

ACCESUL PERICORONARIAN ÎN  
TRATAMENTUL BOLNAVULUI CU  
TRAUMATISM ASOCIAT CRANIO-  
FACIAL. CAZ CLINIC

*Dumitru Hâțu*<sup>1</sup>, dr. în med., conf. univ.,  
*Mihail Cebotari*<sup>2</sup>, asist. univ., Catedra de  
Chirurgie Oro-maxilo-facială,  
<sup>1,2</sup>USMF "Nicolae Testemițanu",  
*Marina Ion*<sup>3</sup>, șef secție Neurochirurgie I,  
CNPȘMU<sup>3</sup>

**Introducere.** Traumatismul constituie o problemă socială, a cărei incidență crește odată cu dezvoltarea social-economică a societății. Regiunea feței este deseori expusă traumatismului datorită faptului că tot timpul este descoperită și de cele mai multe ori este orientată spre agentul traumatic, spre deosebire de alte părți ale corpului, care sunt protejate cu îmbrăcăminte. Factorii sociali: condițiile de viață, starea familială, caracterul condițiilor de lucru au o importanță majoră în apariția traumei. Sursele de informație în masă acționează asupra privitorului/ascultătorului, atrăgându-i atenția asupra unor asemenea aspecte cum sunt: neîncrederea, lipsa de protecție socială, lipsa locului de muncă. Toate acestea luate la un loc, se completează reciproc și creează condiții pentru apariția agresivității. Cultul puterii, prevalarea forței fizice, propagarea cruzimii în filme sunt condițiile deloc de neglijat de formare a tânărului ca individ.

Traumatismul asociat cranio-facial cu deplasare provoacă mari dificultăți în tratamentul chirurgical. Sunt cunoscute mai multe căi de acces de reducere și fixare a fracturilor cranio-faciale, dar care, datorită tehnicii de efectuare, au o aplicare diferită [1-4]. Autorii pun în discuție rezultatele tratamentului fracturilor multiple eschiloase cu deplasare în timpul spitalizării și la distanță.

Incizia coronară sau bi-temporală este o abordare chirurgicală a regiunilor superioare și mijlocii ale scheletului facial, inclusiv arcului zigomatic. Ea oferă acces facial la aceste zone cu complicații minime. Un avantaj major este faptul că de cele mai multe ori cicatricea chirurgicală este ascunsă în linia părului. Când incizia este extinsă în zona preauriculară, cicatricea chirurgicală este neobservabilă.

**Scopul studiului** a fost recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism cranio-facial prin utilizarea accesului coronarian și imobilizarea cu miniplăci și șuruburi după datele Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă.

**Materiale și metode de cercetare.** Pentru atingerea scopului au fost examinați bolnavii cu traumatism cranio-facial și li s-a acordat ajutor. Ca material de studiu am folosit fișele de observație ale bolnavilor tratați în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă cu traumatism cranio-facial pe parcursul anului 2010 și datele literaturii.

**Rezultate și discuții.** Tratamentul chirurgical al traumatismului cranio-facial este necesar să fie efectuat cât mai complet, încât să refacă arhitectonica splanhnocraniului cu restabilirea structurilor osoase a țesuturilor moi și a formei și funcției dereglate. Accesul chirurgical în tratamentul traumatismului cranio-facial e necesar să fie ales în așa mod ca să fie cât mai econom, mai puțin traumatic, iar metoda să fie cât mai simplă.

Multitudinea tehnicilor chirurgicale de fixare a fragmentelor fracturate în tratamentul chirurgical al traumatismului asociat cranio-facial, conform datelor literaturii, diferă de la o sursă la alta și depinde de posibilitățile financiare și de dotare ale instituției medicale și de alți factori. Cercetătorii științifici și medicii practicieni sunt în permanență în căutarea metodelor de acces și de creare a dispozitivului cât mai perfect de a efectua reducerea și fixarea fragmentelor deviate.

Tratamentul traumatismului cranio-facial e alcătuit din două etape – reducerea și imobilizarea. Datele bibliografice sunt foarte diverse și uneori controversate în privința metodelor de reducere și imobilizare.

Prezentăm un caz clinic: Pacienta N., f-28 de ani, cetățeană a Republicii Moldova, neangajată, din istoricul bolii s-a constatat că pe data de 02-V-2011 a suportat un accident rutier ca pasager. A fost internată de urgență la spitalul raional, examinată, spitalizată și tratată până la ameliorarea stării generale care a permis transferul la Chișinău, unde a fost internată la CNPȘMU în serviciul de Neurochirurgie pe data de 06-V-2011.

Bolnava a fost consultată de mai mulți specialiști: chirurg oro-maxilo-facial, otorinolaringolog, oftalmolog, neurochirurg, traumatolog, chirurg etc. Explorările paraclinice: CT, radiografia oaselor bazinului și extremităților inferioare, electrocardiograma, analiza generală a sângelui, a fost stabilit diagnosticul: TCCD, Contuzie cerebrală, Plagă contuză a sprâncenei din dreapta, Fracturi multiple eschiloase cu deplasare a oaselor frontale, temporale, orbitei, complexului nazotmoidal și zigomatic-orbital, oaselor lacrimale din dreapta, Fractură eschiloasă a treimii medii a femurului din dreapta și entorsa ligamentară a articulației gleznei stângi, atrofie posttraumatică a nervului optic pe dreapta (figura 1).

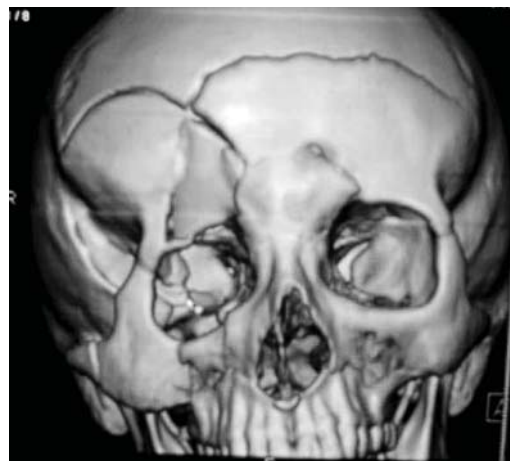


Fig. 1. CT pacientei cu traumatism cranio-facial

Examenul local prezintă asimetria feței cauzată de prăbușirea și deplasarea oaselor craniene și zigomatice din dreapta (figura 2). Pielea în regiunea dată fără modificări traumatiche. La palpare dureri și iregularități cauzate de marginile dințate ale fragmentelor fracturate și simptom de „treaptă”. În regiunea infra-orbitală din dreapta dereglată sensibilitatea.



Fig. 2. Aspectul clinic al pacientei cu traumatism cranio-facial

Echimoze periorbitale din dreapta. Deschiderea limitată a cavității bucale. Enoftalm din dreapta. Vizus din dreapta absent. Endobucal se palpează simptomul de „treaptă” în regiunea suturii zigomatico-alveolare.

Pe 17-V-2011 a fost efectuată intervenția chirurgicală cu anestezie generală în componența unei echipe de neurochirurși și chirurși maxilo-faciali. Operația nr. 30: Prelucrarea chirurgicală a fracturii cu osteosinteza fracturilor cranio-faciale cu miniplăci și șuruburi din titan. După prelucrarea câmpului operator s-a efectuat accesul chirurgical pericoronarian și s-au pus în evidență fracturile multiple eschiloase cranio-faciale.

Incizia pericraniană s-a efectuat de la partea pie-

loasă a urechii în regiunea tragusului din dreapta, ulterior continuă ondulată până la partea opusă. Pe straturi s-a incizat pielea, țesutul adipos și periostul. Decolarea țesuturilor moi s-a efectuat până la arcada zigomatică din dreapta, regiunea laterală și superioară a orbitei, sutura nazo-frontală. În regiunea dreaptă s-a decolat și mușchiul temporal, deoarece linia fracturii trecea în fosa temporală, unde s-au găsit multe fragmente osoase mici (figura 3).

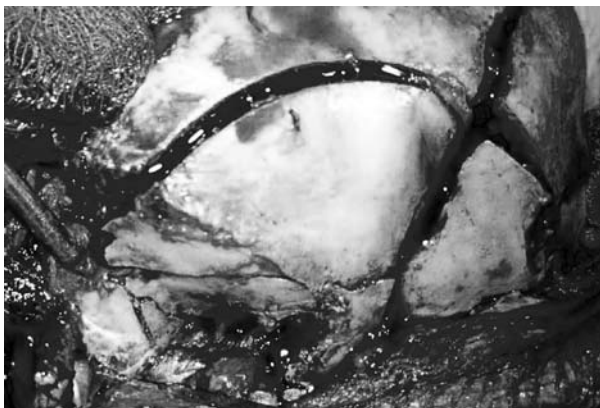


Fig. 3. Intraoperator – fracturile multiple ale bolnavei cu politraumatism

Accesul pericoronarian e indicat în traumatismul recent și în cazul tratamentului reconstructiv al osului frontal, complexului nazo-etmoidal și zigomatico-orbital, marginilor laterale, superioare și mediale ale orbitei, sinusului sfenoid și altor formațiuni anatomice adiacente [4].

În dependență de volumul intervenției chirurgicale asupra craniului cerebral sau facial, tipul de păr și limitele creșterii lui în regiunea frontală incizia coronariană poate fi:

- a) Liniară;
- b) Ondulată (festionată) care va ajunge până la pavilionul auricular;
- c) Ondulată (festionată) care va trece de partea anterioară a pavilionului auricular;
- d) Ondulată (festionată) care va trece după pavilionul auricular.

Cazul clinic concret, aspectul fracturii, caracterul deplasării fragmentelor fracturate, implicarea țesuturilor moi, prezența părului și alți factori vor determina forma inciziei coronariene.

Accesul coronarian se folosește însă, duce la reabilitarea bolnavului nu numai din punct de vedere morfologic, dar și estetic. Această metodă de acces se folosește pe larg în unele clinici din străinătate, se propune spre utilizare și în alte clinici care au ca activitate regiunea superioară și medie a feței (neurologice, oftalmologice etc.).

Eschilele mici ce au pierdut contactul cu periostul au fost înlăturate. S-a efectuat cu o deosebită aten-

ție revizia plăgii în regiunea fosei temporale și parțial a orbitei, unde s-au depistat eschile mici care au fost înlăturate. Nervul optic este lezat din partea dreaptă. Oasele fracturate deplasate au fost reduse și imobilizate cu miniplăci și șuruburi din titan.

Fragmentele fracturate deplasate ale complexului zigomatico-orbital au fost reduse cu instrumentul la nivelul arcadei zigomatice, unde deplasarea era mică, și la nivelul suturii zigomatico-frontale. Adăugător au fost imobilizate cu o miniplăcuță din titan și șuruburi (figura 4). Palpatorexobucal la nivelul marginii infraorbitale „treapta” a dispărut.



Fig. 4. Imobilizarea fracturilor multiple cu miniplăci și șuruburi din titan

Plaga a fost de mai multe ori prelucrată cu soluții de antiseptice. S-a suturat pe straturi, s-a drenat și aplicat pansament. Pacienta primește tratament medicamentos și i se aplică pansamente zilnice.



Fig. 5. Accesul pericoronarian al pacientei cu traumatism cranio-facial (aspect postoperator)

Rezolvarea cazului cu osteosinteză a fracturilor într-o ședință prin intervenție chirurgicală permite evitarea operației repetate programate a pacientului pentru plastia defectului osos cu alotransplant sau cicatricii dermice și nu în ultimul rând expunerii repetate psihologice.

Examenul radiologic postoperator obligator al pacientei cu traumatism cranio-cerebral ne ilustrează reducerea fragmentelor și imobilizarea lor cu miniplăcuțe și șuruburi ce are o importanță majoră în aspect medico-legal (figura 6).



Fig. 6. Examenul radiologic postoperator al pacientei cu traumatism cranio-facial

E necesar de menționat că se impune o precauție majoră față de așa formațiuni anatomice ca artera temporală superficială și arterele etmoidale din orbită, ramura temporală a nervului facial, pachetul neuro-vascular supraorbital și altele.

Problema traumatismului cranio-facial rămâne actuală, având în vedere frecvența majoră a acestuia. Ea dictează necesitatea perfecționării metodelor diagnostice și de tratament care ar reduce semnificativ complicațiile legate de traumatismul regiunii date și ar permite elaborarea unor măsuri profilactice de recuperare a bolnavului cât mai precoce sub aspect morfofuncțional și estetic.

**Concluzii.** Ținând cont de particularitățile anatomotopografice, e necesară o cooperare obligatorie a mai multor specialiști în tratamentul bolnavului cu traumatism cranio-facial.

1. TC este un examen complex, fiind cheia succesului în stabilirea tacticii de tratament și determinarea gravității traumei.

2. Accesul pericoronarian utilizat în tratamentul bolnavului cu traumatism asociat va recupera bolnavul sub aspect morfofuncțional și estetic.

3. Rezolvarea cazului cu osteosinteză a fractu-

rilor într-o ședință prin intervenție chirurgicală permite evitarea operației repetate programate a pacientului pentru plastia defectului osos cu alotransplant sau cicatricii dermice și nu în ultimul rând evitarea expunerii repetate psihologice.

#### Bibliografie

1. Camilleri A. C., M. Gilhooly, M. C. Cooke. *Stabilisation of the unstable fractured zygomatic arch with a Kirschner wire. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* (2005)43,183-184.
2. Edward Ellis III, Michael F. Zide. *Surgical Approaches to the Facial Skeleton* 2009: 65-95.
3. Hițu D. *Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale*. Chișinău, 2004: 68-88.
4. Белченко В. А. *Черепно-лицевая хирургия. Руководство для врачей*. Москва, 2006:31-33.

#### Rezumat

Datorită particularităților anatomotopografice e necesară o cooperare obligatorie a mai multor specialiști în tratamentul bolnavului cu traumatism asociat cranio-facial. CT este un examen complex, fiind cheia succesului în stabilirea tacticii de tratament și determinarea gravității traumei. Accesul pericoronarian utilizat în tratamentul bolnavului cu traumatism asociat va recupera bolnavul din punct de vedere morfofuncțional și estetic.

#### Summary

Due anatomotopographic necessary features required cooperation of many specialists in the treatment of patients with associated cranio-facial trauma. CT is a comprehensive examination is the key to determining the tactics of treatment and assessment of trauma severity. Access coronal used to treat the patient with associated trauma patient will recover and aesthetic morfofunctional.

#### Резюме

Благодаря анатомо-топографическим особенностям травмы, необходимо сотрудничество многих специалистов в лечении больных с сочетанной черепно-лицевой травмой. Компьютерная томография является ключевым моментом для определения тактики лечения и оценки тяжести травмы. Перикоронарный доступ, используемый для лечения пациентов с сочетанной травмой, приводит к морфофункциональной и эстетической реабилитации пациента.