

CONSIDERAȚII ASUPRA AUTOGREFARII ARTERELOR CU VENE PE MARGINEA UNEI REIMPLANTĂRI DE ANTEBRĂȚ DREPT VINDECAT

Pop D. Popa I., Radu Deac

Vechea și controversata problemă a transplantelor în general și aceea a transplantelor vasculare în special, se pare a-și fi conturat pe deplin posibilitățile în ceea ce privește autotransplantarea — pasajul unui organ sau segment de organ în cadrul aceluiași organism, în scopul de a restabili o continuitate sau o funcție. În chirurgia modernă transplantarea vaselor ocupă un loc de seamă. Un defect vascular antrenează un defect circulator și acesta implică unul de nutriție, care prejudiciază funcția teritoriului din organism, tributar vasului respectiv.

În general, repararea defectelor vasculare se poate efectua prin 4 metode: autoplastie, homoplastie, heteroplastie și aloplastie. Dintre acestea, homoplastia prezintă inconvenientul unor reacții biologice deosebite față de organismul-gazdă. Heteroplastia nu s-a dovedit încă fructuoasă, deoarece organismul unei specii nu tolerează transplantate ce provin de la organismul altei specii. Reușita aloplastiei nu a trecut încă proba timpului în privința problemei biologice. În autoplastiile cu transplantate venoase se disting următoarele avantaje (*Filatov*): chirurgul are în prezent un material corespunzător pentru transplantare, ce nu necesită nici conservare, nici sterilizare; recoltarea fragmentelor de venă de la bolnav nu are repercusiuni asupra hrănirii țesuturilor și este cu totul inofensivă; vena proprie a bolnavului este un transplant, perfect compatibil biologic și priza ei se face cu succes. Hrănirea venei se face din curentul sanguin.

Se atribuie autoplastiei cu vene următoarele inconveniente (*Ghițescu*): vena are pereți subțiri, creând dificultăți de sutură. *Limanovici* a propus răsfrângerea marginii transplantului venos, pentru ca în sutură să intre peretele venei dedu-

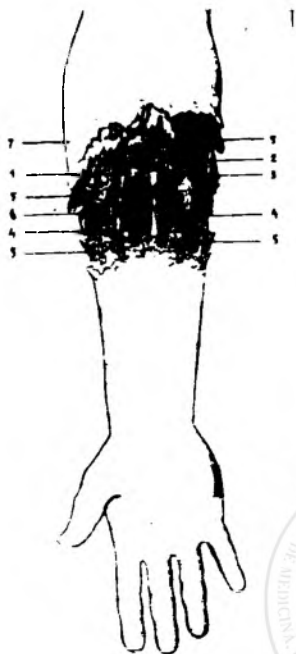


Fig. nr. 1

Fig. nr. 1: 1. Artera radială (8 cm lipsă); 2. artera cubitală (10 cm lipsă); 3. lipsa de substanță a nervului cubital (3 cm); 4. contuzia nervului median; 5. ruptura traumatică a maselor musculo-tendinoase; 6. fractura cominutivă a radiusului; 7. ruptura traumatică a pielii.

Fig. nr. 2: 1. Artera radială grefată; 2. artera cubitală grefată; 3. grefa venoasă din media-bazilică; 4. grefa venoasă din safena internă; 5. nervul median; 6. ruptura traumatică a pielii.

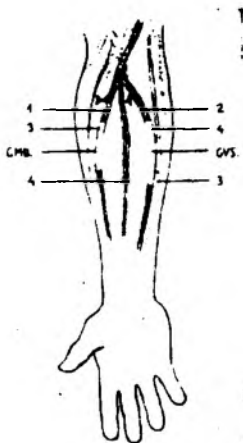
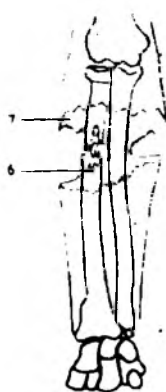


Fig. nr. 2

blat; dificultățile se înmulțesc când de o parte este un perete arterial gros, elastic și de cealaltă parte un transplant venos cu pereți depresibili. Vena manifestă tendința la dilatare, când se transplantează pe un trunchi arterial de calibrul important; folosirea venei se face numai ca autotransplant, cerind sacrificiul unui vas. Cu toate acestea, cercetări clinice și experimentale au arătat că autogrefele venoase se pot folosi cu bune rezultate în repararea pierderilor de substanță ale arterelor. Autotransplantul venos nu suferă modificări în ceea ce privește calibrul. Părerăa unor autori că transportul venos s-ar dilata sub influența presiunii arteriale a fost infirmată încă de *Leriche* care a descris fenomenul de „arterializare” a venei transplantate. *Ghițescu* arată, în urma unor cercetări experimentale, că peretele venos, supus presiunii arteriale, își îngroașă toate straturile, dar mai ales media. La om nu s-au putut constata aceste modificări, dar procesul de arterializare trebuie să fie asemănător celui provocat pe cale experimentală.

Am prezentat considerațiile de mai sus, deoarece am avut ocazia să operăm în urgență un bolnav care a suferit un accident de muncă, la care gravitatea și extinderea leziunilor indicau categoric amputarea. Am fost tentați totuși să facem o operație conservatoare a antebrățului drept cu autoplastii venoase pentru repararea defectelor arteriale. Am obținut un rezultat bun, bolnavul fiind reintegrat în câmpul muncii.

Este vorba de bolnavul C.V. de 25 de ani, strungar, care în timp ce lucra la strung, mîneca dreaptă i-a fost prinsă între două roți dințate, atrenindu-și și membrul superior drept. În stare de șoc mixt, hemoragic și traumatic, sub garou, bolnavul este adus în clinică. Membrul superior drept în 1/3 medie și superioară a antebrățului prezintă o plagă contuză mare, circulară cu excepția feței posterioare care este indemnă pe 2 cm. lățime. Segmentul proximal al membrului este hemoragic la nivelul plăgii, de când cel distal este palid, rece cu degetele cianotice, fără hemoragie. În concluzie, defect tegumentar aproape circular de 4—8 cm, secțiunea totală cu lipsuri de masă musculară din grupul flexor și extensor, variind între 4—7 cm., însoțită de secțiuni și rupturi tendinoase; ruptura traumatică cu lipsă de substanță a arterei radiale pe o distanță de 8 cm, ruptură traumatică cu lipsă de substanță a arterei cubitale pe o distanță de 10 cm.; secțiunea completă a trunchiurilor arteriale interosos recurent umeral profund, trunchi venos dorsal păstrat; nervul cubital cu lipsă de substanță de 5 cm.; fractura cominutivă a radiusului în 1/3 superioară, corpi străini retenționați în plagă.

Se stabilește următoarea atitudine terapeutică de urgență: deșocare prin transfuzie de sînge, plasmă, electroliți în asociere cu calmante și medicație preanestezică, în timp ce echipa operatorie se pregătește. În fața situației date, amputarea era pe deplin justificată. Luînd însă în considerare, cererea insistentă a bolnavului de a nu-și amputa mîna, fiind strungar, am optat pentru operația conservatoare. Din cele 2 căi ce se conturau: scurtarea antebrățului sau protezarea cu grefe venoase a arterelor, asociată cu manevre restauratoare asupra celorlalte elemente anatomice, am ales-o pe ultima. Se trece la recoltarea segmentelor venoase pentru artera radială din vena medio-bazilică a celuiși membru, executînd o grefă de substituție pe o distanță de 8 cm. Pentru artera cubitală din vena safenă internă stîngă, se execută o grefă de substituție pe o distanță de 10 cm. Venele obținute prin recoltare, sînt curățite de aventicie, puse în citrat de sodiu apoi dilatate cu novocaină pentru evidențierea direcției valvulelor și recalibrare. Prin ajustarea lor marginală, s-a reușit sutura cu arterele sub protecție de heparină și sutura cu fire eversante după tehnica Blalock. După acest timp operator considerat esențial pentru supraviețuirea antebrățului se execută osteosinteza cu fir metalic prin cerclaj, tenorafii, musculorafii, neurorafii. Se efectuează la terminare un baraj proximal garoului cu 1 milioane u. penicilină 1 g, streptomycină, 200 ml novocaină, 0,5%, 100 ml ser antigangrenos polyvalent și profilaxie antitetanică. Bolnavul se menține 14 zile sub tratament cu heparină, novocaină și papaverină i.v.; colorația și în general circulația sanguină în membrul respectiv s-a îmbunătățit progresiv.

Am recurs la a 2-a alternativă, deoarece pentru scurtarea antebrățului care ar fi permis suturile, se impunea rezecția osului cubitus, singurul suport care menținea

legătura cu brațul drept. În acest caz exista posibilitatea instalării unui calus retardat, lipsă de consolidare, mobilitate anormală în focar, ceea ce necesită imobilizarea în aparat gipsat. fapt care ar fi îngreunat și mai mult circulația sanguină.

În cazul nostru am respectat unul din principiile de bază ale grefării: restabilirea cât mai precoce a circulației — după o oră de la accident. Aplicarea autoplastiei venoase în repararea defectelor arteriale de urgență, la traumatizați, în lipsa unor grefe omoloage arteriale, conservate prin liofilizare, dă rezultate certe verificate în timp. Rezolvarea fericită a suturilor arteriale cu aparatele preconizate de autori sovietici (*Gudov*), constituie un pas înainte în repararea defectelor vasculare, înlăturând numeroase dificultăți tehnice și complicații postoperatorii.

La noi în țară, la Secția de chirurgie cardio-vasculară a Spitalului Clinic Fundeni — conducător: prof. *Voinea Marinescu* — se utilizează pe lângă aloplastia vasculară și autoplastia venoasă în repararea defectelor arteriale periferice cu foarte bune rezultate.

Am prezentat acest caz, considerându-l instructiv, deoarece el ilustrează necesitatea executării sistematice a operațiilor conservatoare și principiul de a nu recurge decât în extremis la amputări.

Arteriografia de control, care ar fi fost necesar să o executăm, deoarece ne-ar fi furnizat date importante — criterii obiective grafice de reușită — nu s-a făcut, fiindcă bolnavul nu a consimțit. Ca tratament de viitor pe lângă balneo-fizioterapie asociată cu strihнинă și vitamina B₁ pentru recuperarea tuturor mișcărilor va fi posibilă tenoplastia. Recuperarea lentă a mișcărilor a permis reîncadrarea bolnavului în câmpul muncii. Mijloacele de protecția muncii în cadrul mare al educației sanitare trebuie să aibă un rol important, cheazășie a înlăturării și prevenirii accidentelor de muncă.

Sosit la redacție: 22 noiembrie 1962.