

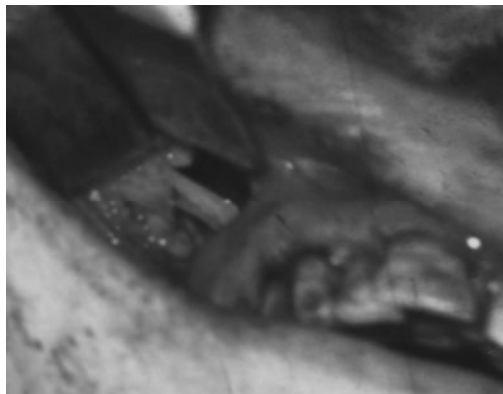
Fig. 5. Imobilizarea complexului zigomatic cu ajutorul “proptelei”.

Există și alte metode de imobilizare a complexului zigomatic dar care din diferite pricini nu au găsit o largă utilizare.

Problema fracturilor complexului zigomatic asociate rămâne actuală cu frecvența majoră, cu necesitatea perfecționării metodelor diagnostice și de tratament ce ar micșora semnificativ complicațiile legate de traumatismul regiunii date și ar permite elaborarea unor măsuri profilactice de recuperare a bolnavul cât mai precoce.

Concluzii

1. Fractura eschiloasă a complexului zigomatic în Clinica de Chirurgie OMF din Chișinău mai des se fixează prin osteosinteză fiind una din metodele cele mai sigure și cele mai perfecte.
2. Accesul endobucal și temporal de imobilizare a fragmentelor fracturate permite recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatic.
3. Imobilizarea cu utilizate în cazuri unice) rar.



broșa Kirschner sunt excepționale(cazuri

Bibliografie

1. Camilleri A. C., M. Stabilisation of the zygomatic arch with Journal of Oral and (2005)43,183-184.
2. Eugenia Popescu. tratament definitiv în Iași, 1999, 13-14.
3. Hîțu D. “Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale” Chișinău, 2004. Paj. 84.
4. Бернадский, Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно- челюстно-лицевой области. Москва, 2006, pag. 89.

Gilhooly. M. C. Cooke. unstable fractured a Kirschner wire. British Maxillofacial Surgery

Evaluarea metodelor de fracturile oaselor feței,

ASPECTE STATISTICE A TRAUMATISMULUI IZOLAT AL FRACTURII DE MANDIBULĂ

Cornel Cazac, Dumitru Hîțu, Dumitru Șcerbatiuc, Vasile Vlas
Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Statistical aspects of the isolated fracture in case of the mandible trauma

During 23 years, the incidence of isolated mandible fractures increased up to 1,69%, which is explained by decreasing the number of hospital beds from 60 (1987) to 40 beds (2010), as well as, the decreasing number of population. Switching from the government financial assessed medicine to the state healthcare insurance program, as well as private paid medical services, brought an another factor that have been contributed to the reduction of the facial trauma. The incidence of the isolated fractures of the mandible consists 79,28% of all mandible fractures. Angular region of the mandible being held low, is involved in 70% of cases. Individual splints is frequently applied in the treatment, which is advocated by the low cost and easy manufacturing technique.

Rezumat

Pe parcursul a 23 ani traumatismul izolat a fracturilor de mandibulă s-a mărit cu 1,69% ce se explică prin micșorarea numărul de paturi de la 60 (1987) la 40 de paturi(2010) și micșorarea populației. Trecerea de la medicina de stat la medicina prin asigurare și contra plată este un alt factor ce a contribuit la micșorarea traumei faciale. Fractura izolată de mandibulă ocupă 79.28% din toate traumatismele faciale. Regiunea angular a mandibulei, fiind loc slab, e implicat în 70%. Fracturile de mandibulă unilaterale sau înregistrat în 36.66% și duble în 63.33%. Atela individuală este frecvent aplicată în tratament, prin costul redus și tehnica ușoară de confecționare.

Actualitatea

Traumatismul, în ultimul timp, a luat amploarea unei pandemii, depășind aspectele medicinei și devenind o problemă socială. Traumatisme reprezintă urgențe relativ frecvente cu tendința de creștere în timp și cu probleme importante de tratament, datorită complexității traumatismului și a complicațiilor posibile (1 - 4).

Studiile statistice, privind traumatismele faciale, apreciază o pondere a acestora la 10 – 15% din totalul traumatismelor(4). Restabilirea formei și funcției dereglate reprezintă scopul principal în tratamentul traumatismului (1-4).

Unele particularități anatomotopografice favorizează traumatismul oaselor faciale prin poziția anterioară și laterală, fragilitatea oaselor, raportul corticalei la spongioasă, zonele parașoc.

Obiectivele

Analiza comparativă a traumatismului facial si in special a fracturilor de mandibula cu o diferență de 23 ani și metodele existente de tratament.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului au fost examinați și acordat ajutorul la 908 de traumatizați cu traumatism facial pe anii 1987 și 2010. Ca material de studiu am folosit fișele de observație.

Rezultate

Peste 78.28% în anul 1987,din traumatizați au fost din județul Chișinău, în 2010 scăzând pâna la 30.96%. Dintre pacienții care în 1987 sau adresat 90.78% erau bărbați, iar în 2010 aceștia fiind cu 10% mai puțini.

Transportarea bolnavilor cu ambulanța pe această perioadă a crescut cu 35.91% și adresarea de sinestătător a sczut cu 11.88%. Îndreptarea bolnavilor de la policlinicile de sector sau micșorat cu 23.33%, ce ne indică necesitatea unei colaborari mai strânse între policlinici și Centrul Republican de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Cauza traumei în 48.11% cazuri a fost caderea, ocupând I loc, urmată de 47.28% - agresivitatea, și pe locul al treilea accidente rutiere cu 4%. Căderile au crescut de 2 ori, iar agresivitatea a scăzut cu 15.87%.

În primele 24 de ore după ajutor s-au adresat 62.34% din accidentați, numărul lor crescând de 2 ori, a doua zi 10.46%, iar după 4 zile s-au adresat 8.78%, cu 2.2% mai mult decât în 1987.

Statistica accidentaților după starea socială este următoarea: pe I loc cu 30.96% s-au plasat șomerii, în 1987 aceștia fiind doar 12.51%, muncitorii reprezentau 27.19%- locul 2, pe când erau de 2 ori mai mulți cu 23 de ani în urmă. Pe locul III se afla tineretul studios cu 13.80%, crescând cu 3.3% în perioada dată.

Repartizarea accidentaților cu traumatism facial s-a efectuat în felul următor: pe primul loc s-au clasat fracturile de mandibular, în această perioadă ponderea lor s-au micșorat cu 17%. Plăgile faciale au ocupat locul doi cu o majorare de 52%. Locul trei, ocupat de fracturile complexului nazoetmoidal, care au înregistrat o majorare în această perioadă. Fracturile complexului zigomatico-orbital au înregistrat o creștere de 29%. Fracturile maxilarului superior au ocupat locul cinci.

Fracturile de mandibulă reprezintă 77,19% din totalul fracturilor faciale(3). Datele noastre pe parcursul a 23 de ani au fost de 79.28%

În dependență de gradul deplasării fragmentelor fracturate și dereglarea funcțiilor se v-a decide tactica de tratament: chirurgical sau conservativ.

Tratamentul fracturilor fără deplasare la momentul actual este conservativ. Bolnavilor cu fracturi a oaselor cu deplasare minimă care nu duc la dereglări estetice și funcționale li se indică tratament conservativ: antibiotice, antialgice, adrenomimetice și evidența în dinamică a pacientului, cu examinarea peste 5-7 zile după primirea traumei, pentru a verifica restabilirea formei și funcției dereglate.

Traumatismul mandibulei în această perioadă s-a mărit cu 1,69%. micșorarea traumatismului de mandibulă se explică prin mai multe pricini și anume:

- s-a micșorat numărul de paturi, nr lor fiind 60 în 1987 și numai 40 de paturi în 2010;
- sa micșorat populația din republică și din Chișinău inclusiv;
- trecerea de la medicina asigurată de stat la medicina prin asigurare și contra plată;
- micșorarea nivelului de trai a populației.

Fracturile mandibulei unilaterale s-au înregistrat în 36.66% și duble în 63.33% și triple numai 2 cazuri în 2010.

În ansamblu mijloacele ortopedice au fost aplicate la 75,16% din bolnavii cu fracturi ale mandibulei, dându-se prioritate imobilizării intermaxilare (3). Din numărul total al traumatismelor oaselor faciale, fracturilor de mandibulă le revin 79.28% cazuri, cea mai mare parte 77,85% au prezentat leziuni izolate și doar 22,15% au fost leziuni asociate, fracturile de mandibulă unilaterale sau înregistrat în 36.66% și duble în 63.33%. (2).

Tratamentul ortopedic folosit în cazul fracturilor maxilare, s-a înregistrat în 79,01% din cazuri, care pe parcursul la 23 ani a scăzut cu 31%. La momentul actual, prioritate în tratamentul fracturilor de mandibulă o are metoda conservativă cu utilizarea atelelor confecționate individual ori prefabricate aplicate pe arcadele dentare.

Principalele cerințe în confecționarea atelelor

- Atela trebuie să asigure o imobilizare perfectă.
- Atela se cere adaptată între ecuatorul dintelui și marginea gingiei.
- Atela nu va irita țesuturile cavității bucale.
- Atela întodeauna trebuie să fie modelată după arcada dentară în așa mod ca să nu traumeze periodonțiu marginal.
- Materialul din care e confecționată atela trebuie să fie moale, ușor de modelat.
- Atela se confecționează în prealabil, se aplică sârma în spațiile interdentare, mai apoi se fixează cu sârma din jurul dinților.
- Atelele să fie supuse ușor igienizării.

- E necesar ca atela să nu se oxideze.

Atelele aplicate pe arcadele dentare, prezintă mai multe dezavantaje: pacientul nu se poate alimenta, nu poate efectua igiena cavității bucale în volumul necesar, dificultăți în fonație, deglutiție, traumează gingia în unele cazuri se poate asocia infecția. Necătând la multitudinea dezavantajelor enumerate imobilizarea maxilarelor cu ajutorul atelelor la momentul actual este cea mai des folosită metodă pentru că tehnica de aplicare a atelelor este ușoară, economă cu celuieli materiale minime. Prezența numărului de antagoniști suficienți pe ambele arcade și lipsa deplasării vădite a fragmentelor fracturate, face utilizarea atelelor să ocupe primul loc în tratamentul fracturilor de maxilare

Tratamentul chirurgical este indicat în fracturile multiple ale maxilarelor, edentații parțiale sau totale, fracturi eschiloase, fracturile care nu se supun tratamentului ortopedic, fracturi vicios consolidate, prezența dinților pe arcadele dentare fără grupuri de antagoniști, mobilitatea vădită a dinților (paradontoză, scorbut), traumă prin armă de foc, fractură patologică ori fractură cu proces patologic în linia fracturii (osteomieliță, sinuzită, chist), bolnavi cu dereglări psihice, alcoolici, narcomani, bolnavii cu fracturi ale colotei craniene când nu se pot aplica dispozitivele cefalice. Tratamentul prin osteosinteză asigură o fixare mai bună, micșorează durata aflării bolnavului în staționar.

Osteosinteza asigură o poziție precisă și fixare stabilă a fragmentelor fracturate ale maxilarelor. Imobilizarea intermaxilară postoperatorie e obligatorie deoarece permite menținerea fragmentelor în poziția redusă și scade termenul consolidării și formării calosului osos. Osteosinteza cu fir metalic 10.64% și miniplăci cu șuruburi 4,51% a fost aplicată la bolnavi cu fracturi eschiloase, adenții și fracturi multiple. O fixare exactă și perioada postoperatorie calmă, face ca această metodă să ocupe un loc important printre metodele de tratament chirurgical.

Osteosinteza prin acces exobucal, utilizată mai des, are și unele dezavantaje: prezența inciziei dermale ce crează o cicatrice postoperatorie, operația traumatică atât a țesutului osos cât și a celor moi. Iată de ce în ultimul timp prioritate în tratamentul chirurgical prin osteosinteză se dă prin acces endobucal.

Fracturile deschise pot fi cu sau fără deplasare. În dependență de felul deplasării se va aplica tratamentul cuvenit. La tratamentul fracturii deschise cu deplasare după imobilizarea fragmentelor fracturate, indiferent prin ce metodă ortopedică sau chirurgicală, se va recurge adăugător la prelucrarea chirurgicală primară a plăgii. Mai jos ne vom opri la etapele prelucrării chirurgicale a plăgii osoase.

Etapele de prelucrarea chirurgicală a fracturii de mandibulă:

1. Prelucrarea câmpului operator:
 - Alcool de 3 ori - pielea
 - Furacilină, K_2MnO_4 ; H_2O_2 ; - mucoasa
2. Izolarea câmpului operator cu material steril.
3. Anestezia:
 - Anestezie topică cu sol. Spray 10%
 - Anestezie trunculară periferică cu sol. Lidocaini 2% 4,0
 - Asanarea parțială a cavității bucale.
4. Confecționarea atelelor individuale:
 - Repoziția parțială a fracturii
 - Imobilizarea interdentară
5. Aplicarea atelelor individuale pe arcadele dentarei:
 - Odontectomia
 - Suturarea plăgii
6. Reducerea:
 - Manuală
 - Cu tracțiune elastică,
 - Cu ajutorul instrumentului.

7. Imobilizarea def initivă.
8. Infiltrarea cu antibiotici.
9. Ser antitetanic.
10. Examenul radiologic repetat.

Tratamentul traumei masivului facial în 90% s-a efectuat sub anestezie locală, ocupând primul loc, dintre care 59% cazuri anestezia locală s-a efectuat cu soluție de novocaină de 0,5% și 31% cu soluție de lidocaină de 2%. Pe locul doi cu 10% cazuri s-a clasat operațiile efectuate sub anestezie generală, dintre care în 2% sa folosit premedicația. Anestezia generală în tratamentul mandibulei prin osteosinteză a ocupat primul loc cu 49%, urmat de tratamentul chirurgical a complexului zigomatic 23%. Pe locul trei în tratamentul chirurgical a traumatismului facial a ocupat plăgile faciale cu 11% și fracturile complexului nazoetmoidal 9%, maxilarul superior tratat chirurgical cu anestezie generală pe ultimul loc.

Concluzii

1. Pe parcursul a 23 ani traumatismul izolat a fracturilor de mandibulă s-a mărit cu 1,69%, ocupând locul doi după procesele inflamatorii.
2. Fractura izolată de mandibulă ocupă 79.28% din toate traumatismele faciale.
3. Regiunea angular a mandibulei, fiind loc slab, e implicat în 70%.
4. Atela individuală este frecvent aplicată în tratament, prin costul redus și tehnica ușoară de confecționare.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Editura medicală, București, 2003, p.653-697.
2. Eugenia Popescu. Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor fieței, Iași, 1999, 13-14.
3. Godoroja P, Lupan I, Răilean S. Leziunile dento-maxilo-faciale la copii. Congresul II al stomatologilor. Chișinău, 1994, p.180.
4. Hîțu D. "Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale" Chișinău, 2004, pag. 92-100.