

UNELE ASPECTE ÎN TRATAMENTUL DEFECTELOR TEGUMENTARE ALE MEMBRULUI PELVIN LA POLITRAUMATIZAȚI

SOME ASPECTS OF LOWER LIMB TISSUE DEFECTS TREATMENT IN POLYTRAUMATISED PATIENTS

Grigore VEREGA

Catedra de Ortopedie Traumatologie și Chirurgie de campanie

Rezumat

Conduita terapeutică în asistența politraumatizatăului cu leziuni deschise ale locomotorului dictează o atitudine locală inofensivă. Aceasta favorizează frecvent asocierea infecțiilor. Tratamentul de acoperire chirurgicală a defectelor în prezența infecției este eficient prin utilizarea lambourilor vascularizate.

Summary

Therapeutic approach in a polytraumatized patient with open locomotor injuries requires temporarily a local inoffensive attitude. This favors frequently the association of infections. The surgical coverage treatment of defects with infection presence is efficient by the use of vascularized flaps.

Cuvinte cheie: politraumatism, membrul pelvin, lambouri

Introducere

Particularitățile anatomice ale membrului pelvin evidențiază partea anterioară a gambei și a piciorului, regiuni care sunt acoperite doar de un înveliș cutaneofascial vulnerabil la majoritatea traumatismelor [1]. Aceasta explică localizarea frecventă a defectelor tegumentare preponderent pe fața anterioară a gambei și la picior. Pe lângă leziunile de țesuturi moi la acest nivel, mai frecvente sunt și leziunile osoase apărute în momentul traumatizării sau cauzate de consecințe tardive - o adevărată provocare și problemă majoră pentru chirurg [2]. Lipsite de înveliș tegumentar, oasele pierd capacitatea de regenerare, necrozează și formează defecte, în care sunt condiții perfecte pentru dezvoltarea florei microbiene - „dușmanul principal în tratamentul fracturii deschise” [3]. Pe lângă faptul că orice fractură asociată cu defect este una complicată, însăși expunerea osului în plaga infectată demarează un șir vicios de modificări structurale anabolice, menite să delimiteze de la organism porțiunea osoasă denudată. Interesul pentru care acoperirea osului este o problemă majoră și nu tolerează amânări este de a stopa acest cerc vicios de modificări structurale în scopul păstrării integrității osului. Deci exigențele față de materialul de acoperire în tratamentul defectelor se axează pe două direcții ce necesită o rezolvare concomitentă: un timp cât mai scurt până la intervenția plastică și o acoperire cu țesut vascularizat adecvat [4].

Motivele mai frecvente pentru amânarea acoperirii defectelor sunt traumatismele produse la distanțe de instituțiile medicale specializate în afara posibilităților de transportare sau traumatismele asociate în care predomină alte patologii și politraumatismele cu un scor înalt de severitate al leziunilor.

Fracturile deschise ale membrului pelvin lipsite temporar de un tratament chirurgical evoluează diferit. Astfel, spectrul defectelor tratate într-un centru specializat începe cu defecte recente și finisează cu rezultatul acestor evoluții: ulcere, asocieri osteitice, defecte sechestrare etc. Situațiile clinice create stabilesc protocoale de tratament diferite, în funcție de tipul leziunii.

Material și metodă

Studiul include tratamentul defectelor membrului pelvin la 68 de bolnavi politraumatizați tratați în IMSP SCT și O pe perioada anilor 1993 - 2008. Repartizarea lor în funcție de sex denotă o prevalență cu 51 (75,0%) cazuri pentru bărbați față de 17 (25,0%) cazuri femei.

Spectrul lezional constatată la momentul spitalizării în serviciul nostru a cunoscut o variație largă de patologii ale membrului pelvin. Cele mai frecvente au fost osteitele asociate cu defecte tegumentare (48,0%), urmate de defectele osoase infectate asociate cu defecte tegumentare (18,0%), ulcere (14,0%), etc. Repartizarea lor în dependență de localizarea la nivelul membrului este redată în tabelul 1.

De menționat că 12 (18,0%) pacienți au fost tratați de chirurghi, 24 (38,0%) de neurochirurghi iar 32 (44,0%) de ortopezi-traumatologi. Această repartizare a fost dictată de patologia dominantă la debutul bolii. Spitalizarea lor pentru tratament specializat în serviciul de ortopedie și traumatologie s-a efectuat într-un termen mai mare de 30 zile de la accidentare.

Infecțiile au fost provocate în 48 (70,1%) cazuri de asocieri microbiene, staphilococcus aureus a fost recoltat de la 11 (16,7%) bolnavi, cl.oxitica în 2 (3,5%) cazuri, pr.vulgaris - 2 (3,5%) cazuri, etc.

De fiecare dată se pretindea la o reconstrucție anatomică totală a leziunilor în scopul obținerii unei reabilitări funcționale cât mai aproape de funcția membrului sănătos. Este vorba nu doar de o simplă acoperire a osului denudat, dar de reconstrucția

membrului lezat, folosind porțiuni tisulare viabile și morfologic similare celor distruse. Au fost utilizate cu acest scop lambouri microchirurgicale libere la 12 (18,0%) bolnavi, lambouri peninsulare cutaneofasciale la 10 (14,0%) și lambouri insulare la 46 (68,0%) bolnavi.

Tablul 1. Repartizarea factorilor lezionali în funcție de regiunile afectate la membrul pelvin

Factorul lezional	Regiunile afectate			Total
	coapsă	gambă	Picior	
Defect tegumentar + osteită	0	28 (44,0%)	6 (6,0%)	34 (50,0%)
Defect tegumentar + defect osos infectat	0	10 (14,0%)	2 (4,0%)	12 (18,0%)
Ulcere	0	8 (10,0%)	2 (4,0%)	10 (14,0%)
Defect osos rezultat din sechestrctomie	2 (4,0%)	8 (10,0%)	0	10 (14,0%)
Defect tegumentar infectat	0	2 (4,0%)	0	2 (4,0%)
Total	2 (4,0%)	56 (82,0%)	10 (14,0%)	68 (100%)

Analiza rezultatelor

Regenerarea primară a lambourilor s-a produs la 40 (56,0%) de pacienți. În acest grup au fost incluse și 5 cazuri la care s-au efectuat amputații la nivelul gambei iar bonturile au fost închise cu lambouri insulare recoltate din porțiunile sănătoase ale segmentului. La 28 (44,0%) din bolnavii tratați perioada postoperatorie a fost marcată de complicații. Manifestări locale cu necroza lambourilor au fost constatate la 8 (10,0%) pacienți, ultimii au necesitat intervenții repetate de plastic. În 20 (34,0%) cazuri infecțiile locale au rămas să se manifeste în continuare trecând în formă cronică de manifestare.

Discuții

Pacienții cu politraumatisme în debutul bolii sunt tratați de echipe chirurgicale mixte pe principiul patologiei dominante. Leziunile deschise la nivelul scheletului cunosc un tratament inofensiv ce constă din debridări chimice, antibioticoterapie și imobilizare. Evoluția lor în timp conform materialului nostru aduce la procese patologice locale infectate. Infecțiile dezvoltate pe un fondal de terapie antibacteriană cu spectru larg de acțiune sunt cauzate de microbi cu virulență sporită. Factorii enumerați condiționează utilizarea lambourilor vascularizate care recuperează integral substratul morfologic distrus al segmentului.

Concluzii

1. Terapia antibacteriană exagerată în leziunile deschise ale membrilor la politraumatizați favorizează dezvoltarea virulenței la antibiotice a microorganismelor;

2. Lambourile microchirurgicale substituie straturile morfologice de țesuturi distruse în momentul traumatismului prin altele identice și bine vascularizate.

Bibliografie

1. Mezer, C., Hartmann, B., Kilian, O., Alt, V., Kraus, R., Schnettler, R. - Covering of soft tissue defects of the lower leg with adipofascial flaps; Zentralbl Chir. 2005, no 130, p. 26-30.
2. Parrett, B.M., Matros, E., Pribaz, J.J., Orgill, D.P. Lower extremity trauma: trends in the management of soft-tissue reconstruction of open tibia-fibula fractures; Plastic and Reconstructive Surgery, April 2006, vol.117, no. 4, p. 1315-1322.
3. Filipescu, N. Dispozitivul de fixare externă minim invazivă; Editura „Gr.T.Popă”, 2008, p. 36 - 37.
4. Keating, J. F., Simpson, A. H. R. W., Robinson, C. M. The management of fractures with bone loss; The Journal of Bone and Joint Surgery, 2005, vol. 87-B, no. 2, p. 142 - 149.