

Opera suspicionată (OS)
Suspicious workOpera autentică (OA)
Authentic work

OS	EVA, L. Tratatul chirurgical în leziunile degenerative ale coloanei cervicale – Hernia de disc cervicală. Teză de doctorat. Universitatea de medicină și farmacie “Gr.T.Popa”, Iași, 2010. Conducător științific: Prof.Univ.Dr. IANOVICI Nicolai (Universitatea de medicină și farmacie Iași). Comisia de evaluare a tezei : Prof.Univ.Dr. TÂRCOVEANU Eugen (Universitatea de medicină și farmacie Iași); Prof.Dr. IANOVICI Nicolai (UMF Iași); Prof.Univ.Dr. CIUREA Alexandru Vlad (Universitatea de medicină și farmacie București); Prof.Univ.Dr. GORGAN Mircea (Universitatea de medicină și farmacie București); Prof.Univ.Dr. POEATĂ Ion (Universitatea de medicină și farmacie Iași). Stare: Lucrare NERTRACTATĂ . Titlu științific NE-RETRAS .
OA	LUCIONI, M. <i>Practical Guide to Neck Dissection</i> , Berlin:Springer-Verlag, 2007.

Incidența minimă a suspiciunii / Minimum incidence of suspicion

p.11:42 - p.12:11	p.07:08s - p.07:17s
p.12:11 - p.13:17	p.07:01d - 08.25d
p.12:Figura.5	p.02:Fig.1.2
p.12:Figura.6	p.07:Fig.2.1
p.13:Figura.7	p.08:Fig.2.2
p.13:18 - p.15:03	p.08:26d - p.09:16d
p.14:Figura.8	p.09:Fig.2.3
p.14:Figura.9	p.09:Fig.2.4
p.15:07 - p.15:11	p.10:13s – p.10:05d
p.14:19 - p.14:23	p.10:12d-p.11:04s
p.15:Figura.10	p.16:Fig.3.5
p.16:01 - p.16:05	p.41:02d – p.41:10d
p.16:Figura.11	p.10:Fig.2.5

Fișa întocmită pentru includerea suspiciunii în Indexul Operelor Plagiate în România de la www.plagiate.ro

A¹.

“...CNECSDTI a înregistrat cu nr. 1161/03.12.2012 sesizarea cu privire la: - transmiterea spre analiză, în baza prevederilor art. (4[^]2), alin. 3 din Legea nr. 206/2004 privind buna conduită în cercetarea științifică, de către COMISIA DE ETICĂ a Universității de Medicină și Farmacie “ Grigore T. Popa” Iași, prin adresa nr. 25807/20.11.2012, a cazului de posibil plagiat legat de teza de doctorat “Tratatul chirurgical în leziunile degenerative ale coloanei cervicale – Hernia de disc cervicală” elaborată de Dl. Dr. Lucian EVA, teză susținută la UMF Iași în ianuarie 2010. ...

CNECSDTI constată că respectiva Comisie de Etică de la UMF Iași nu a numit o Comisie de analiză a cazului care să elaboreze un raport, conform art.11, alin.3 din Legea 206/2004, de constatare a unor presupuse abateri de la normele de bună conduită în activitatea de cercetare-dezvoltare, cu stabilirea atât a persoanelor vinovate, dacă este cazul, cât și a sancțiunilor prevăzute de lege, prevalându-se de prevederile art.12.1,

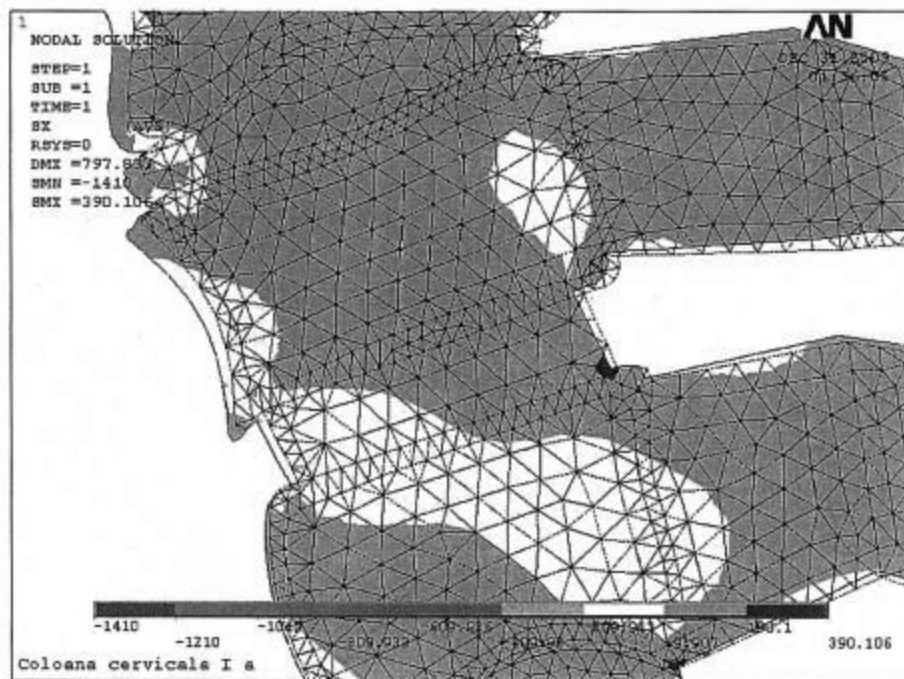
¹ Consiliul Național de Etică a Cercetării Științifice, Dezvoltării Tehnologice și Inovării. Hotărârea nr.879/18 iulie 2012. Disponibil la: <http://cne.ancs.ro/wp-content/uploads/2013/11/Hotarare%20CNE%20inregistrata%20cu%20nr%201428%20si%20Raport%20final%20nr%201427.pdf>

alin.3 din Codul de Etică al universității, care prevede că “sesizările pot aparține oricărei persoane, membri în comunitatea academică sau nu, dacă persoanele care fac obiectul lor sunt membri în comunitatea academică”, prevedere ce în acest caz nu se respectă deoarece Dl. Dr. L.Eva nu este cadru didactic la UMF Iași, precum și de prevederile art. (4²), alin. 3 din Legea nr.206/2004, reclamatul deținând, la momentul depunerii sesizării, funcția de Manager al Spitalului Clinic de Urgență “Prof. Dr. Nicolae Oblu” din Iași. În temeiul art.4², alin. (3) din Legea 206-2004 și a art.28, alin.(1), lit.c) din Regulamentul de Organizare și Funcționare a CNECSDTI, se reține spre soluționare sesizarea înaintată de către CE-UMF Iași. ...

Concluzionând, în urma analizei dosarului existent și a audierii reclamatului, CNECSDTI constată următoarele: 1. În prima parte a tezei de doctorat analizate, intitulată Parte generală, autorul acesteia, Dl. Dr. Lucian EVA, a efectuat o analiză a stadiului actual, la data respectivă, a cercetărilor în domeniu prin inserarea în lucrare a unor fragmente și figuri din lucrările menționate. 2. În partea a doua a tezei de doctorat analizate, intitulată Parte personală, autorul acesteia, Dl. Dr. Lucian EVA a inserat unele fragmente și figuri din lucrările menționate, de volum redus, făcând “adaptări, interpretări și dezvoltări ale acestora”- MEMORIU/nr. 1369/16.07.2013 3. Referitor la modul cum au fost folosite citările, se constată că: există fragmente de text reproduse, cu citări foarte rare (a se vedea citările aferente lucrării [20]); modul de citare, în cazul figurilor, este foarte diferit: fie la începutul explicațiilor despre figură, fie la finalul acestora, fie prin indicarea titlului lucrării de unde a fost reprodusă, sub figură; există anumite scăpări de rigurozitate legate de modul de efectuare a citărilor: dacă o foarte mare parte a figurilor inserate au indicată ca sursă lucrarea [4] din bibliografia tezei, citările din textul care se referă la aceste figuri conduc la cu totul alte titluri bibliografice (majoritatea existând cei drept și în bibliografiile celor 11 lucrări pe care le conține lucrarea [4].

Având în vedere cele mai sus prezentate, CNECSDTI constată că autorul tezei, Dl. Lucian Eva a săvârșit unele abateri în procesul de redactare a tezei, existând și unele “erori materiale”, conform afirmațiilor reclamatului - Procesul Verbal nr.1370/19.07.2013, în modul de efectuare a unor citări de referințe bibliografice. 4. Sancțiuni CNECSDTI stabilește următoarea sancțiune: Avertisment scris – conform art. 14, alin.(1), lit.a) din legea 206/2004 cu completările și modificările ulterioare.

Tratamentul chirurgical în leziunile
degenerative ale coloanei cervicale-*Hernia de
disc cervicală*



Doctorand

EVA LUCIAN

Conducător științific

Prof. Dr. Nicolai Ianovici

IANUARIE 2010

umărul ipsilateral și rotație a capului de partea opusă. Când se contractă sincron m. sternocleidomastoidieni realizează flexia capului pe torace.

Mușchii atașați osului hioid includ m., m. stiloid, m. milohioid, m. geniohioid și m. omohioid. M. întinzători ai laringelui includ m. sternohioid și sternotiroid. Aceștia nu sunt implicați în mișcările coloanei, dar controlează mișcările hioidului și laringelui și sunt repere importante în chirurgia anterioară a coloanei.

M. longus colli și longus capitis sunt mușchi prevertebrali ai coloanei. M. longus colli se întinde între C1 și D3 și se extinde lateral, pentru a se insera pe tuberculul anterior și pe apofizele transverse ale C3, C4, C5 și C6. M. longus capitis are originea pe tuberculul anterior și apofizele transverse C3, C4, C5 și C6 și pe fața inferioară a fosei bazilare, parte a osului occipital. Sub m. longus capitis se află m. rectus capitis anterior, între masa laterală a atlasului și baza osului occipital; m. rectus capitis lateral se extinde lateral de la procesul transvers al atlasului până la procesul jugular al osului occipital. M. scalen anterior are originea pe tuberculul anterior și apofizele transverse C3-C6 și inserția pe prima coastă.

M. scalen mijlociu are originea pe tuberculul posterior și apofizele transverse C2-C7 și inserție pe prima coastă. A. subclaviculară trece printre m. scalen anterior și mijlociu.

M. scalen posterior are originea pe tuberculul posterior și apofizele transverse C4 C6 și se inseră pe coasta a doua. Mușchii anterolaterali ai gâtului sunt în relație strânsă cu restul structurilor anatomice ale acestei regiuni și formează diverse triunghiuri.

Triunghiul posterior al gâtului este format din m. sternocleidomastoidian, claviculă și m. trapez. Acest triunghi este împărțit de către m. omohioid în două triunghiuri: supraclavicular și occipital (14). Triunghiul anterior este delimitat de către linia mediană a gâtului anterior, marginea inferioară a mandibulei superioare și de m. sternocleidomastoidian posterior. Este împărțit la rândul lui în triunghiul submental, muscular, digastric și carotidian. Aceste triunghiuri sunt repere importante în chirurgia anterioară a coloanei cervicale.

Fasciile regiunii anterioare a gâtului învelesc mușchii și viscerele, și delimitează compartimente anatomice facilitând disecția chirurgicală. Fascia superficială conține țesutul celular subcutant, m. platisma, venele jugulare externe n. cutanați senzitivi.

Structurile profunde ale fasciei superficiale sunt compartimentate de fascia profundă cu cele două straturi ale sale: fascia cervicală mijlocie și fascia prevertebrală. O altă foiță a fasciei profunde se extinde către m. trapez și triunghiul posterior, și are tendința de a înveli întreg m. sternocleidomastoidian. Foița mijlocie a fasciei cervicale profunde învelește mușchii întinzători și omohiodieni și se extinde lateral spre scapulă. Fascia viscerală, foița cea mai profundă a fasciei mijlocii, învelește glanda tiroidă, laringele, traheea, faringele și esofagul. Fascia alară se întinde pe esofag și învelește lateral elementele tecii carotidiene. Teaca carotidiană cuprinde a.carotidă, v. jugulară internă și n. vag. Ultima foiță a fasciei profunde este reprezentată de fascia prevertebrală care acoperă m. scaleni, longus colli și ligamentul longitudinal anterior.

Noțiuni de anatomie chirurgicală a regiunii anterolaterale a gâtului

Din punct de vedere anatomic și chirurgical gâtul este o regiune a corpului uman extraordinar de interesantă, funcționând ca o punte de legătură între cap și restul corpului transmițând sânge, aer, emoții și informații necesare mișcării și senzațiilor.

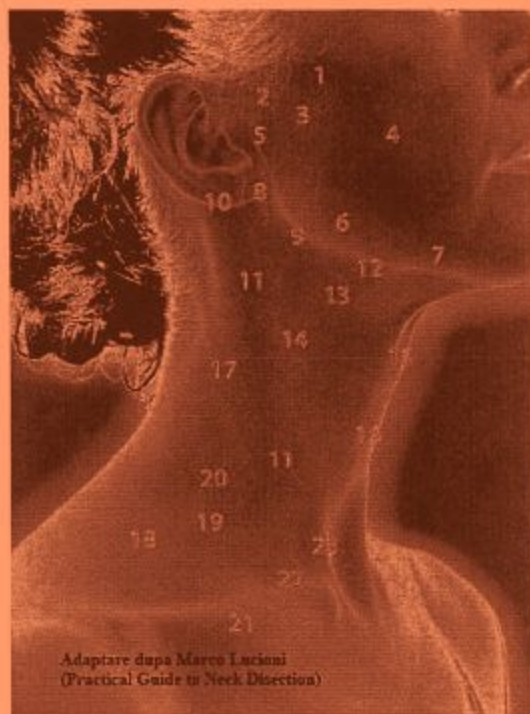
Deasemenea ca și scară a dimensiunilor anatomice, este pe placul mâinilor

chirurgului: nu este atât de mic pentru a avea trebuință de microscop operator (cum ar fi creierul) și nici atât de mare ca să necesite mișcări ample ale mâinilor (cum ar fi abdomenul). Gâtul are o formă de cilindru cu lungime constant; variabil este diametrul. Din acest motiv expresia "gât lung sau scurt" este incorectă, lungimea fiind dată de coloana vertebrală care prezintă variații ne semnificative; diferența o face masa muscular și țesutul adipos ce variază de la un individ la altul. Următoarele repere anatomice ale pielii gâtului sunt necesare a fi cunoscute (figura. 5):

Figura. 5

Repere superficiale: vedere laterală:

1. zigoma
2. n.auriculotemporal și pediculul temporal superficial
3. vârful mandibulei
4. ductul parotidei
5. conductul auditiv extern
6. unghiul mandibulei
7. pediculul facial
8. apofiza transversă a atlasului
9. polul inferior al parotidei
10. apexul mastoidei
11. m. sternocleidomastoidian
12. glanda submandibulară
13. apexul cornului mare a osului hioid
14. bifurcația carotidei
15. proeminența laringelui
16. cartilajul cricoid
17. emergența n. spinal accesoriu
18. m. trapez și intrarea n. spinal accesoriu (ramul superficial)
19. corpul inferior al m. omohioidian
20. v. jugulară externă
21. clavicula
22. m. sternocleidomastoidian (capul clavicular)
23. m. sternocleidomastoidian (capul sternal)



Adaptare după Marco Lucioni
(Practical Guide to Neck Dissection)

Limita superioară este reprezentată marginea inferioară și posterioară a mandibulei, extremitatea posterioară a zigomei, marginea anteroinferioară a conductului auditiv extern, mastoid, linia nucală superioară și protuberanța occipital externă (figura. 6).

Figura. 6

Repere anatomice

1. mandibula
2. zygoma
3. conductul auditiv extern
4. mastoid
5. linia nucală superioară
6. protuberanța occipital externă
7. manubriu sterna
8. clavicula
9. articulația acromioclaviculară
10. apofiza spinoasă C7

(adaptare după Marco Lucioni: Practical Guide to Neck Dissection-20)



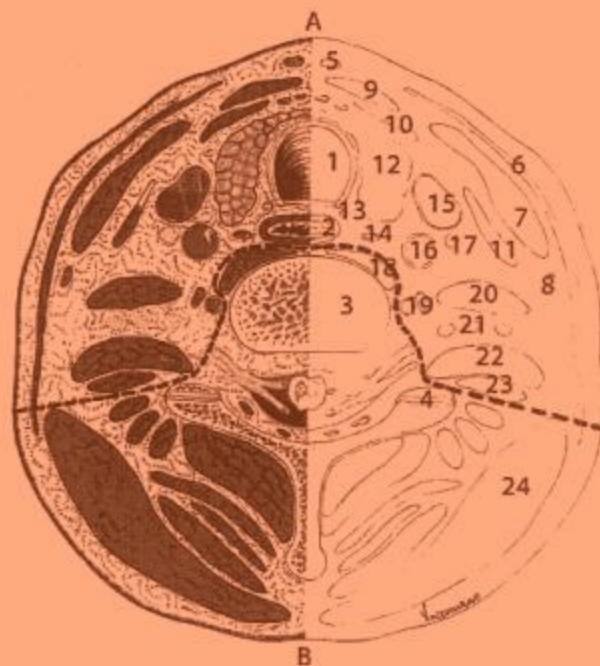
Limita inferioară este dată de marginea superioară a sternului și claviculă,

articulația acromioclaviculară și o linie imaginară ce unește această articulație cu apofiza spinoasă a lui C7 (20). Pe secțiune transversală, se descriu două părți: una posterioară sau nucală (osteo-musculară) și una anterioară sau traheală (fascio-musculară). Convențional, această linie se extinde de la apofizele tranverse către unghiul anterior al m. trapez.

Funcția regiunii posterioare este esențial statică și dinamică, musculatura puternică asigurând mișcările capului prin intermediul articulațiilor interapofizare. Totodată are rol de absorbție a șocurilor prin intermediul discurilor intervertebrale; tot prin intermediul musculaturii participă în procesul de masticație, respirație și vorbire. Porțiunea cervicală a coloanei este curbată convex anterior (lordoză cervical). În contrast, regiunea anterioară face obiectul disecției anatomice fiind sediul a mai multe organe: parotida, și glandele submandibulare, tiroida, noduli limfatici. Este deasemenea traversată de importante vase de sânge și limfatice, nervi, tracturi respiratorii și digestive. În afara rolului de structură de tranzit și uniune a diverse elemente anatomice, gâtul mai este sediul unei importante activități fiziologice autonome datorită prezenței a numeroase glande exocrine (glanda parotidă și submandibulară), endocrine (tiroidă, paratiroidă și thymus), neuroreceptori din mușchi și tendoane, receptori viscerali, chemopresoreceptori vasculari și noduli limfatici.

Figura. 7 Secțiune tranversă cervicală: *A.* regiunea traheală *B.* regiunea nucală

1. traheea
2. esofagul
3. corpul vertebral C7
4. articulația uncovertebrală
5. v. jugulară anterioară
6. m. platisma
7. m. sternocleidomastoidian
8. v. jugulară externă
9. m. sternohioid
10. m. sternotiroid
11. m. omohioid
12. glanda tiroidă
13. n. recurrent
14. v. tiroidiană inferioară
15. v. jugulară internă
16. a. carotidă internă
17. n. vag
18. m. prevertebrali
19. a. și v. vertebrale
20. m. scalen anterior
21. plexul brachial
22. m. scalen medial
23. m. scalen posterior
24. m. trapez



(adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)

Mare parte din viscerale cervicale își au originea sau sunt situate în cea mai mare parte în torace sau în extremitatea superioară a toracelui (figura 7). Țesutul conjunctiv ce le înconjoară este în contact direct cu cel din mediastin sau regiunea axilară. În anumite puncte acest țesut se îngroașă formând teci fibroase, (în jurul pachetelor neurovasculare, canalului laringotraheal tiroidă) și aponevroze musculare. Acestea din urmă facilitează disecția chirurgicală.

Fascia superficială (fascia colli) se întinde de la unghiul anterior al m. trapez și m.

splenius capitis de ambele părți, divizându-se în două foițe ce înconjoară m. sternocleidomastoidian, glandele parotide și submandibulare. Această fascie se unește pe linia median cu fascia cervicală mijlocie.

Fascia cervicală mijlocie este situată între m. omohioidieni de ambele părți. În întregime are formă triunghiulară, cu vârful la nivelul osului hyoid și baza între clavicule (figura 8). Ea se divide în două foițe înglobând m. infrahioidieni.

Fascia profundă sau prevertebrală acoperă m. prevertebrali și se extinde lateral pentru a înconjura m. scalene și m. levator scapulae.

Sistemul limfatic cervical formează o rețea tridimensională cu puncte nodale între care sunt intercalați noduli limfatici. Acești noduli variază ca număr și dimensiuni, dar au o topografie cvasiconstantă, putând fi grupați în ganglioni limfatici. Ganglionii limfatici se grupează la nivelul gâtului astfel (figura 9):

1. sistemul limfatic superficial sau subfascial este organizat într-o rețea circulară între bărbie și occiput (noduli limfatici occipitali, mastoidieni, parotidieni, submandibulari și submentali) și de-a lungul v. jugulare externe.

2. sistemul limfatic profund, mult mai bine reprezentat, dispus triunghiular, alcătuit anterior de nodulii limfatici situați de-a lungul v. jugulare interne, posterior de nodulii limfatici spinali și ganglionul supraclavicular (20).



Figura 8

Secțiune transversală: fasciile cervicale

1. fascia cervicală superficială
2. fascia cervicală profundă
3. fascia cervicală mijlocie
4. linia albă infrahioidiană

(adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)

Figura 9

Nodulii limfatici cervicali

1. grupul limfatic jugular
2. grupul limfatic spinal
3. grupul limfatic supraclavicular
4. nodulii limfatici occipitali
5. nodulii limfatici mastoidieni
6. nodulii limfatici parotidieni
7. nodulii limfatici submandibulari
8. nodulii limfatici submentali
9. nodulii limfatici retrofaringieni
10. nodulii limfatici recurenți
11. nodulii limfatici pretraheali
12. nodulii limfatici pretiroidieni

(adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)



3. sistemul limfatic perivisceral este situat în viscerele mediene (pretiroidian, pretraheal, retrofaringian, recurent și prelaringeal, mult mai bine definiți, supranumiți „delficus”, situați între m. cricotiroidieni).

De remarcat că relația dintre nodulii limfatici/vase limfatice și mușchi/vase/nervi și gladele gâtului este de contiguitate în mod fiziologic și continuitate în situații patologice. Acest fapt facilitează disecția chirurgicală.

Anatomiștii împart gâtul în două regiuni majore:

1. regiunea anterioară, situată între cei doi mușchi sternocleidomastoidieni; cuprinde regiunea suprahioidiană, infrahioidiană și prevertebrală.

2. regiunea laterală cuprinde parotida, regiunea sternocleidomastoidiană sau carotidiană și supraclaviculară.

În practică este pe deplin acceptată subdivizarea topografică introdusă de K. Thomas Robbins în 1991 (21) și upgradată în 2004 (22) (figura 10).

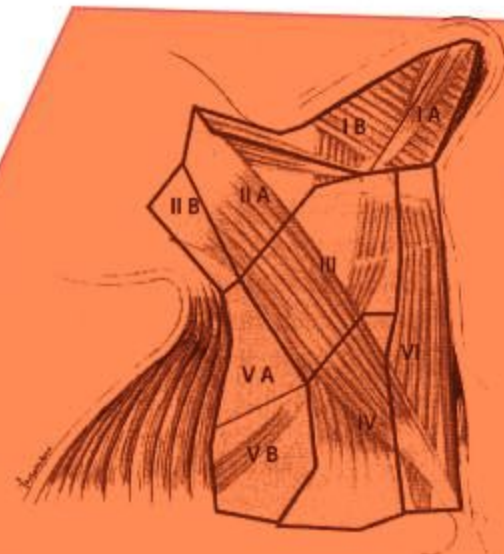


Figura 10

Nivelurile cervicale după K. Thomas Robbins

(adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)

Pentru a simplifica noțiunile unii autori împart gâtul în trei regiuni laterale (parotidian, submandibular și laterocervical) trei regiuni mediane (mediană inferioară, mediană superioară și prevertebrală).

În cazul studiului de față se va aprofunda regiunea laterocervicală, implicată în cazul abordului anterior al coloanei cervicale.

Dispoziția anatomică a organelor gâtului variază considerabil cu mișcărilor acestuia, în special la mișcărilor de flexie extensie.

Spre exemplu în flexie maximă osul hioid din poziție craniană se apropie de torace. Neurochirurgul trebuie să aibă asta în minte, și să se folosească de mobilitatea gâtului pentru a alege poziția optimă nivelului operator (figura 11).

Poziția simetrică a gâtului este definită ca cea normală. Pentru a facilita manevrele chirurgicale gâtul trebuie fixat în extensie maximă. În acest sens un sul moale de minim 10cm grosime se plasează sub umeri. Aceasta definește poziția chirurgicală. În cazul abordului regiunii anterolaterale, capul este răsucit controlateral, respectând chirurgicalul. Atunci când capul este ușor rotat de aceeași parte structurile anatomice se relaxează și poate fi explorate regiunile profunde. Aceasta definește poziția clinică.



Figura 11

Mobilitatea gâtului: a. flexie b. extensie

m. mandibula, c. clavicula 1. osul hioid 2. epiglota 3. ventriculul laringeal 4. traheea 5. esofagul cervical 6. vertebra C7 7. vertebra T1 (adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)

Regiunea laterocervicală este delimitată posterior de marginea anterioară a m. trapez și m. splenius capitis, anterior de cornul mic al osului hioid, și marginile laterale ale m. sternotiroid și tirohioid, inferior de marginea superioară a claviculei, iar superior de marginea inferioară a m. digastric. Grupul muscular profund este reprezentat de m. scaleni, m. levator scapulae și m. prevertebrali (figura 12)).

Figura 12

Regiunea laterocervicală

- p. parotida
- m. mastoïda
- pm. menton
- t. glanda tiroidă
- tr. m. trapez
- sem. m. sternocleidomastoidian
- l. osul hioid
- l. laringe
- c. clavicula
- 1. pedicul facial
- 2. glanda submandibulară
- 3. corpul anterior al m. digastric
- 4. aria interdigastrică (submentală)
- 5. n. mare auricular
- 6. v. jugulară externă
- 7. v. jugulară anterioară
- 8. n. spinal accesoriu (ram periferic)
- 9. punctul Erb
- 10. fascia cervicală superficială
- 11. n. cutanat cervical



(adaptare după Marco Lucioni: *Practical Guide to Neck Dissection-20*)

Țesutul adipos conținut în această regiune se continuă superior și medial cu cel din regiunea juglocarotidiană, inferior și medial cu mediastinul superior iar inferior și lateral cu axila.

Structuri anatomice semnificative: v. jugulară externă, n. spinal accesoriu, n.