

6. Drenajul filiform prin introducerea cu ajutorul unui ac a unor fire de setolină sau nailon. Este indicată în tratamentul proceselor inflamatorii circumscrise.

Datorită faptului că limfadenita abscedantă reprezintă un proces inflamator „relativ” limitat se pot utiliza metode chirurgicale mai puțin traumatice a țesuturilor moi faciale. [3,6,10]

Concluzii:

1. Din numărul total de bolnavi internați și tratați în secția de chirurgie oro-maxilo-facială din cadrul CNȘPMU, bolnavi cu afecțiuni ale sistemului limfatic au constituit 4.9 %.
2. Alegerea metodei de tratament chirurgical a proceselor infecțioase a sistemului limfatic depinde de cazul clinic concret.
3. Utilizarea metodelor chirurgicale mai puțin traumatice, cu o drenare eficientă a țesuturilor moi faciale v-a spori eficacitatea tratamentului și reabilitarea precoce a pacientului.
4. Cea mai des metodă de drenare a procesului infecțios a sistemului limfatic este deschiderea focarului purulent cu drenarea lui pasivă.

Bibliografia

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București: Editura medicală, 2003. Pag. 338 - 344.
2. Guțan A. și colaboratorii catedrei, Chirurgia stomatologică. Chișinău. 1999. Partea II. Pag. 58-62.
3. Timoșca G., Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. Chișinău: Universitas, 1992. Pag. 343-348.
4. Ghicavii V. Farmacoterapia afecțiunilor stomatologice : ghid /S. Sârbu, N. Bacinschii, D. Șcerbatiuc. Ed. a 2-a rev. și compl. - Chișinău, 2002. - P. 431-432.
5. Андриеш В. Н. Анатомия лимфатической системы. Лекция 1998. стр. 79. Кишинев.
6. Гуцан А. Е. Справочник челюстно-лицевых операций /И. Бернадский, П. Д. Годорожа, Д. И. Щербатюк. Кишинев, 2001. стр. 67 - 70.
7. Робустова Т. Г. Хирургическая стоматология. Москва: Медицина, 2003. - С. 255-265.
8. Пасевич И. А., Шаргородский А. Г. Инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении острого неспецифического лимфаденита лица и шеи у детей. Стоматология, 2, 1999, стр. 28-31.
9. Терешенко А. Е., В. С. Агапов, Е. А. Кузнецов, В. Н. Царев, С. В. Тарасенко. Динамика иммунного статуса больных с флегмон челюстно-лицевой области при эндолимфатической антибиотикотерапии. Стоматология, 6, 2000, стр. 36-39.
10. Щербатюк, Д. И. Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. - Кишинев: Штиинца, 1987. - С. 3-34.

FRACTURILOR PIRAMIDEI NAZALE

Rezumat

Fractura oaselor nazale necesită o evaluare deosebită datorită posibilităților dereglări estetice și funcționale. De aceea, este necesar de efectuat un diagnostic precoce și tratament corect. Pentru a stabili frecvența fracturilor oaselor nazale, incidența acestora în caz de sex, agent etiologic, asociere cu traume cranio-cerebrale, ale trunchiului și membrilor, stare de ebrietate ș.a. s-a efectuat un studiu statistic în cadrul Instituției Medicale Sanitaro-Profilactice a Centrului Național Practico-Științific în Medicinii de Urgență din orașul Chișinău (IMSP CNȘPMU) pe anul 2009, constatându-se că fracturile nazale reprezintă un tablou clinic divers, foarte frecvent cu asocieri ale altor tipuri de traumatisme care în majoritatea cazurilor sunt cauzate de agresiune. Tratamentul implementat în cazul fracturilor nazale fără deplasare este unul conservator, pe când în cazul celor cu deplasare se necesită un tratament chirurgical în timp util cu re poziționarea oaselor deplasate.

Summary

FRACTURE OF NASAL BONES

Fracture of nasal bones require careful assessment for any aesthetic as well as functional impairment. Early diagnosis and correct treatment is advisable in these cases. For determination of the frequency of fractured nasal bones, the incidence according to sex, the causal factor, the association with cranio-cerebral trauma, the trauma of the trunk and extremities, drunkenness etc. has been made a statistical paper-work within IMSP CNȘPMU per 2009, ascertaining that fractured nasal bones represent a diverse clinical picture, which is very frequent associated with other types of trauma, and which in most cases is caused by aggression. The implemented treatment in fractured nasal bones without displacement is a conservative one, while in fractured nasal bones with displacement needs a surgical intervention in good time with the repositioning of the displaced bones.

**Oxana Sirețeanu,
Dumitru Hițu,
Vasile Vlas,
Stanislav Căldărari,
Tatiana Crețu**

*Catedra Chirurgie oro-
maxilo-facială USMF
„N. Testemițanu”*

Actualitatea temei

Dacă în secolul trecut traumatismele teritoriului oro-maxilo-facial (OMF) erau predominant ca rezultat al acțiunilor militare, loviturilor de animale, agresiunilor ș.a., atunci astăzi cauza principală este incriminată agresiunea (44,58% conform datelor statistice a pacienților cu fracturile oaselor nazale parveniți în IMSP CNȘPMU în anul 2009) datorită creșterii agresivității, ostilității, existența atmosferei psihice încordate, supraaglomerării și în cele din urmă creșterea criminalității. La alți factori, pe lângă agresiune, se referă și căderile — fie ele accidentale sau intenționate (34,94%), accidente rutiere (12,05%). În consecință se observă creșterea frecvenței traumatismelor în timp de pace.

Teritoriului OMF i se acordă o atenție deosebită în domeniul traumatismelor, datorită concentrației organelor de o importanță vitală amplasate pe o arie mică. Fața spre deosebire de alte părți ale organismului este neprotejată, reprezintă locul primar de orientare a forței agresorului, include mai mulți analizatori, e urmat de complicații grave (asfixie, hemoragie, etc) și disfuncții grave (pierderea vederii, pierderea mirosului, dereglări estetice ș.a.).

Fracturile nazale se află pe locul 3 printre toate fracturile organismului după fracturile articulației mâinii (radio-carpene) și fracturile de claviculă [2]. Deși nu sunt vital periculoase, fracturile nazale duc la deformări estetice și funcționale. Fracturile etajului mijlociu al feței în 28% cazuri sunt asociate cu fracturile nazale [3]. Fracturile oaselor nazale sunt prezente în disjuncțiile craniofaciale mijlocii și înalte (LeFort II și LeFort III) și chiar și în disjuncțiile intermaxilare.

Obiectivul lucrării

Familiarizarea cu particularitățile fracturilor piramidei nazale ne oferă posibilitatea să recurgem la diagnosticarea oportună a acestei leziuni, să efectuăm un tratament adecvat, să elaborăm și să efectuăm măsuri adecvate de profilaxie.

Materiale și metode de cercetare

Pentru atingerea scopului scontat au fost utilizate și analizate fișele medicale ale pacienților cu fracturile oaselor nazale internați în secția de chirurgie OMF a IMSP CNȘPMU în anul 2009. Au fost extrase următoarele date: sexul, vârsta, adresa, tipul de adresare, la a câta zi s-a adresat, modalitatea de parvenire a pacientului la spital, topografia leziunii, asocierea cu alte tipuri de traumatisme, etiologia și tratamentul efectuat ș.a.

Sunt cunoscute mai multe clasificări care sunt cunoscute și utilizate de specialiști, dar dorim să familiarizăm una nouă din anul 2009.

Clasificarea fracturilor oaselor nazale după Rory Attwood:

1. Clasa I: traumă frontală sau frontolaterală, fractură septală verticală, depresiunea sau dislocarea părții distale a oaselor nazale;
2. Clasa II: traumă laterală, fracturile septale ori-

zontale sau în formă de „C”, fractura septului cartilaginos sau osos, fractura procesului frontal al maxilei;

3. Clasa III: traumă provocată de o foță cu viteză mare, fractura se extinde la labirintul etmoid, septul osos se rotește spre posterior, colapsul rădăcinii nasului, vârful nasului direcționat superior cu descoperirea foselor nazale, depresiunea oaselor nazale care sunt împinse superior sub osul frontal, extinderea aparentă a spațiului interocular.

Rezultate și discuții

Pe parcursul anului 2009, în secția chirurgie OMF a IMSP CNȘPMU, din numărul total de pacienți internați, 34,70% pacienți au fost cu traumatisme, din care 13,43% au fost diagnosticați cu fractură a oaselor nazale, amplasându-se pe locul 3 după plăgile țesuturilor moi — 44,17% și fracturile mandibulei — 32,36%. După fracturile piramidei nazale urmează fracturile complexului zigomatico-orbital cu 6,8% și fracturile de maxilar superior cu 3,24%. Din pacienții cu fractura oaselor nazale 61,45% erau cu deplasarea fragmentelor osoase și 38,55% fără deplasare, fiind mai frecventă la sexul masculin 63,86%. Din municipiul Chisinau s-a stabilit că au fost 73,49%. Cel mai frecvent factor etiologic al fracturilor oaselor nazale s-a stabilit a fi agresiunea — în 44,58% cazuri, urmată de căderi în 34,94%, accidente rutiere în 12,05%, accidente habituale în 4,82% și accidente sportive în 3,61%.

În 24,10% cazuri pacienții erau în stare de ebrietate etilică.

De asemenea, conform studiului s-a stabilit ca fractura oaselor nazale s-a asociat cu traumatismele cranio-cerebrale în 44,58% și cu traumatismele trunchiului și membrelor în 14,46% cazuri. În tabelul următor sunt prezentate datele referitoare la asocierea fracturilor oaselor nazale cu alte traumatisme ale teritoriului maxilo-facial (tab.1).

Tab. 1. Traumatismul asociat al fracturilor oaselor nazale

Traumatisme		Procentaj
Fracturile oaselor nazale izolate:		31,33%
Fracturile oaselor nazale asociate cu:	Traumatismele țesuturilor moi	67,65%
	Fracturile mandibulei:	17,65%
	Fracturile CZO:	10,29%
	Fracturile maxilarului:	4,41%
Politraumatism		13,25%

Tratamentul fracturilor oaselor nazale s-a efectuat: re poziționarea oaselor nazale 40,96%, tamponamentul anterior — 4,81%, conservativ — 54,22%

Oasele nazale sunt cele mai fragile oase faciale. Cel mai frecvent fracturile nazale sunt provocate de o forță laterală. Murray și colaboratorii săi au studiat fiziopa-

tologia fracturilor oaselor nazale pe cadavrele recente. El a stabilit că o forță laterală de 24-50 kPa determină 2 linii de fractură cu traiect ipsilateral de-a lungul dorsumului nazal intersectându-se la nivelul trecerii oaselor nazale groase în subțiri. O forță frontală necesită o intensitate mai mare a forței agresoare ca să provoace fractura oaselor nazale deoarece prezintă rezistență mai mare datorită proceselor frontale ale maxilarului superior, spinei nazale și lamelei perpendiculare a etmoidului. Aceasta determină fractura oaselor nazale, a cartilajelor și a septului nazal. Fracturile septului nazal în formă de „C” pot apărea la combinarea forțelor frontale și laterale de 50 kPa sau ca rezultat a orice tip de forță de intensitate mare ce provoacă fracturi cominutive ale oaselor nazale, și au un traiect ce pornește exact inferior de dorsumul nazal cu traiect inferior și posterior prin lamela perpendiculă a etmoidului și cu incurbarea spre anterior spre septul cartilagos inferior până la creasta maxilară și unghiul vomerin. În dependență de intensitatea forței, septul nazal se poate ricoșa, disloca sau fractura [9].

Forțele frontale de intensitate mare cel mai frecvent sunt cauzate de accidente rutiere ce pot produce fracturi compuse sau cominutive. Fractura nazo-orbito-etmoidală este o fractură complicată a oaselor nazale asociată cu afectarea structurilor orbitale, a oaselor faciale adiacente și o posibilă afectare a lamelei cribiforme cu traumatism intracranian. Aceste fracturi de obicei sunt ușor de diagnosticat deoarece pacienții prezintă telecantus, epiforă, emfizem periorbital și nivelarea rădăcinii nazo-frontale. [3]

Regiunile cu rezistență minimă s-au determinat a fi zona cartilagineasă și joncțiunea cartilajelor superolaterale cu oasele nazale și cartilajul septal în regiune crestei maxilare. Regiunile cu rezistență minimă reprezintă localizarea cea mai frecventă a fracturilor nazale și a dislocărilor.

O forță laterală egală cu 16—66 kPa și o forță frontală mai mare de 114—312 kPa pot determina dislocarea dorsumului osos. O forță de intensitate mai mare poate provoca fracturi cominutive asociate cu deformare nazală în formă de „C”, care de obicei începe sub dorsumul nazal, se extinde postero-inferior către lama perpendiculă a etmoidului și se termină cu curbarea anterioară în septul cartilagos la aproximativ 1 cm deasupra crestei maxilare.

Pentru a produce o fractură nazală e necesară de o forță de doar 30 g, spre deosebire de cele 70 g necesare pentru producerea fracturilor de maxilar sau 200 g necesare pentru fracturarea crestei supraorbitale.

Tratamentul fracturilor nazale fără deplasare este unul conservativ și constă din administrarea preparatelor medicamentoase simptomatice.

Tratamentul fracturilor nazale cu deplasare include mai multe etape: prelucrarea câmpului operator — pielea se prelucrează cu soluție alcoolică de 70% iar mucoasele cu soluție furacilină 1:5000/ permanganat de potasiu; anestezie topică cu Lidocaină spray 10% a mucoasei nazale cu vasoconstrictor care permite un acces intranasal mai bun datorită micșorării edemu-

lui; izolarea câmpului operator; anestezie generală, tronculară sau infiltrativă exonazală corespunzător fracturii, infraorbitală bilaterală și la baza anterioară a septului nazal cu Lidocaină 2%-2ml cu epinefrină 1:100.000 (pentru a intensifica acțiunea anesteziei locale se indică premedicația cu sedarea per os sau i.v.); reducerea fracturii cu elevatorul Volcov sau alt instrument - poziționarea vârfului instrumentului sub oasele fracturate și deplasate și imprimarea unei forțe opusă după sens forței traumatiche până la ocuparea unei poziții normale a oaselor nazale și restabilirea esteticii faciale; dacă fractura este cominutivă sau cu fragmente flexibile atunci se impune necesitatea unei fixări interne prin comprese intranasale îmbibate cu antibiotice; pentru a menține respirația nazală și pentru comoditatea pacientului (prevenind presiunea negativă în urechea medie) se indică introducerea cateterului (tuburi endonazale) în fiecare narină de-a lungul planșeului nazal anticipat pansamentului intranasal; aplicarea unei imobilizări (atele) externe (pansamentele pot fi înlăturate în 2-3 zile iar atelele în 10 zile, se pot utiliza atele din ghips sau plăcile plastice pentru fixarea externă).

După 10 zile se controlează mobilitatea fragmentelor fracturate. Dacă ele mai sunt încă mobile, atunci atela externă se reaplică pe o perioadă de 7 zile. În cazul imposibilității reducerii reușite prin metoda închisă, se impune reducerea deschisă

Reducerea deschisă este indicată în: ineficiența reducerii închise, interpunerea între fragmentele fracturate a unor porțiuni de os sau cartilaj, prezența unei plagi mari supraiacente locului de fractură.

Tehnică: prelucrarea câmpului operator, izolarea câmpului operator, anestezia, incizia sau intrarea prin plaga preexistentă (deperiostarea se efectuează cu maximă atenție și menajare, în special în fracturile cominutive, pentru a preveni necroza ulterioară a sectorului respectiv de os) urmată de reducerea corectă a fragmentelor fracturate, suturarea pe straturi — 3: periostul, țesutul subcutanat și pielea.

Pansamentele rareori sunt necesare pentru a suplini fixarea.

Se indică antibioticoterapie timp de 5 zile. [10]

Fracturile nazale se pot vindeca și spontan, rezultatele ulterioare depinzând de varietatea fracturii. Fracturile fără deplasare se vindecă fără consecințe anatomice sau funcționale fără tratament chirurgical, dar cu un regim și tratament medicamentos. Fracturile cu deplasare, netratate în timp util, se consolidează în poziții vicioase și duc la deformații ale piramidei nazale și ale septului nazal precum și la dereglări funcționale: dereglarea respirației, sensibilității olfactive, dereglarea fonației ș.a. De asemenea, acestea pot determina așa complicații infecțioase locale ca: abces, condrite, sinuzite, septicemii.

Evoluția unui pacient cu traumatism nazal depinde de: traumatismele concomitente (traumatism cranio-cerebral, abdominal ș.a.), vârsta, ebrietatea etilică, patologia organică concomitentă, sezonul, sexul, starea organelor în cazul politraumatismului ș.a. [4]

Concluzii

1. Fracturile oaselor nazale în totalitatea traumatismelor regiunii maxilo-faciale ocupă locul 3, cu 13,34% pe 2009.
2. Particularitățile anatomotopografice ale fracturilor oaselor nazale determină adresarea imediată a pacientului după îngrijiri medicale.
3. Cel mai frecvent factor cauzal s-a determinat a fi agresiunea.
4. Mai frecvente sunt fracturile oaselor nazale cu deplasare 61,45%.
5. Tratatamentul fracturilor oaselor nazale cu deplasare este obligator pentru a preveni apariția complicațiilor ulterioare ce țin de dereglări și funcționale.

Bibliografie

1. Burlibașa C. Chirurgie orală și maxilofacială. București. Editura medicală, 1992, Pag.316
2. Rebecca Frey PhD, Thomson Gale, Detroit, „Nasal trauma“ eMedicine 2006.
3. Stephen W. Perkins and Steven H. Dayan, „Study examines treatment and outcomes for nasal fractures“ Health & Medicine, 21 septembrie, 2009.
4. Hîțu Dumitru. Traumatismul etajului mijlociu al feței. Chișinău, 2008, p 50 — 84.
5. Gluckman, William, Robert Baricella, and Huma Quraishi. „Epistaxis.“ eMedicine, 23 ianuarie 2004.
6. Ross, Adam T., and Daniel G. Becker. „Fractures, Nasal and Septal.“ eMedicine, 13 iulie 2004.
7. Rupp, Timothy J., Marian Bednar, and Stephen Karageanes. „Facial Fractures.“ eMedicine, 29 august 2004.
8. Bremke M, Gedeon H, Windfuhr JP, Werner JA, Sesterhenn AM. Nasal Bone Fracture: Etiology, Diagnostics, Treatment and Complications. Laryngorhinootologie. Jun 26 2009.
9. Murray JA, Maran AG, Mackenzie JJ, Raab G. Open of closed reduction of the fractured nose. Arch Otolaryngol. Dec 1984;110(12):797-802.
10. Oliver Mayorga, Natalie Penelope Higgins,; Marvin P Fried, „Nasal Fracture Reduction“ emedicine 17 iulie 2009.
11. Topalo V. Metodă de fixare a oaselor nazale /V. Topalo, S. Socolov (proponere de raționalizare cu nr. 602.din 4.06.1986).

CLINICA, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FRACTURILOR IZOLATE DE ARCADĂ ZIGOMATICĂ

**Andrei Casapu,
Dumitru Hîțu,
Vasile Vlas**

*Catedra Chirurgie oro-
maxilo-facială USMF
„N. Testemițanu“
IMSP Centrul
Stomatologic Municipal*

Rezumat

Fracturile izolate de arcadă zigomatică, conform secției de chirurgie maxilo-facială din cadrul CNȘPMU pe parcursul anului 2009, au reprezentat 23,8% din cadrul tuturor fracturilor complexului zigomatico-maxilar. În 90% cazuri erau cu deplasare și necesitau respectiv tratament chirurgical. Factorul etiologic principal rămâne a fi agresiunea care s-a întâlnit în 50% cazuri. O clasificare unică nu există pentru fracturile izolate de arcadă zigomatică, însă recent a fost propusă una de Ozyazgan et al (2004). Există multe tehnici de reducere a fragmentelor deplasate, însă alegerea metodei de tratament depinde de particularitățile cazului clinic, experiența și cunoștințele pe care le posedă medical, dar și de dotarea cabinetelor curative din cadrul instituției date.

Summary:

THE CLINIC, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ISOLATED ZYGOMATIC ARCH FRACTURES.

Isolated zygomatic arch fractures, according to the statistics dates of the section of maxilo-facial surgery from CNȘPMU during 2009 year, constituted about 23,8% from all the fractures of zygomatico-maxilar complex (ZMC). In 90% there were delayed cases which need reposition. The main etiological factor remains to be assault, which was met in 50% of cases. There is no a unique classification of isolated zygomatic arch fractures, but recently was proposed one by Ozyazgan et al(2004). There are a lot of methods of reduction but the selection of the treatment method depends on the nature of the fracture, on the knowledge and abilities of the doctor and also on the possibilities of the institution.

Argumentarea actualității temei

Dezvoltarea rapidă a tehnologiei moderne, supraaglomerarea, creșterea vitezei de circulație și multiplicarea agenților vulneranți în habitatul uman generează ur-