

4. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Ф. *Травматология и Ортопедия*. Том 3. Санкт-Петербург: DJVU, 2001: 368.

5. Гиршин С.Г. *Клинические лекции по неотложной травматологии*. Москва. Азбука, 2004: 544.

Rezumat

Studiul dat prezintă rezultatele la distanță ale 580 de pacienți cu fracturi maleolare, repartizați în două loturi conform metodelor de tratament, tratați în cadrul CNȘPMU, secția ambulatorie de ortopedie și traumatologie nr. 1. Dintre ei, 459 pacienți tratați conservator, 121 – chirurgical.

Summary

The survey results gave a target distance of 580 patients with malleolar fractures which were treated in the dispensary conditions. 459 cases were treated following the conservative treatment and the rest (121) following the operates surgery.

Резюме

В ходе исследования изучены отдаленные результаты лечения переломов лодыжек 580 больных, разделенных на две группы в зависимости от основных методов терапии в условиях CNȘPMU и отделения амбулаторной ортопедии и травматологии № 1. Из них 459 пациентам проведено консервативное лечение, 121 – хирургические вмешательства.

ACCESUL CHIRURGICAL ÎN TRATAMENTUL BOLNAVULUI CU TRAUMATISM ASOCIAT AL COMPLEXULUI ZIGOMATIC

D. Hâțu, D. Șcerbatiuc, V. Vlas, A. Hâțu, M. Cebotari, S. Caldarari, L. Arbuș, A. Crivoliubic

Catedra de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială,
USMF „Nicolae Testemițanu”,
CNȘPMU, ÎI „Hâțu Maria”

Actualitatea temei. Traumatismul constituie o problemă socială și crește odată cu dezvoltarea societății. Regiunea feței este des expusă traumatismului, deoarece tot timpul este descoperită și mai des este orientată spre agentul traumatic, spre deosebire de alte părți ale organismului care sunt protejate cu haine. Factorii sociali au o importanță colosală în apariția traumei, ca exemplu: condițiile de viață, sta-

rea familială, caracterul condițiilor de lucru. Sursele de informație în masă acționează asupra subiectului, atrăgând atenția asupra neîncrederii, neprotecției sociale, lipsei locurilor de muncă, – toate acestea creează condiții pentru apariția agresivității. Cultul puterii, prevalarea forței fizice, propagarea cruzimii în filme nu sunt cele mai ideale condiții de formare a tânărului ca personalitate.

Traumatismul întodeauna a amenințat sănătatea omului, afectând preponderent populația tânără, aptă de muncă și determinând un nivel înalt de invaliditate și mortalitate nu numai a acestui contingent, dar și al populației în general. Deplasarea provocată de fragmentele fracturate duce la dereglări funcționale și scopul tratamentului este restabilirea formei și funcției dereglate. Reabilitarea bolnavului va depinde de experiența, dotarea tehnică a instituției medicale cu utilajul necesar și calificarea chirurgului în domeniul dat.

Reabilitarea estetică în cazul fracturilor complexului zigomatic cu deplasare rămâne o problemă actuală. Utilizarea metodelor clasice prin reducerea cu cârligul Limberg necesită incizia dermului, în consecință vom avea o cicatrice postoperatorie. Evoluția plăgii postoperatorii și reglarea regenerării în regiunea OMF este mereu în atenția specialiștilor. Pentru formarea cicatricii postoperatorii estetice este foarte importantă stimularea schimbului acizilor nucleici și sinteza proteică. În acest scop indicăm pacienților acid folic și vitamina B₁₂ [7].

Traumatismul asociat al complexului zigomatic cu deplasare provoacă mari dificultăți în tratament, îndeosebi în cel chirurgical. Sunt cunoscute mai multe căi de acces de reducere și fixare a fracturilor complexului zigomatic prin acces endobucal, exobucal sau mixt, însă acestea, datorită tehnicii de efectuare, au o aplicare diferită [2, 3, 8]. Autorii pun în discuție rezultatele tratamentului fracturilor complexului zigomatic cu deplasare în timpul spitalizării și la distanță.

Familiarizarea cu particularitățile traumatismului asociat al complexului zigomatic ne oferă posibilitatea să recurgem la diagnosticarea oportună a acestei leziuni, să elaborăm un algoritm adecvat curativ și să efectuăm măsuri de profilaxie [1, 5, 6]. Considerând dificultățile de recunoaștere și asistare a traumatismelor asociate și multiple din regiunea oro-maxilo-facială, am considerat că ar fi de valoare practică și cognitivă să realizăm un studiu prin care să se propună și să se valorifice principii de clasificare, metode mai puțin invazive și mai eficiente de tratament al complexului zigomatic, procedee tehnice care ar permite scăderea procentului de complicații și ar asigura reabilitarea cât mai estetică și mai timpurie a bolnavului [4].

Obiectivele lucrării. Scopul studiului a fost reabilitarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatic prin utilizarea accesului chirurgical adecvat, după datele Clinicilor de ChOMF din Chișinău și Iași.

Materiale și metode. Pentru atingerea scopului au fost examinați și li s-a acordat ajutor accidentaților cu traumatism asociat al complexului zigomatic. Ca material de studiu am folosit fișele de observație ale bolnavilor tratați în Clinica de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, CMPȘMU, dintre care 15 bolnavi cu fracturi ale complexului zigomatic-orbital au fost tratați prin metoda propusă. Suplimentar a fost folosită experiența Clinicilor de ChOMF din Chișinău și Iași. În acest scop, am elaborat un dispozitiv și o metodă de reducere subzigomatică endobucală a complexului zigomatic. Esența invenției constă în următoarele: dispozitivul este efectuat în formă de „T”, tijă metalică cilindrică cu diametrul 0,1 cm la vârf, la bază cu diametrul de 0,6 cm, cu partea orizontală având lungimea 8 cm, iar partea verticală – 15 cm, cu sudarea lui în centru perpendicular pe el; extremitățile dispozitivului sunt încovoiate și rotunjite la capete (figura 1).

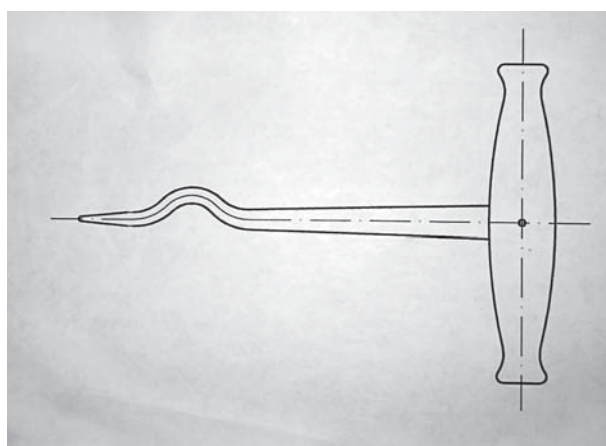


Fig. 1. Dispozitiv de reducere a complexului zigomatic pe cale endobucală.

Dispozitivul pentru reducerea endobucală a complexului zigomatic deplasat funcționează în felul următor: inițial se prelucrează câmpul operator cu soluții antiseptice și se izolează. Anestezia infraorbitală și infiltrativă cu soluție de lidocaină de 2%, 6 ml, și premedicație. Lungimea inciziei mucoasei este de 1,5-2 cm, de la molarul doi la primul premolar, paralel cu suprafața ocluzală a dinților, pe plica de tranziție sau cu 0,2 cm mai sus.

Decolarea lamboului mucoperiostal cu un sindesmotom, mai apoi, cu pensa hemostatică încovoiată, mai mult bont, deplasăm țesuturile, creând un canal până ce ajungem la marginea inferioară a osului

zigomatic. Prin acest canal al plăgii se introduce cârligul de construcție proprie.

Utilizând cârligul propus, e necesar de respectat anumite reguli: inițial partea lucrătoare a instrumentului (tija) trebuie să fie paralel cu arcada zigomatică, capătul ascuțit al instrumentului se introduce în plagă prin canalul creat (atent, ca să nu traumatizăm țesutul suplimentar ori să schimbăm direcția), ajungem la marginea inferioară a osului malar. Brațul instrumentului se află în mâna medicului și e orientat spre linia mediană a feței, pe când prin metoda exobucală – este orientat spre pavilionul auricular. Brațul instrumentului se rotește la 90°, fiind perpendicular pe arcada zigomatică, astfel încât vârful ascuțit să fie sub osul zigomatic posterior de sutura zigomatico-alveolară, a doua curbură a instrumentului e la nivelul comisurii labiale. Ultima rotire încă o dată la 90°, în așa fel încât instrumentul să fie perpendicular pe planul cutanat. Reducerea fragmentelor deplasate se face cu mișcări energice, dozate, opus direcției deplasării fragmentelor fracturate, anterior și superior. Se aude un zgomot (crepitație osoasă) în timpul reducerii fragmentelor, de obicei, reducerea se face cu o mică hipercorecție.



Fig. 2. Metodă de reducere a complexului zigomatic pe cale endobucală.

Bonturile osoase prin suprafețele dințate se mențin în poziția anatomică în fracturile neeschiloase (figura 2). Controlul calității reducerii: restabilirea configurației feței, dispariția simptomelor „de treaptă” la nivelul rebordului infraorbital, arcadei zigomatice, dispariția blocajului mandibular, mai apoi se restabilește sensibilitatea. Instrumentul se scoate atent, ca să nu atingem osul redus, plaga se prelucrează cu soluții antiseptice. Pe plagă se aplică o sutură cu catgut și aplicăm punga cu gheață. După intervenția chirurgicală se efectuează examen radiologic al osului zigomatic.

Rezultate obținute și discuții. Reducția complexului zigomatic deplasat se poate realiza prin mai multe metode endobucale – pe cale sinusală și prin acces subzigomatic sunt rar utilizate.

Accesul endobucal subzigomatic de reducere chirurgicală a complexului zigomatic în clinica noastră se utilizează rar. Cauzele sunt mai multe și vom încerca să le enumerăm. Intervenția chirurgicală se petrece „orb”, tehnica e însușită cu greu și nu a găsit o largă răspândire, cu toate că ea are un mare avantaj după intervenția chirurgicale de reducere a complexului zigomatic – nu rămâne cicatrice pe față, fapt ce are o mare importanță, mai ales pentru doamne și persoanele tinere. Instrumentele cu care se reduce fractura sunt lungi, incomode, este imposibil să fixezi complexul zigomatic pentru a-l reduce.

Calea transsinusală de menținere a fragmentelor fracturate, mai ales în cazurile eschiloase, este o intervenție chirurgicală traumatică, de lungă durată. După operație pacientul greu suportă tubul endonazal cu mirosul de la meșa iodoformată și conținutul sinusal. Înlăturarea meșei și tubului e însoțită de dureri și hemoragie uneori, eliminările din sinus continuă câteva zile. Edemul postoperator, excoriațiile de la unghiul cavității bucale, prezența în cavitatea nazală a tubului și meșei creează un disconfort imens bolnavului. Calea transsinusală ocupă până la 2% din bolnavii tratați în ambele clinici nominalizate mai sus.

Reducția complexului zigomatic deplasat se poate realiza și prin acces exobucal sau mixt. Accesul chirurgical exobucal de re poziționare e frecvent utilizat în clinicile de pe ambele maluri ale Prutului și nu numai.

Clinica de Chirurgie OMF din Chișinău mai des folosește accesul subzigomatic exobucal cu ajutorul cârligului Limberg. Tehnica este ușoară, rapidă, are loc „orb”, este frecvent utilizată (în 56% cazuri), unicul neajuns este prezența cicatricei postoperatorii. Este indicată în fracturile cu deplasare a complexului zigomatic.

Clinica de Chirurgie OMF de la Iași, UMF „Gh. Popa”, în 70% cazuri folosesc accesul temporal. Această metodă are un mare avantaj – cicatricea postoperatorie este mascată (ascunsă) de partea pielosă a regiunii temporale.

Există și alte accese de re poziționare a complexului zigomatic, dar acestea, din diferite cauze, nu au găsit o largă utilizare. E necesar de menționat accesul coronarian, care nu se folosește în cele 2 clinici, dar care nu lasă cicatrice postoperatorie.

Datele literaturii autohtone și ale colegilor de la UMF „Gh. Popa”, ilustrate în tabel ne permit să facem unele concluzii. Clinica de Chirurgie OMF Chișinău mai des utilizează accesul subzigomatic exobucal cu cârligul Limberg, pe când colegii de la Iași, accesul temporal.

Metodele de tratament utilizate în fracturile complexului zigomatic

Căile de acces	Anii și sursa	
	1951-1995*	1998-2002**
Acces subzigomatic (suborbital)	66	264
Osteosinteză cu fir metalic	68	14
Osteosinteză cu miniplăcuțe	0	12
Fixare extraorală (Bajanov-Jadovschi)	-	0
Conservativ	-	67
Calea sinusală	38	9
Intraoral (Freidel, Wieladje)	-	3
Acces temporal	1803	8

Notă: * – Popescu E.; ** – Hățu D.

Repoziționarea și fixarea în poziție corectă a fracturilor complexului zigomatic, îndeosebi eschiloase, e posibilă numai în mod chirurgical. În tehnicile chirurgicale persistă riscul de lezare a nervului facial și a vaselor adiacente, iar repoziționarea fragmentelor deplasate adeseori e dificilă. Aceasta este cauza principală pentru care chirurgia manifestă rezervă față de tratamentul chirurgical. Fixarea fragmentelor deplasate ale complexului zigomatic prin diferite metode de osteosinteză la ambele clinici coincid în jur de 2-4%.

În privința termenelor de tratament a fracturilor recente, ambele clinici susțin părerea că reducerea complexului zigomatic trebuie realizată cât mai timpuriu – până la 10 zile de la accident.

Tratamentul chirurgical al complexului zigomatic, la modul ideal, trebuie efectuat cât mai complet, încât să refacă arhitectonica splanhnocraniului, cu restabilirea structurilor osoase și înlăturarea leziunilor țesuturilor moi, cu restabilirea formei și funcției derreglate. Accesul chirurgical în tratamentul complexului zigomatic e necesar să fie ales în așa mod, încât să fie cât mai econom, mai puțin traumatizant și printr-o metodă cât mai simplă.

Bilanțul leziunilor izolate sau asociate, starea generală a accidentatului, instituția medicală și alți factori vor determina indicațiile și contraindicațiile unui sau altui acces chirurgical al complexului zigomatic. Scopul final este reabilitarea psihică, estetică și, nu în ultimul rând, morfologică și funcțională, pentru reînțărirea cât mai timpurie în familie, în societate și la locul de muncă, cu scurtarea timpului de tratament.

Multitudinea tehnicilor chirurgicale de reducere și fixare a fragmentelor fracturate în tratamentul chirurgical al complexului zigomatic diferă de la sursă la sursă literară și depinde de posibilitățile financiare ale instituției medicale și de alți factori. Cercetătorii

științifici și medicii-practicieni sunt mereu în căutarea accesului și crearea dispozitivului care, în aceeași ședință, să asigure reducerea și fixarea fragmentelor deplasate. Față de dispozitivul „ideal” sunt înaintate o mulțime de cerințe: cât mai eficient, simplu, cât mai efin, să fie cât mai accesibil în manipulare, cu traumatizare minimă a țesuturilor moi, să nu incomodeze bolnavul în activitatea lui fiziologică și cu lipsa sechelelor postoperatorii, ca cicatrice, deformare sau defect.

Datele obținute ne permit să concluzionăm că există divergențe între două căi de acces – calea temporală și cea subzigomatică. Accesul temporal se utilizează rar în Clinica de ChOMF din R. Moldova. Cu scopul de a minimiza această discordanță, s-a propus elaborarea unei metode de reducere endobucală a complexului zigomatic. Pe parcursul anului 2010, în Centrul Republican de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială, CMPȘMU, au fost spitalizați bolnavi cu fractura complexului zigomatic-orbital, fiind tratați prin diferite metode. Reducerea fragmentelor fracturate prin acces endobucal subzigomatic s-a aplicat la 15 bolnavi cu fractura complexului zigomatic cu deplasare, utilizând metoda și dispozitivul propus de noi. 12 bolnavi s-au tratat în secția de chirurgie oro-maxilo-facială, 12 au fost bărbați, dintre care 10 sunt locuitori din orașul Chișinău, fiind traumatizați prin agresiune. Vârsta medie – 38 de ani. 8 bolnavi au fost implicați în câmpul muncii. 8 au fost transportați cu ambulanța, iar restul au fost îndreptați din alte instituții medicale ori s-au adresat de sine stătător. În prima zi s-au adresat după ajutor 12 pacienși. Starea de ebrietate, ca factor predispozant al traumei, a fost înregistrată în 4 cazuri.

Fractura complexului zigomatic-orbital a fost localizată în dreapta în 7 cazuri și din stânga – în 8 cazuri. Traumatismul craniocerebral în 100% cazuri a fost asociat cu fractura complexului zigomatic-orbital. Traumatismul complexului zigomatic-orbital asociat cu leziuni ale țesuturilor moi s-a înregistrat în 4 cazuri, în rest fractura de mandibulă, a oaselelor nazale, toracelui și fractura de mână – câte un caz.

Caz clinic. Pacienta A., 56 de ani, s-a adresat la CNPȘMU fiind transportată cu ambulanța pe data de 04.02.2010. Din istoricul dezvoltării bolii s-a constatat că bolnava e locuitoare a orașului Chișinău, nu lucrează și trauma a căpătat-o în urma unei agresiuni la ora 22⁰⁰ și s-a adresat pentru a stabili gravitatea leziunilor. Bolnava a fost examinată clinic-radiologic și a fost stabilit diagnosticul: fractura complexului zigomatic din stânga cu deplasare, fractura mandibulei bilateral (38-42:43), adentie secundară totală a maxilarului superior, comoție cerebrală. A fost spitalizată în secția de chirurgie oro-maxilo-facială, fiind indicat

tratament medicamentos și investigații în dinamică. Pe data de 08.02.2010 pacienta a fost supusă intervenției chirurgicale sub anestezie generală, cu re poziționarea complexului zigomatic-orbital din stânga prin acces endobucal, osteosinteza mandibulei în regiunea angulară din stânga cu fir metalic prin acces endobucal, suspendarea mandibulei de procesul alveolar al maxilarului superior. Pacienta a urmat tratament antiinflamator, fiind externată în stare satisfăcătoare pe data de 12.02.2010.

Avantajele dispozitivului și ale metodei de reducere endobucală subzigomatică sunt: permite reducerea complexului zigomatic prin acces endobucal, absența cicatricii dermale, mai rapid, cu mult mai puțin traumatizant, durata operației cu mult mai scurtă, iar dispozitivul propus este mai ușor și de dimensiuni mai mici, mai operativ și mai exact, estetic și mai ieftin.

Problema fracturilor complexului zigomatic asociate rămâne actuală și cu frecvență majoră, cu necesitatea perfecționării metodelor de diagnostic și de tratament, ce ar reduce semnificativ complicațiile legate de traumatismul regiunii date și ar permite elaborarea unor măsuri profilactice de recuperare a bolnavului cât mai repede.

Concluzii

Clinica ChOMF din Chișinău mai des utilizează accesul subzigomatic exobucal cu cârligul Limberg, pe când Clinica ChOMF din Iași mai frecvent folosește accesul temporal.

Osteosinteza și accesul transsinusal e rar utilizat în ambele clinici – aproximativ în proporții egale.

Accesul endobucal permite recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatic-orbital.

Bibliografie

1. Adebayo, E. T. *Analysis of the pattern of maxillofacial fractures in Kaduna, Nigeria*. Br. J. Oral Maxillofac. Surg., 2003; 15(6): 396-400.
2. Burlibașa C. *Chirurgie orală și maxilofacială*. București; 1999: 497-697.
3. Eugenia Popescu. *Evaluarea metodelor de tratament definitiv în fracturile oaselor feței*. Iași, 1999: 13-14.
4. Hițu D. *Traumatismul etajului mijlociu al feței cu optimizarea diagnosticului și tratamentului fracturilor oaselor nazale*. Teză de doctor în științe medicale. Chișinău, 2004: 113p.
5. Mahmood S., D. J. W. Keith, G. E. Lello. *Current practice of British Oral and Maxillofacial Surgeons: advice regarding length of time to refrain from contact sports after treatment of zygomatic fractures*. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2002; 84(2):488-490.
6. Roger Arthur Zwahlen, Ludwig Labler, Otmar

Trentz, Klaus Wilhelm Gratz. *Lateral impact in closed head injury: A substantially increased risk for diffuse axonal injury*. A preliminary study. *Journal of Cranio-Maxillo-facial Surgery*, 2007; 35(3):142-146.

7. Rusu N., Șcerbatiuc D.. *Reglarea regenerării tegumentare în tratamentul plăgilor regiunii maxilo-faciale prin folosirea vitaminoterapiei*. *Analele științifice, Chișinău*, 2007: 422-425.

8. Timoșca G. *Chirurgie oro-maxilo-facială*, Chișinău, 1992. 243-318.

Rezumat

În Clinica de Chirurgie OMF din Chișinău mai des este utilizat accesul subzigomatic exobucal, utilizând cârligul Limberg, pe când în Clinica de Chirurgie OMF din Iași mai frecvent este folosit accesul temporal. Osteosinteza și accesul transsinusal se utilizează rar în ambele clinici, aproximativ în proporții egale. Reducerea fragmentelor fracturate prin acces endobucal subzigomatic s-a aplicat la 15 bolnavi cu fractura complexului zigomatic, cu deplasare, utilizând metoda și dispozitivul propus. Accesul endobucal și cel temporal permit recuperarea estetică a bolnavului cu traumatism al complexului zigomatico-orbital.

Summary

OMF Surgery Chisinau under zygomatic access frequently used Limberg extraoral using hook when OMF Surgery Clinic Iasi access frequently used temporal approach. Fixation and access way sinus used in both clinics in approximately equal proportions. Restoration of the fractured fragments by the intraoral under zygomatic access was applied on 15 patients with fractures of the zygomatic complex with the displacement, using the proposed method and device. Intraoral and temporal approach allows aesthetic recovery of the patient with trauma of the zygomatico-orbital complex.

Резюме

Клиники челюстно-лицевой хирургии города Кишинев проводят оперативные вмешательства чаще через подскуловой доступ с использованием крючка Лимберга, тогда как в клинике челюстно-лицевой хирургии города Яссы наиболее часто используется височный доступ. Остеосинтез и доступ через синусы используется редко в обеих клиниках в примерно равных пропорциях. Репозиция фрагментов была применена с использованием подскулового доступа у 15 пациентов со сложными переломами скуловых костей со смещением, с использованием предлагаемого способа и устройства. Подскуловой доступ позволяет осуществить эстетическую и функциональную реабилитацию пациента с травмой скулового - орбитального комплекса.

MEGASIALOLITIAZA

D. Șcerbatiuc, prof. univ., dr. hab. în med.,
Sofia Lehtman, asistent universitar
Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială
“Arsenie Guțan”, Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Urgentă

Introducere. Sialolitiază reprezintă una dintre cele mai răspândite afecțiuni ale glandelor salivare. Conform datelor literaturii, frecvența sialolitiazăi în populația adultă constituie 1.2% [1, 2]. În majoritatea cazurilor (80%) concremenții sunt localizați în glanda submandibulară, populația masculină fiind mai des afectată [3]. Dimensiunile calculilor nu depășesc 10 mm, dimensiunile maxime variind între 3 și 7 mm (88%) și foarte rar mai mari [3]. Dimensiunile medii ale concremenților constituie 3.2 mm pentru glandele parotide și 4.9 pentru glanda submandibulară [4].

Conform datelor literaturii „sialotiază gigantă”, sau „megasialolitiază” este definită prin prezența calculilor în glandele salivare ≥ 15 mm [3, 5, 6]. La momentul actual sunt descrise cazuri unice de „sialotiază gigantă”, iar metodele de tratament sunt controversate [2].

Scopul acesului studiu a fost – aprecierea frecvenței sialotiazăi gigante în structura generală a sialolitiazăi și aprecierea abordurilor raționale de tratament al acestei patologii în contextul literaturii mondiale.

Material și metodă. A fost efectuată analiza retrospectivă a bazei de date a 104 pacienți cu sialolitiază, tratați în Clinica de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială, CNȘPMU, în perioada 2005-2010. Raportul B: F a fost de 1.2:1 – 58 (55.8%) : 46 (44.2%) respectiv.

Pentru diagnosticarea sialolitiazăi au fost utilizate metodele imagistice: examenul radiologic (ortopantomograma), ultrasonografia și tomografia computerizată. A fost calculată media aritmetică (M), eroarea mediei aritmetice (m). Rezultatele obținute au fost prelucrate cu ajutorul IBM/PC și softului statistic („Statistical Package for the Social Sciences”) SPSS for Windows 14.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Rezultate. Megasialolitiază a fost diagnosticată în 8 cazuri (7.69%), conform criteriilor descrise anterior [3, 5, 6]. Caracteristica generală a pacienților este prezentată în tabel 1.

Vârsta medie a pacienților a constituit 42.25 ± 3.73 (de la 26 la 58) ani. Este important de menționat faptul că megasialolitiază a fost diagnosticată doar la pacienții de sex masculin.

În 7 din 8 (87.5%) cazuri a fost observată sialolitiaza primară, și doar un caz de sialolitiază recidivantă (reziduală) după înlăturarea transorală a calculului din ductul Wharton.

Caracteristica generală a lotului de pacienți cu megasialolitiază

	Sex	Vârștă	Glanda salivară	Localizare	Dimensiunea maximă a calculului (mm)	Dimensiunea minimă a calculului (mm)
# 1 (B.V)	M	38	GSM	Pararenchim	15	10
# 2 (I.V.)	M	47	GSM	Canal salivar distal	16	11
# 3 (G.A.)	M	54	GSM	Pararenchim	15	8
# 4 (R.S.)	M	26	GSM	Canal salivar distal	15	5
# 5 (C.V.)	M	58	GSM	Pararenchim	16	12
# 6 (O.C.)	M	42	GSM	Pararenchim	15	9
# 7 (H.V.)	M	33	GSM	Pararenchim	18	11
# 8 (B.S.)	M	40	GSM	Canal salivar proximal	17	10
M ± m					15.88 ± 0.39	9.5 ± 0.77

Notă: GSM – glanda submandibulară.

În toate cazurile (8/8, 100%) calculii giganți erau localizați în glanda submandibulară, în majoritatea cazurilor pe stânga. Tabloul clinic în toate cazurile a fost dominat de durere în regiunea submandibulară, intensificată de alimentare. Într-un caz a fost semnalată xerostomia. Tumefierea regiunii glandei afectate a fost observată în 5 din 8 (62.5%) cazuri. La examenul transoral, concrementul a fost palpat doar în 2 (25%) cazuri. În timpul examenului radiologic, calculul radioopac a fost depistat în 7 din 8 (87.5%) cazuri (figura 1).



Fig. 1. Ortopantogramă: sialolitiază gigantică (cazul #8) a glandei submandibulare stângi (←).

Toți pacienții au beneficiat de tratament chirurgical: litextractie transorală (n=2) și sialolitadenectomie (n=6). Astfel, rata intervențiilor organomenajante a constituit 25% (2 din 8). Dimensiunea maximă a calculilor înlăturați a variat între 15 și 18 mm, iar cea minimă – între 12 și 5 mm (figura 2). Este important faptul că în toate cazurile de megasialolitiază a fost prezent doar un singur calcul.



Fig. 2. Calcul giganta al glandei submandibulare stângi.

Examenul histologic al glandelor salivare înlăturate în toate cazurile a demonstrat modificare semnificativă a țesutului glandular, fapt ce mărturisește despre o evoluție de durată a procesului inflamator (figura 3).

În toate cazurile perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Durata medie de spitalizare a constituit 5.6 ± 0.9 zile.

Discuții. Sialolitiaza giganta este atribuită cazurilor clinice rare. Conform datelor Wallace E. et al. (2010), în literatură sunt descrise circa 54 de cazuri de sialolitiază giganta, dintre care 7 în clinica autorilor [7]. Analiza literaturii ne permite să afirmăm că lotul din 8 pacienți prezentat este cea mai mare dintre cele publicate anterior. Revista literaturii a demonstrat că patologia menționată este mai frecvent diagnosticată la bărbați (n=42), comparativ cu femeii

le (n=12), raportul fiind de 3.5:1 [7], aceeași tendință fiind observată și în prezentul studiu.

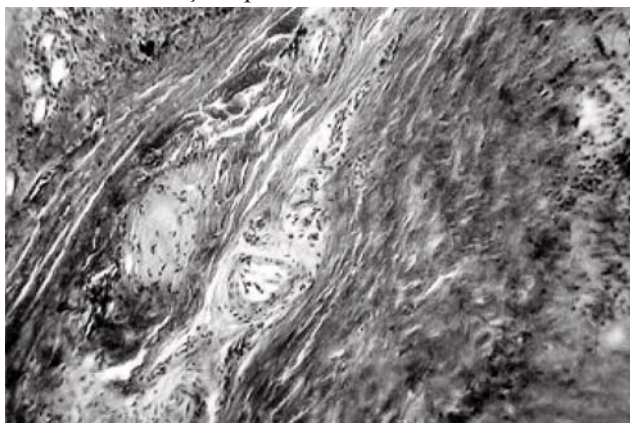


Fig. 3. Modificări sclerotice semnificative ale glandei salivare submandibulare (Van Gieson x40).

Vârsta medie a pacienților în loturile publicate anterior a constituit 51 de ani (10-75) [1-8]. Materialul propriu prezentat și datele literaturii demonstrează că megasialolitiaza poate fi diagnosticată în toate grupurile de vârstă. Megasialolitiaza cel mai frecvent este localizată în glandele submandibulare 85%, parotide – 9% și sublinguale – 2% [7]. Datele literaturii demonstrează că megasialolitiaza este, de regulă, solitară [1-7], fapt demonstrat și de prezentul studiu. Există totuși publicații unice referitor la sialolitiaza gigantă multiplă, bilaterală [8]. Dimensiunea medie a megasialolitiarei descrise în literatură a constituit 31.5 mm (de la 15 la 72 mm) [7], ceea ce depășește de două ori observațiile noastre.

Temă de discuție rămâne metoda de tratament a megasialolitiarei [7]. Litextractia transorală este aplicată doar calculilor palpabili transoral, cu localizare în canalul Wharton [7, 9]. În caz de calculi giganti nepalpabili (localizare intraparenchimatoasă, hiatusul ductal), tentativa litextractiei transorale este asociată cu o rată semnificativă de leziune a nervului lingual, astfel, în calitate de alternativă, sunt propuse intervențiile combinate (asociate cu sialoscopia intervențională) [7]. Conform datelor literaturii, în caz de megasialolitiară, intervențiile organomenajante au fost efectuate în 57% cazuri [1-9].

Astfel, megasialolitiaza, deși rară, rămâne o problemă nesoluționată, mai ales din punct de vedere al selectării metodei de tratament chirurgical.

Concluzii.

1. Megasialolitiaza este o nozologie rară, constituind mai puțin de 10% din totalitatea pacienților cu sialolitiară.

2. Majoritatea calculilor giganti se întâlnesc în glanda submandibulară stângă, fiind localizați în parenchimul glandei.

3. Metoda de tratament al sialolitiarei gigante a glandelor submandibulare depinde de localizarea calculilor. Astfel, în caz de localizare în partea distală a ductului, este posibilă și rațională extracția transorală, iar în caz de localizare parenchimatoasă și/sau în porțiunea proximală a ductului salivar, se recomandă sialolitadenectomia.

Bibliografie

1. Graziani F., Vano M., Cei S., Tartaro G., Mario G. *Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report.* J Craniofac Surg. 2006; 17(3):549-552.
2. Ledesma-Montes C., Garcés-Ortiz M., Salcido-García J.F., Hernández-Flores F., Hernández-Guerrero J.C. *Giant sialolith: case report and review of the literature.* J. Oral Maxillofac. Surg.. 2007; 65(1):128-130.
3. Bodner L. *Giant salivary gland calculi: diagnostic imaging and surgical management.* Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., 2002; 94(3):320-323.
4. Marchal F. *A combined endoscopic and external approach for extraction of large stones with preservation of parotid and submandibular glands.* Laryngoscope, 2007; 117(2):373-377.
5. Raveenthiran V., Hayavadana Rao P.V. *Giant calculus in the submandibular salivary duct: report of the first prepubertal patient.* Pediatr. Surg. Int., 2004; 20(2):163-164.
6. Boffano P., Gallesio C. *Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct.* J. Craniofac. Surg., 2010; 21(1):134-135.
7. Wallace E., Tazuin M., Hagan J., Schaitkin B., Walvekar R.R. *Management of giant sialoliths: review of the literature and preliminary experience with interventional sialendoscopy.* Laryngoscope, 2010; 120(10):1974-1978.
8. Huang T.C., Dalton J.B., Monsour F.N., Savage N.W. *Multiple, large sialoliths of the submandibular gland duct: a case report.* Aust Dent J. 2009; 54(1):61-65.
9. Boffano P., Gallesio C. *Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct.* J. Craniofac. Surg.. 2010; 21(1):134-135.

Rezumat

Sialolitiaza reprezintă una dintre cele mai răspândite afecțiuni ale glandelor salivare. Megasialolitiaza este extrem de rară, în literatura de specialitate fiind descrise doar cazuri clinice și serii de cazuri clinice, iar tratamentul optim este controversat. Autorii prezintă revista literaturii la acest subiect și experiența Clinicii de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială.

Summary

Sialolithiasis is the most common disease of the salivary glands. Giant sialolithiasis is extremely rare, up to

date only case reports and case series being published, and the optimal treatment option is controversial. The authors present the literature review and their own experience with the management of giant sialolithiasis.

Резюме

Сиалолитиаз наиболее распространенное заболевание слюнных желез. Гигантский сиалолитиаз встречается исключительно редко, до настоящего времени опубликованы единичные наблюдения и оптимальное лечение достаточно противоречиво. Авторами представлен собственный опыт и обзор литературы по лечению гигантского сиалолитиаза.

TRATAMENTUL ORTOPEDIC AL FRACTURILOR DE MANDIBULĂ (curs teoretic)

Dumitru Hâțu, dr. în med., conf. univ.,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Prezentul curs cuprinde particularitățile metodelor de tratament al fracturilor de mandibulă, structurate conform programului pentru publicații, și este destinat stomatologilor, chirurgilor oromaxilofaciali, chirurgilor generaliști, traumatologilor, studenților și rezidenților. Necesitatea apariției cursului este dictată de lipsa materialului didactic în limba română, expus de pe pozițiile contemporane ale traumatologiei moderne a fracturilor de mandibulă și având drept reper viziunile Catedrei de Chirurgie OMF. Problema diagnosticului timpuriu și a tratamentului modern în leziunile traumatice ale mandibulei este actuală pe paginile literaturii mondiale de specialitate, mai ales în traumatismele combinate și asociate. Dificultățile de diagnostic în leziunile traumei faciale, rata înaltă a complicațiilor, rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului impun studierea traumatismului facial, îndeosebi în cadrul politraumatismelor [1-10]. De aceea, diagnosticul și managementul fracturilor de mandibulă rămâne una dintre cele mai stringente probleme ale traumatismului facial, iar interesul față de această temă nu scade de-a lungul secolelor. Pentru tratamentul leziunilor traumatice în majoritatea absolută a publicațiilor științifice se propune o gamă largă de metode, care se completează reciproc. În pofida progresului științific în domeniul diagnosticului și, în special, ale tratamentului leziunilor traumatice al mandibulei, rezultatele rămân a fi puțin încurajatoare.

Materiale și metode. Pe parcursul anului 2009,

în secția de Chirurgie oromaxilofacială (ChOMF) s-au tratat 198 de bolnavi cu fracturi de mandibulă, ceea ce constituie 41,34% din numărul de pacienți cu traumatism facial.

Rezultatele obținute și analiza lor. Scopul tratamentului fracturii de mandibulă este profilaxia infecției, restabilirea formei și a funcției dereglate. Etapele terapiei implică: tratamentul de urgență, tratamentul definitiv și cel secundar. Consecutivitatea sau prioritatea în tratamentul traumatismului facial asociat este dificil de a fi urmată: de regulă, se acordă primul ajutor în segmentul organului mult mai afectat și medicul responsabil de bolnav determină etapele tratamentului. În cadrul unor traume izolate ale feței problema e mai simplă, dar atunci când sunt lezate mai multe oase, situația devine mai dificilă. Mandibula odată re poziționată și imobilizată, servește drept criteriu de orientare pentru maxilarul superior. Plăgile limbii se suturează înainte de a se face intervenție pe os. Indiferent cum va fi fractura, deschisă ori închisă, asociată cu plăgi faciale, vom îniția reducerea și imobilizarea fracturii și, mai apoi, suturarea plăgilor. Prevenirea deplasării secundare a fracturii constă în imobilizarea temporară.

Tratamentul de urgență constă în reducția și în imobilizarea provizorie a fracturii, astfel se previne deplasarea secundară a fracturii deja existente și înlăturarea diferitelor dereglări funcționale, care pot pune în pericol viața accidentatului (hemoragie, asfixie, șoc, dereglarea conștienței). E necesar, de asemenea, de menționat că reducerea provizorie permite, pe lângă cele menționate, transportarea bolnavului în poziție corectă, minimizarea traumatizării suplimentare a țesuturilor din linia fracturii prin limitarea deplasării de fragmente, atenuarea durerii și a hemoragiei, altfel spus, crearea condițiilor necesare pentru reabilitarea timpurie a accidentatului. Suplimentar la imobilizarea temporară a fracturii, se iau, în mod obligatoriu, și alte măsuri. Profilaxia suprainfecției se efectuează prin administrarea antibioticelor de spectru larg, igiena cavității bucale etc. Tuturor accidentaților li se administrează serul antitetanic. Diminuarea secreției salivare se obține prin atropină, beladonă, iar combaterea durerii – cu analgezice. Înlăturarea obstacolelor din căile respiratorii previne insuficiența respiratoare acută. Tulburările de respirație se datorează aspirării de sânge, mase vomitante, mucus, fragmente de proteze, deplasarea posterioară (fractura mandibulei mentoniere bilaterale), producându-se o închidere a orofaringelui. Tratamentul de urgență constă în re poziționarea fragmentului deplasat al maxilarului inferior, eliberarea oricărui obstacol anatomic sau mecanic din căile respiratorii. Tratamentul provizoriu se aplică la necesitate, în condițiile în care terapia definitivă nu