

FRACTURI MULTIPLE LA COPIL

CHILDISH MULTIPLE FRACTURES

Petru MOROZ, Argentina SANDROSEAN, Veniamin GOLUB, Leo STATI, Iurie SANDROSEAN, Mihai POPA, Valeriu PETROVICI, Ion STANCIU, Iurie GOLBAN

USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Pe parcursul ultimilor 20 ani în clinica de ortopedie pediatrică s-au tratat 114 copii cu fracturi multiple. Tratamentul de bază este cel chirurgical, care se efectuează într-o singură etapă în următoarea consecutivitate: fracturile deschise, intraarticulare, fracturile de femur, gambă, humerus, antebraț; cu osteosinteză biologică, minitraumatică.

Summary

During the last 20 years in our clinic of pediatric orthopedics 114 children with multiple fractures have received the treatment. The treatment was surgical in one moment following the next order: the open fractures, the intraarticular, femur's fractures, shank, arm and forearm; with biological and minitraumatical osteosintesis.

Introducere

Politraumatismul a devenit una din cele mai actuale probleme ale traumatologiei adultului pe parcursul ultimilor 50 ani. Datorită afectării, în majoritatea sa, a persoanelor apte de muncă provoacă letalitate majoră și un grad avansat de invaliditate a accidentaților. Conform datelor literaturii letalitatea copiilor alcătuiește 8-9% din cea totală în accidentele rutiere, iar 10% din numărul total de copii accidentați necesită tratament complicat și îndelungat. Sunt cunoscute 3 forme ale politraumei: polifracturi, traume asociate, traume combinate. În majoritatea cazurilor se întâlnesc fracturi multiple și traume asociate, preponderent fracturi și traume cranio-cerebrale. În lucrarea de față sunt incluși și analizați copiii cu fracturi multiple ale aparatului locomotor.

Material și metode

Pe parcursul ultimilor 20 ani în clinica ortopediei pediatrice au primit tratament specializat 114 copii cu fracturi multiple ale oaselor lungi. Repartizarea după vârstă a fost următoare: 3-5 ani – 8 copii, 6-9ani – 33 copii, 10-12 ani – 44 copii, mai mari de 13 ani – 29 copii. Așa dar, 64 % copii cu fracturi multiple au fost în vârstă de 10 ani și mai mari. Sexul masculin a fost afectat mai frecvent (67 copii) decât cel feminin (47 copii). Cauza polifracturilor a fost: accident rutier (57 copii), cădere de la înălțime (47 copii), în timpul activității sportive (15 copii). La numărul total de copii au fost apreciate 245 fracturi, dintre ele 69 – de femur, câte 56 de fracturi de antebraț și gambă, 52 fracturi de braț, 5 – de claviculă, 7 – de picior. Copiii cu polifracturi au fost supuși de la debut examinării clinice complexe și ample în comun de ortoped-traumatolog, chirurg, neurochirurg, reanimatolog-anesteziolog în secția de urgență și reanimare. Radiografia este obligatorie la toate segmentele traumatate, după necesitate – și la segmentele fără semne evidente, dar posibil supuse traumatizării. Tomografia computerizată a fost efectuată la necesitate în traume asociate craneo-cerebrale. În mod obligatoriu la toți pacienții au fost efectuate analizele generale de sânge, urină, analizele biochimice, coagulograma, electrocardiografia. După pregătirea necesară copiii au fost supuși intervenției chirurgicale sub anestezie generală cu scopul poziționării adecvate a fragmentelor și osteosintezei (excepție în 25 fracturi fără deplasarea fragmentelor). În dependență de localizarea anatomică a fracturii, formei liniei fracturii, gradul și tipul deplasării, vârstei copilului, osteosinteza a fost efectuată cu broșe, tije centromedulare, șuruburi, aparate externe. În fracturi la copii considerăm inadmisibilă osteosinteza cu plăci masive înșurubate, ce necesită deperiostare majoră a osului.

Rezultate și discuții

Rezultatele tratamentului chirurgical în polifracturi sunt în directă dependență de localizarea fracturilor, de calitatea intervenției chirurgicale, respectarea cerințelor osteosintezei biologice, minitraumatice și miniinvazive. Operația nu poate să depășească gradul primar de traumatizare a țesuturilor care a survenit în timpul accidentării. În fracturile metafizare, epimetafizare, epifizare, metafizodiazizare la copii osteosinteza se efectuează cu broșe de tip Kirshner. Imobilizarea externă gipsată este obligatorie pentru durata de consolidare a fragmentelor și nu influențează funcția articulațiilor la copii. Osteosinteza centro-medulară cu tije metalice, îndeosebi elastice, s-au folosit în fracturile diafizare transversale de femur și antebraț; în fracturi oblice și spiroide diafizare osteosinteza a fost efectuată cu șuruburi corticale și imobilizare externă. În fracturi diafizare de gambă și humerus osteosinteza stabilă a fost dobândită cu aparatele externe de tip Ilizarov. În fracturi deschise, după prelucrarea prim chirurgicală a plăgii, osteosinteza a fost efectuată cu broșe sau aparate externe. În fracturi multiple la copil, după stabilizarea stării generale, este optimă efectuarea poziționării tuturor fragmentelor fracturate pe rând, într-o etapă. Osteosinteza este argumentată în următoarea ordine: cea de femur, a gambei, humerusului, antebrațului. Excepția se referă la fracturile deschise, care indiferent de localizare sunt supuse primele

intervenției, după care urmează fracturile intraarticulare. Imobilizarea cu aparate gipsate este tratamentul definitiv la copiii cu fracturi fără deplasare și fără pericol de deplasare secundară. Repoziția închisă sub anestezie generală poate fi efectuată la fracturi simple metafizare, epi- și osteoepifiziolize cu fixare transcutan cu broșe și imobilizare gipsată. Tracția scheletică poate fi folosită la copii cu fracturi oblice și spiroide diafizare de tibia, în cazul când alte fracturi sunt localizate la membrele superioare.

Concluzii

1. Copiii cu fracturi multiple ale locomotorului necesită tratament specializat în clinica de ortopedie și traumatologie pediatrică.

2. Examinarea copiilor cu politraumatism este efectuată în comun de o echipă de specialiști: ortoped-traumatolog, chirurg, neurochirurg, reanimatolog-anesteziolog.

3. Tratamentul de bază în fracturile multiple este cel chirurgical, efectuat de o echipă într-o etapă în următoarea ordine: fracturi deschise, intraarticulare, femur, gambă, humerus, antebraț; cu osteosinteză biologică, minitraumatizantă.

Bibliografie

1. КИСИЛЕВ В.П., САМОЙЛОВИЧ Э.Ф. Множественные и сочетанные травмы у детей. Медицина, 1985, с.130.
2. КУЗНЕЧИКИН Е.П., НЕМСАДЗЕ В.П. Множественная и сочетанная травма опорно-двигательной системы у детей. Медицина, 1999, с.336.

EVOLUȚIA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN STENOZA DE CANAL RAHIDIAN LOMBAR (*REVISTA LITERATURII*) SURGICAL TREATMENT EVOLUTION IN THE LUMBAR SPINAL STENOSIS (*A REVIEW*)

Andrei OLARU

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie în campanie USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

A fost studiată literatura de specialitate pentru a observa evoluția metodelor chirurgicale de rezolvare a sindromului compresiv în stenoza de canal rahidian lombar.

Summary

Our study is based on the analysis of surgical treatment in lumbar spinal stenosis on medical literature.

Actualitatea temei

Stenoza de canal rahidian lombar poate apărea într-o serie de situații patologice în care sînt afectate funcțiile statico-dinamice ale coloanei vertebrale. Acest fapt impune abordarea subiectului ca o problemă socio-economică, datorită potențialului invalidant și de costurile legate de diagnosticul și tratamentul consecințelor acestei afecțiuni.

Scopul lucrării

Studierea aspectelor evolutive ale metodelor chirurgicale de rezolvare a stenozei de canal rahidian lombar în literatura de specialitate.

Viziunile contemporane despre clinica, diagnosticul și tratamentul stenozei de canal rahidian lombar (SCRL) s-au format în ultimele decenii, cu toate acestea primele laminectomii decompresive la nivel lombar din cauza afectării radiculilor caudei equine au fost efectuate la începutul sec. XX.

În anul 1803 J. Portal demonstrează legătura stenozei canalului rahidian cu diformitățile patologice cauzate de rahitism sau boli venerice, iar L. Frankel (1899) dovedește că mersul aplecat înainte este legat de problemele lombare. În 1910 Suinita descrie tabloul clinic al afectării radiculilor caudei equine la câțiva pacienți cu achondroplazie, asociind simptomatologia apărută cu SCRL. În 1911 Dejerine descrie „*claudicatio intermitens*” de genă spinală. Sarpyener (1945) descrie primele observații asupra stenozei