

ARTROSCOPIA ÎN TRATAMENTUL TRAUMATISMELOR ȘI MALADIILOR ARTICULAȚIEI UMĂRULUI LA SPORTIVI

Nicolae ERHAN,
USMF Nicolae Testemițanu,
Catedra Ortopedie și Traumatologie

Summary

Arthroscopic in the treatment of shoulder joint trauma and disease in athletes

The paper exposed the experience of 157 patients with different treatment of shoulder pathology that arthroscopic surgery was performed during the years 2004-2015. Are analyzed, indications, contraindications, postoperative complications, outcomes and peculiarities elucidated functional recovery in athletes.

Keywords: arthroscopic treatment, anterior shoulder instability

Резюме

Артроскопическое лечение травм и заболеваний плечевого сустава у спортсменов

В работе представлен опыт лечения 157 пациентов с различными патологиями плечевого сустава, которым было произведено артроскопическое лечение, с 2004 по 2015 г. Освещены показания, противопоказания, послеоперационные осложнения, исследованы отдаленные результаты лечения и функциональной реабилитации.

Ключевые слова: артроскопия, нестабильность плечевого сустава

Introducere

Artroscopia umărului este o intervenție chirurgicală prin care chirurgul-ortoped, cu un utilaj optic special, inspectează articulația cu scop de diagnostic și pentru a repara problemele care există intraarticular. Artroscopia de umăr se practică în lume din anul 1970, iar în Republica Moldova – din anul 2004. În prezent, datorită progresului tehnico-științific, perfecționării instrumentarului și apariției unor noi tehnici operatorii, se largesc indicațiile pentru tratamentul prin tehnica artroscopică al leziunilor și maladiilor din articulația glenohumerală.

La momentul actual, indicațiile pentru artroscopia de umăr sunt următoarele:

- Leziunea de coafă rotatorie;
- Impigmentul subacromial, subcoracoidian;
- Corpii liberi intraarticulari;
- Leziunile SLAP;
- Luxațiile traumatice de umăr la tineri;
- Instabilitățile de umăr (luxația recidivantă);

- Artroza acromioclaviculară;
- Capsulita retractilă, artroza articulației gleno-humerale;
- Calcificările periarticulare, fracturile izolate intraarticulare de glenă, fracturile selecte ale tuberculului mare al humerusului.

La sportivi, mai frecvent este afectată articulația umărului în sporturile de contact, în atletism (aruncătorii de suliță), volei, gimnastică.

Cel mai frecvent, tratamentul artroscopic al articulației umărului este utilizat în terapia instabilităților anterioare ale umărului. Frecvența acestora este destul de înaltă, datorită particularităților anatomo-funcționale ale umărului sau din cauza recidivelor frecvente după tratamentul ortopedic al luxațiilor traumatice de humerus, mai ales la persoanele de vârstă tânără, ajungând până la 40-70% din cazuri. Din aceste considerente, mulți ortopezi optează pentru tratament chirurgical artroscopic după dislocarea traumatică primară a capului humeral la pacienții până la 30 de ani [4, 5]. Instabilitatea anterioară posttraumatică persistă la 90% din pacienții care au suportat o dislocare în articulația glenohumerală [6].

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 este, după părerea autorului, detașarea labrumului glenoidal împreună cu complexul capsulo-ligamentar de la marginea anterioară a glenei. Savantul a propus o metodă chirurgicală de tratament bazată pe fixarea complexului capsulo-ligamentar pe marginea suprafeței articulare a glenei [1]. Operația Bankart permite restabilirea stabilității articulare prin repararea anatomică a complexului capsulo-labral anterior detașat la glenă. Tehnicile tradiționale de tratament descrise sunt expuse pe larg în literatură, rata de recidive fiind mai mică de 10% [4].

Tehnica artroscopică de tratament al acestei patologii a devenit uzuală și cea mai frecvent utilizată la momentul actual. Stabilizarea artroscopică oferă avantaje net superioare chirurgiei tradiționale, și anume: diagnosticarea leziunilor concomitente intraarticulare, cu rezolvarea lor în aceeași ședință; traumatizarea minimă a țesuturilor; reducerea durerilor și morbidității postoperatorii; rezultate funcționale și cosmetice optime.

Tehnicile recente artroscopice includ utilizarea ancorelor de sutură moderne și duplicarea capsulei prin diferite metode, astfel a scăzut rata recidivelor de instabilitate după intervenție, constituind de la 4% până la 17% [5, 10].

Rezultatele tratamentului sunt influențate de mai mulți factori: vârsta pacientului, sexul, numărul de dislocări până la intervenție, activitatea sportivă;

factori tehnici – tipul de ancore, numărul ancorelor, metoda de sutură; factori patoanatomici – prezența fracturii glenei (Bankart osos), leziunea Hill-Sachs, laxitatea ligamentară, leziunea de tip ALPSA, leziunea concomitentă a coafei rotatorilor și a capsulei articulare [2, 8, 9, 10].

Scopul lucrării a fost evaluarea rezultatelor și a posibilității tratamentului artroscopic al bolnavilor cu leziuni traumatice și maladii ale articulației umărului în clinica noastră.

Material și metodă

Experiența proprie include tratamentul a 157 de bolnavi (123 bărbați și 34 femei, cu media de vârstă de 27 de ani), la care a fost efectuată artroscopia umărului între anii 2004-2013; 47 de pacienți au fost sportivi de performanță. Confirmarea diagnosticului efectuată prin examen: clinic (testul de nesiguranță Rowe și Zarins, testul Jobe, Gerber și Ganz), radiologic, ultrasonografic și RMN. Cu instabilitate anterioară a umărului au fost 123 de bolnavi, cu ruptura coafei rotatorilor – 8, cu impigment subacromial – 26.

Corpi condromici intraarticulări liberi s-au depistat la 17 pacienți, efectuând extragerea lor. La bolnavii cu instabilitate anterioară s-a practicat reinsertia părții antero-inferioare a labrumului și capsulei articulare la glenă, folosind 2-3 ancore bioresorbabile (3 bolnavi), metalice (30 pacienți), sutura transglenoidală cu fir neresorbabil (49 bolnavi). La 3 pacienți, 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. Corpi condromici intraarticulări liberi s-au depistat la 17 pacienți, cu extragerea lor ulterioară. Leziunea Hill-Sachs a fost depistată în 11 cazuri.

Rezultate obținute

Postoperatoriu, pacienții au fost evaluați la un interval de 12-44 de luni, utilizând scorul Rowe și Zarins (1981), efectuat la 82 de pacienți.

În lotul total de studiu am obținut rezultate excelente sau bune la 66 pacienți (76,5%), satisfăcător – la 15, nesatisfăcător – la 1 pacient. Toți bolnavii care anterior au practicat sportul peste 4-6 luni au revenit la eforturile practicate până la traumatism sau intervenție.

Protocolul de rehabilitare în perioada postoperatorie:

- 3-săptămâni imobilizare cu orteze, fiziokinetoterapie pasivă;
- după 3 săptămâni, fiziokinetoterapie cu reluarea mișcărilor;
- după 8 săptămâni, mișcări active cu efort în articulația glenohumerală;

- după 12 săptămâni, antrenarea activă a mușchilor stabilizatori ai umărului și coordonarea mișcărilor în articulație;
- la 4-5 luni, activitatea sportivă cu implicarea umărului operat.

Recidive de instabilitate au avut loc 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 ritmului glenoidal (operația Bristow-Letarget). 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 labrumului, a capsulei anterioare și fixare cu 3 ancore. La moment, pacientul și-a reluat activitatea sportivă.

Un bolnav la care s-a practicat suturarea labrumului, a capsulei și fixare cu ancore, după 6 luni de la 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 cu inflamația țesuturilor moi ale plăgii și complicații septice, durata medie de spitalizare fiind de 2 zile.

Concluzii

1. Artroscopia umărului permite – printr-un traumatism minim – diagnosticarea leziunilor și a patologiilor intraarticulare, cu efectuarea intervențiilor de reparare în aceeași ședință chirurgicală.

2. Tratamentul artroscopic al instabilităților anterioare ale umărului este o tehnică complicată, care cere o experiență bogată a medicului-ortoped în chirurgia artroscopică. Însă efectuată corect, după o selectare minuțioasă a bolnavilor, metoda asigură rezultate funcționale și cosmetice bune în majoritatea cazurilor.

3. Traumatismul intraoperatoriu minor permite o recuperare mai rapidă a funcției membrului toracal după perioada de imobilizare și reîntoarcerea timpurie la activitatea sportivă și cea profesională.

Bibliografie

1. Bankart A.S.B. *The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder dislocation*. In: Brit. J. Surg., 1938, vol. 26(2), p. 3-29.
2. Flinkkila T., Hyvonen P., Ohtonen P., Leppialahti J. *Arthroscopic Bankart repair: results and risk factors of recurrence of instability*. In: Knee Surg. Sport Traumatol. Arthroscopy, 2010; nr. 18(12), p. 1752-1758.
3. Kandziora F., Jager A., Bischof F., Herresthal J., Styrker M., Mittmeier T. *Arthroscopic labrum refixation for post-traumatic anterior shoulder instability: suture anchor versus transglenoid fixation technique*. In: Arthroscopy, 2000; nr. 16(4), p. 359-366.
4. Kirkley A., Werstine R., Ratjic 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*. In: Arthroscopy, 2005; nr. 21, p. 55-63.
5. Larrain M.V., Botto G.J., Montenegro H.J. et al. *Arthroscopic repair of acute traumatic anterior shoulder dislocation in young athletes*. In: Arthroscopy, 2001; nr. 17, p. 373-377.
6. Shah A.S., Karadsheh M.S., Sekya J.K. *Failure of operative treatment for glenohumeral instability: etiology and management*. In: Arthroscopy, 2011; nr. 27(5), p. 681-694.
7. Thal R., Nofziger M., Bridges M., Kim J.J. *Arthroscopic Bankart repair using Knotless or BioKnotless suture anchors: 2-7-year results*. In: Arthroscopy, 2011; nr. 23(4), p. 367-375.
8. Randelli P., Ragone V., Carminati S., Cabitza P. *Risk factors for recurrence after Bankart repair: a systematic review*. In: Knee Surg. Sports Traumatol. Arthroscopy, 2012; nr. 20(11), p. 2139-2147.
9. Vetrilă V., Erhan N., Darciuc M. *Sutura artroscopică transglenoidală a leziunii Bankart – o metodă de tratament în instabilitatea anterioară a umărului*. În: Revista română de Ortopedie și Traumatologie SOROT, 2010, vol. 20, nr. 2, p. 279-283.
10. Voos J.E., Livermore R.W., Feeley B.T. et al. *Prospective evaluation of arthroscopic bankart repair for anterior instability*. In: Am. J. Sports Med., 2010; nr. 38(2), p. 302-307.

Nicolae Erhan,

mob. +37379627401,

e-mail: drerhan.nicolae@gmail.com