

Sunt contraindicate aplicările suturilor primare în caz dacă plaga este strivită sau dacă procesul inflamator s-a dezvoltat în plagă.

În operațiile tenomioplastice în leziunile ireversibile a nervului radial e necesar ca amplituda mișcărilor pasive în articulația pumnului și articulațiilor degetelor mâinii să fie complete.

Timpul efectuării intervenției chirurgicale mioplastice trebuie să fie adecvat cu tipul leziunii, nivelul leziunii și lipsa evoluției pozitive, adică un tip ireversibil de leziune a nervului radial.

Bibliografia

1. BRAND P W et alt. // Biomechanics of tendon transfer. Orthop Clin North Am. 2004. N 29A.
2. GORNEA F. // Ortopedie și traumatologie. Chișinău 2006
3. McLARNEY E., HOFFMAN H., WOLFE S.W. // Biomechanical analysis of the cruciate four – strand flexor tendon repair. J. Hand Surg. 1999. N 24A. P.295-301.
4. RIORDAN D C // Tendon transfers in hand surgery. J Hand Surg. 1983 N 8 p 748 – 453
5. COHEN M.D., DELLON A.L. // Computer – assisted sensorimotor testing documents neural regeneration after ulnar nerve repair at the wrist. Plast Reconstr Surg. 2001. N 107. p.501-505.
6. DOINA DUMITRESCU – IONESCU. // Microchirurgia reconstructivă. Editura Medicală. București. 1999.
7. TEODOR STAMATE. // Microchirurgia reconstructivă a nervilor periferici. Editura Tehnpress. Iași. 1998.
8. RICHARD A. BERGER, ARNOLD – PETER C. Weiss. Hand Surgery. Philadelphia. Usa. 2004.
9. DAVID P. GREEN, ROBERT N. HOTCHKISS. // Operative Hand Surgery. New York. 1993.
10. ГРИГОРОВИЧ К.А. // Хирургическое лечение повреждений нервов. Л Медицина. 1981.
11. БАХТИОЗИН Ф.Ш., ЗУЛКАРНЕЕВ Р.А. «Опыт лчения открытых повреждений кисти». Москва. 1996.
12. КОЛЛОНТАЙ Ю.Ю., ПАНЧЕНКО М.К., АНДРУСОН М.В. и др. «Открытые повреждения кисти». Киев. Здоровья. 1983.
13. НЕЛЬЗИНА З.Ф. «Неотложная хирургия открытых повреждений кисти и пальцев». Москва. Медицина. 1980.

MICRODISCECTOMIA DISCULUI INTERVERTEBRAL DEGENERAT – SOLUȚIE MINIINVAZIVĂ ȘI SALVATOARE DE STABILITATE A SEGMENTULUI VERTEBRAL LOMBAR

MICROSCOPICALLY DISCECTOMY IN DEGENERATED INTERVERTEBRAL DISC - MINIINVASIVE AND STABILITY KEEPER SOLUTION OF LUMBAR MOTION SEGMENT

O.Pulbere

Catedra ortopedie și traumatologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

In this article we shows the advantages and priorities of microscopically discectomy surgery in degenerated lumbar intervertebral disc on the basis of bibliography references and surgical experience in 16 operated cases. În articol sunt arătate prioritățile și avantajele microdiscectomiei în chirurgia discului intervertebral lombar degenerat în baza experienței chirurgicale la 16 pacienți.

Intervențiile tradiționale de decompresie a nervilor medulari în herniile discale – operația *Love-Dandy* - în esența lor sunt relativ traumatice, deoarece presupun în cel mai optimal caz o fenestrare interarcuală largă, dacă nu chiar și o hemilaminectomie cu un impact sever asupra capacității de stabilizare a segmentului motor rahidian pe viitor [3, 4]. Pe lângă aceasta, în cadrul inspecției și explorării conținutului canalului rahidian nu sunt excluse riscurile de a afecta venele epidurale avalvice și de acumulare a hematomurilor epidurale postoperatorii cu un imperativ de evacuare prin intervenție repetată [2]. Și, tradiționalul și vechiul inamic al chirurgiei – cicatricea și aderențele intracanalare cu sechele neurologice deseori invalidizante, care pot fi și mai neplăcute pentru pacient, decât însăși patologia care a necesitat prima intervenție. Nu sunt excluse și recidivele de disc din cauza explorării intradiscale cu instrumente masive a sectoarelor degenerate de nucleu pulpos [5].

O alternativă a chirurgiei clasice a devenit discectomia asistată de optica microscopică și instrumentația fină, care permit o precizie manoperială net superioară discectomiei clasice [1]. În țările occidentale astfel de intervenții au debutat spre finele decadelor a 7 a și a 8 a sec.XX. Calitatea prelucrării discului explorat este mult mai înaltă, decât sub controlul ochiului neînarmat, deoarece poate fi înlăturată nu numai partea extruzionată a discului, dar și cea intradiscală degenerată cu probabilitatea migrării ulterioare în interiorul canalului rahidian. Pe lângă aceasta, dacă era întrebuițat un abord mai prelungit și cu elemente de rezecare a structurilor osoase ale vertebrelor, era necesară stabilizarea suplimentară cu instrumentație metalică a coloanei vertebrale, sau se recurgea la corsete gipsate sau ortezare, deseori inconfortabil tolerate de către pacient. Cicatrizarea sectorală după flavectomie în circa 3-4

săptămâni, ca regulă readuce capacitatea de sprigin al segmentului la starea preoperatorie. Deși, dacă în cazurile de instabilitate evidentă a segmentului este indicată intervenția de stabilizare, dar pacientul din oarecare motive neagă intervenția de corporo-deză, microdiscectomia este o alternativă de rezolvare mult mai gentilă a capacității de sprigin restant postoperator, decât după explorarea clasică a discului herniat.

Microdiscectomia este intervenția chirurgicală miniinvazivă, practic fără atingerea structurilor osoase vertebrale, orientată spre stoparea comprimării sau iritării nervului medular de către extruzia de nucleu pulpos al discului și în prezent este apreciată drept „standartul de aur” mondial în patologia discogenă a medulei și/sau nervilor medulari. Microdiscectomia în esența ei este aceeași discectomie, cu deosebire în ceia, că majoritatea manoperelor se efectuează sub amplificarea optică cu microscopul. Această metodă este îndeosebi binevenită pentru contingentul de pacienți cu operații repetate, în recidive, deoarece riscul dezvoltării cicatricelor și aderențelor suplimentare este mult mai redus.

Disponem de o experiență modestă de 16 cazuri operate și evident nu putem să ne exprimăm de pe pozițiile veridicității eșaloanelor mari numerice, dar în comparație cu experiența de aproape un sfert de secol de herniectomii clasice putem afirma că metoda ne-a cucerit din primii pași și deja o considerăm drept cea de elecție prioritară. Complicații septice nu au fost, în 3 cazuri au fost dereglări tranzitorii, minimale după intensitate, de 1-2 zile a sensibilității în comparație cu starea preoperatorie, care au regresat complet.

Intervenția se efectuează cu anestezie generală. În regiunea proiecției discului afectat se efectuează incizia paraspinoasă longitudinală cu o lungime de circa 2.5-3 cm. Este întrebuințat microscopul operator și instrumentație specială microchirurgicală. Pentru accesul către nervul spinal comprimat se va efectua flavectomia parțială și uneori rezecarea rebordurilor marginale ale arcurilor vertebrale învecinate. Mușchii paravertebrali nu sunt mutilați intraoperator, doar se deplasează în laturi. După un astfel de acces devine posibilă vizualizarea nervului spinal comprimat, de sub care se înlătură factorul compresiv și se inspectează discul degenerat. Defectul discal nu se restituie cu nimic, cu timpul fibrotizându-se. Durata medie a intervenției constituie circa 0.5 - 1.5 ore, depinde de mai multe considerente, care pot îndelunga timpul operator – anomalia arcurilor, tropismul articular, rețeaua venoasă epidurală în varice, aderențe, etc.

Pacientului i se permite ortolocomoția deja spre seara zilei când a fost operat sau la a doua zi. Durerile postoperatorii sunt mult mai reduse în intensitatea lor din motivul traumatisării tisulare reduse în suprafață, respectiv și a edemului local. În majoritatea cazurilor externarea se face în ziua a 2 – 3-a postoperator. În unele clinici este practică microdiscectomia ambulatorie. Statisticile arată rata unor complicații, precum: hemoragie din venele epidurale, rupturi ale tecii durale, neurotmesis, inflamații septice sau aseptice în circa 1.5 – 2%. Rata complicațiilor în cadrul intervențiilor clasice constituie circa 9 – 18 %. Ca regulă pacientul poate relua activitatea fără efort fizic peste 5-7 zile postoperator, iar către cel fizic – peste 15-25 zile, fără deosebite restricții, precum în prim rând șederea, aplecarea limitată lejeră. Totuși, pentru educarea unei ținute corecte și cu scop de profilaxie recomandăm purtarea unui lombostat semidur pe parcursul unei luni.

Concluzie

Microdiscectomia în patologia discului vertebral degenerat sau de extruzie traumatică este o metodă de tratament chirurgical de o invazivitate traumatizantă minimală, cu rezultate clinice pozitive postoperatorii precoce și cu un potențial destabilizant mult mai redus, decât herniectomiile clasice. Această metodă necesită implementare clinică largă drept metodă de elecție clinică contemporană în chirurgia vertebrală.

Literatura:

1. BODIU A. Neurochirurgia endoscopică a herniei discale lombare (studiu comparativ). Autoreferat al tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2008. 34 p.
 2. CASPAR W. A new surgical procedure for lumbar disc herniation causing less tissue damage through a microsurgical approach. *Adv. Neurosurg*, 1997, № 4, P. 74-77.
 3. НИЖКАТА S. Percutaneous Nucleotomy – a new concept technical and 12 years experience *Clin orthorp.* 289: 9-23, 1989.
 4. МОВШОВИЧ И.А., ШОТЕМОР Ш.Ш. К вопросу о нестабильности позвоночника Ортопед. травматол. 1979, № 5, с. 24-29.
 5. МУСАЛАТОВ Х.А., АГАНЕСОВ А.Г. Хирургическая реабилитация корешкового синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. *М. Медицина*, 1998. 138 с.
-