

– s-a efectuat la 44 (25,6%) pacienți. Este varianta de elecție în tratamentul chirurgical a fracturii diafizare oblice – spiroidă și cominutivă a tibiei cu deplasare. Se cere o manipulare grijulie cu țesuturile paraosale. Să fie minimal invazivă asupra vascularizației paraosale, periostale, endostale, să asigure un contact cât mai perfect între fragmente, să fie stabilă și funcțională.

La 2 pacienți s-a depistat necroză marginală a pielii, la 1 pacient – ghematom subcutan drenat la a 5-a zi.

c/ Repoziție deschisă osteosinteză cu șuruburi corticale

s-a efectuat la-35 pacienți cu fractură diafizară de tibie cu deplasare, unde traectul fracturii e destul de lung, permite de a aplica 2-3 șuruburi în diverse planuri. Neajunsul e că este necesară o imobilizare suplimentară externă-pansament gipsat ce exclude mișcările în articulațiile adiacente și influențează asupra restabilirii funcționale, cu o majorare în mediu 3-4 săptămâni. La 2 pacienți, s-a depistat ghematom subcutan-drenat la a 4-5 zi.

d/ Osteosinteza combinată (șurub cortical și aparat Ilizarov) -14 pacienți, permite suport dozat la a 4-5 zi, mișcări în articulațiile adiacente la a 2-a zi.

Rezultatul obținut, bazat pe tratamentul chirurgical a 172 pacienți, cu fractură diafizară de tibie cu deplasare, în Spitalul Raional Căușeni, pe parcursul anilor 2002-2009, vârsta variind între 16-66 ani, ne-a demonstrat necesitatea soluționării problemei prin osteosinteză, dacă nu-s contraindicații somatice. Varianta de osteosinteză să fie individuală pentru fiecare pacient, în dependență de tipul fracturii. Să asigure un contact cât mai perfect între fragmente și restabilirea axei anatomico-fiziologice a gambei. Să fie minimal invazivă asupra vascularizației paraosale, periostale, endostale. Să fie stabilă și funcțională.

Bibliografie

1. F.GORNEA, V.STARȚUN, V.DIMITRENCO. Particularitățile tratamentului chirurgical al bolnavilor cu fracturi diafizare ale oaselor gambei. Materialele congresului VI al ortopezilor traumatologilor din Republica Moldova, Chișinău 2006 p.111.
2. В.Ф.ПРОЗОРОВСКИЙ. Избранные лекции по ортопедии и травматологии. Харьков, 2007 с.125
3. ALEXANDRU POP. Fractura deschisă de tibie. Arad, 1999.
4. Dr.IOSIF ȘAMOTA. Fixarea endomedulară elastică în fractura deschisă de gamdă. Brașov, 1999
5. В.Г. КЛИМОВИЦКИЙ, В.Ю. ХУДОБИН, В.Н. ПАСТЕРНАК, Ю.В. ПРУДНИКОВ. Принцип оптимальности в лечении диафизарных переломов в лечении костей голени. Отрперия, травматология и протезирование 4/2002 с.101

FIBROM DESMOPLASTIC LA OASE, ASPECTE DE TRATAMENT

BONE DESMOPLASTIC FIBROMA. ASPECTS OF THE TREATMENT

Ion Marin, Ion Baciu

*Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie,
USMF „N. Testemițanu”;
Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie
Chișinău, Republica Moldova*

Rezumat

Este prezentată recuperarea a 3 pacienți afectați de fibrom desmoplastic la oase (femur, radius, ilion), reieșind din specificul dezvoltării și tratamentului acestei rar întâlnite patologii.

Summary

The rehabilitation of three patients affected by bone desmoplastic fibroma of femur, ilium, radial bone, is presented according to the special development and to the treatment of this seldom encountered pathology.

Fibromul desmoplastic afectează sistemul osteoarticular foarte rar, spre deosebire de țesuturile moi, 0,1-0,3% din toate tumorile benigne (14). Pentru prima dată această patologie a fost descrisă de H. L. Jaffe în a. 1958, iar în a. 1972 a fost inclusă de F.

Schajowicz, L. V. Ackerman, H. A. Sissons, L. M. Sobin, H. Torloni în Clasificația histologică a tumorilor osteoarticulare, acceptată de OMS; ulterior repetat revăzută și reeditată, ultima ediție a apărut în a. 2009.

Tumoarea în cauză se manifestă clinic prin dureri surde în regiunea focarului patologic, evoluție lentă, oncoagresivitate locală sporită fără semne de malignizare și metastazare. Radiologic se determină focar de destrucție litică în osul afectat. Postoperator frecvent recidivează. Macroscopic constă din țesut fibros neosificant de densitate mărită, culoare albuie; afectează atât osul structurat, cât și canalul centromedular. Microscopic predomină fibre de colagen, celule fibroblastice de mici dimensiuni, ovale sau lunguete după formă, fără polimorfism și atipism. În complexul de tratament al acestei patologii în ultimii ani, de rând cu intervenția chirurgicală și osteoplastie la necesitate, se indică chimioterapie, radioterapie, hormonoterapie, cu toate că este considerată ca o tumoare benignă; unii autori o consideră semimalignă (11). Geneza și specificul dezvoltării acestei neoformațiuni până când nu sunt definitiv determinate, se prelungesc studii fundamentale în această direcție (5), preponderent în SUA, Rusia, Italia (17). În alte țări, conform publicațiilor respective, comunicările la acest capitol reiese din modesta experiență clinică (6, 15, 16) sau a unor observații cazuistice (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13).

Material și metode

Experiența noastră cuprinde 3 pacienți, de gen masculin – 2, feminin – 1. Au fost afectate femurul proximal, osul iliac, radiusul distal. Focarul patologic din femur (pacienta de 21 de ani) s-a înlăturat prin rezecție segmentară cu aloplastie osoasă a defectului restant, rezultat bun pe parcursul a 8 ani de la operație. Fibromul desmoplastic din radiusul distal la pacientul de 9 ani (operat de 3 ori) a fost înlăturat prin rezecție marginală a ariei afectate. De fiecare dată, peste 5-6 luni după intervenția chirurgicală, se constata recidiva tumorii. Pacientul a fost trimis pentru investigare și tratament în continuare la Institutul Oncologic „П. А. Герцен” din Moscova, unde în complexul de tratament a fost reoperat; paralel s-a administrat radioterapie, hormono- și chimioterapie. Ulterior, timp de 11 ani procesul patologic n-a persistat, pacientul se simte sănătos. În cazul afectării osului iliac (Fig. 1) pacientului (de 54 de ani) la internare în clinică i s-a stabilit diagnosticul - Osteodisplazie fibroasă, care a rămas neschimbat și după trepanobiopsie.

La 15.09.1980 s-a efectuat rezecția supraacetabulară a osului iliac (I. Marin) cu înlăturarea în bloc a focarului patologic împreună cu țesuturile moi tangențiate și aderente pe suprafața tumorii: dimensiunile macropreparatului - 20x16x9 cm (Fig. 2), analiza histologică – Fibrom desmoplastic (Fig. 3).

Recuperarea postoperator și la distanță a decurs favorabil (Fig. 4) În timpul lucrului pe câmp și în gospodărie purta brâu de protecție, neavând hernie abdominală. Controlul de dispensarizare a pacientului s-a întrerupt peste 20 de ani de la operație.

Încheiere

Particularitățile dezvoltării acestei patologii osteoarticulare au dictat necesitatea de a aprofunda studiile științifico-practice de cercetare la nivel centralizat. În Institutul Oncologic „П. А. Герцен” din Moscova pentru rezolvarea acestei probleme activează o echipă de savanți specialiști, condusă de prof. Софья Дарьялова, având în componență 13 consultanți, la nivel academic, în diverse domenii. Acest centru științific în plan internațional, la solicitare, asigură consultații pacienților în cauză și instituțiilor medicale specializate; informațiile pot fi primite prin info_desmoid@mail.ru Pentru medicii specialiști cunoașterea acestui management medical specializat, în cazul fibromului desmoplastic, are importanță majoră la rezolvarea recuperării adecvate a bolnavilor în cauză, contribuind substanțial la reducerea nivelului de invaliditate.

Bibliografie:

1. APAYDIN M., GELAL F., AVCI A., ADINAS C., SARSILMAZ A., VARER M. Desmoplastic fibroma in humerus: a case report. J. Med. Imaging. Radiat. Oncol. 2008; 52 (5): p. 489-90.



Fig. 1

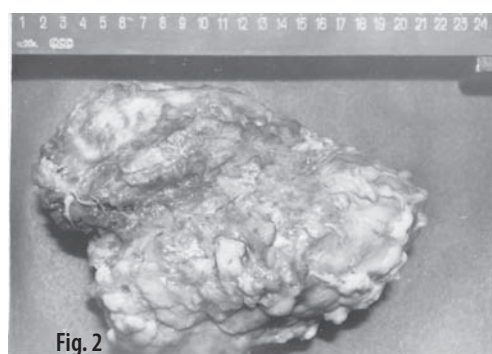


Fig. 2

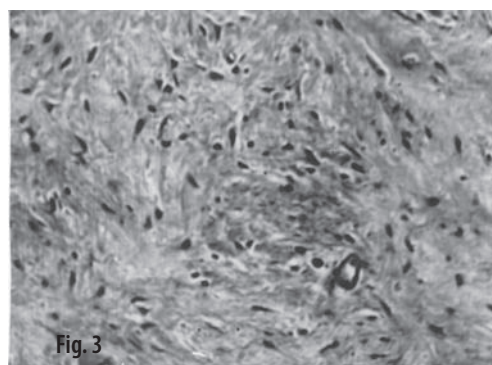


Fig. 3

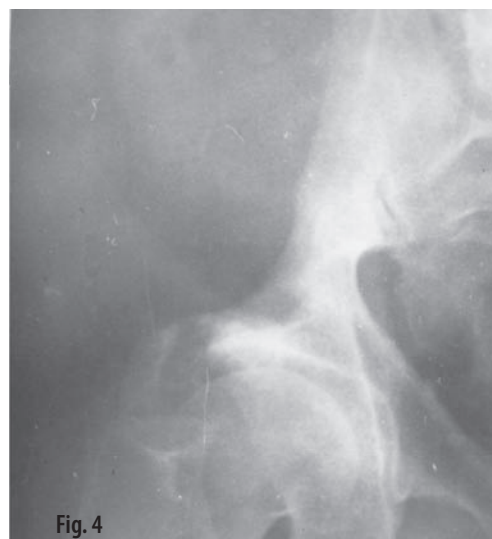


Fig. 4

2. BERNSTEIN M. L., CHUNG K. C. Desmoplastic fibroma of the hand: case report. PMID: 19032395 [PubMed indexed for MEDLINE].
3. BERTHE J. V., LORÉA P., DE PREZ C. DE MEY A. A case report of desmoid tumor of the finger. *Chir. Main.* 2003; 22 (6): p. 312-4.
4. GIESSLER G. A., BICKERT B., SAUERHIER M., GERMANN G. HANDCSHIR. *Mikrochir. Plast. Chir.* 2004; 36 (5): p. 301-7.
5. Hauben E. I., Jundt G., Cleton-Jansen A. M., Yavas A., Kroon H. M., Van Marck E., Hogendoorn P. C. Desmoplastic fibroma of bone: an immunohistochemical study including beta-catenin expression and mutational analysis for beta-catenin. *Hum. Pathol.* 2005; 36 (9): p. 1025-30.
6. Jaffe H. L. *Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints.* Philadelphia, 1958; 754 p.
7. Kendi T. K., Erakar A., Saglik Y., Yildiz H. Y., Ereku S. Desmoplastic fibroma of bone: case report. *Clin. Imaging.* 2003; 27 (3): p. 200-2.
8. Nag H. L., Kumar R., Bahn S., Awasthy B. S., Julka P. K., Ray R. R. Radiotherapy for desmoplastic fibroma of bone: a case report. *J. Orthop. Surg. (Hong Kong).* 2003; 11 (1): p. 90-3.
9. Nishio J., Iwasaki H., Nishijima T., Kikuchi M. Collagenous fibroma (desmoplastic fibroblastoma) of the finger in a child. *Pathol. Int.* 2002; 52 (4): p. 322-5.
10. OGOSE A., HOTTA T., EMURA I., HIGUCHI T., KUSANO N., SAITO H. Collagenous fibroma of the arm: a report of two cases. *Skeletal. Radiol.* 2000; 29 (79): p. 417-20.
11. PERLICK L., ZANDER D., WALLNY T., ZHOU H. Desmoplastic fibroma of the fibula. A difficult clinical, radiological and histological diagnosis. *Zentralbl. Chir.* 2000; 125 (11): p. 895-9.
12. SASSI S. H., DOGHRI R., KANOUN M. L., MAITIG M. B., DRISS M., MRAD K., ABBES I., ESAADAM H., ROMDHANE K. B. Desmoplastic fibroblastoma of the foot. PMID: 18929210 [PubMed indexed for MEDLINE].
13. URRESOLA A., SÁEZ F., CANTELI B., ELORRIAGA R., LOPEZ-DUQUE J. C. Desmoplastic fibroma of bone: a report of two cases. *Radiologia.* 2007; 49 (3): p. 205-10.
14. VAZ G., RICHARD A., GUVEN O., BEJUI-HUGUES J., CARRET J. P. Desmoplastic fibroma of bone desmoid tumor: two cases. *Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot.* 2005. 91 (8): p. 782-7.
15. ВИНЮГРАДОВА Т. П. Опухоли костей. Москва «Медицина» 1973: с. 125-8.
16. ВОЛКОВ М. В. Болезни костей у детей. Москва «Медицина» 1985: с. 359-62.
17. ДАРЬЯЛОВА С. Л. Диагностика и лечение десмоидных фибром (2008) Московский НИ Онкологический Институт им П. А. Герцена: info@mnoi.ru

SINOSTOZAREA TIBIO-FIBULARĂ OSTEOPLASTICĂ ÎN AMPUTAȚIA LA NIVEL DE GAMBĂ

OSTEOPLASTIC TIBIOFIBULAR SYNOSTOSIS IN LEG AMPUTATION

Ion Marin, Nicolae Caproș, Ion Tofan

*Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie de Campanie,
USMF „Nicolae Testemițanu”;
Spitalul Clinic Traumatologie și Ortopedie,
Chișinău, Republica Moldova*

Rezumat

Este prezentată confirmarea importanței sinostozării tibio-fibulară în amputația la nivel de gambă. Această operație, care se efectua de regulă pe parcursul multor ani, neargumentat a devenit o raritate chiar și în cadrul instituțiilor medicale specializate; iar în consecință numărul de bonturi vicioase este în creștere.

Summary

The acknowledgment of the importance of osteoplastic tibiofibular synostosis in leg amputation is presented. This operation which was carried out for many years currently became unreasonably a rarity even in the conditions of specialized medical institutions. Therefore the quantity of pathological stumps grows.

Problema de amputație a extremității pelvine la nivel de gambă în principiu este prerogativă a chirurgiei ortopedice reconstructive.

Academia de Ortopedie din SUA și instituțiile medicale specializate din multe țări, după importanță, au ridicat această problemă de invaliditate la nivel internațional, deoarece numărul bolnavilor care necesită această intervenție chirurgicală este extrem de ridicat și continuă permanent să crească, ocupând primul loc între invalizii cu amputații la extremități. Aici se încadrează consecințele diabetului zaharat, ale afecțiunilor vasculare, leziunilor traumatiche, inclusiv ale celor prin arme de foc; termice, tumorilor maligne, proceselor purulente etc.

Proteizarea acestor pacienți a atins succese mari din punct de vedere tehnologic și adaptiv. Însă multe întrebări de recuperare complexă până în prezent rămân nerezolvate.

Aceasta se referă la starea psihologică a invalidului, incomodități persistente sau stabile individuale în ce privește purtarea dispozitivelor protetice – legate, în primul rând, de particularitățile anatomo-fiziologice ale segmentului amputat, cum este gamba – înzestrată cu proprietăți biomecanice specifice la fiecare nivel: proximal, în treimea medie sau distală. Nu este determinat preponderența amputațiilor osteoplastice sau de alt tip. Frecvent se practică amputații fără stabilizarea fragmentelor tibio-fibulare, și foarte rar, cele cu stabilizarea lor prin sinostozare osteoplastică în regiunea terminală. Unii autori pun accent pe superioritatea tehnologiei moderne de protezare și lasă în plan secundar variantele tehnicii chirurgicale, inclusiv sinostozarea osteoplastică ti-