

RADIODIAGNOSTICUL OSTEOMIELITEI

Mihai ROTARU, USMF N. Testemițanu

Scop: determinarea caracteristicilor de radiodiagnostic ale osteomielitei.

Materialie și metode. Studiul prezintă o analiză retrospectivă a materialului iconografic și a fișelor de observație a 64 de pacienți cu osteomielită, aflați la tratament în secția nr. 5 *Traumatologie septică* a Spitalului Clinic Republican de Traumatologie și Ortopedie, în perioada septembrie 2011 – martie 2012.

Rezultate. Din lotul total de pacienți – 47 (73%) bărbați și 17 (27%) femei – , 64% aveau osteomielita cronică, 34% – osteomielita acută, 2% – osteomielita cronică Gare. Pacienții prezentau următoarele acuze: durere în membrul afectat 89%, tumefiere localizată 78%, durere la mișcarea articulației adiacente 79%, limfadenopatie regională 42% cazuri. Investigațiile radiologice au depistat localizare mai frecventă a afecțiunii la nivelul oaselor lungi; afectarea femurului în 36% de cazuri, tibiei – 27%, humerusului – 18%, radiusului – 12%, claviculei – în 7% cazuri.

Din studiul efectuat s-au determinat următoarele semne radiologice ale osteomielitei: edematierea țesuturilor moi – 92% cazuri, osteoscleroză localizată – 98%, creșterea osului în grosime – 95%, reacția periostală – în 97% cazuri, sechestre – 12 %, osteoliză – în 7% cazuri.

Concluzie. Radiodiagnosticul clasic în osteomielită este folositor doar în stadiile avansate, când tratamentul este destul de complicat și pacientul este supus unor intervenții chirurgicale laborioase.

POUR NE RIEN MANQUER SUR LE CT D'UN PATIENT POLYTRAUMATISÉ

Pierre-Alexandre POLETTI,
Hôpitaux Universitaires de Genève

La difficulté de l'interprétation du CT chez un patient polytraumatisé réside dans le fait que le radiologue est confronté à un grand nombre d'images, qu'il doit analyser dans un temps limité et des conditions difficiles. L'analyse initiale de l'examen est primordiale car l'attitude thérapeutique découle directement des premiers diagnostics radiologiques; toute une modification secondaire d'un résultat provisoire est ensuite difficile à corriger. Ceci impose une stratégie d'analyse efficace.

Chez les patients sévèrement polytraumatisés, il est illusoire de vouloir établir immédiatement une liste exhaustive et détaillée de l'ensemble des

lésions observables sur le CT. Il est donc nécessaire de procéder, dans un premier temps (lorsque le patient est encore sur la table d'examen), à une analyse systématique et ciblée de l'examen CT, afin de ne pas manquer des lésions vitales et de réaliser, si nécessaire, des coupes CT supplémentaires. Pour ne pas commettre d'erreur d'interprétation ou de méconnaître une lésion importante pour la prise en charge immédiate du patient au CT, il convient de connaître les pièges diagnostics

On peut diviser les erreurs diagnostiques en deux classes: les erreurs d'interprétation (banalisation d'une observation scanographique importante qui a été détectée par le radiologue) et les erreurs de perception (non-détection d'un élément présent sur le CT). Les erreurs d'interprétation sont liées à la multiplicité des étiologies pouvant réaliser une image similaire. Les erreurs de perception proviennent de la petite taille et du contraste insuffisant des lésions.

Pour chaque étage anatomique, nous allons passer en revue les pathologies le plus souvent associées à des erreurs d'interprétation et de perception lors de la phase initiale d'interprétation du CT d'un patient polytraumatisé.

PARTICULARITĂȚILE RADIODIAGNOSTICULUI ÎN TRAUMATISMELE ARTICULAȚIEI ACROMIOCLAVICULARE

F. GORNEA¹, A. ROȘCA², V. TULBURE³,
Iu. COSTIC³, Iu. GARAS⁴

¹USMF N. Testemițanu,

²Centrul Republican de Diagnosticare Medicală,

³Spitalul de Traumatologie și Ortopedie,

⁴Centrul Național Științifico-Practic Medicina de Urgență

Summary

Acromio-clavicular joint is important in the functioning of the upper limb and acromio-clavicular injuries represent a problem in contemporary traumatology. In order to evaluate the acromio-clavicular trauma it is necessary to examine ACJ bilateral, using multiple imaging methods (standardized, stress, axial). The imaging diagnosis of ACJ injuries is important to make an appropriate decision about treatment methods.

Резюме

Ключично-акромиальный сустав (КАС) играет большую роль в деятельности верхней конечности, а ее повреждение является важной проблемой современной травматологии. Для оценки тяжести и сложности травматических повреждений акромио-ключичной сочленения необходимо обследование обеих КАС с использованием разных укладок (стандартные, стрессовые и аксиальные). Установление повреждения КАС с

помощью рентгенодиагностического метода является очень важным моментом в выборе самого эффективного метода лечения.

Articulația acromioclaviculară (AAC), deși are dimensiuni medii, importanța ei în funcționarea membrului superior este notorie, clavicula fiind unica conexiune dintre cutia toracică și membrul superior. Conform datelor literaturii de specialitate, leziunile ACC constituie 3,0-26,1% din totalul luxațiilor, reprezentând o problemă majoră în cadrul traumatologiei moderne, din cauza posibilelor manifestări printr-un șir de complicații la distanță [1]. În această ordine de idei, diagnosticul timpuriu și corect al traumatismului AAC este foarte important pentru luarea deciziei privind metoda optimă de tratament. În pofida existenței unui număr considerabil de studii despre diverse aspecte ale leziunii AAC, până în prezent doar un număr mic de publicații au redat importanța examenului de radiodiagnostic al AAC.

Din punct de vedere al radiodiagnosticului, lățimea și configurația AAC, în plan frontal, au variații individuale semnificative, fapt ce necesită diferențierea corectă a AAC normale de posibilul traumatism [3]. După datele lui Oppenheimer și Zanga, valorile normale ale fantei articulare a AAC sunt de 1-3 mm. Interspațiul coracoclavicular are variații individuale. Bearden și coaut. au determinat valorile normale ale acestuia între 11-13 mm [4].

În cazul cercetării AAC, radiografia de rutină a umărului nu depistează cu certitudine fracturile mici. În acest aspect, medicul-traumatolog trebuie să justifice necesitatea efectuării radiografiei AAC [4]. Radiografia de rutină în incidența antero-posterioară a AAC trebuie efectuată în poziția verticală a pacientului sau așezat cu spatele orientat spre casetă, cu brațele în poziție liberă. Este necesar de radiografiat concomitent ambele AAC. În caz de pacienți supraponderali obezi etc. examinarea de radiodiagnostic trebuie efectuată pe două casete, utilizând o tehnică identică. În baza cercetării proprii, Zanca a relatat că pe imaginea antero-posterioară a AAC porțiunea distală a claviculei și acromionul sunt suprapuse pe spina scapulei [4]. Pentru a evita această suprapunere, autorul recomandă o înclinare cefalică a tubului radiogen, de la 10° la 15°, moment important, în special, la suspectarea unei fracturi mici intraarticulare.

Ca și în orice altă leziune musculo-scheletală, în traumatismul AAC nu este suficientă o radiografie într-o incidență. La suspectarea unei dislocări a AAC, trebuie realizată radiografia într-o incidență axilară laterală, atât a centurii scapulo-humerale traumatizate, cât și bilateral. Casetă trebuie plasată pe partea superioară a umărului și medial, pentru a examina cea mai mare parte a treimii laterale a claviculei maximal posibil. Această imagine va permite aprecierea

deplasării posterioare a claviculei și a fracturii mici, care ar putea fi omisă pe radiografia de incidență antero-posterioară.

Bossart și coaut. relatează despre necesitatea utilizării radiografiei de stres în examinarea AAC, cu suspendarea greutăților la fiecare membru superior al pacientului și ridicarea acestora [4]. Autorii susțin că pacienții, care au prezentat semne clinice de traumatism al AAC și deformare caracteristică a acesteia au avut frecvent interspațiul coracoclavicular larg pe radiografia antero-posterioară de rutină. Aceste modificări ar putea sugera prezența leziunilor de tipurile III, IV și V în clasificarea Rockwood și Green (1987).

O particularitate importantă în aceste cazuri este și dificultatea diferențierii pe radiografia de rutină a unor traumatisme de tip II (subluxațiile) sau a celor complete de tipul III. În cazul efectuării radiografiei de stres în incidența antero-posterioară către claviculă, în funcție de integritatea inserției deltoidului anterior (plasarea unei greutăți de 6 kg), Bannister și coaut. [4] au subdivizat traumatismele AAC în tipurile A, B și C. Autorii au remarcat că în deplasările de tipul A spațiul acromioclavicular se reduce parțial; în tipul B acesta rămâne neschimbat pe parcursul investigației de radiodiagnostic, iar în luxațiile de tipul C spațiul crește, deplasarea acromioclaviculară constituind peste 2 cm.

Imaginea pe radiografia în incidență laterală de stres a AAC a fost descrisă de către Alexander, în scopul identificării dislocării acromioclaviculare [3]. În acest caz, pacientul este poziționat indentic efectuării unei radiografii scapulo-umerale în dislocarea gleno-umerală, fiind rugat să-și deplaseze umerii anterior. Radiografiile sunt efectuate bilateral, pentru a oferi o posibilitate veridică de comparare. Autorul susține că pe partea afectată acromionul va fi deplasat anterior și inferior, prin comparare cu partea distală a claviculei. Waldrop și coaut. au recomandat utilizarea acestei radiografii ca metodă de rutină pentru evaluarea tuturor traumatismelor AAC [4]. Cu toate acestea, unele traumatisme de tipul II, cu instabilitate posterioară semnificativă, pot fi diferențiate cu greu de dislocarea completă, utilizând această metodă radiografică.

Luând în considerație cele menționate, ne-am propus examinarea cât mai diversă a traumatismelor AAC. Studiul retrospectiv a constituit cercetarea actelor medicale și a radiografiilor a 83 de pacienți tratați chirurgical în cadrul Spitalului Clinic de Traumatologie și Ortopedie, în secția nr. 1, în perioada 2000-2011. Pentru aprecierea tipului de traumatism al AAC, a fost utilizată clasificarea Rockwood și Green (1987) și examenul de radiodiagnostic (de rutină, axilar și de stres). Repartizarea pacienților în funcție de sex a fost următoarea: 79 (95%) bărbați și 4 (5%) femei.

53 (64%) de pacienți au avut leziuni de tipul III (figura 1), 25 (30%) pacienți – leziuni de tipul IV (figura 2), iar 5 (6%) pacienți – de tipul V (figura 3). Toți bolnavii au fost examinați în incidență antero-posterioară (de rutină, standard), bilateral, cu înclinarea tubului radiogen cu 10°. La 37 (44%) pacienți a fost executată radiografia axială, 3 (4%) – radiografia de stres, cu greutatea de 8 kg atârnată.



Figura 1. Luxație acromioclaviculară pe stânga Rockwood III



Figura 2. Luxație acromioclaviculară pe dreapta Rockwood IV



Figura 3. Luxație acromioclaviculară pe dreapta Rockwood V

A fost apreciat unghiul de înclinare a AAC: 10°-20° la 14 (17%) pacienți, 30°-40° la 27 (32%) și 50° – la 42 (51%) bolnavi. Pe parcursul cercetării, a fost depistată o dependență directă între unghiul de înclinare a cromioclavicular și gradul de luxație – cu cât acest unghi este mai mare, cu atât gradul de luxație este mai avansat.

Concluzii

1. În scopul aprecierii traumatismelor acromioclaviculare, este necesară examinarea bilaterală a AAC, utilizând mai multe incidențe în investigarea de radiodiagnostic.
2. Radiografia de stres permite diferențierea certă a leziunilor AAC de tipul II de cele de tipul III.
3. Pentru testarea integrității ligamentului coracoclavicular în cazul suspjecției de dislocare a AAC, trebuie efectuată radiografia de stres a ambelor articulații humerale.
4. În stabilirea traumatismului de tip IV o cerință importantă este efectuarea radiografiei axiale.
5. Cu cât unghiul de înclinare acromioclavicular este mai mare, cu atât gradul de luxație este mai avansat.

Bibliografie

1. Gorun N., *Traumatismele articulare ale regiunii claviculare*, București, 1996, p 12-34.
2. Phillips A.M., Smart C., Groom A.F.G. *Acromioclavicular Dislocation*, in: *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1998, p.10-17.
3. Sloan S.M., Budoff J.E., Hipp J.A., Nguyen L., *Coracoclavicular ligament reconstruction using the lateral half of the conjoined tendon*, in: *J. Shoulder. Elbow Surg.*, 2004, p. 86-90.
4. Rockwood & Green's; *Fractures in Adults*, 6th Edition, Chapter 35, 2006, p. 19-22.

STUDIUL COMPLICAȚIILOR ÎN ANOMALIA KIMMERLE

Ana VRABII¹, Elena CEPOIDA²,

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²IMSP Spitalul Clinic Republican

Obiectiv: prezentarea multiplelor complicații la pacienții cu anomalia Kimmerle, în special studiul modificărilor vizuale.

Material și metode. În perioada iulie 2009 – noiembrie 2009, în studiu au fost incluși 567 de pacienți cu anomalia Kimmerle, 402 (70,9%) femei și 165 (29,1%) bărbați. Vârsta acestora a variat de la 19 până la 63 de ani. Pacienții au prezentat diverse acuze: vertij la mișcarea bruscă spre partea afectată, cefalee de diversă origine (cefalee cronică sau așa-numita