

CORECȚIA CHIRURGICALĂ ÎN SINOSTOZA RADIOCUBITALĂ CONGENITALĂ LA COPIL

THE COSMETIC AND FUNCTIONAL CORRECTION OF CONGENITAL RADIOULNAR SINOSTOSIS IN CHILDREN

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОГО РАДИО-УЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА У ДЕТЕЙ

Sandroșean Iu., dr. în șt. med.

IMSP IM și C

Rezumat

Lucrarea se bazează pe studiul clinico-radiologic și tratamentul chirurgical al sinostozei congenitale proximale radio-ulnare la 38 copii, cu vârsta cuprinsă între 10 luni și 14 ani, după metoda profesorului P. Moroz.

Summary

The work is based on a complex analysis of the clinical, imagistic, experience and the results of the surgical treatment of 38 children with proximal congenital radiocubital synostosis at the age of 10 months till 14 years old, having been examined and treated.

Резюме

Работа основана на клинико-радиологическом исследовании и хирургическом лечении врожденного проксимального радио-ульнарного синостоза у 38 детей, в возрасте от 10 месяцев до 14 лет, по методу профессора Мороз П.

Introducere

Pe parcursul a peste trei secole au fost publicate multe lucrări, majoritatea din ele însumând datele literaturii, completate cu descrierea unor cazuri unice din practica autorilor (James C. și coaut., 1995; Rizzo R. și coaut., 1997; Gorun N., 1998; Murase T., și coaut., 2003; Funakashi T. și coaut., 2004).

Sinostoza radiocubitală congenitală este o anomalie ce provoacă dereglări funcționale și cosmetice, nu se supune tratamentului ortopedic și care poate fi corectată doar prin metoda chirurgicală. Conform datelor literaturii de specialitate, sunt cunoscute peste 20 de metode de intervenții chirurgicale în sinostoza radiocubitală congenitală (Gorun N., 1998; Kanaya F., Ibaraki K., 1998; Kawagachi S., Kilamura M., Usui M., 2000 ș.a.). Metodele chirurgicale cu tentativă de a obține corecția diformității și restabilirea funcției de supinație și pronație n-au avut succes (Абакаров А., Разумовский А., 1987; Canale S., Beaty J., 1991; Bolano L., 1994; Bogatur A., Dogan A., Zorer G., 2002). Sunt descrise complicații după operație, printre care se numără dereglări de circulație sangvină și neurogene (Hankin F., Smith P., 1987).

Material și metode

Experiența noastră se bazează pe studiul unui lot de 38 de copii în vârstă de la 10 luni până la 14 ani, pe parcursul a peste 30 de ani. Au fost studiate particularitățile dereglărilor funcționale și cosmetice. Au fost analizate rezultatele la distanță ale tratamentului efectuat, elaborate criteriile diferențiate în tratament conform formei patologice, gradului de dereglări funcționale și cosmetice, vârstei copilului, pentru ameliorarea

rezultatelor. Copiii au fost repartizați după vârstă: Până la 3 ani – 4 copii, 4-7 ani – 16 copii, 8-10 ani – 8 copii, cu vârsta peste 10 ani – 10 copii. Patologia unilaterală a fost constatată la 27 copii (16 pe dreapta, 11 pe stânga). Patologia bilaterală a fost constatată la 11 copii. În total, lotul bolnavilor cercetați prezentau 49 antebrațe. De sex masculin au fost 27 copii, de sex feminin – 11 copii. Copiii au fost examinați clinic (aprecierea poziției antebrățului, asimetria lungimii de segment și hipotrofie de antebrăț, amplitudinea de mișcări în articulația cotului). A fost efectuată explorarea radiologică a antebrățului în două incidente. În dependență de mărimea unghiului poziției de pronație se propune clasificarea patologiei date în **3 grade**:

gr. I – pronație de la 45° până la 60° ,

gr. II – pronație de la 61° la 90° ,

gr. III – pronație de la 91° .

Asimetria de lungime a segmentului de antebrăț a fost apreciată numai la copiii cu patologia unilaterală. Diferența în lungime nu depășea 2-3 cm. La copiii cu patologia unilaterală s-a apreciat și o hipotrofie a segmentului dat, care atingea 1-2 cm. Funcția în articulația cotului a fost limitată în diverse grade la toți copiii, cu excepție a trei pacienți, la care ea nu prezenta limitări. Flexia în articulația cotului la toți copiii a fost bună, având limitări de 10°-20° la 18 bolnavi, care nu le limita îndeplinirea tuturor activităților necesare. Extensia, din contra, a fost limitată la 35 copii, cu 10°-20° la 14 copii, cu 21°- 30° - la 17 copii și mai mare de 31° - la 4 copii.

Cercetarea definitivă în aprecierea diagnosticului îi aparține **radiografiei antebrățului** în 2 incidente.



Figura 1. Încrucișarea ambelor oase ale antebrațului în sinostoza radiocubitală congenitală superioară și formarea unei diformități specifice în formă de X.

Foarte semnificativă este poziția radiologică a oaselor antebrațului. Pe radiograma antero-posterioară se determină încrucișarea ambelor oase ale antebrațului în formă de X (opt) (care poate avea loc în regiunea medie, superioară sau inferioară a antebrațului). Acest semn radiologic este descris pentru prima dată și el este cu atât mai pronunțat, cu cât mai este gradul de pronatație a antebrațului.

Tratamentul chirurgical

În clinică a fost folosită osteotomia de derotare a ambelor oase ale antebrațului după metoda propusă de profesorul **Petru Moroz**. (Fig. 2) Tehnica operației constă în osteotomia ulnei sub zona sinostozei și osteotomia radiusului în zona metafizară distală, după ce urmează derotația antebrațului și mâinii până la o poziție medie de pro-supinație sau supinație de 10°-15°. Menținând corecția obținută se efectuează osteosinteza cu broșe de tip Kirschner introduse încrucișat.



Figura 2. Osteotomie de derotare a ambelor oase ale antebrațului (operația Moroz P.).

Metoda radiologică permite obiectivizarea rezultatului corecției chirurgicale efectuate. În dobândirea corecției adecvate, tabloul radiologic pe radiograma antero-posterioară a antebrațului arată paralelismul oaselor antebrațului, care dovedește lichidarea poziției de pronatație patologică și obținerea unei poziții fiziologice (fig. 3).

Metoda radiologică permite aprecierea nivelului intervenției chirurgicale, constatarea calității osteosintezei. Numai cu ajutorul examinării radiologice putem stabili gradul și calitatea consolidării fragmentelor după intervenția chirurgicală, aprecia

durata perioadei de imobilizare postoperatorie și termenul de debut al tratamentului de recuperare.



Figura 3. Aprecierea corecției în urma intervenției chirurgicale.

Discuții

Avantajul metodei propuse de Moroz P. constă în aceea că osteotomia ambelor oase de antebraț permite obținerea fără dificultăți a corecției necesare. Osteotomia oaselor la nivelul metafizei creează condiții favorabile pentru consolidarea fragmentelor și exclude formarea pseudoartrozei, ce poate avea loc la nivelul diafizei. Osteotomia ulnei în partea proximală și a radiusului în partea distală oferă posibilitate protejării și excluderea traumatizării nervilor, ce poate surveni la o intervenție în regiunea proximală a radiusului. Metoda chirurgicală folosită în clinică permite protejarea lungimii antebrațului, spre deosebire de metoda care provoacă scurtime. Fixarea fragmentelor după osteotomie și derotare, cu ajutorul broșelor Kirschner pe parcurs scurt și încrucișate, asigură stabilitate și este cea mai fină și minitraumatică metodă de osteosinteză, protejând zonele fizare și epifizare.

Un rol deosebit de important are respectarea regimului postoperator și îndeplinirea tratamentului de recuperare. În perioada postoperatorie copiii se află la tratament ambulatoriu în aparat gipsat circular, aplicat la 10 zile după operație, când sunt înlăturate firele chirurgicale. Regimul ortopedic necesită o respectare strictă luând în considerare osteosinteza cu broșe, capetele cărora sunt îndoite și situate extern de țesuturile cutanate. Nerespectarea regimului ortopedic, dereglarea integrității aparatului gipsat, neglijența copilului poate provoca instabilitatea fragmentelor și inflamația tegumentelor în jurul broșelor.

În perioada de recuperare, tratamentul include gimnastică medicală activă pentru restabilirea mișcărilor în articulațiile membrului superior și pentru readaptarea copilului la condiții noi de poziție ale mâinii și antebrațului. Sunt excluse mișcările forțate, mecanoterapia. Sunt binevenite mișcări în apă, înotul, masajul ușor.

Concluzii

1. Cercetările complexe ale copiilor cu sinostoză radiocubitală congenitală proximală, prin pronatație, au permis de apreciat dereglări cosmetice și funcționale, care influențează negativ dezvoltarea psihoemoțională și fizică a copilului.

2. Datele experienței clinice pe parcursul a 30 de ani, prin implementarea tratamentului chirurgical pentru corecția diformității în sinostoza radiocubitală congenitală după metoda P. Moroz, au confirmat avantajele metodei în obținerea corecției perfecte, asigurarea consolidării fragmentelor după osteotomie, stabilizată prin fixare fină, excluderea scurtimii de antebraț și

traumatizarea de vase și nervi.

3. Indiferent de rezultatul obținut, copiii, pe parcursul creșterii, și mai apoi adulții, trebuie să fie protejați de efort fizic

major, care poate provoca dereglări degenerativ-distrofice în articulațiile membrului superior și invaliditatea pacienților.

Bibliografie

1. Moroz P. Metodă de tratament chirurgical al deformației în sinostoza radioulnară congenitală la copii. Brevet de invenție №1503 a.2000.
2. Kawaguchi S., Kilamura M., Usui M. Proximal radioulnar synostosis treated with a free vascularized fascio fat graft report a two cases. Hand. Surg. 2000. Vol.5 p.161-164.
3. Murase T., Tada K., Jochida T., Ritomo H. Derotațional osteotomy at the shafts of the radius and ulna for congenital radioulnar synostosis. J. Hand. Surgery. 2003. Vol.28-A. №.1. p.133-140.
4. Seitz W., Gordon T., Konsens R. Congenital radioulnar synostosis. A new technique for derotațional osteotomy. Ortop. Rev. 1990. Vol.19, №2. p.192-196.