

METODELE CONTEMPORANE DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN INSTABILITĂȚILE ARTICULAȚIEI SCAPULO-HUMERALE.

Rezumat

În lucrare este expusă experiența în tratamentul bolnavilor cu instabilitate anterioară ale umărului tratați atât artroscopic cât și prin procedeul clasic Bristow-Latarjet operați între anii 2004—2013.

Au fost analizate, indicațiile, contraindicațiile, complicațiile postoperatorii, elucidate rezultatele tratamentului și recuperării funcționale la distanță a 53 de pacienți tratați prin procedeul clasic și 82 de pacienți artroscopic. 46 (86,79%) de pacienți tratați prin Bristow-Latarjet au manifestat satisfacție deplină de tratamentul chirurgical efectuat, în timp ce din lotul pacienților tratați artroscopic rezultate excelente sau bune am obținut la 76 pacienți (86,5%), ceea ce demonstrează rezultate foarte apropiate între loturi.

Cuvinte cheie: *Artroscopie, instabilitate anterioară a umărului.*

Nicolae Erhan,
conferențiar universitar

Vitalie Chirilă,
conferențiar universitar

Catedra Ortopedie și
Traumatologie, USMF
„Nicolae Testemițanu“

Summary

CONTEMPORARY METHODS OF SURGICAL TREATMENT IN THE INSTABILITY OF SCAPULO-HUMERAL JOINT

In work is exposed the treatment of patients with anterior shoulder instability treated arthroscopically and by the classic Bristow-Latarjet procedure operated between 2004—2013.

Analyzes, indications, contraindications, postoperative complications, elucidated the results of treatment and functional recovery of 53 patients treated by classical procedure and 82 patients treated arthroscopic. 46 (86.79%) patients treated with Bristow-Latarjet procedure were fully satisfied with surgical treatment, while the patients treated with arthroscopy obtained excellent or good results in 76 patients (86.5%), demonstrating very close results between groups.

Key words: *arthroscopic treatment, anterior shoulder instability.*

Introducere

Articulația umărului se prezintă ca o „piesă anatomică deosebită și autentică“ care are cea mai mare amplitudine a mișcărilor, fiind cea mai mobilă dintre toate articulațiile corpului, fapt care o face „sensibilă“ la apariția instabilităților [2, 3, 6, 8,].

Luxațiile scapulo-humerale recidivante ca parte importantă a instabilităților umărului, sunt o complicație a luxațiilor traumatiche primare și reprezintă 16-38% din cazuri, care limitează funcția acestei articulații treptat invalidizând pacientul [3, 6, 10, 13].

Este mai frecventă la tinerii de 20-30 de ani în 90% din cazuri, afectează bărbații în 80% din cazuri, cu o predominanță pentru partea dreaptă și excepțional de rar bilateral [2, 3, 6, 10, 11, 13]. Incidența luxațiilor recidivante este mai crescută la pacienții tineri, sub 20 de ani și variază de la 12-55% din toate luxațiile umărului. Astfel avem o rată de 55% la pacienții cu vârsta cuprinsă între 12-22 de ani, 37% cu vârsta cuprinsă între 23-29 de ani și 12% între 30-40 de ani. Din aceste considerente mulți ortopezi-traumatologi optează pentru tratament chirurgical, fie artroscopic fie clasic după dislocarea traumatică primară a capului humeral la pacienții cu vârsta până la 30 de ani [4,5]. Instabilitatea anterioară posttraumatică persistă la 90% din pacienți ce au suportat o dislocare în articulația gleno-humerală.

De obicei prima luxație recidivantă apare pe parcursul primelor 6 luni de la reducerea luxației primare. Ulterior luxațiile recidivante se pot repeta până la 10 pe an. Există și cazuri când luxațiile se pot repeta de câteva ori pe zi. Pe măsură ce frecvența luxațiilor crește, schimbările în articulația gleno-humerală se intensifică, iar intervalele dintre luxații se micșorează. La vârstnici după luxația pri-

mară a umărului rar se determină luxație recidivantă [1,4,8,9,12].

Un studiu a literaturii de specialitate arată că nu există un acord total cu privire la factorii cauzali responsabili pentru producerea acestei leziuni. Instabilitatea posttraumatică a fost descrisă pentru prima dată de Hipocrate în anul 460 [2,3,5].

Hill și Sachs în 1940 au publicat o lucrare consacrată schimbărilor în capul humeral apărute în urma luxațiilor de humerus, această leziune poartă numele „leziunea Hill-Sachs“. Ei au menționat că:

- Fractura prin impresie a capului humeral se întâlnește în majoritatea cazurilor de luxație a brațului
- Cu cât mai mult timp capul humeral rămâne dislocat cu atât defectul e mai mare
- Fracturile prin impresie sunt mai grave în luxații antero-inferioare
- Defectul capului humeral se mărește în dislocații recidivante [2,4,6].

În 1906 E. A. Codman și G. Pertes au publicat un articol consacrat tratamentului chirurgical al luxațiilor recidivante de humerus.

Autorul a menționat că tratament chirurgical trebuie direcționat spre corecția leziunii care se produce în luxațiile de humerus — detașarea labrumului glenoidal de marginea ei [2,4].

A.S. Bankart în 1923 a studiat și a descris leziunile care se produc în luxațiile de humerus. Cea mai frecventă leziune în dislocațiile de humerus, după părerea autorului, sunt detașarea labrumului glenoidal împreună cu complexului capsulo-ligamentar de la marginea anterioară a glenei humerale. A.S. Bankart a propus o metodă chirurgicală de tratament bazată pe fixarea complexului capsulo-ligamentar pe marginea suprafeței articulare a procesului glenoidal [1,12].

Se cunosc câteva tipuri de leziuni tipice aparute ca consecință a dislocațiilor traumatiche ale humerusului:

Leziunea Bankart clasică — detașarea labrumului glenoidal de la marginea anterioară a glenei împreună cu complexul capsulo-ligamentar. Ligamentul glenohumeral inferior și labrumul sunt detașate în bloc.

- Leziunea Bankart parțială — capsula articulară și labrumul sunt parțial detașate de la glenă. Ligamentul glenohumeral inferior are o continuitate cu labrumul glenoidal. Dislocațiile recidivante ale humerusului traumatizează ligamentul glenohumeral mediu în care se observă schimbări degenerative.
- Capsula articulară și labrumul glenoidal se detașază separat. Ligamentul glenohumeral inferior este întins și deplasat posterior, ligamentul glenohumeral mediu este dificil de vizualizat. În regiunea anterioară a suprafeței articulare a glenei se determină schimbări în structura osteocartilagenoasă cauzate de dislocațiile capului humeral.
- Fracturile marginii suprafeței glenoidale. Ligamentul glenohumeral inferior deplasat inferior și e dificil de determinat.

Schimbări degenerative a regiunii anterioare a capsulei, degenerarea labrumului glenoidal și supraîntinderea capsulei [1,8,9,12].

Stabilizarea chirurgicală a umărului a fost în mod tradițional realizată printr-o intervenție chirurgicală deschisă, cu incizii mari și un proces de recuperare mai îndelungat. Pentru a reduce aceste inconveniente se preferă stabilizarea umărului chirurgical artroscopic. Cu toate acestea, chirurgia artroscopică uneori necesită să fie convertită în intervenție chirurgicală deschisă pentru a se reuși repararea leziunilor articulare mai grave.

La momentul actual în lume sunt elaborate în jur de 300 de metode chirurgicale, fără să existe una unanim acceptată. Toate intervențiile pot fi împărțite în: intervenții care au ca scop „întărirea“ capsulei articulare, intervenții plastice pe mușchi și tendoane, intervenții cu utilizarea transplantelor, intervenții cu plastie osoasă. Cel mai frecvent se folosesc metode combinate de tratament chirurgical [2,4,8,12].

Operația Bristow-Latarjet descrisă în 1958 — scopul intervenției chirurgicale este secționarea procesului coracoid cu inserțiile sale și fixarea acestuia în partea antero-inferioară a glenei, unde există breșa creată de dezinsertia labrumului glenoidian. Astfel capul scurt al bicepsului și coracobrahialul acționează ca sprijin și pârghie în zona antero-inferioară a articulației atunci când umărul este în poziția de abducție și rotație externă. De asemenea, transferul procesului coracoidian printr-o breșă în mușchiul subscapular face ca inserțiile musculare ale celor 2 mușchi să împiedice deplasarea spre superior a capului humeral atunci când umărul este în abducție [2,4,6].

Operația Bankart — este o intervenție frecvent utilizată în tratamentul luxațiilor recidivante, descrisă prima dată în 1938. Este indicată când tratamentul conservator a eșuat și are drept scop reatașarea părții instabile a labrumului fiind este adresată concomitent laxității capsulare pentru restabilirea stabilității gleno-humerale. „Reparația“ anterioară sau posterioară depinde de direcția instabilității: anterior (95%), posterior (5%) [1,6,12,13].

Tehnica artroscopică de tratament a acestei patologii devenind uzuală la momentul actual și cea mai frecvent utilizată. Stabilizarea artroscopică oferă avantaje net superioare chirurgiei tradiționale cum ar fi: diagnosticarea leziunilor concomitente intra-articulare cu rezolvarea lor în aceeași ședință, traumatizarea minimă a țesuturilor, reducerea durerilor și morbidității postoperatorii, rezultate funcționale și cosmetice mai optimale. Tehnicile recente artroscopice, includ utilizarea ancorelor de sutură moderne și duplicarea capsulei prin diferite metode, astfel a scăzut și rata recidivelor de instabilitate după intervenție constituind de la 4% până la 17% [8,10,12].

Scopul lucrării

Reflectarea unor particularități și analiza rezultatelor la distanță, cu separarea indicațiilor pentru tratamentul chirurgical artroscopic și/sau prin procedede-

ul Bristow — Latarjet la pacienții cu instabilitate în articulația umărului.

Material și metode

Studiul cuprinde 53 pacienți cu luxație recidivantă a capului humeral tratați chirurgical prin procedeul Bristow — Latarjet și a 82 bolnavi (74 bărbați și 8 femei cu media de vârstă de 27 ani) la care a fost efectuată stabilizarea artroscopică a instabilității anterioare ale umărului între anii 2004—2016. Confirmarea diagnosticului pentru ambele tipuri de tratament chirurgical s-a efectuat prin examinare clinică, radiologică, ecografică și RMN.

La pacienții tratați prin procedeul Bristow-Latarjet studierea și analiza lacunelor apărute pe parcursul tratamentului primei luxații traumatice, au arătat că în 10 cazuri luxația primară a fost redusă de persoane fără studii medicale, sau de însuși pacient în 3 cazuri, fără a se aplica ulterior imobilizare. La alți 14 pacienți după reducerea luxației, imobilizarea gipsată nu s-a aplicat, indiferent dacă a fost folosită anestezie locală la nivelul articulației scapulo-humerale (8 cazuri) sau generală (6 cazuri).

În alte 22 de cazuri după reducerea dislocării cu anestezie intraarticulară (8 cazuri) sau generală (14 cazuri) s-a aplicat imobilizare gipsată cu atelă posterioară (12 cazuri) sau Desault (10 cazuri) pe durata diferită: 2 săptămâni la 4 pacienți, 3 săptămâni la 12 pacienți, 4 săptămâni la 6 pacienți, dar este evident că această imobilizare a fost imperfectă.

La examenul ecografic al articulației umărului la acești pacienți s-a constatat deformarea labrului anterior și antero-interior la 12 pacienți, la 8 pacienți și a celui posterior cu schimbări cicatriceale de structură cu ruptura și prolabarea lui în articulație (6 cazuri) sau extraarticular (26 de cazuri), iar la 28 de pacienți au fost depistate manifestări de bursită subacromială.

Examenul radiologic și intraoperator în 4 cazuri a evidențiat o suprafață plată a glenei scapulare — moment ce caracterizează o „displazie“ a articulației umărului, care este un factor favorizant în apariția primei luxații traumatice sub acțiunea unor eforturi (încărcări) relativ mici (2 cazuri în timpul înotului, alte 2 cazuri — la întinderea bruscă a mâinii după un obiect).

2 pacienți au fost operați la trei ani de la stabilirea diagnosticului de luxație recidivantă, inițial fiind operați artroscopic — operația Bancart. La 1 an luxațiile au reapărut la 1 pacient și la 7 ani după prima luxație umărul la acest pacient să fie stabilizat prin procedeul Bristow-Latarjet.

La pacienții tratați artroscopic s-a practicat reinserția părții antero-inferioară a labrumului și capsulei articulare la glenă folosind ancore bioresorbabile (3 pacienți), metalice (30 pacienți), sutura transglenoidală cu fir nerezorbabil (49 pacienți). La 3 bolnavi leziunea Bankart a fost asociată cu leziune SLAP, practicându-se fixarea cu o ancoră suplimentară. Leziunea Bankart de tip 1 a fost diagnosticată la 15 pacienți; tipul 2 — la 24; tipul 3 — la 16; tipul 5 — la 27 pacienți. Corpuri condromici intraarticulări liberi s-au depistat la 17 pacienți, cu extragerea lor. Leziunea Hill-Sachs a fost depistată în 11 cazuri.

Rezultate și discuții

Corectitudinea amplasării grefonului coracoidian în procedeul Bristow-Latarjet am apreciat-o vizual în timpul intervenției chirurgicale și radiologic postoperator, apoi la 4 săptămâni — în toate cazurile s-a constatat consolidarea suficientă pentru a permite abandonarea imobilizării și începutul tratamentului funcțional activ și pasiv de reabilitare.

Rezultatele la distanță s-au analizat pe o perioadă cuprinsă între 6 luni și 24 de luni postoperator (n=3), 1 an (n=5), 2 ani (n=7), 3 ani (n=2), 4 ani (n=3), 7 ani (n=2), 8 ani (n=3), 10 ani (n=1). (Tab. N1)

Tabelul N 1. Rezultatele la distanță (Lotul N1 bolnav. Trat. Artrosc, Lotul n2 — trat prin procedeul Latarjet)

	PREOPERA-TOR	6-LUNI PO-STOP.	12-LUNI PO-STOP	MAI MULT DE UN AN
Scorul CSS (Constant Scoring System)				
Lotul N 1	52(±8,1)	67(±6,5)	75*(±6,1)	76*(±7,6)
Lotul N2	64(±8,5)	69*(±6,1)	75*(±6,1)	56(±9,8)
p	n.s.	n.s.	0,04	0,01
Volumul mișcărilor în articulație				
Flexia				
Lotul N 1	143*(±6,1)	143*(±6,1)	150*(±1,7)	150*(±1,1)
Lotul N 2	145*(±5,8)	146*(±4,6)	150*(±2,1)	146*(±4,6)
p	0,01	0,02	0,04	n.s.
Rotație externă, 90°-abducție				
Lotul N 1	67*(±4,1)	88*(±4,3)	90*(±3,1)	90*(±1,4)
Lotul N 2	84*(±8,1)	87*(±4,2)	90*(±2,1)	68*(±3,2)
p	0,001	0,04	0,05	0,001
Rotația internă				
Lotul N 1	56*(±16,3)	76*(±4,3)	90*(±2,3)	93*(±2,3)
Lotul N 2	77*(±4,3)	91*(±1,3)	94*(±1,3)	52*(±15,8)
p	n.s.	n.s.	n.s.	ns

Conform scorului Rowe și Zarins (1981) rezultatele au fost apreciate ca excelente — la 14 pacienți, bune — la 32 pacienți și satisfăcătoare — la 7 bolnavi.

Important de menționat că în 7 cazuri care au prezentat rezultate mai slabe au fost pacienții cu vârsta peste 65 ani cu o durată de luxații recidivante mai mult de 4 ani — perioada în care în articulația umărului au survenit și procese degenerativ-distrofice, fapt care le-a limitat în mare măsură funcția (preponderent abducția) membrului toracic operat, dar fără recidive a luxațiilor. Examenul radiologic la distanță a constatat în toate cazurile consolidare a grefonului coracoidian, nu s-au constatat manifestări evidente de artroză în articulație.

46 de pacienți au manifestat satisfacție deplină de tratamentul chirurgical efectuat, luxațiile de cap humeral la toți 53 de pacienți nu s-au repetat.

Pacienții operați artroscopic, postoperator au fost evaluați la un interval cuprins între 12-24 luni utilizând scorul Rowe și Zarins (1981). Din lotul de studiu rezultatele excelente sau bune am obținut la 76 pacienți (86,5%), satisfăcător — 3, nesatisfăcător — 3 pacienți.

Toți pacienții care anterior au practicat sportul peste 4-6 luni au revenit la eforturile practicate anterior.

Recidivă de instabilitate au fost la 3 pacienți: 2 bolnavi după sutura transglenoidală. Rezultat negativ am constatat la pacienta care peste un an după intervenție a suportat un traumatism minor și s-a produs luxația de humerus cu recidiva semnelor de instabilitate. Pacienta a fost supusă tratamentului chirurgical repetat, s-a efectuat transpoziția procesului coracoid pe partea anterioară a rimului glenoidal (operația Bristow-Latarjet).

Al 2-lea bolnav, la 3 ani după intervenție suportă un traumatism sportiv major cu dislocarea antero-inferioară a brațului, peste 10 zile după traumatism s-a practicat sutura artroscopică a labriului, capsulei anterioare și fixare cu 3 ancore. La moment pacientul s-a reîntors la activitatea sportivă.

Un bolnav la care s-a practicat suturarea labrumului și capsulei fixare cu ancore, după 6 luni de operație au apărut semne de instabilitate unde am aplicat tratament conservativ.

La doi pacienți s-au înregistrat complicații neurogene: neuropraxia plexului brahial cauzată de tracțiunea pe membrul toracal care este necesară pentru efectuarea intervenției chirurgicale în decubit lateral. După aplicarea tratamentului medicamentos semnele neurologice au regresat. Nu au fost înregistrate complicații legate cu inflamația tesuturilor moi a plăgii și complicații septice, durata medie de spitalizare a fost 2 zile.

Concluzii

1. Tratamentul artroscopic a instabilităților anterioare ale umărului este o tehnică pretențioasă care cere o experiență avansată a medicului ortoped în chirurgia artroscopică, însă efectuată corect, după o selectare minuțioasă a bolnavilor, asigură rezultate funcționale și cosmetice bune în majoritatea cazurilor.

2. Procedeele Bristow-Latarjet este indicat în tratamentul luxațiilor recidivante în displazii de glenă, luxații pe durată de mulți ani, frecvent cu formarea unei culise în marginea glenei și alt.
3. Traumatismul intraoperator minor permite o recuperare mai rapidă a funcției membrului toracal după perioada de imobilizare și reîntoarcerea mai precoce la activitatea sportivă și profesională.
4. Stabilizarea articulației umărului prin procedeele Bristow-Latarjet asigură atât profilaxia noilor recidive cât și restabilirea funcțională a membrului toracal în majoritatea cazurilor (95-98%).
5. Rata de recidive este mai înaltă în grupa tratate artroscopic, rezultatele sunt influențate de mai mulți factori: vârsta pacientului, numărul de luxații până la operație, defectul osos, tipul de ancore, numărul de ancore utilizate, erori tehnice, geometria osoasă până la operație, practicarea pacienților a sporturilor de contact după operație.

Bibliografie

1. Bankart A.S.B. The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder dislocation. Brit.J. Surg., 1938, vol. 26(2), p. 3-29.
2. Barbu D., Putineanu D., Niculescu P., Popina St., Niculescu D. Indicații și limite ale operației Bristow-Latarjet și Putti-Plati în luxația recidivantă de umăr. Al 9-lea Congres național de Ortopedie și Traumatologie, Craiova, 2001, p. 67-69.
3. Boileau P., Mercier N., V. Roussanne, Thelu C. H., Old I., Arthroscopic Bankart — Bristow — Latarjet procedure: the development and early results of a safe and reproducible technique. Arthroscopy. 2010, vol. 26, p. 1434—1450.
4. Darciuc M., Bețișor V., Gherghelejiu A., Birman M., Bețișor A. Modificarea operației Trilat-Latarjet în luxațiile recidivante scapulo-humerale. Al 9-lea Congres Național de Ortopedie și Traumatologie. Craiova, 2001, p. 67-69.
5. Farzad Omid-Kashani, Eghbal Sardi-Mahvelati, Seyed-Mahdi Mazlumi, Hadi Makhmalbat. Is Bristow-Latarjet Operation Effective for Every Recurrent anterior Shoulder Dislocation? Archives of Iranian Medicine, 2008, vol. 11, p. 270-273.
6. Hovelius I., L. Korner. The Coracoid Transfer for Recurrent Dislocation of the shoulder. The Journal of Bone and Joint surgery, 1983, p. 926-934.
7. Flinkkila T., Hyvonen P., Ohtonen P., Leppialahti J. Arthroscopic Bankart repair : results and risk factors of recurrence of instability. Knee Surg. Sport Traumatolog. Arthroscopy. 2010 ; 18(12) :1752—1758.
8. Kandziora F., Jager A., Bischof F., Herresthal J., Stricker M., Mittermeier T. Arthroscopic labrum refixation for post-traumatic anterior shoulder instability : suture anchor versus transglenoid fixation technique. Arthroscopy. 2000 ;16(4): 359-366.
9. Kirkley A., Werstine R., Ratjecz A., et al. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocation of the shoulder: long-term evaluation. Arthroscopy 2005; 21: 55-63.
10. Larrain M.V., Botto G.J., Montenegro H.J., et al. Arthroscopic repair of acute traumatic anterior shoulder dislocation in young athletes. Arthroscopy 2001; 17: 373-377.
11. Shah A.S., Karadsheh M.S., Sekya J.K.. Failure of operative treatment for glenohumeral instability: etiology and management. Arthroscopy, 2011; 27(5):681-694.
12. Thal R., Nofziger M., Bridges M., Kim JJ. Arthroscopic Bankart repair using Knotless or BioKnotless suture anchors: 2-7-year results. Arthroscopy, 2011; 23(4):367-375.
13. Randelli P., Ragone V., Carminati S., Cabitza P. Risk factors for recurrence after Bankart repair a systematic review. Knee Surg. Sports Traumatol. Arthroscopy, 2012; 20(11): 2139—2147.

Data prezentării: 22.11.2017