

Tratamentul și prioritățile în cazul unui pacient polifracturat

Ioan Cristescu*, Alin Petrec†, Mihai Balanica‡

Rezumat

Este prezentat cazul unei paciente politraumatizate cu multiple fracturi ale membrului superior și inferior tratată în secția de oropedie a spitalului nostru.

Toate fracturile au fost tratate chirurgical, secvențial, în interval de o săptămână de la producerea accidentului.

Fixarea fermă a fracturilor a permis o scurtă convalescență, iar recuperarea medicală precoce a fost urmată de rezultate bune la șase luni (Revista de Medicină de Urgență, Vol. 2, Nr. 3-4: 33-36).

Cuvinte-cheie

polifracturat, osteosinteză, recuperare precoce.

Abstract

The present article is a perspective view on a common situation in an emergency health service: the fracture management in polytraumatized patients. We are presenting the case of a middle age woman who suffered a road accident resulting in severe injuries on both her forearms as well as her lower extremities. All of the fractures have been surgically treated regarding the importance of each injury without jeopardizing her life. The femoral fractures were treated the first day and the interval between the first intervention and the last one was no more than one week. The firm fixation of each fracture and the small period of convalescence allowed the patient an early recovery program with very good results after six months.

Key words

polifracture, osteosynthesis, early rehabilitation.

Vă prezentăm cazul unei paciente de 35 de ani, victimă a unui accident rutier (șofer), tratată în secția de ortopedie a spitalului nostru.

Pacienta a fost internată cu diagnosticul: Politraumatism. Traumatism cranio-cerebral minor nivel 0. Fractură supracondiliană deschisă tip III B cu lipsă de substanță osoasă femur drept. Fractură epifizo-diafizară deschisă tip III B tibie stângă. Fractură deschisă tip II treime medie cu distală ambe oase antebraț drept cu decolare tegumentară importantă.

Fractură bifocală radius stâng și fractură cubitus stâng. Șoc traumatic. Șoc hemoragic.

În urgență, după reechilibrare hemodinamică și hidro-electrolitică se intervine chirurgical prin reducerea sângerândă și sinteza fracturii supracondiliene stângi cu o tijă zăvorâtă retrogradă (vezi figura 1 și 2).

De menționat că această fractură a fost asociată cu o pierdere importantă de substanță osoasă în urma traumatismului direct.

Tot în urgență se intervine prin reducerea ortopedică și sinteză cu o tijă zăvorâtă a fracturii de diafiză femurală dreaptă (figura 3).

Celelalte intervenții se temporizează pentru reechilibrarea pacientei.

În a doua zi de la internare se intervine chirurgical practicându-se sinteza cu placă în L și șuruburi de 4,5 mm a platoului tibial (figura 4) și sinteza ambelor oase ale antebrațului drept cu plăci și șuruburi de 3,5 mm și repararea defectului tegumentar (figurile 5 și 6).

În a cincea zi de la internare se intervine chirurgical pentru sinteza oaselor antebrațului stâng cu placă pentru diafiza radială și epifiza distală de radius și broșă pentru cubitus.

Evoluția pacientei este favorabilă începând programul de recuperare pentru membrele pelvine a patra zi de la internare și se externează după 14 zile.

Reia sprijinul pe piciorul drept progresiv începând din a 42-a zi de la internare și continuă programul de recuperare într-o clinică privată.

Controalele clinice și radiologice efectuate la 6 și 12 săptămâni evidențiază evoluția favorabilă către consolidare a fracturilor, iar imobilizarea gipsată a membrului toracic se suprimă la 4 respectiv 6 săptămâni.

Controlul la 3 luni de la accident evidențiază fractura de femur drept în curs de consolidare, membru pelvin stâng scurtat cu 2 cm, fără redoare de glezne și genunchi bilateral, și fracturi ale membrului toracic în curs de consolidare, fără redoare de pumn și cot bilateral.

Pacienta prezintă o scurtare la nivelul membrului inferior stâng de 8 cm cauzată de lipsa substanței osoase la nivelul metafizei femurale. Ca urmare pacienta prezintă un mers șchiopătat care se redresează cu un înălțător plantar.

Ambel membre superioare au amplitudinea maximă a mișcărilor, ca și membrul inferior drept.

* medic primar ortopedie - traumatologie, asistent universitar, doctor în științe medicale, Clinica de ortopedie, Spitalul Clinic de Urgență București, Calea Floreasca nr. 8, sector 1, București.

† medic specialist ortopedie-traumatologie

‡ medic rezident ortopedie-traumatologie

Primit la redacție în 1 noiembrie, acceptat 5 decembrie 2005.

Concluzii

Pacientul polifragmentat reprezintă o urgență ortopedico-chirurgicală, scopul tratamentului chirurgical fiind rezolvarea tuturor afecțiunilor osoase și mobilizarea cât mai precoce a pacientului.

În cazul de față am optat pentru o rezolvare chirurgicală a fracturilor, pentru un nursing mai bun, dar având tot

timpul în vedere starea generală a pacientului și impactul biologic al fiecărei intervenții.

Acesta a fost motivul pentru care am efectuat intervenții chirurgicale seriate care nu au depășit ca interval de timp o săptămână, iar focarele de fractură au fost stabilizate cât mai ferm pentru o recuperare cât mai precoce.

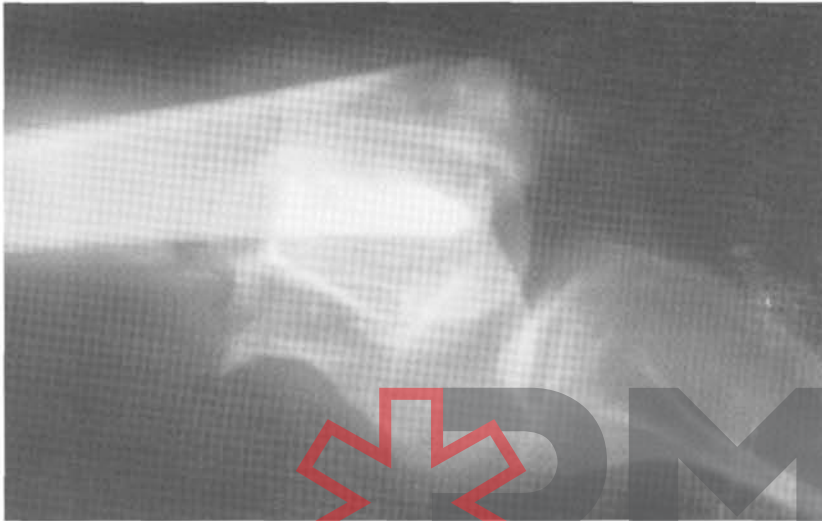


Figura 1. Femur stâng preoperator

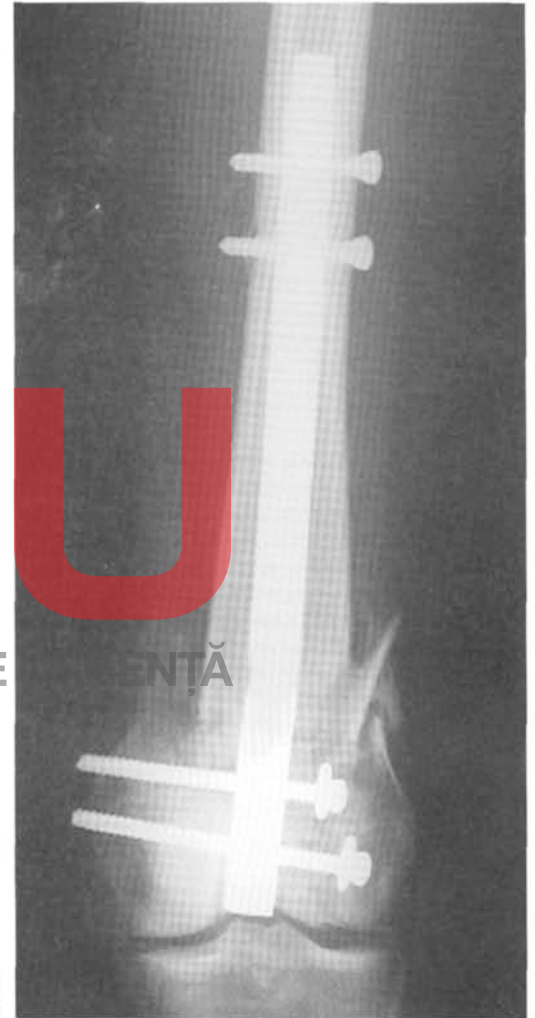


Figura 2.
Femur stâng operat

Figura 3. Femur drept operat

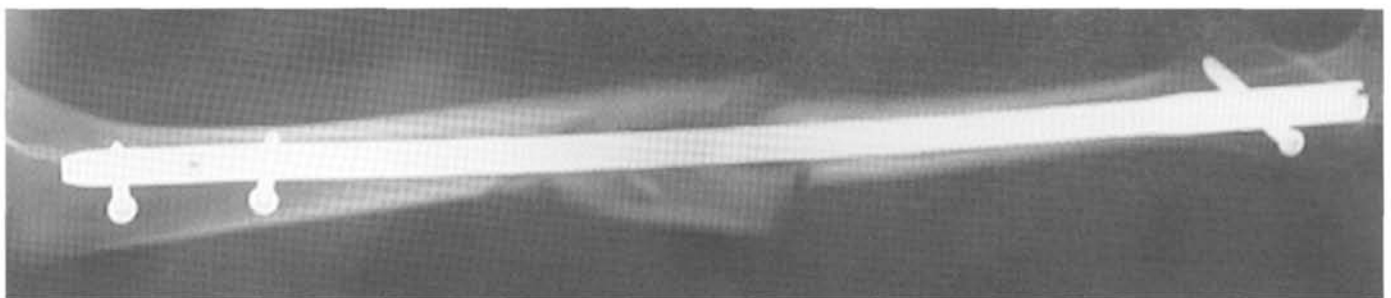




Figura 4. Platou tibial operat

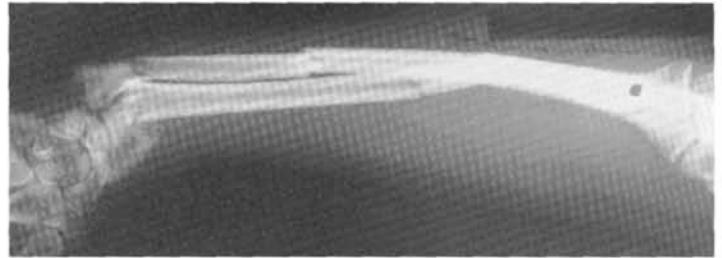


Figura 5. Antebraț drept preoperator

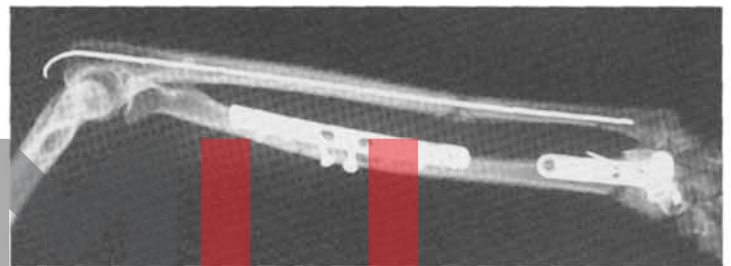


Figura 6. Antebraț drept operat

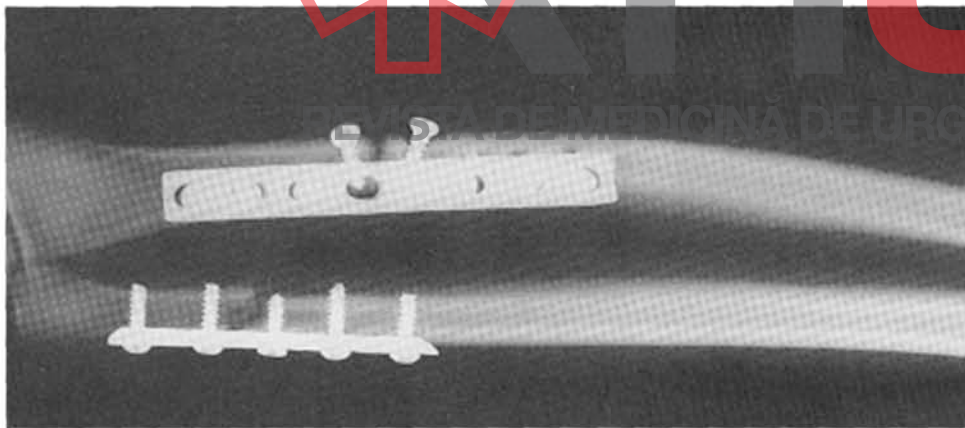


Figura 8.
Femur stâng operat, profil

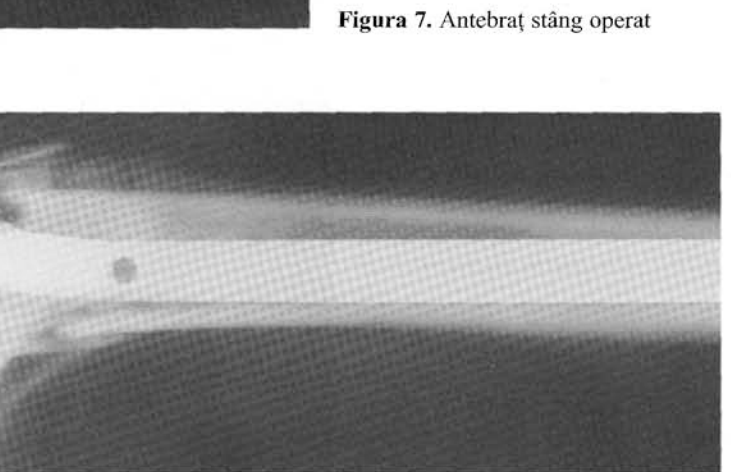


Figura 7. Antebraț stâng operat

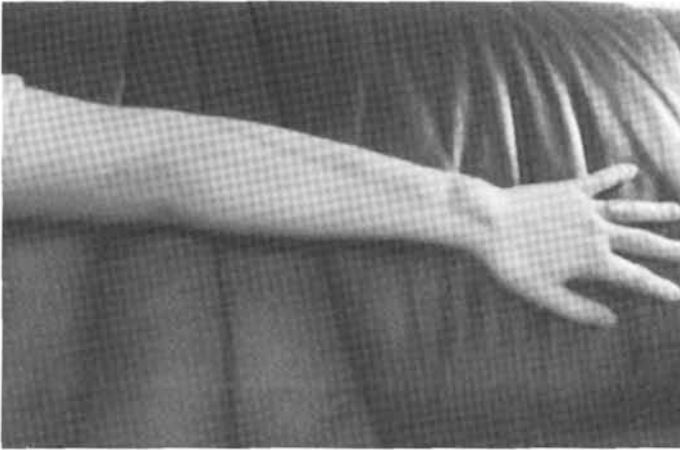


Figura 9. Antebraț și pumn stâng în extensie

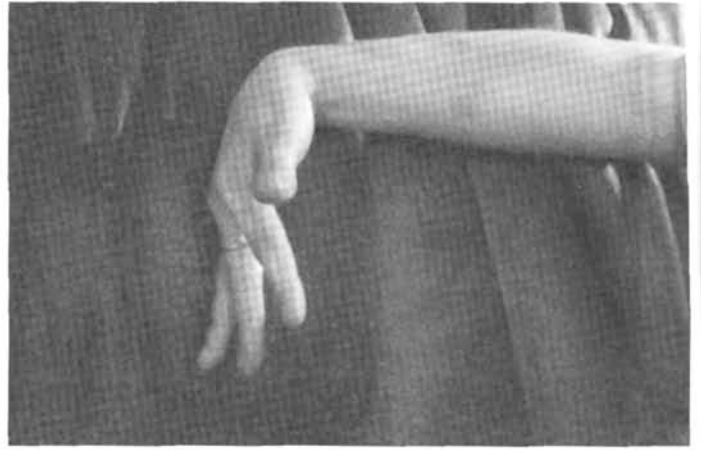


Figura 10. Flexia pumnului drept

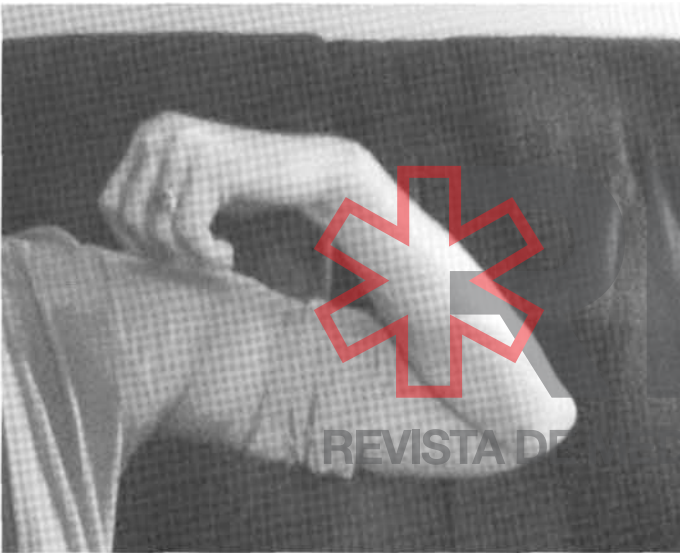


Figura 11. Gradele de mobilitate la nivelul antebrațului stâng



Figura 12. Gradele de mobilitate la nivelul antebrațului drept



Figura 13.
Gradul de extensie
la nivelul
genunchilor