

**Universitatea de Medicină și Farmacie**

**„Carol Davila”**

**București**

**Facultatea de Medicină**

*Reabilitarea pacienților postreconstrucție facială*

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**COORDONATOR: Prof. Emerit Dr. Ioan Lascăr**

**DOCTORAND: Mihai Alexandru Păun**

**-2020-**

## Cuprins

Cuprins.....	2
Tabel Figuri .....	6
Motivația studiului personal .....	6
Partea generală.....	11
1 Bazele anatomice ale chirurgiei feței .....	12
1.1.1 Limitele feței:.....	12
1.1.2 Etajele feței: .....	12
1.1.3 Șanțurile feței :.....	12
1.1.4 Zonele estetice ale feței:.....	13
1.1.5 Stratigrafia feței : .....	14
1.1.6 Plan osos .....	22
2 Analiza și managementul defectelor faciale.....	24
2.1 Clasificarea defectelor faciale .....	24
2.2 Reconstrucția defectelor post excizie tumorală .....	25
2.2.1 Clasificarea lambourilor: .....	25
2.3 Condițiile de viabilitate ale unui lambou: .....	26
2.4 Reconstrucția diverselor etaje ale masivului facial.....	28
2.4.1 Reconstrucția regiunii frontale.....	28
2.4.2 Reconstrucția pleoapei: .....	29
2.5 Reconstrucția nasului .....	31
2.6 Reconstrucția obrazului .....	36
2.7 Reconstrucția zonei suborbitale: .....	36
2.8 Reconstrucția zonei preauriculare.....	38

2.9	Zona bucomandibulară.....	39
2.10	Reconstrucția regiunii periorale și a buzelor .....	40
2.11	Reconstrucția defectelor de la nivelul vermilionului .....	41
2.11.1	Reconstrucția buzei toată grosimea .....	41
2.11.2	Reconstrucția totală de buză .....	43
2.11.3	Reconstrucția regiunii mandibulare .....	44
2.11.4	Defecte mandibulare care nu necesită reconstrucție .....	44
2.12	Tratamente adjuvante postrezeecție tumorală malignă.....	46
2.12.1	Evidare ganglionară .....	46
2.12.2	Radioterapia .....	47
2.12.3	Chimioterapia.....	48
2.12.4	Imunoterapia .....	48
	Partea specială .....	49
3	Reinserția socială: Asistarea psihologică .....	50
3.1	Impactul psihosocial al reconstrucției faciale .....	51
3.1.1	Tulburările de anxietate .....	51
3.1.2	Tulburarea de stres post-traumatic.....	52
3.1.3	Dismorfofobia .....	53
3.1.4	Depresia .....	55
3.1.5	Suicidul .....	56
3.1.6	Episodul psihotic acut și tranzitor.....	57
3.1.7	Patologia adicției.....	58
3.1.8	Alte patologii asociate.....	59
3.2	Profilaxia.....	60
3.2.1	Informarea pacientului si managementul relației medic-pacient .....	60
3.3	Asistare psihologică preintervențională.....	61

3.3.1	Colaborarea interdisciplinară .....	62
3.4	Asistarea psihologică .....	63
3.4.1	Terapia cognitiv-comportamentală .....	63
3.4.2	Psihoterapia paradoxală .....	64
3.4.3	Terapia de acceptare si angajament (ACT-acceptance and commitment therapy) .....	65
3.4.4	Programarea neurolingvistică (NLP) .....	66
3.5	Tratament psihiatric .....	67
3.6	Studii recente .....	68
3.7	Propunere protocol pentru managementul pacienților post-reconstrucție facială .....	69
3.7.1	Preintervențional .....	69
3.7.2	Postintervențional .....	70
3.8	Concluzie .....	74
4	Reabilitarea nutriționala a pacienților postreconstrucție faciala .....	75
5	Grupul de studiu, metodele de investigație, analiza rezultatelor .....	8
5.1	Analiza datelor .....	80
5.1.1	Distribuția pe sexe .....	80
5.1.2	Distribuția în funcție de localizare .....	81
5.1.3	Distribuția în funcție de tipul intervenției .....	83
5.1.4	Distribuția pe sexe, corelată cu mediul de proveniență și tipurile histopatologice .....	84
5.1.5	Distribuția pe sexe, corelată cu tipurile histopatologice și mediul de proveniență .....	85
5.1.6	Distribuția în funcție de grupele de vârstă .....	87
5.1.7	Localizarea în funcție de tipul histopatologic .....	90
5.1.8	Recidiva în funcție de grupa de vârstă .....	92

5.1.9	Localizare în funcție de tipul intervenției .....	97
5.2	Concluzii .....	9
6	Prezentare de caz .....	104
	Bibliografie .....	15

## Motivația studiului personal

Tumorile faciale reprezintă o patologie extrem de severă. Supraviețuirea la distanță este influențată semnificativ de tipul histopatologic al tumorii, în cazul neoplaziilor, de stadiul în care sunt descoperite, îmbunătățirea rezultatelor terapeutice fiind posibilă doar printr-o intervenție precoce.

Tratamentul tumorilor faciale este privit astăzi ca un tratament multimodal, incluzând tratamentul chirurgical, chimioterapia și radioterapia. Cu toate că terapia chirurgicală este esențială, în prezent se practică o terapie adaptată stadiului și comorbidităților asociate.

Tumorile maligne faciale au o evoluție naturală gravă, existând posibilitatea demonstrată de a fi tratate cu rezultate bune dacă sunt diagnosticate în stadii precoce.

În țara noastră ne confruntăm cu o proporție mare de cazuri depistate în stadiul avansat, a căror abordare terapeutică diferă mult de stadiile precoce și a căror șansă de supraviețuire este mult diminuată.

În studiul de față mi-am propus analiza patologiei tumorale faciale pentru pacienții internați în clinica noastră, având ca scop final aplicabilitatea terapeutică prin stabilirea unui protocol chirurgical care să conducă la îmbunătățirea supraviețuirii pe termen lung, a unui protocol complex, pluridisciplinar, aplicat pre, intra și postoperator.

Reabilitarea pacienților se desfășoară pe mai multe paliere:

1. Structural
2. Funcțional
3. Estetic
4. Reintegrare socială

Reabilitarea structurală constă în restabilirea caracteristicilor tisulare cât mai aproape de structura originală.

Reabilitarea funcțională constă în reanimarea facială, un exemplu constând în reconstrucția de zâmbet după paralizia iatrogenă (îndepărtarea musculaturii faciale), reconstituirea sfincterelor anatomice (orbicularul gurii, orbicularul ochiului).

Reabilitarea estetică constă în retușuri pentru cicatrici, ptoze, asimetrii.

Reintegrarea socială prin formarea unei echipe multidisciplinare care să includă un logoped și un psihoterapeut.

Prin cercetarea realizată am obiectivat problematica complexă cu care se confruntă pacientul beneficiar al reconstrucției faciale, necesitatea implicării mai multor specialități medicale și crearea unei echipe pluridisciplinare care să se implice etapizat, pe tot parcursul internării pacientului în spital, stabilind conduita terapeutică și planul de recuperare inclusiv după externarea pacientului.

Nucleul de experți în problematica reconstrucției faciale trebuie să includă:

- medici specialiști în chirurgie plastică, estetică și microchirurgie reconstructivă
- medici specialiști în chirurgia bucomaxilofacială
- medici specialiști în otorinolaringologie
- medici specialiști în anestezie terapie intensivă
- medic specialist în terapia durerii
- farmacolog clinic
- psiholog
- asistența religioasă asigurată prin preot
- nutriționist
- logoped
- ortodont
- medic specialist în implantologie

O atenție specială am acordat reintegrării sociale a pacienților postreconstrucție facială, consacrand un capitol distinct în cadrul tezei de doctorat. În acest sens, am propus un chestionar specific, original, capabil să cuantifice riscul decompensării psihice a pacientului beneficiar al intervenției de reconstrucție facială, chestionar aplicabil pe tot parcursul spitalizării.

Din cercetarea realizată și prezentată în teza de doctorat a rezultat necesitatea abordării unitare a pacientului postreconstrucție facială și propunerea motivată științific de

a se crea în fiecare clinică un nucleu multidisciplinar format din specialiști cu expertiză în patologia tumorală facială.

Abordarea secvențială, unidisciplinară, diminuează rata de succes a intervenției chirurgicale prin apariția unor probleme de ordin psihologic, de exprimare, nutriționale, de inserare în viața socială, cu impact major asupra calității vieții pacientului.

Fiecărui pacient cu patologie tumorală facială îi vor fi prezentate planul terapeutic și echipa multidisciplinară de specialiști care vor interveni conform protocolului stabilit individual, toate aceste măsuri contribuind la creșterea gradului de încredere a pacientului în reușita intervenției chirurgicale, în echipa medicală, îmbunătățind astfel semnificativ complianța pacientului în raport cu actul medical.

Reabilitarea pacienților postreconstrucție facială implică munca în echipă, abordarea complexă și unitară; scopul prezentei teze de doctorat este de a demonstra necesitatea formării nucleului multidisciplinar de experți care să asigure perioperator servicii medicale de cea mai înaltă calitate pentru a obține cele mai bune rezultate în această patologie.

### **Grupul de studiu, metodele de investigație**

Grupul de studiu a fost alcătuit din 100 de pacienți internați cu patologie tumorală facială, diagnosticați și operați în clinică, începând cu data de 1.01.2012.

Prelevatele tisulare provenind de la acești pacienți au fost piese operatorii excizate în timpul intervenției chirurgicale.

Examinarea anatomopatologică a pieselor tumorale a fost efectuată în laboratoarele de anatomie patologică din cadrul Spitalului Clinic de Urgență București, descrierea macroscopică și microscopică fiind consemnate în registrul de examene anatomopatologice. Piesele de rezecție au fost trimise în cel mai scurt timp posibil din sala de operație la laboratorul de anatomie patologică, unde au fost examinate macroscopic și prelucrate.

Prelucrarea materialului tisular s-a efectuat prin metoda histopatologică clasică, iar pentru evaluarea histopatologică, secțiunile au fost colorate cu hematoxină-eozină, colorație uzuală.

## Analiza rezultatelor

### Concluzii

Din analiza grupului de studiu format din 100 de pacienți internați cu patologie tumorală facială, diagnosticați și operați începând cu data de 1.01.2012, am obținut următoarele rezultate :

- s-a observat predominanța tumorilor faciale la sexul feminin, reprezentând 51% din cazuri, existând o diferență de 2% față de sexul masculin;
- frecvența cea mai mare este întâlnită în mediul urban la pacienții de sex feminin, cu un procent de 28% din cazuri, locul al doilea este ocupat de pacienții de sex masculin, cu un procent de 26% din cazuri și la egalitate, cu un procent de 23% din cazuri se află pacienții de sex feminin din mediul rural și pacienții de sex masculin din mediul urban;
- frecvența tumorilor faciale este mai mare în mediul urban față de mediul rural, 51% vs 49 %, existând o diferență de 2% în funcție de mediul de proveniență;
- 42% din formațiunile tumorale faciale sunt localizate la nivelul piramidei nazale, regiunii malare și nazo-geniene, procentul cel mai mare fiind reprezentat de formațiunile tumorale localizate la nivelul piramidei nazale, 22% dintre pacienți având această localizare, 18% din tumori sunt localizate la nivelul buzei inferioare și regiunii frontale;
- distribuția în funcție de tipul histopatologic: 71% carcinoame bazocelulare, 24 % carcinoame spinocelulare și 5% melanoame maligne;
- frecvența cea mai mare se înregistrează în cazul carcinoamelor bazocelulare la sexul feminin, cu un procent de 40% din cazuri; locul al doilea ca frecvență îl ocupă același tip histopatologic, cu o diferență de 9 procente față de precedentul, 31% din cazuri fiind diagnosticate cu carcinoame bazocelulare la sexul masculin, locul al treilea ca frecvență îl ocupă carcinoamele spinocelulare la sexul masculin, fiind întâlnite în 16% din cazuri;
- se observă preponderența carcinoamelor bazocelulare la sexul feminin în raport cu sexul masculin, 40% vs 31%;
- carcinomul spinocelular este mai frecvent întâlnit la bărbați în raport cu femeile, procentul pacienților de sex masculin fiind dublu față de sexul feminin, 16 % vs 8%;

- melanomul malign a fost diagnosticat mai frecvent la sexul feminin, fiind înregistrate 3 cazuri în raport cu 2 cazuri de sex masculine;
- predominanța carcinomului bazocelular în grupa de vârstă cuprinsă între 71- 80 de ani, reprezentând 25 % din totalul pacienților;
- 47% din totalul pacienților au fost diagnosticați cu carcinom bazocelular și s-au încadrat în intervalul de vârstă cuprins între 61- 80 de ani;
- în intervalul de vârstă 61- 90 de ani, 61% dintre pacienți au fost diagnosticați cu carcinom bazocelular, în timp ce 20 % dintre pacienți au fost diagnosticați cu carcinom spinocelular, 81% din cazuri au prezentat carcinoame bazocelulare și spinocelulare în intervalul de vârstă cuprins între 61- 90 de ani;
- melanomul malign este întâlnit în mod egal în decadele cuprinse între 51- 60 de ani și 81- 90 de ani, reprezentând 2 % din totalul pacienților, cele cinci cazuri diagnosticate și operate pentru melanom malign au avut vârsta cuprinsă între 51- 90 de ani;
- se observă repartiția preferențială a unui anumit tip histopatologic pentru o anumită localizare: carcinoamele bazocelulare apar cel mai frecvent în tumorile de aripă nazală și tumorile din regiunea nazo- geniană, carcinoamele spinocelulare apar cel mai frecvent în tumorile de buză inferioară, melanoamele maligne apar cel mai frecvent în regiunea malară;
- frecvența cea mai mare a recidivelor postoperatorii s-a înregistrat la pacienții cu vârsta cuprinsă între 71- 80 de ani, aceștia reprezentând 8 % din totalul pacienților și 36, 36% din totalul cazurilor care au prezentat recidive;
- majoritatea recidivelor postoperatorii s- au înregistrat în intervalul de vârstă cuprins între 51- 90 de ani, reprezentând 21 din cele 22 de cazuri semnalate, 95, 45% dintre pacienții care au prezentat recidive;
- cu toate că numărul pacienților diagnosticați și operați pentru carcinom bazocelular a fost semnificativ crescut în raport cu numărul pacienților diagnosticați cu carcinom spinocelular și melanom malign ( 71% vs 24% vs 5 % ), s-a constatat numărul cel mai redus de recidive postoperatorii în comparație cu celelalte tipuri histopatologice;
- s-au practicat cinci tipuri de intervenții chirurgicale constând în : excizie / sutură;
  - excizie/ lambou, excizie / grefă, excizie / lambou transfer liber, excizie / lambou + grefă;

- intervenția chirurgicală predominantă a constat din excizia formațiunii tumorale urmată de sutură, 51% dintre pacienți beneficiind de această opțiune chirurgicală;
- în 34% din cazuri s-a practicat excizia formațiunii tumorale urmată de lambou, în 10% din cazuri s-a practicat excizia formațiunii tumorale urmată de grefă, iar în 4% din cazuri s-a practicat excizia formațiunii tumorale urmată de lambou transfer liber;
- tipul intervenției chirurgicale a variat în funcție de localizarea formațiunii tumorale;
- în cazul formațiunilor tumorale localizate la nivelul aripiei nazale, a predominat intervenția chirurgicală constând în excizia formațiunii tumorale urmată de lambou;
- în cazul tumorilor de sinus maxilar s-a practicat excizia formațiunii urmată de lambou transfer liber;
- pentru unele formațiuni tumorale localizate la nivelul buzei superioare și regiunii palpebrale inferioare s-a practicat excizia formațiunii urmată de lambou + grefă;
- un procent ridicat al intervențiilor chirurgicale a constat în excizia formațiunii tumorale urmată de sutura plăgii, formațiunile tumorale fiind localizate la nivelul regiunii nazo-geniene, malare, palpebrale inferioare, frontale, buzei inferioare și superioare.
- am constatat că impactul psihologic pe care l-a avut asupra pacienților aflarea diagnosticului oncologic a depins de personalitatea fiecărui pacient, de pregătirea preoperatorie, de consilierea psihologică
- un procent important dintre pacienții internați a prezentat stări anxioase, manifestate uneori sub forma unor atacuri de panică
- la unii pacienți s-a remarcat tendința de a manifesta stări depresive, tulburări ale somnului, fiind necesar consult psihologic de aceea consider extrem de utilă aplicarea unui chestionar specific (alcătuit din 10 itemi) aplicabil pe tot parcursul spitalizării, care să evalueze riscul decompensării psihice a pacientului care a suferit o intervenție de reconstrucție facială
- din analiza lotului studiat am identificat grupele de risc susceptibile de a prezenta tulburări psihice de diferite grade: pacientele de sex feminin, pacienții cu antecedente psihiatrice, tulburări de personalitate, consum de substanțe, tineri, suport familial redus, nivele socioeconomic și educațional reduse, funcționalitate premorbidă deficitară
- am constatat rolul extrem de important al componentei psihologice pentru reușita

intervenției per ansamblu, remarcând necesitatea consilierii pacientului chiar din momentul diagnosticării

- rezultatele reabilitării psihologice a pacientului postreconstrucție facială pot fi îmbunătățite prin implicarea precoce a psihologului în abordarea pacientului diagnosticat cu patologie oncologică facială
- din analiza lotului studiat am remarcat necesitatea evaluării nutriționale a pacientului chiar din momentul internării pentru a stabili un plan nutrițional eficient. Reabilitarea nutrițională continuă după intervenția chirurgicală, postreconstrucție facială, având un rol important asupra prognosticului și a calității vieții pacientului; s-a dovedit scăderea complicațiilor postoperatorii prin aplicarea unui management nutrițional coordonat de către un specialist, individualizat. Rolul specialistului nutriționist este foarte important în cadrul echipei pluridisciplinare dedicate pacientului beneficiar al reconstrucției faciale, continuând și după externarea acestuia. Aplicarea unui plan nutrițional coerent combate cașexia neoplazică, malnutriția prezentă în majoritatea cazurilor, contribuind la succesul terapiilor ulterioare intervenției (chimio sau radioterapia) prin asigurarea unui status optim de nutriție a pacientului; astfel, reacțiile adverse specifice acestora pot diminua considerabil.
- reconstrucția facială a implicat în anumite situații reconstrucția buzei de jos și a limbii (uneori limba fiind incomplet reconstruită) care au condus la tulburări de vorbire, fiind cunoscut rolul buzei de jos în pronunția consoanelor.
- în urma acestei analize am constatat necesitatea implicării unui logoped specializat pentru a lucra cu pacienții operați la nivelul etajului inferior al feței
- propun ca echipa multidisciplinară să aibă în componența ei un logoped, rolul acestuia fiind foarte important; tulburările de vorbire au un important impact negativ asupra activității socio- profesionale a pacientului, corectarea lor contribuind semnificativ la creșterea calității vieții.
- colaborarea dintre logoped și psiholog vor constitui o etapă importantă postreconstrucție facială
- am constatat absența în literatura de specialitate a unor teste psihologice specifice aplicabile postoperator în cadrul unor astfel de intervenții, din acest motiv am propus „Chestionarul de risc postreconstrucție facială a Spitalului Clinic de Urgență București” prezentat într-un capitol distinct al tezei de doctorat

În studiul prezentat am analizat pacienții diagnosticați cu tumori oncologice faciale, operați în „Clinica de Chirurgie Plastică și Microchirurgie Reconstructivă – Spitalul Clinic de Urgență București”, având ca scop final aplicabilitatea terapeutică și implicit îmbunătățirea conduitei terapeutice și a supraviețuirii pe termen lung; am identificat punctele slabe apărute în procesul de reabilitare postreconstrucție facială și am încercat să propun diverse metode pentru remedierea acestora prin abordarea pluridisciplinară și necesitatea formării unei echipe complexe - nucleu de experți care să preia pacientul din momentul stabilirii diagnosticului.

Mi-am propus continuarea cercetărilor în acest domeniu, fiind necesară extinderea lotului de pacienți pentru a obține rezultate relevante, semnificative statistic, fiind convins că orice studiu realizat riguros poate contribui la realizarea unui tablou cât mai veridic asupra patologiei oncologice la nivel facial.

Cancerul, acest flagel mondial, „împăratul tuturor bolilor” poate fi învins prin contribuția fiecărui cercetător, prin fiecare studiu realizat, fiecare viață salvată fiind importantă.

### **Chestionarul de risc post-reconstrucție facială**

1. Mă simt neatrăgător/neatrăgătoare

--	--	--	--	--

2. Sunt nemulțumit(ă) de rezultatul post-operator

--	--	--	--	--

3. Am în prezent percepții dureroase

--	--	--	--	--

4. Am rămas cu o dizabilitate post-traumatică

--	--	--	--	--

5. Consider că viața mea nu va mai fi la fel

--	--	--	--	--

6. Am avut tulburări anxioase sau depresive în trecut

--	--	--	--	--

7. Cariera mea va avea de suferit

--	--	--	--	--

8. Sunt preocupat de stabilitatea mea financiară

--	--	--	--	--

9. Îmi este teama de reacția familiei și a prietenilor

--	--	--	--	--

10. Mă simt copleșit(ă) de emoții

--	--	--	--	--

În care:

1 = Sunt în dezacord total

2 = Sunt în mare măsură în dezacord

3 = Sunt neutru

4 = Sunt în mare măsură de acord

5 = Sunt de acord în totalitate

Interpretarea rezultatelor:

**10 – 20: risc scăzut**

**20 – 30: risc moderat – scăzut**

**30 – 40: risc moderat – sever**

**40 – 50: risc sever**

**Risc scăzut:** în cazul încadrării în acest grad de risc pacientul nu necesită consiliere psihologică obligatorie ci doar opțională, fiind recomandat suportul familial și reaplicarea testului în cadrul fiecărei vizite pentru monitorizarea post operatorie a evoluției procesului de refacere.

**Risc moderat-scăzut:** psihologul are datoria să consilieze pacientul pe durata internării. Rămâne la latitudinea psihologului dacă pacientului i se recomandă să continue ședințele de psihoterapie la un interval stabilit și după externarea acestuia.

**Risc moderat-sever:** este recomandată consilierea obligatorie a pacientului și în afara cadrului spitalicesc. În funcție de evoluția acestuia în cadrul ședințelor de psihoterapie i se poate recomanda un consult psihiatric dacă nu se observă o îmbunătățire a rezultatelor terapeutice aplicate de către psiholog.

**Risc sever:** se recomandă consult psihiatric în timpul internării, consult asigurat de psihiatrul spitalului, pentru a stabili dacă este necesar tratamentul medicamentos psihiatric. Se recomandă monitorizarea obligatorie de către un psiholog. Se sesizează familia pentru acordarea suportului emoțional și se consiliază și familia de către psihologul spitalului în legătură cu demersurile recomandate și posibila evoluție a acestuia.

## Bibliografie

- [1] A. B. Reese, "Exenteration of the orbit; with transplantation of the temporalis muscle," *Am J Ophthalmol*, vol. 45, no. 3, p. 386–390, 1958.
- [2] R. E. Kennedy, "Indications and surgical techniques for orbital exenteration," *Adv Ophthalmic Plast Reconstr Surg*, vol. 9, p. 163–173, 1992.
- [3] J. S. Brown, "Deep circumflex iliac artery free flap with internal oblique muscle as a new method of immediate reconstruction of maxillectomy defect," *Head Neck*, vol. 18, no. 5, p. 412–421, 1996.
- [4] J. E. Aviv, M. L. Urken, C. Vickery, H. Weinberg, D. Buchbinder and H. F. Biller, "The combined latissimus dorsi-scapular free flap in head and neck reconstruction," *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 117, no. 11, p. 1242–1250, 1991.
- [5] M. Kakibuchi, M. Fujikawa, K. Hosokawa, H. Hikasa, K. Kuwae, K. Kawai and M. Sakagami, "Functional reconstruction of maxilla with free latissimus dorsi-scapular osteomusculocutaneous flap," *Plast Reconstr Surg*, vol. 109, no. 4, pp. 1238–1244, 1245, 2002.
- [6] I. Lascar, *Principii de Chirurgie Plastica si Microchirurgie Reconstructiva*, Bucuresti: Ed. National, 2005.
- [7] G. Granström, "Osseointegration in irradiated cancer patients: an analysis with respect to implant failures," *J Oral Maxillofac Surg*, vol. 63, no. 5, p. 579–585, 2005.
- [8] P. J. Schoen, G. M. Raghoobar, R. P. van Oort, H. Reintsema, B. F. van der Laan, F. R. Burlage, J. L. Roodenburg and A. Vissink, "Treatment outcome of bone-anchored craniofacial prostheses after tumor surgery," *Cancer*, vol. 92, no. 12, p. 3045–3050, 2001.

- [9] L. Bergeron, M. Tang and S. F. Morris, "The anatomical basis of the deep circumflex iliac artery perforator flap with iliac crest," *Plast Reconstr Surg*, vol. 120, no. 1, p. 252–258, 2007.
- [10] S. Du, Y. Tao and A. M. Martinez, Compound facial expressions of emotion., 2014.
- [11] M. Batty and E. Meaux, Social interaction in humans: Biological and psychological bases of face perception and empathy. Social Interactions: Evolution, Psychology and Benefits., 2013.
- [12] T. W. Sadler, Langman's Medical Embryology „Trilaminar Germ Disc”, 13rd ed., 2018.
- [13] F. J. Cavico, S. C. Muffler and B. G. Mujtaba, "Appearance Discrimination, Lookism And Lookphobia In The Workplace.," *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 2012.
- [14] G. Rhodes, "The Evolutionary Psychology of Facial Beauty," *Annual Review of Psychology*, vol. 57, pp. 199-226, 2006.
- [15] A. Bystritsky, S. S. Khalsa, M. E. Cameron and J. Schiffman, "Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders," *Pharmacy and Therapeutics*, vol. 38, no. 1, pp. 30-38, 2013.
- [16] A. P. Association, DSM-5, Manual de diagnostic și statistic al tulburărilor mintale, 5 ed., Medicala Callisto, 2016.
- [17] T. A. Grossbart and D. B. Sarwer, Cosmetic surgery: Surgical tools- psychosocial goals, 1999.
- [18] K. I. Perman and H. I. Baylis, "Evisceration, enucleation, and exenteration," *Otolaryngol Clin North Am*, vol. 21, no. 1, p. 171– 182, 1988.
- [19] K. A. Phillips, "Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies.," *Focus*, vol. 13, no. 2, pp. 162-174, 2015.

- [20] K. A. Phillips, "Quality of Life for Patients with Body Dysmorphic Disorder," *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, no. 3, pp. 170-175, 2000.
- [21] B. C. Brown, S. P. McKenna, K. Siddhi, D. A. McGrouther and A. Bayat, "The hidden cost of skin scars: quality of life after skin scarring," *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2008.
- [22] M. M. Ghoneim and M. W. O'hara, "Depression and postoperative complications: an overview," *BMC Surg*, 2016.
- [23] M. Orri, E. Boleslawski, J. Regimbeau, C. Barry, C. Hassler, E. Gregoire, P. Bachellier, O. Scatton, J. Mabrut, M. Adham, E. Vibert, A. Revah-Levy and O. Farges, "Influence of Depression on Recovery After Major Noncardiac Surgery: A Prospective Cohort Study.," *Annals of Surgery*, vol. 262, no. 5, pp. 882-9, 2015.
- [24] S. Shoar, M. Naderan, M. Aghajani, E. Sahimi-Izadian, N. Hosseini-Araghi and Z. Khorgam, "Prevalence and Determinants of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Patients," *Oman Medical Journal*, vol. 31, 2016.
- [25] W. H. Organization, ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: tenth revision, 2nd ed., 2004.
- [26] W. H. Organization, WHO Mental Health Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All, 2017.
- [27] S. Bachmann, "Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective," *Int J Environ Res Public Health*, vol. 15, no. 7, p. 1425, 2018.
- [28] K. Posner, D. Brent, C. Lucas, M. Gould, B. Stanley, G. Brown, P. Fisher, J. Zelazny, A. Burke, M. Oquendo and J. Mann, Columbia - Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc., 2008.

- [29] J. Badcock and G. Paulik, *A Clinical Introduction to Psychosis*, 1st ed., Foundations for Clinical Psychologists and Neuropsychologists, Academic Press, 2019.
- [30] R. Z. Goldstein and N. D. Volkow, "Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications," *Nat Rev Neurosci*, vol. 12, no. 11, pp. 652-669, 2011.
- [31] F. Poot, "Doctor-patient relations in dermatology: obligations and rights for a mutual satisfaction," *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*, vol. 23, no. 11, pp. 1233-9, 2009.
- [32] R. Powell, N. W. Scott, A. Manyande, J. Bruce, C. Vögele, L. M. T. Byrne-Davis, M. Unsworth, C. Osmer and M. Johnston, "Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 26, no. 5, 2016.
- [33] A. De Sousa, "Psychological issues in acquired facial trauma," *Indian J Plast Surg.*, vol. 43, no. 2, p. 200–205, 2010.
- [34] W. D. Morain, *Historical Perspectives in Mathes' „Plastic Surgery”*, 2nd ed., vol. 1, Saunders, 2006, pp. 27-34.
- [35] D. B. Sarwer and H. M. Polonsky, "Body Image and Body Contouring Procedures," *Aesthetic Surgery Journal*, vol. 36, no. 9, pp. 1039-47, 2016.
- [36] R. Newell and S. Shrubbs, "Attitude change and behaviour therapy in body dysmorphic disorder: two case reports. Behavioural and Cognitive Psychotherapy," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 22, no. 2, pp. 163-169, 1994.
- [37] G. A. Weeks and L. L'Abate, "Bibliography of Paradoxical Methods in the Psychotherapy of Family Systems. Family Process," *Family Process*, vol. 17, pp. 95-98, 1978.

- [38] A. Selinger and F. Neziroglu, "ACT With CBT for BDD: More Than Alphabet Soup," Anxiety and Depression Association of America, [Online]. Available: <https://adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/other-related-conditions/body-dysmorphic-disorder-bdd/act-wi>.
- [39] "Neuro-Linguistic Programming for the Treatment of Adults with Post-Traumatic Stress Disorder, General Anxiety Disorder, or Depression: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines," Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 3 November 2014. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK254043/>.
- [40] X. Zhang, Y. Liu, X. Deng, C. Deng, Y. Pan and A. Hu, "The Correlation Between Quality of Life and Acceptability of Disability in Patients With Facial Burn Scars," *Frontiers in bioengineering and biotechnology*, vol. 7, p. 329, 2019.
- [41] R. Newell, "Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following surgery to the face: a survey," *Br J Plast Surg*, vol. 53, no. 5, pp. 386-392, 2000.
- [42] D. Veale and S. Riley, "Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder," *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, no. 12, pp. 1381-93, 2001.

## Lista lucrărilor publicate

1) Complex facial trauma caused by self-shooting: a case report

Mihai-Alexandru Păun, Ioana Ghiurco, Adrian Frunză  
“Agrippa Ionescu” Clinical Emergency Hospital, Clinical Emergency Hospital,  
Bucharest, Romania

Rom J Leg Med [28] 63-67 [2020]  
DOI: 10.4323/rjlm.2020.63  
© 2020 Romanian Society of Legal Medicine

**Link:**

<http://www.rjlm.ro/index.php/arhiv/781>

2) The use of collagen-coated polypropylene meshes for nasal reconstructive surgery

Mihai-Alexandru Păun, Adrian Frunză, Elena-Luminița Stănciulescu, Tiberiu-  
Ciprian Munteanu, Alexandru Chiotoroiu, Ioan Cristescu, Sabina Grama,  
Alexandra Ene, Carmen Mihai

Industria Textila  
ISSN 1222-5347  
3/2019  
Volume 70/Issue3/2019  
DOI: 10.35530/IT.070.03.1680

**Link:**

<http://revistaindustriatextila.ro/201903.html>