

ANALIZA COMPARATIVĂ ANATOMO-FUNCȚIONALĂ A BONTURILOR DE AMPUTAȚIE AL MEMBRULUI PELVIN REZULTATE DIN CLASICILE ȘI MODERNELE TEHNICI OPERATORII

dr. M. Cosmuța, dr. K. Rettegi, dr. V. Muntean

Amputarea unui membru este un act de chirurgie constructivă care se finalizează prin crearea unui nou organ funcțional, care va permite amputatului folosirea fără durere, a unei proteze, regăsirea independenței sale și reluarea activității profesionale.

Studierea și urmărirea unui număr de 158 de ampuțați de membrul pelvin, uni- și bilateral, proveniți din diferite unități spitalicești cu profil chirurgical, a permis o analiză complexă, constind din examinarea metodelor chirurgicale de execuție, a rezultatelor clinice postamputaționale, a felului reabilitării ampuțaților și a rezultatelor tardive după protezare.

Urmărirea lor s-a făcut în staționar, serviciile policlinice de ortopedie și traumatologie, întreprinderea de produse ortopedice și protezare și dispensarul de cultură fizică medicală.

Progresele realizate în confecționarea protezelor din noi materiale de construcție, precum și perfecționările aduse articulațiilor mecanice, realizarea protezelor cu aderență și a celor cu contact total, au impus la reconsiderarea tehnicilor uzuale clasice de ampuțatie, la renunțarea în favoarea ampuțațiilor osteomioplastice.

Bonturile de ampuțatie convenționale, rezultate prin tehnicile clasice au prezentat o serie de dezavantaje care au dus la obținerea unor performanțe funcționale mediocre sau slabe. Aceste tehnici au fost aplicate în marea majoritate a cazurilor cercetate (142 de bolnavi), iar osteomioplastia am utilizat-o la un număr de 16 (cu o urmărire a rezultatelor de pînă la 3 ani).

Mersul și poziția în picioare sînt mișcări automate, stereotipe în cortex, în timpul verticalizării ontogenetice. Sistemul de locomoție și posibilitățile adaptării la toate condițiile funcționale sînt un sistem reflex, ale cărei conexiuni fiziologice își au locul în măduvă. Aceasta este un sistem interneuronal și un element esențial al lui care produce toate legături, este aferența tuturor căilor proprioceptive. Un mușchi nu e numai un organ efector, contracția sa fiind semnalată de sistemele buclelor „alfa” și „gama”. Ori, chirurgia ampuțației — practică uneori și în prezent —, nu se interesează de probleme neuromusculare. Mușchii sînt lăsați în bont fără tensiune, chiar dacă aponevroza este suturată. Metodele moderne osteomio-

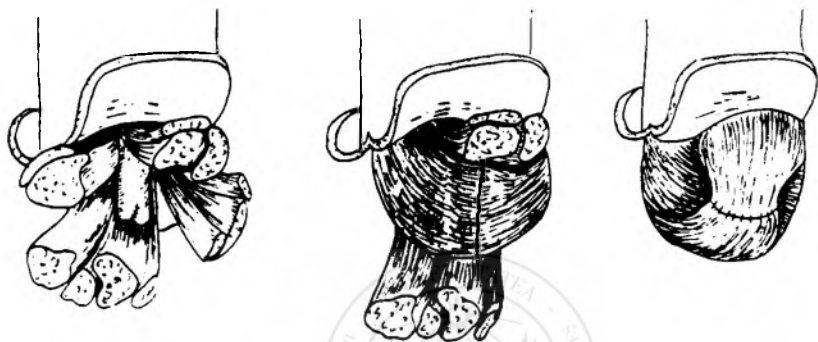


Fig. nr. 1: Amputație mioplastică a coapsei

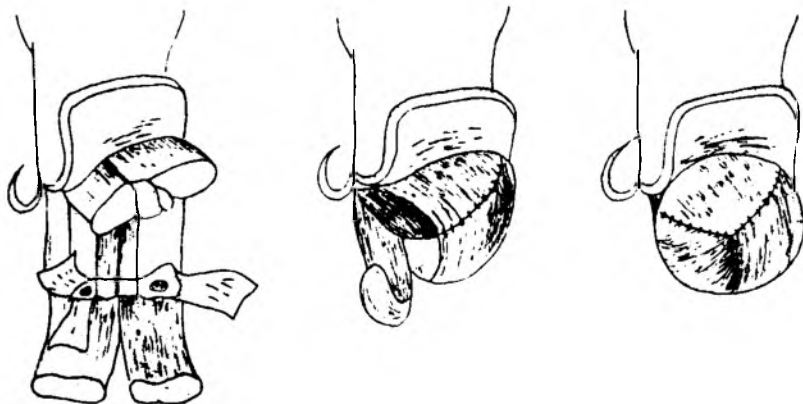


Fig. nr. 2: Amputație osteomioplastică a gambei

plastice, inițiate în ultimii ani de *Dederich, Kuhn, Le Fort, Weiss* și alții, sînt bazate pe sutura antagoniștilor înaintea osului. Ele răspund cerințelor neurofiziologice, spre deosebire de metodele clasice în care fenomenele alunecării musculare în timpul contracției dezorganizează forța semnalizării centripete a legăturilor funcționale ale măduvei și la nivelul sistemului nervos central.

Weiss, după lucrări asupra neurofiziologiei bontului efectuate timp de mai mulți ani, ajunge la rezultate ce arată că o amputație convențională este o operație pur antifiziologică, nu numai pe plan motor dar și pe plan senzitiv căci, elementele senzitive sînt total distruse.

Din punct de vedere al irigației sanguine se remarcă îndeosebi cercetările lui *Dederich*, precum și ale lui *Loon*, care au conchis că, amputația convențională provoacă tulburări circulatorii în bont, care se manifestă clinic prin edem și stază venoasă. În schimb, osteomioplastia făcută cu logică, exactitudine și desăvîrșită prin poziția verticală rapidă și mersul imediat, datorită travaliului muscular izometric, asigură o prevenire a stazei, îndeosebi în ortostatism și locomoție.

Deci, o osteomioplastie constă în a păstra stimulațiile ca un element esențial pentru reflexele de gravitație ale propulsiei proprioceptive.

Tehnica aplicată în amputația mioplastică a coapsei a constat din secționarea părților moi și din crearea din musculatură a patru grupe musculare: flexorii și extensorii, abductorii și adductorii. Se izolează femurul, iar înainte de a-l secționa se prepară un lambou osteoperiostal, prelevat de pe porțiunea osoasă care va fi secționată. Acesta va fi suturat peste capătul osos, închizînd canalul medular pentru a evita orice hemorație și pentru a permite restabilirea presiunii vasculare fiziologice în cavitatea medulară, ceea ce facilitează refluxul venos medular. Deasupra bontului osos se suturează într-un prim plan mușchi adductori și abductori, iar al doilea plan muscular îl constituie sutura mușchilor flexori și extensori. Planul superficial al mușchilor flexori și extensori sînt ancorați cu fire de sutură la planul profund al mușchilor abductori și adductori. Fascia superficială de pe vîrf bontului se excizează, aceasta cu scopul îmbunătățirii vascularizației lambourilor cutanate.

În cazul amputației osteomioplastice a gambei, după incizia tegumentelor se crează două lambouri care se decolează de pe planul aponevrotic, pe o întindere de 10—12 cm. Aponevroza se excizează pe toată întinderea decolării lambourilor (ceea ce va permite o vascularizație excelentă a pielii). După secționarea musculaturii la nivelul lojii posterioare se separă tricepsul de planul profund și se împarte în două porțiuni egale, internă și externă. Toate elementele tendinoase și aponevrotice se excizează, nelăsînd decît fibrele musculare. La nivelul lojii externe se constituie o lamă musculară, prin decolarea musculaturii de pe planul profund osteomembranos. În acest fel se crează trei lambouri musculare: antero-extern, postero-intern și postero-extern. Planul muscular al lojii posterioare, periostul și planul muscular periostic antero-extern se decolează pe o adîncime de 5—6 cm, realizînd trei langhete: antero-internă periostală, antero-externă musculo-periostală și postero-externă, de asemenea musculo-periostală. Tibia și peroneul sînt secționate la același nivel la limita decolării periostale.

Osteoplastia se realizează în două modalități, fie prin intercalarea unui grefon osos preparat din diafiza peroneului și fixat cu un șurub, cum face *Eberle*, sau mai preferabil în maniera lui *Dederich*, care prepară cu dalta fină pe fețele interne și externe ale tibiei și peroneului, lambouri osteoperiostale, care vor fi suturate două câte două: mai întîi lamboul tibial extern cu cel peronier intern și pe deasupra lamboul tibial intern cu cel peronier extern. Se crează astfel o punte tibioperonieră care servește de scripete pentru mioplastie. Mioplastia se realizează prin sutura ce-

lor trei lambouri musculare superficiale peste planul profund. Se începe cu sutura lamboului antero-extern la cel postero-intern. Spațiul rămas între lamboul antero-extern și cel postero-intern va fi completat prin sutura lamboului postero-extern.

Aceste amputații osteomioplastice pe lângă faptul că realizează un bont funcțional bine vascularizat, evitând tulburările trofice și edemul, au permis aplicarea unei proteze provizorii imediate pe masa de operație sau la o scurtă perioadă, bolnavul utilizând bontul la sprijin din aceeași zi sau în zilele următoare.

Această atitudine nouă prezintă numeroase avantaje pentru bolnav, atât de ordin psihologic, cât și anatomic local. S-a constatat că solicitarea precoce a bontului la sprijin, nu numai că nu mărește edemul postoperator, dar produce o diminuare marcată a acestuia și vindecarea tegumentului se face fără nici o dificultate. Proteza provizorie imediată îngăduie reluarea mersului, utilizând în acest scop vechiul stereotip dinamic, care este întreținut prin intermediul protezei.

Prin metodele clasice, maturizarea bontului durează de la 6 la 8 luni, timp în care bolnavul pierde din deprinderea de a merge, iar după protezare urmează o lungă perioadă de readaptare.

Prin metodele osteomioplastice, maturizarea bontului se scurtează la numai 4—6 săptămâni, bolnavul părăsind clinica cu proteza provizorie pe care o poartă pînă la confecționarea celei definitive.

Faptul că prin protezarea imediată bolnavul se poate deplasa și nu este obligat să aștepte în pat sau să meargă în cîrje pînă la confecționarea protezei definitive, că își poate menține o oarecare independență față de societate îi stimulează resursele psihice și-l ajută să-și recapete încrederea în propriile forțe, să-și vadă utilitatea în societate, să-și reia preocupările profesionale, iar zilele de incapacitate de muncă să scadă remarcabil.

Indicația efectuării amputației osteomioplastice trebuie să țină cont de riscurile infecției și necrozei (cum este cazul în traumatisme), cînd se va informa pacientul că o a doua intervenție va fi necesară pentru a forma un bont funcțional, ce va permite folosirea cu succes a protezei.

Sosit la redacție: 22 ianuarie 1972

Bibliografie

1. ALEXANDRE G.: Presse Méd. (1966), 74 28, 1471; 2. ALEXANDRE G.: Rev. Chir. Orthop. (1967), 53/5, 478; 3. BERLEMONT M., DECOULX P.: Rev. Chir. Orthop. (1967), 53/5, 476; 4. COSMUȚA M., OPRÎȘ Z., POPOVICIU G., GYALAI I.: Rezultatele clinico-funcționale în protezarea amputațiilor de membru pelvin. Comunicat la U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția ortop.-traumat., la 27 VI 1969; 5. COSMUȚA M., OPRÎȘ Z., POPOVICIU G.: Probleme de readaptare ale bolnavilor amputați la membrele pelvine. Comunicat la U.S.S.M., Filiala Mureș, Secția ortop.-traumat. la 27 VI 1969; 6. DANICICO I., ATHANASESCU I., FLUTURE V.: Chirurgia (1966), 5, 399; 7. DEDERICH R., WEYER VAN DE K. H.: Rev. Münch. Med. Wochenschrift. (1961), 103/14, 783; 8. DEDERICH R.: Hefte zur Unfallheilkunde (1969), 100, 77; 9. DENISCHI A., DINULESCU I., ILIESCU V.: Chirurgia (1971), 1, 21; 10. JANSEN K.: Rev. Chir. Orthop. (1967), 53/5, 475; 11. LESCOEUR J. E.: Le moignon de l'amputation à l'appareillage, Ed. Masson, Paris, 1967; 12. RIPSTEIN J.: Med. et Hyg. (1968), 830, 753; 13. ROBĂNESCU N.: Reeducarea neuromotorie, Ed. Medicală, București, 1968; 14. WEISS M.: Med. et Hyg. (1968), 830, 746.