

Pregătirea preoperatorie a bolnavilor a inclus procedee speciale pentru mobilizarea formelor rigide de deformare scoliotică.

Rezultate și discuții

Sistemul de stabilizare segmentară a permis corecția diformităților scoliotice de gradul II-III în mediu cu 13. 6⁰ cu păstrarea corecției obținute la distanță cu o pierdere a ei la distanță de 4-6⁰, în scolioze de gradul III-IV s-a obținut o corecție de 36. 2⁰ în mediu, cu păstrarea corecției timp de 7-9 ani, în mediu cu 26. 5⁰, pierderea corecției la distanță fiind de 8-10% la bolnavii cu scolioze de gradul III-IV în vîrstă de 14-18 ani intervenția chirurgicală s-a suplimentat cu spondilodeză posterioară la nivelul curburii primare.

Bolnavii au fost verticalizați în mediu la a 8-10 zi, în diformitățile scoliotice avansate bolnavilor li s-au aplicat corsete gipsate cervico-toraco-lombare sau toraco-lombare, în dependență de localizarea diformității scoliotice, pe 1, 5-2, 5 luni.

Obligator tuturor pacienților la 2-3 luni după intervenție chirurgicală s-au indicat cure de tratament de reabilitare medicală timp de 2 săptămîni în condiții de staționar, care au inclus: kinetoterapie, masaj, electrostimularea mușchilor spatelui, aplicații cu ozokerită și parafină, care s-au repetat la 6-8 luni postoperator.

Complicații neurologice și septică, deasemenea degradarea construcțiilor metalice la bolnavii operați prin metoda dată nu s-au menționat.

Concluzii

1. Sistemele de stabilizare segmentară permit o corecție optimă intraoperatorie a diformităților scoliotice, cu păstrarea corecției obținute la distanță, cu o activizare precoce a pacienților și reabilitare postoperatorie timpurie.

2. Experiența noastră demonstrează că cele mai bune rezultate pot fi obținute la tratamentul chirurgical al scoliozelor de gr. II-III, pe când în scoliozele grave, cu diformități complexe ale trunchiului și bazinului intervenția chirurgicală este tehnic mai dificilă și rezultatele la distanță sunt mai inferioare.

Bibliografie

1. Cotrel Yves, Dubousset Jean // CD Instrumentation in Spine surgery, Sauramps medical, Montpellier, 1992, 159 p.
2. Albanese SA: Idiopathic scoliosis: etiology and evaluation. In: Orthopaedic Knowledge Update Pediatrics. Rosemont, Ill: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2002:287-296.
3. Фищенко В.Я. Сколиоз // Изд. ООО «Мактраст», Макеевка, 2005, 558 с
4. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. // Хирургия деформаций позвоночника, Сибирское Университетское Издательство, Новосибирск 2002, 430 с.
5. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г., Новиков В.В. и др. Инструментарий Cotrel-Dubousset в хирургии идиопатического сколиоза // Вести. Травматолог. и ортопедии. Им. Н.Н. Приорова. – 1999. - № 2. – с. 3-7.
6. Gornea F, Marin I, Țapu P, Caproș N, etc. // Ortopedie și Traumatologie. Chisinau, 2006.533p.

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR COTILOIDIENE

Petru Croitor

Centrul Național Științifico-Practic Medicină în Urgență

Summary

The actuality in treatment of acetabular fractures

Acetabular fractures occur most frequently as a result of road accident traumatism, their major share being attributed to men, urban residents, between the age of 21-50. The comparative analysis of conservative treatment and the surgical one proves that the share of excellent results is higher for surgical treatment – 13,7% as compared to 1,7% of conservative treatment. At the

same time, the total of excellent and good results prevails in the surgical treatment as compared to the conservative one, and accounts for 62,7% and 55,0%, correspondingly.

Rezumat

Fracturile acetabulare mai frecvent survin drept rezultat al traumatismului rutier, se întâlnesc cu o pondere majoră la bărbați, locuitori ai mediului urban, cuprinși între vârsta 21-50 ani. Analiza comparativă a tratamentului conservator și celui chirurgical ne demonstrează o cotă a rezultatelor apreciate la distanță drept excelente mai mare în cazul tratamentului chirurgical – 13,7% față de 1,7% în tratamentul conservativ. De asemenea suma rezultatelor excelente și bune prevalează în tratamentul chirurgical față de cel conservativ și constituie 62,7% și 55,0% respectiv.

Actualitatea temei

Fracturile acetabului sunt considerate fracturi nerezolvate până în prezent, cu un pronostic nefavorabil și care cunosc în ultima vreme o frecvență majorată (E. Letuournal, R. Judet 1993, Joel M. Matta 1996, Буачидзе О. Ш., и др 2002, Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. 2002). Aceste fracturi se produc prin “șoc al tabloului de bord” în accidente de circulație, prin traumatism direct în regiunea trohanteriană, prin cădere de la înălțime în picioare sau în genunchi etc. Joel M. Matta (1996) într-o investigație performantă pe un lot de 494 de fracturi deplasate de acetabul, tratate pe parcursul anilor 1980 - 1991 în spitalul universitar din Los Angeles a stabilit că în 70% din cazuri traumatismul a survenit în rezultatul accidentelor rutiere cu autovehicolul, în 13% - prin cădere de pe bicicletă, iar în 14% cazuri - în rezultatul catatraumatismelor. În cercetările anilor 2003, 2005 s-a demonstrat că acest traumatism mai frecvent afectează bărbații din grupa de vârstă 20-40 ani (D. Grecu and all, 2003; A. Вершинин, 2005). Traumatismele asociate în fracturile acetabului constituie de la 40% la 44,8% (Joel M. Matta 1996, S. Sergheev 2002), șocul traumatic de diferit grad întâlnindu-se în 59,7% din cazuri (Буачидзе О. Ш., и др 2002).

Literatură epidemiologică referitoare la fracturile de cotil este puțină. A. Gansslen et all (1996) au studiat epidemiologia leziunilor inelului pelvin și au documentat că majoritatea au fost rezultatul accidentelor rutiere. Cele mai recente publicații [2, 5, 7] au ajuns la concluzia că incidența fracturilor acetabulare s-a micșorat în țările în care s-a introdus legislația punerii obligatorii a centurii de siguranță. În Republica Moldova, până în prezent, sunt limitate cercetările în tratamentul acestor fracturi și nu există nici o cercetare a epidemiologiei lor.

În condițiile intensificării circulației rutiere și înviorării industriei și agriculturii din țara noastră, prognosticurile de termen mediu prezic o majorare inevitabilă a frecvenței fracturilor acetabulare.

Aceste fracturi reprezintă afectarea intraarticulară a acetabului, care se produce prin acțiunea forței traumatice mari. Mecanismul traumatismului poate fi direct – prin lovitură în regiunea trohanterului mare și indirect, când forța traumatizantă acționează asupra axei femurului. Primul mecanism este caracteristic pentru loviturile în partea laterală a automobilului, al doilea – în cazul căderilor de la înălțimi. Localizarea fracturii depinde de poziția coapsei în momentul impactului: dacă este în rotație externă, atunci se afectează coloana anterioară a acetabulului, dacă în rotație internă, - se fracturează coloana posterioară, iar dacă este în poziție neutră - regiunea centrală. În cazul unei lovituri puternice asupra genunchiului șoferului automobilului sau a pasagerului se fracturează marginea posterioară a acetabulului cu luxația sau subluxația femurului. Acest mecanism este întâlnit cel mai frecvent.

Una din particularitățile acestor fracturi este că numai în 50-20% cazuri ele sunt izolate, iar în celelalte cazuri se asociază cu alte fracturi [10]. Conform datelor lui T. Pohlemann et all (1992), efectuate în cadrul școlii de medicină din Hanover, din 1566 de pacienți internați cu fracturi acetabulare, numai la 216 (13,8%) s-a diagnosticat patologia izolată, la 398 (25,4%) ea se asocia cu alte fracturi ale inelului pelvin, iar în celelalte cazuri s-a determinat politraumatism [24]. Buacidze O.S., și alt., 2002 subliniază că șocul traumatic de diferit grad se întâlnește în fracturile acetabulare în 59,7% din cazuri .

Deci, actualmente, cele mai cunoscute și utilizate clasificări sunt: clasificarea lui Judet și Letournel, clasificarea lui M. Tile și cea a asociației AO-ASIF.

- a) Robert Judet și Emile Letournel împart fracturile de cotil în 2 categorii – elementare și mixte. În fracturile elementare este fracturat unul dintre elementele constitutive ale acetabului. Fracturile mixte se caracterizează prin asocierea a 2 sau mai multe fracturi elementare. Această clasificare cuprinde 13 tipuri de fracturi.
- b) Clasificarea lui M. Tile este în funcție de gradul deplasării și stabilității fragmentelor; are o deosebită importanță în selectarea indicațiilor terapeutice și prognosticul evoluției leziunii.
- c) Clasificarea AO ASIF include 3 tipuri de fracturi acetabulare – A, B, C:

Tipul A: Lezarea unei coloane acetabulare, cealaltă rămânând intactă.

A1: Fractura peretelui posterior, cu varietățile ei.

A2: Fractura coloanei posterioare

A3: Fractura peretelui anterior și coloanei anterioare.

Tipul B: Este caracterizat prin fractura transversală, când o parte din cupolă rămâne fixată la osul iliac intact.

B1: Fractura transversă a suprafeței articulare cu sau fără fractura peretelui posterior.

B2: Fractura formă-T și varietățile ei.

B3: Fractura peretelui anterior sau coloanei și fractura hemitransversă posterioară.

Tipul C: Fractura ambelor coloane; se caracterizează cu liniile fracturilor, trecute prin coloana anterioară și posterioară, dar se deosebesc de fracturile tip B prin faptul că toate segmentele intraarticulare, incluzând cupolul, sunt separate de la segmentul osului iliac rămas intact.

C1: Fractura coloanei anterioare, care se extinde până la Christa iliacă.

C2: Fractura coloanei anterioare, care se extinde până la granița anterioară al osului iliac.

C3: Fracturile se extind până la joncțiunea sacro-iliacă.

Un alt cercetător, care la nivel mondial este considerat clasicul chirurgiei bazinului, este M. Tile. Acest autor în 1984 propune un algoritm simplu de conduită în tratamentul chirurgical al fracturilor acetabulare, care până în prezent rămâne drept o recomandare pentru traumatologi (figura nr. 1).

Material și metode

Populația studiată sau obiectul de studiu a fost alcătuită din persoanele care au suportat fractură de acetabul, tratată chirurgical în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul Național Practico-Științific Medicină de Urgență pe parcursul anilor 2000-2007 în secțiile traumatologie I –II și secția de ortopedie. În total, pe parcursul acestor ani tratamentul chirurgical al fracturii de acetabul au fost supuși 81 de pacienți. Această populație a fost repartizată în grupuri de comparare în dependență de rezultatul tratamentului, care s-a apreciat după scara Harris. Grupurile, pe baza înregistrărilor medicale, au fost comparate determinând expunerea în trecut la anumiți factori de risc (mecanismul traumei). De asemenea, drept factor de comparare a fost felul intervenției suportate, metoda de reconstrucție a acetabolului și abordul chirurgical.

Rezultate obținute

Analiza datelor generale a scos în evidență rezultatele referitoare la vârsta, sexul, mediul de reședință și ocupația pacienților incluși în studiu. Vârsta minimă a celor traumatizați a fost de 18 ani, iar cea maximă de 75 de ani, ponderea maximă revenind grupei de vârstă 31-40 de ani cu 27,2%, media vârstei fiind de $39,3 \pm 1,6$ ani. Mai mult de jumătate din pacienții afectați sunt în vârstă de până la 40 de ani – 56,7%. În funcție de sex, bărbații (75,3%) au un risc mai mare de a face o fractură de cotil în comparație cu femeile (24,7%), raportul fiind de 3,1 : 1. Conform locului de muncă, cei mai numeroși, care au suportat o fractură de acetabul au fost șomerii cu 32,1%, urmați de muncitori cu 17,3% și intelectualii cu 14,8%. Celelalte categorii au acumulat un procent mai mic. În dependență de mecanismul care a contribuit la apariția fracturii, ponderea majoră a factorului traumatizant revine accidentului rutier cu 69,1%, după care urmează

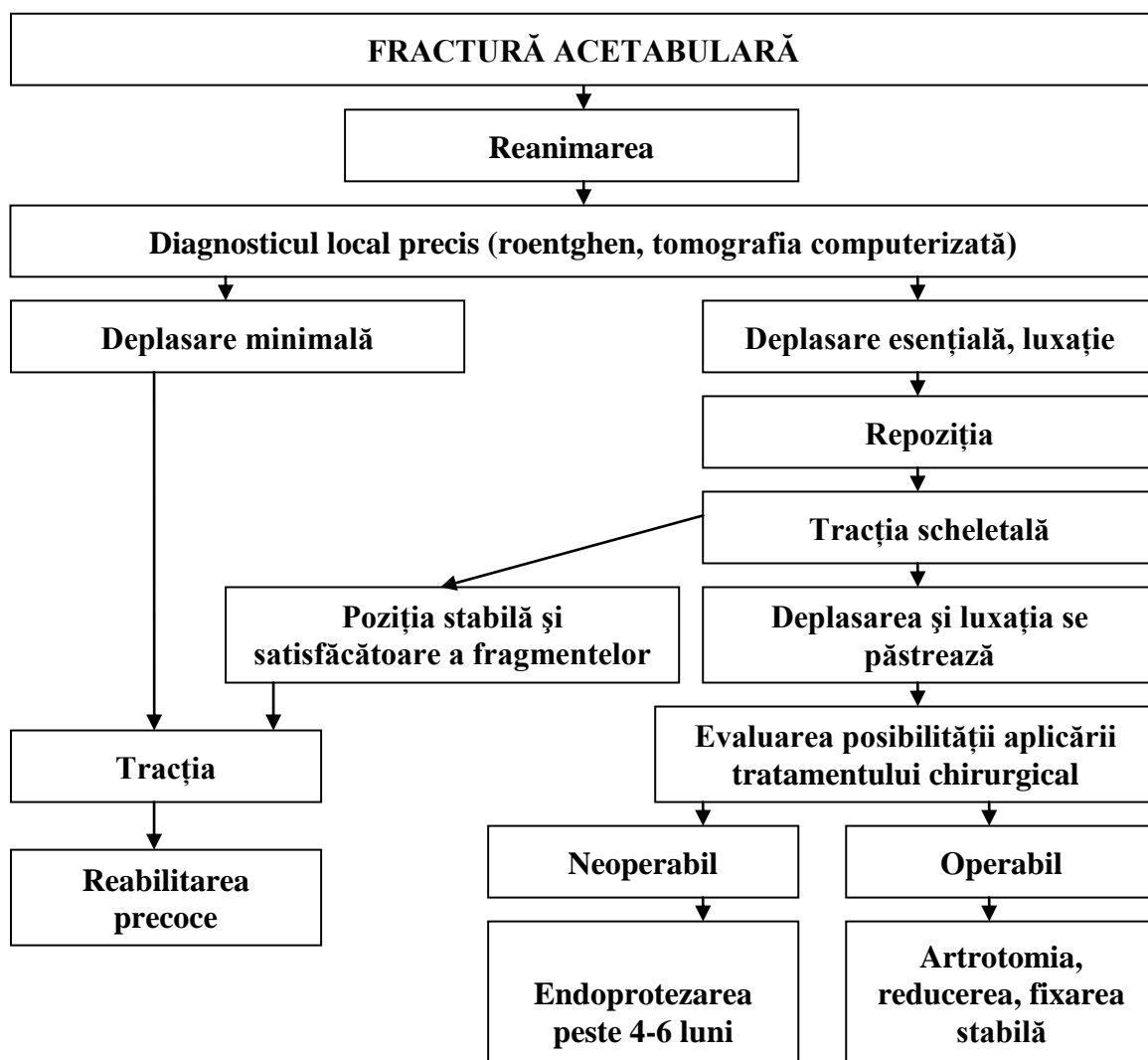


Figura nr. 1. Algoritmul de conduită în tratamentul fracturilor acetabulare după M. Tile, 1984

catatraumatismul cu 11,76% și locul trei revine accidentelor pieton-auto și căderilor de corp cu câte 7,35% fiecare.

Aprecierea rezultatelor tratamentului la distanță s-a efectuat în conformitate cu scara Hariss pentru funcționalitate și scara Matta pentru examenul radiologic. La un recul mediu de $49,6 \pm 2,4$ luni, conform scării Haris, rezultate excelente au fost determinate la 71,4% pacienți (ÎÎ 53,7%-85,4%), bune la 5,7% (ÎÎ 0,7%-19,2%), satisfăcătoare la 14,3% (ÎÎ 4,8%-30,3%) și nesatisfăcătoare la 8,6% (ÎÎ 1,8%-23,1%).

După Matta rezultate excelente au fost stabilite la 63,9% (ÎÎ 45,4%-80,8%) din pacienți, bune – 11,1% (ÎÎ 2,2%-25,8%), satisfăcătoare – 22,6% (9,6%-41,1%) și nesatisfăcătoare – 2,8% (ÎÎ 0,1-9,7%). Este de menționat faptul că din toți cei 81 pacienți supuși cercetării, numai 36 au putut fi găsiți și investigați, fapt ce a creat un interval de încredere relativ mare. Din aceste considerente datele prezentate sunt preliminare, iar rezultatele definitive vor fi publicate adăugător.

Concluzii

1. Fractura acetabului cel mai frecvent survine din cauza accidentelor de circulație și catatraumatismelor, se întâlnesc cu o pondere majoră la bărbați, locuitori ai mediului urban, cuprinși între vârsta 31-40 ani.

2. Analiza eficacității tratamentului chirurgical la distanță a stabilit o pondere maximă pentru rezultatele funcționale și radiologice apreciate drept excelente.

Bibliografie

1. A. Laird, J.F. Keating. A 16-year prospective epidemiological study. JBJS-Br, Vol.87-B, Issue 7, pag. 969-973.
2. Proca E. – Tratat de patologie chirurgicală. Vol III. Editura Medicală, București 1998.
3. Muller M. E. – Manual of internal fixation-pelvis and acetabulum, Springer Verlag 1991.
4. Georgescu N. – Ortopedie – Traumatologie, Iași 1996
5. T. Judet, P. Piriou, W. Graff - **Fracture du Cotyle et Voie d'Abord Ilio-inguinale**
6. **Joel M. Matta** - Les voies d'abord chirurgicales des fractures du cotyle et du bassin.
7. Judet R., Judet J., and Letournel E.: Fractures of the acetabulum, classification and surgical approaches for open reduction. J. Bone and Joint Surg., 46-A : 1615-1646, Dec. 1964.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL FRACTURILOR COLULUI CHIRURGICAL A HUMERUSULUI

Vitalie Chirilă

Catedra Ortopedie - Traumatologie și Chirurgie de Campanie

Summary

Operativ treatment of humerus surgical neck fractures

This article pays attention of orthoped traumatologists to the problems link to the surgical treatment of humerus surgical neck and also the worse results obtained because of important anatomic structures traumatism during operative treatment, and late beginig of phisiotherapeutic treatment.

Rezumat

Acest articol tinde să readucă în atenția medicilor ortopezi-traumatologi problemele legate de tratamentul chirurgical al fracturilor colului chirurgical al humerusului proximal, precum și rata crescută a rezultatelor modeste obținute și datorită traumatizării intraoperatorii a structurilor anatomice importante de la nivelul articulației umărului cât și amînării începerii tratamentului de recuperare.

Actualitatea temei

În ultima perioadă se observă o creștere sporită a interesului medicilor ortopezi-traumatologi pentru patologia traumatică a articulației umărului și în special pentru fracturile colului chirurgical al humerusului. Specific pentru această regiune sunt diferitele tipuri de leziuni ceea ce face să apară greșeli de diagnosticare cât și dificultăți în alegerea celei mai bune metode de tratament.(9)

Tratamentul conservativ rămîne a fi alegerea de bază în tratamentul fracturilor stabile impactate și cu deplasare minimă a colului chirurgical a humerusului proximal Neer cu 1-2 părți care sunt mult mai comune(80%)(11), iar prin indicarea fizioterapiei și mobilizarea precoce a articulației tindem să obținem rezultate funcționale satisfăcătoare (5).

În majoritatea studiilor este preferabilă fixarea chirurgicală a fracturilor instabile a humerusului superior cu deplasare mai mult de 1 cm și angulare peste 45 grade, calificate fiind ca fracturi cu impactare substanțială în valgus.(5). Tratamentul chirurgical a fracturilor instabile a colului chirurgical al humerusului proximal cuprinde un spectru larg de tehnici chirurgicale, unele dintre ele chiar controversate, deoarece apar o serie de întrebări ce țin de abordul chirurgical, tipul de fixator metalic care va fi utilizat care trebuie să asigure o fixare stabilă ce va permite postoperator începerea tratamentului de reabilitare cât mai precoce.(3,9).