



MD 891 Z 2015.10.31

REPUBLICA MOLDOVA



(19) Agenția de Stat
pentru Proprietatea Intelectuală

(11) **891** (13) **Z**
(51) Int.Cl: *A61B 17/00* (2006.01)
A61F 2/08 (2006.01)

(12) **BREVET DE INVENȚIE
DE SCURTĂ DURATĂ**

<p>(21) Nr. depozit: s 2014 0162 (22) Data depozit: 2014.12.29</p>	<p>(45) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului: 2015.03.31, BOPI nr. 3/2015</p>
<p>(71) Solicitanți: URECHE Corneliu, MD; CERNAT Victor, MD; HOTINEANU Adrian, MD; ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD (72) Inventatori: URECHE Corneliu, MD; CERNAT Victor, MD; HOTINEANU Adrian, MD; ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD (73) Titulari: URECHE Corneliu, MD; CERNAT Victor, MD; HOTINEANU Adrian, MD; ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD</p>	

(54) **Metodă de plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal după mastectomie**

(57) Rezumat:

1

Invenția se referă la medicină, în special la oncologie, și poate fi utilizată pentru plastie de san cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal după mastectomie la pacientele cu cancer de glandă mamară.

Conform invenției, metoda revendicată constă în aceea că se efectuează marcajul preoperator al zonei la nivelul glandei mamare mastectomizate, se marchează zona de reexcizie, apoi se efectuează marcajul abdominal al locului de prelevare a lamboului, după care liniile se unesc formând o elipsă, de asemenea se marchează locul de formare a unui tunel, prin care se va efectua transpoziția lamboului. În timpul operației se efectuează incizia marginii superioare marcate până la aponevroza mușchiului drept abdominal, se decolează acest lambou până la nivelul ultimelor coaste contralaterale, după care se execută tunelul menționat, se efectuează inciziile conform marcajului, se decolează lamboul din părțile paramediane până la 1 cm de linia albă a

2

abdomenului, apoi din părțile homolaterale până la 1...2 cm lateral de marginea mușchiului drept abdominal. După care se incizează cu 2 cm lateral de linia albă foița anterioară a aponevrozei mușchiului drept abdominal cu păstrarea a 4...5 cm de foiță anterioară a aponevrozei și se eliberează pediculul vascular inferior al mușchiului, se mobilizează mușchiul spre partea superioară până la nivelul procesului xifoid. La nivelul marginilor laterale se ligaturează perforantele și nervii intercostali, după care lamboul se tunelizează și se plasează în locul receptor, iar pe peretele abdominal anterior suplimentar se aplică un alotransplant dermal pregătit preliminar. Se suturează lamboul la nivelul defectului, iar pe piele în regiunea glandei mamare reconstruite se aplică un plastru hipoalergen pe suport de material nețesut cu adeziv pe bază de poliacrilat.

Revendicări: 1

MD 891 Z 2015.10.31

(54) Method for breast reconstruction with rectus abdominis musculocutaneous unipedicled flap after mastectomy

(57) Abstract:

1
The invention relates to medicine, in particular to oncology, and may be used for breast reconstruction with rectus abdominis musculocutaneous unipedicled flap after mastectomy in women with breast cancer.

According to the invention, the claimed method consists in that it is performed the preoperative marking of the zone at the level of the removed breast, is marked the reexcision zone, then is performed the abdominal marking of the flap intake place, afterwards the lines are connected to form an ellipse, it is also marked the place of formation of a tunnel, through which will be performed the flap transposition. During the operation is performed the incision of the superior marked edge to the rectus abdominis aponeurosis, is detached this flap to the level of the last contralateral edges, afterwards is performed the said tunnel, are performed the incisions in accordance with the marking, is detached the flap from the paramedial sides up to 1 cm from the

2
abdominal white line, then from the homolateral sides up to 1...2 cm laterally from the edge of the rectus abdominis muscle. Then it is incised 2 cm laterally from the white line the anterior leaf of the rectus abdominis aponeurosis with preservation of 4...5 cm of anterior leaf of the aponeurosis and is released the inferior vascular pedicle of the muscle, is mobilized the muscle in the upper side to the level of the xiphoid process. At the level of the lateral edges are ligated the perforants and intercostal nerves, then the flap is tunneled and placed in a recipient place, and on the anterior wall of the abdomen is additionally applied a preliminary prepared skin allograft. It is sutured the flap at the level of the defect, and on the skin in the region of the reconstituted breast is applied a hypoallergenic plaster of nonwoven fabric with polyacrylate-based adhesive.

Claims: 1

(54) Метод пластики молочной железы кожно-мышечным лоскутом на одной ножке прямой мышцы живота после мастэктомии

(57) Реферат:

1
Изобретение относится к медицине, в частности к онкологии, и может быть использовано для пластики молочной железы кожно-мышечным лоскутом на одной ножке прямой мышцы живота после мастэктомии у женщин с раком молочной железы.

Согласно изобретению, заявленный метод состоит в том, что выполняют предоперационную маркировку зоны на уровне удаленной молочной железы, маркируют зону резекции, затем на животе выполняют маркировку места забора лоскута, после чего линии соединяют, образуя эллипс, также маркируют место образования туннеля, через который будет выполняться перемещение лоскута. Во время операции выполняют разрез верхнего маркированного края до апоневроза прямой мышцы живота, отслаивают данный лоскут до уровня последних контралатеральных ребер, после чего выполняют упомянутый туннель, выполняют разрезы в соответствии с маркировкой, отслаивают лоскут с

2
парамедиальных сторон до 1-го см от белой линии живота, затем с гомолатеральных сторон до 1...2 см латеральнее от края прямой мышцы живота. После чего разрезают латеральнее на 2 см от белой линии передний листок апоневроза прямой мышцы живота с сохранением 4...5 см переднего листка апоневроза и освобождают нижнюю сосудистую ножку мышцы, мобилизируют мышцу в верхнюю сторону до уровня мечевидного отростка. На уровне латеральных краев лигируют перфоранты и межреберные нервы, после чего лоскут туннелизируют и помещают в реципиентное место, а на передней стенке живота дополнительно накладывают заранее подготовленный кожный алогрансплант. Ушивают лоскут на уровне дефекта, а на кожу в области реконструированной молочной железы накладывают гипоаллергенный пластырь из нетканого материала с клеем на основе полиакрилата.

П. формулы: 1

Descriere:

- 5 Invenția se referă la medicină, în special la oncologie, și poate fi utilizată pentru
plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal după
mastectomie la pacientele cu cancer de glandă mamară.
- Este cunoscută metoda de plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de
mușchi drept abdominal după mastectomie, care constă în aceea că pacienta este
poziționată pe masa de operație în decubit dorsal, cu brațele sub un unghi de 60°C față
de corp, cu posibilitatea de a fi ridicată în șezut în timpul operației.
- 10 Abordul zonei receptoare se face în funcție de localizarea cicatricii:
- dacă cicatricea se află în poziție oblică sau joasă, pregătirea zonei
mastectomizate începe cu excizia cicatricii (care se transmite la examen histopatologic);
 - dacă cicatricea este transversală, odată cu excizia ei se poate exciza și tegument
din cadranul inferomedial pentru poziționarea lamboului într-o poziție ideală, oblică;
 - 15 • dacă cicatricea este verticală sau este localizată în poziție înaltă, se folosește un
alt mod de abord, la 2 cm superior de viitorul șanț inframamar.
- Se disecă lambourile cutanate superior și inferior până la nivelul marcajelor
preoperatorii, cu verificarea viabilității acestora. Spre lateral decolarea nu trebuie să
depășească linia axilară anterioară. Se verifică patul receptor, căutându-se eventuale
20 recidive, se spală cu soluție antibiotică și se acoperă cu un câmp, până la transferul
lamboului.
- Incizia abdomenului începe cu incizia pe marginea superioară a elipsei, aprofundată
până la nivelul aponevrozei, apoi se decolează lamboul abdominal superior până la
nivelul procesului xifoidian al sternului și al șanțului inframamar. Se practică apoi
25 incizia la nivelul marginilor inferioare și laterale ale elipsei, până la nivelul aponevrozei.
Se începe decolarea lambourilor centripet, de la periferie spre centru, dinspre partea
opusă pediculului. Decolarea se oprește la nivelul marginii laterale a mușchiului drept
abdominal selectat pentru a fi transferat și nivelul liniei albe după secționarea și
ligaturarea perforantelor, în cazul părții opuse. De partea pediculului se continuă
30 decolarea cu atenție până la identificarea perforantelor din coloana laterală, la
aproximativ 2...3 cm de marginea laterală a mușchiului.
- După ligaturarea acestor perforante se practică incizia lamei anterioare a tecii
mușchiului drept abdominal, cu disecția feței posterioare a mușchiului pe toată lungimea
lui. La nivelul unirii treimii inferioare cu treimea medie, pe marginea laterală, se
35 identifică locul de pătrundere a arterei epigastrice inferioare și se urmărește până sub
nivelul liniei arcuate, unde se ligaturează și se secționează.
- Secțiunea masei musculare se face deasupra liniei arcuate pentru a nu pune în
pericol integritatea peretelui abdominal inferior, știind că la acest nivel nu rămâne ca
structură de rezistență decât lama anterioară a tecii mușchiului.
- 40 Mușchiul se ancorează de lamboul cutaneo-adipos, pentru a nu pune în pericol
vascularizarea lui în timpul manevrelor de recoltare.
- Se separă mușchiul la nivelul liniei albe și se izolează ombilicul, care rămâne atașat
de peretele abdominal.
- Mobilizarea mușchiului spre proximal până la nivelul procesului xifoidian se face cu
45 atenție, lăsând pe loc lama posterioară a tecii. La nivelul marginii laterale se disecă și se
ligaturează perforantele din pediculii intercostali, inclusiv nervii intercostali (mai ales al
VIII-lea nerv intercostal) pentru a preveni contracția mușchiului. E bine să se lase spre
lateral aproximativ 25...30% din mușchi și fascie, pentru a facilita închiderea lui.
- După disecția completă a lamboului și a mușchiului, se verifică perfuzia lui prin
50 aprecierea culorii sângelui de la periferia lamboului: dacă este roșu viu, lamboul este
bine perfuzat; dacă este de culoare roșu închis, înseamnă că sunt tulburări de întoarcere
venoasă și este necesar să se facă excizia țesutului marginal până când se obține o
sângerare de culoare deschisă (DELLA ROVERE, 2004). De asemenea, se poate
elimina de acum zona IV, cel mai puțin perfuzată.
- 55 În vederea transpoziționării lamboului la nivelul zonei toracice de reconstruit, se
execută un tunel subcutanat, care nu depășește limita medială, suficient de larg cât să
între mână chirurgului și să nu afecteze pediculul. Sensul de transpoziționare a
lamboului este antiorar la sânul drept și orar la sânul stâng. Poziționarea și modelarea
lamboului se face pe loc, având grijă să nu se pună pediculul în tensiune; excesul se

excizează, iar o parte se dezepidermizează pentru a umple depresiunile superioare și laterale. Orientarea lamboului depinde de mărimea șanțului reconstruit și de extensia defectului. Un sân normal ca volum și formă se reconstruiește cel mai bine orientând lamboul vertical. Odată cu creșterea lățimii șanțului, lamboul se orientează mai oblic, ajungând transversal când e nevoie să se reconstruiască un sân foarte voluminos. O atenție deosebită trebuie acordată închiderii peretelui abdominal. Dacă s-a păstrat destul de mult din fascia mușchiului drept abdominal, atunci se poate face închiderea directă, cu fire neresorbabile, groase (de preferință, Prolene 1-0), în două straturi. În cazul în care există un defect de aponevroză, acesta poate fi rezolvat prin implantarea unei meșe sintetice. Închiderea peretelui abdominal se face ca în cazul abdominoplastiei, după croirea unui nou sediu pentru ombilic [1].

Dezavantajul metodei cunoscute constă în apariția complicațiilor după decolarea mușchiului drept abdominal fără efectuarea unei plastii cu țesuturi locale ale peretelui abdominal anterior îndeosebi la pacienții obeze, precum și a cicatricelor postoperatorii pe tegumente, ce duce la perturbarea stării psihologice a pacientei.

Problema pe care o rezolvă invenția constă în elaborarea unei metode de plastic de san care nu duce la apariția complicațiilor postoperatorii menționate, posedă un rezultat estetic satisfăcător și o regenerare mai rapidă a țesuturilor.

Conform invenției, metoda revendicată constă în aceea că se efectuează marcajul preoperator al zonei la nivelul glandei mamare mastectomizate, se marchează zona de reexcizie, apoi se efectuează marcajul abdominal al locului de prelevare a lamboului, după care liniile se unesc formând o elipsă, de asemenea se marchează locul de formare a unui tunel, prin care se va efectua transpoziția lamboului. În timpul operației se efectuează incizia marginii superioare marcate până la aponevroza mușchiului drept abdominal, se decolează acest lambou până la nivelul ultimelor coaste contralaterale, după care se execută tunelul menționat, se efectuează inciziile conform marcajului, se decolează lamboul din părțile paramediane până la 1 cm de linia albă a abdomenului, apoi din părțile homolaterale până la 1..2 cm lateral de marginea mușchiului drept abdominal. După care se incizează cu 2 cm lateral de linia albă foița anterioară a aponevrozei mușchiului drept abdominal cu păstrarea a 4..5 cm de foiță anterioară a aponevrozei și se eliberează pediculul vascular inferior al mușchiului, se mobilizează mușchiul spre partea superioară până la nivelul procesului xifoid. La nivelul marginilor laterale se ligaturează perforantele și nervii intercostali, după care lamboul se tunelizează și se plasează în locul receptor, iar pe peretele abdominal anterior suplimentar se aplică un alotransplant dermal pregătit preliminar. Se suturează lamboul la nivelul defectului, iar pe piele în regiunea glandei mamare reconstruite se aplică un plastru hipoalergen pe suport de material nețesut cu adeziv pe bază de poliacrilat.

Rezultatul invenției constă în evitarea complicațiilor postoperatorii, obținerea unui rezultat estetic satisfăcător și a unei regenerări mai rapide a țesuturilor datorită păstrării vascularizării eficiente a lamboului după migrarea lui în locul necesar.

De-a lungul celor 20 de ani de când lamboul musculocutan de mușchi drept abdominal a fost pentru prima dată descris, s-au îmbunătățit multe etape, de la selecția pacienților, la tehnicile de divizare a mușchiului și la transferurile microchirurgicale.

În tehnica de reconstrucție cu lambou musculocutan de mușchi drept abdominal (TRAM) unipediculat, alegerea mușchiului depinde și de forma defectului și a sânului contralateral. În cazul în care avem de reconstruit un sân mai voluminos și mai mare în porțiunea inferolaterală se folosește mușchiul drept abdominal opus sânului de reconstruit. În cazul în care avem un sân mai mic, cu necesitatea reconstrucției și a umplerii zonelor inferomediale se optează pentru pedicul ipsilateral.

Mușchiul drept abdominal este un mușchi vertical pereche, situat în partea mediană a peretelui abdominal, separat pe linia mediană de o bandă groasă de țesut conjunctiv, reprezentată de linia albă. Se întinde de la simfiza pubiană (inferior) la apendicele xifoid și cartilajele costale 5-7. Mușchiul este traversat de 3..4 benzi fibroase (intersecții tendinoase) orizontale și este învelit de o teacă fibro-aponevrotică. Lamboul musculocutan transvers de mușchi drept abdominal este bazat pe vascularizația din artera epigastrică superioară, continuarea arterei toracice (mamare) interne și artera epigastrică inferioară, ramură din artera iliacă externă. La nivelul marginii laterale,

mușchiul drept abdominal mai primește ramuri din arterele intercostale anterioare care pătrund pe fața posterioară împreună cu filete din nervii intercostali.

5 Arterele epigastrice formează o rețea în corpul muscular al mușchiului drept abdominal – sistemul vascular epigastric vertical – de la care pornesc perforante către tegument și țesutul celular subcutanat.

Artera epigastrică inferioară ia naștere din artera iliacă externă la 1 cm superior de ligamentul inghinal și la acest nivel abordează marginea laterală a mușchiului drept abdominal. Artera descinde pe fața posterioară a mușchiului drept abdominal, unde se poate bifurca și pătrunde în mușchi la nivelul treimii mijlocii.

10 Artera epigastrică superioară, după ce trece pe sub cartilajul costal, pătrunde pe fața posterioară a mușchiului drept abdominal în porțiunea centrală sau în treimea laterală, fiind vizibilă pe o lungime de 5...8 cm de marginea costală.

15 Aceste variații anatomice necesită o disecție atentă a vaselor, pentru localizarea lor. În partea superioară a mușchiului artera dă o ramură costomarginală pentru vascularizația marginii laterale a mușchiului.

Metoda se efectuează în modul următor.

Marcajul preoperator se face cu pacienta în poziție verticală. Se marchează linia mediotoracică, linia axilară anterioară, șantul inframamar al sânului contralateral și nivelul viitorului șanț inframamar la sânul mastectomizat.

20 Se marchează zona de reexcizie, dacă este cazul și linia mediană a defectului.

Se măsoară pe linia axului sânului controlateral distanța de la șanțul inframamar la papila mamară și distanța de la papila mamară la marginea superioară a sânului. Suma acestor două distanțe va fi dimensiunea axului vertical al noului sân.

25 Tot pe sânul contralateral se măsoară distanța dintre punctul situat la 1,5...2 cm de linia mediotoracică și linia axilară anterioară, trecând peste circumferința sânului la nivelul papilei mamare. Această distanță va trebui respectată pe linia orizontală a viitorului sân.

Marcajul lamboului abdominal

30 Desenul abdominal are forma de elipsă orizontală, centrată pe perforatoarele paraombilicale. Aceste perforatoare pot fi identificate ecografic folosind un Doppler periferic sau un Doppler Duplex color.

Linia mediotoracică se prelungește spre inferior până la nivelul simfizei pubiene. Se marchează spinele iliace antero-superioare și punctul situat la 1...2 cm superior de nivelul ombilicului și apoi se unesc.

35 Cu abdomenul relaxat și ușor flectat se apreciază nivelul minim al inciziei inferioare, pentru a nu crea tensiune în sutura finală. Se desenează linia inferioară pe pliul natural format sau cu 1...2 cm superior, în funcție de elasticitatea „șorțului” cutanat. Se marchează tot acum tunelul prin care se va efectua transpoziția lamboului, iar în final se desenează și locul receptor pentru a obține o localizare cât mai precisă a viitorului sân și mamelon.

40 În funcție de mărimea sânului ce urmează a fi reconstruit se recoltează lamboul abdominal. El poate fi doar jumătate din lambou, de partea ipsilaterală a mușchiului recoltat, sau poate depăși linia mediană, dacă este nevoie de un lambou mai voluminos. În general, când se optează pentru un lambou unipediculat, pentru siguranța vascularizației, se folosesc doar 50...60% din elipsa abdominală.

Teoretic, elipsa abdominală este împărțită în 4 zone:

- zona I este zona centrală corespunzătoare mușchiului drept abdominal pe care se face lamboul,
- zona II este zona centrală, simetrică cu prima, care este vascularizată prin anastomozele dintre perforante,
- zona III este partea laterală a lamboului, localizată de aceeași parte cu mușchiul,
- zona IV este partea laterală a lamboului, situată cel mai departe de perforante, care, de obicei, se sacrifică în TRAM-ul unipediculat.

55 În timpul operației, poziția pacientei în decubit dorsal, articulațiile coxofemorale și ale genunchiului în flexie, se efectuează incizia marginii superioare marcate până la aponevroza mușchiului drept abdominal, se decolează acest lambou până la nivelul ultimelor coaste contralaterale și cu 2 cm mai jos de plica submamară, după care se execută un tunel subcutanat cu traiectul medial inferior al sânului amputat, apoi se efectuează incizia

- marginii inferioare a elipsei, care este cu 2...5 cm mai sus de pubis, însă mai întâi se verifică laxitatea peretelui abdominal anterior pentru a exclude ulterior o insuficiență de țesut la rafia locului donator. Apoi se efectuează incizia marginii inferioare a elipsei, care este cu 2...5 cm mai sus de pubis, se decolează lamboul din părțile paramediane până la 1 cm de linia albă, iar vasele perforante nu se incizează imediat, ele servesc ca un ghid pentru a presupune localizarea vaselor perforante homolaterale și apoi se decolează în părțile homolaterale până la 1...2 cm mai lateral de marginea mușchiului drept abdominal. Vasele perforante nu se incizează, ele se păstrează, dacă sunt dificilăți în identificarea lor se utilizează Doppler-ul intraoperator. După decolarea completă a lamboului se eliberează ombilicul, apoi se incizează cu 2 cm lateral de linia albă foița anterioară a aponevrozei mușchiului drept abdominal, pentru a putea mai apoi să închidem defectul. O altă incizie se efectuează în partea laterală a mușchiului, astfel ca să păstrăm 4...5 cm de foiță anterioară a aponevrozei. Apoi se eliberează pediculul vascular inferior al mușchiului mai jos cu 2 cm de pătrunderea sa în mușchi. Se separă mușchiul la nivelul liniei albe și se izolează ombilicul, care va rămâne atașat de peretele abdominal. Mobilizarea mușchiului spre proximal până la nivelul procesului xifoidian se face cu atenție, lăsând pe loc lama posterioară a tecii. La nivelul marginii laterale se disecă și se ligaturează perforantele din pediculii intercostali, inclusiv nervii intercostali (mai ales al VIII-lea nerv intercostal) pentru a preveni contracția mușchiului. E bine să se lase spre lateral aproximativ 25...30% din mușchi și fascie, pentru a facilita închiderea lui. După care lamboul se tunelizează și se plasează în locul receptor. Plasarea se poate efectua pe verticală sau pe orizontală, iar lamboul în zona pediculului nu trebuie rotit mai mult de 90°. Pe peretele abdominal anterior suplimentar se aplică un alotransplant dermal pregătit preliminar. Apoi se suturează lamboul la nivelul defectului cu restabilirea complexului mamelono-areolar prezervat, iar la piele în regiunea glandei mamare reconstruite se aplică un plasture hipoalergen pe suport de material nețesut cu adeziv pe bază de poliacrilat (omnistrip). Are o aderență foarte bună, permite fixarea sigură a marginilor plăgii, se îndepărtează atraumatic, are o permeabilitate ridicată pentru aer și vapori de apă. Este o sutură atraumatică, rapidă și estetică a plăgilor postoperatorii.
- 30 Metoda revendicată a fost utilizată pentru 26 de paciente, cu rezultate satisfăcătoare la externare și fără complicații postoperatorii.
- Exemplu
- Bolnava E., 44 ani. Diagnosticul: cancer ductal al glandei mamare pe dreapta T2N1Mx. A suportat 2 cure de chimioterapie neoadjuvantă după schema CMF₂. Local în cadranul median se palpează o formațiune tumorală cca 4 cm. Internată în clinică pentru intervenție chirurgicală. Operația: mastectomie pe dreapta, procedeu Maden cu prezervarea pielii și complexului mamelono-areolar, evidare limfoganglionară regională. S-a efectuat metoda de 35 plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal (TRAM). Plastia peretelui abdominal cu alodermă. Postoperator bolnava a continuat tratamentul în secția terapie intensivă timp de 48 ore. Perioada postoperatorie favorabilă, 40 externată la a 7-a zi după intervenție.

(56) Referințe bibliografice citate în descriere:

1. Neoplasm mamar. Reconstrucția de sân cu țesuturi autologe. Reconstrucția de sân cu lambou musculocutan transvers de mușchi drept abdominal. Găsit 01.12.2014, <<http://www.cosan.ro/protocol/anexe/anexaxi.html>>

(57) Revendicări:

Metodă de plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal după mastectomie, care constă în aceea că se efectuează marcajul preoperator al pacientei în poziție verticală, și anume linia mediotoracică, linia axilară anterioară, șantul inframamar al sânelui contralateral și nivelul viitorului șant inframamar la sânul mastectomizat, se marchează zona de reexcizie, dacă este cazul și linia mediană a defectului, apoi se efectuează marcajul abdominal, și anume linia mediotoracică se prelungeste spre inferior până la nivelul simfizei pubiene, se marchează spinele iliace antero-superioare și punctul situat la 1...2 cm superior de nivelul ombilicului, după care liniile se unesc formând o elipsă, la fel se marchează locul de formare a unui tunel prin care se va efectua transpoziția lamboului, iar în final se marchează locul receptor; în timpul operației pacienta se poziționează în decubit dorsal, iar articulațiile coxofemorale și ale genunchiului se aduc în flexie, se efectuează incizia marginii superioare marcate până la aponevroza mușchiului drept abdominal, se decolează acest lambou până la nivelul ultimelor coaste contralaterale și cu 2 cm mai jos de plica submamară, după care se efectuează tunelul subcutanat cu traiectul medial inferior al sânelui amputat, apoi se efectuează incizia marginii inferioare a elipsei, care este cu 2...5 cm mai sus de pubis; se decolează lamboul din părțile paramediane până la 1 cm de la linia albă și în părțile homolaterale până la 1...2 cm lateral de marginea mușchiului drept abdominal; după decolarea completă a lamboului se eliberează ombilicul, se incizează cu 2 cm lateral de linia albă foița anterioară a aponevrozei mușchiului drept abdominal, cu efectuarea inciziei în partea laterală a mușchiului și cu păstrarea a 4...5 cm de foiță anterioară a aponevrozei, apoi se eliberează pediculul vascular inferior al mușchiului mai jos cu 2 cm de pătrunderea lui în mușchi, se separă mușchiul la nivelul liniei albe și se izolează ombilicul, care rămâne atașat de peretele abdominal, se mobilizează mușchiul din partea inferioară spre partea superioară până la nivelul procesului xifoid, lăsând pe loc lama posterioară a tecii; la nivelul marginii laterale se disecă și se ligaturează perforantele din pediculii intercostali, inclusiv nervii intercostali, după care lamboul se tunelizează și se plasează în locul receptor, iar pe peretele abdominal anterior suplimentar se aplică un alotransplant dermal pregătit preliminar, apoi se suturează lamboul la nivelul defectului cu restabilirea complexului mamelono-areolar prezervat, iar pe piele în regiunea glandei mamare reconstruite se aplică un plasture hipoalergen pe suport de material nețesut cu adeziv pe bază de poliacrilat.

Șef Direcție Brevete:

GUȘAN Ala

Examinator:

IUSTIN Viorel

RAPORT DE DOCUMENTARE

I. Datele de identificare a cererii		
(21) Nr. depozit: s 2014 0162		(32) Data de prioritate recunoscută:
(22) Data depozit: 2014.12.29		Raport de documentare internațională: <input type="checkbox"/> da
(67)* Nr. și data transformării cererii: ,		
(71) Solicitant: URECHE Corneliu, MD; CERNAT Victor, MD; HOTINEANU Adrian, MD; ȚĂBĂRNĂ Gheorghe, MD		
(54) Titlul: Metodă de plastie de sân cu lambou musculocutan unipediculat de mușchi drept abdominal după mastectomie		
II. Clasificarea obiectului invenției:		
(51) Int.Cl: A61B 17/00 (2006.01) A61F 2/08 (2006.01)		
III. Colecții și Baze de date de brevete cercetate (denumirea, termeni caracteristici, ecuații de căutare reprezentative)		
MD - Intern « Documentare Invenții » (inclusiv cereri nepublicate; trunchiere automată stanga/dreapta):		
Int.Cl: A61B 17/00, A61F 2/08 Plastie, „glanda mamară”, „mușchiul drept al abdomenului”		
EA, CIS (Eapatis):		
Int.Cl: A61B 17/00, A61F 2/08 Plastie, „glanda mamară”, „mușchiul drept al abdomenului”		
SU (nonpublic):		
Int.Cl: A61B 17/00, A61F 2/08 Plastie, „glanda mamară”, „mușchiul drept al abdomenului”		
IV. Baze de date și colecții de literatură nonbrevet cercetate		
V. Documente considerate a fi relevante		
Categoria*	Date de identificare ale documentelor citate si, unde este cazul, indicarea pasajelor pertinente	Numărul revendicării vizate
A, B, C	Neoplasm mamar. Reconstrucția de sân cu țesuturi autologe. Reconstrucția de sân cu lambou musculocutan transvers de mușchi drept abdominal. Găsit 01.12.2014, < http://www.cosan.ro/protocol/anexe/anexaxi.html >	1
A	MD 1681 G2 2002.01.31	1
A	MD 1696 G2 2002.02.28	1
* categoriile speciale ale documentelor citate:		
A – document care definește stadiul anterior general	T – document publicat după data depozitului sau a priorității invocate, care nu aparține stadiului pertinent al tehnicii, dar care este citat pentru a pune în evidența principiul sau teoria pe care se bazează invenția	
X – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată nouă sau	E – document anterior dar publicat la data depozit național reglementar sau după aceasta dată	

implicând activitate inventivă când documentul este luat în considerație de unul singur	
Y – document de relevanță deosebită: invenția revendicată nu poate fi considerată ca implicând activitate inventivă când documentul este asociat cu unul sau mai multe documente de aceeași categorie	D – document menționat în descrierea cererii de brevet
O - document referitor la o divulgare orală, un act de folosire, la o expoziție sau la orice alte mijloace de divulgare	C – document considerat ca cea mai apropiată soluție
	& – document, care face parte din aceeași familie de brevete
P - document publicat înainte de data de depozit, dar după data priorității invocate	L – document citat cu alte scopuri
Data finalizării documentării	2015.01.22
Examinator	IUSTIN Viorel