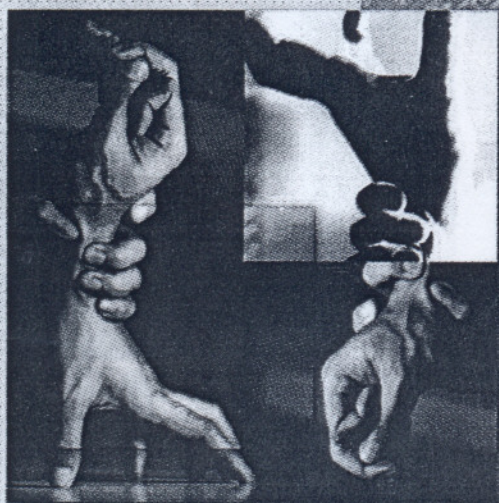
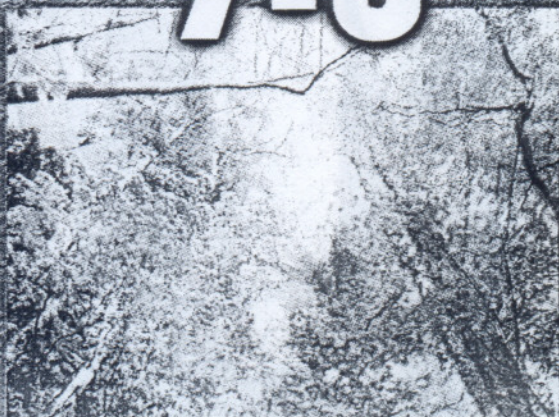


REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

CURIER MEDICAL



7-8'98



Contribuții la tratamentul subluxațiilor atlantoaxoidiene inveterate la copii

N. SAVGA

Institutul de Cercetări Științifice în Ocrotirea Sănătății Mamei și Copilului

Summary. *These clinical investigations are based on treatment of 158 children 6 – 15 years old (113 girls (71%) and 45 boys (29%)), which were diagnosed with long-term sublaxation in atlanto-axial joint. The treatment was given through reposition of sublaxation by Richet – Hueter (with modifications). Applying this method it led to the regression of clinic symptoms and positive influence on haemo dynamics in vertebro-bayillar region- This makes the use of method reasonable in treatment for patients with clinic mmanifestations of vertebro-bazilar insufficiency caused by long-term sublaxation in atlanto-axial joint.*

Terapeutică subluxațiilor atlantoaxoidiene inveterate constituie un capitol dificil și controversat al traumatologiei infantile contemporane [1, 36].

În opinia noastră, metodele practicate până în prezent de către ortopezii practicieni și neuropatologi sunt imperfecte și comportă adesea consecințe grave. Acțiunile terapeutice conservatoare (incluzând repausul funcțional, tratamentul medicamentos, infiltrațiile anestezice ale regiunii bolnave și procedurile fizioterapice) nu influențează evoluția bolii, și, de regulă,

rezultă cu ameliorări temporare și efecte de scurtă durată [5].

Tracțiunea cu căpăstrul Glisson necesită un timp îndelungat (7-18 zile), deseori însoțind acutizarea multor simptome clinice și fenomene adverse. Ultimele sunt datorate iritării foștelor meningeale la o extensie îndelungată și incomodității construcției aparatului [4]. În plus, extensia cu căpăstrul Glisson în subluxațiile rotaționale acute sau în torticolisul Grisel la copiii cu subluxații vechi datorită contracturii musculare rigide nu ne oferă rezultate terapeutice favorabile. În scopul unei eficiențe mai înalte, pe calea acțiunii directe asupra segmentului cranio-cervical al coloanei vertebrale, recomandăm spre utilizare metoda repoziției unimomentane a subluxațiilor atlantoaxoidiene inveterate.

Cercetările noastre vizează un lot de 158 copii (113 fete și 45 băieți) cu vârste cuprinse între 6 și 15 ani, având diagnosticul confirmat de subluxații atlantoaxoidiene inveterate.

Indicație pentru repoziția unimomentană au servit semnele clinice ale subluxației atlantoaxoidiene cu determinism hemodinamic în teritoriul vertebro-bazilar și prezența focarului de pulsație nociceptivă aferentă: cefalee (la 145 copii); vertijge la 129, grețuri și vomă la 28; cardiacalii - la 37; parestezii ale mâinilor și centurii scapulare - la 11; sindrom "drop-attack" - la 8.

Procedura presupune numaidecât un contact psihoemoțional cu copilul, care îi va insufla încredere în securitatea și inofensivitatea manipulației, explicându-i totodată importanța relaxării complete a musculaturii. Pentru o repoziție reușită este important ca forțele de acțiune să fie îndreptate nemijlocit asupra elementelor articulației craniocervicale ale coloanei vertebrale. Pentru aceasta, având în vedere particularitățile anatomo-funcționale ale acestei regiuni, e necesar ca tracțiunea să se efectueze în poziția șezândă a bolnavului. Mâna dreaptă a medicului va fixa mandibula bolnavului, iar cea stânga - ceafa. Cu ambele palme se efectuează tracțiunea de la barbie spre pavilionul urechii, pentru a obține o bună relaxare a mușchilor (15-25 s). În continuare, fără a slăbi puterea tracțiunii, se va înclina capul copilului spre partea deplasată, efectuând mișcări rotative în sensul invers deplasării până la apariția "clacmentului" (semn ce denotă reducerea subluxației). Procedura continuă cu înclinarea capului spre partea sănătoasă și efectuarea de mișcări rotative spre partea opusă deplasării. Treptat vom micșora puterea extensiunii, eliberând capul de fixație și propunând bolnavului să efectueze mișcări de rotație la început în părți, apoi înainte-înapoi.

Semnele clinice ale corecției subluxației sunt dispariția rigidității în mișcări, senzațiile de fierbințeală la ceafă, lipsa durerilor și inducției la nivelul proceselor transversale ale atlasului și axisului. Efectul clinic este confirmat de radiogramele de control, care vor oferi imaginea unui raport simetric al procesului dentiform față de masele laterale ale atlasului și congruența suprafețelor articulare.

Pentru profilaxia recidivelor induse de persistența stereotipului muscular patologic sau de traumatisme accidentale, după repoziție se va efectua imobilizarea în guler Schanz pe un termen de 3-4 săptămâni. În acest răstimp copilul poate frecventa școala, fiind exclus doar de la lecțiile de cultură fizică.

După trecerea acestui timp de imobilizare, în scopul recuperării și consolidării corsetului muscular natural, se vor indica ședințe de electroforeză cu spasmolitice, parafină pe regiunea coloanei cervicale și exerciții gimnice speciale după programul RPI (relaxare postizometrică).

Repoziția unimomentană este contraindicată copiilor cu sindrom algic pronunțat, când sunt imposibile orice mișcări în regiunea cervicală a coloanei vertebrale. În aceste cazuri repoziția va fi precedată de tracțiunea în căpăstrul Glisson cu blocate novocainice radiculare.

Metoda are o contraindicație absolută în anomalii de dezvoltare a coloanei cervicale.

Rezultate apreciable după repoziția unimomentană, traduse prin retrocedarea dereglărilor vegetosomate și dispariția sindromului algic, au fost remarcate la 144 (89%) pacienți. Au fost recuperați parțial 9 și inefectiv 5 bolnavi.

Astfel, metoda propusă, ce rezidă în obținerea unui raport anatomic corect al suprafețelor articulare din joncțiunea atlantoaxoidiană, este, după părerea noastră, cea mai eficace dintre metodele curative propuse în tratamentul bolnavilor cu subluxații avansate ale articulației indicate. Ea exclude polipragmazia și aflarea îndelungată a bolnavului în staționar, ceea ce reprezintă și un considerabil beneficiu economic.

BIBLIOGRAFIE:

- ◆ 1. *William Fielding, Richard J., Hawk S.* Atlanto-Axial fixation. // *J. of Bone and joint Surgery*, 1997, 59-A, 37-53.
- ◆ 2. *Веселовский В. П.* Практическая вертеброневрология и мануальная терапия, Рига, 1991.
- ◆ 3. *Иваничев Г. А.* Болезненные мышечные уплотнения, Казань, 1990.
- ◆ 4. *Никитин М. Н., Селиванов П. С.* Диагностика и лечение вывихов шейных позвонков, М.: "Медицина", 1991.
- ◆ 5. *Ратнер А. Ю.* Нарушения мозгового кровообращения у детей, Казань, 1983.
- ◆ 6. *Ситель А. Б.* Мануальная терапия, М.: "Медицина", 1993.