

Discuții și concluzii

Expansiunea tisulară pentru reconstrucția sechelelor cicatriceale postcombustionale și posttraumatice în regiunea capului și gâtului reprezintă o tehnică utilă, cu rezultate estetice optime.

Externarea din staționar a pacienților pe perioada umplerii expanderului permite o scădere esențială a costului tratamentului.

Dezavantajele acestei tehnici sunt cele financiare (prețul expanderului), durata lungă de timp a tratamentului, intervențiile chirurgicale multiple, precum și diformitatea temporară realizată de aplicarea expander-ului.

Obținerea unor rezultate bune implică selectarea atentă a pacienților și capacitatea acestora de a înțelege procedura, precum și de experiența chirurgului operator.

Bibliografie

1. Antonyshyn O., Gruss J.S., Mackinnon S.E., Zuker R. Complication of soft tissue expansion II Br. J. Plast. Surg. -1988. - V.41, №3. - P.239-250.
2. Hoffmann J.F. Tissue expansion in the head and neck II Facial Hast. Surg. Clin. North Am. - 2005. - Vol .13, №2. - P.315-324.
3. Radovan C. Tissue Expansion in Soft-Tissue Reconstruction II Rast. Rec. Surg. -1984. - V.74, №4. - P.482-490.
4. Roncevic R.P. Surgical treatment of large scalp defects. - 10th Congress of the European Society of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery. -Vienna, 2005. - P.84-85.
5. Ваганова Н.А. Хирургическое лечение последствий рубцовых облысений методом тканевого растяжения: Автореф. дис. канд. мед. наук.-М., 1993.-23 С.
6. Григорьева Т.Г. Клеточные структуры элементов кожи человека и дермотензия в превентивной и восстановительной хирургии ожогов // Ожоговая болезнь. -Киев, 1988. -С.104-105.
7. Григорьева Т.Г. Основные аспекты теории и клинической практики растяжения тканей при хирургическом лечении послеожоговых рубцов и деформаций. В кн. Восст. Хирургия послеожоговых рубцовых деформаций. М., 1990. -С.65.
8. Мороз В.Ю., Сарыгин П.В., Шаробаро В.И., Ваганова Н.А. Осложнения метода баллонного растяжения тканей. — Хирургия. - №3. — 2000.-С.65-68.
9. Шаробаро В.И. Хирургическое лечение дефектов покровных тканей с использованием баллонного растяжения: Автореф. дис. доктора мед. наук. — М., 2004. —40 с.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL A SINDROMULUI DE CANAL CARPIAN

THE SURGICAL TREATMENT OF THE CARPAL TUNNEL SYNDROM

F. Gornea, I. Vacarciuc, P. Țapu, Silvia Covaliuc, S. Ursu.

Catedra „Ortopedie, traumatologie și chirurgie în campanie” USMF „N. Testemițanu”

Summary

Our experience are based on the treatment of the 36 patients with carpal tunnel syndrome during 2005-2009 years. The age of patients was between 18 and 65 years, men – 15 women – 21 persons. The right hand traumatized in 22 cases, left – 12 and bilateral at 2 patients. After fractures of the distal radius tunnel carpal syndrome beginning in 21 patients and after contusion of the radio-carpal join in 7 cases. The disorders at 5 patients have idiomatic origins. The III degree was confirmed in 29 cases, IV degree – in 4 and II degree – only 3 patients. Surgical treatment: in 15 cases was performed osteosynthesis of radial bone and excision of the carpal ligament. The excision of carpal ligament and decompression of medianus nerve execute at 21 patients. The good results confirmed at 33 patients, satisfactory in 3 cases.

Key words: tunnel carpal syndrome, distal radius

Rezumat

Experiența noastră 2005-2009 se bazează pe tratamentul a 36 de bolnavi cu sindromul de canal carpian, cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani. Au fost 15 bărbați și 21 femei. În 22 cazuri a fost leziunea mâinii drepte, 12 – mâna stângă și în 2 cazuri leziunea bilaterală. Sindromul de canal carpian s-a dezvoltat la 21 de bolnavi după fractura de radius și în 7 cazuri după o contuzie a articulației pumnului, la 5 – s-a dezvoltat o formă idiopatică. După materialul nostru 3 bolnavi cu sindromul de canal carpian au fost în stadiul –II, 29 de pacienți au fost cu maladia în stadiul – III și 4 în stadia a IV. Dintre intervențiile chirurgicale: la 15 bolnavi paralel cu osteosinteza fragmentelor extremității distale a osului radial s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia nervului median, la 21 pacienți s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia și neuroliza nervului median. Rezultatele la distanță s-au înregistrat ca bune la 33 bolnavi, satisfăcătoare la 3 pacienți. **Cuvinte cheie:** sindromul de canal carpian, radius distal

Introducere

Cu toate că nozologia „sindromul de canal carpian” a apărut numai în 1953, istoria acestei patologii cuprinde peste 150 de ani. În 1854 Paget J.[7] descrie două cazuri de neuropatie a nervului median survenită în urma fracturii extremității distale de radius. În dinamică s-au dezvoltat schimbări trofice esențiale. Paget J. a menționat o oarecare ameliorare a stării după o imobilizare a articulației pumnului.

În 1926 Dickson [7] a descris dezvoltarea „cauzalgiei” după fractura Collis de radius, care a cedat după neuroлиза nervului median. S-a constatat, că inițial la bolnavi apar dereglări senzitive, care pot fi sub formă de accese, în unele cazuri dereglările senzitive poartă caracter permanent.

Mayerding în 1927 – descrie un caz de restabilire a dereglărilor senzitive, motorii și trofice a zonei autonome a nervului median după înlăturarea osului semilunar luxat anterior.

Un rol important au o serie de publicații efectuate de Hunt J. 1929 [7], în care autorul minuțios descrie semnele clinice ale „sindromului de canal carpian” și a înaintat presupunerea legăturii patologiei date cu compresia nervului median. A fost înaintată și confirmată în continuare concepția comprimării ramurilor motorii a nervului median și dezvoltarea tabloului clinic corespunzător.

Scopul lucrării este analiza materialului clinic a sindromului de canal carpian tratați în sec.6 a Spitalului Clinic de traumatologie și ortopedie a MS RM.

Material și metode

Experiența noastră ce cuprinde anii 2005 – 2009 se bazează pe tratamentul a 36 pacienți cu sindromul de canal carpian. Au fost 15 bărbați și 21 de gen feminin. Partea dreaptă a fost afectată în 22 cazuri și în 12 cazuri – partea stângă, la doi pacienți patologia a fost depistată bilateral. Raportul dreapta/stânga alcătuiește 1,8:1,0.

Patologia a fost diagnosticată la 3 pacienți cu o vârstă de până la 20 ani, la alții 3 – cu o vârstă cuprinsă între 20 și 30 ani, la 2 – 30 și 40 ani, la 7 bolnavi cu vârsta între 40 și 50 ani, la 16 cu vârsta cuprinsă între 50 și 60 ani și la 5 cu o vârstă mai mare de 60 ani.

După evoluție [2,4,5,7] se deosebesc două forme: acută și cronică.

Forma acută apare după un traumatism acut:

- Fracturi de radius,
- Luxații în articulația pumnului, mai frecvent după luxațiile perilunare, transnaviculare perilunare,
- Contuzii a articulației pumnului,
- Entorsei radiocarpene.

Forma cronică, care apare și se dezvoltă lent – progresiv. La baza acestor forme stau diverși factori etiologici. În unele cazuri factorul care a dus la dezvoltarea „sindromului de canal carpian” nu poate fi identificat și aceste forme idiopatice alcătuiesc o bună parte din toate formele cronice.

După materialul nostru forma acută a fost depistată la 29 pacienți din 36 (72%). La 21 bolnavi sindromul de canal carpian s-a dezvoltat în urma fracturii extremității distale de radius, la 7 – după o contuzie a articulației pumnului și la un bolnav în urma luxației perilunare a mâinii.

Din 7 bolnavi cu forma cronică la 5 – nu s-a putut concretiza factorul etiologic în dezvoltarea sindromului de canal carpian.

La un bolnav a fost depistat diabet zaharat insulino dependent, iar la un bolnav maladia s-a dezvoltat după ce a fost înțepat de o albină.

Rezultate și discuții

În patogeneza [7,9,10] sindromului de canal carpian toți factorii etiologici pot fi divizați în trei grupe:

- Factorii care duc la micșorarea canalului carpian,
- Factorii ce duc la mărirea volumului structurilor anatomice ce traversează canalul carpian,
- Factorii ce influențează la vascularizarea nervului median structura anatomo – funcțională care reacționează cel mai rapid.

Structura nervului periferic [3,7,9,10] este complicată, fibrele nervoase fiind amplasat foarte aproape una față de alta formând fascicule. Ele sunt alcătuite din axoni acoperiți de tunica mielinică. Componentele fibrelor nervoase joacă rolul important de transportare a impulsului nervos. Structura intrafasciculară a rețelei vasculare îndeplinește funcția alimentării cu resurse energetice a tuturor fibrelor nervoase structura capilară fiind foarte dezvoltată.

Dereglările vasculare a nervului duc la semnele clinice intermitente, exprimate inițial prin parestezii diurne, care în dinamică se agravează până la dereglări motorii.

Dacă în paroxisemele subiective de hipoestezie diurne – nocturne factorul de bază îl joacă dereglările vasculare tranzitorii [4,5,7], atunci la survenirea dereglărilor motorii factorul de bază este demielinizarea fibrei nervoase cu degenerarea Valleriană în capătul distal de nivelul leziunii. Aceste schimbări pot fi comparate ca în schimbările survenite în nervii periferici la traumatism prin turnichet [7,9,10].

Evoluția maladiei poate fi divizată în două faze [2,5,7], două etape. În prima fază, de iritare, se instalează clinica semnelor subiective, ca: dereglări senzitive în zona autonomă a nervului median episodice, mai frecvent dimineța, la care se adaugă și parestezii nocturne sub formă de „accese”. Cu evoluția maladiei aceste accese se intensifică și devin mai frecvente. Pentru a cupa aceste dureri și parestezii bolnavul este nevoit să se trezească din somn și să miște activ cu degetele și în articulația pumnului, cu elemente de masaj a regiunii carpiene pe partea anterioară. Durerile pot surveni și ziua la ridicarea mâinii sau la suprasolicitarea fizică a membrului.

În a doua fază, etapă: apar schimbări în partea distală de ligamentul carpian a nervului median, exprimate prin semnele Tinel pozitiv. În dinamică apar și schimbări motorii prin scăderea forței musculare a eminentei tenariene și scăderea amplitudini mișcărilor de adducție – abducție a policelui.

Din 36 bolnavi în primele 24 ore s-a adresat un singur bolnav, în prima săptămână – 6 bolnavi, în prima lună 7 bolnavi. La toți 14 bolnavi sindromul de canal carpian s-a dezvoltat în urma fracturii extremității distale a osului radial. Paralel cu osteosinteza fragmentelor osului radial s-a practicat excizia ligamentului carpian cu decompresia nervului median. 10 bolnavi s-au adresat cu

sindromul de canal carpian după 3 luni după debutul maladiei, 6 după 6 luni, iar la 9 – patologia a evoluat 12 luni cu perioade de acutizare și ameliorare, după cursuri de terapie medicamentoasă și fizioterapie.

În activitatea clinică poate fi utilizată clasificarea „sindromului de canal carpian” după evoluția clinică în stadii (după Kriz K., Pechan J., 1962)

I-st: parestezii matinale, diurne;

II-st: parestezii nocturne;

III-st: parestezii mixte, dereglări senzitive permanente sau sub formă de accese;

IV-st: dereglări motorii.

După materialul nostru 3 bolnavi cu sindromul de canal carpian au fost în stadiul –II, 29 de pacienți au fost cu maladia în stadiul – III și 4 în stadia a IV. Majoritatea bolnavilor au fost cu dereglări senzitive mixte sau sub formă de accese de parestezii și numai la 4 bolnavi au survenit dereglări motorii exprimate prin dereglarea adducției – abducției și opoziției policelui.

Ultrasonografia – o investigație neinvazivă, ușor de executat, permite de-a vizualiza structurile moi a canalului carpian și de-a identifica nervul median la intrarea în canalul carpian, pe parcursul canalului și la ieșire din canalul carpian și de-a depista schimbările în trunchiul nervos [4,7,10]. Această metodă ne permite să concretizăm diagnosticul de sindrom al canalului carpian.

Dintre intervențiile chirurgicale: la 15 bolnavi paralel cu osteosinteza fragmentelor extremității distale a osului radial s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia nervului median. La 21 pacienți s-a efectuat excizia ligamentului carpian cu decompresia și neuroлиза nervului median.

Rezultatele la distanță s-au înregistrat ca bune la 33 bolnavi, satisfăcătoare la 3 pacienți, rezultatele fiind influențate în mare măsură de patologia de bază (fracturi sau luxații).

Concluzii

Sindromul de canal carpian se întâlnește mai frecvent pe dreapta cu un raport de 1,8:1,0.

Forma acută a sindromului de carpian s-a depistat la 29 pacienți (72%).

Adresarea în clinica specializată cu sindromul de canal carpian în 33 cazuri (92%) au fost în stadiile avansate III și IV ale maladiei.

Ultrasonografia, metodă ne invazivă și ușor de utilizat, permite de-a concretiza diagnosticul de sindrom de canal carpian.

Bibliografia

1. Giannini F, Cioni R, Mondelli Met al. (2002) A new clinical scale of carpal tunnel syndrome: validation of the measurement and clinical-neurophysiological assessment. *Clin Neurophysiol* 113: 71–77.
 2. Gerritsen AA, Scholten RJ, Bertelsmann FW et al. (2002) Splinting vs surgery in the treatment of carpal tunnel syndrome: a randomized control trial. *JAMA* 288(10): p. 1245–4251.
 3. Erel E, Dilley A, Greening J et. al. (2003) Longitudinal sliding of the median nerve in patients with carpal tunnel syndrome. *The Journal of Hand Surgery* 28:439–443.
 4. Falkiner S (2003) Diagnosis and treatment of hand-arm vibration syndrome and its relationship to carpal tunnel syndrome. *Australian Family Physician* 32(7): p. 530–547.
 5. Jablecki CK, Andary MT, Floeter MK, Miller RG, Quartly CA Vennix MJ, Wilson JR (2002) Practice parameter: Electrodiagnostic studies in carpal tunnel syndrome. *Neurology* 58: 1589–1592.
 6. Kiyamaz N, Cirak B, Tuncay I, Demir O (2002) Comparing open surgery with endoscopic releasing in the treatment of carpal tunnel syndrome. *Min Invasive Neurosurg* 45(4): 228–308.
 7. Luchetti R., Amadio P. *Carpal Tunnel Syndro.*, Springer. 2007. 001–410.
 8. Klein RD, Kotsis SV, Chung KC (2003) Open carpal tunnel release using a 1-centimeter incision: technique and outcomes for 104 patients. *Plast Reconstr Surg* 111(5): 1616–1622
 9. Mackinnon SE. (2002) Pathophysiology of nerve compression. *Hand Clin* 18: 231–241.
 10. Manente G, DiBlasio F, Staniscia T et al. (2001) An innovative hand brace for carpal tunnel syndrome: a randomized control trial. *Muscle and Nerve*, 2001. 24: p. 1020–5017.
-