

- Este tehnic vizibilă suprafața articulară, ceea ce permite reducerea minuțioasă a fragmentelor, cu restabilirea perfectă a congruenței articulare.
- Avantajele principale ale metodei artroscopice sunt: intervenția minim invazivă, cu traumatism minimal, asigură funcția timpurie a articulației, permite diagnosticul și tratamentul leziunilor intraarticulare asociate, reduce durata spitalizării, dă rezultate funcționale și cosmetice optime.

Bibliografie

1. Betisor V., Vetrila V., Goian V. *Tratamentul artroscopic al fracturilor intraarticulare ale metaepifizei proximale a tibiei*. Congresul SOROT, Arad, 2003.
2. Beaufile P., Hardy P., Cassard X., *Arthroscopic treatment of intraarticular fractures of the knee*, 2001.
3. Caspari R.B., Hutton P.M.J., Whipple T.L., Meyers J.F. *The role of arthroscopy in the management of plateau fractures*. In: *Arthroscopy*, 1985; 1: 76-82.
4. Jennings R.B., *Arthroscopic management of tibial plateau fractures*. In: *Arthroscopy*, 1985, 1: 160-168.
5. Gill T.J., Moezzi D.M., Oates K.M., Sterett W.I., *Arthroscopic reduction and internal fixation of tibial plateau fractures in skiing*. In: *Clin. Orthop.*, 2001, 383: 243-249.
6. Hannouche D., Dupare F., Beafil P., *Etude Anatomique de la vascularisation du plateau tibial Externe*. Ann. Soc. Francaise d'Artr., Montpellier, 2000.

7. Shatzker J., McBroom R., *The tibial Plateau fracture, the Toronto experiens 1968-1971*. 1985.
8. Кузнецов И.А. *Совершенствование методов лечения поврежденных коленного сустава с применением эндоскопической техники*. Автореф. дис. на соиск. ученой степени др. мед. наук, Санкт-Петербург, 1998.
9. M. Müller. *Руководство по внутреннему остеосинтезу*. Москва: Ad Marginem, 1996, с. 528-532, 568-574.
10. F. Van Glabbeec, R. Van Riet, N. Jansen, J.D'Anivers, R. Nuyts. *Arthroscopically assisted reduction and internal rixation of tibial plateau fractures: report of twenty cases*. In: *Acta Ortop. Belgia*, 2002, 68-3: 258- 264.
11. Казанцев А.Б., В.Г. Голубев, М.Г. Еникеев, Н.Н. Корблева, Д.Ю. Шестаков. *Пластика дефектов зубчатой кости пористыми опорными имплантатами при переломах плато большеберцовой кости*. В журнале: Вестник Травматологии и Ортопедии им. Н.Н. Приорова, 2005, 1: 19-24.
12. Панков И.О. *Хирургическое лечение внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости*. В журнале: Вестник Травматологии и Ортопедии им. Н.Н. Приорова, 2004, 3: 57-61.

Nicolae Erhan, dr. în med., asistent,
Catedra Ortopedie și Traumatologie,
USMF N. Testemițanu,
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare 190
Tel. mob. 079627401
E-mail: drerhan.nicolae@gmail.com

PARTICULARITĂȚILE ARTROPLASTIEI TOTALE DE GENUNCHI ÎN MALADIILE DEGENERATIVE CU DEZAXARE ÎN VALGUS

**Nicolae ERHAN¹, Viorel VETRILĂ¹,
Victor CHETRARU², Lilian ZAVIDE²,**

¹USMF N. Testemițanu,

Catedra Ortopedie și Traumatologie,

²IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie

Summary

Total knee replacement in the treatment of degenerative disease of the valgus knee

In our study we have surgically treated by total knee replacement 19 patients with gonarthrosis showed valgus deformity. 4 patients had rheumatoid arthritis. 15 patients had primary arthrosis of the knee. Bilateral knee replacement was done in 7 cases. The results of the treatment we evaluated by the IKSS score. Preoperative score 32 pts. and postoperative score was 84 pts. at 2-4 years.

Резюме

Особенности тотального эндопротезирования коленного сустава при дегенеративных заболеваниях с вальгусной деформацией

В работе изложен опыт тотального эндопротезирования коленного сустава у 19 больных с дегенеративными заболеваниями коленного сустава с вальгусной деформацией. В 4-х случаях – больные с ревматоидным артритом, у 15-и больных – первичный гонартроз. Результаты лечения были оценены по шкале IKSS через 2-4 года после операции и составили до операции в среднем 32, после операции – 84 балла.

Introducere

Maladiile degenerative avansate ale genunchiului cu dezaxare în valgus au o frecvență de 10%-20% din totalul bolnavilor cu așa patologii, prevalând diformitățile în varus – 80%-85% din cazuri. Tratamentul conservator devine neefectiv la stadiile avansate, intervențiile reconstructive sunt depășite și unica variantă terapeutică eficientă este artroplastia totală de genunchi. Deși frecvența gonartrozilor cu diformitate în valgus este mai joasă, tehnica artroplastiei totale de genunchi impune unele particularități din cauza: complexității aparatului capsulo-ligamentar lateral, abordului utilizat, stocului osos deficitar, alinierii componentelor protetice, dificul-

tatea obținerii unui echilibru ligamentar eficient, asigurarea excursiei patelare corecte și recuperării postoperatorii [9, 10, 11].

Proteza de genunchi permite în 90% cazuri înlăturarea sindromului algic și îmbunătățirea calității vieții la acești bolnavi pe un termen de 15 ani și mai mult [2, 3, 5]. Rezultatele tratamentului sunt influențate de mai mulți factori: selectarea riguroasă a pacienților după indicații bine determinate, utilizarea protezelor contemporane, elaborarea planingului preoperator minuțios, respectarea tehnicilor chirurgicale intraoperatorii, recuperarea funcțională postoperatorie [2, 4, 5, 7].

Materiale și metode

Studiul a inclus tratamentul a 19 bolnavi cu maladiei degenerative ale genunchiului care au suportat o operație de artroplastie totală de ghenunchi în perioada 2004-2011, 4 bolnavi cu artită reumatoidă localizată la nivelul genunchiului, 15 – cu osteoartroză primară. Dintre acești pacienți, 15 au fost femei și 4 bărbați. Vârsta medie la care au fost operați constituie 63,6 ani. La 2 bolnavi intervenția a fost efectuată bilateral, cu intervalul dintre intervenții de 6-12 luni.

Toți pacienții preoperatoriu au fost examinați clinic. Pentru a elabora planingul preoperatoriu, s-au efectuat radiografiile ale articulației în ortostatism, cu determinarea unghiului de diformitate, axei anatomice și biomecanice, gradului de condensare osoasă subcondrală în segmentul deformat. Până la intervenție unghiul de diformitate în valgus a fost egal cu 18° (13°-30°).

Toate intervențiile au fost efectuate cu anestezie rahidiană, cu aplicarea garoului în regiunea proximală a coapsei, durata medie a intervenției constituind 90 de minute. În toate cazurile s-au folosit proteze primare, la un bolnav – proteză fără stabilizare posterioară, cu păstrarea ligamentului încrucișat posterior, și la 18 pacienți – proteze stabilizate posterior; resurfatarea patelii a fost efectuată la 4 bolnavi. Noi am folosit abordul anterior cu artrotomie medială în toate cazurile; nu am utilizat abordul lateral.

Pentru evaluarea preoperatorie a gradului de osteoartroză utilizăm Clasificarea radiologică Ahlback (1968), care divizează gonartroza în 5 grade:

1. pensare articulară incompletă
2. pensare articulară completă, fără uzură osoasă
3. pensare articulară completă cu uzură osoasă moderată (0-5 mm)
4. pensare articulară completă cu uzură osoasă medie (5-10 mm)
5. pensare articulară completă cu uzură osoasă > 10 mm [1].

Această clasificare este valoroasă prin faptul că ne indică gradul de deficit osos pe partea afectată,

astfel la gradul 5 este indicată, de obicei, aplicarea protezelor de revizie.

Rezultate și discuții

Noi am preferat în toate cazurile abordul anterior, cu artrotomie medială. Tehnica artroplastiei totale de genunchi cu diformitate în valgus folosind abordul lateral a fost descrisă cu mulți ani în urmă. Kewish P.A. (1991) a fost primul care a recomandat abordul lateral, perfecționat mai târziu de Buechel F.F. (1991), N. J. Fiddian, C. Blakeway, A. Kumar (1998), J. Brilhault, S. Lautman, L. Favard, P. Burdin (2002). Însă acest abord nu este o procedură de rutină pentru toți chirurgii, fiindcă apar dificultăți din cauza complexității aparatului capsulo-ligamentar lateral și tuberculului tibial, se cere o mare experiență și din aceste motive am preferat abordul medial. Obținerea unui echilibru ligamentar în artroplastia genunchiului valg este extrem de complicată din cauza retracției aparatului capsulo-ligamentar lateral și laxității compartimentului medial, de aceea în diformitățile mai mari de 20° este recomandată utilizarea protezelor de revizie [2, 3, 5].

Evaluarea clinică am efectuat-o prin analiza stării generale de sănătate, cu utilizarea Scorului IKSS preoperator și postoperator la 1-4 ani, care a fost studiat la 14 bolnavi, examinarea stabilității ligamentare medio-laterale și antero-posterioare prin folosirea testului serratului posterior și pentru varus-valgus. Evaluarea radiologică intraoperatorie, postoperatorie a urmărit aliniamentul axial, mărimea și poziția componentelor, radiotransparența în incidențele-standard antero-posterioară și laterală.

Scorul IKSS a crescut de la 32 la 84 de puncte la sfârșitul perioadei monitorizate. Mobilitatea preoperatorie a fost în medie de 60°; mobilitatea postoperatorie a fost de 105°, cu o diferență statistic semnificativă ($p < 0.05$). Media deviației componente axiale femurale a fost de 5°. Media deviației componente axiale tibiale a fost de 1° în valgus. 12 pacienți au prezentat rezultate excelente conform Scorului IKSS. Nici unul dintre genunchii operați nu a fost instabil până la momentul examinării; complicații septice nu au fost înregistrate.

La un bolnav în perioada postoperatorie a apărut instabilitatea aparatului capsulo-ligamentar medial și a fost intervenit chirurgical la 4 luni postoperatorii prin autoplastia ligamentului colateral tibial. Rezultatul a fost satisfăcător.

Concluzii

1. Artroplastia totală de genunchi este o soluție argumentată și efectivă în tratamentul osteoartrozei genunchiului în stadiile avansate cu diformitate în valgus.

2. Selectarea riguroasă a bolnavilor, elaborarea unui planning preoperator corect, respectarea tehnicilor chirurgicale conform algorimului, echilibrarea ligamentară riguroasă ne permit obținerea unor rezultate funcționale bune în majoritatea cazurilor.

3. Artroplastia totală de genunchi permite corecția diformității, înlăturarea sindromului algic, ameliorarea mobilității în articulație, reluarea relativ rapidă a funcției în perioada postoperatorie și îmbunătățește considerabil calitatea vieții acestor pacienți.

Bibliografie

1. Ahlbäck S. *Osteoarthritis of the knee. A radiographic investigation.* In: Acta Radiol. [Diagn.] (Stockh). 1968; Suppl. 227: 7-72.
2. Botez P., Barbăroșie C. și alții. *Proteza totală de genunchi – studiu clinic retrospectiv.* În: Revista de Ortopedie și Traumatologie, București, 2007, 17: 32.
3. Brillhault J., S. Lautman, L. Favard, P. Burdin. *Lateral release in total knee arthroplasty for a fixed valgus deformity.* In: J. Bone Joint. Surg. [Br.], 2002; 84-B:1131-1137.
4. Fiddian N. J., C. Blakeway, A. Kumar. *Replacement arthroplasty of the valgus knee. A modified lateral capsular approach with repositioning vastus lateralis.* In: J. Bone Joint Surg. [Br.], 1998; 80-B:859-861.
5. Predescu V., Georgianu V., Stoian V., Prescura C., Cristea Șt. *Avantajele protezei de revizie în protezarea primară a genunchiului.* În: Revista de Ortopedie și Traumatologie, București, 2010, 20: 51-52.
6. Muzi-Uchi H., Matsuda S., Miura H et. al. *The evaluation of post-operative alignment in total knee replacement using a CT-based navigation system.* In: J. Bone Jt. Surg., 2008, 90B: 1025-1031.
7. Vlad S., Hozan C., Vlad R. *Artroplastia totală de genunchi, variantă terapeutică de referință în tratamentul gonartrozelor avansate.* În: Revista de Ortopedie și Traumatologie, București, 2010, 20(2): 153-156.
8. Unitt L., Sambatakakis A., Johnstone D. et. al. *Short-term outcome in total knee replacement release and balancing.* In: J. Bone Jt. Surg., 2008, 90B: 159-165.
9. Kewish P.A. *The lateral approach to the valgus knee: surgical technique and analysis of 53 cases with over two-year follow-up evaluation.* In: Clin. Orthop., 1991; 271:52-62.
10. Miyasaka K.C., Ranawat C.S., Mulla A. *10- to 20-year follow-up of total knee arthroplasty for valgus deformity.* In: Clin. Orthop., 1997; 345:29-37.
11. Whiteside L.A. *Correction of ligament and bone defects in total arthroplasty of the severely valgus knee.* In: Clin. Orthop. 1993; 288:234-245.
12. Whiteside LA. *Selective ligament release in total knee arthroplasty of the knee in valgus.* In: Clin. Orthop., 1999; 367:130-140.
13. Кавалерский Г. М. Мурылев В. Ю. Елизаров П.М. Жучков А. Г. Рукин Я. А. Терентьев Д. И. *Оценка ближайших результатов тотального эндопротезирования коленного сустава с применением компьютерной навигации.* В журнале: Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова, 2009, с. 29-33.

FRACTURILE MALEOLARE. ANALIZĂ COMPARATIVĂ A METODELOR DE TRATAMENT

F. GORNEA, M. BIRMAN, V. ZELENSCHI,
E. BOROVIĆ, V. PASCARI, V. ANDRONIC,
IMSP CNȘPMU, USMF N. Testemițanu

Summary

Fractures of the ankle. Comparative analysis of methods of treatment

The malleolar fractures are pathology of traumatologic emergency and constitutes about 40-45% of all fractures of lower leg bones. The big frequency of the hose lesions, the value and complexity of the diagnosis and a correct assistance on emergency service phases for the obtaining of positive results arguments its permanent actuality.

Резюме

Переломы лодыжек. Сравнительный анализ методов лечения

Переломы лодыжек являются срочной травматологической патологией и составляют порядка 40-45% всех переломов костей нижних конечностей. Большая частота данного вида повреждений, значение и сложность правильной диагностики и адекватного алгоритма действий на этапах оказания медицинской помощи в целях получения положительных результатов аргументируют постоянную актуальность проблемы.

Actualitate

Fracturile maleolare sunt o patologie de urgență traumatologică și constituie circa 40-45% din toate fracturile oaselor gambei. Frecvența mare a acestor leziuni, valoarea și complexitatea diagnosticului și asistenței corecte la etapele serviciului de urgență în obținerea rezultatelor pozitive scotente argumentează permanenta lor actualitate.

Scopul studiului nostru a fost analiza retrospectivă a calității tratamentului bolnavilor cu fracturi maleolare.

Materiale și metode de cercetare

În Clinica de ortopedie și traumatologie nr. 1 a Centrului Național Științifico-Practic