

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE ‘CAROL DAVILA’, BUCUREȘTI
ȘCOALA DOCTORALĂ
MEDICINA GENERALĂ

Sechele estetice și funcționale în despicăturile labiovelopalatine
REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Coordonator de doctorat:
PROF. DR. ENESCU DAN MIRCEA

Student doctorand: PÂRVU DIANA LORA

2025

CUPRINS

Introducere.....	6
I. Partea generală	
1. Considerente generale.....	13
2. Tratament prechirurgical.....	16
3. Cheiloplastia.....	19
4. Palatoplastia.....	23
5. Grefa alveolară.....	34
6. Distracția alveolară.....	37
7. Corecția cicatricilor.....	39
II. Partea specială	
8. Introducere în corecția sechelelor.....	47
9. Lamboul Abbé.....	52
10. Rinoplastia.....	54
11. Ipoteza și obiective generale.....	66
12. Metodologia cercetării.....	67
13. Analiza statistică	
13.1 Introducere.....	68
13.2 Statistica descriptivă.....	68
13.2.1 Informații generale.....	68
13.2.2 Distribuția pe sexe.....	70
13.2.3 Distribuția procedurilor chirurgicale.....	71
13.2.4 Distribuția tipurilor de intervenții.....	73
13.2.5 Distribuția pe grupuri de vârstă.....	75
13.2.6 Distribuția descrierii intervențiilor.....	78
13.3 Statistica inferențială	81
13.3.1 Vârstă și sex	81
13.3.2 Vârsta și descrierea intervențiilor chirurgicale.....	85

13.3.3. Tipul intervențiilor și varsta	88
13.3.4. Sexul și tipul intervențiilor	95
13.3.5 Sexul în raport cu descrierea procedurilor chirurgicale.....	97
13.3.6. Tipul intervențiilor și descrierea procedurilor chirurgicale	100
14. Rezumatul statisticii- rezultate	
14.1 Introducere în context și obiective	103
14.2 Datele demografice ale pacienților și prioritățile chirurgicale	103
14.3 Rezultatele intervențiilor: proceduri funcționale și estetice	104
14.4 Satisfacția pacienților și rezultatele psihologice	105
14.5 Implicații clinice și recomandări	106
15. Discuții	
15.1 Varsta ca determinant în planșing-ul chirurgical	107
15.2 Variații bazate pe sex în prioritățile chirurgicale.....	108
15.3 Tipuri de intervenții și implicațiile lor clinice.....	109
15.4 Validări statistice ale pattern-urilor observate	109
15.5 Integrarea obiectivelor funcționale și estetice	110
15.6 Implicații în practica viitoare	110
16. Prezentări de caz.....	111
17. Concluzii.....	139
Bibliografie.....	152

INTRODUCERE

Această teză este mai mult decât un studiu clinic. Este o reflecție a fiecărei cicatrici pe care văzut-o, a fiecărui pacient cu care am vorbit și a fiecărui moment petrecut ascultând povești care depășesc cu mult ceea ce putem măsura cu date.

Nu putem ascunde această condiție. O vedem înainte ca un cuvânt să fie rostit. Și, mai important, pacientul o vede- în fiecare zi, în fiecare oglindă, în fiecare fotografie. Acesta este ceea ce face ca această lucrare să fie atât de urgentă, atât de personală și atât de profund umană.

Lamboul Abbé este una dintre cele mai frumoase soluții pe care le avem în chirurgia reconstructivă. Este îndrăzneț, vizibil, incomod pentru câteva săptămâni, dar redă ceva care a lipsit: un sentiment de normalitate.

Noutatea acestei teze constă nu numai în procedura în sine, ci și în modul în care am analizat-o. Nu am numărat doar cazurile sau am comparat rezultatele, ci m-am uitat la pattern-uri de sex și vârstă, întrebându-mă: Când este momentul potrivit pentru intervenție? Cine este mai probabil să beneficieze de o anumită abordare? Cum evoluează aceste răspunsuri în timp?

Rinoplastia secundară, de asemenea, nu este despre vanitate. Este despre echilibru. Respirație. Impresia că nasul se potrivește cu fața. Aceste intervenții nu sunt luxuri. Sunt instrumente de restaurare. Sunt ultimii pași într-o călătorie lungă, pe viață.

Ceea ce vreau cel mai mult să spun prin această lucrare este că acești pacienți merită tot ce putem oferi. Nu doar rezultate funcționale. Nu doar ceva „destul de bun”, ci excelență. Pentru că durerea de a fi privit diferit, de a fi batjocorit sau compătimit sau pur și simplu evitat - durează mai mult decât orice disconfort postoperator.

Trăim într-o lume obsedată de imagine. Rețelele de socializare, fotografie, selfie-uri — totul este despre modul în care ne prezentăm. Așa că imaginați-vă ce înseamnă să trăiești în acea lume cu o față care îți amintește constant că ești diferit. Acum imaginați-vă ce înseamnă să poți schimba asta, chiar și puțin.

De fiecare dată când văd un pacient zâmbind după o revizuire reușită, de fiecare dată când părinții lor trimit un mesaj prin care mulțumesc pentru că îi oferă copilului lor un nou tip de încredere, îmi amintesc de ce contează acest lucru. De ce am ales acest drum. Și de ce voi continua să o aleg.

Această lucrare a fost realizată la Spitalul Bambino Gesù din Roma, un loc care a devenit o casă pentru mulți pacienți și familii. Anii 2016 până în 2022 au fost plini de învățare, încercări, triumfuri și reflecții. Sunt mândră că am fost o mică parte din asta.

Ipoteza mea de cercetare a fost că sexul și vârsta influențează semnificativ decizia și momentul procedurilor secundare la pacienții cu cheiloschizis. Am bănuț că vor apărea pattern-uri specifice atunci când se analizează aceste variabile în utilizarea lamboului Abbé și a rinoplastiei secundare.

Teza include un context general al deformărilor cheiloschizisului și al tratamentului acestora, urmat de o prezentare aprofundată a analizei noastre retrospective: ce modelează exact intervențiile care îmbunătățesc rezultatele estetice și psihologice pentru acești pacienți.

Am abordat acest studiu printr-o lentilă interdisciplinară. Dincolo de tehnica chirurgicală, am recunoscut factorii psihologici, sociali și de dezvoltare implicați. Munca nu a fost doar despre proceduri, ci despre oameni, creștere și identitate.

Ca tânăr medic, am suturat și am ținut de mână pacienți, dar cel mai important lucru pe care l-am învățat este cum să văd persoana dincolo de malformație. Și cum să cred, de fiecare dată, că merită mai mult decât o reconstrucție funcțională - merită să se simtă frumoși.

PARTEA GENERALĂ

O simetrie mai bună și un tubercul vermilion mai plin sunt de obicei rezultate ale reparației bilaterale de tip Millard într-o singură etapă, combinată cu tehnica McComb pentru repoziționarea cartilajelor nazale.

Pentru palatoschizis sunt preferate tehnicile Veau-Wardill-Kilner sau Langenback, ambele în asociere cu repararea muschilor prin tehnica Sommerlad. Stabilirea unui mediu favorabil dezvoltării maxilare, reducerea neregularităților de creștere a oaselor și a deformărilor dento-alveolare și promovarea tiparelor tipice de vorbire sunt obiectivele principale.

Cea mai comună metodă de tratare a despicăturii alveolare în timpul dentiției mixte (8-10 ani) este greșa osoasă secundară cu greșă spongioasă de creastă iliacă autogenă. Distracția alveolară se efectuează atunci când este necesar.

PARTEA SPECIALĂ

Chiar și cu cel mai bun plan de tratament, tehnici, sincronizare și chirurghi, de cele mai multe ori pacienții cu cheiloschizis au nevoie de corecții secundare.

Fiecare intervenție chirurgicală secundară este planuită cu atenție, ținând cont de cheiloplastia primară care a fost efectuată, pentru a evalua impactul pe care va avea asupra corecțiilor dorite.

Reconstrucția precoce a buzei și a nasului își propune să obțină un rezultat chirurgical final ideal, folosind metode de ultimă oră la maturitatea scheletică, cu despicătura nedetectabilă

de către colegii la distanță conversațională la vârsta școlară pentru a reduce stigmatele psihosociale. În despiciături largi, complete, acest lucru este rar realizat de o singură intervenție.

Pentru a efectua corecțiile secundare, trebuie să recunoaștem vârsta perfectă pentru atingerea unor astfel de obiective (temporizarea procedurilor astfel încât să minimizeze cicatricile și posibilele perturbări de creștere), găsirea reperelor normale și readucerea lor în pozițiile corecte, abținerea de la îndepărtarea țesuturilor eventual viabile până la obținerea certitudinii și tratarea fiecărui caz individual.

Acest studiu a evaluat tratamentul a 143 de pacienți cărora li s-a efectuat procedura de lambou Abbé și/sau rinoplastie secundară, toate efectuate în perioada 2016-2022, vârstele pacienților variând de la 14 la 39 de ani.

Adolescența este cea mai bună vârstă pentru reconstrucția nasului deoarece se poate efectua o rinoplastie finală deschisă cu grefare de cartilaj, septoplastie și/sau osteotomie. Rinoplastia finală trebuie amânată dacă se așteaptă o intervenție chirurgicală ortognatică deoarece aspectul nasului se va schimba ca urmare a deplasării structurilor osoase care susțin baza nazală.

LAMBOUL ABBÉ

Lamboul Abbé funcționează cel mai bine pentru tratarea imperfecțiunilor mai severe. Prin transferarea unui segment de buză inferioară bazat pe vasele labiale inferioare către buza superioară, lamboul Abbé aplică elemente de grosime completă într-o operație în două etape. Lamboul pediculat este apoi divizat și introdus după ce a fost lăsat pe poziție timp de două până la trei săptămâni. În timp ce deformările secundare bilaterale ale buzei despicate sunt cea mai frecventă indicație pentru acest lambou, acesta poate fi utilizat și în cazurile de diminuare a proiecției anteroposterioare a buzei superioare, exces de cicatrizare a unității estetice centrale sau unități estetice centrale substanțial îngustate sau scurtate.

În plus, lamboul oferă continuitatea zonelor de interes, o depresiune asemănătoare cu filtrum și o zonă de păr la bărbați. Cu toate acestea, din cauza morbidității la locul donator, a riscului crescut de a avea două proceduri și a disconfortului pacientului în timpul așteptării între etape, acest tratament nu ar trebui să fie prima opțiune.

Probabilitatea apariției unei deformări secundare este mai mare în despicăturile bilaterale decât în cele unilaterale, deoarece acestea au adesea mai multă lipsă de țesut. Pentru cazurile mai ușoare de insuficiență de vermilion, rearanjarea locală a țesuturilor poate fi suficientă; cu toate acestea, deficitul buzelor despicate bilaterale este frecvent mai sever, necesitând țesut moale pe care zonele din apropiere nu le pot oferi. Abordarea optimă în aceste circumstanțe este un lambou Abbé.

RINOPLASTIA

Spre deosebire de rinoplastia primară, care se efectuează de obicei în copilărie, ca parte a reparației inițiale a buzei despicate, rinoplastia secundară este efectuată mai târziu în copilărie, adolescență sau vârsta adultă, când structurile nazale s-au maturizat suficient pentru a permite o corecție mai definitivă. Procedura are ca scop îmbunătățirea rezultatelor atât funcționale, cât și estetice, restabilirea simetriei nazale și îmbunătățirea permeabilității căilor respiratorii.

Despicaturile bilaterale duc adesea la un vârf nazal aplatizat, lat și slab susținut, cu scurtarea columelară severă. Pentru a aborda aceste probleme, chirurgii folosesc o varietate de tehnici avansate, inclusiv re poziționarea septului, grefarea cartilajului și rafinarea vârfului folosind materiale autologe sau aloplastice. Grefele de cartilaj, recoltate de obicei din sept, ureche sau coastă, joacă un rol crucial în creșterea stabilității cadrului nazal și în consolidarea integrității structurale, în special în cazurile în care intervențiile chirurgicale anterioare au dus la cicatrici excesive sau la pierderea țesutului nativ.

Obținerea proiecției vârfului nazal, proiecția dorsumului osos, poziția bazei alare, conturul marginii alare/crus lateral, un unghi nazolabial adecvat și permeabilitatea căilor respiratorii nazale, printre alte deformări asociate cu sechelele cheiloschizisului, reprezintă scopul principal al eforturilor de a le corecta. A face alegeri cu privire la abord, tehnică și susținerea grefelor este necesară pentru gestionarea acestor obiective.

Struturile columelare, grefele spreader, grefele de extensie septală, grefele de tip shield, grefele alar batten și grefele onlay dorsale pot fi utilizate pentru a îmbunătăți și susține scheletul cartilagos al nasului. În cele din urmă, pentru a trata oasele nazale lărgite și liniile dorsale anormale, ar trebui efectuate osteotomii osoase.

Momentul precis al corectării deformării nazale este crucial și este influențat de o serie de variabile. Se amână până la finalizarea următoarelor operații: închiderea potențialelor fistule oronazale/palatale, grefa osoasă a maxilarului și alveolei hipoplazice și realinierea dentiției maxilare prin ortodonție. Dacă este necesară o intervenție chirurgicală ortognatică, reconstrucția nazală a pacientului este și ea amânată.

Impactul psihologic al deformărilor nazale la pacienții cu despicătură este profund, deoarece simetria facială joacă un rol central în stima de sine și percepția socială. Studiile indică faptul că pacienții care sunt supuși unei rinoplastii secundare raportează îmbunătățiri semnificative ale încrederii, interacțiunilor sociale și calității generale a vieții, întărind rolul procedurii ca componentă critică a îngrijirii complete a despicăturii.

Rinoplastia secundară pentru buza despăcată este mai mult decât o simplă îmbunătățire cosmetică - este o procedură transformatoare care restabilește armonia feței, îmbunătățește funcția nazală și îmbunătățește semnificativ bunăstarea generală a pacientului.

IPOTEZA ȘI OBIECTIVELE GENERALE

Această teză a început cu o întrebare care a apărut în mod firesc din experiența clinică. După ce am văzut mai multe cazuri de pacienți cu buza despicată care se întorceau pentru o intervenție chirurgicală secundară, a devenit clar că anumite pattern-uri merită explorate. Ideea că vârsta și sexul ar putea influența momentul și modul în care sunt efectuate aceste proceduri am considerat că merită investigată, mai ales că acești factori nu sunt întotdeauna luați în considerare atât de atent pe cât ar trebui.

Pe baza acestui fapt, ipoteza centrală a acestui studiu este că atât vârsta, cât și sexul joacă un rol în modelarea tipului și momentului procedurilor chirurgicale secundare la pacienții cu cheiloschizis, în special lamboul Abbé și rinoplastia secundară. În timp ce criteriile clinice sunt esențiale, caracteristicile pacientului pot, de asemenea, ghida subtil deciziile chirurgicale.

Obiectivele generale ale studiului sunt de a observa mai atent pacienții care sunt supuși acestor proceduri secundare: cine sunt aceștia, când se întorc pentru operație și de ce fel de intervenție chirurgicală au nevoie. Mai precis, am vrut să analizez dacă sexul și vârsta influențează indicația sau rezultatul acestor corecții și să reflectez asupra a ceea ce aceste modele ar putea sugera pentru practica clinică.

Corecția secundară este o parte esențială a tratamentului cheiloschizisului, dar adesea primește mai puțină atenție decât cheiloplastia primară. Prin această lucrare, sper să arăt că aceste intervenții ulterioare merită o atenție egală - nu numai pentru ceea ce remediază chirurgical, ci și pentru ceea ce oferă pacienților în ceea ce privește încrederea și vindecarea emoțională.

METODOLOGIA CERCETĂRII

Acest studiu se bazează pe o revizuire retrospectivă a pacienților tratați între 2016 și 2022. Toți pacienții au suferit deja reconstrucția primară a buzei despicate și au fost îndrumați pentru o intervenție chirurgicală secundară, fie un lambou Abbé, fie o rinoplastie secundară sau, în unele cazuri, ambele.

Pentru a menține analiza consecventă și semnificativă, am inclus pacienți cu vârsta peste 14 ani (cu cel mai în vârstă pacient având 39 de ani), care aveau cheiloschizis bilateral. Singura excepție a fost un pacient cu o despicătură unilaterală, care avea o lipsă semnificativă de țesut moale în buza superioară și, prin urmare, era un bun candidat pentru lamboul Abbé.

Am ales să excludem pacienții cu sindroame sau malformații suplimentare.

Datele utilizate pentru această teză au provenit direct din dosarele spitalului ale pacienților - documente de admitere, scrisori medicale, note chirurgicale și fișe de urmărire.

Toate informațiile au fost colectate și organizate în Microsoft Excel și analizate folosind testul Kolmogorov-Smirnov, T-tests, ANOVA, testul exact Fisher, analiza Chi-Square.

ANALIZA STATISTICĂ

Tabel 1. Distribuția pe sexe

	Frequency	Percent
Male	80	55.9
Female	63	44.1
Total	143	100

Tabelul 1 oferă o analiză detaliată a distribuției pe sexe în cadrul populației studiate, care cuprinde 55,9% bărbați și 44,1% femei. Această distribuție indică o predominanță moderată a bărbaților în eșantion. O astfel de disparitate nu este neobișnuită în studiile care implică procedurile de buză despătată și rinoplastie, deoarece condițiile de buză despătată tind să aibă rate de prevalență ușor mai mari în rândul bărbaților, conform datelor epidemiologice globale.

Cu toate acestea, reprezentarea ambelor sexe în acest studiu asigură o analiză solidă și echilibrată a rezultatelor, permițând cercetătorilor să identifice orice tendințe specifice sexului care pot apărea. De exemplu, pacienții de sex masculin prezintă adesea provocări anatomice distincte în comparație cu femeile din cauza diferențelor în structura oaselor faciale și compoziției țesuturilor, care pot influența tehnicile și rezultatele chirurgicale.

În plus, examinarea ratelor de satisfacție și a pattern-urilor de recuperare postoperatorie pe sexe ar putea oferi informații valoroase. În timp ce bărbații pot acorda prioritate rezultatelor funcționale, cum ar fi îmbunătățirea respirației și a vorbirii, femeile ar putea pune un accent mai mare pe rezultatele estetice. Aceste diferențe subliniază nevoia de planificare și consiliere chirurgicală personalizată, adaptate așteptărilor și caracteristicilor fiziologice unice ale fiecărui pacient.

În concluzie, distribuția de sexe din acest eșantion oferă o bază solidă pentru analiza tendințelor care pot contribui la abordări mai precise, centrate pe pacient, în domeniul chirurgiei de buză despătată și rinoplastie. Studiile viitoare ar putea explora, de asemenea, dacă aceste modele persistă în populații mai mari și mai diverse.

Tabel 2. Descriere

	Frequency	Percent
Rhinoplasty	44	30.8
Abbé flap	99	69.2
Total	143	100

Tabelul 2 oferă o imagine de ansamblu aprofundată a distribuției procedurilor chirurgicale efectuate în cadrul eșantionului de studiu. Dintre cei 143 de pacienți incluși, 30,8% (44 de cazuri) au suferit rinoplastie, în timp ce 69,2% (99 de cazuri) au primit proceduri care vizează repararea buzei. Această diferență în tipurile de proceduri reflectă focalizarea principală a cohorței, cu un accent semnificativ pe intervențiile chirurgicale legate de buză.

Predominanța intervențiilor chirurgicale de reparare a buzei despicate se aliniază cu demografia populației studiate, unde majoritatea pacienților s-au prezentat cu anomalii faciale congenitale care necesită corecție funcțională și estetică. Aceste proceduri sunt adesea prioritizate datorită impactului lor asupra funcțiilor critice, cum ar fi hrănirea, vorbirea și structura facială generală, în special în timpul etapelor de dezvoltare.

Rinoplastia, deși mai puțin frecventă în acest lot, joacă un rol crucial în obținerea rafinamentului estetic și a îmbunătățirii funcționale pentru pacienții care pot prezenta deformări reziduale sau necesită corecții secundare în urma reparației inițiale a despicatorii. Acest subset de intervenții chirurgicale subliniază importanța planurilor de tratament cuprinzătoare care abordează atât nevoile primare, cât și cele secundare ale pacienților cu anomalii faciale.

Diferențele în distribuția procedurală oferă, de asemenea, o bază pentru analizarea variațiilor rezultatelor pacientului, nivelurilor de satisfacție și experiențelor de recuperare. Investigațiile ulterioare ar putea explora dacă pacienții supuși rinoplastiei raportează beneficii estetice sau funcționale distincte în comparație cu cei care primesc reparații labiale și palatine. Mai mult, înțelegerea timpului acestor proceduri, în special în cazurile care implică intervenții chirurgicale multiple, ar putea îmbunătăți planificarea strategiilor de tratament pe termen lung pentru această populație de pacienți.

Tabel 3. Grupe de varsta

Age Group	Frequency	Percent
14-19	48	33.6
20-24	43	30.1
25-29	29	20.3
30-34	17	11.9
35-39	6	4.2
Total	143	100

Pentru a facilita o analiză mai detaliată, variabila vârstă a fost clasificată în cinci grupuri distincte. După cum se arată în Tabelul 3, majoritatea pacienților se încadrează în intervalele de vârstă mai fragede, cu 33,6% între 14 și 19 ani și 30,1% între 20 și 24 de ani. Împreună, aceste două grupuri au reprezentat peste 63% din populația studiată, subliniind importanța intervenției timpurii în gestionarea afecțiunilor legate de cheiloschizis.

Pacienții cu vârsta cuprinsă între 25 și 29 de ani au reprezentat 20,3% din eșantion, ceea ce sugerează că o parte semnificativă a persoanelor au căutat intervenții chirurgicale dincolo de adolescență, posibil pentru proceduri secundare sau reparații primare întârziate. Restul grupelor de vârstă, 30 până la 34 de ani (11,9%) și 35 până la 39 de ani (4,2%), au reprezentat pacienți mai în vârstă care ar fi putut urma tratamente chirurgicale pentru perfecționări estetice sau îmbunătățiri funcționale mai târziu în viață.

Această distribuție evidențiază câteva considerații cheie pentru practica clinică. Predominanța pacienților mai tineri susține importanța diagnosticului precoce și a intervenției chirurgicale în timp util pentru a aborda deficiențele funcționale și a preveni complicațiile secundare. Cu toate acestea, prezența pacienților mai în vârstă sugerează că nevoile chirurgicale se extind cu mult dincolo de adolescență, în special pentru persoanele care necesită intervenții chirurgicale de revizuire sau care caută îmbunătățiri în estetica facială.

În plus, analiza relației dintre vârstă și rezultatele chirurgicale ar putea oferi informații valoroase asupra modului în care timpul influențează recuperarea, satisfacția și rezultatele pe termen lung. Pacienții mai tineri pot beneficia de o vindecare mai rapidă și o adaptabilitate mai mare, în timp ce pacienții mai în vârstă ar putea acorda prioritate procedurilor care îmbunătățesc calitatea vieții și stima de sine.

Studiul a folosit cross-tabulations și testul exact al lui Fisher, așa cum se arată în tabelele 4 și 5. Distribuția sexului pe grupe de vârstă a relevat tendințe distincte.

- Pacienții de sex masculin au fost cei mai bine reprezentați în grupa de vârstă 14-19 ani, cu 38 de cazuri, ceea ce reflectă prioritizarea intervențiilor chirurgicale funcționale timpurii pentru indivizii mai tineri.
- Pacienții de sex feminin, pe de altă parte, au fost cei mai bine reprezentați în grupa de vârstă 20-24 de ani, cu 21 de cazuri, ceea ce sugerează că femeile pot amâna intervențiile chirurgicale până la etapele ulterioare de dezvoltare.

Testul exact al lui Fisher, cu o valoare p de 0,000, a confirmat că diferențele în distribuția de gen între grupurile de vârstă au fost semnificative statistic. Această constatare evidențiază interacțiunea dinamică dintre vârstă și sex în determinarea momentului și a naturii intervențiilor chirurgicale.

Tabel 4. Sexul pe grupe de varsta

		Age group					Total
		14-19	20-24	25-29	30-34	35-39	
Type	Male	38	22	11	5	4	80
	Female	10	21	18	12	2	63
Total		48	43	29	17	6	143

Tabel 5. Testul exact al lui Fisher pentru compararea sexelor în grupele de varsta

	Value	Asymp. Sig. (2-sided)
Fisher's Exact Test	20.2	0.000

Aceste modele subliniază importanța abordărilor personalizate, sensibile la sex pentru planificarea chirurgicală. Intervențiile timpurii pentru pacienții de sex masculin ar trebui să se concentreze pe atingerea reperelor funcționale, în timp ce planurile de tratament pentru pacienții de sex feminin ar putea sublinia obiectivele estetice și satisfacția pacientului.

Tabel 6. Descrierea procedurilor chirurgicale pe grupe de varsta

		Age group					Total
		14-19	20-24	25-29	30-34	35-39	
Description of surgical procedures	Rhino-plasty	1	12	16	11	4	44
	Abbé flap	47	31	13	6	2	99
Total		48	43	29	17	6	143

Distribuția procedurilor chirurgicale variază semnificativ în funcție de grupele de vârstă. Rinoplastia este cel mai frecvent efectuată la pacienții cu vârsta cuprinsă între 25 și 29 de ani, cu 16 cazuri înregistrate la această grupă de vârstă. Acest pas se aliniază cu o perioadă din viață în care indivizii sunt susceptibili să caute proceduri de rafinare pentru îmbunătățiri estetice sau funcționale.

În schimb, reparațiile la nivelul buzei sunt concentrate în grupa de vârstă cea mai tânără, cu 47 de cazuri la pacienții cu vârsta cuprinsă între 14 și 19 ani. Aceste proceduri se adresează nevoilor critice de dezvoltare și sunt prioritizate în timpul adolescenței pentru a asigura rezultate

funcționale optime. Frecvența acestor intervenții chirurgicale scade odată cu vârsta, doar două cazuri fiind înregistrate la grupa de vârstă 35-39 de ani. Această scădere reflectă importanța intervenției timpurii pentru afecțiunile legate de despicatoră, deoarece întârzierile în tratament pot limita eficacitatea rezultatelor chirurgicale.

Tabel 7. Sexul în raport cu descrierea procedurilor chirurgicale

		Description of surgical procedures		Total
		Rhinoplasty	Abbé flap	
Gender	Male	16	64	80
	Female	28	35	63
Total		44	99	143

Datele din Tabelul 7 ilustrează modul în care pacienții de sex masculin și feminin sunt repartizați în cele două categorii principale de proceduri chirurgicale: rinoplastie și lambou Abbé. Bărbații au avut o reprezentare semnificativ mai mare în intervențiile chirurgicale legate de despicatoră, cu 64 de cazuri din totalul de 99 de reparații efectuate. Acest lucru evidențiază prevalența mai mare a intervențiilor chirurgicale funcționale în rândul bărbaților, aliniându-se cu reprezentarea lor mai mare în eșantionul de studiu și concentrarea pe abordarea provocărilor de dezvoltare la începutul vieții.

Femeile, în schimb, au fost mai susceptibile de a își face rinoplastie, cu 28 de cazuri din cele 44 de proceduri efectuate. Rinoplastia reflectă adesea preferințele estetice și este frecvent urmărită mai târziu în viață, aliniindu-se cu obiectivele personale de îmbunătățire cosmetică. Aceste modele specifice sexului subliniază nevoile și prioritățile distincte dintre pacienții de sex masculin și feminin, subliniind importanța adaptării abordărilor chirurgicale.

Constatările derivate din analiza acestui set de date oferă o imagine de ansamblu cuprinzătoare a dinamicii demografice, procedurale și statistice a pacienților supuși intervențiilor chirurgicale legate de cheiloschizis. Analizând vârsta, sexul, tipurile intervențiilor chirurgicale și descrierile acestora, precum și validând datele cu metode statistice robuste, acest studiu pune în lumină aspectele critice ale îngrijirii despicatorii, oferind perspective acționabile pentru practica clinică.

CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE

Managementul despicăturilor labiovelopalatinet rămâne una dintre cele mai complexe și mai mari provocări din chirurgia reconstructivă, necesitând o abordare complexă care să integreze dimensiunile fizice, psihologice și sociale. Această teză a oferit o analiză aprofundată a aspectelor critice ale îngrijirii despicăturii, evidențiind echilibrul complex dintre restaurarea funcțională prin intervenții chirurgicale precoce și considerațiile estetice și psihosociale care apar în timp.

Analiza statistică relevă o prevalență ridicată a acestor proceduri în rândul pacienților mai tineri, întărind importanța critică a intervenției în timp util. Corecția chirurgicală precoce nu numai că îmbunătățește funcționalitatea imediată, dar pune, de asemenea, bazele pentru succesul pe termen lung, permițând pacienților să navigheze provocările sociale, educaționale și personale cu mai multă încredere și ușurință.

Proceduri precum rinoplastia secundară și lambourile Abbé joacă un rol crucial în îmbunătățirea simetriei faciale, rafinarea echilibrului estetic și, în cele din urmă, contribuind la un mai mare respect de sine și încredere socială.

Dincolo de tehnicile chirurgicale în sine, aceste constatări subliniază necesitatea unei abordări multidisciplinare în îngrijirea despicăturii, în care colaborarea între chirurghi, psihologi, logopezi, ortodonți și alți specialiști este esențială pentru obținerea unor rezultate satisfăcătoare ale tratamentului. Restaurarea funcțională și rafinamentul estetic trebuie urmărite în paralel, asigurându-se că pacienții primesc îngrijire completă, care să le susțină atât nevoile fizice, cât și bunăstarea emoțională.

De asemenea, teza aduce în prim-plan aspectele psihologice adesea trecute cu vederea ale îngrijirii cheiloschizisului, evidențiind implicațiile emoționale și sociale profunde care însoțesc această afecțiune. În timp ce atenția principală în managementul despicăturii s-a concentrat în mod tradițional pe corecția chirurgicală și restaurarea funcțională, acest studiu subliniază necesitatea de a aborda aspectele psihologice cu egală urgență.

Pacienții mai tineri și familiile lor și-au exprimat aprecierea profundă pentru beneficiile funcționale ale intervențiilor timpurii, în special în facilitarea comunicării, a participării academice și a activităților de zi cu zi. În schimb, pacienții mai în vârstă au subliniat ușurarea psihologică și creșterea siguranței de sine dobândite în urma procedurilor estetice, cum ar fi rinoplastia și lambourile Abbé, care i-au ajutat să se simtă mai confortabil în propria piele și mai încrezători în mediile sociale.

Impactul operațiilor estetice se extinde dincolo de simpla corecție a aspectului fizic; acestea oferă pacienților un sentiment de finalizare a călătoriei lor. Mulți indivizi care au suferit aceste proceduri descriu o schimbare semnificativă în percepția lor de sine, trecând de la o stare de self awareness la una de acceptare de sine și mândrie.

Succesul îngrijirii pe termen lung a despicăturii de buză se bazează în mare măsură pe colaborarea multidisciplinară între specialități. Chirurgii, ortodonții, logopezii, psihologii și asistenții sociali trebuie să lucreze împreună pentru a crea planuri de tratament personalizate care să răspundă nevoilor unice și în evoluție ale fiecărui pacient. O echipă bine coordonată se asigură că niciun aspect al îngrijirii nu este trecut cu vederea, promovând o tranziție fără probleme între intervențiile funcționale, estetice și psihologice. Discuțiile interdisciplinare regulate ale cazurilor și evaluările ulterioare permit detectarea precoce a complicațiilor, rafinarea planurilor de tratament și adaptarea strategiilor de îngrijire pentru a răspunde nevoilor schimbătoare ale pacienților.

În cele din urmă, îngrijirea despicăturii nu se referă doar la corectarea diferențelor anatomice, ci este la restabilirea încrederii, a demnității și a sentimentului de apartenență a indivizilor afectați de această malformație. Printr-o abordare comprehensivă și plină de compasiune, domeniul poate continua să ofere speranță, vindecare și schimbare transformatoare pentru nenumărate persoane și familii din întreaga lume.

BIBLIOGRAFIE

1. Chen KT, Noordhoff MS. Open tip rhinoplasty. *Ann Plast Surg.* 1992;28:119-130.
2. Wyszynski DF, Beaty TH, Maestri NE. Genetics of nonsyndromic oral clefts revisited. *Cleft Palate Craniofac J.* 1996;33:406-417.
3. Vieira AR, Orioli IM. Candidate genes for nonsyndromic cleft lip and palate. *ASDC J Dent Child.* 2001;68:272-279, 229.
4. Rollnick BR, Pruzansky S. Genetic services at a center for craniofacial anomalies. *Cleft Palate J.* 1981;18:304-313.
5. Afifi GY, Hardesty RA. Bilateral cleft lip. In: Achauer BM, Eriksson E, Coleman JJ III, Russell RC, Vander Kolk CA, editors. *Plastic surgery: Indications, operations, and outcomes.* Vol. 2. St. Louis: Mosby; 2000.
6. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Associated malformations in cases with oral clefts. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000;37:41-47.
7. Veau V. *Division Palatine.* Paris: Masson; 1931.
8. Greene AK, editor. 12 dental and orthodontic management of cleft lip and palate. In: *Pediatric Plastic and Reconstructive Surgery.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2018.
9. Samuel Noordhoff M, Noordhoff Craniofacial Foundation. *The surgical technique for the unilateral cleft lip-nasal deformity.* 1997.
10. Millard DR. *Cleft craft: The unilateral deformity v.1: The evolution of its surgery.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 1976.
11. LaRossa D, Hunenko Jackson O, Kirschner RE, et al. The Children's Hospital of Philadelphia modification of the Furlow double-opposing z-palatoplasty: long-term speech and growth results. *Clin Plast Surg.* 2004;31:243.
12. Millard DR Jr, Morovic CG. Primary unilateral cleft nose correction: a 10-year follow-up. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102:1331.
13. Millard DR Jr. Extensions of the rotation-advancement principle for wide unilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg.* 1968;42:535.
14. Rodriguez ED, Neligan PC. *Plastic surgery: Volume 3: Craniofacial, head and neck surgery and pediatric plastic surgery.* 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier - Health Sciences Division; 2017.

15. Veau V. Discussion on treatment of cleft palate by operation. *Proc R Soc Med.* 1926-1927;20:156 (Part III).
16. Wardill WE. The technique of operation for cleft palate. *Br J Surg.* 1937;25:117.
17. Furlow LT Jr. Cleft palate repair by double opposing Z-plasty. *Plast Reconstr Surg.* 1986;78:724.
18. Jackson IT, Moreira-Gonzalez AA, Rogers A, Beal BJ. The buccal flap - a useful technique in cleft palate repair? *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41(2):144.
19. Stark RB, DeHaan C. The addition of a pharyngeal flap to primary palatoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1960;26:378.
20. Kriens O. An anatomical approach to veloplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1969;43:29.
21. Veau V, Plessier P. Treatment of double harelip. *J Chir.* 1932;40:321.
22. Mukherji MM. Cheek flap for short palates. *Cleft Palate J.* 1969;6:415.
23. Kaplan EN. Soft palate repair by levator muscle reconstruction and a buccal mucosal flap. *Plast Reconstr Surg.* 1975;56:129.
24. Sommerlad BC. A technique for cleft palate repair. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112:1542.
25. Trier WC, Dreyer TM. Primary Von Langenbeck palatoplasty with levator reconstruction: Rationale and technique. *Cleft Palate J.* 1984;21:254.
26. Lindsay WK. Von Langenbeck palatorrhaphy. In: Grabb WC, Rosenstein SW, Bzoch KR, editors. *Cleft Lip and Palate - Surgical, Dental, and Speech Aspects.* Boston: Little Brown; 1971. Ch 26.
27. Reid CD, Watson JD. Preliminary report of a new method of cleft palate repair. *Br J Plast Surg.* 1988;41:234.
28. Murison MS, Pigott RW. Medial Langenbeck: experiences of a modified von Langenbeck repair of the cleft palate. A preliminary report. *Br J Plast Surg.* 1992;45:454.
29. Veau V. Discussion on treatment of cleft palate by operation. *Proc R Soc Med.* 1926-1927;20:156 (Part III).
30. Trier WC, Dreyer TM. Primary Von Langenbeck palatoplasty with levator reconstruction: Rationale and technique. *Cleft Palate J.* 1984;21:254.
31. Myklebust O, Abyholm FE. Speech results in CLP patients operated on with a Von Langenbeck palatal closure. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1989;23:71.
32. Steffensen WH. Palate lengthening operations. *Plast Reconstr Surg.* 1952;10:380.

33. Calnan J. Cleft palate: Lengthening of the soft palate following the V-Y repair. A radiological and statistical study. *Br J Plast Surg.* 1960;13:243.
34. Choudhary S, Cadier MAM, Shinn DL, et al. Effect of Veau-Wardill-Kilner type of cleft palate repair on long-term midfacial growth. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111:576.
35. Ivy RH, Curtis L. Procedures in cleft palate surgery: Experience with the Veau and Dorrance technique. *Ann Surg.* 1934;100:502.
36. Braithwaite F, Maurice DG. The importance of the levator palati muscle in cleft palate closure. *Br J Plast Surg.* 1968;21(1):60–2.
37. Lee CTH, Grayson BH, Cutting CB, et al. Prepubertal midface growth in unilateral cleft lip and palate following alveolar molding and gingivoperiosteoplasty. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41(4):375.
38. Yu CC, Chen PKT, Chen YR. Comparison of speech results after Furlow palatoplasty and von Langenbeck palatoplasty in incomplete cleft of the secondary palate. *Chang Gung Med J.* 2001;24(10):628.
39. Moore MD, et al. Complications of primary palatoplasty: A twenty-one-year review. *Cleft Palate J.* 1988;25:156.
40. Lees VC, Pigott RW. Early postoperative complications in primary cleft lip and palate surgery—how soon may we discharge patients from hospital? *Br J Plast Surg.* 1992;45:232.
41. Cohen SR, et al. Cleft palate fistulas: a multivariate statistical analysis of prevalence, etiology, and surgical management. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87:1041.
42. Rosenstein S, Dado DV, Kernahan D, Griffith BH, Grasseschi M. The case for early bone grafting in cleft lip and palate: a second report. *Plast Reconstr Surg.* 1991;87(4):644–54. discussion 55–6.
43. Eppley BL, Sadove AM. Management of alveolar cleft bone grafting--state of the art. *Cleft Palate Craniofac J.* 2000;37(3):229–33.
44. Waite DEK, RB. Residual alveolar and palatal clefts. In: Bell WH, White RP, editors. *Correction of Dentofacial Deformities.* Vol. 1. Philadelphia: W.B. Saunders; 1980. p. 1329–67
45. Wood RJ, Grayson BH, Cutting CB. Gingivoperiosteoplasty and midfacial growth. *Cleft Palate Craniofac J.* 1997;34(1):17–20.
46. Boyne PJ, Sands NR. Secondary bone grafting of residual alveolar and palatal clefts. *J Oral Surg.* 1972;30(2):87–92.

47. Abyholm FE, Bergland O, Semb G. Secondary bone grafting of alveolar clefts. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1981;15(2):127–40.
48. Rudman RA. Prospective evaluation of morbidity associated with iliac crest harvest for alveolar cleft grafting. *J Oral Maxillofac Surg.* 1997;55(3):219–23. discussion 23–4.
49. Bjork A, Skieller V. Growth in width of the maxilla studied by the implant method. *Scand J Plast Reconstr Surg.* 1974;8(1–2):26–33.
50. Freitas JA, Garib DG, Oliveira M, et al. Rehabilitative treatment of cleft lip and palate: experience of the Hospital for Rehabilitation of craniofacial anomalies-USP (HRAC-USP)--part 2: pediatric dentistry and orthodontics. *J Appl Oral Sci.* 2012;20:268–81.
51. Brauer RO, Cronin TD, Reaves EL. Early maxillary orthopedics, orthodontia and alveolar bone grafting in complete clefts of the palate. *Plast Reconstr Surg.* 1962;29:625.
52. Johanson B, Ohlsson A. Bone grafting and dental orthopedics in primary and secondary cases of cleft lip and palate. *Acta Chir Scand.* 1961;122:112.
53. Blackwell SJ, et al. Onlay cartilage graft of the alar lateral crus for cleft lip nasal deformities. *Plast Reconstr Surg.* 1985;76:395.
54. Hogan VM, Converse JM. Secondary deformities of unilateral cleft lip and nose. In: Grabb WC, Rosenstein SW, Bzoch KR, editors. *Cleft Lip and Palate.* Boston: Little Brown; 1971. Ch. 16.
55. Hubli EH, Salyer KE, Genecov DG. Secondary cleft lip and cleft nasal deformities. In: Achauer BM, Eriksson E, Coleman JJ III, Russell RC, Vander Kolk CA, editors. *Plastic surgery: Indications, operations, and outcomes.* Vol. 2. St. Louis: Mosby; 2000.
56. Stal S, Spira M. Secondary reconstructive procedures for patients with clefts. In: Serafin D, Georgiade NG, editors. *Pediatric Plastic Surgery.* St Louis: CV Mosby; 1984. Vol. 1. Ch. 23, p. 352.
57. Stal S, Hollier L. Correction Secondary Cleft Lip Deformities. *Plast Reconstr Surg.* 2002;109:1672.
58. Kawai T, Mukai Y, Natsume N. Philtrum creation in secondary unilateral cleft lip repair. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1996;25:349.
59. Cohen M. Residual deformities after repair of clefts of the lip and palate. *Clin Plast Surg.* 2004;31:331.
60. Kawamoto HK. Correction of major defects of the vermilion with a cross-lip vermilion flap. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64:315.

61. Chen PK-T, Noordhoff MS, Chen Y-R, Bendor-Samuel R. Augmentation of the free border of the lip in cleft lip patients using temporoparietal fascia. *Plast Reconstr Surg.* 1995;95:781.
62. Millard DR. *Cleft craft: Bilateral and rare deformities v.2: The evolution of its surgery.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 1977.
63. *Principles and practice of pediatric plastic surgery.* 2nd ed. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2016.
64. Kawamoto HK. Correction of major defects of the vermilion with a cross lip vermilion flap. *Plast Reconstr Surg.* 1979;64:315–318.
65. Kapetansky DI. Double pendulum flaps for whistling deformities in bilateral cleft lips. *Plast Reconstr Surg.* 1971;47:321.
66. Schendel SA, Delaire J. Functional musculoskeletal correction of secondary unilateral cleft lip deformities: Combined lip-nose correction and Le Fort I osteotomy. *J Maxillofac Surg.* 1981;9:108.
67. Steffensen WH. A method for repair of the unilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg.* 1949;4(2):144–52.
68. McComb H. Treatment of the unilateral cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1975;55(5):596.
69. McGregor IA. The Abbé flap: Its use in single and double lip clefts. *Br J Plast Surg.* 1963;16:46.
70. Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Med Rec.* 1898;53:477.
71. Tajima S, Maruyama M. Reverse-U incision for secondary repair of cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg.* 1977;60:256.
72. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77:701.
73. Parvu DL, Zama M, Udrea OM, Chiriac-Babei CI, Tatar RT, Preda DM, Voiculescu AV, Ulici A, Enescu DM. Aesthetic versus functional sequelae: The psychological impact on youth with cleft lip measured against a seemingly non-comparable condition. *Rom J Oral Rehabil.* 2025.
74. Pattinson B, editor. *Cleft lip and palate: Diagnosis and management.* USA: Murphy & Moore Publishing; 2022.
75. Baker Shan R. *Principles of Nasal Reconstruction.* New York, NY: Springer; 2011.

ANEXE

Articole în curs de publicare:

1. Parvu, D.L.; Zama, M.; Udrea, O.-M.; Chiriac-Babei, C.I.; Tatar, R.T.; Preda, D.M.; Voiculescu, A.V.; Ulici, A.; Enescu, D.M. Aesthetic versus functional sequelae: The psychological impact on youth with cleft lip measured against a seemingly non-comparable condition – Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2025
2. Parvu, D.L.; Enescu, D.M.; Chiriac-Babei, C.I.; Preda, D.M.; Tatar, R.T.; Caragata, R.; Truica, A.; Zama, M. Timing and techniques: Age-based medical approach in secondary reconstructive procedures for bilateral cleft lip – Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2025
3. Parvu, D.L.; Enescu, D.M.; Chiriac-Babei, C.I.; Preda, D.M.; Udrea, O.-M.; Tatar, R.T.; Caragata, R.; Truica, A.; Zama, M. From lip to nose: Gendered aesthetic preferences in sequelae treatment among cleft lip patients – Romanian Journal of Oral Rehabilitation. 2025