

Tratament general:

- Micosist – câte 50 – 150 mg, o dată pe zi (14 zile) sau terbinafină - câte 250 mg, o dată pe zi (16 zile);
- Eubiotice – de 2 ori pe zi (21 - 30 zile);
- Prebiotice – de 2 ori pe zi (21 - 30 zile);
- Imudon – câte o pastilă de 6 ori pe zi (14 - 21 zile).

Este indicată administrarea vitaminelor grupei B. Se recomandă dietă cu limitarea hidraților de carbon.

Doza și durata administrării preparatelor depind de durata afecțiunii, tipul candidozei și eficiența terapiei, determinată prin supravegherea pacientului.

În așa mod, tratamentul complex este îndreptat spre normalizarea microbiocenozei cavității bucale, stimularea factorilor imunității locale și reactivității generale a organismului uman.

Bibliografie

1. Bassiouny A, El-Refal HH, Nabi EA, et al. Candida infection in the tongue end pharynx. *Laryng.* 1984;98:609-611.

2. Mușet Gh, Fiodorova N, Bețiu M, ș. a. Experiența tratamentului anticandidozic cu Mycosyst. *Curierul medical.* 2004;3:10-12.
3. Nechifor M. Terapia antibacteriană, antifungică și antivirală în stomatologie. Iasi: Glissando, 2002.
4. Грудянов АИ, Дмитриева НА, Фоменко ЕВ. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. М.: МИА, 2006.
5. Шумский АВ. Выбор фунгицидных препаратов для лечения кандидоза слизистой оболочки полости рта и губ. *Стоматология.* 1999;3:19-21.
6. Рабинович ИМ, Рабинович ОФ. Опыт клинического применения препарата Имудон при лечении заболеваний слизистой оболочки рта. *Клиническая стоматология.* 2000;3.

Corresponding author

Marcu, Diana, dr., conferențiar
Catedra Stomatologie terapeutică
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, str. Toma Ciorbă, 42
Tel.: 774509
E-mail: net.kappa@gmail.com

Manuscript received June 14, 2010; revised manuscript October 08, 2010

Vertebroplastia transorală în tratamentul chirurgical al angiosarcomului metastatic de corp vertebral C2: aspecte tehnice

A. Bodi, I. Gherman, I. Dacin, M. Jardan

Catedra Neurochirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie, Chișinău

Transoral Percutaneous Vertebroplasty in the Treatment of Metastatic Angiosarcoma of the Axis

Percutaneous vertebroplasty (PVP) of the axis is a challenging procedure that may be performed by a percutaneous or a transoral approach. There are few reports of PVP at the C2 level. Percutaneous vertebroplasty was performed via a transoral route in a 24-year-old man with a C2 metastasis of angiosarcoma involving anterior vertebral elements. Near-complete pain relief was obtained after an uncomplicated, minimally invasive procedure. This preliminary experience demonstrates that a transoral approach under fluoroscopic control can provide safe access to the upper cervical spine at C2 level.

Key words: axis, angiosarcoma, osteolytic lesion, percutaneous vertebroplasty, spine stabilization, vertebroplasty, spine metastases, pain treatment.

Трансоральная пункционная вертебропластика тела позвонка C2 при поражении метастатической ангиосаркомой: технические особенности

Пункционная вертебропластика тела позвонка C2 является технически сложной процедурой которая может быть проведена либо чрезкожно, либо трансорально. Публикации, посвященные вертебропластике на этом уровне, встречаются редко. В данной работе мы представляем клинический случай пациента 24-х лет поступившего в спинальное отделение с метастатическим поражением ангиосаркомой тела позвонка C2. Причиной поступления были выраженные боли в области шеи, не поддающиеся медикаментозному лечению. Была проведена без осложнений трансоральная вертебропластика тела C2, после чего было отмечено существенное снижение болей. Этот случай подтверждает данные о том что трансоральный доступ к телу C2, осуществляемый с использованием ЭОП контроля является приемлемым путем доступа к верхнему отделу позвоночника.

Ключевые слова: аксис, метастатическая ангиосаркома, остеолитическое поражение позвонка, трансоральный доступ, пункционная вертебропластика.

Introducere

Durerea severă, incapacitantă, care este refractară la tratamentul medicamentos convențional, adesea este înregistrată la pacienții cu tumori metastatice în organele aparatului locomotor, în special în cele care au funcție de suport, ca coloana vertebrală. Tehnica vertebroplastiei percutane miniinvasive recent elaborate, care este realizată sub control fluoroscopic, a fost demonstrată ca fiind o metodă sigură și eficientă de tratament într-un șir de stări clinice, care sunt însoțite de durere exprimată ca tumorile metastatice ale coloanei vertebrale. Injectarea cimentului acrilic în corpurile vertebrale a demonstrat o rată înaltă de eficiență (80-90%) și un procent mic de complicații (2-4%).

La nivelul toracic sau lombar vertebroplastia este realizată cel mai des prin acces transpedicular și, mai rar, prin acces direct postero-lateral. La nivelul cervical mediu și inferior cel mai des este utilizat abordul antero-lateral oblic, în care traheea și esofagul sunt dislocate medial, iar pachetul vasculo-nervos carotido-jugular este deplasat lateral. Totuși, acest abord este dificil la nivelul C1, C2 și C3 din motivul interpoziției scheletului facial. Prezentăm cazul unui pacient

de 24 de ani cu acuze la dureri severe dizabilitante în regiunea cervicală anterioară pe motivul unei destrucții osteolitice, cauzate de metastază de angiosarcom. Leziunea tumorală a fost tratată cu succes, utilizând abordul transoral direct către corpul vertebral C2. Este una din puținele relatări în literatură pe marginea tehnicilor de stabilizare a leziunii de axis prin abord transoral direct.

Descrierea tehnicii

Pacientul H., 24 de ani a fost internat acuzând dureri dizabilitante în regiunea superioară cervicală, mai exprimată din dreapta, cuantificată după scala analog-vizuală a durerii cu 9 puncte în poziție orizontală și 10 puncte în orice poziție cu efort vertical asupra coloanei (semișezut, șezut, mers). La internare pacientul a fost adus cu brancarda în poziție orizontală din cauza durerilor insuportabile cervicale și imposibilității de a sta pe șezute sau în picioare. Pacientul avea aplicat guler cervical ortopedic, pe care îl purta în permanență, chiar și culcat, în timpul somnului. Gulerul era purtat timp de mai mult de 9 luni de zile. Pacientul menționa reducerea bruscă a activităților cotidiene și a calității vieții, evaluată preoperator

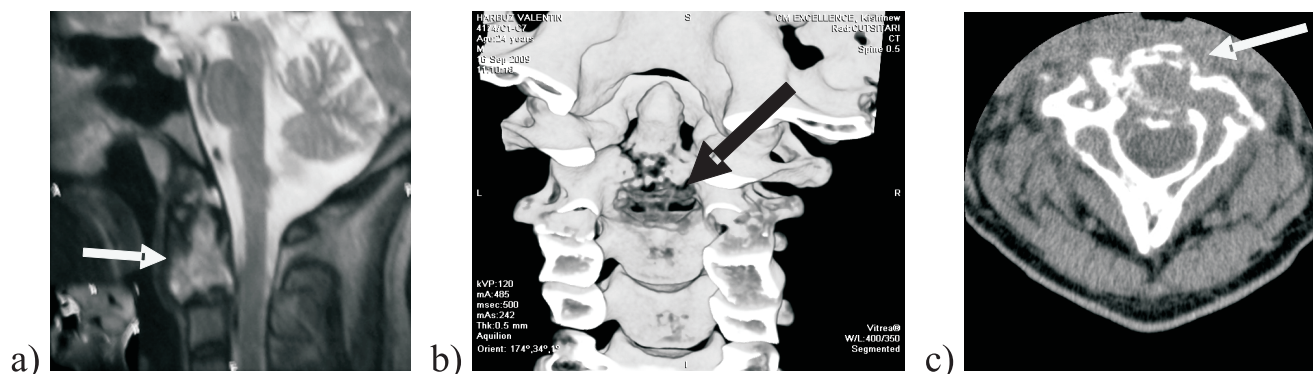


Fig. 1. RMN (a), CT cu reconstrucție (b) și CT axial (c), care indică leziunea osteolitică a corpului C2.



Fig. 2. Retractorul oro-mandibular și acul de vertebroplastie *in situ*.

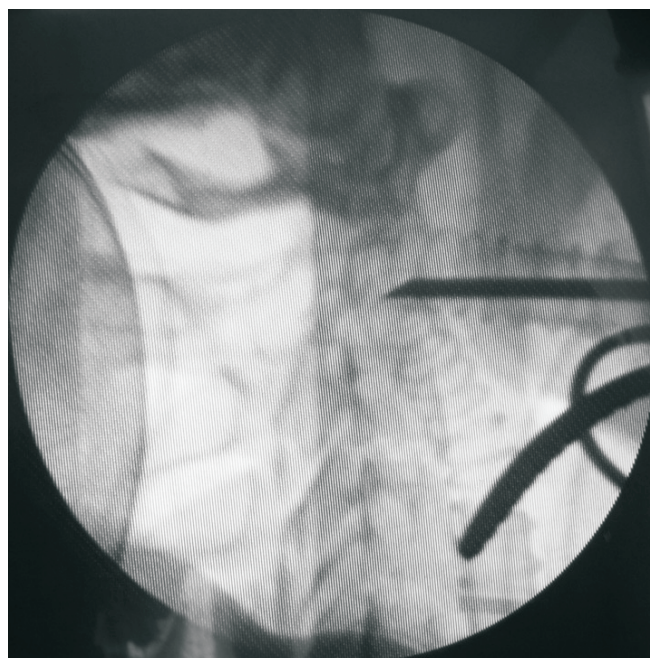


Fig. 3. Poziția acului de vertebroplastie la fluoroscopie intraoperatorie, înainte de introducerea cimentului.



Fig. 4. Colectarea eliminărilor sangvinolente din corpul C2.



Fig. 5. Sistemul acului de vertebroplastie și injectorul, montate înainte de introducerea cimentului.

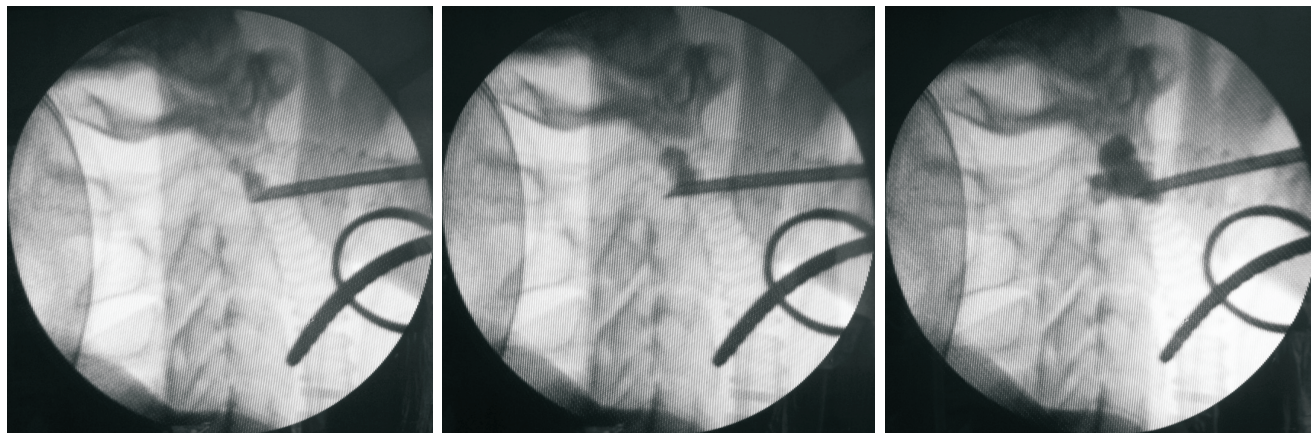


Fig. 6. Etapele de umplere a cavității osteolitice a axisului (fluoroscopie intraoperatorie).

cu un scor de 0,329 după scala EuroQoL-5D. La internare pacientului i s-a efectuat RMN, CT spiralat și radiografie transorală a regiunii cervicale, scintigrafia cu Tc99, USG organelor abdominale, setul de rutină al examenelor de laborator. Atât RMN, radiografia transorală, cât și CT au confirmat prezența unei leziuni osteolitice extinse în axis cu fractura aspectului anterior a corpului vertebral (fig. 1).

Vertebroplastia transorală a fost efectuată în sala de operații spinale specializate a Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, care este dotată complet pentru așa tipuri de operații. A fost utilizată intubația oro-traheală în poziția pacientului supinată. Pentru profilaxie antiinfecțioasă s-a folosit 1,0g de Cefazolină i/v la etapa premedicației.

După o prelucrare minuțioasă a cavității bucale cu sol. Be-tadină orală a fost aplicat retractorul oro-mandibular pentru asigurarea unui spațiu de vizibilitate adecvat a regiunii oro-faringeale (fig. 2). Accesul spre linia mediană a fost realizat prin dislocarea ușoară a tubului de intubație oro-traheală lateral dreapta și inferior.

Corpul vertebral C2 a fost identificat palpator după prezența unei proeminențe ușoare în faringe din cauza deformării lui, iar poziția finală a acului de vertebroplastie (Stryker, 13G) a fost confirmată fluoroscopic (fig. 3). Locul de puncție a fost ales exact pe linia mediană și s-a situat în urma uvulei, care a fost dislocată cu o spatulă maleabilă în timpul introducerii acului.

După identificarea corectă a nivelului, acul de vertebroplastie a fost avansat în corpul vertebral C2 sub un monitoring fluoroscopic strâns, până la mijlocul corpului vertebral C2. Penetrarea corpului s-a efectuat manual, cu ușurință, din motivul destrucției interne exprimate a corpului. La începutul procedurii acul de vertebroplastie a fost plasat cu secțiunea în direcție cranială pentru a umplea în primul rând baza procesului odontoid. La înlăturarea stiletului din ac, se elimină pasiv sânge de culoare întunecată, care se coagulează rapid. Au fost colectate 5ml de eliminări sangvinolente din corpul C2 pentru examenul cito-histologic (fig. 4).

S-a preparat o cantitate de 10g de ciment acrilic de viscozitate înaltă radioopac (SpinePlex, Stryker) cu timp extins de consolidare. Acul de vertebroplastie (13G) a fost conectat la sistemul de injecție a cimentului, de producție Cook, SUA (fig. 5).

În total au fost introduse 3,5ml de ciment, iar fluoroscopia intraoperatorie a pus în evidență o umplere bună a corpului C2 și lipsa extravazării în canalul spinal (fig. 6). Pentru umplerea adecvată a cavității osteolitice secțiunea acului a fost rotită cu 90 de grade fiecare, ¼ de rotație a mânerului injectorului în direcția acelor ceasornicului.

Procedura a decurs fără complicații și pacientul și-a revenit în secția reanimare fără deficit neurologic. Fiind evaluat la 2-a zi postoperator, pacientul a arătat un scor de 2 puncte după Scala Analog-Vizuală a Durerii, în poziție orizontală (de la 9 puncte înainte de operație). La a 3-a zi pacientul a fost ridicat pe șezute, situație imposibilă de-a lungul ultimelor 4 luni de zile înainte de internare, din cauza durerilor cervicale dizabilitante. La a 4-a zi pacientul se autodeservește și se deplasează prin secție fără ajutor și suport.

Din cauza destrucției masive a corpului vertebral a fost recomandată purtarea intermitentă a gulerului cervical de-a lungul a 3 luni postoperator.

Discuții

Vertebroplastia percutană capătă popularitate tot mai mare din motivul capacității mai bune a acestei proceduri de a reduce durerile, comparativ cu terapia medicamentoasă convențională, la aproape 90% din pacienții la care este aplicată. La pacienții cu metastaze în coloana vertebrală această procedură miniinvasivă, ghidată imagistic, poate oferi pacientului un confort sporit și o staționare spitalicească redusă. Aspectele tehnice, indicațiile și eficiența vertebroplastiei în tratamentul durerilor de localizare toracică, lombară și cervicală inferioară au fost publicate anterior într-un șir de ediții de specialitate. Însă, din motivul interpoziției scheletului facial asupra segmentelor cervicale superioare, vertebroplastia în această regiune devine o procedură mult mai dificilă. În această relatare am publicat cazul unui pacient de 24 de ani, care suferea de dureri dizabilitante cervicale, cauzate de o tumoră osteolitică de corp vertebral C2 (metastază de angiosarcom), tratată cu succes prin vertebroplastia transorală directă. Umplerea defectului osteolitic a fost realizată prin abord transoral și anestezie generală. Procedura a decurs fără complicații, iar pacientul a rămas neurologic intact după procedură.

Prezența tubului de intubare oro-traheală nu a perturbat vizibilitatea în regiunea de acces, iar dislocarea lui inferior și lateral a fost suficientă pentru o expunere adecvată a oro-faringelui superior și prezintă un obstacol în realizarea procedurii. Totuși, în cazul în care această cale de intubare ar fi cauzat unele dificultăți de manevrare în regiunea de acces, s-ar fi recurs la intubație nazo-traheală.

Pentru dislocarea uvulei am folosit o spatulă maleabilă, manevră simplă și eficientă.

Una din problemele principale ale abordurilor transorale este potențialul de infectare a plăgii postoperatorii sau locului de puncție cu floră a cavității bucale. În acest context considerăm obligatorie inițierea profilaxiei intravenoase cu

o cefalosporină, la etapa premedicației. Rata complicațiilor infecțioase în chirurgia transorală variază între 0% și 6,5%. Se recomandă ca acul de vertebroplastia să fie introdus, fiind îmbrăcat într-un manșon de plastic steril, în calitate de protector.

Trebuie de menționat faptul, că calitatea cimentului acrilic și viscozitatea lui reprezintă parametrii de bază, la care se va atrage atenția în cadrul procedurilor de vertebroplastia cervicală superioară. Recomandăm utilizarea doar a cimentului de viscozitate înaltă, pentru a preveni extravazarea lor în canalul spinal sau în sistemul venos. Omogenizarea adecvată și rapidă a cimentului reprezintă o precondiție pentru obținerea unor proprietăți mecanice înalte a cimentului. Cimentul utilizat, SpinePlex, oferă o stabilitate de 5 ori mai mare decât poate fi asigurată de corpul vertebral.

În concluzie, vertebroplastia transorală reprezintă o metodă de tratament chirurgical, care poate oferi pacienților cu leziuni tumorale osteolitice a segmentului cervical superior o reducere semnificativă a durerilor locale. Această experiență primară arată, că procedura este sigură și eficientă și poate fi utilizată la pacienții cu leziuni cervicale înalte (C1-C3).

Bibliografie

- Galibert P, Deramond H, Rosat P, et al. Preliminary note on the treatment of vertebral angioma by percutaneous acrylic vertebroplasty. *Neurochirurgie*. 1987;33:166-168.
- Deramond H, Depriester C, Toussaint P. Vertebroplasty and percutaneous interventional radiology in bone metastases: Techniques, indications, contraindications. *Bull Cancer Radiother*. 1996; 83:277-282.
- Cotten A, Boutry N, Cortet B, et al. Percutaneous vertebroplasty: State of the art. *Radiographics*. 1998;18:311-323.
- Dufresne AC, Brunet E, Sola-Martinez MT, et al. Percutaneous vertebroplasty of the cervico-thoracic junction using an anterior route: Technique and results. Report of nine cases. *J Neuroradiol*. 1998;2(5):123-128.
- Weill A, Chiras J, Simon JM, et al. Spinal metastases: Indications for and results of percutaneous injection of acrylic surgical cement. *Radiology*. 1996;199:241-247.
- Tong FC, Cloft HJ, Joseph GJ, et al. Transoral approach to cervical vertebroplasty for multiple myeloma. *AJR Am J Roentgenol*. 2000;175:1322-1324.
- Cotten A, Dewatre F, Cortet B, et al. Percutaneous vertebroplasty for osteolytic metastases and myeloma: Effects of the percentage of lesion filling and the leakage of methyl methacrylate at clinical follow-up. *Radiology*. 1996;200:525-530.
- Feydy A, Cognard C, Miaux Y, et al. Acrylic vertebroplasty in symptomatic cervical vertebral haemangiomas: Report of 2 cases. *Neuroradiology*. 1996;38:389-391.
- Menezes AH, VanGilder JC. Transoral-transpharyngeal approach to the anterior craniocervical junction: Ten-year experience with 72 patients. *J Neurosurg*. 1988;69:895-903.
- Hadley MN, Spetzler RF, Sonntag VK. The transoral approach to the superior cervical spine: A review of 53 cases of extradural cervicomedullary compression. *J Neurosurg*. 1989;71:16-23.

Corresponding author

Bodiu, Aurel, dr., conferențiar

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Chișinău, str. Korolenko, 2

Republica Moldova

Tel.: 205514

E-mail: bodiu.aurel@gmail.com

Manuscript received August 01, 2010; revised manuscript October 09, 2010