

AJUTORUL MEDICAL SPECIALIZAT DE URGENȚĂ ÎN FRACTURILE COMPLEXULUI ZIGOMATIC

Olga Procopenco, Stanislav Caldarari, Oleg Zănoagă, Liuba Ceban

Catedra Stomatologie ortopedică, Chirurgie oro-maxilo-facială și
Implantologie orală USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

The first specialized surgical aid in the case of zygomatic complex fractures

There were studied and treated 421 patients with zygomatic complex and zygomatic arch fractures in the centre of OMF surgery Republic of Moldova. The first specialized surgical aid was performed, when the patient with the recent zygomatic complex fractures with displacement came to the hospital, to solve the possible psychological and social problems, to reduce the time of incapacity of work. There were studied and described the surgical methods of reposition and fixation of the fractured fragments in the emergency room using local anesthesia.

Rezumat

Au fost studiați și tratați 421 pacienți cu fracturi recente de complex zigomatic și arcadă zigomatică în centrul de chirurgie oro-maxilo-facială din Republica Moldova. Ajutorul chirurgical specializat de urgență efectuat unimomentan la adresarea pacientului cu traumă recentă de complex zigomatic, rezolvă problemele posibile de ordin psihologic și social, micșorează timpul incapacității de muncă. Au fost studiate și descrise metodele chirurgicale de re poziție și fixare a fracturilor de complex zigomatic în condițiile sălii de urgență sub anestezie locală.

Actualitatea temei

Traumatismul cranio-cerebral reprezintă una din cauzele morbidității frecvente, pe care lumea modernă le are de înfruntat. Urbanizarea, creșterea considerabilă a numărului mijloacelor de transport, insuficiența bazei tehnice a activității umane, are în consecință majorarea traumatismelor. În ultimii 15-20 ani frecvența traumelor regiunii maxilo-faciale în țară a crescut de la 0,3 până la 0,7 la 1000 de locuitori [1]. Traumatismul facial se manifestă nu numai prin dereglări funcționale, dar și estetice. Aspectul estetic este cartea de vizită a persoanei în societate, starea psiho-emotională-integrării în societate. Refacerea funcțională și estetică unimomentană, efectuată la etapa ajutorului chirurgical de urgență specializat, cruță starea psihologică a pacientului și revenirea mai curândă la modul de viață obișnuit [3]. Numărul de bază a celor traumatizați este constituit din persoane tinere și apte de muncă.

Osul zigomatic este o parte a scheletului facial, care redă configurația estetică a feței prin formarea pomeților obrazilor. Fractura osului cu deplasare, de rînd cu dereglări funcționale (limitarea mișcărilor de mandibulă, diplopie, afectarea mucoasei sinusului maxilar) și de sensibilitate, are consecințe vădite estetice.

Fracturile complexului zigomatic (CZ) după vechimea traumei pot fi:

1. recente (pina la 14 zile)
2. inechite (pina la 30 zile)
3. vicios consolidate (mai mult de 30 zile).

Instituirea precoce al tratamentului complex micșorează timpul incapacității de muncă al pacientului.

Scopul studiului

De a alege din diversitatea metodelor chirurgicale de re poziție al complexului zigomatic fracturat și deplasat, pe cea mai accesibilă, minimal traumatică, efectivă în condițiile acordării ajutorului medical specializat de urgență în fracturile recente.

Materiale și metode

Studiul s-a efectuat la pacienții tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială la CNPSMU pe parcursul anilor 2002-2009 cu fracturi de complex zigomatic. În decurs de 8 ani în secția de chirurgie OMF s-au spitalizat 4793 pacienți cu trauma scheletului facial. Din ei 455 cu fracturi de complex zigomatic, ce constituie 14% din traumatizanți. Mai frecvent bărbați – 382 (85%). Fracturile recente s-au diagnosticat la 421 (92%) de pacienți, fie prin adresare la medic de sinestătător, fie transportați cu ambulanța. Intervenție chirurgicală a fost necesară la 318(70%) bolnavi.

Incidența de vîrstă este expusă în figura 1.

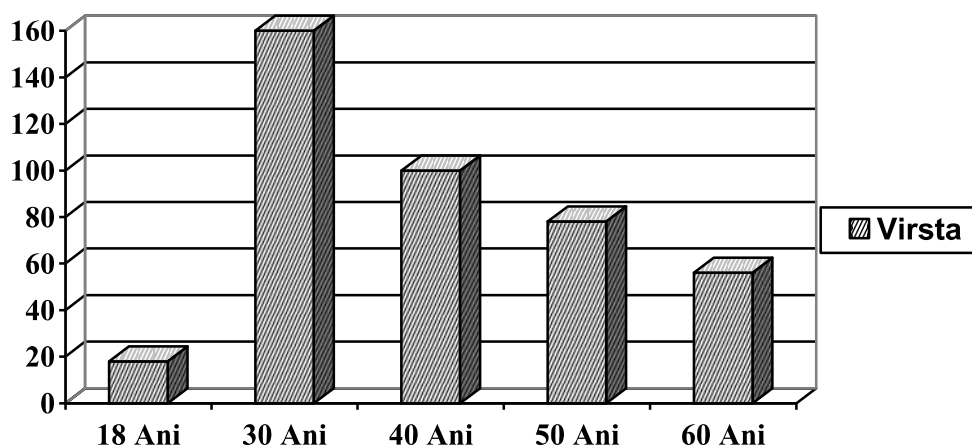


Fig.1 Incidența de vîrstă a pacienților cu fractura CZ

Datele expuse ne demonstrează, că frecvența traumatizmului este mai înaltă la cetățenii de vîrstă tînă și aptă de muncă.

În secția de internare al spitalului de urgență pacienții au fost examinați și diagnosticați pe baza:

- 1.anamnezei
- 2.examenului clinic
- 3.radiografia oaselor zigomatice în proiecție semiaxială
- 4.tomografia computerizată tridimensională (la pacienții gravi)
- 5.consultația medicului neurochirurg.

În baza datelor obținute s-a efectuat tratamentul specializat în condițiile de urgențe chirurgicale sub anestezie locală.

Rezultate și discuții

Din diversitatea metodelor de reducere a fragmentelor fracturate este preferată calea cutanată subzigomatică după A. A. Limberg (1935) [2]. Cîrligul Limberg se introduce sub osul zigomatic, prin incizie cutanată, efectuată la intersecția paralelelor virtuale trecute pe marginea inferioară a osului zigomatic și rebordul lateral al orbitei. Fractura se reduce prin tracțiune. Repoziția cu cîrligul Limberg este accesibilă, eficientă, timp comparativ scurt operativ, iar miniincizia de 0,3 cm fără urmări estetice pentru pacient. Este indicată la fracturi de os și arcadă zigomatică la care bonturile fragmentelor sunt deplasate în bloc și rămîn angrenate după repunerea în poziție anatomică. Cu cîrligul Limberg s-a redus fractura la 205 pacienți (70% din numărul intervențiilor chirurgicale).

La 6 pacienți s-a folosit abordul temporal după N.D.Gillies(1927)[2].

În fracturile neangrenate, cu tendință la deplasare secundară și recidivă, imobilizarea la bonturile fixe este obligatorie. Pentru fracturile de arcadă s-a utilizat un fir de sîrmă trecut transcutan pe sub fragmentul pe care-l tracționează în afară și fixat cu un dispozitiv confecționat extempore exobucal. Dispozitivul prezintă un fragment de sîrmă de aluminiu cu d.5mm în două

straturi și lungimea aproximativ cu 1,5cm mai mare decât lungimea fragmentului deplasat, înfășurat în tifon (Fig.2a,b).



Fig.2a Fractura arcadei zigomatică cu deplasare pe dreapta



Fig.2b Fragmentele osoase reduse fixate cu fir metalic

Pentru fractura de os zigomatic neangrenată în bloc s-a efectuat reducerea cu cîrligul Limberg și fixare intraosală cu broșa Krischner [4]. Broșa se trece cu ajutorul burghiului electric, transcutan superior de arcada zigomatică prin corpul osului zigomatic spre peretele inferior-medial al sinusului maxilar pe partea traumatată (Fig.3,b).



Fig.3a Radiografia oaselor zigomatice postoperator de control.



Fig.3b Aspectul pacientului după îndalăturarea broșei.

Broșa se rezectează rămînînd sub piele, fără a provoca discomfort. Atît broșa Krischner, cît și firul metalic în fracturile de arcadă se îndalătură nu mai devreme de 10-14 zile după organizarea calosului fibros interfragmentar. Rezultatul tratamentului chirurgical a fost confirmat radiologic și clinic postoperator. Radiologic, prin restabilirea integrității anatomice al osului și clinic, prin lichidarea dereglărilor funcționale. Restul accidentațiilor s-a efectuat tratament chirurgical amânat de redresare și fixare, sub anestezie generală, prin osteosinteză cu fir metalic, miniplăci sau cu meșă iodoformată prin sinusul maxilar [2].

La toți pacienții a fost prescris un tratament medicamentos antiinflamator, hiposensibilizant, analgetic pentru prevenirea complicațiilor de ordin inflamator. Picături nazale pentru asanarea sinusului maxilar.

Concluzii

1. Frecvența majoră de traumatism revine pacienților de vîrstă tînă și aptă de muncă.
2. Asigurarea tratamentului complex în prima zi de adresare micșorează timpul de reabilitare a pacienților și urgentează restabilirea capacității de muncă.
3. Ajutorul medical chirurgical specializat prin metodele descrise se efectuează la pacienții cu starea generală de gravitate medie și statusul neurologic stabil sub anestezie locală.

4. Metodele sunt efective numai la fracturile cu deplasare în bloc. Cele eschiloase sau multefragmentare necesită intervenție chirurgicală voluminoasă sub anestezie generală.

Bibliografie

1. A.Covaliciuc., D.Sîrbu., O.Procopenco
Radiodiagnosticul de urgență a traumatizmelor regiunii maxilo-faciale., Buletinul Academiei de Științe a Moldovei științe medicale, (Chisinau 2007), nr.5(14), pag.139-143.
2. Ю.И.Бернадский. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. Москва, 1999.Стр. 79-89.
3. Дударева А.П. Психические расстройства непсихотического уровня у пациентов с приобретёнными челюстно-лицевыми деформациями., дисс.канд., Москва,2009.
4. Матвеев Р.С.,Трубин В.В. Метод закрепления отломков скуловой кости ., Патент РФ на изобретение N 2154427, 1999.