

Osteosinteza centromedulară în fracturile diafizare ale femurului este preferată de toți autorii mai ales cu tija blocantă sau cu tija universală, elastică și fasciculată Marchetti-Vicenzi, și combinată(1,2,3,8). În clinică supravegheați 206 pacienți cu osteosinteza combinată. Complicații înregistrate-infecție-11, redori 16, eșuarea osteosintezei-2, pseudoartroza-1caz.

În fracturile supra-și intercondiliene ale femurului reducerea anatomică este obligatorie. Osteosinteza se realizează cu DCS, lama – placă condiliana, placa de sprigin (“Butress”), tija centromedulară centrogradă, fixator LISS. Cel mai frecvent este folosit fixatorul DCS și în fracturile cominutive placa “Butress”. Osteosinteza cu tija retrogradă este o alternativă superioară în acest tip de fracturi (2,5,8,9). Materialul propriu-21 intervenții: cu placa-lamă-14, DCS-5 și tija zăvorită-2. Complicații-la 3 pacienți-redoare extenzorie.

Osteosinteza de rotulă cu banda de tensiune în diferite variante tehnice este o metodă facilă cu rezultate foarte bune(1,2). Practicată la 23 pacienți. Complicații-5 artroze femoro-patelare.

Fracturile platoului tibial contemporan se tratează prin reducerea indirectă sub controlul artroscopic și cu fixarea minim invazivă (șuruburi, plăci-1,2,8).

Experiența clinicii: 6-Osteosinteza cu șuruburi (4-percutană), 39 cu placă în”T” Complicații- redoare în 4 cazuri.

În fracturile diafizare a gambei osteosinteza de elecție este centromedulară blocată, fixator extern sau combinată(1,2,8).Materialul propriu: osteosinteza combinată -138, cu fixator extern-56. Complicații-infecția la 9 pacienți (în jur de tije extrne).

În fracturile extremității distale a gambei este recomandată osteosinteza fibulei cu placă sau centromedulară, maleolei mediale și a platoului- cu banda de tensiune sau șuruburi(1,2,7,8).la un lot de 64 pacienți am destins rezultate bune la 90%.

Fracturile calcaneului sunt tratate chirurgical cu plăci speciale și prezintă mare dificultăți(1,8).

Concluzii și discuții

Dezvoltarea și perfecționarea osteosintezei a evedențiat prioritățile biologice în pofida principiilor mecanice. Deci, denumirea BIO-LOGICA (R.Ganzz) este argumentată; Ce astăzi este miniminvaziv- mâine posibil să fie considerat maxi-invaziv. Compresia și fixarea rigidă indicată numai în fractura diafizară simplă. În leziunile complexe indicată reducerea indirectă, închisă și numai la fragmente articulare-absolută. Aplicarea implantelor cu traumatizarea redusă a țesuturilor, plăcilor axiale favorizează vindecarea fracturii. Problema ortopedului în alegerea principiului, metodei și implantului individual pentru pacient și la fractura concretă.

Bibliografie

1. Antonescu D., Patologia aparatului locomotor, Vol 1,2; Ed. Medicala, București, 2006, p.2408
2. Alexa O. Tehnici chirurgicale uzuale în traumatismele osteoarticulare, Iași, 2007, 357p.
3. Botez P., Ortopedie, Ed. Zid, Iași 2001, p.271
4. Barbu D., Elemente de patologie a cotului, Ed. Publistar, București 1999, p.356
5. Georgescu N., Alexa O., Fracturile extremitatii femurale superioare, Ed. Junimea, Iași 2003, p.268
6. Gorun N., Caiete de traumatologie osteoarticulara speciala, 1,2,3,4,5, Ed. Curtea Veche, București 2007, p.1461
7. Gorun N., Fracturi maleolare, Ed. Curtea Veche, București 2000, p.231.
8. Muller M.E., Algower M., Manual der osteosynthese, Ed. Ad Marginem, Daos 1996, p750.
9. Șirbu P., Osteosinteza minim invaziva în fracturile femurului distal, Ed. Venus, Iași 2007, p.168.
10. Tomoia Gh., Fracturile humerusului proximal, Ed. Clusium, Cluj-Napoca, 1999, p.198.

RISUL MALIGNIZĂRII NEUROFIBROAMELOR ÎN MALADIA RECKLINGHAUZEN

THE MALIGN NEUROFIBROMA RISK IN RECKLINGHAUZEN DISEASE

Ion DĂSCĂLIUC, Daniela ANDRONACHI

*Institutul Oncologic, secția Oncologie generală
Republica Moldova*

Rezumat

Neurofibromatoza reprezintă o boală congenitală a sistemului nervos, țesutului muscular, oaselor, pielii și se caracterizează prin multiple neurofibroame și pete pigmentate tip „café au lait” pe piele și mucoase, asociindu-se cu diverse patologii neurologice, psihice, hormonale, ale scheletului. În cazul maladiei Recklinghausen dimensiunile tumorilor pot fi de la 0,5 cm, atingând uneori dimensiuni enorme (30 – 40 cm). Unica metodă de tratament este chirurgicală. În legătură cu riscul înalt al malignizării tumorilor benigne (5,2 %), pacienții necesită dispensarizare la oncolog.

Summary

Neurofibromatosis is an autosomal dominant disease characterized by disordered growth of ectodermal tissues, and is part of a group of disorders called Phakomatoses (neurocutaneous syndrome). Neurofibromatosis 1 (NF1 Von Recklinghausen's disease) is characterized by spots of increased skin pigmentation (café au lait spots), combined with peripheral nerve tumors and a variety of others dysplastic abnormalities of the skin, nervous system, bones, endocrine organs and blood vessels. The responsible gene is located on the long arm of chromosome 17. Its incidence is 1 per 3.000 births and present in about 30 persons per 10.000 population. It is inherited as an autosomal dominant trait, but about 50 percent of cases arise as mutations. The peripheral nerve tumors of two types, schwannomas and neurofibromas. Both types of tumor occasionally become malignant.

Introducere

Patologia a fost descrisă prima dată de morfologopatologul german F. D. Recklinghausen în 1882. Neurofibromatoza poate afecta toate țesuturile și organele, dar mai frecvent pielea, țesutul adipos subcutan, plexurile nervoase, trunchiurile nervoase.

De obicei nodulii neurofibromatoși se situează pe trunchi, gât, membre, foarte rar pe partea plantară a picioarelor și partea palmară a mâinilor, mucoasa cavității bucale, ocazional de rar sunt afectate oasele și glandele endocrine. Raportul bărbați : femei este de 2 : 1.

Actualmente, se cunosc 6 tipuri ale neurofibromatozei, dintre care cea mai importantă valoare clinică o are neurofibromatoza tip I (boala Recklinghausen) și neurofibromatoza tip II (neurofibromatoza cu afectarea bilaterală a nervilor VIII cranieni).

Frecvența neurofibromatozei de tip I este de 1 la 3000 nou-născuți, iar neurofibromatozei de tip II - 1 la 50000 de nou-născuți.

În 50% cazuri maladia poartă caracter ereditar și în 50% cazuri este rezultatul unor mutații sporadice.

În cazul neurofibromatozei de tip I se determină o penetrabilitate totală (100%) a genei, toți bolnavii sunt purtători ai acestei gene, însă gradul de manifestare a defectelor genetice este diferit și foarte variabil chiar și în cadrul unei familii, variind de la simptome neînsemnate până la cazuri extrem de grave. Riscul de a transmite la descendenți gena patologică este de 50% în cazul unui părinte-purtător și de 66,7% în cazul ambilor părinți purtători ai genei defecte.

Diagnosticul de neurofibromatoză se stabilește în cazul determinării a două și mai multe simptome: 6 și mai multe pete tip „café au lait” pe piele mai mari de 5 mm la copii și mai mari de 15 mm la maturi, 2 și mai multe neurofibroame de diverse tipuri, hiperpigmentarea pielii regiunilor axilare și inghinală, glioame ale nervilor oculari, anomalii de dezvoltare a scheletului, prezența rudelor bolnave de neurofibromatoză în anamneza eredo-colaterală.

În cazul neurofibromatozei există un potențial extrem de mare de malignizare, de aceea toți pacienții cu tumori benigne de tipul neurofibroamelor necesită tratament chirurgical adecvat în clinicile specializate, cu scopul profilaxiei secundare.

Scopul lucrării

Determinarea procentului de malignizare în cazul maladii Recklinghausen.

Materiale și metode

În studiu au fost incluși toți pacienții cu maladia Recklinghausen tratați în Institutul Oncologic.

În secția Oncologie Generală și Reabilitare a IMSP Institutul Oncologic au fost tratați pacienți cu neurofibromatoză a pielii, țesuturilor moi, oase, spațiului retroperitoneal. Tratamentului chirurgical au fost supuși pacienți cu maladia Recklinghausen și cu tumori maligne de diverse localizări apărute pe fundalul neurofibromatozei. În secție au fost tratați 52 de pacienți pe parcursul a 10 ani, dintre care cu tumori benigne au fost 42 și 10 pacienți cu tumori maligne. Raportul bărbați : femei a fost de 2 : 1.

Concluzii

1. Boala Recklinghausen este o maladie extrem de gravă, în cazul căreia pot fi afectate diverse țesuturi și organe, cu un potențial înalt de malignizare (5,2 %).

2. Tratamentul de bază este cel chirurgical.

3. În cazul adresărilor tardive, când tumorile ating dimensiuni enorme, se efectuează operații mutilante.

Bibliografie

1. HANDGHISALATAS SPIRIDON G., *Investigații anatomo-patologice în tumorile osoase*, Editura Medicală, București, 1995, p.170.
2. STĂNCULESCU D., ORBAN H., *Tumorile aparatului locomotor – concepții actuale*, Editura tehnică, București, 1997, p.215.
3. ЗАЦЕПИН С.Т., «Костная патология взрослых», Москва, «Медицина», 2001. с.638.
4. МАХСОН А. Н., *Об адекватной хирургии в костной онкологии*, Москва, «Медицина», 1991. с. 207.
5. ТРАПЕЗНИКОВ Н.Н., ЕРЕМИНА Л.А., АМИРАСЛАНОВ А.Т., *Опухоли костей*, Москва, «Медицина», 1986. с. 304.