

STUDIUL NOSTRU ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR DE COL ASTRAGALIAN

Gheorghe Roșioru, Nicolae Bajurea, Oleg Păscăneanu

USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica Ortopedie și Traumatologie „V. Bețișor”, CNȘPMU

Introducere. Fracturile astragalului sunt leziuni rare [1, 3] și constituie aproximativ 0.5% din toate fracturile oaselor plantei [4]. Aceste fracturi, de obicei, sunt rezultatul unui traumatism de energie înaltă și sunt însoțite de deplasări, cominuții importante și afectarea țesuturilor moi [1]. Fracturile astragalului sunt nu doar dificil de tratat, dar se asociază și cu o rată înaltă de osteonecroză, care, în dependență de tipul fracturii, este cuprinsă procentual între 12% - 53% [2].

Fracturile astragalului sunt leziuni ce afectează cu predilecție adulții tineri, expuși accidentelor [3].

Clasificarea Hawkins [5] a fracturilor de astragal este foarte utilă în alegerea și efectuarea metodelor de tratament.

Energia traumatismului, tipul de fractură a colului astragalian determină mărimea subluxației și deplasării corpului astragalian, determină gradul dereglărilor circulației sangvine, de care depinde pronosticul și evoluția acestor fracturi.

Din punct de vedere anatomo-funcțional, astragalul este cel mai solicitat os al piciorului [3], 3/5 din suprafață este acoperită de cartilaj, nu are inserții musculare și deci are o vascularizare precară [6]. În 1970, Mulfinger și Trueta au făcut cea mai completă descriere a vascularizării extraosoase și intraosoase a astragalului [6]. Alimentarea sangvină se produce de următoarele artere: *a. tibială posterioară* – două ramuri – *a. sulcus tarsi* – 4-6 ramuri pătrund în corp, *a. deltoidă* – 1/3 medie a corpului astragalului și *a. dorsalis pedis* – capul și colul astragalului. Cele trei artere majore ale piciorului contribuie la o vascularizare bogată, extraosoasă, anastomotica a capului, gâtului și corpului talusului. Regiunile capului și gâtului sunt abundant alimentate de vasele superioare ale gâtului, ramuri ale *a. dorsalis pedis* și *a. sinus tarsi*. Necroza avasculară a acestor formațiuni este extrem de rară. Canalul tarsal este format de șanțul suprafeței inferioare a talusului și șanțul superior al calcaneului, conținând a. canalului tarsal și ligamentul talocalcanean interosos. Canalul tarsal are direcție dinspre posteromedial spre anterolateral, de unde se deschide în sinusul tarsal. Corpul talusului este vulnerabil din cauza vascularizării sale și rata necrozei avasculare poate atinge 100%.

În 1970, L. Hawkins a publicat un raport despre rezultatele tratamentului a 57 de fracturi de col talar la 55 de pacienți [5]. Clasificarea lui Hawkins a acestor fracturi, cel mai larg utilizată astăzi, este simplă, propune metodă de tratament și sugerează pronosticul favorabil sau dezvoltarea necrozei avasculare. După Hawkins, aceste fracturi se împart în: tipul I-fracturi ale colului astragalian fără deplasare, tipul II-fracturi ale colului astragalian cu deplasare și subluxație în articulația subastragaliană și tipul III-fracturi ale colului astragalian, cu luxația corpului astragalului.

Material și metode. Pe parcursul anilor 2007-2009, noi am tratat și supravegheat 4 pacienți cu fractura colului de astragal.

Toți patru sunt bărbați cu vârsta cuprinsă între 19 și 32 de ani. Toți pacienții noștri au suportat fracturi de col de astragal. La 2 pacienți fractura a fost de tipul Hawkins II și 2 – cu Hawkins III. Cei doi pacienți cu tipul III de fractură a colului de astragal aveau asociată și fractura maleolei mediale.

La doi pacienți fractura survine în urma accidentelor rutiere (ambii au fost șoferi de motocicletă), la unul – după catatraumatism și unul – după traumatism habitual.

Adresarea la CNȘPMU a avut loc în primele 6 ore de la traumatism. Toți 4 pacienți au fost tratați chirurgical, intervenția efectuându-se în primele 2 ore de la adresare.

La un pacient cu fractură de col astragalian tip II după Hawkins s-a reușit reducerea închisă a fracturii și fixarea percutană cu broșe.

Reducere deschisă s-a efectuat la trei pacienți, 2 – cu tipul III și 1 – cu tipul II, Două din fracturile de col de astragal de tipul III, ce au fost reduse deschis, au fost fixate percutan cu broșe, iar fractura maleolei mediale asociată rezolvată prin osteosinteză cu șurub și broșă – 1 și 1 – osteosinteză

cu două broșe și hobanaj. Fractura de col de astragal de tipul II, redusă deschis, a fost osteosintetizată cu șurub și broșă.

Abordurile folosite:

-la pacientul cu fractura tip II reducerea deschisă a fost efectuată prin abordul anterolateral, care este mai puțin riscant în cazul lezării formațiunilor vasculare ce alimentează astragalul.

-la pacienții cu fractura tip III a fost folosit abordul anteromedial, deoarece prin acest abord este mai ușor de redus luxația de astragal și de efectuat osteosinteza maleolei mediale.

Intervențiile chirurgicale au decurs conform tehnicilor recomandate. Reducerea luxației corpului de astragal în fracturile de tipul III este dificil de efectuat, de aceea am folosit tracțiunea de calcaneu cu ajutorul unei broșe fixate în scoabă și socotim că această manipulație este importantă în fluiditatea decurgerii intervenției chirurgicale.

Durata intervențiilor în mediu a constituit $1,5 \pm 0,5$ ore.

Postoperator, broșele introduse transcutan au fost înlăturate la 6 săptămâni. La 8-10 săptămâni a fost permis sprijin dozat în imobilizare ghipsată, la 12-14 săptămâni – sprijinul deplin. Recuperarea mișcărilor a fost începută după înlăturarea aparatului ghipsat.

Rezultate și discuții. În perioada postoperatorie precoce la un pacient s-a dezvoltat infecție superficială în jurul broșelor, care a fost sanată cu succes.

Rezultatele clinice la distanță de 1-2 ani au fost apreciate conducându-ne de scara AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) [7] de apreciere a funcției piciorului. Toți pacienții au acumulat un punctaj mai mare de 85, dintr-un total de 100, deoarece la ei s-a constatat funcție deplină, fără dureri, ocazional discomfort moderat.

La pacienții cu fractură de tipul III s-au dezvoltat semne de necroză avasculară, semnalată pe clișeele Ro-logice, dar fără colapsul astragalului.

Concluzii:

1. Fracturile de astragal prezintă o urgență chirurgicală prin frecvența complicațiilor posttraumatice, adesea invalidizante – necroză avasculară, artroză posttraumatică ș.a.

2. Tratamentul chirurgical este indicat pentru obținerea rezultatelor anatomice și funcționale bune, iar alegerea optimală a timpului intervenției, căii de abord și atitudinea blândă față de țesuturile moi previn complicațiile tegumentare, frecvente în aceste fracturi.

3. Pentru a avea succes în tratamentul fracturilor de astragal, ortopedul trebuie să posede vaste cunoștințe despre os și anatomia vasculară a acestuia, să posede metodele moderne de fixare și să fie conștient de complicațiile ce pot fi în leziunile de talus.

Referințe bibliografice

1. Lindvall E., Haidukewych G., DiPasquale T. et al. *Open reduction and stable fixation of isolated, displaced talar neck and body fractures*. J Bone Joint Surg Am 2004; 86,(4): 2229-2234.

2. Vallier H., Nork S., Barei D. et al. *Talar neck fractures: results and outcomes*. J Bone Joint Surg Am 2004; 86(2): 1616-1624.

3. Proca E. *Tratat de patologie chirurgicală, ortopedie*. București, Editura Medicală, 1988. 1022 p.

4. Шапошников Ю. Г. *Травматология и Ортопедия* (том 2). Москва: Издательство МЕДИЦИНА, 1997. 280 стр.

5. Hawkins L. *Fractures of the neck of the talus*. J Bone Joint Surg 1970; 52A:991-1002.

6. Fortin P., MD, and Balazsy J., MD: *Talus Fractures: Evaluation and Treatment*. J Am Acad Orthop Surg 2001;9:114-127.

Rezumat

În articolul dat prezentăm experiența noastră modestă în tratamentul chirurgical al fracturilor de astragal. Fracturile astragalului sunt leziuni rare, aproximativ 0,5% din toate fracturile oaselor plantei. Pe parcursul anilor 2007- 2009 noi am tratat și supravegheat 4 pacienți cu fractura colului de astragal. Intervențiile chirurgicale au decurs conform tehnicilor recomandate. Am întâlnit dificultăți tehnice în timpul reducerii luxației corpului de astragal. Rezultatele clinice la distanță de 1-2 ani sunt satisfăcătoare, toți pacienții având funcție deplină, fără dureri, ocazional cu un discomfort moderat.

Summary

In this article we present the results of our modest experience in the treatment of the talar neck fractures. The incidence of these fractures is not frequent (about 0,5% from all the foot fractures) . During the period of 2007-2009 we have treated and survived 4 patients with this fractures. Surgical treatment was performed according to recommended methods. Technical difficulties were noted during reposition of the astragal's body. Clinical results after 2 years are good in all patients, without pains, occasionally with moderate discomfort.

METODE DE TRATAMENT AL SIALOLITIAZEI

Sofia Lehtman, cerc. şt.,

USMF „Nicolae Testemiţanu”, Laboratorul Cercetări ştiinţifice,
Catedra Chirurgie Oro-Maxilo-Facială „Guţan Arsenie”

Introducere. Sialolitiaza glandelor salivare reprezintă maladia cea mai frecventă dintre afecţiunile netumorale ale glandelor salivare [2, 3]. De obicei, bolnavii se adresează la medic în perioada acutizării sialolitiazei, care se caracterizează prin apariţia „colicei salivare”, cu dezvoltarea ulterioară a sialoadenitei cronice. De regulă, diagnosticul sialolitiazei este dificil, îndeosebi în cazul fazei acute a procesului; medicii-stomatologi, deseori nefiind pregătiţi corespunzător, fac greşeli de diagnostic [1, 3, 5, 6].

Deseori sialolitiaza glandelor submandibulare este greşit diagnosticată ca limfadenită sau abces odontogen a regiunii submandibulare, tactica indicată de tratament fiind neadecvată. Luând în considerare toate acestea, autorii V.V. Afanasiev şi al., au elaborat un algoritm de diagnostic şi tratament al sialolitiazelor. În perioada de acutizare, cu scop diagnostic se utilizează palparea externă bimanuală în regiunea glandei salivare cu masaj uşor. Saliva eliminată se studiază vizual şi citologic. Informaţie suplimentară se culege prin intermediul radiografiei glandei salivare în diferite proiecţii, a sialotomografiei computerizate, USG.

Tratamentul s-a efectuat prin instilarea ductului cu soluţii antiseptice cu masaj uşor. Această procedură s-a efectuat până la apariţia salivei curate, adăugător s-a folosit sondarea porţiunii anterioare a ductului, pentru îndepărtarea calculului salivar, în afară de aceasta s-au efectuat blocaje cu soluţie de novocaină.

Autorii V.V. Afanasiev şi V.S. Starodubţev (2004) au propus o metodă nouă de tratament a pacienţilor cu sialolitiază, cu dilatarea ductului. Dilatarea ductului şi sialolitiaza, după părerea autorilor, se referă la procesele inflamatorii ale glandelor salivare, care duc la dezvoltarea şi la formarea ulterioară a calculului în duct [1].

Maladia decurge dificil, cu simptomat clinică pronunţată. Debutul se manifestă prin aceea că, periodic, apare edem în timpul alimentaţiei în regiunea glandelor salivare, din cauza stazei salivare în duct şi obturaţia periodică cu calculul. Pe parcursul dezvoltării procesului patologic, apar dureri la palparea glandei, tegumentele supraiacente glandei pot fi hiperemiate, uneori chiar se dezvoltă un veritabil abces al regiunii submandibulare, fiind impusă necesitatea deschiderii şi drenării exobucale a abcesului.

I.F. Romanceva şi alţii (1987) recomandă în aceste cazuri terapie complexă: imunostimulatoare, blocaje cu soluţie novocain, introducerea în duct a antibioticelor, tratament cu pirogenal, fizioprocaturi, tratament chirurgical – deschiderea abcesului în regiunea glandei salivare [5].

V.V. Neustroev (1967) a recomandat sclerozarea porţiunii dilatate a ductului prin alcoolizare, introducând alcool în ţesuturile moi din jurul ductului dilatat [4].

Astfel, autorii recomandă excizarea porţiunii ductului dilatat, suturând pe cateter partea restantă a ductului cu fir atraumatic [1].

Inflamaţiile glandelor salivare sunt destul de frecvente. Agenţii etiologici sunt reprezentaţi prin germeni microbieni şi virali, contaminarea producându-se fie pe cale ascendentă (canaliculă), fie descendentă (hematogenă ori limfatică); pe cale ascendentă se produce la indivizii cu o igienă bucală defectuoasă, cu carii multiple, resturi radiculare, stomatite [6].