

LUXAȚIE CONGENITALĂ DE ȘOLD, TRATAMENT CHIRURGICAL, EVOLUȚIE COXARTROZICĂ (CAZ CLINIC).

CONGENITAL HIP DISLOCATION, SURGICAL TREATMENT, EVOLUTION FOR THE DYSPLASTIC COXARTHROSIS (A CASE REPORT).

Ion Marin, Andrei Moraru

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie

USMF "Nicolae Testemițanu"

Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie

Chișinău, Republica Moldova

Procesele displazice în articulația coxofemurală se întâlnesc, comparativ cu alte afecțiuni ortopedice congenitale, frecvent (4, 5, 7). Rolul principal în tratamentul acestei patologii, mai ales în caz de luxație de șold, depinde de tactica și strategia de depistare precoce și tratare ortopedică, începând de la cea mai fragedă vârstă – după nașterea copilului; prin metode funcționale, gingașe și cruțătoare. Procedeele de reducere și stabilizare ortezică prin forță sunt inadmisibile (2). La nereușita metodelor conservatoare de reducere a femurului luxat, se parcurge la intervenții chirurgicale, care de asemenea nu trebuie să fie întârziate. Consecințele tratamentului tardiv sunt nefavorabile și, de regulă, nu stopează dezvoltarea coxartrozei la acești pacienți.

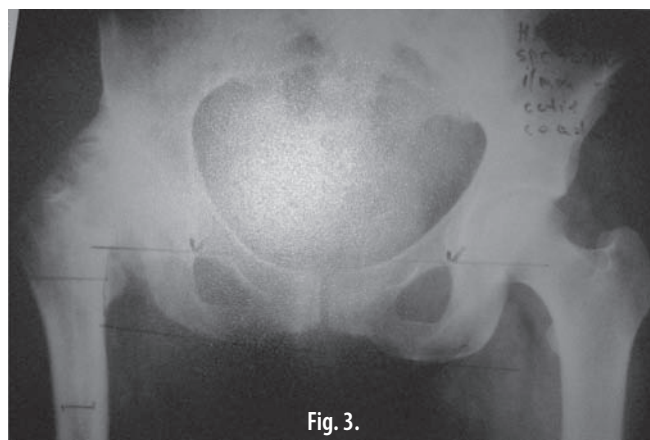
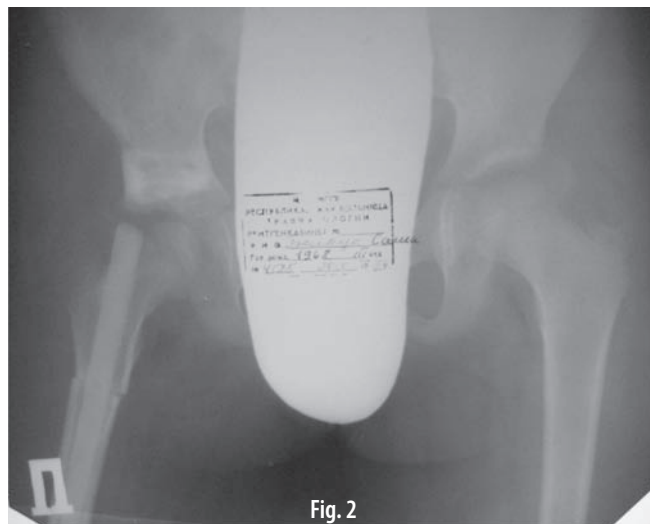
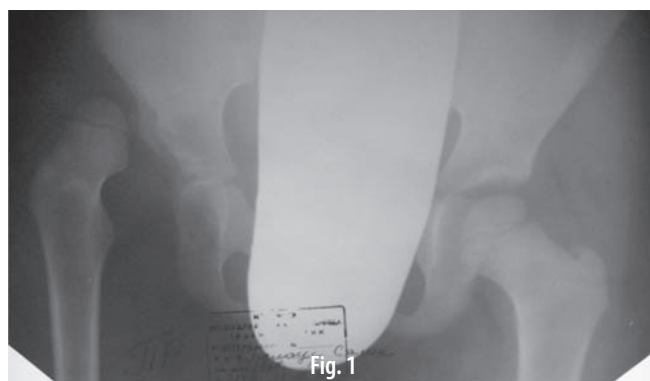
Prezentare de caz. Pacienta B., 1968, luxație congenitală de șold pe dreapta (Fig. 1).

La 18.09.1973 s-a efectuat intervenție chirurgicală (I. Marin) de tip Salter, plastia defectului osului iliac cu alogrefă corticală, osteotomie de detorsie, varizare și medializare de femur cu osteosinteza fragmentelor prin aloștift confecționat din os cortical (Fig. 2). Postoperator și la distanță recuperarea a decurs satisfăcător. A absolvit școala medie, ulterior s-a căsătorit. A născut 2 copii, a lucrat și lucrează în gospodărie sătească proprie, la construcția și amenajarea căreia a participat activ personal. 5 ani (1990-1995) a lucrat fizic la construcții în afara republicii. De dispensarizare și protecție medicală nu s-a folosit. În a. 2000, treptat, a apărut disconfort în articulația în cauză, dureri, limitarea volumului de mișcări. Examenul clinic și radiologic a determinat diagnosticul: Coxartroză displazică pe dreapta, gr. III (Fig3). În anul 2007 bolnavei i s-a efectuat endoprotezare totală de șold. În prezent starea pacientei este satisfăcătoare, activează în gospodărie.

Peste 30 de ani de la prima operație pacienta a avut calitatea vieții, activitate funcțională și profesionistă satisfăcătoare. Să fi fost pe parcurs la evidență dispensarială și supraveghere medicală, patologia coxartrozică putea fi cu consecințe mult mai puțin pronunțate.

Discuție și concluzii

Coxartroza constituie 17,8 la 10000 de populație matură, din care 50,0% are geneză displazică (5). Publicații de acest gen în literatura de specialitate sunt numeroase, însă lucrări consacrate dinamicii evoluției proceselor de deteriorare și recuperare pe fundalul displaziei în articulațiile coxofemorale, începând cu nou-născuții și continuând cu persoanele mature, sunt foarte puține (1, 2, 3). De facto, specialiștii ortopezi-pediatri sunt la curent cu dinamica evoluției dezvoltării articulațiilor afectate în perioada creșterii copilului până la finele perioadei de adolescență. Iar mai



departe continuitatea, de regulă, se întrerupe. Specialiștii din ortopedia adultului, în principiu, retrospectiv nu studiază fundamental această problemă. Deci există o întrerupere în dispensarizarea și supravegherea medicală a acestei categorii de pacienți pe parcursul vieții. Această problemă științifico-practică de importanță majoră trebuie programată, studiată și rezolvată în cadrul unui sistem ortopedic unic, inclusiv la nivel de teze de doctorat și postdoctorat. Scopul de bază constă în profilaxia dezvoltării coxartrozei la pacienții afectați de patologie displazică, contribuind prin asta la reducerea frecvenței sporite a invalidității. Un rol deosebit și de înaltă apreciere în acest aspect au studiile efectuate în Institutul Științific de Ortopedie Pediatrică „Gh. I. Turner” din Sankt-Petersburg (6). Conform rezultatelor lucrărilor acestui institut, tratamentul chirurgical al patologiei date, la prezent, este optimal trasat și poate fi indicat de la vârsta de 6 luni. Intervențiile chirurgicale sunt divizate în 3 grupe: 1. Așa-zise intervenții chirurgicale mici, cum este miotomia; 2. Reducerea deschisă a femurului luxat prin artrotomie – la vârsta între 6-9, 18-24 luni, prin intervenții pe țesuturile moi din aria articulației; 3. Intervenții de reconstrucție și restabilire pe osul femural și pe oasele bazinului, începând cu vârsta de 18-24 luni.

Prin urmare, la copii în vârstă de până la un an se efectuează reducerea deschisă de femur prin artrotomie. După vârsta de 18-24 luni se aplică reducerea deschisă a femurului luxat în asociere cu transpoziția rotațională de cotil, care se asigură prin osteotomia ischionului după Salter, când indexul acetabular este de 30-35°, iar unghiul Șarp - 50°. În așa fel se asigură acoperirea capului femural antero-superior în plan sagital și frontal. Alt tip de operație constă în osteotomia transiliacă după Salter în asociere cu scurtare și detorsie – varizare – medializare prin osteotomie de femur, când în antetorsie, valgizare – indexul acetabular este de 35-40°, unghiul Șarp - 50°, unghiul Viberg și unghiul acoperirii anterioare - 7°, unghiul cervico – diafizar - 145°, unghiul de antetorsie - 55°. Fragmentele femurului după osteotomie se fixează cu plăci metalice speciale. La indicație se practică transpoziția cotilului în variantă separată, când unghiul cervico-diafizar este de 145°, antetorsia – 50°, indexul acetabular 30-35°, unghiul Viberg și unghiul acoperirii anterioare a capului femural - 15°; în cazurile când partea inferioară a cotilului lepește sau este ștearsă. Mult mai complicată este operația de transpoziție rotațională a cotilului prin osteotomie dublă (de ilion și pubis) și triplă (de ilion, pubis și ischion), când se efectuează poziționarea cotilului în raport cu capul femural, măbind gradul de corecție în plan frontal până la 50°, înlăturarea torsiei pentru stabilitate în plan sagital și orizontal; medializarea centrului articulației coxofemorale.

Aceste operații se efectuează prin acces intermuscular, maximal cruțător față de țesuturile moi, țesutul cartilajinos, capsula articulară, zonele de creștere, asigurând decompresie în articulație. În prezent orice operație de adâncire a cotilului, intervenție pe cartilaj, capsulă, plastie capsulară sunt excluse din arsenalul chirurgical la această patologie (6).

Prin urmare, momentele cheie în tratamentul chirurgical al luxației congenitale de șold rămân: artrotomia, detorsia; scurtarea, varizarea și medializarea de femur, schimbarea orientăției spațiale a cotilului. Sunt în proces de studiere posibilitățile de endoprotezare de șold la copii și adolescenți.

Tratamentul întârziat, inclusiv și operațiile neadecvate, traumatizează articulația coxofemurală; dereglează vascularizarea, metabolismul și funcția articulației, aducând în consecință la invaliditatea pacientului.

Bibliografie:

1. JIANU M., ZAMFIR T. Ortopedie și Traumatologie Pediatrică. București, 1995: p. 55-62.
 2. POPESCU M., CRISTEA ȘT., ANTONESCU D. M. Ecografia șoldului displazic. București, 2000: 192 p.
 3. ТОМОАИА Gh. Luxația congenitală de șold. Curs de ortopedie. Cluj-Napoca, 2005: p. 210-232.
 4. КАМОСКО М. М. Эффективность транспозиции вертлужной впадины при лечении диспластического коксартроза у детей и подростков. Вестник Травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, 2009; 2: с. 62-67.
 5. ПОЗДНИКИН Ю. И. Реконструктивно-восстановительные операции при врожденном вывихе бедра у детей. Автореф. дис. д-ра мед. наук. Казань, 1983.
 6. ПОЗДНИКИН Ю. И., Комоско М. М., Краснов А. И., Волошин С. Ю., Поздникин И. Ю., Басков В. Е., Барсуков Д. Б., Мельченко Е. В. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза. Вестник Травматологии и Ортопедии имени Н. Н. Приорова, 2007; 3: с. 63-71.
 7. СТАМАТИН С. И., МОРАРУ А. Т. Диагностика и лечение врожденного вывиха бедра. Кишинев «Штиинца» 1986, 160 с.
-

STRES-FRACTURĂ LA COASTA I. Caz clinic

STRESS FRACTURE OF THE FIRST RIB. A case report

Ion Marin

*Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie,
USMF “Nicolae Testemițanu”, Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie
Chișinău, Republica Moldova*

Cazuistica în patologia sistemului locomotor prezintă dificultăți de ordin diagnostic. Cauza, de regulă, constă în cunoștințele insuficiente ale medicilor la acest capitol.