryhen në shërbimin tonë në regjionin e kokë-qafës janë interventet për tumoret beninje dhe malinje të lëkurës dhe të indeve të buta. Kështu 1,238 raste ose 22 % e totalit janë intervente për tumoret beninje si ciste (47%),

ndjekur nga nevuse (39%) e më pas lipoma, polipe, fibroma etj. Cistet dhe nevuset së bashku përbëjnë 87% të tumoreve beninje të operuar në studimin tonë.

Përsa i takon cisteve disa prej tyre janë të lindura dhe duhet të hiqen sepse mund të infektohen (Dermoid cysts, Branchial cleft cysts, Thyroglossal duct cysts).²⁰⁹ Nga të dhënat tona më shumë kemi operuar ciste dhe nevuse në regjionin facial dhe më pak në capitis, nazi, buzë, ballë etj. Teknika kirurgjikale për të gjitha rastet konsiston në ekcizimin e tumorit dhe mbylljen e defektit duke modeluar buzët e plagës. Këto raste përbëjnë 93% të totalit ndërsa në 5% të rasteve kemi përdorur ekcizim + lembo dhe vetëm në 2% ekcizim dhe transplant.

4. VECORITË E INTERVENTEVE NË TUMORET MALINJE

Studimi ynë tregon se gjatë 10 viteve kemi operuar 3,359 raste me tumore malinje ose 61% e totalit të interventeve në regjionin e kokë-qafës. Në bazë të biopsive pas operate kanë rezultuar se kryesisht tumoret malinje kanë qenë Bazoqelizore në 60% te rasteve, Spinoqelizore në 31% të rasteve, Metatipike në 8% dhe Melanoma në 1% të rasteve.

Bie në sy predominimi i Ca Bazoqelizor që tregon për një punë të mirë profilaktike që bëhet për kapjen herët të tumoreve të lëkurës dhe indeve të buta dhe trajtimin e tyre në kohën e duhur për të shmangur diseminimin e tyre. Gjithësej kemi kryer 2,185 biopsi, numër më i vogël se sa numri i interventeve (rreth 87% e interventeve). Ky fenomen shpjegohet me faktin se një pjesë e mirë e pacientëve kanë dëshiruar për ta tërhequr materialin bioptik për ta kryer ekzaminimin në spitale të tjera apo dhe jashtë shtetit.

Përsa i takon lokalizimit bie në sy lokalizimi facial me 843 raste, nazal në 641 raste, temporal me 380 raste, frontal me 324 raste, aurikular 310 raste, capitis 298 raste, labi inferior me 210 raste. Në 41 % të rasteve interventi ka konsistuar në ekscizim dhe mbyllje defekti me lembo gjë që evidenton se rastet kanë qenë me tumore që kanë patur madhësi të konsiderueshme dhe me prekje të strukturave anatomik ku aplikimi i lembove ka qenë i detyrueshëm.

Në 23% të rasteve nuk janë ekspozuar formacione të rëndësishme anatomike dhe ne kemi aplikuar mbylljen e defektit me transplant kryesisht të plotë apo dhe të pjesshëm kur defekti ka qenë më i madh. Për mbylljen e defektit në regjionin nazal, kantal dhe palpebral kemi përdorur lembot frontale ndërsa një përdorim gjithnjë e më gjerë në shërbimin tonë ka gjetur lemboja nazo-labiale e vaskularizuar e cila është aplikuar për defektet në ala nazi, labium superior, inferior si dhe në zonën mentale.

Pacientët me diangozë Ca Bazoqelizor nuk kanë nevojë për konsultim pranë shërbimit të Onkologjisë pasi ky lloj tumori nuk metastazon, por që pacientët duhet të ndiqen rregullisht për të trajtuar një recidivë të mundshme.

Në rastet e Ca Spinoqelizore ne bashkëpunojmë me shërbimin e Onkologjisë duke i ndjekur pacientët çdo 3 muaj për kapjen sa më shpejt të metastazave dhe trajtimin kirurgjikal të tyre. Në varësi të rastit dhe të konsultës së përbashkët pacientit mund t'i këshillohet edhe radioterapi.

Trajtimi i melanomave kutane përbën më tepër një problem organizativ se sa teknik kirurgjikal. Si protokoll ne zbatojmë me përpikmëri trajtimin e melanomave të dërguara nga shërbimi i Onkologjisë ose ai i Dermatologjisë. Pas mbylljes së plagës, detyrimisht këta pacientë i referohen shërbimit të Onkologjisë për ndjekje të vazhdueshme dhe rigoroze.

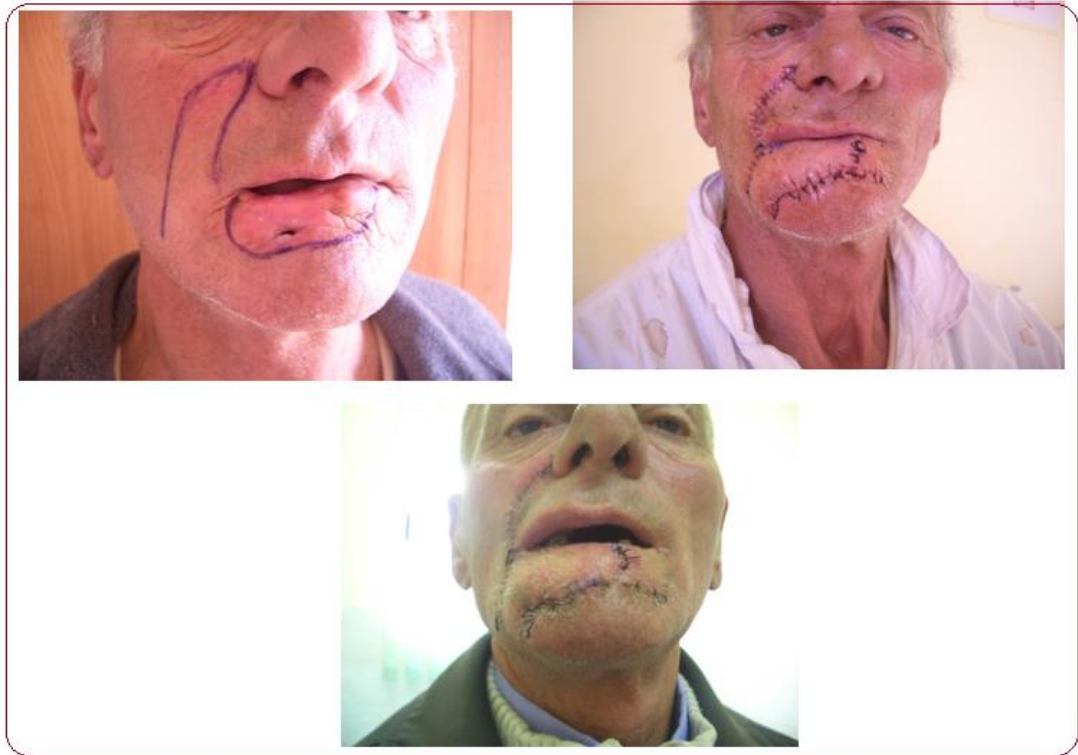


Figura 3 - Paraqitje e rastit me Ca labi inferior dhe përdorimi i lembos rekonstruktuese

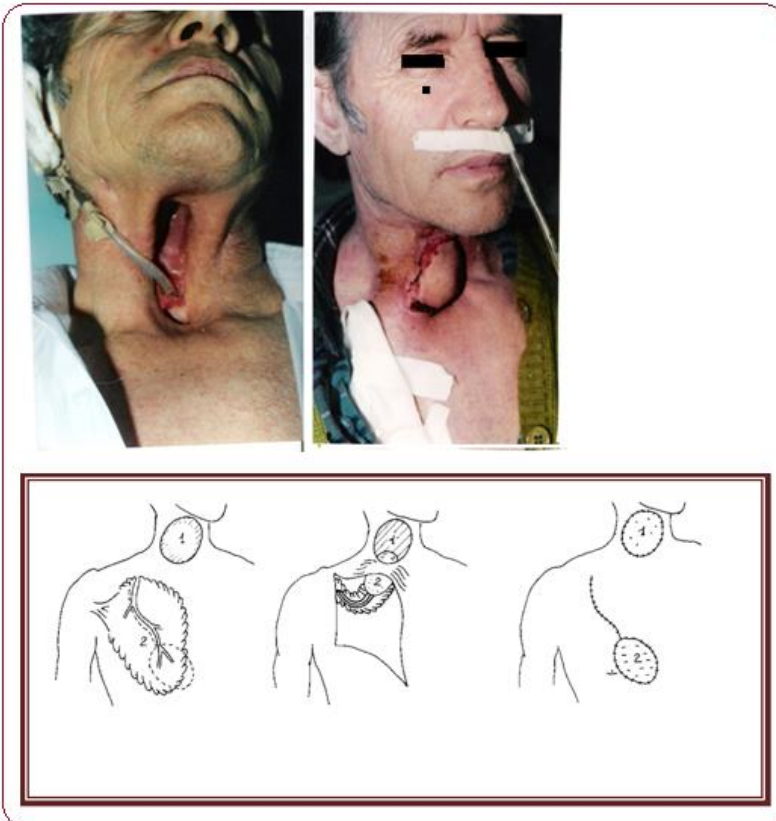


Figura 4 - Paraqitje e rastit me fistulë faringeale pas Ca laringu me anën e përdorimit të lembos Pectoralis major

5. VEÇORITË E INTERVENTEVE NË OPERACIONET ESTETIKE

Në shërbimin tonë në regjionin e kokë-qafës kryhen edhe tre intervente të karakterit estetik si: Rhinoplastika, Otoplastika dhe Blefaroplastika. Gjithësej janë kryer 350 intervente estetike, 6% e totalit të interventeve, ku Rhinoplastika janë kryer në 172 pacientë (62%), Otoplastika në 86 pacientë (31%) dhe Blefaroplastika në 19 pacientë ose 7% të interventeve estetike. Numri i këtyre interventeve ka ardhur në rritje nga viti në vit.

Në rastet e ndërhyrjeve estetike në hundë ne përdorim Rhinoplastikën e mbyllur dhe atë të hapur me reduktim të ala nazi, septumit nazal dhe të gibus nazi duke realizuar afrimin e dy pllakave kockore nazale nëpërmjet osteotomisë laterale të jashtme. Vendosja e tamponëve në vrimat e hundës dhe e allçisë në kurrizin e saj konfiguron më së miri hundën nga ana estetike.

Në rastin e Otoplastikave kirurgu plastik ka si objeksion kryesor reduktimin e anteheliksit dhe konkës duke ekcizuar pjesët e tepërta kartilaginoze. Modelimi i veshit nëpërmjet suturës retroaurikulare kartilaginoze dhe kutane krijon mundësinë e adaptimit të tij në një pozicion të ri fiziologjik dhe estetik. Fashatura e jashtme i mbron veshët e operuar nga një infeksion i mundshëm, komprimon plagën kundër hemorragjisë si dhe modelon aurikulat duke i afruar rreth kokës.

Përsa i takon operacionit të Blefaroplastikës, kryesisht ne operojmë Ptozën në palpebrën superiore dhe më rrallë atë inferiore. Krahas ekcizimit të lëkurës së tepërt është e rëndësishme të ekcizohen dhe tepricat e indit dhjamor periorbital në ato zona ku ai është evident. Mbyllja me delikatesë e plagës krijon pamje të kënaqshme estetike duke siguruar dhe lëvizje funksionale të palpebrës.

PËRFUNDIME

Patologjitë e lokalizuara në regjionin e kokë-qafës që kërkojnë trajtim kirurgjikal janë djegia, trauma dhe pasojat e tyre (cikatrikse, kontraktura, ektropione), patologjitë e lindura (hemangioma, labium leporinum, neurofibroma), tumoret beninje (lipoma, nevuse, ciste, fibroma), tumoret malinje (karcinoma Bazoqelizore, Spinoqelizore, metatipike dhe melanomat) si dhe gibus nasi, prominaureus apo ptozë palpebrale për të cilat kërkohet ndërhyrje estetike.

Trajtimi kirurgjikal është pjesa kryesore e trajtimit kompleks të pacientëve me patologji në regjionin e kokë-qafës. Interventet në regjionin e kokë qafës janë rritur nga 420 në vitin 2010 në 736 në vitin 2019 ndërsa incidenca është 40% të numrit total të interventeve. Vërejmë se 10% e interventeve janë intervente për djegien dhe pasojat e djegieve, 2% janë patologji të lindura, 22% janë tumore beninje, 61% janë intervente për tumoret malinje të regjionit kokë-qafë, ndërsa 6 % janë intervente estetike.

Incidenca e djegieve në regjionin e kokë-qafës ishte 34,3% e djegieve të rënda të shtruara në reanimacion të shërbimit të djegie-plastikës ose 1.8 djegie/100,000 banorë. Rreth 67 % e pacientëve me djegie kanë nevojë për kirurgji në periudhën e hershme të djegies dhe 40% e tyre kanë nevojë për ndërhyrje rekonstruktive të pasojave të djegies. Shkaktari kryesor i djegieve në regjionin e kokë-qafës është djegia Partial-Thickness nga flaka në adultë dhe djegiet nga lëngjet në fëmijë. Lokalizimi i djegieve në këtë regjion nuk ka sinjifikancë statistikore përse i takon lidhjes me mortalitetin. Pacientët me djegie në regjionin e kokë-qafës ndonëse shpesh ndodhin së bashku me djegien madhore në pjesët e tjera të trupit kanë ditëqëndrim më të shkurtër dhe mbijetesë më të mirë se pacientët e tjerë që kanë djegie vetëm në regjionet e tjera.

Në këtë studim ne evidentuam teknikat kirurgjikale që aplikohen në regjionin e kokë-qafës. Në fazën akute, principet e djegies në fytyrë dhe kokë janë të ngjashme me kirurgjinë e djegies së përgjithshme. Parësore janë sigurimi i rrugëve të frymëmarrjes dhe nutricionit të hershëm. Në fazën akute të djegies është e rëndësishme stadifikimi, debridmenti dhe mjekimi lokal i plagëve. Në fazën e ndërmjetme, aplikimi i terapive ndihmëse për të përmirësuar rezultatet dhe shërimin. Me maturimin e cikatriksit, duhet të vlerësojmë defektet dhe të planifikojmë një rikonstruksion individual që fillon nga lirimi i kontrakturave të cikatriceve deri në mbulimin me lembo të komplikuar. Dhe më e rëndësishmja, duhet gjithmonë të përpiqemi të arrijmë aparencën estetike bashkë me atë funksionale.

Teknikat kirurgjikale plastike që përdoren në regjionin e kokë-qafës janë nga më të tjeshtat që është transplantin e deri te teknika më e ndërlikuar që është ajo e transferimit të indeve shtresë pas shtrese me anën e indeve muskulo-kutane. Kështu mund të përmendim me rradhë transplantin e pjesshëm epidero-dermik të kaluar ose jo në mesh, transplantin e plotë, lembot pedunkulare kutaneo-dhjamore klasike, lembot kutaneo-aponeurotike, lembot muskulare apo muskulo-kutane me varjantet e tyre transpozicionale deri ishullor. Gjithashtu kryhen edhe procedurat të veçanta të kirurgjisë rekonstruktive të trajtimit të pasojave të djegies si p.sh.: trajtimi i ektropionit me ose pa tarsorafi, rikonstruksioni i ala nazi, rikonstruksioni i defekteve aurikulare, zmadhimi i këndeve të gojës dhe formimi i buzëve, rindërtimi i vetullave dhe deri në realizimin e lembove kutano-aponeurotike në regjionin e pjesës me flokë për mbylljen e defekteve kutano-kockore nga kalimi i rrymës elektrike.

Menaxhimi përfundimtar i indeve të buta, pastrimi, debridmenti i laceracioneve, ekscizimi aty ku është i mundur 1-2 mm i buzëve të kontuzuara të laceracioneve, drenimi i hematomeve dhe shplarja e pastrimi i indeve të buta do të na sigurojë rezultate superiore në kohën e ndërhyrjeve primare. Menaxhimi i mëvonshëm i indeve të buta

nuk mund të zëvendësojë kurrë menaxhimin imediat përfundimtar përsa i përket rezultateve të trajtimit.

Në rastin e djegieve dhe traumës teknikisht veprohet duke shmangur nekroktominë e hershme për të ruajtur sa më shumë të jetë e mundur shenjat vitale dhe funksionin e shqisave që ndodhen në regjionin e kokë-qafës. Ekscizimi i kujdesshëm dhe rezeksioni i 2 mm të buzëve të laceracionit do të na çojë në rezultate të mira, si dhe do të zvogëlojë indet e kontuzuara dhe pjesërisht të devitalizuara. Ndryshe nga indet e tjera që përfitojnë nga procesi i debridmentit, ky dhe rezeksioni duhen shmangur në palpebra, pjesën distale të hundës dhe ndoshta buzën e vermilionit. Zakonisht në djegie ndërhyjmë pas javës së parë dhe vetëm me bisturi duke realizuar një nekroktomi tangenciale ku si prioritet në fillim kanë palpebrat, e ndjekur nga hunda, buzët, mjekra, faqet, balli dhe në fund qafa, veshët apo dhe pjesa me flokë e kokës. Defektet nga hemangiomat frontale mbyllen duke përdorur kryesisht lebot lokale për të patur një rezultat sa më estetik. Rastet me labium leporinum kryhen me anën e teknikës Millard, ndërsa Trajtimi kirurgjikal i neurofibromatozave konsiston në ekscizimin pjesë pas pjesë deri në eliminimin e plotë të saj me qëllim shmangien e komplikacioneve postoperative.

Në rastet e tumoreve beninje teknika kirurgjikale konsiston në ekscizimin e tumorit dhe mbylljen e defektit duke modeluar buzët e plagës por edhe duke përdorur transplant ose lembo. Në rastin e tumoreve malinje në 41 % të rasteve interveni ka konsistuar në ekscizim dhe mbyllje defekti me lembo si lemboja frontale në rastin e carcinomave në regjionin frontal, cantal dhe palpebral apo lembo nazo-labiale për defektet në ala nazi, labium superior, inferior si dhe në zonën mentale. Në rastet e ndërhyrjeve estetike në hundë ne përdorim Rhinoplastikën e mbyllur dhe atë të hapur, për prominaureusin reduktimin e anteheliksit dhe konkës si dhe modelimin e veshit, ndërsa për ptozën palpebrale ekscizimin të lëkurës së tepërt bashkë me tepricat e indit dhjamor periorbital.

REKOMANDIME

Rezultatet e studimit evidentojnë punën e kujdesshme të stafit kirurgjikal në drejtim të pacientit me djegie, traumë dhe pasoja të cilat kërkojnë procedurë të zgjatura dhe të kualifikuara. Sigurisht trajtimi kirurgjikal duhet të kombinohet me trajtimet e tjera për të arritur përmirësimin e cilësisë së jetës të këtyre pacientëve. Meqënëse regjioni i kokë-qafës është një regjion që shoqërohet me djegie respiratore në 15% të rasteve, kujdes i veçantë duhet të tregohet në mbrojtjen e rrugëve të ajrit dhe monitorimin e kujdesshëm të tyre sidomos në ditët e para të dëmtimit termik.

Në rastin e patologjive tumorale kryerja e konsultave të përbashkëta me shërbimin e Onkologjisë dhe Dermatologjisë ndikon në rritjen e cilësisë së shërbimit.

Specializimet në këtë fushë janë të domosdoshme për të përformuar kirurgun plastik që vepron në regjionin kritik kokë-qafe.

ANËT POZITIVE DHE KUFIZIMET E STUDIMIT

Të dhënat e marra nga ky studim mund të përdoren si reference për studimet e tjera me qëllim përmirësimin e trajtimit të djegieve si kirurgjikal dhe konservativ me qëllim pakësimin e pasojave funksionale dhe estetike pas djegieve në regjionin e kokë-qafës.

Ky studim nuk ka realizuar mundësinë e llogaritjes së kostove për interventet e kryera në regjionin e kokë-qafës.

BIBLIOGRAFIA

1. Owsley JQ, Agarwal CA. Safely navigating around the facial nerve in three dimensions. *Clin Plast Surg.* 2008; 35(4):469–477.
2. Baker DC, Conley J. Avoiding facial nerve injuries in rhytidectomy: Anatomical variations and pitfalls. *Plast Reconstr Surg.* 1979; 64:781–795.
3. Peter C. Neligan, *Plastic Surgery, Third edition 2013. Volume 3, Craniofacial, Head and Neck Surgery*, Ahmed M. Afifi, Risal Djohan. *Anatomy of the head and neck.1;1:pp 3-22.*
4. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. The relationship of the superficial and deep facial fascias: Relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 89:441.
5. Gosain AK, Yousif NJ, Madiedo G, et al. Surgical anatomy of the SMAS: a reinvestigation. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(7):1254–1263.
6. Tolhurst DE, Carstens MH, Greco RJ, Hurwitz DJ. The surgical anatomy of the scalp. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(4):603–614 PubMed
7. Tremolada C, Candiani P, Signorini M, Vigano M, Donati L. The surgical anatomy of the subcutaneous fascial system of the scalp. *Ann Plast Surg* 1994;32(1):8–14 PubMed
8. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58(1):80–88 PubMed
9. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. The relationship of the superficial and deep facial fascias: relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg* 1992;89(3):441–451 PubMed
10. Chayen D, Nathan H. Anatomical observations on the subgaleotic fascia of the scalp. *Acta Anat (Basel)* 1974;87(3):427–432 PubMed
11. Carstens MH, Greco RJ, Hurwitz DJ, Tolhurst DE. Clinical applications of the subgaleal fascia. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(4):615–626 PubMed
12. Koichi Watanabe, MD, PhD, Mohammadali M. Shoja, MD, *Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck 2016*; Yoko Tabira, Joe Iwanaga, Tsuyoshi Saga, and Koichi Watanabe, *Superficial Musculoaponeurotic System and the Facial Soft Tissues 101-110*
13. Furnas DW. Landmarks for the trunk and the temporofacial division of the facial nerve. *Br J Surg.* 1965; 52:694–696.
14. Gosain AK, Sewall SR, Yousif NJ. The temporal branch of the facial nerve: how reliably can we predict its path? *Plast Reconstr Surg.* 1997; 99:1224–1236.
15. Wilhemi BJ, Mowlavi A, Neumeister MW. The safe face lift with bony anatomic landmarks to elevate the SMAS. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:1723.
16. Campero A, Socolovsky M, Martins C, et al. Facialzygomatic triangle: a relationship between the extracranial portion of facial nerve and the zygomatic arch. *Acta Neurochir (Wien).* 2008;150(3):273–278.
17. Hwang K, Kim DJ. Attachment of the deep temporal fascia to the zygomatic arch: an anatomic study. *J Craniofac Surg.* 1999; 10:342.
18. Alpert B, Nahai F. Protecting the facial nerve frontal branch in the “High SMAS” face lift operation. Presented at the American Society for Aesthetic Plastic Surgery Meeting, Vancouver, April 2004.
19. Heinrichs HL, Kaidi AA. Subperiosteal face lift: a 200-case, 4-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1998; 102:843–855.
20. Stuzin JM, Wagstrom L, Kawamoto HK, et al. Anatomy of the frontal branch of the facial nerve: the significance of the temporal fat pad. *Plast Reconstr Surg.* 1989; 83:265.
21. Abul-Hussan HS, von Drasek Ascher G, Acland RD. Surgical anatomy and blood supply of the fascial layers of the temporal region. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 77:17–28.
22. Barton Jr FE, Hunt J. The high-superficial musculoaponeurotic system technique in facial rejuvenation: An update. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 112:1910–1917.
23. Ichimura K, Nibu K, Tanaka T. Nerve paralysis after surgery in the submandibular triangle: Review of University of Tokyo Hospital experience. *Head Neck.* 1997; 19:48–53.
24. Reece EM, Pessa JE, Rohrich RJ. The mandibular septum: anatomical observations of the jowls in aging-implications for facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(4):1414–1420. 22.e2 • 1 • *Anatomy of the head and neck*
25. Freilinger G, Gruber H, Happak W, et al. Surgical anatomy of the mimic muscle system and the facial References 22.e3 nerve: Importance for reconstructive and aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1987;80:686–690.
26. Tzafetta K, Terzis JK. Essays on the facial nerve: Part I. Microanatomy. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125(3):879–889.
27. Savary V, Robert R, Rogez JM, et al. The mandibular marginal ramus of the facial nerve: An anatomic and clinical study. *Surg Radiol Anat.* 1997; 19:69–72.
28. Potgieter W, Meiring JH, Boon JM, et al. Mandibular landmarks as an aid in minimizing injury to the marginal mandibular branch: A metric and geometric anatomical study. *Clin Anat.* 2005; 18:171–178.

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM
KIRURGJIKAL

29. Daane SP, Owsley JQ. Incidence of cervical branch injury with “marginal mandibular nerve pseudoparalysis” in patients undergoing face lift. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111:2414–2418.
30. Chayen D, Nathan H. Anatomical observations on the subgaleotic fascia of the scalp. *Acta Anat (Basel).* 1974;87(3):427–432.
31. Beer GM, Putz R, Mager K, et al. Variations of the frontal exit of the supraorbital nerve: an anatomic study. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(2):334–341.
32. Gupta T. Localization of important facial foramina encountered in maxillo-facial surgery. *Clin Anat.* 2008;21(7):633–640.
33. Fatah MF. Innervation and functional reconstruction of the forehead. *Br J Plast Surg.* 1991;44(5):351–358.
34. Knize DM. Anatomic concepts for brow lift procedures. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(6):2118–2126.
35. Totonchi A, Pashmini N, Guyuron B. The zygomaticotemporal branch of the trigeminal nerve: an anatomical study. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115(1): 273–277.
36. Becker BB. Tricompartment model of the lacrimal pump mechanism. *Ophthalmology.* 1992; 99:1139–1145.
37. Caminer DM, Newman MI, Boyd JB. Angular nerve: new insights on innervation of the corrugator supercilii and procerus muscles. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006;59(4):366–372.
38. Macdonald MR, Spiegel JH, Raven RB, et al. An anatomical approach to glabellar rhytids. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1998;124(12):1315–1320. 22.e4 • 1 • Anatomy of the head and neck
39. Cook Jr BE, Lucarelli MJ, Lemke BN. Depressor supercilii muscle: anatomy, histology, and cosmetic implications. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2001; 17(6):404–411.
40. Daniel RK, Landon B. Endoscopic forehead lift: anatomic basis. *Aesthet Surg J.* 1997;17(2):97–104. Forehead anatomy as it relates to endoscopic rejuvenation is discussed.
41. Abramo AC. Anatomy of the forehead muscles: the basis for the videoendoscopic approach in forehead rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95(7):1170–1177.
42. Cheung LK. The blood supply of the human temporalis muscle: a vascular corrosion cast study. *J Anat.* 1996;189:431–438.
43. Birt BD, Antonyshyn O, Gruss JS. The temporalis muscle flap for head and neck reconstruction. *J Otolaryngol.* 1987; 16:179–184.
44. Bastidas N, Zide BM. The treachery of mandibular angle augmentation. *Ann Plast Surg.* 2010;64(1):4–6.
45. Thomas MA, Yaremchuk MJ. Masseter muscle reattachment after mandibular angle surgery. *Aesthet Surg J.* 2009;29(6):473–476.
46. Mosser SW, Guyuron B, Janis JE, et al. The anatomy of the greater occipital nerve: implications for the etiology of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113(2):693–700.
47. Knize DM. The superficial lateral canthal tendon: anatomic study and clinical application to lateral canthopexy. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109:1149–1157.
48. Anastassov GE, van Damme PA. Evaluation of the anatomical position of the lateral canthal ligament: clinical implications and guidelines. *J Craniofac Surg.* 1996;7(6):429–436. References 22.e5
49. Codner MA, Mccord CD, Hester TR. The lateral canthoplasty. *Oper Tech Plast Reconstr Surg.* 1998;5:90–98.
50. Hwang K, Nam YS, Kim DJ, et al. Anatomic study of the lateral palpebral raphe and lateral palpebral ligament. *Ann Plast Surg.* 2009;62(3):232–236.
51. Koichi Watanabe, MD, PhD, Mohammadali M. Shoja, MD, Anatomy for Plastic Surgery of the Face, Head, and Neck 2016; Nobuaki Imanishi, Arterial Supply of the Facial Skin 40-47; Yelda Atam az Pinar, Figen Govsa, and Servet Celik, Arteries of the Face and Neck 47-63; Yusuke Shimizu, Veins of the Face and Neck 63-72
52. Charles H. Thorne, MD, GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY, Seventh Edition 2014, Techniques and Principles in Plastic Surgery 1-12
53. Velnar, T, Bailey, T, Smrkoj, V. The wound healing process: an overview of the cellular and molecular mechanisms. *J Int Med Res.* 2009;37(5):1528-1542
54. Gurtner, GC, Werner, S, Barrandon, Y, Longaker, MT. Wound repair and regeneration. *Nature.* 2008;453(7193):314-321. Review article highlighting the basics of wound repair and wound regeneration biology.
55. Guo, S, DiPietro, L. Factors affecting wound healing. *J Dent Res.* 2010;89(3):219-229
56. Diegelmann, RF, Evans, MC. Wound healing: an overview of acute, fibrotic and delayed healing. *Front Biosci.* 2004;9:283-289.
57. Chick, LR. Brief history and biology of skin grafting. *Ann Plast Surg.* 1988;21(4):358-365.
58. Hinshaw, Miller, ER. Histology of healing split-thickness, full-thickness autogenous skin grafts and donor sites. *Arch Surg.* 1965;91(4):658-670.
59. Capla Jj, Ceradini D, Tepper O, et al. Skin graft, vasculariution involves precisely regulated regresion and replacement of endothelial cells through both angiogenesis and, vasculogenesis. *Plaast Recons Surg.* 2005. In press.

60. Lindenblatt, N, Calcagni, M, Contaldo, C, et al. A new model for studying the revascularization of skin grafts in vivo: the role of angiogenesis. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122(6):1669-1680.
61. Lindenblatt, N, Platz, U, Althaus, M, et al. Temporary angiogenic transformation of the skin graft vasculature after reperfusion. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126(1):61-70.
62. Birch j, Branemark PI. The vascularisation of a free full thickness skin graft a vital microscopic study. *Scan Plast J Surg.* 1969 ;3:1.
63. Brolmann, FE, Eskes, AM, Goslings, JC, et al. Randomized clinical trial of donor-site wound dressings after split-skin grafting. *Br J Surg.* 2013;100(5):619-627
64. Corps, BV. The effect of graft thickness, donor site and graft bed on graft shrinkage in the hooded rat. *Br J Plast Surg.* 1969;22(2):125-133.
65. Ramanujam, CL, Han, D, Fowler, S, et al. Impact of diabetes and comorbidities on split-thickness skin grafts for foot wounds. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2013;103(3):223-232.
66. Vogt PM, Andree C, et al. Dry, moist and wet skin wound repair. *Ann Plast Surg.* 1995; 34:493.
67. Driver, VR, Lavery, LA, Reyzelman, AM, et al. A clinical trial of Integra Template for diabetic foot ulcer treatment. *Wound Repair Regen.* 2015;23(6):891-900.
68. Phillips, TJ, Bhawan, J, Leigh, IM, et al. Cultured epidermal autografts and allografts: a study of differentiation and allograft survival. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23(2 Pt 1):189-198.
69. Lazic, T, Falanga, V. Bioengineered skin constructs and their use in wound healing. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(suppl 1):75S-90S
70. Daniel, RK, Kerrigan, CL. Skin flaps: an anatomical and hemodynamic approach. *Clin Plast Surg.* 1979;6(2):181-200.
71. Patel, SY, Itani, K. Review of eyelid reconstruction techniques after Mohs surgery. *Semin Plast Surg.* 2018;32(2):95-102.
72. Mathes S, Alpert B, Chang N. Use of the muscle flap in chronic osteomyelitis: experimental and clinical correlation. *Plast Reconst Surr.* 1982; 69:815.
73. Mathes, SJ, Nahai, F. Classification of the vascular anatomy of muscles: experimental and clinical correlation. *Plast Reconstr Surg.* 1981;67(2):177-187.
74. McGregor, IA, Morgan, G. Axial and random pattern flaps. *Br J Plast Surg.* 1973;26(3):202-213
75. Behan, FC. The keystone design perforator island flap in reconstructive surgery. *ANZ J Surg.* 2003;73(3):112-120.
76. Teo, TC. The propeller flap concept. *Clin Plast Surg.* 2010;37(4):615-626, vi.
77. Maciel-Miranda, A, Morris, SF, Hallock, GG. Local flaps, including pedicled perforator flaps: anatomy, technique, and applications. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(6):896e-911e.
78. Zhou, XT. Effects of tissue expansion on the ratio of length to width of random-pattern skin flaps. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 1989;27(7):417-418, 445.
79. Gottlieb, LJ, Krieger, LM. From the reconstructive ladder to the reconstructive elevator. *Plast Reconstr Surg.* 1994;93(7):1503-1504
80. George C Kramer, Tjostolv Lund, David Herndon: Pathophysiology of burn shock and burn edema. In *Total Burn Care D. Herndon ed, W.B. Saunders* 2002, 78-87.
81. Landis EM, Pappenheimer JR. Exchange of substances through the capillary walls. In: *Hamilton WF, Dow P, eds Handbook of Physiology, Vol 2 Sect 2. Baltimore: Williams and Wilkins, 1963:961-1034.*
82. Aukland K, Reed RK. Interstitial-lymphatic mechanisms in the control of extracellular fluid volume. *Physiol Rev* 1993;73(1):1-78.
83. Arturson G, Mellander S. Acute changes in capillary filtration and diffusion in experimental burn injury. *Acta Physiol Scand* 1964;62:457-3.
84. Pitt RM, Parker JC, Jurkovic GJ, Taylor AE: Analysis of altered capillary pressure and permeability after thermal injury. *J Suamer GC. Resuscitation of severe thermal injurg Rec* 1987;42(6):693-702.
85. Lund T, Wigg H, Reed RK. Acute postburn edema: role of strongly negative interstitial fluid pressure. *Am J Physiol* 1988;255:H1069.
86. Belba G, Gedeshi I, Isaraj S, Filaj V, Kola N, Belba M. Head and neck burns: acute and late reconstruction data of burn injury management in 2007. *Ann Burns Fire Disasters.* 2008;21(4):203-205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21991138>
87. Martin R, Taylor S, Palmieri TL. Mortality following combined burn and traumatic brain injuries: An analysis of the national trauma data bank of the American College of Surgeons. *Burns.* 2020;46(6):1289-1296. doi: 10.1016/j.burns.2020.06.022
88. Carney N, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Hawryluk GW, Bell MJ, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition. *Neurosurgery* 2017; 80:6-15; 10.1227/neu.0000000000001432 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
89. Myburgh J, Cooper DJ, Finfer S, Bellomo R, Norton R, Bishop N, et al. Saline or albumin for fluid resuscitation in patients with traumatic brain injury. *N Engl J Med* 2007; 357:874-84; 10.1056/NEJMoa067514 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
90. Heimbach DM, Engrav LE. *Surgical Management of the Burn Wound.* New York: Raven Press, 1984.
91. Wolf SE, Herndon DN. *Burn Care Landes Bioscience.* Austin, TX, 1999.

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM
KIRURGIKAL

92. Monafó WW, Bessey PQ. Wound care. In: Total Burn Care. Second Edition Herndon David N, Ed. London: WB Saunders, 2002
93. Barret Juan P, Herndon David N. Principles and practice of burn surgery, New York, U.S.A Marcel Dekker 2005; Burn wound management 85-93.
94. Barret JP. Surgical closure of the burn wound. In: Color Atlas of Burn Care Barret Juan P, Herndon David N, Eds. London: W.B. Saunders, 2001.
95. Klases HJ. Preparation for surgery. In: Principles and Practice of Burns Management Settle John AD, Ed. Edinburgh. UK: Churchill Livingstone, 1996.
96. Allareddy V, Allareddy V, and Nalliah RP: Epidemiology of facial fracture injuries. J Oral Maxillofac Surg 2011; 69: pp. 2613-2618
97. Boffano P, Kommers SC, Karagozoglu KH, and Forouzanfar T: Aetiology of maxillofacial fractures: a review of published studies during the last 30 years. Br J Oral Maxillofac Surg 2014; 52: pp. 901-906
98. Mithani SK, St.-Hilaire H, Brooke BS, et al: Predictable patterns of intracranial and cervical spine injury in craniomaxillofacial trauma: analysis of 4786 patients. Plast Reconstr Surg 2009; 123: pp. 1293-1301
99. Manson PN, Hoopes J, and Su CT: Structural pillars of the facial skeleton: an approach to the management of Le Fort fractures. Plast Reconstr Surg 1980; 66: pp. 54-62
100. Rodriguez ED, Stanwix MG, Nam AJ, et al: Twenty-six-year experience treating frontal sinus fractures: a novel algorithm based on anatomical fracture pattern and failure of conventional techniques. Plast Reconstr Surg 2008; 122: pp. 1850-1866
101. Buch K, Mottalib A, Nadgir RN, et al: Unifocal versus multifocal mandibular fractures and injury location. Emerg Radiol 2016; 23: pp. 161-167
102. Moore M, David D, and Cooter R: Oblique craniofacial fractures in children. J Craniofac Surg 1990; 1: pp. 4-7
103. MacMillan A, Lopez J, Faateh M, et al: How do Le-Fort type fractures present in a pediatric cohort? J Oral Maxillofac Surg 2017; undefined:
104. Kraft A, Abermann E, Stigler R, et al: Craniomaxillofacial trauma: synopsis of 14,654 cases with 35,129 injuries in 15 years. Craniomaxillofac Trauma Reconstr 2012; 5: pp. 41-50
105. Hussain K, Wijetunge DB, Grubnic S, and Jackson IT: A comprehensive analysis of craniofacial trauma [Internet]. J Trauma Injury Infect Crit Care 1994; 34: pp. 34-47
106. Gonzalez-Ulloa M: Regional aesthetic units of the face. Plast Reconstr Surg 1987; 79: pp. 489-490
107. Seckel B: Facial Danger Zones: Avoiding Nerve Injury in Facial Plastic Surgery. New York: Thieme Medical Publishers, Inc., 2010. pp. 1-52
108. Dorafshar AH, Borsuk DE, Bojovic B, et al: Surface anatomy of the middle division of the facial nerve: Zuker's point. Plast Reconstr Surg 2013; 131: pp. 253-257
109. Tessier P: The classic reprint. Experimental study of fractures of the upper jaw. I and II. René Le Fort, MD. Plast Reconstr Surg 1972; 50: pp. 497-506
110. Manson PN: Some thoughts on the classification and treatment of Le Fort fractures. Ann Plast Surg 1986; 17: pp. 356-363
111. Daffner R: Imaging of facial trauma. Curr Probl Diagn Radiol 1997; 26: pp. 153-184
112. Markowitz BL, Manson PN, Sargent L, et al: Management of the medial canthal tendon in nasoethmoid orbital fractures: the importance of the central fragment in classification and treatment. [Internet]. Plast Reconstr Surg 1991; 87: pp. 843-853
113. Salvolini U: Traumatic injuries: imaging of facial injuries. Eur Radiol 2002; undefined: pp. 1253-1261
114. Amir H, Dorafshar, Eduardo D. Rodriguez, Paul N. Manson: Facial Trauma Surgery; From Primary Repair to Reconstruction 2020, Arthur J. Nam, Edward H. Davidson, Paul N. Manson Assessment of the Patient with Traumatic Facial Injury 1.1. pp 1-15
115. Donelan MB. Facial burn treatment principles. In: McCarthy JG, Galiano RD, Boutros S, eds. Current Therapy in Plastic Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2006:184-193.
116. McIndoe A. Total facial reconstruction following burns. Postgrad Med. 1949;6:187-200.
117. Engrav L, Donelan MB. Face burns: acute care and reconstruction. Oper Tech Plast Reconstr Surg. 1997;4:53-85.
118. Cope O, Langohr JL, Moore FD, et al. Expeditious care of full-thickness burn wounds by surgical excision and grafting. Ann Surg. 1947;125:1-22.
119. Jackson D, Topley E, Cason JS, et al. Primary excision and grafting of large burns. Ann Surg. 1960;152:167-189.
120. Janzekovic ZA. new concept in the early excision and immediate grafting of burns. J Trauma. 1970;10:1103-1108.
121. Engrav LH, Heimbach DM, Walkinshaw MD, et al. Excision of burns of the face. Plast Reconstr Surg. 1986;77:744-751.
122. Neale HW, Billmire DA, Carey JP. Reconstruction following head and neck burns. Clin Plast Surg. 1986;13:119-136.

123. Cole JK, Engrav LH, Heimbach DM, et al. Early excision and grafting of face and neck burns in patients over 20 years. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109:1266-1273.
124. Achauer BM. Reconstructing the burned face. *Clin Plast Surg.* 1992;19:623-636.
125. Engrav LH, Heimbach DM, Walkishaw MD, et al. Acute care and reconstruction of facial burns. In: Mathes SJ, Hentz VR, eds. *Plastic Surgery. The Head and Neck. Vol. 2.* Philadelphia: Saunders Elsevier;2006:45-76.
126. Feldman J. Facial burns. In: McCarthy JG, ed. *Plastic Surgery.* Philadelphia: WB Saunders; 1990:2153-2236.
127. Alster TS. Improvement of erythematous and hypertrophic scars by the 585-nm flashlamp-pumped pulsed dye laser. *Ann Plast Surg.* 1994;32(2):186-190.
128. Allison KP, Kiernan MN, Waters RA, et al. Pulsed dye laser treatment of burn scars. Alleviation or irritation? *Burns.* 2003;29:207-213.
129. Gonzalez-Ulloa M, Castillo A, Stevens E, et al. Preliminary study of the total restoration of the facial skin. *Plast Reconstr Surg (1946).* 1954;13:151-161.
130. Ivy RH. Who originated the Z-plasty? (Charles Pierre Denonvilliers). *Plast Reconstr Surg.* 1971;47:67-72.
131. Davis JS. The relaxation of scar contractures by means of the z-, or reversed z-type incision: stressing the use of scar infiltrated tissues. *Ann Surg.* 1931;94:871-884.
132. Longacre JJ, Berry HK, Basom CR, et al. The effects of Z plasty on hypertrophic scars. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1976;10:113-128.
133. Wong VW, Akaishi S, Longaker MT, Gurtner GC. Pushing back: wound mechanotransduction in repair and regeneration. *J Invest Dermatol.* 2011;131(11):2186-2196.
134. Derdarian CA, Bastidas N, et al. Mechanical strain alters gene expression in an in vitro model of hypertrophic scarring. *Ann Plast Surg.* 2005;55(1):69-75.
135. Alster TS, Tanzi EL. Hypertrophic scars and keloids: etiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4:235-243.
136. Engrav LH, Gottlieb JR, Millard SP, et al. A comparison of intramarginal and extramarginal excision of hypertrophic burn scars. *Plast Reconstr Surg.* 1988;81:40-45.
137. Ketchum LD, Robinson DW, Masters FW. Follow-up on treatment of hypertrophic scars and keloids with triamcinolone. *Plast Reconstr Surg.* 1971;48:256-259.
138. Tavares Filho JM, Belerique M, Franco D, et al. Tissue expansion in burn sequelae repair. *Burns.* 2007;33:246-251.
139. Shannon Wong, Alyson Melin and Debra Reilly; *Clinics in Plastic Surgery*, 2017-10-01, Volume 44, Issue 4, Pages 845-856
140. Leon-Villalpalos J., Jeschke M.G., and Herndon D.N.: Topical management of facial burns. *Burns* 2008; 34: pp. 903
141. Neale H.W., Billmire D.A., and Carey J.P.: Reconstruction following head and neck burns. *Clin Plast Surg* 1986; 13: pp. 119
142. Philp L., Umraw N., and Cartotto R.: Late outcomes after grafting of the severely burned face: a quality improvement initiative. *J Burn Care Res* 2012; 33: pp. 46
143. Gahhos F.N., Ariyan S., Cuono C.B., et al: Burn wound excision and local flap closure. *Ann Plast Surg* 1985; 14: pp. 535
144. Tenenhaus M., Bhavsar D., and Rennekampff H.O.: Treat of deep partial thickness and indeterminate depth facial burn wounds with water-jet debridement and a biosynthetic dressing. *Injury* 2007; 38: pp. S39
145. Gerding R.L., Imbembo A.L., and Fratianne R.B.: Biosynthetic skin substitute vs. 1% silver sulfadiazine for treatment of inpatient partial-thickness thermal burns. *J Trauma* 1988; 28: pp. 1265
146. Demling R.H., and DeSanti L.: Management of partial thickness facial burns (comparison of topical antibiotics and bio-engineered skin substitutes). *Burns* 1999; 25: pp. 256
147. Horch R.E., Jeschke M.G., Spilker G., et al: Treatment of second degree facial burns with allografts—preliminary results. *Burns* 2005; 31: pp. 597
148. Bujang-Safawi E., Halim A.S., Khoo T.L., et al: Dried irradiated human amniotic membrane as a biological dressing for facial burns—a 7-year case series. *Burns* 2010; 36: pp. 876
149. Duteille F., and Perrot P.: Management of 2nd-degree facial burns using the Versajet® hydrosurgery system and xenograft: a prospective evaluation of 20 cases. *Burns* 2012; 38: pp. 724
150. Edlich R.F., Nichter L.S., Morgan R.F., et al: Burns of the head and neck. *Otolaryngol Clin North Am* 1984; 17: pp. 361
151. Deitch E.A., Wheelahan T.M., Rose M.P., et al: Hypertrophic burn scars: analysis of variables. *J Trauma* 1983; 23: pp. 895
152. Fraulin F.O., Illmayer S.J., and Tredget E.E.: Assessment of cosmetic and functional results of conservative versus surgical management of facial burns. *J Burn Care Rehabil* 1996; 17: pp. 19
153. Cole J.K., Engrav L.H., Heimbach D.M., et al: Early excision and grafting of face and neck burns in patients over 20 years. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: pp. 1266

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM
KIRURGIKAL

154. Klein M.B., Engrav L.H., Holmes J.H., et al: Management of facial burns with a collagen/glycosaminoglycan skin substitute-prospective experience with 12 consecutive patients with large, deep facial burns. *Burns* 2005; 31: pp. 257
155. Lille S.T., Engrav L.H., Caps M.T., et al: Full-thickness grafting of acute eyelid burns should not be considered taboo. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: pp. 637
156. Mustoe T.A.: Evolution of silicone therapy and mechanism of action in scar management. *Aesthetic Plast Surg* 2008; 32: pp. 82
157. Serghiou M.A., Homes C.L., and McCauley R.L.: A survey of current rehabilitation trends for burn injuries to the head and neck. *J Burn Care Rehabil* 2004; 25: pp. 514
158. Donelan M.B., Parrett B.M., and Sheridan R.L.: Pulsed dye laser therapy and Z-plasty for facial burn scars: the alternative to excision. *Ann Plast Surg* 2008; 60: pp. 480
159. Mohallal A., Shipkov C., and Braye F.: Influence of the recipient site on the outcomes of fat grafting in facial reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg* 2009; 124: pp. 471
160. Edgerton M., and Hansen F.: Matching facial color with split thickness skin grafts from adjacent areas. *Plast Reconstr Surg Transpl Bull* 1960; 25: pp. 455
161. McCauley R.L., Oliphant J.R., and Robson M.C.: Tissue expansion in the correction of burn alopecia: classification and methods of correction. *Ann Plast Surg* 1990; 25: pp. 103
162. Parrett B., Pomahac B., and Orgill D.: The role of tissue transfer for head and neck burn reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2007; 120: pp. 1871
163. Malhotra R., Sheikh I., and Dheansa B.: The management of eyelid burns. *Surg Ophthalmol* 2009; 54: pp. 356-371
164. Wainwright D.J.: Burn reconstruction: the problems, the techniques, and the applications. *Clin Plast Surg* 2009; 36: pp. 687
165. Taylor H., Carty M., Driscoll D., et al: Nasal reconstruction after severe facial burns using a local turnover flap. *Ann Plast Surg* 2009; 62: pp. 175
166. Zweifel C.J., Guggenheim M., Jandali A.R., et al: Management of microstomia in adult burn patients revisited. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2010; 63: pp. e351
167. Perera C., and Fudem G.M.: Aesthetic reconstruction of severe postburn neck contractures. *Ann Plast Surg* 2008; 61: pp. 559
168. Wang X.K., Zhai Q.K., Xue L., et al: Treatment of postburn anteriorly located neck contractures with local flaps. *J Craniofac Surg* 2012; 23: pp. e387
169. Sarkar A., Raghavendra S., Jeelani Naiyer M.G., et al: Free thin anterolateral thigh flap for post-burn neck contractures - a functional and aesthetic solution. *Ann Burns Fire Disasters* 2014; 27: pp. 209
170. Fernandes J.R., and Driscoll D.N.: Burn ear reconstruction using porous polyethylene implants and tissue expansion. *J Burn Care Res* 2015; 37: pp. e348-e352
171. Ong TK, and Dudley M: Craniofacial trauma presenting at an adult accident and emergency department with an emphasis on soft tissue injuries. *Injury* 1999; 30: pp. 357-363
172. Hussain K, Wijetunge DB, Grubnic S, and Jackson IT: A comprehensive analysis of craniofacial trauma. *J Trauma* 1994; 36: pp. 34-47
173. Mitchener TA, and Canham-Chervak M: Oral-maxillofacial injury surveillance in the Department of Defense, 1996-2005. *Am J Prev Med* 2010; 38: pp. S86-S93
174. Gonzalez-Ulloa M, Castillo A, Stevens E, et al: Preliminary study of the total restoration of the facial skin. *Plast Reconstr Surg* 1954; 13: pp. 151-161
175. Burget GC, and Menick FJ: The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: pp. 239-247
176. Fattahi T: An overview of facial aesthetic units. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61: pp. 1207-1211
177. Spinelli HM, and Jelks GW: Periocular reconstruction: a systematic approach. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91: pp. 1017-1024
178. Iwahira Y, Maruyama Y, and Yoshitake M: A miniunit approach to lip reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: pp. 1282-1285
179. 12. Van Sickels JE, and Alexander JM: Parotid duct injuries. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981; 52: pp. 364-367
180. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et al: The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001; 357: pp. 1391-1396
181. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen KL, et al: The Canadian C-spine rule for radiography in alert and stable trauma patients. *JAMA* 2001; 286: pp. 1841-1848
182. Powers DB, and Delo RI: Characteristics of ballistic and blast injuries. *Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2013; 21: pp. 15-24
183. 18. Hamilton JR, Sunter JP, and Cooper PN: Fatal hemorrhage from simple lacerations of the scalp. *Forensic Sci Med Pathol* 2005; 1: pp. 26772
184. Sanyaolu LN, Farmer SE, and Cuddihy PJ: Nasal septal haematoma. *BMJ* 2014; 349: pp. g6075
185. Stuteville OH, Janda C, and Pandya NJ: Treating the injured ear to prevent a "cauliflower ear." *Plast Reconstr Surg* 1969; 44: pp. 310-312

186. Harris R, Olding C, Lacey C, et al: Changing incidence and management of penetrating neck injuries in the South East London trauma centre. *Ann R Coll Surg Engl* 2012; 94: pp. 240-244
187. Blankenship RB, and Baker T: Imaging modalities in wounds and superficial skin infections. *Emerg Med Clin North Am* 2007; 25: pp. 223-234
188. Turkcuer I, Atilla R, Topacoglu H, et al: Do we really need plain and soft-tissue radiographies to detect radiolucent foreign bodies in the ED? *Am J Emerg Med* 2006; 24: pp. 763-768
189. Abdel-Wahed N, Amer ME, and Abo-Taleb NS: Assessment of the role of cone beam computed sialography in diagnosing salivary gland lesions. *Imaging Sci Dent* 2013; 43: pp. 17-23
190. Amir H. Dorafshar, Eduardo D. Rodriguez, Paul N. Manson: *Facial Trauma Surgery; From Primary Repair to Reconstruction 2020*, Christian Petropolis, Oleh Antonyshyn; *Primary Repair of Soft Tissue Injury and Soft Tissue Defects*. 1.4, 44-57
191. Frodel JL, Barth P, and Wagner J: Salvage of partial soft tissue avulsions with medicinal leeches. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131: pp. 934-939
192. Larsson J, Klasson S, and Arnljots B: Successful nose replantation using leeches for venous draining. *Facial Plast Surg* 2016; 32: pp. 469-470
193. Baptista RR, Barreiro GC, and Alonso N: Pediatric lip replantation: a case of supermicrosurgical venous anastomosis. *J Reconstr Microsurg* 2015; 31: pp. 154-156
194. Plant MA, and Fialkov J: Total scalp avulsion with microvascular reanastomosis: a case report and literature review. *Can J Plast Surg* 2010; 18: pp. 112-115
195. Herrera F, Buntic R, Brooks D, et al: Microvascular approach to scalp replantation and reconstruction: a thirty-six-year experience. *Microsurgery* 2012; 32: pp. 591-597
196. Sosin M, De la Cruz C, Bojovic B, et al: Microsurgical reconstruction of complex scalp defects: an appraisal of flap selection and the timing of complications. *J Craniofac Surg* 2015; 26: pp. 1186-1191
197. Silapunt S, Goldberg LH, Peterson SR, et al: Eyebrow reconstruction: options for reconstruction of cutaneous defects of the eyebrow. *Dermatol Surg* 2004; 30: pp. 530-535
198. Motomura H, Muraoka M, and Nose K: Eyebrow reconstruction with intermediate hair from the hairline of the forehead on the pedicled temporoparietal fascial flap. *Ann Plast Surg* 2003; 51: pp. 314-318
199. Pensler JM, Dillon B, and Parry SW: Reconstruction of the eyebrow in the pediatric burn patient. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: pp. 434-440
200. Chang EL, and Rubin PA: Management of complex eyelid lacerations. *Int Ophthalmol Clin* 2002; 42: pp. 187-201
201. Austin GK, and Shockley WW: Reconstruction of nasal defects: contemporary approaches. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 24: pp. 453-460
202. Haack S, Fischer H, and Gubisch W: Lining in nasal reconstruction. *Facial Plast Surg* 2014; 30: pp. 287-299
203. Shonka DC, and Park SS: Ear defects. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2009; 17: pp. 429-443
204. Kroll SS, Weber RS, Goldberg DP, et al: The vermilion-sharing graft for repairing a vermilionectomy defect. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98: pp. 876-879
205. Ahuja RB: Vermilion reconstruction with labia minora graft. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: pp. 1418-1419
206. Baumann D, and Robb G: Lip reconstruction. *Semin Plast Surg* 2008; 22: pp. 269-280
207. ZHENG, Jia-wei; ZHOU, Guo-yu; WANG, Yan-an; ZHANG, Zhi-yuan Management of head and neck hemangiomas in China, *Chinese Medical Journal*: June 2008 - Volume 121 - Issue 11 - p 1037-1042
208. Nicolai T, Fischer-Truestedt C, Reiter K, Grantzow R. Subglottic hemangioma: a comparison of CO2 laser, Neodym-YAG laser, and tracheostomy. *Pediatr Pulmonol* 2005; 39: 233–237.
209. Zheng JW, Zhou Q, Yang XJ et al (2010) Treatment guideline for hemangiomas and vascular malformations of the head and neck. *Head Neck* 32:1088–1098
210. Brahmhatt, A.N., Skalski, K.A. & Bhatt, A.A. Vascular lesions of the head and neck: an update on classification and imaging review. *Insights Imaging* 11, 19 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0818-3>
211. Gorlin R, Hennekam R. *Syndromes of the head and neck*. 4th ed. New York: Oxford University Press [book online] 2001;p.1-13.
212. Millard Jr. Embryonic rationale for the primary correction of classical congenital clefts of the lip and palate. *Ann R Coll Surg Engl* [periódico online] 1994; 76: 150-60.
213. Miachon, Mateus Domingues and Leme, Pedro Luiz Squilacci. Surgical treatment of cleft lip. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões* [online]. 2014, v. 41, n. 3 [Accessed 21 September 2021], pp. 208-214. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000300013>
214. Kumar BS, Gopal M, Talwar A, Ramesh M. Diffuse neurofibroma of the scalp presenting as circumscribed alopecic patch. *Int J Trichology*. 2010;2(1):60-62. doi:10.4103/0974-7753.66919
215. Ferner Re, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1(NF1): diagnosis and management. *Handb Clin Neurol*. 2013; 115: 939-55.

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM
KIRURGIKAL

216. Dutta M, Saha J, Biswas G, Chattopadhyay S, Sen I, Sinha R. Epidermoid cysts in head and neck: our experiences, with review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;65(Suppl 1):14-21. doi:10.1007/s12070-011-0363-y
217. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, Rook's Textbook of Dermatology. Malden MA: Blackwell Publishing; 2004
218. Mathes SJ, ed, Plastic Surgery, 2nd ed, Philadelphia, PA, Saunder Elsevier; 2006
219. Wolff K, Goldsmith LA, Katz ST, Gilchers BA, Paller AS, Leffell DJ, Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Columbus, OH: The MCGraw Hill Companies; 2008
220. Thorne CH, Chung KC, Gosain AK, Gurtner GC, Grabb & Smith's Plastic Surgery, Seventh Edition 2014, Salts R, Ohana BM, Dermatology for Plastic Surgeons. Skin care and benign dermatologic conditions, 2.13 105-110
221. Lee EH, Nehal KS, Disa JJ, Benign and premalignant skin lesions. *Plast Reconstr Surg J.* 2010; 125 (5): 188-198
222. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2010. Atlanta. GA: American Cancer Society; 2010.
223. Rogey HW, Wei I, Ittock MA, Harm AR, et al Incidence estimate of nonmelanoma skin cancer in the United States. 2006. *Arch Dermatol.* 2010;146:283-287.
224. Tarallo M, Cigna E, Frati R, et al. Metatypical basal cell carcinoma: a clinical review. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27(1):65. Published 2008 Nov 7. doi:10.1186/1756-9966-27-65
225. American Society of Plastic Surgeons. 2008 Reconstructive surgery procedures. Arlington Heights, IL: American Society of Plastic Surgeons; 2008.
226. Silverman MK, Kopf AW, Bart RS, Grin CM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: surgical excision. *J Dermatol Surg Oncol.* 1992;18:471-476
227. Wolf DJ, Zitelli JA. Surgical margins for basal cell carcinoma. *Arch Dermatol.* 1987;123:340-344.
228. Mosterd K, Krekels GA, Nieman FH, et al Surgical excision versus Mohs' micrographic surgery for primary and recurrent basal-cell carcinoma of the face: a prospective randomised controlled trial with 5-year follow-up. *Lancet Oncol.* 2008;9:1149-1156.
229. Rowe DB, Carroll RJ, Day CL Jr. Long-term recurrence rates in previously untreated (primary) basal cell carcinoma: implications for patient follow-up. *J Dermatol Surg Oncol.* 1989;15:315-328.
230. Stojanović S, Poljacki M, Vucković N, Tasić S. Klinicko-histološke odlike Spinoqelizornih karcinoma kože [Clinico-histologic characteristics of spinocellular carcinoma of the skin]. *Med Pregl.* 1998;51(1-2):61-67
231. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward R. Cancer statistics. 2010. *CA Cancer J Clin* 2010;60:277-300.
232. Charles H. Thorne, Chung KC, Gosain AK, Gurtner GC, GRABB AND SMITH'S PLASTIC SURGERY, Seventh Edition 2014, Dermatology for Plastic Surgeons. Cutaneous Malignancies. 2.14:115-126
233. Cassarino DS, Derienzo DP, Barr RJ. Cutaneous squamous cell carcinoma: a comprehensive clinicopathologic classification-part two. *J Cutan Pathol.* 2006;33:261-279.
234. Brantsch KD, Meisner C, Analysis of risk factors determining prognosis of cutaneous squamous-cell carcinoma: a prospective study. *Lancet Oncol.* 2008; 713-720
235. Ross AS, Schmults CD. Sentinel lymph node biopsy in cutaneous squamous cell carcinoma: a systematic review of the English literature. *Dermatol Surg.* 2006;32:1309-1321.
236. Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma. *JAMA.* 2004;292:2771-2776.
237. Zito PM, Scharf R. Melanoma Of The Head And Neck. [Updated 2021 Jun 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513248/>
238. Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds. AJCC Cancer Staging manual. New York, NY: Springer; 2010.
239. Thomas JM, Newton-Bishop J, A'Heru R, et al. Excision margins in high-risk malignant melanoma. *N Engl J Med.* 2004;350:757-766
240. Stebbins WG, Garibyan L, Sober AJ. Sentinel lymph node biopsy and melanoma.: 2010 update. Part I *J Am Acad Dermatol.* 2010; 62:723-734; quiz 735-736.
241. Price JC, Davis RK. The Deltopectoral Flap v the Pectoralis Major Myocutaneous Flap: Which One? *Arch Otolaryngol.* 1984;110(1):35-40. doi:10.1001/archotol.1984.00800270039011
242. Haddadi S, Parvizi A, Niknama R, Nemati S, Farzan R, Kazemnejad E. Baseline Characteristics and Outcomes of Patients with Head and Neck Burn Injuries; a Cross-Sectional Study of 2181 Cases. *Arch Acad Emerg Med.* 2020;9(1):e8. Published 2020 Dec 11. <https://dx.doi.org/10.22037/2Faaem.v9i1.948>
243. Costa Santos D, Barros F, Frazão M, Maia M. Pre-burn centre management of the airway in patients with face burns. *Ann Burns Fire Disasters.* 2015;28(4):259-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5068894/>

244. Hoogewerf CJ, van Baar ME, Hop MJ, Bloemen MC, Middelkoop E, Nieuwenhuis MK. Burns to the head and neck: Epidemiology and predictors of surgery. *Burns*. 2013;39(6):1184-1192. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2013.03.006>
245. Hamilton TJ, Patterson J, Williams RY, Ingram WL, Hodge JS, Abramowicz S. Management of Head and Neck Burns-A 15-Year Review. *J Oral Maxillofac Surg*. 2018;76(2):375-379. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2017.09.001>
246. Tian H, Wang L, Xie W, et al. Epidemiology and outcome analysis of facial burns: A retrospective multicentre study 2011-2015. *Burns*. 2020;46(3):718-726. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2019.08.017>
247. Hop MJ, Langenberg LC, Hiddingh J, et al. Reconstructive surgery after burns: a 10-year follow-up study. *Burns*. 2014;40(8):1544-1551. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.04.014>

APENDIKSI

- ✚ TABELA 1. KRITERET E PËRCAKTIMIT TË DJEGIEVE MADHORE
- ✚ TABELA 2. SHITESA E KARTELES SE TE SEMURIT TE DJEGUR
- ✚ TABELA 3. PROTOKOLLI I REHIDRIMIT NE GRUPIN RL SIPAS FORMULEN PARKLAND
- ✚ TABELA 4. FLETE-NDJEKJE E REHIDRIMIT NE 24 ORET E PARA

1. ADULTË ME DJEGIE GRADA II > 15 % TË SIPËRFAQES TRUPORE OSE ME DJEGIE GRADA III > 10 % TË SIPËRFAQES TRUPORE.
2. FËMIJË ME MOSHË > 4 VJEÇ ME DJEGIE GRADA II > 10 % TË SIPËRFAQES TRUPORE OSE ME DJEGIE GRADA III > 5 % TË SIPËRFAQES TRUPORE.
3. FËMIJË ME MOSHË < 4 VJEÇ ME DJEGIE GRADA II > 5 % TË SIPËRFAQES TRUPORE OSE ME DJEGIE GRADA III ME 1 % TË SIPËRFAQES TRUPORE.
4. ADULTË ,FËMIJË ME DJEGIE TË LOKALIZUARA NË REGJIONE KRITIKE (FYTYRË ,DUAR,KËMBË,PERINEUM) ; DJEGIET ELEKTRIKE;KIMIKE;DJEGIE NË TË MOSHUAR ME PATOLOGJI SHOQËRUESE.NË KËTË GRUP NUK KA PARAMETRA FIKSE DHE GJËNDJA PËRCAKTOHET KONFORM VLERËSIMIT TË PËRGJITHSHËM.

TABELA 1- KRITERET E PËRCAKTIMIT TË DJEGIEVE MADHORE QE SHTROHEN NE REANIMACION

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGIKAL

SHERBIMI I DJEGIES DHE KIRURGJISE PLASTIKE

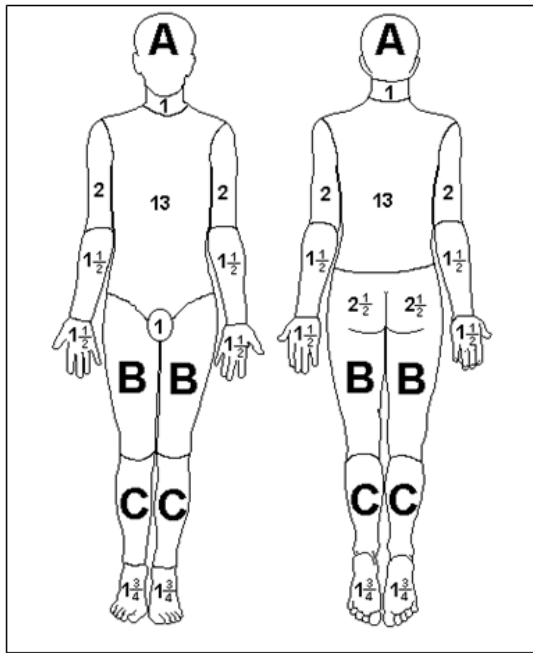
SHTESE KARTELE NR

1. TE DHENA TE PERGJITHSHME PER DJEGIEN

Emri Mbiemri _____ Moshë _____ Peshë _____ Gjinia _____
 Data e djegies _____ ora _____ Data e shtrimit _____ ora _____
 Sa ore pas djegies _____ Ardhja direkt _____ Ardhja nga spitali rajonal _____ rehidruar me _____ ml
 Vend-ndodhja e djegies _____ Hapesire e mbyllur _____
 Diegie Respiratore _____ Shok kombustional _____ Alergji _____
 Kome _____ Dentim cirkular _____ Incizione liruese _____

VLERESIMI I SIPERFAQES DHE THELLESISE

1. RREGULLI I 9-shes.
 2. LUND & BROWDER.



> Mos e vlereso eritemen e thjeshte.



GRADA II



GRADA III

REGIONI	%	
	GrII	GrIII
KOKA		
QAFJA		
TRUNKU ANT.		
TRUNKU POST.		
KRAHU I DJATHTE		
KRAHU I MAJTE		
GLUTEALET		
GENITALET		
KEMBA E DJATHTE		
KEMBA E MAJTE		
TOTAL		

PERQINDJA RELATIVE E SIPERFAQES SE TRUPIT NDIKUAR NGA RITJJA

ZONA	MOSHA 0	1	5	10	15	ADULT
A=1/2 E KOKES	9 ½	8 ½	6 ½	5 ½	4 ½	3 ½
B=1/2 E KOFSHES	2 ¾	3 ¾	4	4 ¼	4 ½	4 ¾
C=1/2 E KERCIRIT	2 ½	2 ½	2 ¾	3	3 ¼	3 ½

DIAGNOZA _____

MJEKU _____

TABELA 2-SHTESE E KARTELES SE TE SEMURIT TE DJEGUR

BESNIK FASKAJ

ADULT (PARKLAND)

$4 \text{ ml} \times \text{kg} \text{ peshe} \times \% \text{ BSA} = 4 \times \dots \times = \dots \text{ ml/24 h}$

MARRJE VENOZE

ADULT _____ ml./24h

8 h e para _____ ml ritmi _____ ml/h

16 h e tjera _____ ml ritmi _____ ml/h

DIUREZA E PRITSHME

ADULT (0,5-1 ml/kg/h) _____ ml/h FEMIJE (1ml/kg/h) _____ ml/h

Kujdes diureza

< 0,5 ml/kg ne oren paraardhese	_____	shumezo me 2 ritmin teorik
0,5 - 0,75 ml/kg	_____	normale
0,75- 1 ml/kg	_____	normale
1 - 2 ml/kg	_____	piestoje me 2 ritmin teorik
2 - 3 ml/kg	_____	piestoje me 4 ritmin teorik
3 - 4 ml/kg	_____	piestoje me 8 ritmin teorik

TABELA 3- PROTOKOLLI I REHIDRIMIT NE GRUPIN ME FORMULEN
PARKLAND

PATOLOGJITË E LOKALIZUARA NË REGJIONIN KOKË-QAFË QË KËRKOJNË TRAJTIM KIRURGJIKAL

FLETE NDJEKJEJE E REHIDRIMIT (MARRJE IV -DIUREZE) NE 24 ORET E PARA.
 MARRJE TEORIKE =8 h I ml/h 8h II ml/h DIUREZA TEORIKE = ml/h (1 ml/kg/h)

O R E T P A S D I U R E Z E S	O R A	IN					OUT				NET	
		MARRJE I ml/h	MARRJE II ml/h	RITMI ml/kg/h	MARRJE kumulative	MARRJE kumulative ml/kg	DIUREZA ml/h	RITMI ml/kg/h	DIUREZA KUMULATIVE	DIUREZA KUMULATIVE ml/kg	KUMULATIVE IN -KUMULATIVE OUT ml/h	FLUID ACCUMULATION ml/kg
1												
4												
8												
12												
16												
20												
24												

TABELA 4- FLETE-NDJEKJE E REHIDRIMIT NE 24 ORET E PARA

