

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL LUXAȚIILOR ȘI FRACTURILOR. LUXAȚII ALE OASELOR CARPIENE

Dumitru BUZU, Ion VACARCIUC,
Sergiu URSU, Dumitru MAFTEI,
IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie

Summary

Treatment of Dislocations and Dislocations. Fractures of Carpal bone

43 patients with dislocation and dislocation – fracture of carpal bones were treated. There were 22 patients with acute injuries and 21 patients with old ones. In 37,2% of cases injuries of carpal bones were combined with fractures of oticular bones forming wrist joint. In 41.9% of cases neurologic deficit was detected. In acute trauma close manual reduction was indicated. In old injuries two – spet treatment was recommended. Good and satisfactory result were achieved in 90,3% of cases.

Keywords: carpal bones, dislocation, fracture.

Резюме

Лечение вывихов и перелома-вывихов костей запястья

В работе излагаются результаты лечения 43 больных с вывихами и перелома-вывихами костей запястья: у 22 из них были свежие повреждения, у 21 – застарелые повреждения (от 2-х недель и более). Хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты в 28 (90,3%) случаях.

Ключевые слова: кости запястья, вывих, перелома-вывих.

Introducere

Leziunile articulației pumnului reprezintă 25–35% din toate cazurile de traumatism al mâinii, sunt diagnosticate tardiv sau în general nu se depistează [1, 2, 5, 8]. Insuficiența de competență a traumatologilor-ortopezi și adresarea tardivă a pacienților la medic, cauzele erorilor diagnostice în 31,4–70,0% din cazuri [1, 3, 4] argumentează necesitatea aprofundării studiului leziunilor articulației pumnului.

Ponderea înaltă a traumatismului printre persoanele de vârstă tânără, dereglările funcționale importante ale articulației pumnului, scăderea capacității de muncă, soluționarea insuficientă a problemelor de diagnostic și tratament chirurgical generează un șir de probleme socioeconomice, care explică actualitatea crescută a problemei traumatismelor oaselor carpiene și atenția specialiștilor de chirurgie a mâinii din întreaga lume.

Tactica de tratament al luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene este în corelație directă cu caracterul leziunii și perioada de timp de la momentul traumatismului [1, 2, 7, 8]. Astfel, în luxații și fracturi-luxații închise recente majoritatea autorilor recomandă reducerea ortopedică manuală [8].

Indicațiile pentru tratamentul chirurgical includ: luxațiile și fracturile-luxații primar ireductibile, eșecul reducerii ortopedice, deplasarea fragmentelor osului scafoid după reducerea închisă a luxațiilor perilonare transnaviculare, luxațiile și fracturile-luxații învechite ale oaselor carpiene [5-8].

Concomitent cu succesele obținute în tratamentul acestor leziuni, până în prezent nu sunt concretizate indicațiile pentru aplicarea diverselor tehnologii chirurgicale ale luxațiilor și fracturilor-luxații ireductibile, vechi, la fel etapizarea și componentele intervențiilor chirurgicale. Având în vedere dificultățile tehnice în reducerea deschisă a luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene, majoritatea autorilor pledează pentru reducerea în două etape a componentelor leziunii [1, 7, 8]. În prima etapă se folosește procedeul de ligamento-capsulotaxis al articulației pumnului, cu aplicarea fixatorului Ilizarov sau a fixatoarelor altor autori [4, 7, 8]. În etapa a doua se efectuează reducerea deschisă a componentelor luxației sau a fracturii-luxații și reducerea fragmentelor osului scafoid.

La momentul actual nu există un procedeu universal de ligamento-capsulotaxis, deși mulți savanți menționează necesitatea relaxării ligamentare adecvate a articulației pumnului pentru reducerea cu succes a luxației osului semilunar [7, 8]. Mai mult, nu este determinată mărimea distracțiunii optime a articulației pumnului în fixatorul extern pentru reducerea atraumatică a luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene, nu se detalizează calea de acces în funcție de caracterul leziunii și perioada de timp expirată de la momentul traumatismului.

Scopurile studiului:

1. Cercetarea cauzelor producerii leziunilor oaselor carpiene, ale greșelilor de diagnostic și clinice; a evoluției și prognosticului în funcție de timpul diagnosticării și metodele de tratament efectuat.

2. Determinarea mărimii distracțiunii optime a articulației pumnului în fixator extern, pentru reducerea luxațiilor și a fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene.

Material și metode

În secția Chirurgia Mâinii a IMSP SCTO, în perioada 2009–2013, la 43 de pacienți [37 (86,0%) bărbați și 6 (14,0%) femei] au fost diagnosticate luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene. Gradul I al luxațiilor și fracturilor-luxații s-a determinat în 28 (65,1%) de cazuri și gradele II-III – în 15 (34,9%) cazuri.

Luxații ale oaselor carpiene prezentau 15 (34,9%) pacienți, inclusiv 10 (23,3%) – luxații perilunare ale mâinii și 5 (11,6%) – luxații ale osului semilunar.

Fracturi-luxații ale oaselor carpiene au fost înregistrate la 28 (65,1%) de pacienți: fracturi-luxații perilunare transnaviculare – la 24 (55,8%), fracturi-luxații perilunare transnaviculare transpiramidale – la 3 (7%) și fracturi-luxații perilunare transnaviculare transcapitate – la 1 (2,3%) pacient. Fracturi-luxații ale oaselor carpiene de gradul I s-au depistat la 18 (27,4%), iar de gradele II-III – la 10 (11,6%) pacienți.

În studiul nostru, mecanismul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene, în marea majoritate a cazurilor, a fost indirect (39 – 90,7% pacienți) și doar la 4 (9,3%) s-a constatat un mecanism direct. Cauza traumatismului în 21 (48,9%) de cazuri era căderea de la înălțime mai mare de 2,5 metri, în 9 (21%) cazuri – traumatismul habitual, în 7 (16,3%) cazuri – accidentul rutier, în 4 (9,2%) – traumatismul industrial și în 2 (4,6%) cazuri – traumatismul sportiv. Cauzele leziunilor învechite în luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene sunt în 15 (34,9%) cazuri erorile de diagnostic, în 6 (14,0%) – erorile de tratament, în 1 (2,3%) caz – adresarea tardivă și în 8 (18,6%) cazuri – leziunile asociate.

Eroarea principală în diagnosticul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene este interpretarea eronată a datelor radiologice și efectuarea examenului radiologic într-o singură incidență, de regulă, anteroposterioară. Examenul radiologic primar al articulației pumnului la etapa prespitalicească s-a efectuat la 42 (97,7%) de pacienți, însă la 15 (35,7%) dintre aceștia leziunea nu a fost diagnosticată.

Lipsa reducerii ortopedice, ca eroare în tratamentul luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene, s-a constatat în 6 (20,0%) cazuri.

Dereglări de sensibilitate în zona inervării nervului median, cauzate de compresia osului semilunar asupra țesuturilor moi și asupra acestui nerv, noi am depistat la 18 (41,9%) pacienți.

Pentru precizarea diagnosticului, a fost efectuată radiografia articulației pumnului în incidențele laterală și anteroposterioară. În toate cazurile, în incidența laterală am determinat imagini clare ale schimbărilor topografo-anatomice ale oaselor carpiene, dar ar fi incorect să afirmăm că incidența anteroposterioară este mai puțin informativă.

Am studiat radiogramele mâinii în proiecția anteroposterioară la 30 de pacienți fără patologie a articulației pumnului și la 30 de bolnavi cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene, calculând raportul dintre lungimea osului capitat (C) și distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a osului radial (L) în axul metacarpianului III. Prin raportul mărimii C la mărimea L, am calculat un coeficient egal în normă cu $1,58 \pm 0,03$ ($P < 0,001$). La pacienții cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene din studiul nostru, acest coeficient crește în medie până la $3,0 \pm 0,2$ ($P < 0,001$) pe contul micșorării mărimii L.

Coeficientul se modifică în funcție de tipul și gradul leziunii: în luxații perilunare de gradul I constituie în medie $2,3 \pm 0,1$ ($P < 0,001$), în luxațiile osului semilunar – $2,5 \pm 0,1$ ($P < 0,001$), în fracturi-luxații de gradul I – $3,4 \pm 0,3$ ($P < 0,001$) și în fracturi-luxații de gradele II-III – $3,2 \pm 0,2$ ($P < 0,001$).

Majorarea acestui coeficient este depistată nu numai în luxații totale ale osului semilunar, dar și în subluxații; el poate fi folosit pentru diagnosticarea leziunilor și pentru determinarea eficienței reducerilor ortopedice și chirurgicale ale componentelor leziunii.

Micșorarea distanței dintre lanțul proximal și cel distal al articulației pumnului corelează cu tonusul mușchilor antebrațului și al complexului capsulo-ligamentar articular puternic. Astfel, creșterea raportului lungimii osului capitat către distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a osului radial la mâna traumatizată are o importanță practică majoră pentru distracția articulației pumnului în leziunile învechite.

În determinarea mărimii optime a distracției articulației pumnului, care ar permite reducerea atraumatică a luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene am aplicat argumentarea matematică. Astfel, noi am stabilit că pentru reducerea atraumatică a luxațiilor perilunare de gradul I din studiul nostru este necesară o distracție articulară de $12,2 \pm 0,3$ mm ($P < 0,001$), în luxațiile osului semilunar – de $21,6 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$), în fracturi-luxații de gradul I – de $15,0 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$) și în fracturi-luxații de gradele II-III – de $24,0 \pm 0,7$ mm ($P < 0,001$).

Semnul radiologic de finisare a distracției articulației pumnului în fixator extern este diastaza dintre suprafața articulară a osului radial și capul osului capitat pe clișeu anteroposterior: pentru luxații perilunare de gradul I – $22,3 \pm 0,9$ mm ($P < 0,001$), pentru luxațiile osului semilunar – $31,4 \pm 1,0$ mm ($P < 0,001$), pentru fracturi-luxații de gradul I – $22,9 \pm 0,5$ mm ($P < 0,001$) și pentru fracturi-luxații de gradele II-III – $32,2 \pm 0,6$ mm ($P < 0,001$).

În studiu am analizat experiența tratamentului chirurgical a 43 de pacienți cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene. Eșecul reducerii ortopedice a luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene, cauzat de adresarea tardivă (16 – 35,7% pacienți), deplasarea fragmentelor osului scafoid după reducerea fracturilor-luxații perilunare transnaviculare (5 – 14,9% pacienți), leziunile perilunare învechite (22 – 52,4% pacienți) au constituit indicațiile pentru tratamentul chirurgical.

Reducerea deschisă a componentelor luxațiilor și fracturilor-luxații ale oaselor carpiene s-a aplicat la 38 (88,3%) de pacienți, inclusiv reducerea deschisă într-o etapă la 21 (48,8%) și reducerea deschisă în două etape, cu utilizarea fixatorului extern pentru distracția articulației, la 17 (39,5%) pacienți.

Tratamentul luxațiilor și fracturilor-luxații învechite ale oaselor carpiene prezintă dificultăți din cauza retracției aparatului musculo-tendinos, proce-

sului cicatriceal pronunțat și contracturii în articulația pumnului, uneori și a degetelor. Reducerea deschisă într-o etapă a luxației și a fracturii-luxații învechite, cu înlăturarea cicatricelor, produce o traumatizare suplimentară și reduce eficiența tratamentului. Din aceste motive, pacienții cu luxații și fracturi-luxații învechite ale oaselor carpiene necesită tratament chirurgical în două etape: în prima etapă se efectuează ligamento-capsulotaxisul articulației pumnului în fixatorul Ilizarov, iar în a doua – reducerea deschisă a componentelor luxației sau fracturii-luxații ale oaselor carpiene.

Distracția articulației pumnului o începem a doua zi după operație, cu câte 2 mm pe zi în două prize, la interval de 12 ore. Mărimea distracției articulației pumnului se determină individual, după procedeul propus de noi. Finisarea distracției a fost verificată radiologic. Conform rezultatelor obținute, în timpul distracției articulației pumnului se micșorează sindromul dolo și edemul mâinii, se ameliorază sensibilitatea degetelor.

Rezultate și discuții

Examenul postoperatoriu al pacienților cu luxații și fracturi-luxații ale oaselor carpiene s-a efectuat la 37 (86,0%) de pacienți în medie la 34,3±4,3 luni (de la 4 la 84 de luni). Analiza rezultatelor funcționale la distanță a remarcat ameliorarea funcției mâinii traumatizate și a articulației pumnului.

Rezultatele tardive, apreciate conform scorului Krimmer H. (2000), în majoritatea cazurilor (34 – 91,9% pacienți) erau pozitive. Rezultate excelente am obținut la 8 (21,6%), rezultate bune – la 23 (62,2%), rezultate moderate – la 3 (8,1%) și rezultate nesatisfăcătoare – la 3 (8,1%) pacienți.

Pacienții cu luxații și fracturi-luxații recente ale oaselor carpiene, rezolvate prin reducere deschisă într-o etapă, au prezentat rezultate excelente în 5 (25,0%) cazuri, bune – în 14 (70,0%) cazuri și rezultate moderate – în 1 (5%) caz.

La pacienții cu luxații și fracturi-luxații învechite, care au beneficiat de tratament chirurgical în 2 etape, rezultate excelente am căpătat la 3 (21%) pacienți, rezultate bune – la 7 (58,0%), rezultat moderat – la 1 (7,7%) pacient și rezultate nesatisfăcătoare – la 2 (15,4%) pacienți.

În cazul fracturilor-luxații învechite cu aplicarea procedurii de artrodeză selectivă, rezultat bun a fost constatat la 2 pacienți, rezultat moderat – la 1 și rezultat nesatisfăcător – la 1 pacient.

Rezultatele nesatisfăcătoare sunt determinate de gravitatea leziunii, de perioada îndelungată de consolidare a fragmentelor osului scafoid și de artroza deformantă a articulației pumnului, care au dus la formarea contracturii în articulația pumnului, la micșorarea amplitudinii mișcărilor și forței de prehensiune a mâinii traumatizate.

Concluzii

1. Determinarea coeficientului lungimii osului capitat către distanța dintre capul osului capitat și suprafața articulară a radiusului are o importanță practică majoră în luxații și fracturi-luxații învechite ale oaselor carpiene. Pentru reducerea atraumatică a luxațiilor perilunare învechite, este necesară o distracție articulară de 12,2±0,3 mm, a luxațiilor osului semilunar – de 21,6±0,9 mm, a fracturilor-luxații de gradul I – de 15,0±0,9 mm și a fracturilor-luxații de gradele II-III – de 24,0±0,7 mm.

2. Semnul radiologic de finisare a distracției articulației pumnului cu fixator extern este diastaza de 22,3±0,9 mm dintre suprafața articulară a osului radial și capul osului capitat pe radiograma antero-posterioară pentru luxații perilunare, de 31,4±1,0 mm – pentru luxații ale osului semilunar, de 22,9±0,5 mm – pentru fracturi-luxații de gradul I și de 32,2±0,6 mm – pentru fracturi-luxații de gradele II-III.

3. Luxațiile și fracturile-luxații recente ale oaselor carpiene (cu o durată de până la 2 săptămâni de la traumatism) necesită reducere deschisă, cu aplicarea abordului dorsal în luxații și a abordului volar prin teaca tendonului flexor radial al carpulului în fracturi-luxații. În afecțiunile învechite (peste 2 săptămâni de la traumatism), se practică tratament chirurgical în 2 etape, cu distracția articulației în fixator extern în medie cu 13,6±0,3 mm pentru leziuni de gradul I și cu 22,8±0,6 mm pentru leziuni de gradele II-III, cu reducere ulterioară deschisă prin abord dorsal.

Bibliografie

1. Herzberg G., Forissier D. *Acute dorsal trans-scaphoid perilunate fracture-dislocations: medium – term results*. In: Journal of Hand Surgery, 2002, vol. 27B; nr. 6, p. 498-502.
2. Melone C.P., Murphz M.S., Raskin K.B. *Perilunate injuries: repair by dual dorsal an volar approaches*. In: Hand Clinics, 2000, nr. 16, p. 439-448.
3. Sotereanos G.G., Mitsionis G.J., Ginnakopoulos P.N., Tomaino M.M., Herndon J.H. *Perilunate dislocation and fracture dislocation a critical analysis of the volar-dorsal approach*. In: Journal of Hand Surgery, 1997; vol. 22A, p. 49-56.
4. Анисимов В.Н., Лунин С.А., Строганов А.Б. *Новые методы лечения вывихов костей запястья*. В: Нижегородский медицинский журнал, 2004, №1.
5. Волкова А.М. *Хирургия кисти*. Екатеринбург, 1996, т. 3, 206 с.
6. Губочкин Н.Г., Шаповалов В.М. *Избранные вопросы хирургии кисти*. СПб.: ООО Интерлайн, 2000, 112 с.
7. Лунин С.А. *Диагностика и лечение застарелых вывихов костей запястья*. Автореф. дис. канд. мед. наук, Нижний Новгород, 2004.
8. Магдиев Д.А. *Лечение вывихов и переломовывихов костей запястья*. В: Вестник Российского Государственного Медицинского Университета, 2005, №7(46), с. 20-24.

Dumitru Buzu

Tel.: 069142350

E-mail: dumitrubuzu@mail.ru