

REZULTATE ȘI APRECIERI PRIVIND REZOLVAREA CHIRURGICALĂ A CONTRACTURII POSTINJEȚIONALE ÎN EXTENSIE A GENUNCHIULUI LA COPII

*J. Sándor, A. Cintirigă, I. Szmolka, Zs. Benkő, I. Kubanek,
J. László, S. Csiki*

Retracția postinjecțională a cvadricepsului (13) este o afecțiune iatrogenă care apare la sugari și copii ducând la limitarea sau blocarea flexiei pe coapsă, avînd drept cauză injecțiile intramusculare și traumatismele locale.

Patogenia bolii cuprinde mai multe mecanisme: apariția hematomului intramuscular, traumatisme repetate ale fibrelor musculare, tehnică greșită de administrare a injecției, abcese locale. Medicamentele injectate determină infecții locale sterile cu formarea de țesut cicatricial fibroscleros rigid. Este compromisă circulația sangvină a țesutului muscular cu aceleași consecințe.

Concentrația crescută a soluțiilor administrate determină degenerarea fibrelor musculare. Administrarea repetată în același loc a injec-

țiilor determină apariția de cristale în țesutul subcutanat, fapt confirmat și de noi.

Material și metodă

În perioada 1 ian. 1975 — 31 dec. 1983 am efectuat 147 de intervenții chirurgicale pe 96 de bolnavi.

Elementul esențial pentru diagnostic și evaluarea rezultatelor postoperatorii îl constituie examenul motilității articulației genunchiului (flexia) și al mersului. Frecvent este afectat mușchiul vast lateral și mușchiul drept femural.

Gr. 1. Forma completă și inferioară este rezolvată chirurgical prin tenotomia „Z” în plan frontal a tendonului cvadricipital (10, 13) (fig. nr. 1). Imobilizarea gipsată postoperatorie este de 6 săptămâni.

Gr. 2. Forma superioară se rezolvă chirurgical prin dezinserția mușchiului drept femural de pe spina iliacă antero-inferioară, prin descoperirea și secționarea tendonului direct al acestuia. Se pot secționa toate fasciculele aflate sub tensiune. Imobilizarea postoperatorie este de 3 săptămâni, cu genunchiul în flexie de 90°. Am efectuat 16 intervenții chirurgicale.

Gr. 3. Forma mixtă se rezolvă prin combinarea tenotomiei „Z” în plan frontal a cvadricepsului cu dezinserția tendonului direct al mușchiului drept femural. Am efectuat 7 intervenții, imobilizarea este de 3 săptămâni.



Fig. nr. 1

Rezultate

Rezultatul postoperator în funcție de flexia genunchiului cu șoldul în extensie și vîrsta bolnavului sint prezentate în tabelul nr. 1:

Tabelul nr. 1

	Vîrsta	Grade	Nr. intervenții
<i>Gr. 1.</i>	1,5— 4	112,72	65
	4 — 7	103,40	24
	7 —14	101,21	20
<i>Gr. 2, 3</i>	7 —15	126,66	18

Considerăm rezultate bune când flexia activă a genunchiului este de cel puțin 90° și extensia de 180°, cu șoldul în extensie, iar mersul este normal. Am obținut rezultate bune în 92—93% din cazuri. Flexie sub 90° am obținut la câțiva bolnavi cu capacități intelectuale reduse și care nu au colaborat la recuperarea funcțională.

Concluzii

Rezultate bune am obținut la vârste mici, unde masa musculară nu este atrofiată și potențialul de recuperare este mare.

Tenotomia în „Z” nu este traumatizantă, alungirea tendonului cvadricipital se poate efectua bilateral în aceeași ședință în funcție de gravitatea retracției.

La forma superioară dezinsertia tendonului dreptului femural rezolvă retracția, în cazuri bilaterale se rezolvă în același timp.

În formele mixte bilaterale se operează în doi timpi.

Rezultate nefavorabile am obținut la bolnavi de vîrstă înaintată cu o vechime a bolii de peste 5 ani, capacitate intelectuală redusă, condiții sociale precare.

Scopul principal al gimnasticii de recuperare funcțională este întărirea forței mușchilor exteriori ai gambei pe coapsă, astfel extensia activă a genunchiului nu este afectată.

În practica medicală un rol foarte important trebuie acordat profilaxiei retracției iatrogene a cvadricepsului prin instruirea cadrelor medii sanitare în vederea administrării corecte a soluțiilor injectabile la nivelul coapsei.

Bibliografie

1. *Clement C. Baci*: Anatomia funcțională și biomecanică a aparatului locomotor. Ed. sport-turism. București, 1977;
2. *Denischi A.*: Cum tratăm malformațiile congenitale ale aparatului locomotor. Ed. medicală, București, 1968;
3. *Fairbank T. J., Barret A. M.*: J. Bone Jt. Surg. (1961), 34-B, 326;
4. *Gammie W. F. P., Taylor J., Ulrich H.*: J. Bone Jt. Surg. (1963), 45-B, 2, 370;
5. *Gunn D. R.*: J. Bone Jt. Surg. (1964), 46-B, 3, 492;
6. *Hagen R.*: Acta ortop. Scand. (1968), 29, 565;
7. *Jeffreys T. E.*: J. Bone Jt. Surg. (1963), 45-B, 740;
8. *Koncz I., Lénárt Gy., Cser I.*: Magyar Traumat. (1960), 3, 134;
9. *Lénárt G., Kullmann L.*: Clin. Orthop. (1974), 99, 125;
10. *Littmann I.*: Sebészeti mütéttan. Medicina, Budapest, 1977;
11. *Lloyd-Roberts G. C., Thomas T. G.*: J. Bone Jt. Surg. (1964), 46-B, 498;
12. *Mészáros T.*: Magyar Traumat. (1975), 18, 137;
13. *Molnár L., Schanzl A.*: Magyar Traumat. (1971), 14, 106;
- 13a. *Nagyathé Gy., Bukorinszky J., Wein G., Dankó J.*: Gyermekgyógyászat (1980), 31, 550;
14. *Radu L., Socolescu M., Vereanu D.*: Chirurgia (1981), 30, 3, 177;
15. *Williams P. F.*: J. Bone Jt. Surg. (1968), 50-B, 278.

Sosit la redacție: 27 iunie 1983