

6. Cobelli N.J., Sadler A.H. *Ender Rod versus. Compression Screw Fixation of Hip Fractures*. In: Clin., Orthop., 1985; nr. 201, p. 123-129.
7. Esser M.P., Kassab J.Y., Jones D.H.A. *Trochanteric Fractures of the Femur. A Randomised Prospective Trial Comparing the Jeweu Nail-Plate with the Dynamic Hip Screw*. In: J. Bone Joint. Surg., 1986; nr. 68-B (4), p. 557-560.
8. Rodop O., Kiral A., Kaplan H., Akmaz I. *Primary bipolar hemiprostheses for unstable intertrochanteric fractures*. In: Int. Orthop., 2002; nr. 26, p. 233-237.
9. Kyle R.F., Cabanela M.E., Russell T.A., Swiontkowski M.F., Winkquist R.A., Zuckerman J.D., Schmidt A.H., Koval K.J. *Fractures of the proximal part of the femur*. In: Instr. Course Lect., 1995; nr. 44, p. 227-253.
10. Haidukewych G.J., Israel T.A., Berry D.J. *Reverse obliquity fractures of the intertrochanteric region of the femur*. In: J. Bone Joint. Surg. Am., 2001; nr. 83, p. 643-650.
11. Rodop O., Kiral A., Kaplan H., Akmaz I. *Primary bipolar hemiprostheses for unstable intertrochanteric fractures*. In: Int. Orthop. 2002; nr. 26, p. 233-237.
12. Waddell J.P., Morton J., Schemitsch E.H. *The role of total hip replacement in intertrochanteric fractures of the femur*. In: Clin. Orthop. Relat. Res., 2004; nr. 429, p. 49-53.
13. Berend K.R., Hanna J., Smith T.M., Mallory T.H., Lombardi A.V. *Artroplastia de șold acut pentru tratamentul fracturilor intertrochanterice la vîrstnici*. In: J. Surg. Orthop. Adv., 2005, nr. 14 (4), p. 185-189.
14. Chan K.C., Gill G.S. *Cemented hemiarthroplasties for elderly patients with intertrochanteric fractures*. In: Clin. Orthop., 2000; nr. 371, p. 206-215.

Grigore Dogaru

IMSP SCTO, bd. Ștefan cel Mare 190

Mob. 069728759,

E-mail: grdogaru@gmail.com

EXPERIENȚA PROPRIE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LUXAȚIEI ACROMIOCLAVICULARE

Vasile TULBURE,
Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie

Summary

Personal experience in surgical treatment of acromioclavicular dislocation

In recent years, literature draws attention to the restoration of the coraco-clavicular ligaments in acromioclavicular traumatism. The aim of the study was to propose a surgical treatment methods, with plasty of coraco-clavicular ligaments with nerezorbabile wires, which is an minimally invasive, short-term method generating a small number of postoperative complications.

Keywords: *clavicle, acromion, coraco-clavicular ligaments.*

Резюме

Личный опыт хирургического лечения при вывихах акромиального конца ключицы

В последние годы, данные литературы обращают внимание на восстановлении клювовидно-ключичной связки при травмы акромиально-ключичного сустава. Целью данного исследования явилось изучение эффективности предложенного малоинвазивного хирургического метода лечения – пластики клювовидно-ключичной связки с нерассасывающимися нитями, который является малоинвазивным, кратковременным и с небольшим количеством послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: *ключица, акромион, лопаточно-ключичный сустав.*

Introducere

În pofida numărului mare de cercetări expuse în literatura de specialitate, nu există, până în prezent, o opinie definitivată privind metoda optimă de tratament al luxației acromioclaviculare (LAC). Acest fapt se explică prin prezența diferitelor tipuri de leziuni ale aparatului ligamentar și a unor dezavantaje ale metodelor de tratament utilizate, cele mai importante dintre care sunt: fixarea instabilă a claviculei după reducere, imposibilitatea efectuării tratamentului funcțional etc.

Cu toate acestea, este cunoscut faptul că metoda de bază în tratamentul LAC de gradele IV, V, VI, după Rokwood și Green, este cea chirurgicală. În gradul III de traumatism, părerea autorilor se dispersează: 50% dintre aceștia consideră necesar de a interveni prin tratament chirurgical, alții pledează pentru terapia conservativă [2, 5, 6]. Cercetările contemporane susțin că, în medie, în 17% cazuri se atestă rezultate postoperatorii nesatisfăcătoare, astfel încât, în urma propriei cercetări, autorii pledează pentru necesitatea perfecționării tacticii și metodelor de tratament al articulației acromioclaviculare (AAC) [4, 6]. În prezent sunt cunoscute peste 60 de metode chirurgicale, cu folosirea implanturilor rigide pentru stabilizarea AAC, ce conduc la dereglarea biomecanică a umărului, în rezultatul căreia apar deteriorări de implanturi sau slăbirea și migrarea acestora (de exemplu, a broșelor) [1, 7]. Acest fapt necesită repetarea intervenției, pentru extragerea implanturilor.

În această ordine de idei, în ultimii ani se acordă o atenție deosebită reconstrucției ligamentelor coracoclaviculare cu fire dure neresorbabile, ce îndeplinesc rol de proteză ligamentară și nu necesită înlăturare ulterioară [2, 3, 7].

Material și metode

În baza celor expuse, ne-am propus efectuarea unui studiu retrospectiv, care a constat în evaluarea a 36 de cazuri de LAC. Pacienții au fost supuși metodei chirurgicale de tratament, prin plastia ligamentelor coracoclaviculare, în perioada ianuarie 2010 – ianuarie 2014. Din numărul total de pacienți cercetați, 32 (88,8%) au fost bărbați și 4 (11,8%) femei, cu vârsta cuprinsă între 18 și 48 de ani. Conform clasificării Rockwood și Green, cu leziuni de tipul III au fost diagnosticați 16 (44,4%) pacienți, care au suportat traumatism recent (în perioada de până la 2 săptămâni), și un bolnav cu traumatism învechit (produs de peste 2 săptămâni). Tipul IV a fost apreciat la 14 (38,8%) persoane cu leziune recentă. Tipul V a fost determinat la 6 (16,8%) pacienți cu leziune recentă (dintre care la 2 pacienți învechite).

LAC a fost confirmată prin examenele clinic, imagistic, ecografic și RMN. Pacienții au fost tratați prin mai multe metode chirurgicale, fiind folosită plastia ligamentelor coracoclaviculare cu fire neresorbabile *Fiber Were #5* la 14 (38,8%) pacienți, cu fire neresorbabile *Fiber Were #5+* nasturi de titan la 3 (8,3%) pacienți, cu fire neresorbabile *Fiber Were #5* + suplinirea cu broșe percutanat (artrosinteza acromio-claviculară provizorie) la 3 (8,3%) bolnavi, fire neresorbabile capron #4 la 5 (13,8%) pacienți, fire neresorbabile capron #4 + nasturi de titan la 3 (8,3%), fire neresorbabile capron #4 + suplinirea cu broșe percutanat (artrosinteza acromioclaviculară provizorie) la 7 (19,1%) pacienți, tehnica Weaver-Dunn modificată cu fire neresorbabile *Fiber-Were #2* la un pacient (3,6%).

La toți pacienții cu LAC de gradul IV a fost suturat mușchiul deltoid, iar în gradul V a fost restabilită chinga musculară (mușchiul deltoid și cel trapezoid). Imobilizarea postoperatorie, în toate cazurile, a fost efectuată prin eșarfă moale timp de 4-6 săptămâni, cu recurgerea la kinetoterapie și recuperarea amplitudinii mișcărilor.

Rezultate și discuții

Conform datelor cercetării efectuate, putem susține că rezultatele obținute la distanță sunt bune, ceea ce subliniază invazivitatea minimă a procedurii chirurgicale folosite, cu plastia ligamentelor coracoclaviculare. A fost determinată o durată scurtă a intervenției propriu-zise, cu recuperarea timpurie și regenerarea per prima a plăgii postoperatorii la toți pacienții. Este de menționat durată scurtă a sindromului algic postoperatoriu, care a fost jugulat la a 2-a – a 3-a zi. În cazul pacienților cu gradele III, V și

în LAC învechite, tratamentul a fost suplinit cu fixare provizorie cu broșe (artrosinteza acromioclaviculară per cutan) timp de 6 săptămâni.

Din numărul total de 36 pacienți cercetați, 34 (94,4%) au fost examinați pe o durată de 6-18 luni. Astfel, putem menționa că la 3 (8,8%) bolnavi au apărut subluxații, fiind depistată și artroza acromioclaviculară cu osificări heterotopice. La 2 pacienți (5,8%) am determinat degradarea firelor de plastic a ligamentelor coracoclaviculare, din cauza nerespectării regimului de imobilizare, soldat cu luxație completă.

Rezultatele obținute au fost apreciate după scorul Taft (1987) și s-au constatat: rezultate foarte bune – la 17 bolnavi; bune – la 14, satisfăcătoare – la un bolnav și nesatisfăcătoare – la 2 pacienți.

Concluzii

1. Metoda chirurgicală de tratament propusă permite restabilirea ligamentelor coracoclaviculare, care constituie componenta de bază a stabilității în AAC.

2. Tratamentul chirurgical, cu plastia ligamentelor coracoclaviculare, asigură o stabilitate claviculă anatomică, nu modifică forțele executate asupra AAC, constituind o metodă de invazivitate minimă și cu un grad înalt de eficacitate, care nu necesită intervenție repetată pentru înlăturarea implantului.

3. În leziunile de gradele III, IV (recente), metoda propusă asigură o stabilitate fermă doar prin plastia ligamentelor coracoclaviculare prin fire resorbabile, iar în traumatismele de gradul V și cele învechite, necesită utilizarea unui fixator metalic (broșă).

Bibliografie

1. Rockwood C.A., Green D.P. *Injuries to the acromioclavicular joint*. In: *Fractures in Adults*. 2nd ed., vol. 1, Philadelphia, PA: JB Lippincot; 1984, p. 860-910.
2. Blatter G., Meier G. *Augmentation of the coracoclavicular ligament suture. Comparison between wire cerclage, vicryl tape and PDS cord*. In: *Unfallchirurgie*, 1990; nr. 93, p. 578-583.
3. Fukuda K., Craig E.V., An K.N., Cofield R.H., Chao E.Y. *Biomechanical study of the ligamentous system of the acromioclavicular joint*. In: *J. Bone Joint Surg. Am.*, 1986; nr. 68, p. 434-440.
4. Gorun N. *Traumatismele articulare ale regiunii claviculare*. București, 1996.
5. Galpin R.D., Hawkins R.J., Grainger R.W. *A comparative analysis of operative versus nonoperative treatment of grade III acromioclavicular separations*. In: *Clin. Orthop. Relat.*, 1985; nr. 193, p. 150-155.
6. Tibone J., Sellers R., Tonino P. *Strength testing after third-degree acromioclavicular dislocations*. In: *Am. J. Sports Med.*, 1992; nr. 20(3), p. 328-331.
7. Galatz L.M., Williams G.R. *AC joint injuries*. In: Rockwood C.A., Bucholz R.W., eds. *Fractures in Adults*. New York, NY: Lippincott Williams and Wilkins; 2001, p. 1210-1244.

Vasile Tulbure

E-mail: tulbure@mail.md;

tel: 079532662