

POSSIBILITĂȚI DE RECONSTRUCȚIE OSTEOPLASTICĂ ȘI UTILIZAREA PROTEZELOR DE UMĂR ÎN TUMORILE OSOASE

Ö. Nagy, C. Ciugudean, L. Seres-Sturm, A. Bálint, T. Bătaș, A. Kovács

Clinica de Ortopedie-Traumatologie nr.2
Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu-Mureș

Amputația a reprezentat până nu demult tratamentul unic și ireversibil al oricărei tumori maligne primitive osoase. În pofida operației precoce supraviețuirea era în general sub 20%, la 5 ani.

Cercetări recente (Delepine, Dubousset, Enneking, 8, 9), au stabilit limitele tratamentului complex oncochirurgical. Tratamentul chirurgical-oncologic-conservator trebuie să aibă indicații riguroase. Acesta se realizează printr-o stadializare corectă a tumorilor osoase (Enneking, 9) și o codificare a amplitudinii intervenției chirurgicale.

Concluziile studiilor de specialitate au arătat că amputațiile și dezarticulațiile nu se mai utilizează decât în cazul în care tehnicile chirurgicale reconstructive nu mai pot fi aplicate: tumori de volum considerabil, fracturi pe fond patologic deplasate, invadarea cutanată importantă, cointeresarea axului vasculonervos, recidivele locale repetate sau infecțiile după biopsie (3, 8, 9, 14, 16). Chirurgia conservatoare pentru membre și radicală pentru tumori este justificată numai dacă realizează cel puțin trei deziderate (6, 9, 10, 14):

1. Nu crește riscul recidivelor locale și asigură aceeași speranță de supraviețuire.

2. Nu este grevată de un risc de complicație imediată și tardivă.

3. Aduce un beneficiu funcțional și psihologic pacientului.

Material și metodă

Colectivul Clinicii de Ortopedie-Traumatologie Tg -Mureș este adeptul chirurgiei plastice de reconstrucție osteoarticulară în tratamentul tumorilor.

Cazuistica noastră este relativ numeroasă privind tratamentul chirurgical și combinat al diferitelor tipuri și localizări de tumori osoase (4, 16).

În perioada 1982-1994 au fost tratate chirurgical 34 de tumori osoase maligne și cu potențial de malignizare, din care 9 au fost localizate la nivelul centurii scapulo-humerale. Histologic au fost: 3 condrosarcoame, 3 cu celule gigante stadiul III Lichtenstein, 1 fibrosarcom și 2 osteosarcoame, toate în stadiul intracompartimental Enneking. Vârsta bolnavilor variază între 32-53 de ani, iar 5 erau de sex masculin, 4 de sex feminin. Privind tehnica abordată am procedat la rezecții segmentare largi și reconstrucție osteoarticulară cu endoproteze de tip tumoral special concepute, combinate cu homogrefe osoase proteolizate și refrigerate. Într-un caz de condrosarcom de omoplat și 1/3 superioară s-a ajuns la înlocuirea totală a centurii scapulo-humerale cu o endoproteză combinată și articulată. În funcție și de rezultatul histopatologic s-a procedat și la un tratament chimioterapeutic sau radio-chimioterapeutic. Urmărirea postoperatorie din punct de vedere al funcționalității optime a membrului s-a evaluat după sistemul funcțional Gary J. Miller (1990), studiind: mobilitatea articulară, durerea, stabilitatea și deformitatea, acceptarea funcțională și psihologică a protezei, frecvența complicațiilor imediate și tardive.

Rezultate și discuții

Rezultatele noastre au fost următoarele: în 5 cazuri bune (55,5%) 3 cazuri satisfăcătoare, și 1 caz slab. Un pacient a decedat în urma metastazei pulmonare la 2 ani postoperator, iar un caz, cu recidive locale multiple, s-a rezolvat prin dezarticulare. Avem în evidență 6 cazuri cu supraviețuire între 3-10 ani cu o funcționalitate bună a articulației umărului (66,6%), fără recidive locale, rezultatele fiind deci multumitoare.

Frecvența leziunilor tumorale la nivelul aparatului locomotor este în creștere semnificativă. Terapia tumorilor osoase nu poate fi acceptată astăzi decât sub forma unui tratament complex, printr-o colaborare permanentă între ortoped, oncolog și anatomo-patolog. Indicația chirurgicală tinde din ce în ce mai mult spre o exereză oncologică cu conservarea membrului. Oncochirurgia plastică de reconstrucție osteoarticulară se impune spectaculos în tratamentul tumorilor. Așa cum afirma *Campanacci* (3) programul terapeutic trebuie inventat de la caz la caz în sensul individualizării și adaptării mijloacelor terapeutice. Din punct de vedere oncologic chirurgia conservatoare are rezultate similare sau chiar superioare, celei radicale de amputație și dezarticulație. Din punct de vedere funcțional pentru membrul toracic rezultatele postoperatorii ale chirurgiei conservatoare sunt net superioare, chiar și în cazurile în care soluția oncologică a tumorii a impus sacrificarea unor trunchiuri nervoase (1, 6, 8, 9, 11, 14, 16).



Fig.nr. 1: Condrosarcom al centurii scapulo-humerale

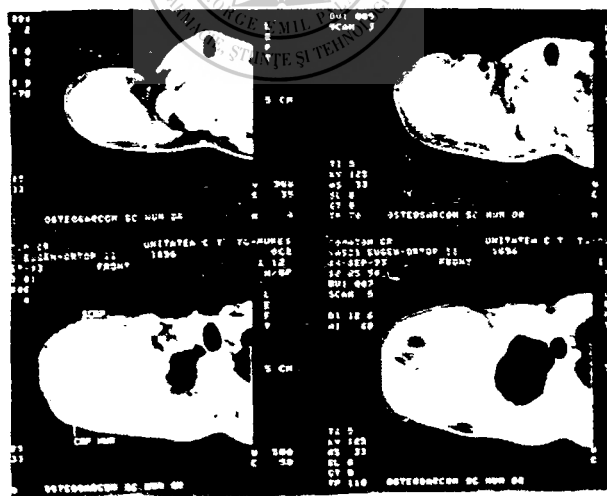


Fig.nr. 2: Tomografie computerizată (același caz)



Fig.nr. 3: Rezeecție segmentară.
Reconstrucție articulară,
osteopalstică combinată



Fig.nr. 4.: Bolnava postoperator la 1 an

Concluzii

Chirurgia conservatoare este încă relativ recentă, iar statisticile limitate. Posibilitatea apariției unor complicații postoperatorii, recidive locale și generale, metastaze, decimentări, infecții imediate și tardive umbresc prognosticul mai ales la tineri, care doresc încă o viață socială activă. Considerăm că această oncochirurgie conservatoare a aparatului locomotor este plină de speranță, iar rezultatele vor fi mult mai bune o dată cu apariția de noi generații de proteze de performanțe superioare și nu în ultimul rând grație unor metode de diagnostic precoce.

Bibliografie

1. Annt A., Karaharju E.O., Korkala O.: Allogeneic Grafts for Bone Tumors 21 cases of osteoarticulares and segmental grafts. Acta Orthop. Scandinavica, 1989, 12, 143-153;
2. Burchardt H., Enneking W.F.: Transplantation of bone. Surg. Clin. North Am. 1978, 58, 403-427;
3. Campanacci M.: Tumori della ossa e della parti molli. Auls Gagi Editor, Bologna, 1981;
4. Ciugudean C. et al.: Tehnici de reconstrucție osteoplastică cu homogrefe proteolizate după rezecție segmentară scheletică, Vol. de rezumate - Sesiunea valorificării cercetării științifice, 1989, I.M.F. Tg.-Mureș;
5. Chao E.Y.S., Ivins J.C.: Tumor Protheses for Bone and Joint Reconstruction: The Design and Application, Thieme Stratton, New York, 1983, 335-339;
6. Clayton M.L., Ferlic D.C.: Prosthetic Arthroplasties of the Shoulder. Clin. Orthop. 1982, 34, 184-191;
7. Craig E.V., Thompson R.C.: Management of the shoulder girdle. Clin. Orthop. 1987, 15, 94-112;
8. Delepine, D.Goutallier: La resection dans le traitement des osteosarcom des membres. Rev. Chir. Orthop. 1985, 6, 451-462;
9. Enneking W.F.: A system for the functional evaluation of the surgical management of musculoskeletal tumors. In: Enneking N.F. Ed. Limb Salvage in Musculoskeletal Oncology. Churchill Livingstone, New York 1987, 5-16;
10. Gáspár L., Mándi A., Papp L.: Humerus Prothesis Implantation after resection of malignant Tumors. Beitrage Orthop. Traumatologie, 1988, 11, 35-38;
11. Gáspár L., Szepesi K., Mándi A.: Végmegtartó rezekciós műtetek váltási csonttumorok kezelésében. Magyar Traumatológia, Ortopedia, 1989, 23, 17-19;
12. Kobayasi Y., Okada K., Mikasa M.: Study for humeral Head Replacement after the Resection of Bone Tumor of the proximal Humerus. J. Joint and Joint Surg. 1983, 12-B, 15-81;

13.Koga J., Iwahuchi A., Shinohara N.: Prosthetic Replacement by Artificial Humeral head for Giant Cell tumor. J. Bone and Joint Surg. 1968, 5-A, 21-25;

14.Medrea O., Antonescu D., Ionescu Th.: Chirurgie Mutilantă, versus chirurgie conservatoare în tratamentul complex al tumorilor maligne primitive osoase. Rev.Ortop. Traum. 1991, 1, 11-12;

15.Nakajima T., Fukuda H.: Use of a Soft Tissal Gap of the Humerus after Excision of a Neoplasm. J. Bone and Joint Surg. 1990, 7-A, 9-10;

16.Nagy Ö.: Reconstrucții osteoplastice combinate cu endoprotetizare în rezecțiile segmentare dictate de tumori multiple. Teză de doctorat. U.M.F. Tg.-Mureș.

ALLOGRAFT RECONSTRUCTION AND SHOULDER ENDOPROTHESES IN BONE TUMORS

Ö. Nagy, C. Ciugudean, L. Seres-Sturm, A. Bálint, T. Bălgă, A. Kovács

The authors have studied a group of 9 patients in the Second Orthopaedic Clinic at Târgu-Mureș between 1982-1994, who have shoulder tumours. The diagnosis was based on natural history, clinical examination, X-ray examination, bone biopsy and immunoenzymatic test. In every case they used segment resection and endoprosthesis replacement of the shoulder. Pain, deformity, motion and acceptance categories all averaged a good score. Functional evaluation revealed good results in five (55.5%), satisfactory in three (33.3%), poor in one (11.1%). Our experience with this therapy was good, but it is necessary to determine the best indications and long-term problems for this means of reconstruction following tumour resection.

Notă la redacție: 20.11.1995
