

OSTEOCONDROMUL, ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Natalia Spănu, Ion Marin

Catedra Ortopedie și Traumatologie USMF "N. Testemițanu"

Summary

Osteochondroma, the aspects of diagnostic and treatment

There are presented the aspects of surgical treatment of 105 patients affected by the osteochondroma (osteochondrogenous extosis): 84,76% - isolated, 15,24 % - multiple-in the work. It is given the analysis of preoperative and postoperative complication, it is revealed anatomical-topographical zones and possible risk conditions during the ablation of the tumor formations.

Rezumat

În lucrare sunt prezentate aspecte de tratament chirurgical a 105 pacienți afectați de osteocondrom (exostoza osteocartilaginoasă): patologie solitară – 84, 76% multiplă – 15,24%.

Este dată analiza complicațiilor pre-și postoperatorii, sunt evidențiate zonele anatomo-topografice și circumstanțele de risc posibil în timpul ablației acestor formațiuni tumorale.

Actualitatea

Osteocondromul (Exostaza osteocartilaginoasă) se întâlnește preponderent la copii și adolescenți (70,1%) cu debut în regiunea zonei de creștere a oaselor, deplasându-se pe parcurs spre metafiză. Este format din țesut osos la bază și acoperit cu înveliș cartilaginos. Originea tumorală a acestei patologii și aspectul ereditar în cazurile maladii exostozante dictează necesitatea vigilenței oncologice permanente la depistarea și tratamentul acestor pacienți [6].

Material și metode

Studiul nostru cuprinde experiența tratamentului chirurgical a 105 pacienți afectați de osteocondrom, confirmat clinic, radiologic, morfopatologic în condițiile clinicii de ortopedie și traumatologie a USMF "N. Testemițanu" (2000-2010). Cu patologie solitară – 89 (84, 76%), multiplă – 16 (15,24 %). De sex masculin – 70, feminin – 35. În vârstă de pana la 10 ani – 18 pacienți, 11 – 20 de ani – 69, 21-30 de ani – 12 ; peste 30 ani – 6. Diferența de localizare a focarului patologic, pe partea dreaptă sau stângă, este în raport aproape egal. Formațiunile solitare în 73,03% au fost localizate pe humerus, femur, tibie și fibulă, iar 26,97% în celelate oase ale scheletului: clavicula – 2, scapula – 4, humerusul – 10, radiusul – 2. ulna – 1, oasele metacarpiene – 2, oasele falangiene ale mâinii – 2, coastele -3, ilionul – 2, femurul – 33, tibia – 18, fibula – 4, calcaneul – 2, oasele metatarsiene – 2, oasele falangiene ale piciorului – 2. La pacienții cu patologie multiplă, conform indicațiilor, au fost înlăturate focare patologice de pe claviculă, scapulă, humerus, radius, ulnă, femur, tibie, fibulă, os cuneiform, calcaneu.

În 71,83 % cazuri osteocondromul era pediculat, în 28, 17 % - sesil. Particularitățile acestei maladii, de regulă, permit intervenții chirurgicale cruțătoare – rezecție marginală în regiunea afectată a osului (95,24%), fără necesitate de osteoplastie, și numai la 4,76% (5 pacienți) s-au efectuat alte tipuri de rezecție. În toate cazurile piesa de rezecție a fost studiată patomorfologic în laborator specializat.

Complicațiile preoperatorii: strangularea parțială a a. poplitee – 1, pareza n. fibular – 1, diformitatea treimii distale a gambei – 1: chirurgical și postoperator au fost recuperate. Într-un caz de malignizare a osteocondromului în regiunea femurului distal s-a efectuat amputația la nivelul proximal al coapsei; pacientul este protezat, are invaliditate de gr. II. Pacienții cu

patologie multiplă se găsesc la supraveghere dispensarială în condițiile instituțiilor medicale la locul de trai. Reultatele tratamentului în 98,1 % sunt bune, în 1,9 % - satisfăcătoare.

Discuții și concluzii

Această maladie ocupă circa o treime din structura tumorilor primare benigne și a proceselor pseudotumorale la oase. Ea se încadrează într-o anomalie tumorală de dezvoltare a sistemului osteoarticular, se manifestă prin prezența de rudimente osteocartilaginoase de ordin embrionar sub variate forme și dimensiuni care se dezvoltă concomitent cu creșterea scheletului, însă ulterior poate să progreseze, producând schimbarea raporturilor anatomo-topografice ale țesuturilor adiacente. Cartilajul de acoperire a componentei osoase în majoritatea cazurilor are structură hialină, însă nu rar capătă aspect proliferativ de tip condromic și arhitectonică corali-formă (Fig.). Alarmantă este situația apariției dereglărilor neuro-vasculare cauzate de aceste formațiuni tumorale, dezvoltarea în ele a procesului de malignizare [2,3]. La adolescenți și pacienți maturi permanent se traumatizează țesuturile adiacente cu transformări fibroase în ele, mai ales a mușchilor care alunecă peste aceste focare cu creștere exofită; se formează burse, au loc fracturi de pedicul, apar diformități osteoarticulare etc. [5]. Cauza apariției a acestor complicații în principiu rezultă din lipsa unui concept bazat pe tactica chirurgicală activă în tratamentul acestei răspândite patologii oncoortopedice.



Pacienta D., 27 ani

a) osteocondrom la fibula proximală, radiograma; b) radiograma după înlăturarea tumorii

Nu este argumentată orientarea spre intervențiile chirurgicale selective la pacienții cu osteocondrom solitar, care de facto este o tactică de “așteptare” spre dezvoltarea diferitor complicații, pe când ea trebuie să fie o tactică de tratament și prevenire în aspect de profilaxie. Astfel de tactică reține recuperarea chirurgicală precoce a multor pacienți, ducând la avansarea procesului patologic, creșterea în volum a focarului tumoral – cu toate consecințele posibile; internarea cu înăzriere a bolnavilor, ce nu este indiferent pentru ei (alegerea profesiei, ocuparea cu sportul, serviciul militar, întemeierea de familie, stresul de “așteptare” etc.).

Intervențiile chirurgicale selective, ca excepție, sunt admise numai la pacienții cu patologie multiplă [1,4] care în mod obligator trebuie să fie la evidență dispensarială (grupul de risc).

Creatorii Clasificării internaționale histologice a tumorilor osteoarticulare adoptată la Geneva (1972, revăzută și reeditată în 1993, 2009), nu ocazional argumentat au deplasat exostoza osteocartilaginoasă din rubrica proceselor pseudotumorale a clasificărilor precedente în rubrica tumorilor primare sub denumirea de “Osteocondrom (Exostază osteocartilaginoasă)”, iar în Clasificarea acceptată în a. 1996 la Londra (“Atlas of Diagnostic Oncology, Mosby-Wolfe, London, 1996”, “Osteocondromul” și “Exostoza osteocartilaginoasă” sunt plasate tot în aceeași rubrică (“Tumori cartilaginoase”), însă separat. Deci în prezent situația rămâne contradictorie: este boala aceasta un proces unic în diferite variante (părerea noastră este afirmativă) sau

constituie două patologii diverse?!; în acelaș timp în majoritatea publicațiilor la temă această patologie este numită “Osteocondrom”, reflectându-se în text de facto “Exostoza osteocartilaginoasă”.

Existența multor întrebări nerezolvate pe această problemă dictează necesitatea de aprofundare a cercetărilor științifice fundamentale medico-biologice, clinice cu participarea de specialiști în domenii respective, inclusiv în genetică.

În concluzie: Osteocondromul (Exostaza osteocartilaginoasă) de ordin solitar la copii trebuie înlăturat când el este deplasat de la zona de creștere spre metafiză, însă nu mai târziu de vârsta între 5-11 ani, ne așteptând perioada de adolescență, când creșterea devine sporită și apar complicații; luând în considerație, desigur, particularitățile individuale ale fiecărui pacient.

Această tactică de tratament asigură creșterea normală a oaselor afectate, evită pe parcurs apariția diferitor complicații, contribuie la rezolvarea optimă a unor importante întrebări sociale. Pacienții cu patologie multiplă permanent trebuie să se afle la evidență dispensarială, iar tratamentul chirurgical se execută conform indicațiilor apărute pe parcursul vieții.

Anevoiașe și chiar dramatice sunt hemoragiile de ordin iatrogen apărute în timpul operației de înlăturare a exostozei în zone riscante (complicată cu lezarea de vase magistrale), la: I coastă, fosa axilară, fosa inghinală, fosa poplitee, bazinul mic etc. Din aceste considerente în echipa chirurgicală la aceste intervenții trebuie de inclus specialist în angiochirurgie.

Bibliografie

1. Bovee J.- Multiple osteochondromas. Orphanet J. Rare Dis. 2008, 13; 3: 3
2. Bursztyń M., Stracher M., Sanchez J., Ramenofsky M., Kirwin J., Spero C. – Pseudoaneurysm associated with multiple osteochondromatosis. J. Pediatr. Surg. 2005; 40 (7): 1201-3
3. Gray K., Robinson J., Bernstein R., Otsuka N. – Splitting of the common peroneal nerve by an osteochondroma. J. Pediatr. Orthop. B. 2004; 13 (4): 281-3.
4. Heinritz W., Pretzch M., Koall S., Matzen P., Froster U. – Hereditary multiple exostoses. Molecular genetic analysis of the EXT 1 gene in an unusual family. Orthopade. 2005; 34 (5): 470-476
5. Leung Y., Ip S., Vong A., Ip W.- Acute dislocation of the elbow caused by a solitary osteochondroma of the proximal radius. Arch. Orthop. Trauma Surg. 2006: 3: 1-3
6. Зацепин С. Т. Костная патология взрослых. Москва, «Медицина», 2001: 182-197

PERFORANTELE TIBIALE ANTERIOARE ALE GAMBEI: STUDIU ANATOMIC ȘI DOPPLEROGRAFIC

Leonid Feghiu

(Cond. științific: Dr. habilitat, Prof. universitar Grigore Verega)

Catedra Ortopedie și Traumatologie

Summary

Anterior tibial perforators of the leg: anatomic and doppler study

Recently, the reconstructive surgery of the leg has been exploring the perforators these originating from the main arteries of the leg. Anterior tibial perforators, along with the peroneal and tibial posterior perforators serve for harvesting multiple perforator flaps, which are useful in the reconstruction of soft tissue defects. High individual variability of perforators justifies the use of Doppler examination in order to choose the most suitable perforator for flap harvesting. The aim of this study was to examine the anterior tibial perforators of the leg in 10 fresh cadavers and to compare these results with the results of Doppler ultrasound obtained in 10 patients scheduled for reconstructive surgery of the leg. The results of the study confirm that the localization and caliber of anterior tibial perforators differ considerably between cadaveric and