

patologii este chirurgical. Radioterapia se admite numai în cazuri excepționale, anatomic inaccesibile metodelor invazive.

### **Bibliografie**

1. Ando A., Hatori M., Hosaka M., Hagiwara J., Kita A., Itoi E. Eosinophilic granuloma arising from the pelvis in children: a report of three causes. Ups. J. Med. Sci. 2008; 113 (2): 209-16
2. Bayram A. S., Köprücüoğlu M., Filiz G., Gebitekin C. Case of solitary eosinophilic granuloma of the sternum. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2008; 56(2):117-8.
3. Corby R. R., Stacy G. S., Peabody T. D., Dixon L. B. Radiofrequency ablation of solitary eosinophilic granuloma of bone. A.J.R. Am. J. Roentgenol. 2008; 190 (6):1492-4
4. Golla S. K., Kavanagh E. C. MRI, CT, scintigraphic and histological features of a vanishing scapular eosinophilic granuloma. Ir. J. Med Sci. 2009; 178 (1): 107-10
5. Goto T., Nemoto T., Ogura K., Imanishi J., Hozumi T., Funata N. Eosinophilic granuloma of the capital femoral epiphysis. J. Pediatr. Orthop. B. 2011; 20(3):157- 61.
6. Jiang X., Tang X., Wang D., Chen X., Liu L. Diagnostic and treatment of eosinophilic granuloma of long bones in children. Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2011, 25 (6):653-5
7. Lichtenstein L. Histiocytosis "X" (Eosinophilic granuloma of bone, Letterer – Siewe disease and Schüller – Christian disease). Further observations of pathological and clinical importance. J. Bone Jt Surg. 1964; 46A: 76-90
8. Pană I., Voinea A., Roventă N., Filipescu F., Gorun N., Vlădăreanu M., Tumorile osului. București, 1984: 183-185.
9. Wang Y. F., Shen J. N., Wang J., Huang G., Xie X.B. Eosinophilic granuloma of bilateral humerus with unusual diagnostic process. Fetal Pediatr. Pathol. 2011; 30(6): 380-386.
10. Виноградова Т. П. Опухоли костей. Москва, 1976: с. 284-288
11. Волков М. В. Болезни костей у детей. Москва, 1985: с. 252-268.
12. Зацепин С. Т. Костная патология взрослых. Москва, 2001: с.175-177.

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL BOLNAVILOR CU SECHELE CICATRICIALE POSTCOMBUSTIONALE ÎN REGIUNEA LOCOMOTORULUI**

**Octavian Cirimpei<sup>1</sup>, Ion Marin<sup>2</sup>**

1. IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie MS , Republica Moldova;
2. Catedra de Ortopedie și Traumatologie USMF „N. Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The surgical treatment of patients with postburn scar sequela at the locomotor apparatus***

The research includes a lot consisting of 286 patients with post-burn sequel in the locomotors system, undergoing various plastic surgery methods in the Clinical Hospital of Traumatology and Orthopedics. The study of the clinical manifestations of the post-combustion cicatrix in the locomotors system and of the efficiency of the surgical treatment depending on the scar localization was done in premiere in the Republic of Moldova. It is for the first time that the expanded tissues were exposed to additional polarized polychromatic incoherent light treatment, with histological and electronic microscopic research applied during the treatment. The problem discussed is the appreciation of the applicability of the surgical treatment of post-burn scars depending on the localization and the degree of manifestation as well as the benefit of complimentary phototherapy and its impact on the quality of the tissues expanded. The research brought sufficient supportive arguments and confirmations of the practical efficiency of the polarized polychromatic incoherent light therapy in comparison with traditional approach.

Different principles of the surgical treatment were implemented in the practical activity thorough various plastic methods.

### **Rezumat**

Studiul a inclus 286 bolnavi cu sechele postcombustionale la locomotor, tratați prin diverse procedee plastice în Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie. Pentru prevenirea complicațiilor postoperatorii, a fost elaborată o metodă de pregătire a tegumentelor pentru plastic ulterioară prin procedeul de dermatensie dirijată. Obiectivul de cercetare: estimarea rezultatelor tratamentului chirurgical al sechelelor cicatriciale postcombustionale în funcție de localizare și metoda operatorie aplicată. Au fost studiate manifestările cicatriciale postcombustionale la locomotor și eficiența tratamentului chirurgical în dependență de localizarea acestora. În premieră, țesuturile expandate tradițional au fost supuse tratamentului adjuvant cu lumină polarizată policromată incoerentă, apoi examinate histologic și prin microscopie electronică. Studiul a confirmat utilitatea și prioritatea terapiei complementare cu lumină polarizată policromată incoerentă, comparativ cu metoda tradițională.

### **Întroducere**

Cele mai frecvente patologii cicatriciale sunt provocate de consecințele combustiiilor, care, de regulă, predomină la locomotor. Cicatricile provoacă diformități și redori, limitând funcția extremităților afectate și complicând chirurgia reparator-reconstructorie postcombustională [3, 10]. Specificul traumei termice la nivelul zonelor funcționale active generează cicatrici cheloide și hipertrofice, care adesea recidivează. Cicatricile hipertrofice reprezintă 78,6-87,8%, iar cele cheloide 12,1-21,5% [1, 2, 8]. Retracțiile cicatriciale sunt cele mai frecvente sechele postcombustionale, cauzate de contracția țesuturilor moi în urma vindecării plăgilor. Bridele cicatriciale se evidențiază, de regulă, pe pliurile de flexie articulară sau în zonele cu exces cutanat: regiunile gâtului, axilară, poplitee, cubitală etc. [5, 6, 7, 9]. Succesele obținute în profilaxia complicațiilor funcționale au lărgit aplicabilitatea intervențiilor reconstructive din plan de reabilitare funcțională, până la cel estetic [4, 7, 10]. Din aceste considerente, se menționează utilizarea tot mai frecventă a expansiunii tisulare, care limitează cel mai bine suprafața cicatricilor și reduce impactul asupra calității vieții bolnavilor [3, 8, 10]. În același timp, sunt evidențiate și insuccesele metodei, cauzate de compromiterea vasculară și ratele înalte de complicații postoperatorii [2, 7, 9, 10]. Tratamentul chirurgical a cicatricilor postcombustionale necesită următoarele soluții: alegerea metodei de plastic mai puțin traumatizantă, aprecierea optimă a indicațiilor pentru fiecare metodă, elaborarea indicilor de aplicare a metodelor de plastic în funcție de localizarea și dimensiunea defectului, vechimea cicatricei și structurile anatomice a segmentelor locomotorului implicat.

### **Scopul**

Ameliorarea rezultatelor tratamentului chirurgical a redorilor și sechelelor cicatriciale postcombustionale prin diferite procedee chirurgicale plastice, realizat prin: 1) Analiza evoluției clinice și determinarea variantelor optimale de intervenții chirurgicale, elaborarea indicațiilor și specificului în funcție de dimensiune, localizare și gradul de manifestare; 2) Estimarea eficienței expunerii țesuturilor expandate la lumină polarizată policromată incoerentă prin studiu electrono-microscopic comparativ a tegumentelor expandate tradițional și în asociere cu fototerapie adjuvantă; 3) Evaluarea rezultatelor tratamentului chirurgical a sechelelor postcombustionale la locomotor, evidențierea celor mai eficiente metode de reabilitare funcțională și estetică.

### **Material și metode**

În lucrare au fost examinate rezultatele tratamentului la 286 bolnavi cu diverse sechele cicatriciale postcombustionale la locomotor. Pentru exhaustivitate, pacienții au fost divizați în 3

loturi în funcție de localizare: Membrul superior și regiunea axilară (n=138); Trunchi și gât (n=70); Membrul inferior și perineu (n=78). Fiecare lot, la rândul său, a fost divizat în două subloturi în funcție de numărul de localizări: solitar sau multiplu. Loturile de pacienți au fost estimate la etapele preoperatorie, postoperatorie și peste 1 an după tratamentul chirurgical.

Evaluarea pacienților cu diformități cicatriciale s-a efectuat în conformitate cu scala universală de apreciere a cicatricilor (SUAC, 2006), scala de apreciere a gradului de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului (BSHS-R, 1994), scorul de apreciere a rezultatului final de tratament la membrul superior (UCLA, 1986), sistemul de apreciere a disfuncției membrului inferior (OBERG, 1994). Rezultatele tratamentului au fost analizate în funcție de tipul intervenției chirurgicale în fiecare grup de pacienți.

Examenul histologic și electrono-microscopic a fost realizat pe 6 bolnavi: 3 probe de țesut fiziologic neexpandat; 3 probe de țesut expandat tradițional; 3 probe de țesut expandat expus suplimentar la lumina polarizată policromată incoerentă. Fototerapia s-a realizat zilnic, începând din ziua a doua după implantare până la sfârșitul expansiunii (Hotărârea AGEPI în Republica Moldova de acordare a brevetului de invenție cu nr. 7001 din 14.12.2011). Țesuturile supuse tratamentului complementar au fost examinate după expansiunea dirijată și la distanță - peste un an după inserarea lamboului expandat.

Am aplicat diverse procedee chirurgicale: Metoda de excizie și plastie concomitentă cu țesuturi locale prin avansare (EPDA) - 33 (11,5%) cazuri; Metoda de excizie și plastie cu lambouri fascio-cutanate expansionate dirijate (EPDD) - 94 (32,9%) cazuri; Metoda inciziei sau exciziei cicatricilor și substituirii defectelor prin grefare (EPG) - 82 (28,7%) cazuri; Metoda de excizie și plastie cu lambouri locale fascio-cutanate prin transpoziție (EPLT) - 59 (17,1%) cazuri; Metoda de excizie și plastie prin transpoziție și grefare - plastie combinată (EPC) - 21 (7,3%) cazuri; Metoda de plastie cu lambouri vascularizate, prelevate din vecinătate sau de la distanță (EPV) - 7 (2,5%) cazuri.

### **Rezultate și discuții**

Membrul superior a fost implicat în procesul cicatricial postcombustional la 48,3% pacienți din studiul nostru, membrul inferior și regiunea perineului - la 27,2% pacienți, gâtul și trunchiul - la 24,5% pacienți. Stigmele postcombustionale au fost observate preponderent în partea superioară a corpului - 193 (67,5%) de cazuri, implicând frecvent membrul toracic, trunchiul și gâtul. Mai rar, în 69 (24,1%) de cazuri, acestea erau localizate în partea inferioară a corpului - regiunea inghinală, perineu și membrul inferior. În 24 (8,4%) de cazuri stigmele postcombustionale aveau localizare generalizată - membrul superior, trunchi și membrul inferior. Vârsta medie a pacienților examinați ( $31,6 \pm 1,9$  ani) corespunde perioadei active, apte de muncă. Majoritatea cicatricilor (86,2%) au avut caracter hipertrofic, iar în 43,1% din cazuri pacienții prezentau și diformități cicatriciale.

Conform datelor literaturii de specialitate, redori în articulațiile membrului superior sunt constatate în 25-64,6% și redori de gambă în 4,1-20,2% din cazurile de cicatrizare patologică. Ulcerațiile cicatriciale popliteale, în cazul redorilor de gambă, sunt observate în 60-80% din cazuri. În studiul nostru, redorile la nivelul membrului superior au alcătuit 42,8%, redorile de gambă - 26,9% și cicatricile ulcerate - în 37,2% cazuri cu localizarea procesului cicatricial patologic la membrul inferior.

La pacienții cu vârsta cuprinsă între 15 și 40 de ani, EPC s-a aplicat în 18 (85,7%) cazuri, EPLT - în 33 (67,4%) de cazuri, EPDA - în 27 (84,4%) de cazuri și EPDD - în 71 (76,3%) de cazuri. EPG a fost efectuată la 43 (53,1%) de pacienți cu vârsta de până la 40 de ani și la 38 (46,9%) de pacienți cu vârsta de peste 41 de ani. Majoritatea cazurilor de EPV (6-60%) au fost efectuate la pacienții cu vârsta de peste 41 de ani.

Cel mai frecvent, 5 (50,0%) cazuri de cicatrici normotrofice și 83 (35,3%) cazuri de cicatrici hipertrofice, au fost supuse EPDD, 9 (52,9%) cazuri de cicatrici atrofice și 8 (38,1%) cazuri de cicatrici cheloide - EPG. Majoritatea defectelor estetice - 20 (52,6%) de cazuri, cicatricilor deformante - 32 (37,7%) de cazuri, masivelor cicatriciale - 17 (32,1%) cazuri,

cicatricilor retractile - 10 (41,7%) cazuri și hipercheratoze - 1 (0,3%) caz au fost supuse EPDD, majoritatea bridelor cicatriciale - 18 (35,3%) cazuri au fost supuse EPLT, majoritatea cicatricilor ulcerate - 25 (73,5%) cazuri au fost supuse EPG.

EPC a fost efectuată la bolnavii cu vârstă medie de  $25,9 \pm 2,8$  ani, vechimea medie a cicatricilor de  $28,2 \pm 3,4$  luni, suprafața medie a cicatricilor de  $113,1 \pm 26,3$  cm<sup>2</sup> și suprafața medie a cicatricilor excizate de  $21,2 \pm 5,5$  cm<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ). Procesul cicatricial, conform SUAC, era moderat pronunțat preoperator ( $20,3 \pm 0,5$  puncte), s-a ameliorat până la nepronunțat postoperator ( $12,1 \pm 0,5$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $9,8 \pm 0,1$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatriceal asupra calității vieții pacientului, apreciat în baza scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $2,8 \pm 0,6$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $11,8 \pm 1,3$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $20,8 \pm 0,7$  puncte;  $p < 0,05$ ).

EPLT s-a realizat la bolnavii cu vârstă medie de  $34,4 \pm 2,3$  ani, vechimea medie a cicatricei de  $26,8 \pm 2,4$  luni ( $p < 0,01$ ), suprafața medie a cicatricei de  $228,6 \pm 24,2$  cm<sup>2</sup> și suprafața medie a cicatricilor excizate de  $37,5 \pm 2,5$  cm<sup>2</sup> ( $p < 0,01$ ). Procesul cicatricial, conform SUAC, era sever preoperator ( $20,7 \pm 0,4$  puncte), s-a ameliorat până la nepronunțat postoperator ( $9,8 \pm 0,6$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $6,8 \pm 0,3$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului, conform scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $3,0 \pm 0,3$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $11,6 \pm 0,7$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $20,1 \pm 0,4$  puncte;  $p < 0,01$ ).

EPDA a fost executată la pacienții cu vârstă medie de  $27,7 \pm 2,2$  ani, vechimea medie a cicatricei de  $27,9 \pm 2,6$  luni, suprafața medie a cicatricei de  $113,3 \pm 19,1$  cm<sup>2</sup>, suprafața medie a cicatricii excizate de  $57,6 \pm 7,7$  cm<sup>2</sup>. Procesul cicatricial, conform SUAC, era sever preoperator ( $22,0 \pm 0,4$  puncte), s-a ameliorat până la moderat postoperator ( $10,8 \pm 0,8$  puncte;  $p < 0,05$ ) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $7,2 \pm 0,3$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului, conform scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $2,0 \pm 0,2$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $15,0 \pm 1,1$  puncte) și până la moderat peste un an după intervenția chirurgicală ( $20,1 \pm 0,8$  puncte;  $p < 0,05$ ).

EPDD a fost efectuată la pacienții cu vârstă medie de  $28,3 \pm 1,2$  ani, vechimea medie a cicatricei de  $32,1 \pm 2,3$  luni, suprafața medie a cicatricei de  $216,6 \pm 13,3$  cm<sup>2</sup>, suprafața medie a cicatricii excizate de  $129,9 \pm 10,7$  cm<sup>2</sup>. Procesul cicatricial, conform SUAC, era sever preoperator ( $21,4 \pm 0,3$  puncte), s-a ameliorat până la nepronunțat postoperator ( $10,1 \pm 0,4$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $9,1 \pm 1,2$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului, conform scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $3,2 \pm 0,3$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $14,3 \pm 0,5$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $24,1 \pm 0,3$  puncte;  $p < 0,05$ ).

EPG s-a realizat la pacienții cu vârstă medie de  $38,8 \pm 1,6$  ani, vechimea medie a cicatricei de  $22,4 \pm 1,6$  luni, suprafața medie a cicatricei de  $170,3 \pm 15,1$  cm<sup>2</sup>, suprafața medie a cicatricei excizate de  $78,6 \pm 7,1$  cm<sup>2</sup>. Procesul cicatricial, conform SUAC, era moderat preoperator ( $20,0 \pm 0,4$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $10,8 \pm 0,4$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $9,9 \pm 1,1$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului, conform scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $3,4 \pm 0,3$  puncte), s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $13,3 \pm 0,6$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $22,2 \pm 0,2$  puncte;  $p < 0,01$ ).

EPV a fost efectuată la pacienții cu vârstă medie de  $44,0 \pm 6,3$  ani, vechimea medie a cicatricei de  $26,0 \pm 5,2$  luni, suprafața medie a cicatricei de  $165,0 \pm 33,4$  cm<sup>2</sup>, suprafața medie a cicatricei excizate de  $98,9 \pm 28,4$  cm<sup>2</sup>. Procesul cicatricial, conform SUAC, era moderat preoperator ( $19,7 \pm 1,1$  puncte), s-a ameliorat până la nepronunțat postoperator ( $8,9 \pm 1,6$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $8,1 \pm 0,4$  puncte;  $p < 0,05$ ). Gradul de impact al procesului cicatricial asupra calității vieții pacientului, conform scalei BSHS-R, era extrem preoperator ( $3,8 \pm 0,9$  puncte) și s-a ameliorat până la pronunțat postoperator ( $13,5 \pm 1,2$  puncte) și peste un an după intervenția chirurgicală ( $20,9 \pm 0,8$  puncte;  $p < 0,05$ ).

## Concluzii

1. Conform datelor noastre sechelele cicatriciale postcombustionale ale locomotorului limitează funcția în 56,3% cazuri, cu implicarea preponderentă (48,3%) a membrului toracic. Cicatricile postarsură s-au prezentat predominant ca hipertrofice (83,2%), cu un proces cicatricial sever în cazul localizării la membrul pelvin, iar impactul asupra calității vieții pacientului fiind extrem în toate localizările. Preoperator funcția membrului toracic a fost redusă, iar disfuncția membrului pelvin – marcantă, chiar dacă acest segment anatomic a fost afectat mult mai rar (27,2%) decât membrul superior.
2. Datele obținute în urma lucrării efectuate denotă că reabilitarea chirurgicală a sechelelor cicatriciale postcombustionale ale locomotorului reprezintă un proces medico-biologic dificil, cu rezolvare etapizată în 47,9% din cazuri. Tratamentul operator efectuat a asigurat atât restituirea optimală funcțională cât și cea estetică.
3. Rezultatele cercetărilor noastre demonstrează că ultrastructura tegumentului expandat expus la tratament adjuvant cu lumină polarizată policromată incoerentă diferă de cel tensionat tradițional. Fototerapia complementară a contribuit la reacții compensatorii de adaptare a metabolismului intracelular și a atestat reacții mai pronunțate de ameliorare a vascularizării lamourilor dermice comparativ cu expandarea tradițională, unde sa-u determinat manifestări de procese degenerative instabile.
4. Conform datelor noastre evoluția procesului cicatricial și impactul asupra calității vieții pacienților s-au ameliorat după toate tipurile de intervenții chirurgicale aplicate cu respectiv  $50,2 \pm 18,6\%$  și  $70,5 \pm 18,3\%$ . Plastia vascularizată și plastia prin transpoziție a îmbunătățit mai important procesul cicatricial cu  $55,7 \pm 6,1\%$ , iar plastia prin avansare și plastia prin dermatensie și impactul asupra calității vieții pacienților cu  $80,9 \pm 6,1\%$ . Procedeele de expansiune dirijată și de plastie vascularizată sunt cele mai eficiente în plan de reducere a suprafețelor de cicatrici cu  $60,5 \pm 8,7\%$  și  $66,1 \pm 30,6\%$ , respectiv, înlocuind defectele cu țesut de calitate identică cu cel adiacent. Plastia vascularizată și plastia prin avansare s-a dovedit a fi mai eficientă în plan funcțional, ameliorând funcția membrului toracic cu  $56,3 \pm 9,4\%$ , iar plastia combinată și plastia prin expansiune dirijată funcția membrului pelvin cu  $55,1 \pm 6,4\%$ .
5. În urma analizei datelor obținute am elaborat managementul de reabilitare medicală și socială a bolnavilor cu consecințe cicatriciale postcombustionale la aparatul locomotor, confirmat prin rezultatele tratamentului chirurgical aplicat, care poate fi utilizat în instituțiile medicale ce sunt implicate în tratamentul bolnavilor cu leziuni termice și sechelele lor.
6. În baza rezultatelor cercetării efectuate în lucrarea dată considerăm, că în perspectivă este necesară continuarea cercetărilor în acest domeniu și în special studierea particularităților reabilitării multicompartimentale și polidirecționale ale bolnavului ars.

## Bibliografie

1. Argilova M., Hadjiski O., Victorova A. Non-operativ treatment of hypertrophic scars and Keloids after burns in children. Ann. Burns Fire Disasters. 2006, vol. 19, no. 2, p. 80-87.
2. Barbour J.R., Schweppes M. Lower-extremity burn reconstruction in the child. Journal Craniofacial Surgery. 2008, vol. 19, no. 4, p. 976-988.
3. Balasubramani M., Kumar T., Babu M. Skin substitutes: a review. Burns. 2001, vol. 27, p. 534-544.
4. Berman B., Viera M.H., Amini S. Prevention and management of hypertrophic scars and keloids after burns in children. J. Craniofac Surg. 2008, vol. 19, no. 4, p. 989-1006.
5. Cirimpei O. Actualități în tratamentul cicatricilor postcombustionale la locomotor. Arta Medica. 2008, nr. 4, p. 25-31.
6. Gangemi E.N. Epidemiology and risk factors for pathologic scarring after burn wounds. Arch. Facial Plast. Surg. 2008, vol. 10, no. 2, p. 93-102.
7. Lee D.F. Rehabilitation of the burn patient. ACS Surgery: Principles and Practice Rehabilitation of the Burn Patient. 2004, p. 1-8.

8. Lykoudis E.G., Seretis K., Ziogas D.E. Tissue expansion and latissimus dorsi transfer for arm-thorax synechia reconstruction. J. Burn Care Res. 2011, vol. 32, no. 2, p. 15-20.
9. Pasyk K.A. Electron microscopic evaluation of guinea pig skin and soft tissues "expanded" with a self-inflating silicone implant. Plast. Reconstr. Surg. 1982, vol. 70, no. 1, p. 37-45.
10. Spanholtz T., Theodorou P., Amini P. Severe burn injuries: acute and long-term treatment. Dtsch. Arztebl. Int. 2009, vol. 106, no. 38, p. 607-613.

## **TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL DIFORMITĂȚILOR SECUNDARE PROCESELOR NEOPLAZICE VERTEBRALE**

**Nicolae Caproș, Ion Mereuță, Andrei Olaru**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Catedra Ortopedie și Traumatologie

### **Summary**

#### *Surgical treatment of deformities secondary to vertebral tumor*

Analysing the surgical treatment results of 29 patients with vertebral deformities secondary to tumor operated with posterior instrumentation.

### **Rezumat**

S-au analizat rezultatele tratamentului chirurgical la 29 bolnavi cu diformități cifotice și cifoscoliotice vertebrale de origine neoplazică. Vârsta pacienților: de la 18 până la 53 ani, cu media de  $34,8 \pm 2,4$  ani, persoane de gen feminin - 12, masculin - 17. Tumori primare vertebrale au fost 11, metastatice - 18. Dereglări neurologice sub formă de parapareză inferioară au avut loc la 6 pacienți preoperator.

### **Obiective**

Tratamentul chirurgical actual al diformităților vertebrale cuprinde metode de corecție efectuate la sectoarele anterioare sau posterioare ale coloanei vertebrale cu diferite sisteme de fixare.

Metodele de corecție și stabilizare posterioară a diformităților vertebrale permit o corecție intraoperatorie la 60-65% cu păstrarea sau restabilirea curburilor fiziologice vertebrale. Aceste metode permit corecția tridimensională a diformității și asigură o stabilizare fermă a coloanei vertebrale. Abordurile dorsale la structurile anatomice posterioare sunt mai puțin traumatice pentru formațiunile anatomice din regiune, ceea ce prezintă un risc minor de dezvoltare a complicațiilor.

La planificarea intervenției chirurgicale, bazată pe conceptul de diformitate tridimensională se integrează modelul general al diformităților cu asocieri de componente: cifoasă, lordoasă și scolioasă, tipul distrucției tumorale.

Metodele chirurgicale de tratament al afecțiunilor neoplazice vertebrale au început să se dezvolte relativ nu demult de rând cu apariția metodelor moderne imagistice ca TC regim 3D, IMR, dezvoltarea anesteziologiei și resuscitării contemporane, implementarea în practică a metodelor moderne de rahisinteză și implantelor bioinerte de substituție a corpului vertebral.

Tratamentului chirurgical au fost supuși 29 bolnavi cu diformități cifotice și cifoscoliotice vertebrale de origine neoplazică. Vârsta pacienților: de la 18 până la 53 ani, cu media de  $34,8 \pm 2,4$  ani, persoane de gen feminin- 12, masculin- 17. Tumori primare vertebrale au fost 11, metastatice - 18. Dereglări neurologice sub formă de parapareză inferioară au avut loc la 6 pacienți preoperator.

Stabilizare din abord anterior s-a efectuat la 6 bolnavi, din posterior la 23. Corpectomie anterioară s-a efectuat la 3 bolnav, corporodeză cu implant din ceramică - 2, decompresie posterioară prin laminectomie - 12 cazuri, hemilaminectomie - 10, tumorectomie la 2 persoane.