

19. S. Thomas. *Treatment rheumatoid forefoot*. In: J. Bone Joint Surg. Am., 2006, nr. 88, p. 149-157.
20. Thomas S., Kinninmonth A., Kumar C.S. *Long term results of the Modified Hffman procedure in the rheumatoid forefoot*. In: J. Bone Joint Surg., 2005, nr. 87, p. 748-752.
21. Vidigal E., Jacoby R.K., Dixon A.S., Ratliff A.H., Kirkup J. *The foot in chronic rheumatoid arthritis*. In: Ann. Rheum. Dis., 1975, nr. 34, p. 292-297.
22. Weiss R.J., A. Stark, Wick M.K., Ehlin A., Palmbland K., Wretenberg P. *Orthopedic surgery of the lower limbs in 49.802 rheumatoid arthritis patients*. In: An. Rheum. Dis., 2006, nr. 65, p. 335-341.
23. Zaharia Corneliu, Andrei Voinea. *Probleme de chirurgie a reumatizmului*. București, 1988, nr. 125, p. 34-57.
24. *Management of the foot in rheumatoid arthritis*. In: J. Bone Joint Surg., vol. 87.B, nr. 9, 2005.
25. *Rheumatoid forefoot reconstruction*. In: J. Bone Joint Surg., vol. 82-A, nr. 3, 2000.
26. *Postsurgical Hindfoot Deformity of a Patient With Rheumatoid Arthritis Treated With Custom-made Foot Orthoses and Shoe Modifications*. *Physical therapy*. In: J. Bone Joint Surg., vol. 77, nr. 3.
27. *Valgus deformities of the feet and Characteristics of Gait in patients who have Rheumatoid Arthritis*. In: J. Bone Joint Surg., vol. 73-A, nr. 2, 1991.
28. *The management of the first metatarsophalangeal joint in reconstruction of the rheumatoid forefoot*. In: J. Bone Joint Surg., 2006.

**Sergiu Ciobanu**, doctorand,  
Catedra Ortopedie și Traumatologie,  
USMF Nicolae Testemițanu  
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare 190,  
Mob. 069142900,  
E-mail: sergiu.ciobanu.1983@mail.ru

## TRATAMENTUL ARTROSCOPIC ÎN INSTABILITĂȚILE ANTERIOARE ALE UMĂRULUI

**Nicolae ERHAN<sup>1</sup>,**  
**Viorel VETRILĂ<sup>1</sup>, Sergiu MOLOȘNIC<sup>2</sup>,**  
<sup>1</sup>USMF Nicolae Testemițanu,  
Catedra Ortopedie și Traumatologie,  
<sup>2</sup>Clinica privată Terramed

### Summary

#### **Arthroscopic treatment of anterior shoulder instability**

*In this work is exposed the experience of treatment of 82 patients with anterior shoulder instability, arthroscopic stabilization was performed between 2004-2013. There are analyzed and elucidated from distance the indications, contraindications, postoperative complications, outcomes and functional recovery.*

**Keywords:** arthroscopic treatment, anterior shoulder instability.

### Резюме

#### **Артроскопическое лечение передней нестабильности плечевого сустава**

*В работе представлен опыт лечения 82-х пациентов с передней нестабильностью плечевого сустава, которым была произведена артроскопическая стабилизация, с 2004 по 2013 г. Освещены показания, противопоказания, послеоперационные осложнения, исследованы отдаленные результаты лечения и функциональной реабилитации.*

**Ключевые слова:** артроскопия, нестабильность плечевого сустава.

### Introducere

Frecvența instabilităților anterioare ale umărului este destul de înaltă, datorită particularităților anatomo-funcționale ale umărului și din cauza recidivelor frecvente după tratamentul ortopedic al luxațiilor traumatiche de humerus, mai ales la persoanele de vârstă tânără, ajungând până la 40-70% din cazuri. Din aceste considerente, mulți ortopezi optează pentru tratament chirurgical artroscopic după dislocarea traumatică primară a capului humeral la pacienții până la 30 de ani [4, 5]. Instabilitatea anterioară postraumatică persistă la 90% din pacienții ce au suportat o dislocare în articulația gleno-humerală [6]. A. S. Bankart, în 1923, a studiat și a descris leziunile care se produc în luxațiile de humerus. Cea mai frecventă leziune în dislocațiile de humerus este, după părerea autorului, detașarea labrumului glenoidal împreună cu complexul capsulo-ligamentar de la marginea anterioară a glenei. A.S. Bankart a propus o metodă chirurgicală de tratament, bazată pe fixarea complexului capsulo-ligamentar pe marginea suprafeței articulare a glenei [1]. Operația Bankart permite restabilirea stabilității articulare prin repararea anatomică a complexului capsulo-labral anterior detașat la glenă. Tehnicile tradiționale de tratament sunt bine expuse în literatură, rata de recidive fiind mai mică de 10% [4].

Tehnica artroscopică de tratament al acestei patologii actualmente este uzuală și cea mai frecvent utilizată. Stabilizarea artroscopică oferă avantaje net superioare chirurgiei tradiționale, cum ar fi: diagnosticarea leziunilor concomitente intraarticulare, cu rezolvarea lor în aceeași ședință; traumatizarea minimă a țesuturilor; reducerea durerilor și morbidității postoperatorii; rezultate funcționale și cosmetice mai bune. Tehnicile artroscopice recente includ utilizarea ancorelor de sutură moderne și duplicarea capsulei prin diferite me-

tode, astfel a scăzut și rata recidivelor de instabilitate după intervenție de la 4% până la 17% [5, 10].

Rezultatele tratamentului sunt influențate de mai mulți factori: vârsta pacientului, sexul, numărul de dislocări până la intervenție, activitatea fizică; factorii tehnici – tipul de ancore, numărul ancorelor, metoda de sutură; factorii patoanatomici – prezența fracturii glenei (Bankart osos), leziunea Hill-Sachs, laxitatea ligamentară, leziunea de tip ALPSA, leziunea concomitentă a coafei rotatorilor și a capsulei articulare [2, 8, 9, 10].

Obiectiv: evaluarea rezultatelor și posibilității tratamentului artroscopic al bolnavilor cu instabilitate anterioară a brațului în clinica noastră.

### Material și metodă

Experiența proprie include tratamentul a 82 de bolnavi (74 bărbați și 8 femei cu media de vârstă de 27 ani), la care a fost efectuată stabilizarea artroscopică a instabilității anterioare a umărului între anii 2004 și 2013. Confirmarea diagnosticului stabilit în baza examenului clinic (testul de nesiguranță Rowe și Zarins; testul Jobe, Gerber și Ganz), radiologic, ultrasonografic și RMN. S-a practicat reinsertia părții anteroinferioare a labrumului și capsulei articulare la glenă, folosind 2-3 ancore bioresorbabile (3 bolnavi), metalice (30 pacienți), sutura transglenoidală cu fir neresorbabil (49 bolnavi). La 3 bolnavi leziunea Bankart a fost asociată cu leziune SLAP, practicându-se fixarea cu o ancoră suplimentară. Leziunea Bankart de tip 1 a fost diagnosticată la 15 pacienți; tipul 2 – la 24; tipul 3 – la 16; tipul 5 – la 27 pacienți. Corpi condromici intraarticulării liberi au fost depistați la 17 pacienți, cu extragerea lor. Leziunea Hill-Sachs a fost înregistrată în 11 cazuri.

### Rezultate

Postoperatoriu pacienții au fost evaluați la un interval de 12-44 luni, utilizând scorul Rowe și Zarins (1981). Din lotul total de studiu, am obținut rezultat excelent sau bun la 66 pacienți (76,5%), satisfăcător – la 15, nesatisfăcător – la 1 pacient. Toți pacienții care anterior au practicat sportul, peste 4-6 luni au revenit la eforturile practicate până la dislocarea brațului.

#### **Protocolul de reabilitare în perioada postoperatorie**

- 3 săptămâni – imobilizare cu orteze, fiziokinetoterapie pasivă;
- după 3 săptămâni – fiziokinetoterapie, cu reluarea mișcărilor;
- după 8 săptămâni – mișcări active cu efort în articulația glenohumerală;
- după 12 săptămâni – antrenarea activă a mușchilor stabilizatori ai umărului și coordonarea mișcărilor în articulație;

- la 4-5 luni – activitate sportivă, cu implicarea umărului operat.

Recidivă de instabilitate a fost atestată la 3 pacienți: 2 bolnavi – după sutura transglenoidală. Rezultat negativ am constatat la pacienta care peste un an după intervenție a suportat un traumatism minor și s-a produs luxația de humerus cu recidiva semnelor de instabilitate. Pacienta a fost supusă tratamentului chirurgical repetat, s-a efectuat transpoziția procesului coracoid pe partea anterioară a ramului glenoidal (operația Bristow-Letarget). Al 2-lea bolnav, la 3 ani după intervenție, suportă un traumatism sportiv major, cu dislocarea anteroinferioară a brațului. La 10 zile după traumatism s-a aplicat sutura artroscopică a labrumului, capsulei anterioare și fixare cu 3 ancore. La moment, pacientul iarăși practică sportul.

Un bolnav la care s-a efectuat suturarea labrumului și capsulei, fixare cu ancore, după 6 luni de la operație au apărut semne de instabilitate și am aplicat tratament conservator. La doi pacienți s-au înregistrat complicații neurogene: neuropraxia plexului brahial, cauzată de tracțiunea pe membrul toracal, care este necesară pentru efectuarea intervenției chirurgicale în decubit lateral. După aplicarea tratamentului medicamentos, semnele neurologice au regresat. Nu au fost înregistrate complicații legate cu inflamația țesuturilor moi ale plăgii și complicații septică, durata medie de spitalizare a fost 2 zile.

### Concluzii

1. Tratamentul artroscopic a instabilităților anterioare ale umărului este o tehnică fină, care cere o mare experiență a medicului ortoped în chirurgia artroscopică. Însă efectuată corect, după o selectare minuțioasă a bolnavilor, asigură rezultate funcționale și cosmetice bune în majoritatea cazurilor.

2. Traumatismul intraoperatoriu minor permite o recuperare mai rapidă a funcției membrului toracal după perioada de imobilizare și reîntoarcerea grabnică la activitatea sportivă și profesională.

### Bibliografie

1. Bankart A.S.B. *The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder dislocation*. In: Brit. J. Surg., 1938, vol. 26 (2), p. 3-29.
2. Flinkkila T., Hyvonen P., Ohtonen P., Leppialahti J. *Arthroscopic Bankart repair: results and risk factors of recurrence of instability*. In: Knee Surg. Sport Traumatol. Arthroscopy, 2010; nr. 18 (12), p. 1752-1758.
3. Kandziora F., Jager A., Bischof F., Herresthal J., Stscker M., Mittmeier T. *Arthroscopic labrum refixation for post-traumatic anterior shoulder instability: suture anchor versus transglenoid fixation technique*. In: Arthroscopy, 2000; nr. 16 (4), p. 359-366.
4. Kirkley A., Werstine R., Ratjecz A. et al. *Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization*

- and rehabilitation in first traumatic anterior dislocation of the shoulder: long-term evaluation. In: Arthroscopy, 2005; nr. 21, p. 55-63.
5. Larrain M.V., Botto G.J., Montenegro H.J. et al. Arthroscopic repair of acute traumatic anterior shoulder dislocation in young athletes. In: Arthroscopy, 2001; nr. 17, p. 373-377.
  6. Shah A.S., Karadsheh M.S., Sekya J.K. Failure of operative treatment for glenohumeral instability: etiology and management. In: Arthroscopy, 2011; nr. 27(5), p. 681-694.
  7. Thal R., Nofziger M., Bridges M., Kim J.J. Arthroscopic Bankart repair using Knotliss or BioKnotliss suture anchors: 2-7-year results. In: Arthroscopy, 2011; nr. 23 (4), p. 367-375.
  8. Randelli P., Ragone V., Carminati S., Cabitza P. Risk factors for recurrence after Bankart repair: a systematic review. In: Knee Surg. Sports Traumatol. Arthroscopy, 2012; nr. 20 (11), p. 2139-2147.
  9. Vetrilă V., Erhan N., Darciuc M. Sutura artroscopică transglenoidală a leziunii Bankart – o metodă de tratament în instabilitatea anterioară a umărului. În: Revista română de Ortopedie și Traumatologie SOROT, 2010, vol. 20, nr. 2, p. 279-283.
  10. Voos J.E., Livermore R.W., Feeley B.T. et al. Prospective evaluation of arthroscopic bankart repair for anterior instability. In: Am. J. Sports Med., 2010; nr. 38 (2), p. 302-307.

**Nicolae Erhan**, d.m.,  
Catedra Ortopedie și Traumatologie,  
USMF N. Testemițanu  
Chișinău, bd. Ștefan cel Mare 190,  
Mob.: +37379627401,  
E-mail: drerhan.nicolae@gmail.com

## OSTEOCONDRIȚA DISECANTĂ A GENUNCHIULUI: ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI DE TRATAMENT

**Nicolae ERHAN<sup>1</sup>, Anatol BELOUS<sup>2</sup>, Petru BELOUS<sup>3</sup>,**  
<sup>1</sup>USMF N. Testemițanu,  
Catedra Ortopedie și Traumatologie;  
<sup>2</sup>IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie

### Summary

#### ***Osteochondritis dissecans of the knee: diagnostic and treatment options***

*The paper is exposed to the principles of assessment and treatment of 20 patients with osteochondritis dissecans of the knee which were treated during 2011-2013 at the Traumatology and Orthopaedic Hospital. Pathogenesis, diagnostic principles, indications for surgical treatment, outcomes and functional recovery are analyzed and elucidated.*

**Keywords:** *osteochondritis dissecans of the knee, arthroscopy.*

### Резюме

#### ***Рассекающий остеохондроз коленного сустава: варианты диагностики и лечения***

*В данной работе включены принципы оценки и лечения 20 больных с рассекающим остеохондритом коленного сустава, которые проходили лечение в течение 2011-2013 г. в Клинической Больницы Травматологии и Ортопедии. Анализируются патогенез, диагностические принципы, показания к хирургическому лечению, результаты и функциональное восстановление.*

**Ключевые слова:** *рассекающий остеохондроз коленного сустава, артроскопия.*

### Introducere

Osteocondrita disecantă a genunchiului este un proces patologic care afectează osul subcondral la copii și adolescenți, cu zone de creștere deschise sau închise, se caracterizează prin necroză aseptică limitată a osului subcondral și sechestrarea lui împreună cu cartilajul. Prin urmare, au fost definite două forme: 1) osteocondrita desecantă juvenilă (OCDJ); 2) osteocondrita desecantă la adulți (OCDA).

Incidența generală este estimată la 15-30 cazuri la 100.000 populație. Maladia afectează mai frecvent bărbații cu vârsta cuprinsă între 10 și 20 de ani [9]. Zonele cel mai frecvent afectate sunt regiunea posterolaterală a condilului femural medial (75%), zona portantă a condilului femural medial și lateral (20%), suprafața patelară a condililor femurali (5%). Totuși, această distribuție variază în funcție de autor [1, 3, 5].

Franz König (1881) a fost primul cercetător care a folosit termenul de *osteochondrită disecantă*, deși Paget (1870) descrie înainte de el această patologie ca o formă a unei necroze limitate. Inițial König a descris procesul ca unul inflamator, dar și-a schimbat opiniile în 1926 [9]. Etiologia maladii nu este cunoscută până în prezent, dar diferite ipoteze patogenetice explică producerea acestei necroze:

- *teoria vasculară*, care presupune apariția necrozei în urma spasmului vascular reflector, sau embolia capilarelor terminale ale osului epifizar;

- nu este ignorată nici *teoria traumatică*, ischemia, factorii genetici și endocrini.

Studiile recente au confirmat presupunerile lui Smillie [6], care a pretins că osteocondrita disecantă juvenilă și osteocon-