

**SINDROM DE TUNEL CUBITAL CU BLOC DE CONDUCERE
PE FOND DE FRACTURĂ MARGINALĂ NECONSOLIDATĂ
A TROHLEEI HUMERUSULUI. Caz clinic**

Eduard Borovic – conf., dr. în șt. med., secretar științific IMU

Andrei Uncuța – dr. în șt. med., vicedirector IMU

**Anatol Calistru – conf., dr. în șt. med., șef secției microchirurgie IMU
IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova**

E-mail: eduard_borovic@yahoo.com, GSM: +373 79476290

Rezumat

Este prezentat cazul sindromului de tunel cubital cu bloc moderat sever de conducere pe fond de fractură marginală neconsolidată a trohleei humerusului. Autorul prezintă un exemplu de soluționare cu succes a cazului clinic dat cu utilizarea tehnicii chirurgicale în combinație cu tratamentul medicamentos și fizioterapeutic.

Cuvinte-cheie: sindrom de tunel cubital, bloc de conducere, fractură marginală neconsolidată

Summary. The ulnar tunnel syndrome with a conduction block on the background of a marginal non-consolidated fracture of the humerus trochlea. Clinical case

It's described a clinical case of the ulnar tunnel syndrome with a conduction block on the background of a marginal non-consolidated fracture of the humerus trochlea. The author presents an example of a successful solution of the shown clinical case by the use of a surgical technique in conjunction with medication and physiotherapy treatment.

Key words: ulnar tunnel syndrome, conduction block, marginal non-consolidated fracture

Резюме. Синдром локтевого туннеля с блоком проводимости на фоне неконсолидированного краевого перелома блока плечевой кости. Клинический случай

Описан случай Синдрома локтевого туннеля с блоком проводимости на фоне неконсолидированного краевого перелома блока плечевой кости. Автор представляет пример успешного решения данного клинического случая путем использования хирургической техники в сочетании с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением.

Ключевые слова: синдром локтевого туннеля, блок проводимости, краевой неконсолидированный перелом

Actualitate

Sindromul de tunel cubital reprezintă una din cele mai frecvente neuropatii ale membrului superior.

Nervul ulnar conține fibre de la rădăcinile nervilor spinali C8–Th1. Ajunge în tunelul cubital între cele două capete ale mușchiului flexor ulnar al carpulului, trece anterior de retinaculul flexorilor. Nervul ulnar trece superficial printr-un tunel îngust la nivelul articulației cotului, având un raport destul de strâns cu axul de rotație [2].

Lovirea accidentală a nervului produce de obicei simptome temporare, presiunea cronică sau elongarea pot afecta aportul de sânge către nerv. Amorțeala pe partea interioară a mâinii, a degetelor inelar și mic este un semn precoce a sindromului de tunel cubital. Amorțeala se poate transforma în durere. Atingerea sau lovirea nervului în tunel cubital cauzează o senzație de șoc electric până la degetul mic. Aceasta se numește semnul Tinel.

Sindromul de tunel cubital presupune lezarea nervului ulnar prin următoarele mecanisme: compresia, elongarea și fricțiunea. Compresia este principalul mecanism al neuropatiei periferice ale nervului ulnar, care poate fi lezat prin compresie directă sau indirectă, prin afectarea vasului care alimentează nervul cu dezvoltarea ischemiei locale. Elongarea: păstrarea cotului flectat pentru perioade de timp prelungite, poate elonga sau întinde nervul la acest nivel. Acest fenomen are loc mai ales în timpul somnului. Cauze anatomice: uneori, nervul ulnar nu rămâne în locul în care se află și alunecă înainte și înapoi de-a lungul unei proeminențe osoase, pe măsură ce cotul este mișcat. Această mișcare de frecare repetitivă poate irita nervul. Alteori, țesuturile moi aflate deasupra nervului se îngroașă, apărând un mușchi "în plus" deasupra nervului, afectându-i funcția.

Pentru diagnosticarea sindromului de tunel cubital este necesară efectuarea testelor specifice, pentru obținerea unei informații obiective referitor la nivelul leziunii și stadiul neuropatiei. Un test comun este testul vitezei de conducere nervoasă (VCN). Testul

VCN măsoară viteza impulsurilor ce trec de-a lungul nervului. Impulsurile sunt încetinite, atunci când nervul este comprimat. Testul VCN este uneori combinat cu o electromiogramă (EMG). O analiză denumită electromiografie (EMG) și/sau un test de conducere nervoasă ar putea fi necesar pentru a evalua afectarea nervului și a mușchiului. Aceste analize determină, de asemenea și alte probleme, cum ar fi pensarea unui nerv la nivelul gâtului, situație care poate produce aceeași simptomatologie.

Pentru aprecierea tacticii de tratament al Sindromului de tunel cubital există Scorul Mc Gowan pentru stadializarea neuropatiei de n. ulnar [3].

Stadiul 1: Parestezii ușoare ocazionale, semnul Tinel pozitiv, slăbiciune subiectivă.

Stadiul 2: Parestezii moderate, semnul Tinel pozitiv, slăbiciune obiectivă.

Stadiul 3: Parestezii constant severe, slăbiciune, atrofie musculară.

Prima măsură terapeutică este încetarea acțiunilor care produc simptomatologia. Atunci când simptomele sunt severe, sau nu se ameliorează prin tratament conservator, poate fi necesară intervenția chirurgicală pentru a îndepărta presiunea exercitată asupra nervului. Aceasta poate implica eliberarea nervului, plasarea sa în partea anterioară a cotului și/sau înlăturarea unei porțiuni osoase a cotului. La moment nu există un consensus în literatura de specialitate ce ține de tratamentul chirurgical cel mai efektiv.

Recuperarea după intervenția la cot depinde de procedura utilizată de către chirurg. Unul dintre cei mai importanți parametri în tratamentul acestei afecțiuni este reprezentat de recuperarea medicală. Tratamentele încep cu exerciții de mobilitate a cotului și avansează treptat, la întindere activă și tonifiere a musculaturii [1]. Pacientul trebuie să urmeze programe complexe de fizio- kinetoterapie,

Material și metode

Bolnava B. 59 de ani s-a adresat cu acuze de dureri în timpul mișcărilor de flexie în regiunea articulației cotului stâng pe partea dorsală cu iradiere dis-

tală, hipoestezie profundă a degetelor 4 și 5 a mâinii stângi.

Din anamneză

Traumatism închis al articulației cotului stâng cu 3 ani în urmă (Franța), complicat de fractura marginală a trohleei osului humeral drept pe suprafața mediană. Tratament ortopedic. Cu un an în urmă au apărut parestezii pe partea interioară a mâinii, a degetelor inelar și mic, care s-au transformat peste câteva luni în amorțeală permanentă și dureri periodice pronunțate. Atingerea sau lovirea zonei tunelului cubital a cauzat o senzație de șoc electric până la degetul mic.

Examinarea obiectivă

Contractură flexorie a articulației cotului stâng, volumul mișcărilor active și pasive de flexie – extensie: 0-35°-165°. Dureri în timpul mișcărilor de flexie în regiunea articulației cotului pe partea dorsală cu iradiere distală, hipoestezie profundă și slăbiciune obiectivă a degetelor 4 și 5 a mâinii stângi. Semnul Tinel pozitiv (atingerea n. ulnar la nivelul tunelului cubital cauzează o senzație de șoc electric până la degetul mic).

După un examen imagistic (Fig. 1), a fost depistată o fractură marginală neconsolidată a trohleei osului humeral drept pe suprafață medială cu osificări ectopice și artroză deformantă al articulației cotului stâng.



Fig. 1. Examen imagistic preoperator al articulației cotului stâng

Cu scopul evaluării gradului afectării nervului ulnar în zona tunelului cubital și, de asemenea, pensării lui posibile la nivelul gâtului a fost indicat și efec-

tuat testul de conducere nervoasă, electromiografie (EMG) (Fig. 2).

Concluzie ENG/PESS: Sindrom de tunel cubital din stânga cu bloc moderat-sever de conducere. Date sugestive pentru implicarea fibrelor radiclei C6-C7-C8 din stânga.

În baza examenului efectuat a fost diagnosticat stadiul 2-3 a patologiei conform Scorului Mc Gowan pentru stadializarea neuropatiei de n. ulnar.

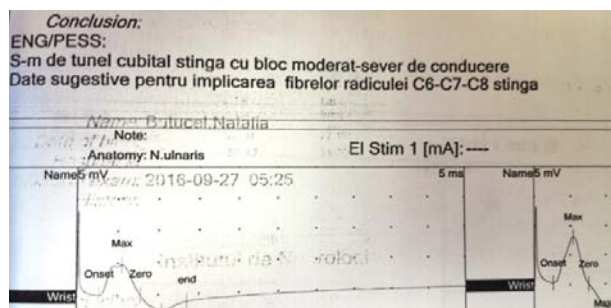
Tratament

S-a intervenit chirurgical în secția 1 ortopedie și traumatologie IMSP IMU de către echipa de medici formată din ortoped - traumatolog și microchirurg. După incizia pielii sub formă de S, a părții dorsale al articulației cotului și disecției țesutului subcutanat a fost efectuată o incizie longitudinală, aproximativ 30 mm de-a lungul tunelului cubital cu eliberarea ligamentului Osborn la nivelul epicondilului medial. După novocainizarea, disecția și expunerea nervului ulnar a fost efectuată decompresia *in situ* (Fig. 3).

Având în vedere fiziopatologia sindromului în cazul concret, cu scopul decompresiei tunelului cubital a fost efectuată mobilizarea și înlăturarea fragmentului osos de trohlea humerală cu osificări ectopice locale, care s-au aflat în zona sub epicondilul medial (Fig. 4). Epicondilectomia medială n-a fost efectuată din cauza riscului dezvoltării complicațiilor biomecanice în articulația cotului. Plaga a fost suturată, drenarea pasivă.

Volumul intervenției chirurgicale efectuate și tactica aleasă ne-a permis prelucrarea precoce a mișcărilor de flexie - extensie în articulația cotului - practic din prima zi, Dereglări neurovasculare periferice în dinamică nu s-au dezvoltat. Plaga postoperatorie s-a cicatrizat primar.

Din primele zile a fost indicat tratament antiinflamator, medicamente pentru îmbunătățirea hemocirculației, troficii și funcției de conducere a nervului ulnar; Sol. Benevion B 4 ml. i/m.; Sol. Ipiriks 1,5% - 1 ml. i/m; Tab. Benevion BF 1 tab. 3 ori/zi; Caps. Keltikan 1 caps. 2 ori/zi. Din proceduri fizioterapeutice: electroforeză cu lidază și electrostimularea yoneilor respective.



Name	Latency [ms]	Duration [ms]	Amplitude [mV]	Area [mV.ms]	Name	Latency [ms]	Duration [ms]
Wrist	2.71	10.79	7.29	24.20	Wrist	2.58	10.90
dist. Sulcus	6.42	11.38	4.48	15.06	dist. Sulcus	6.19	10.85
prox. Sulcus	7.83	12.67	3.01	11.60	prox. Sulcus	6.96	11.52
Axilla	10.15	10.98	2.06	7.17	Axilla	17.77	32.08
Erb	7.31	13.71	3.50	13.94	Erb		

Fig. 2. Rezultatul electromiografiei



Fig. 3. Disecția și expunerea nervului ulnar



Fig. 4. Examen imagistic postoperator al articulației cotului stâng.

Rezultate obținute

La a 2-a zi după intervenția chirurgicală efectuată s-a observat îmbunătățirea evidentă a stării bolnavei. Aproape au dispărut durerile în timpul flexiei în articulația cotului, hipoestezia degetului inelar și peste 7 zile și a degetului mic, dar a rămas pozitiv Semnul Tinel. Pe parcursul perioadei de recuperare, bolnava a prelucrat mișcări de flexie – extenzie a urmat o cură masaj și tratamentul medicamentos prescris. Bolnava a rămas mulțumită de rezultatele obținute în urma tratamentului.

Discuții și concluzii

Sindromul de tunel cubital reprezintă una din cele mai frecvente neuropatii ale membrului superior, ce duce la disconfort, pierderea sensibilității și forței

musculare la nivelul mâinii [4]. Succesul tratamentului depinde de tactica aleasă și volumul intervenției chirurgicale efectuate.

Bibliografie

1. Bogdan A. I. Sindromul de canal ulnar. Lecția de ortopedie. 2016: <http://www.lectiadeortopedie.ro/medicina-sportiva/patologia-sportiva-la-nivelul-cotului/sindromul-de-canal-ulnar/>.
2. Păvăloiu G. Sindromul de tunel cubital. Romedic. 2014: <http://www.romedic.ro/sindromul-de-tunel-cubital>.
3. Gutts S. Cubital tunnel syndrome. Postgrad Med J. 2007;83:28-31.
4. Wojew nik B, Bindra R; Cubital tunnel syndrome - Review of current literature on causes, diagnosis and treatment. J Hand Microsurg. 2009 Dec;1(2):76-81.