

TRATTATO
di
TECNICA CHIRURGICA
MAXILLO-FACCIALE
II

A cura della
Società Italiana di Chirurgia Maxillo-Facciale

SICMF 
SOCIETÀ ITALIANA CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

EDIZIONI IDELSON GNOCCHI
dal
1908
G

GG
IDELSON
GNOCCHI

4.3

Lembo libero radiale

Riccardo Giroto, Paolo Balercia

Il lembo radiale antibrachiale o "cinese" o radial forearm free flap (Fig. 1) rappresenta uno dei cavalli di battaglia della chirurgia ricostruttiva non solo per la versatilità e la facilità del prelievo ma anche per la possibilità di ricostruire difetti tridimensionali. È un lembo fascio-cutaneo, la sua vascolarizzazione è garantita da multipli vasi perforanti setto-cutanei che seguono il decorso della arteria radiale.

Il suo allestimento viene eseguito dopo test di Allen per confermare la presenza e pervietà della arteria ulnare e del circolo palmare superficiale e profondo al fine di evitare la devascularizzazione della mano dal lato del prelievo.

L'arteria radiale ed il suo sistema di perforanti può vascolarizzare una estesa area cutanea che si estende dalla piega del polso fino a 3-4 cm al di sopra della piega cubitale ed occupante circa 2/3 della superficie anteriore, laterale e posteriore dell'avambraccio.

Si può prelevare un peduncolo vascolare radiale fino a circa 20 cm di lunghezza. Il diametro della arteria radiale è adeguato per il confezionamento di anastomosi microchirurgiche: prossimalmente il diametro esterno varia da 2,5 a 3,5 mm, distalmente dai 2 ai 3 mm.

Inoltre è possibile confezionare tale lembo in forma "sensate" includendo nel prelievo il nervo laterale antibrachiale cutaneo (ramo anteriore).

I vantaggi all'utilizzo di tale lembo sono rappresentati da:

- infrequente arteriosclerosi al livello dei vasi radiali, nonostante l'età avanzata del paziente
- possibilità di prelievo in anestesia locale e mediante utilizzo di tourniquet
- ridotta immobilizzazione e dolore post-operatorio
- possibilità, se si esegue un intervento combinato head & neck, di poter operare in due team, riducendo i tempi operatori
- possibilità di identificare preoperatoriamente il peduncolo vascolare
- il diametro del peduncolo che è consistente e di buona lunghezza
- la cute del lembo è estremamente plicabile, sottile e sufficientemente glabra.

Gli svantaggi sono altresì rappresentati da:

- un'evidente cicatrice post-operatoria del sito donatore
- un'arteria dominante dell'arto superiore è sacrificata
- se viene prelevato un segmento osseo di radio, cosa peraltro caldamente sconsigliata, può residuare una importante congestione post-operatoria dell'arto superiore, inoltre si può incorrere nel rischio di frattura spontanea dell'arto superiore o nel riassorbimento osseo.



Figura 1



Figura 2

Il peduncolo vascolare è rappresentato dalla arteria radiale e le sue vene comitanti (Fig. 2 e 3) che decorrono nel setto presente tra le inserzioni tendinee distali del muscolo brachioradiale e il muscolo flessore radiale del carpo (Fig. 4). In particolare l'arteria radiale e le sue comitanti decorrono fra i muscoli flessori e i muscoli estensori nel setto laterale intermuscolare.

Rami settocutanei originano lungo tutto il decorso della arteria radiale. La più grande di questi è la arteria cubitale inferiore che origina circa 4 cm distalmente alla linea intercondilare.

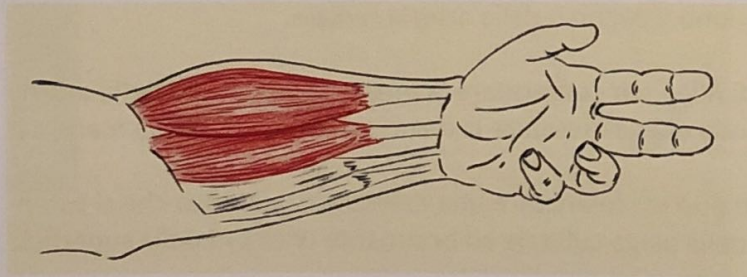


Figura 3

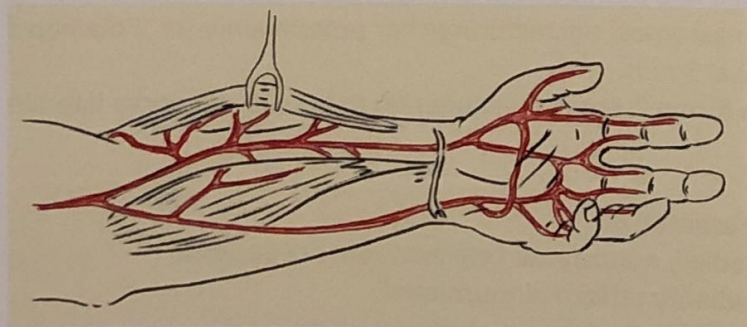


Figura 4

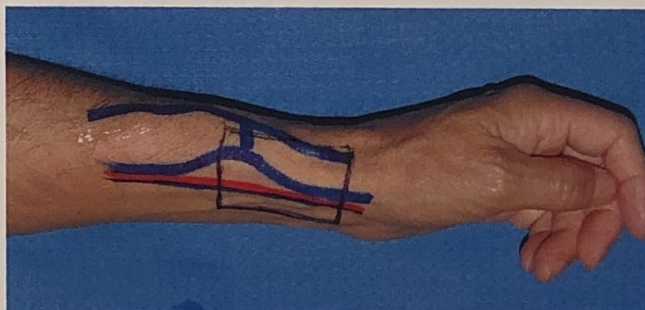
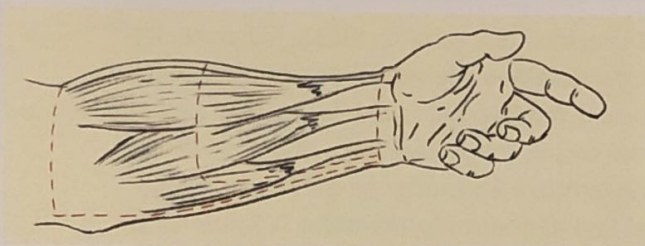


Figura 5

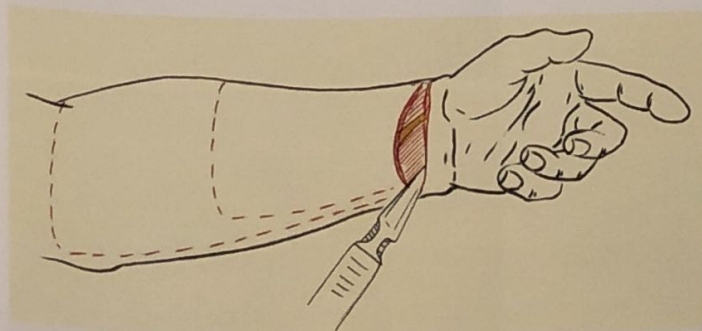
Recente letteratura affida il drenaggio venoso del lembo non solo alle vene radiali ma anche al sistema venoso superficiale (fig. 5) che in un 60% dei pazienti non avrebbe connessioni adeguate con il sistema venoso profondo.

Tecnica chirurgica

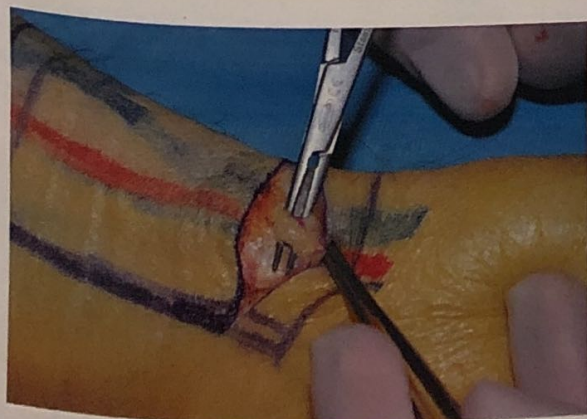
Disegno preoperatorio dell'isola cutanea, dei vasi e dell'eventuale innervazione del lembo. Le dimensioni possono essere anche molto generose fino a riguardare 2/3 della circonferenza dell'intero avambraccio (Immagine).



Step 1



Incisione dell'estremo distale dell'isola cutanea del lembo radiale e progressiva dissezione per piani fino ad identificare, isolare e sezionare il peduncolo vascolare radiale.

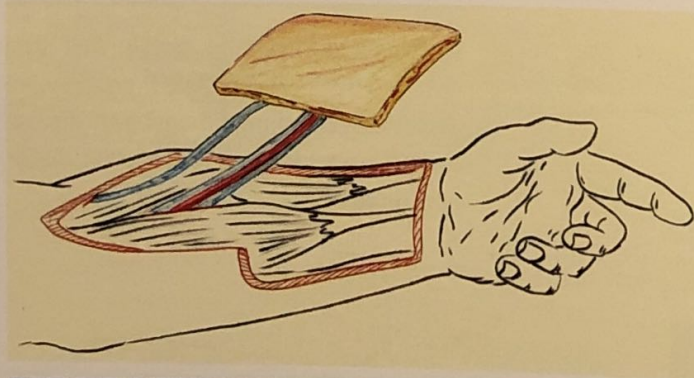
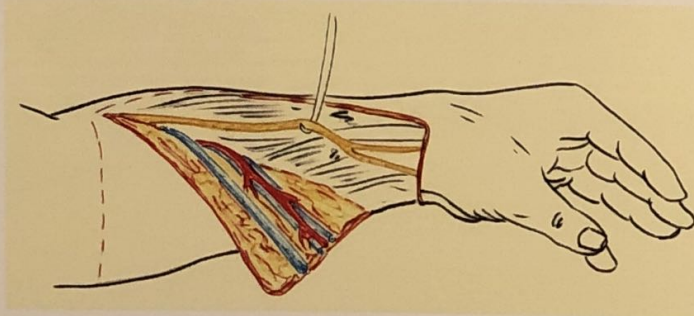
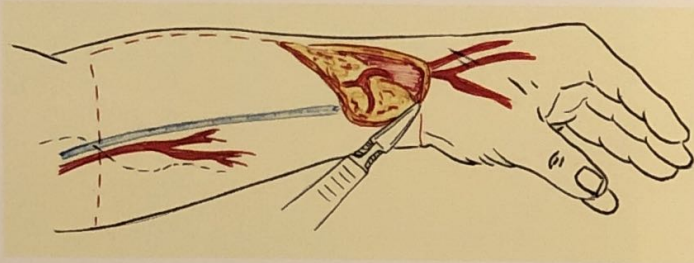


Step 2

Step 3

Dissezione dell'estremo ulnare sul piano sottofasciale fino alla estremità laterale o radiale del tendine del muscolo flessore radiale del carpo. Particolare cura andrà posta nel risparmiare il parathenon dei tendini flessori al fine di non compromettere la funzionalità della mano.

Si potrà altresì includere, qualora lo si ritenga necessario, componenti tendinee al fine di confezionare un lembo "armato", come può essere necessario per la ricostruzione a tutto spessore del labbro inferiore.



Step 4

Incisione del versante radiale avendo cura di preservare la vena cefalica. In tale occasione, oltre a preservare la vena per una possibile anastomosi chirurgica, risulta opportuno preservare il nervo sensitivo dell'avambraccio.

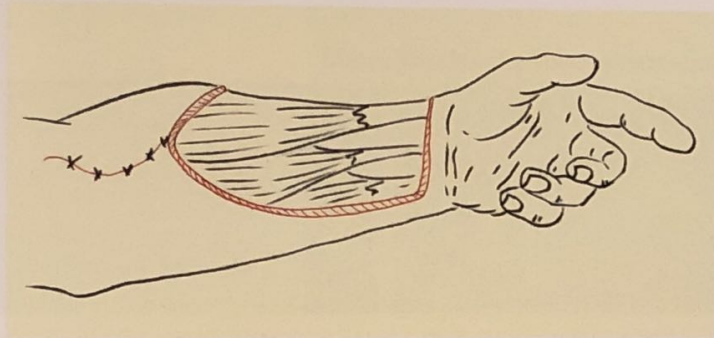
Si potrebbe anche valutare una sua inclusione del lembo qualora sia utile per fornire una innervazione sensitiva. Tale fase, fino all'incontro del nervo antibrachiale, potrà essere condotta su un piano sopra fasciale. Quindi una volta identificato il nervo e soprattutto il ramo mediale che entra nel setto la dissezione diventerà sottofasciale obbligatoriamente.

Incisione trasversale del margine prossimale dell'isola cutanea del lembo.

Dissezione centripeta del peduncolo vascolare ed elevazione del lembo.

La chiusura della ferita chirurgica sarà di prima intenzione nella parte prossimale dell'avambraccio e mediante posizionamento di innesto dermo-epidermico distalmente laddove è stata prelevata la componente fascio-cutanea del lembo.

Potrà essere utile posizionare una valva gestata dorsale o palmare secondo le preferenze al fine di immobilizzare le dita della mano nel periodo di attecchimento dell'innesto dermo-epidermico.



Step 5