

TEHNOLOGII MINIINVAZIVE ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CHISTURILOR OSOASE

**Ion Mereuță – dr. hab. în șt. med., profesor universitar,
Nicolae Dolganiuc – secundar clinic, catedra Oncologie, Hematologie și Radioterapie,
USMF "Nicolae Testemițanu",
Ion Dăscăliuc – șef-sectie, dr. în șt. med.,
Victor Ciupercă – medic ordinator, secția Oncologie Generală a IMSP IOM,
Valentin Capitan – dr. în med., conf. cercet.,
Sergiu Mura – conferințiar cercetător, dr. în șt. med.,
Dumitru Butucel – cercetător științific, Laboratorul Oncologie Generală și ATI IMSP IOM**
E-mail: dolgyy@yandex.ru, tel: +37369696496

Rezumat

Studiul elucidează problemele actuale privind incidența chisturilor și defectelor osoase, aspectele clinice și terapeutice, inclusiv tehnologiile contemporane, cum ar fi alotrasplantarea și utilizarea de materiale din biocomponente moderne. Este descrisă tactica de tratament complex contemporan, precum și experiența practică de clinici locale și autori. Se prezintă date de experiență de la Clinica Oncologie Generală din cadrul Institutului Oncologic, USMF "Nicolae Testemițanu" în perioada anilor 2007–2013. Autorii subliniază importanța și necesitatea unei cercetări complexe a chisturilor și defectelor osoase, inclusiv a tehnologiilor de tratament.

Cuvinte-cheie: chist osos, defect, tratament, grefe, biocomponente

Summary. Minimally invasive surgical treatment cysts bone.

The article elucidates actual problems regarding bone cysts and defects, their incidence, clinical and therapeutic aspects, including modern technologies, such as allografting and use of biocomposite materials. Tactics of contemporary complex treatment are described, as well as practical experience of local clinics and authors. There is presented experience data from General Oncology Clinic, Institute of Oncology, SUMP "Nicolae Testemițanu" ring 2007–2013 years. Authors emphasize the importance and need of a complex research of bone cysts and defects, including treatment technologies.

Key words: bone cyst, defect, treatment, grafts, biocomponents

Резюме. Минимально инвазивное хирургическое лечение костных кист.

В статье освещаются актуальные проблемы в отношении костных кист и дефектов, их частота, клинические и терапевтические аспекты, в том числе современные технологии, такие как аллотрансплантация и использование биокomпозитных материалов. Описана тактика современного комплексного лечения, а также практический опыт местных клиник и авторов. Представлен опыт данных из Клиники Общей Онкологии Института Онкологии, ГУМФ "Николае Тестемитану" за 2007–2013 годы. Авторы подчеркивают важность и необходимость комплексного исследования костных кист и дефектов, в том числе лечебных технологий.

Ключевые слова: киста кости, дефект, лечение, транспланты

Introducere

Chisturile osoase (solitare, anevrismale, juxtarticulare) sunt leziuni osoase benigne cu conținut lichidian. Aceste formațiuni sunt localizate preferențial în metafiza proximală a humerusului și femurului și de obicei considerate drept distrofii osoase sau afecțiuni pseudotumorale. Ele constituie a treia leziune osoasă benignă, după fibroamele neosiante și exostozele osteocartilaginoase, constituind circa 3% din tumorile osoase primitive. Incidența este de 2–3 ori mai frecventă la băieți. Depistarea formațiunii are loc între prima și a doua perioadă a vieții cu vârf de frecvență la 5 și 12 ani. Localizări mai rare sunt întâlnite la tibie, antebraț, uneori la calcaneu.

Examenul clinic

Chistul decurge asimptomatic, descoperit cu ocazia unei radiografii de rutină, sau în 95% din cazuri, după o fractură pe os patologic. În general nu se palpează tumefacție locală, durerea fiind legată de fractură, care uneori se poate complica cu un calus vicios și sechele morfologice. Durerea se mai poate exacerba în faza de creștere expansivă a chistului; se palpează când sunt situate superficial (tibie, peroneu, radius distal). Se întâlnește rar la adult, dar cu tendința spre creștere în ultimii ani. Conținutul chistului este sangvinolent sau gelatinos cu pereții osoși subțiați. Peretele chistului este format din țesut fibros de granulație, iar în interiorul lichidului se găsește fibrină, fibrino-

gen, hematii și leucocite. De obicei, un chist osos de dimensiuni mici are evoluție favorabilă, necesitând doar urmărirea radiologică. Chistul este considerat evolutiv dacă se constată creșterea în dimensiuni a lacunei osoase și devine dureroasă.

Teorii etiopatogenetice a apariției chistului osos sunt:

- Perturbație locală a creșterii osoase.
- Obstrucție venoasă.
- Perturbarea drenării limfatice.
- Hemoragie intraosoasă.
- Procese inflamatorii.

Diagnosticul chistului osos:

• Examen radiologic – unul din semnele radiologice cardinale constă în prezența de fragmente de perete osos în partea declivă a chistului, confirmând astfel natura lichidiană a lui.

• Scintigrafia osoasă – arată o zonă de hipofixație la nivelul fundului chistului datorită fragmentelor necrotice desprinse din peretele chistului tipic pentru chistul anevrismal.

• CT și RMN – arată structura lichidiană sau solidă a conținutului, măsurarea peretelui chistului, absența reacției extraosoase, prezența unei membrane ce tapetează interiorul chistului.

Diagnosticul diferențial:

- displazie fibroasă,
- osteomieliță pseudotumorală,
- defecte tumorale,
- chondroblastom,
- hipoparatiroidism.

Tratamentul chisturilor osoase:

• injecție locală de corticosteroizi care constă în puncționarea, aspirarea conținutului chistic, după care se introduc 80-120 mg metilprednizolon. Se fac 1-3 injecții, la interval de 3-5 săptămâni, cu controlul radiologic la 2-3 luni;

• injecție de măduvă osoasă recoltată din creasta iliacă, se practică astăzi în Franța, Belgia, SUA.

Tehnica injectării cu măduvă – sub protecția a/generale, se face reperajul cavității chistice sub amplificator de imagine, se introduc două ace la nivelul în care corticala este cea mai subțire. Aceste ace trebuie înclinate în sens longitudinal pentru a se evita crearea unei zone de slăbiciune transversală, patul unei viitoare fracturi în formațiunea chistică putem vorbi cert că este o tumoare solidă ce impune efectuarea unei biopsii. Pentru prelevarea măduvei osoase de la nivelul cristei iliace se folosește un ac gros, imediat ce seringă este plină trebuie injectat conținutul în chist ca să nu permitem coagularea măduvei. Volumul de măduvă injectat trebuie să fie cel puțin egal cu cel

aspirat. Acele se retrag, imediat după injectare și se aplică pansament compresiv pe o oră cu controlul radiologic la 2-3 luni.

La moment în loc de măduvă osoasă se injectează biopreparatele MIIG și IGNITE care conțin sulfat de calciu plus celule din măduva osoasă. Succesele se datorează prezenței în măduva osoasă a celulelor embrionare ce pot induce linii de celule osteogenetice – osteoblaste și condroblaste.

- Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu:

1. Grefa de oase spongioase:

- autogrefa este rezervată cavităților cu dimensiuni mici; grefa se prelevează din crestele iliace sau din epifizele oaselor mari;

- alogrefa spongioasă se preia de la banca de oase, această metodă fiind folosită pentru plombarea cavităților mari.

2. Plombarea cu biofosfați de Calciu:

- preparate: OSTEOSSET și ALLOMATRIX, s-a constatat, că folosind această metodă, numărul recidivelor locale a scăzut.

Osteosinteza de securitate după chiuretaj este necesară acolo unde s-a produs o fragilizare importantă, fiind efectuată în scopul prevenirii fracturii.

• Recent se mai practică și drenajul chistului cu un șurub canelat lăsat pe loc, care poate induce vindecarea acestuia.

În Clinica Oncologie Generală a IMSP IOM și USMF "Nicolae Testemițanu" în perioada anilor 2007 – 2013 au fost spitalizați 47 de bolnavi cu diagnosticul de chist osos, din care 15 femei și 32 de bărbați.

- cu chisturi osoase solitare 9 fem., 5 bărb. 4,
- cu chisturi osoase anevrismale 35 fem., 14 bărb. 21,
- cu chisturi osoase juxtarticulare 3 fem., 1 bărb. 2.

Metode de tratament efectuate bolnavilor spitalizați cu diagnosticul chist osos în Clinica Oncologie Generală a IMSP IOM și USMF "Nicolae Testemițanu" în perioada anilor 2007 – 2013.

• Injecție de măduvă osoasă recoltată din creasta iliacă la 1 bolnav.

• Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu grefă de oase spongioase autogrefă la 7 bolnavi.

• Chiuretaj substituit de plombajul cavității cu grefă de oase spongioase -alogrefă spongioasă la 35 de bolnavi.

- Plombarea cu biofosfați de calciu.

– preparat OSTEOSSET la 3 bolnavi.

– preparatul ALLOMATRIX 1 bolnav.

- Metoda de tratament al chisturilor osoase,

nr. 499; autori Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, V. Ciupercă, N. Dolganiuc.

- *Metoda de profilaxie, de tratament și recuperare a bolnavilor cu osteohondrodizplazii și fracturi ale oaselor, vertebrelor și articulațiilor, № 4945*; Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, N. Caproș.

- *Metoda și metodologie de tratament combinat cu utilizarea grefei osoase și tisulare a tumorilor vertebrale primare și metastatice, № 4939*. Ion Mereuță, Ion Dăscăliuc, N. Caproș.

Eficacitatea tratamentului apreciată prin metoda de expertiză – "satisfăcător" la 40 bolnavi ceea ce a constituit 94%. Cercetările vor continua.

Bibliografie

1. Alonso J.E., Regazzoni P. *Reducerea decalajelor os cu tehnica Ilizarov*. Biologice principii. Clin Plast Surg 18:497-504, 1991

2. Aronson J., E. Johnson, Harp J.H. *Transport local osos pentru tratamentul defectelor intercalare de tehnica Ilizarov*. Considerații biomecanice și clinice. Clin Orthop 243:71-79, 1989

3. Aronson J., Shen X. *Vindecare experimentală de distragere osteogenă metafizei comparativ cu site-urile diaphyseale*. Clin Orthop 301:25-30, 1994.

4. Bereznoi A.P. *Și alte rezultate de tratament conservator de chist osos la copii, Ortho. și traumatice.*, a 2., 5, 1988, Volkov MV Boală osoasă la copii cu. 282, Moscova, 1985.

5. Cattaneo R., Catagni M., Johnson E.E. *Tratamentul de nonunions infectate și defectele segmentale a tibiei prin metodele de Ilizarov*. Clin Orthop 280:143-152, 1992.

6. Cavalcante F.C., Batista J.D., Diniz Filho S. *Transporte Osseo Pelo método de Ilizarov*. Avaliação consolidação da da nu e fratura regenerado. Rev Bras Ortop 31:749-754, 1996.

7. Čierny G. 3, Zorn K.E. *Semicircular defecte tibial*.

Compararea metodologiei convenționale și Ilizarov. Clin Orthop 301:118-123, 1994

8. De Pablos J., Barrios C., Alfaro C., Canadell J. *Mari experimentale defectelor segmentare osoase tratați cu mijloace de transport cu os distractors monolateral externe*. Clin Orthop 298:259-265, 1994.

9. Durigan Junior A., Batista L.C. *Corticotomia*. Rev Bras Ortop 32:623-629, 1997.

10. Frierson M., Ibrahim K., Boles M., Bote H., Ganey T. *Distragerea atenției osteogeneze*. O comparație a tehnicilor de corticotomy. Clin Orthop 301:19-24, 1994.

11. Georgeta Tarabuță-Cordun "Tumori benigne și maligne, Vol. I, Iași, 1979.

12. Golyakhovsky V., Frankel V.H. eds. *Manual de operatorias Técnicas face método de Ilizarov*. Tradução de Vilma Ribeiro de Souza. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

13. Hughes T.H., Maffulli N., Green V., Fixsen J.A. *Imaging în os alungire*. O revizuire. Clin Orthop 308:50-53, 1994.

14. Ilizarov G.A. ed. *Osteosinteza transosseous: aspecte teoretice și clinice de regenerare și creștere a țesutului*. Berlin: Springer-Verlag, 1992: Pseudarthroses și defecte ale oaselor lungi tubulare. p. 453-494.

15. Ilizarov G.A. ed. *Osteosinteza transosseous: aspecte teoretice și clinice de regenerare și creștere a țesutului*. Berlin: Springer-Verlag, 1992: Tratamentul de pseudarthroses complicate de osteomielite și eliminarea cariilor purulente. p. 495-543

16. Ilizarov G.A., Ledyayev V.I. *De înlocuire a defectelor osoase lung tubulară de lungire osteotomie de distragere a unui dintre fragmente*. 1969. Clin Orthop 280:7-10, 1992

17. Ilizarov G.A. *Efectul tensionstress privind geneza și de creștere a țesuturilor*. Clin Orthop 239:263-285, 1989.

18. J. Aronson. *Cavitare osteomielite tratați cu mijloace de transport fragmentar os cortical*. Clin Orthop 280:153-159, 1992.