

Clinica de ortopedie traumatologie și chirurgie infantilă
(cond.: prof. dr. I. Száva, doctor în medicină)

TEHNICI OSTEOPLASTICE FOLOSITE ÎN CHIRURGIA ONCOLOGICĂ PENTRU REMEDIEREA MARILOR DISCONTINUITĂȚI POSTREZEȚIONALE

dr. J. Száva, dr. C. Ciugudean, dr. T. Kalló, Z. Opreș,
M. Stoica

Îmbinarea securizată a obiectivului „vital” cu cel „funcțional” constituie dezideratul fundamental și problema cheie a rezecțiilor locale în oncochirurgia scheletală.

Dacă stadializarea evoluției și o acceptabilă delimitare a granițelor siguranței de eradicare ne permite deschiderea căii pentru extinderea domeniului exerezelor locale, inerenta augmentare a sacrificiului tisular creează condiții anatomice greoaie pentru actul reconstructiv.

Probleme deosebite ridică astfel remedierea importantelor discontinuități scheletale, cu o netă tendință de instabilitate postreconstructivă, cum e cazul neoplaziilor aflate în stadiul II—A, unde eradicarea reclamă uneori — în funcție de extinderea „zonei“ hipervascularizației endoperiostale — îndepărtarea chiar subtotală a osului interesat. Aceasta, realizată cu extirparea simultană a anturajului musculo-articular și ridicarea electivă a mușchilor căzuți prin ariile lor de emergență în sfera invaziei iminente, merge desigur în dauna calităților patului receptor, care oferă astfel doar modeste condiții de revascularizație — integrarea osteogrefelor implantate.

La substituirea defectelor de continuitate e de dorit, ca grefonul să precia cât mai devreme rolul static al segmentului interesat. Aceasta impune alegerea și folosirea, de la caz la caz, a unui material substitutiv de volum și arhitectonie adecvată realizării scopului urmărit. Un număr semnificativ de observații ne-au încurajat să afirmăm că procesul de restructurare-integrare decurge într-un ritm mai accelerat și în condiții mult mai favorabile, cind amplasarea pe loc a transplantului realizează o continuitate trajectorială între el și capetele osoase receptoare. Necesitatea creării unui contact solid și pe o suprafață cât mai mare între grefon și capetele receptoare, asigurarea unor condiții optime de revascularizație dinspre părțile moi din jur, utilizarea materialului străin minim necesar fixării pe loc a transplantului, constituie normele tehnice de bază ale unui asemenea act restitativ.

Locul preferențial de recoltare îl constituie fața anteromedială a tibiei, sediu care ne permite prelevarea, fără consecințe semnificative, a unor grefe chiar de lungimea și lățimea totală a acestei arii, ridicat eventual după nevoie din ambele tibii. Utilizarea dublelor sau triplelor grefe ne-a oferit ocazia de a constata o restructurare-integrare mult mai rapidă decît în cazul autotransplantelor masive. Observațiile au arătat de altfel că în asemenea situații — în intervalul cuprins între 6 și 16 luni — am putut înregistra o amplă osteoproducție concentrică, cu îngroșarea apozițională și tendință care contopea puntea transplantelor și a bonturilor receptoare într-un segment scheletar solid, de configurație tubuliformă, perfect adecvată solicitărilor statico-locomotorii.

Printre indispensabile gesturi tehnice enumerăm: a) folosirea obligatorie a fierăstrăului electric, în loc de dalță și ciocan; b) dimensionarea convenabilă a materialului biologic substitutiv, în grosime și lungime corespunzătoare segmentului rezecat, plus 6—8 cm, aceasta pentru asigurarea unor suprafețe bune de contact cu bonturile receptoare; c) crearea unor locașuri și suprafețe osoase receptoare de sprijin, adecvate solidei anghrenări a grefoanelor, în vederea reducerii la minimum a necesarului metalic de osteosinteză; d) decartilaginarea suprafețelor articulare, unde e cazul, urmată de ridicarea unor lame de spongioasă, pentru a obține materialul biologic plastic care se va plasa în jurul capetelor osteosintetizate cît și în spațiul dintre grefe; e) înglobarea perfectă a segmentului scheletal reconstruit în musculatura existentă cu invelişul său fascial, ceea ce va suprima deodată și posibilitatea colecțiilor serohematice în jurul osteoplastiei; f) drenajul, prin sifonaj ori aspirație de 24—48 ore

g) atelarea externă perfectă până la consolidare (aprox. 14—16 săptămâni cel puțin), odată cu asigurarea unui regim glucidoproteic, aport vitaminic și medicație proteinoanabolizantă.

Din domeniul de aplicare a principiilor arătate, vom prezenta schematic și cu scop exemplificativ câteva din tehnicile folosite cu succes în practica clinică.

Pentru regiunea genunchiului au fost preconizate două alternative tehnice:

La prima, grefonul axial, în lungime și grosime corespunzătoare este format din felia sagitală a epimetadiafizei juxtarezecionale a femurului ori a tibiei; cel auxiliar în schimb din latura anteromedială a tibiei opuse, ambele plasate pe loc conform schemei din fig. 1 a, b.

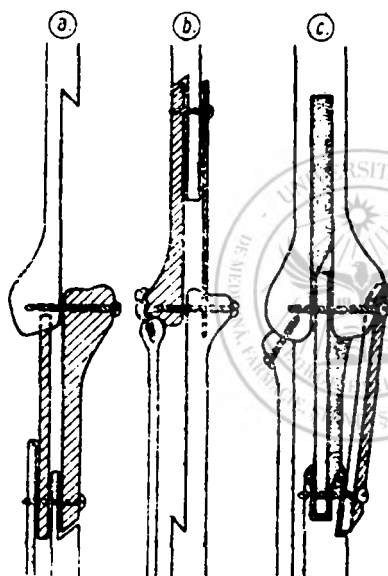


Fig. nr. 1

A doua alternativă, realizează reconstrucția prin asocierea unei grefe, prelevate din tibia opusă lamboului masiv, obținut prin despicarea sagitală a tibiei ori a femurului homolateral rezecției și bascularea capătului său diafizar spre bontul de rezecție, în felul ilustrat de fig. 1 c.

La restituția defectului după rezecția lărgită ori subtotală, am folosit două felii de grefe tibiale, plasate în „T”. Partea orizontală a „T”-ului reconstitua fața posterioară a osului, cea verticală privea înainte, capetele înfipte fiind într-o lungime de 2—3 cm în locașurile respectiv jigheburile pregătite prealabil în bonturile restante ale osului și fixate cu câte un șurub ori sîrmă, conform schemei din fig. 2 a.

La rezecția jumătății proximale a humerusului, puntea osoasă rigidă între omoplat și bontul umeral distal a fost creată de 2 grefoane tibiale opuse, paralel (vezi fig. 2 b).

În domeniul de reconstrucție a defectelor postrezecționale din regiunea femurului proximal, am optat pentru următoarele tehnici:

— Cînd am fost nevoiți să îndepărtăm jumătatea proximală, prin dezarticularea capului femural, discontinuitatea scheletală a fost remediată prin felii tibiale, așezate în „L”. Partea orizontală a „L”-ului a fost plasată în continuitatea feței mediale, cea verticală în schimb, reconstitua fața posterioară a metadiafizei femurale, fixate solid prin șurub, în

locașurile bontului rezețional distal; Capetele proximale ale acestor grefe înfipte fiind adinc în masivul supraretroacetabular al coxalului, după preabila îndepărtare a cartilajului cotiloidian. Consolidarea-integrarea grefelor permit reluarea mersului; solicitările mecanice de la nivelul zonei de implantare — în conformitate cu observațiile noastre — condiționează de regulă instalarea unei fracturi transversale „Stress“ și formarea unei pseudartroze solide, ce oferă un sprijin și mobilitate locomotorie adecvată (fig. 3 a.).

— La varianta a doua, când e posibilă prezervarea capului și a bazei colului femural, după restituția defectului prin feliile osoase plasate în „L“, se completează stabilizarea ariei masivului trohanterian printr-o autogrefă iliacali triunghiulară, în felul ilustrat de fig. 3 b.

Coxalectomia totală, precizată de noi ca act de eradicare în loc de amputație interileo-abdominală, constă în reintegrarea inelului pelvin, cu ajutorul a două grefoane tibiale, care asigură, în conformitate cu schema din fig. 4, zona de fixare femurului, sprijinit de grefon și sacru, prin intermediul trohanterului ascensionat.

Ultima soluție tehnică pe care ne permitem să o prezentăm în această suită este gestul de reinserare a brațului, după rezecția intertoracico-humerală respectiv scapulectomia totală.

Suspensia și sprijinul membrului superior, cu o funcționalitate utilă le realizăm prin ancorarea mobilă a capului ori bontului humeral de coasta II—III-a, prin intermediul capsulei articulare prezervate ori

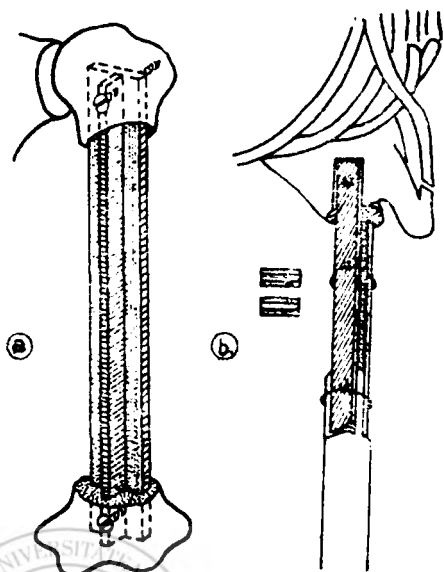


Fig. nr. 2

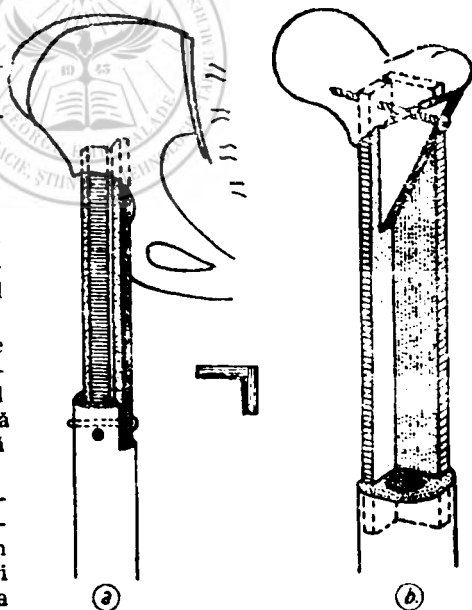


Fig. nr. 3

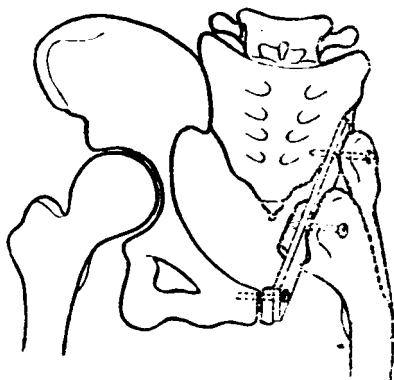


Fig. nr. 4

prin fire metalice transfixiante ale bontului humeral. la care se fixează și capătul distal al claviculei.

În lucrarea de față am arătat unele din aspectele mai importante ale problematicii reconstrucției, domeniu care necesită încă multe perfecționări.

Ideile și în special tehnicile au fost prezentate cu scop informativ, izvorind realmente din experimentarea rezecțiilor lărgite și verificate pe un modest material statistic, care înglobează: 9 rezecții lărgite din regiunea genunchiului, 2 rezecții subtotale și 2 segmentare întinse de humerus, 3 rezecții din regiunea femurului proximal. 4 coxalectomii și 6 scapulectomii totale.

Rezultatele, evaluate prin prisma unei perioade de observații între 2—5 ani (se exceptează scapulectomia), au putut fi calificate ca bune. Am constatat însă 4 eșecuri, unde fractura grefoanelor, în perioada de transstructurare (3 la regiunea genunchiului și 1 la femurul proximal) a necesitat efectuarea unor osteoplastii ulterioare.

Sosit la redacție: 8 noiembrie 1977.