



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA

**Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică  
"Natalia Gheorghiu"**

**Osteomiелita hematogenă acută la copil.  
Osteomiелita epifizară, osteomiелita cronică.  
Artritele. Definiție. Etiopatogenie. Clasificare.  
Manifestări clinice. Diagnostic. Diagnostic  
diferențial. Tratament**

**Gudumac Eva  
dr. hab. șt. med.  
profesor universitar  
Academician al Academiei de Știință a Moldovei  
Om Emerit**

Chișinău 2020



# Generalități

- **Definiție.** Osteomiелita hematogenă acută (OHA), numită și „osteomiелita acută a perioadei de creștere”, este o inflamație osoasă gravă a copilului, de etiologie microbiană, preponderent **stafilococică**, cu localizarea procesului inflamator la nivelul metafizei osoase, având rezultat un proces dublu de distrugere și reconstrucție asociată cu o reacție inflamatorie generală, evolutiv având o tendință spre cronicizare



# Generalități

- **Frecvența.** OHA afectează orice vârstă (de la nou-născut la adolescent); mai afectat este sexul masculin
- **Localizarea:** OHA poate afecta orice segment osos, dar, de regulă, procesul infecțios se localizează la nivelul oaselor tubulare lungi. *Sediul* osteomielitei – regiunea metafizară.



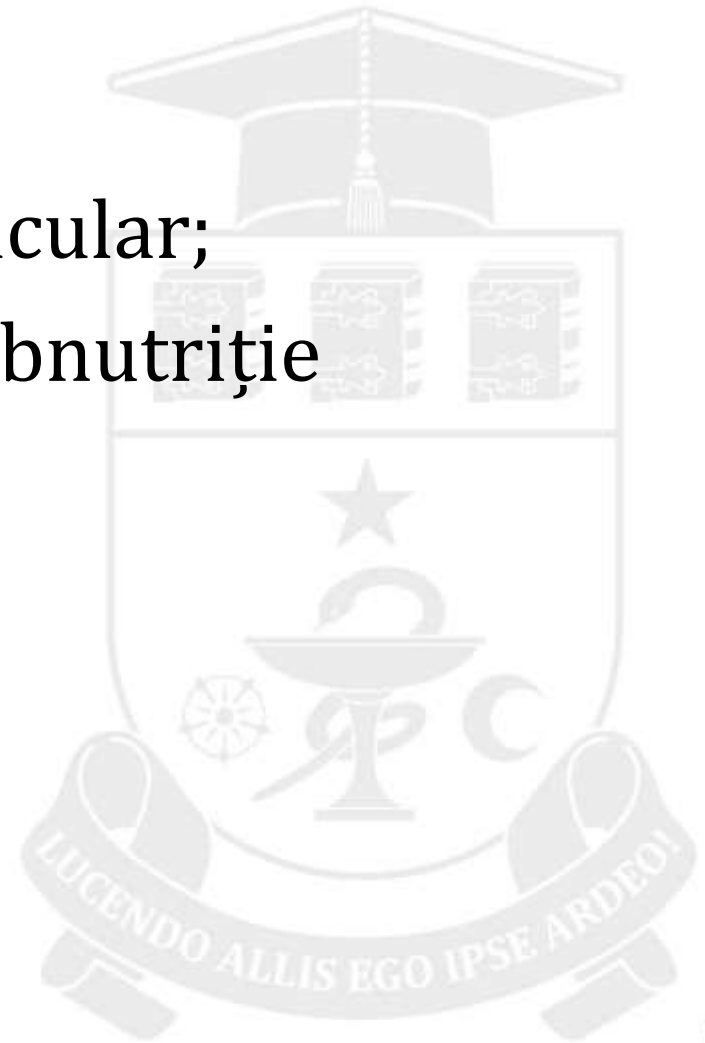
# Generalități

- ❖ Cel mai mare procent de îmbolnăviri 75 % este la copiii de 5-6 ani și 8-12 ani;
- ❖ Osteomielite hematogenă a sugarului se întâlnește în 20 %;
- ❖ Factorul determinat este traumatismul osteo-articular;
- ❖ Poate afecta copilul de orice vârstă;
- ❖ Regiunea metafizară constituie sediul preferențial al osteomielitei;
- ❖ Totdeauna există sectoare multiple succesive;
- ❖ Are tendința spre cronicizarea procesului



# Factorii favorizanți în apariția OHA

- Stările toxice;
- Traumatism juxtra-articular;
- Stările carentiale de subnutriție





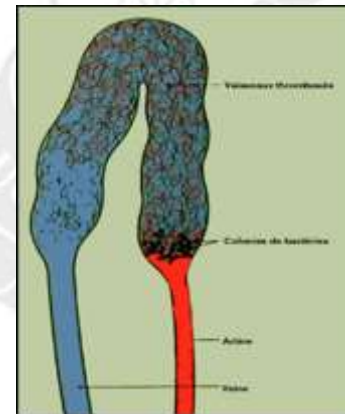
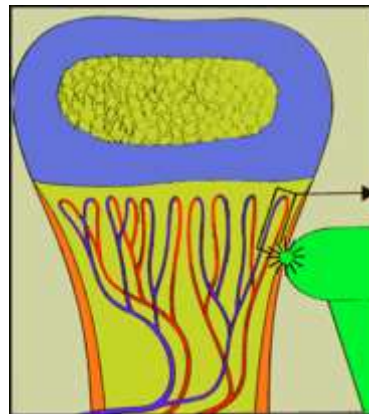
# Etiologia

- ***Factorul determinant*** al OHA este flora microbiană cu predominarea stafilococului.
- ***Factorii predispozanți***: oboseala, efortul muscular îndelungat, stările carentiale în subnutriție, traumatismele, procesele inflamatorii acute ale țesuturilor moi, focarele cronice de infecție.
- Locul de pătrundere a germenului: tegumentele, mucoasele lezate, plăgile infectate. În multe cazuri, locul de pătrundere a germenului este imposibil de determinat.



# Patogenie

- Osteomielița hematogenă acută – consecința bacteriemiei sau a unei septicemii. Această maladie se caracterizează prin răspândirea florei bacteriene de la concentrația primară infecțioasă în sânge. Oasele au o rețea vasculară extensivă datorită căreia bacteriile pătrund ușor în zona măduvei osoase. Sub influența unei infecții se concentrează formele purulente de inflamație în măduva osoasă, ceea ce duce nu numai la topirea structurilor osoase, ci și la creșterea sindromului de intoxicație generală.





# Patogenie

- Arteriile nutritive se divid în cavitatea medulară și se termină prin mici arteriole în vecinătatea cartilajelor de creștere. La nivelul cavității medulare, condițiile sunt favorabile fagocitozei microbiene; din contra, la nivelul metafizelor, numărul redus de celule reticuloendoteliale și ritmul lent circular permite cu ușurință dezvoltarea germenilor





# Patogenie

- Embolia septică la nivelul arterei nutritive a osului dezvoltă un edem intraosos.
- Edemul dezlipeste periostul de corticală, întrerupând astfel și irigația osului de către rețeaua periostică.
- Edemul inflamator se transformă în puroi care se propagă de-a lungul canalelor Havers.



# Patogenie

- Mai târziu toxinele piogene distrug periostul iar puroiul invadează părțile moi. Rolul traumatismului în apariția osteomielitei acute hematogene este încă discutabil deși a fost sugerat încă de prin anii 20.
- Pe statistici mari unul din trei bolnavi evocă un context traumatic considerându-se astfel, că el ar juca mai degrabă un rol focalizator



# Patogenie

Conform unor date din literatură (experimentale și clinice) factorul determinant în patogenia osteomielitei hematogene acute este dereglarea difuză a microcirculației, dar părerile sunt împărțite în privința localizării inițiale a infecției. Unii autori susțin că inițial se produce dereglarea difuză a microcirculației, cauzate de microfracturile substanței osoase spongioase în microtraume - “trauma minimală”



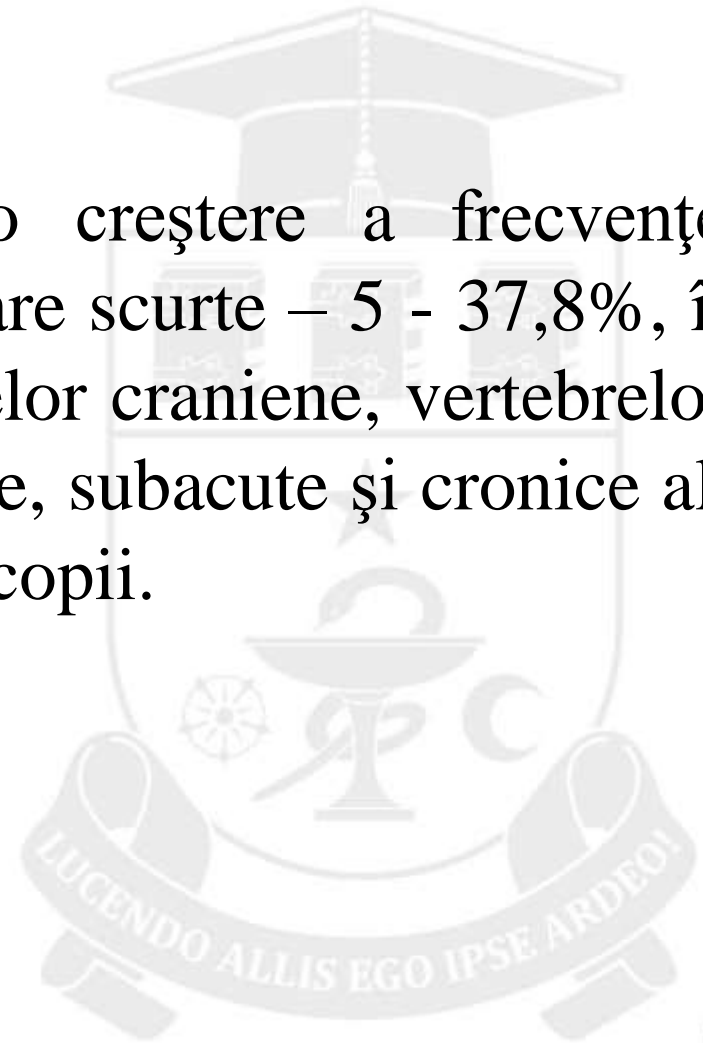
# Patogenie

Alți autori demonstrează că dereglările microcirculatorii a măduvei osoase se produc în rezultatul pătrunderii microflorei în rețeaua sangvină: inițial se produc leziuni embolice, tromboflebite și tromboarteriite, staza și tromboza vasculară cu edem acut al măduvei osoase, dereglări majore circulatorii și de hemostază, ulterior întreruperea circulației în zona afectată. [Deci, datele despre dereglările vasculare în patogenia osteomielitei hematogene acute și corecția lor sunt discutabile și contradictorii]



# Patogenie

Unele publicații atestă o creștere a frecvenței afectării oaselor plate, tubulare scurte – 5 - 37,8%, în acest număr – afectarea oaselor craniene, vertebrelor, coastelor și a formelor atipice, subacute și cronice ale osteomielitei hematogene la copii.



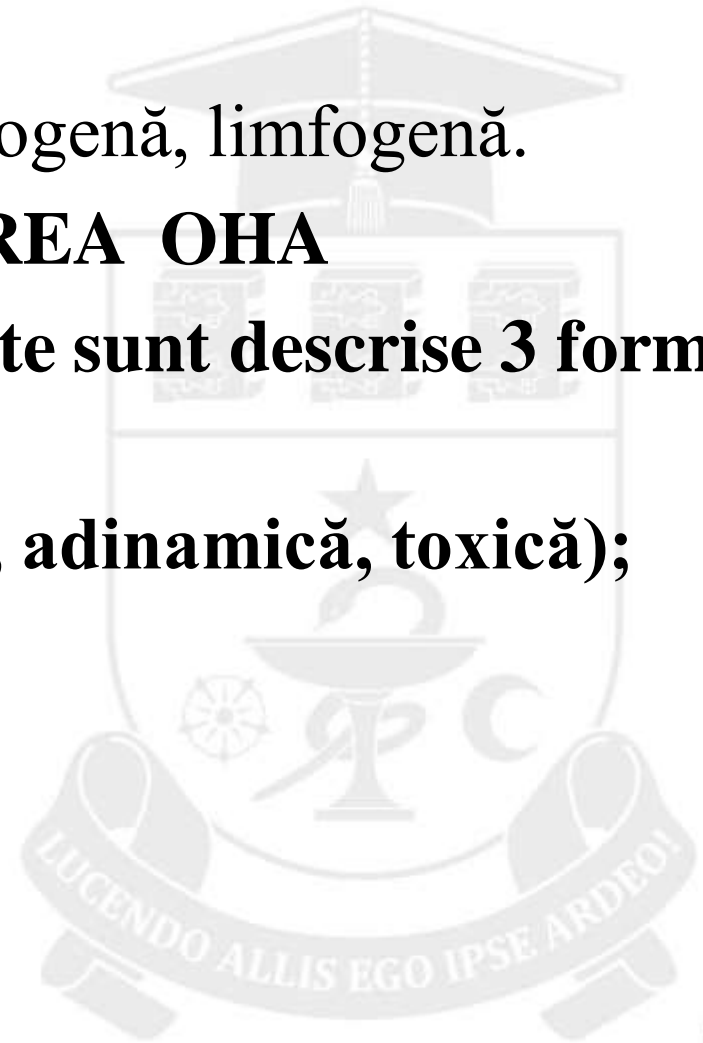


# Clasificarea OHA

- *Căile de răspândire:* hematogenă, limfogenă.

## **CLASIFICAREA OHA**

- **În literatura de specialitate sunt descrise 3 forme clinice:**
  - **supraacută (fulgerătoare, adinamică, toxică);**
  - **septico-pioemică;**
  - **locală.**

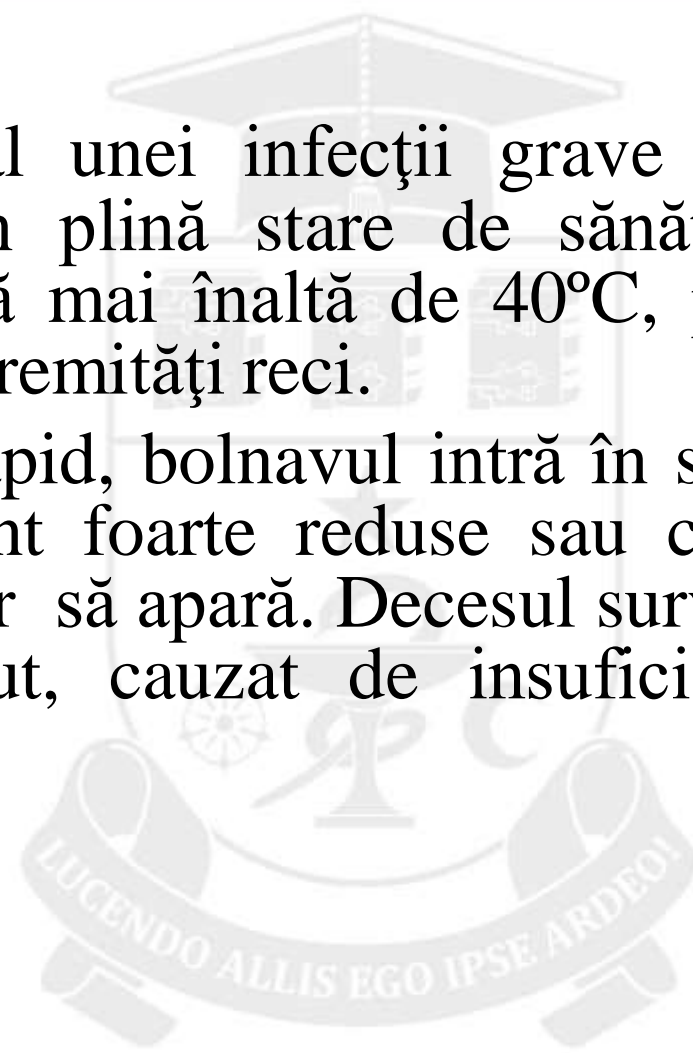




# Forma supraacută a OHA

Tabloul general este cel al unei infecții grave stafilococice cu debut brusc în plină stare de sănătate. Bolnavul prezintă temperatură mai înaltă de 40°C, puls rapid filiform, facies toxic, extremități reci.

Starea generală se alterează rapid, bolnavul intră în stare de comă. Semnele locale sunt foarte reduse sau chiar lipsesc, neavând timpul necesar să apară. Decesul survine după 48–72 ore de la debut, cauzat de insuficiență poliorganică.





# Forma septico-pioemică a OHA

Debutul este acut în plină stare de sănătate: ascensiune termică (39–40°C), frison, agitație sau adinamie, inapetență, grețuri, uneori vărsături, tegumente uscate, respirație accelerată, tahicardie, meteorism abdominal. Concomitent cu alterarea stării generale, apar și semnele locale ale osteomielitei: durere vie localizată la nivelul metafizei osoase, tumefacție locală, poziție antalgică a membrului afectat, impotență funcțională parțială sau totală, cu reducerea sau abolirea mișcărilor în articulațiile învecinate, agitația sau adinamia bolnavului, tahicardie, respirație accelerată





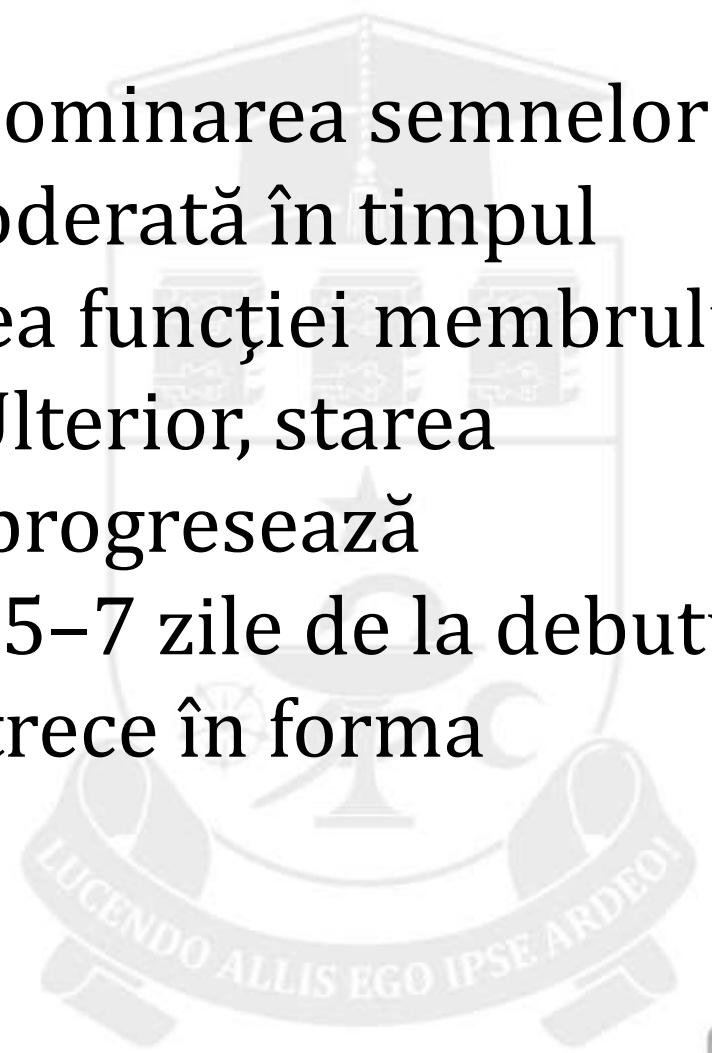
# Evoluția afecțiunii

- **Evoluția afecțiunii:** după 3–4 zile de la debutul afecțiunii, concomitent cu persistența și progresarea semnelor generale, progresează și semnele locale:
- Debutul brutal cu ascensiune termică;
- Starea generală se alterează;
- Durere spontană vie, locală continuă, foarte intensă, exacerbată de mișcări;
- Sediul durerii este metafizar, deoarece are o vascularizare în exces și o circulație lentă; Membrul afectat este imobil în poziție antalgică;
- Persistă și se intensifică durerea locală;
- Progresează intoxicația;
- Devine mai evidentă tumefacția;
- Tegumente edemațiate cu circulație venoasă aparentă;
- Temperatură locală crescută;
- Semnele locale se modifică în sensul exteriorizării procesului inflamator către părțile moi



# Forma locală

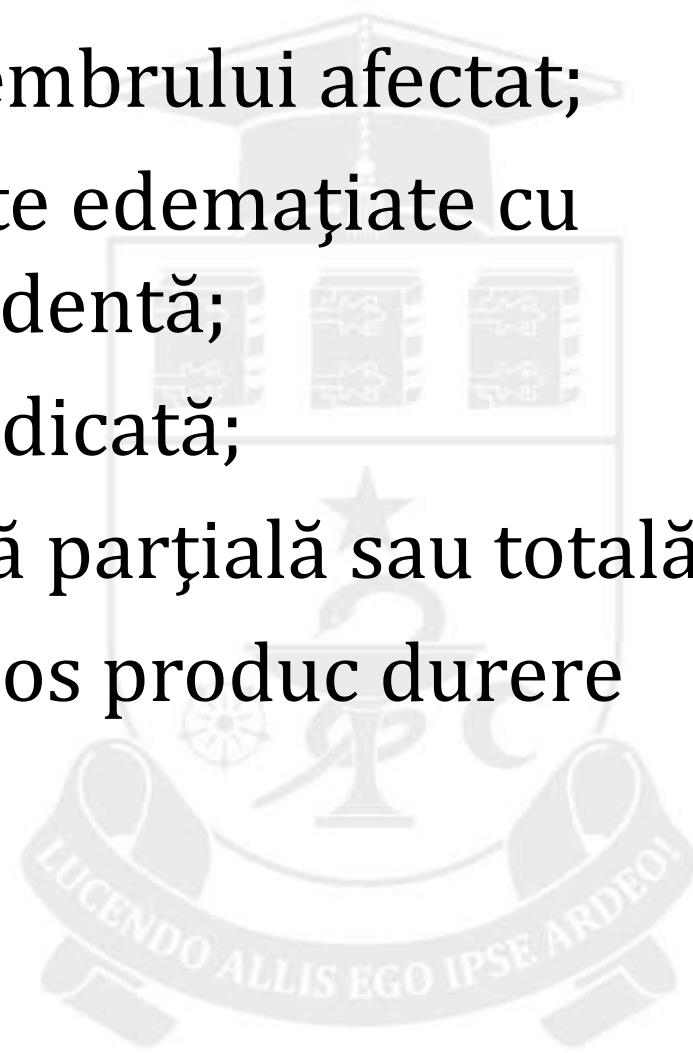
Debutează lent, cu predominarea semnelor locale: durere locală moderată în timpul efortului fizic, dereglarea funcției membrului afectat, subfebrilitate. Ulterior, starea generală se agravează, progresează modificările locale și la 5–7 zile de la debutul afecțiunii forma locală trece în forma septico-pioemică





# Examenul fizic indică

- Poziție antalgică a membrului afectat;
- Tumefacție, tegumente edemațiate cu circulație venoasă evidentă;
- Temperatură locală ridicată;
- Impotență funcțională parțială sau totală;
- Palparea, percuția pe os produc durere violentă.





# Simptomele permanente principale ale OHA epimetafizare la nou-născut

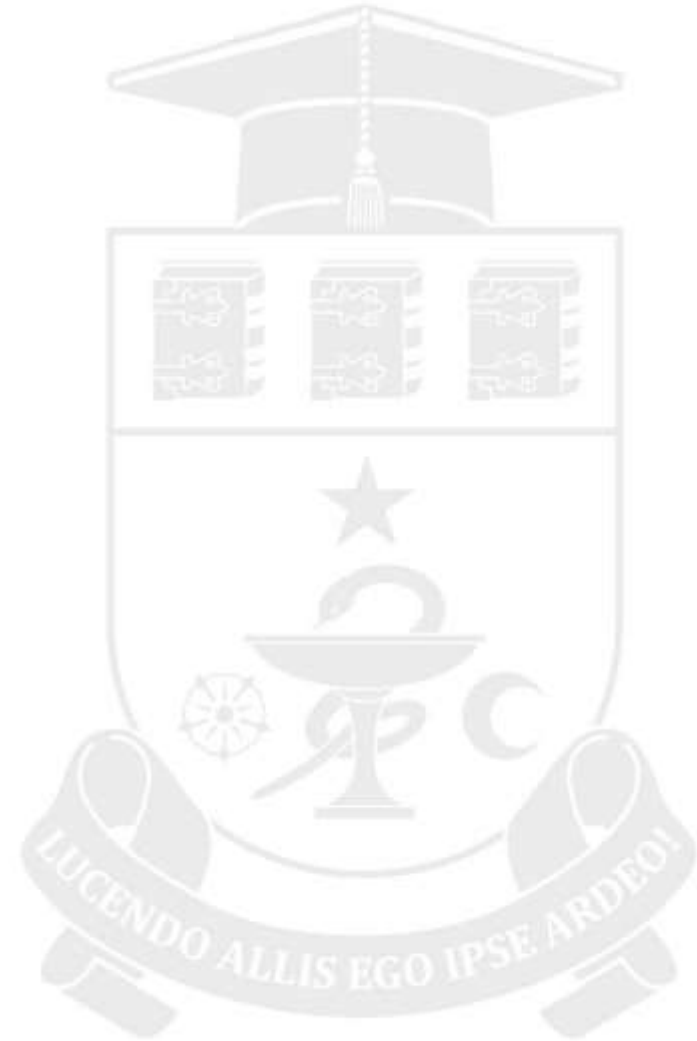
- Edem osteoraticular;
- Contractură articulară;
- Agitația copilului la mobilizarea membrului afectat





# Sediul cel mai frecvent al OHA la copilul mare

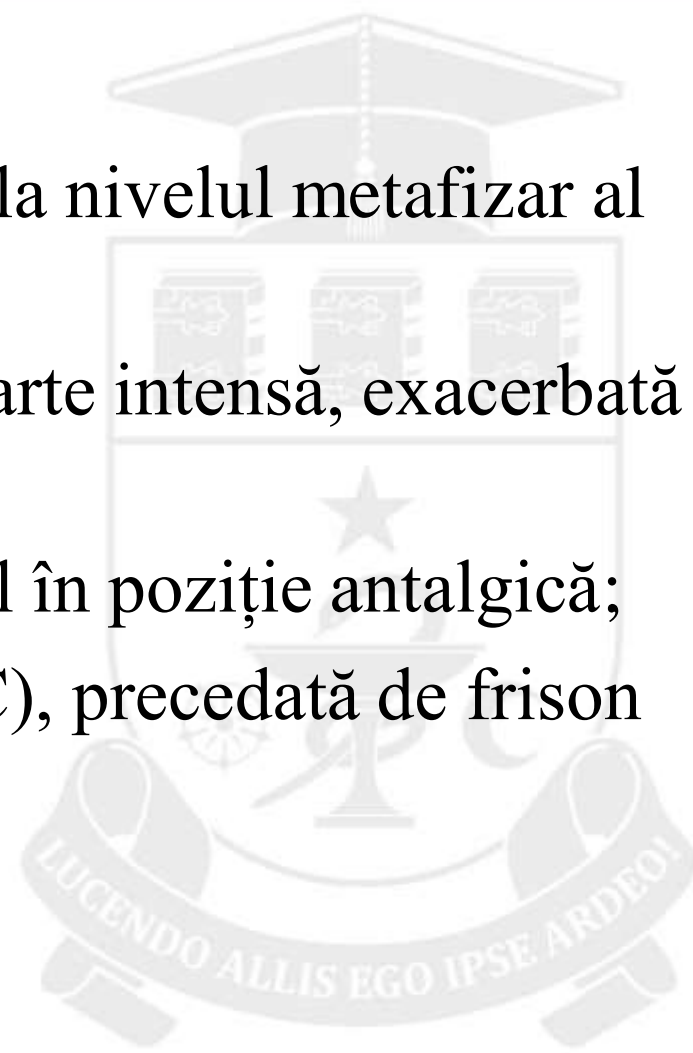
- Femurul;
- Tibia;
- Humerusul





# Semnele caracteristice în OHA la copilul mare

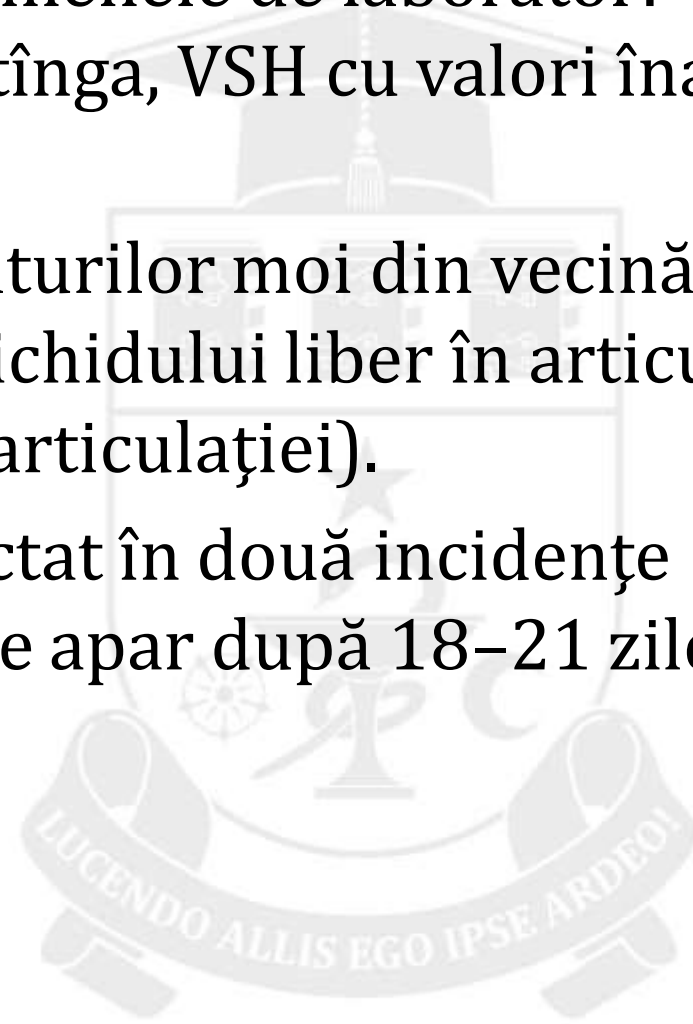
- Durerea violentă localizată la nivelul metafizar al osului;
- Durerea locală continuă, foarte intensă, exacerbată de mușchi;
- Membrul afectat este imobil în poziție antalgică;
- Febră continuă (39 – 40 0 C), precedată de frison





# Diagnosticul pozitiv

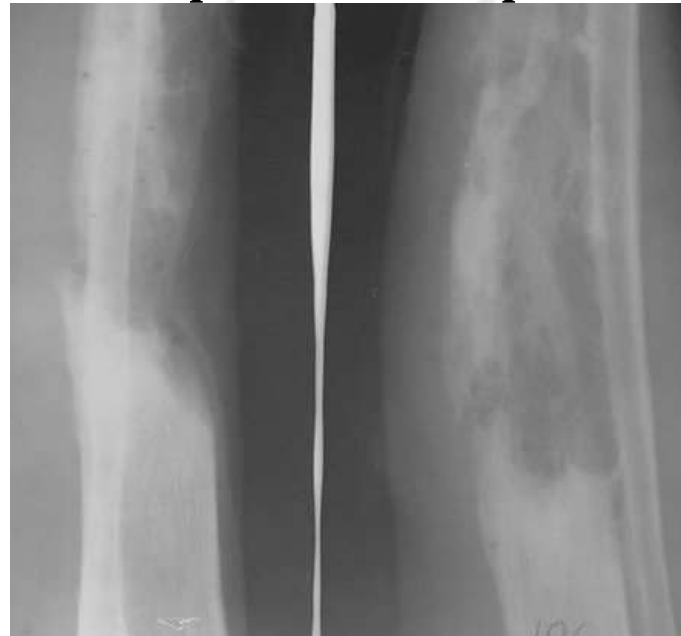
- Anamneza, datele clinice, examenele de laborator: leucocitoză cu deviere spre stînga, VSH cu valori înalte, anemie severă.
- USG: creșterea densității țesuturilor moi din vecinătatea metafizei afectate, prezența lichidului liber în articulația învecinată (în cazul afectării articulației).
- Radiograma segmentului afectat în două incidențe (semnele radiologice specifice apar după 18–21 zile de la debut).
- Tomografia computerizată.
- Scintigrafia osoasă.





# Examen radiologic

- La 14-16 zile de la debut în zona centrală a metafizei se pot observa modificări discrete de rezorbție prin demineralizare difuză, datorită hiperemiei din faza incipientă a procesului inflamator, rezorbția se întinde treptat către difuză. Totodată se constată, că imaginea radiologică capătă aspect neomogen, prin apariția zonelor de osteoliză, neregulat delimitate, ce conferă în ansamblul structurii aspect de “os pătat”







# Diagnosticul diferențial al osteomielitei epimetafizare la nou-născut se efectuează cu:

- Traumatismele obstetricale ale membrelor;
- Fractura subperiostală;
- Paralizie perinatală





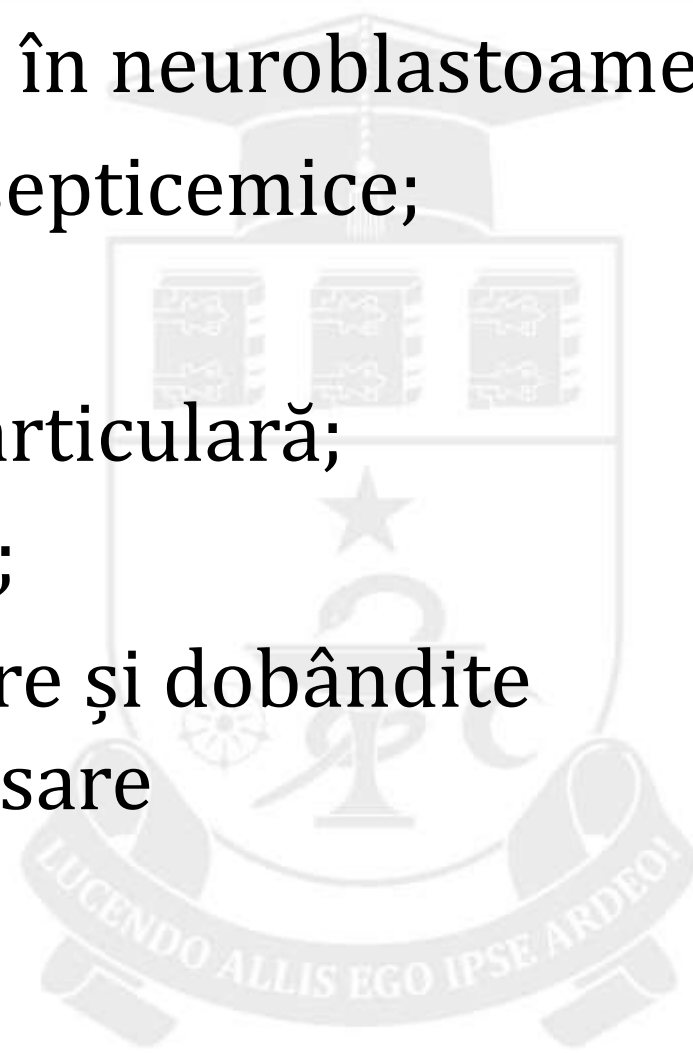
# Diagnosticul diferențial

- Traumatismele: fracturi subperiostale, dezlipiri epifizare, sinovită traumatică acută tranzitorie, entorsă;
- Reumatismul poliarticular acut la debut;
- Fracturile metafizare și decalotările epifizare fără deplasare;
- Artritele, ce apar în cazul unor boli infecțio-contagioase;
- Flegmonul de părți moi;
- Reticulosarcomul Ewing;
- Tuberculoza osteo-articulară



# Diagnosticul diferențial

- Metastazele osoase în neuroblastoame;
- Stările infecțioase septicemice;
- Stările alergice;
- Tuberculoza osteoarticulară;
- Osteocondropatiile;
- Fracturile metafizare și dobândite epifizare fără deplasare





# Complicații

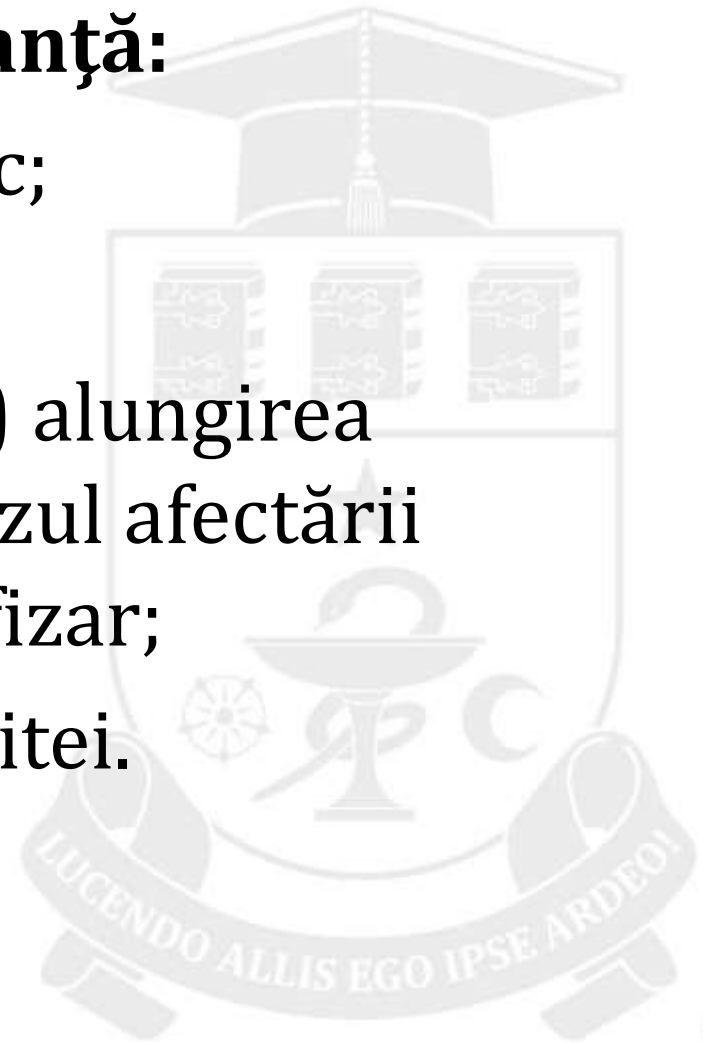
## I. În perioada de stare (acută):

- 1) complicații septice (metastaze septice), septicopiemia:
- osoase (aparitia focarelor osteomielitice multiple), metastaze piogene în alte segmente osoase; metastaze piogene pleuropulmonare;
- viscerale sau seroase (pneumonii, pleurezii, pericardite, abcese viscerale etc.);
- artrite seroase sau purulente;
- 2) insuficiență poliorganică.



# Complicații la distanță

- **II. Complicații la distanță:**
- fractură pe os patologic;
- luxație patologică;
- scurtarea sau (mai rar) alungirea segmentului osos în cazul afectării cartilajului diafizo-epifizar;
- cronicizarea osteomielitei.





# Sechelele osteomielitei epimetafizare

- Fracturi pe os patologic;
- Scurtarea segmentului afectat
- Luxații patologice





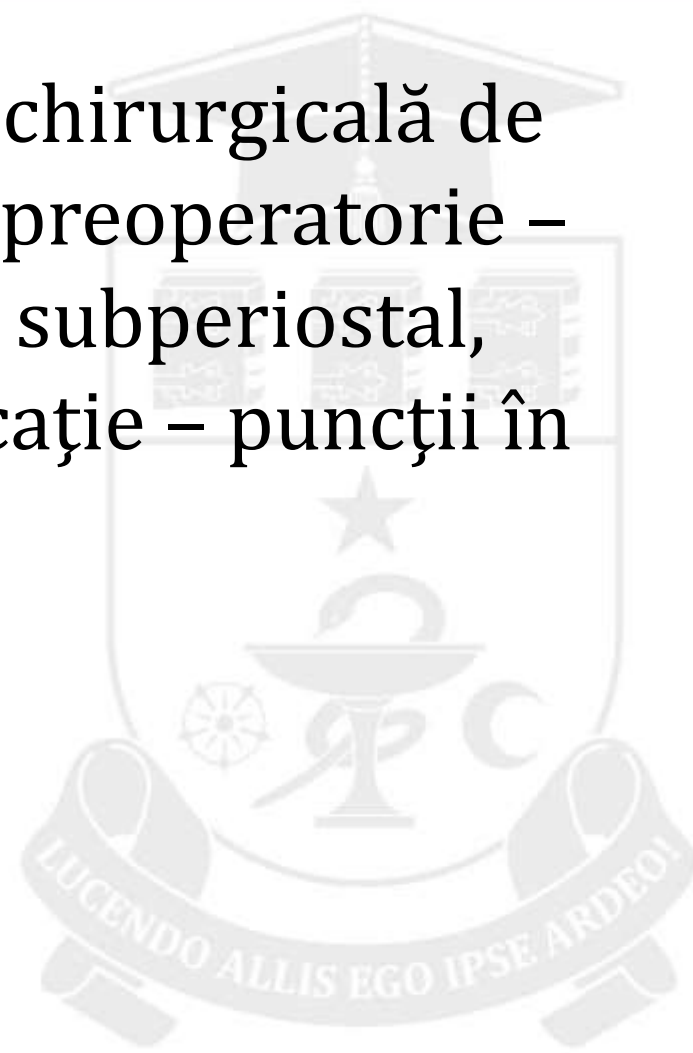
# Tratament

**Medical:** terapie antibacteriană, de dezintoxicare, de reechilibrare volemică; inhibitori ai proteazelor; preparate biologice, vasodilatatoare; transfuzii de plasmă, albumină; vitaminoterapie, stimulatori de regenerare și hormoni anabolici; preparate diuretice. O importanță deosebită au analgezicele.



# Tratament

**Chirurgical:** intervenție chirurgicală de urgență după pregătirea preoperatorie – deschiderea flegmonului subperiostal, perforația osului; la indicație – puncții în articulațiile învecinate.







# Tratament

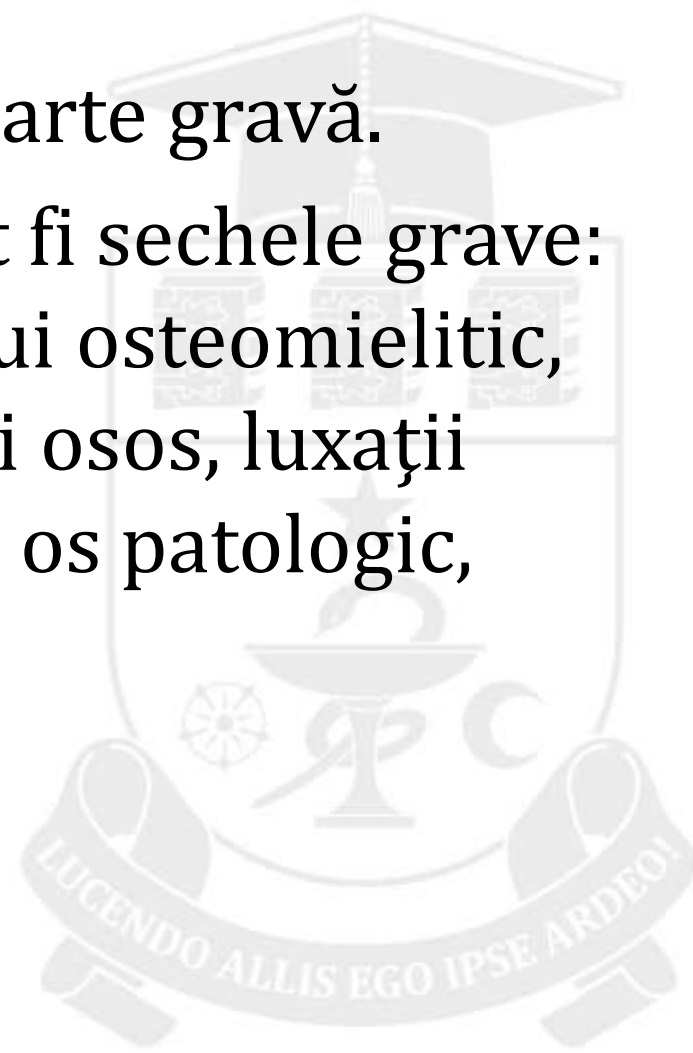
**Ortopedic.** Pentru transportarea bolnavului este necesară imobilizarea membrului afectat. Postoperator – poziționarea corectă a membrului afectat; menținerea membrului afectat în poziție fiziologică, după indicații: extensie cutanată a membrului, imobilizarea cu atele, pansamente ghipsate (în funcție de modificările clinico-radiologice locale).





# Evoluție

- **Evoluție:** gravă sau foarte gravă.
- **Prognostic sever.** Pot fi sechele grave: cronicizarea procesului osteomielitic, scurtarea segmentului osos, luxații patologice, fracturi pe os patologic, contracturi etc.





# Tratamentul

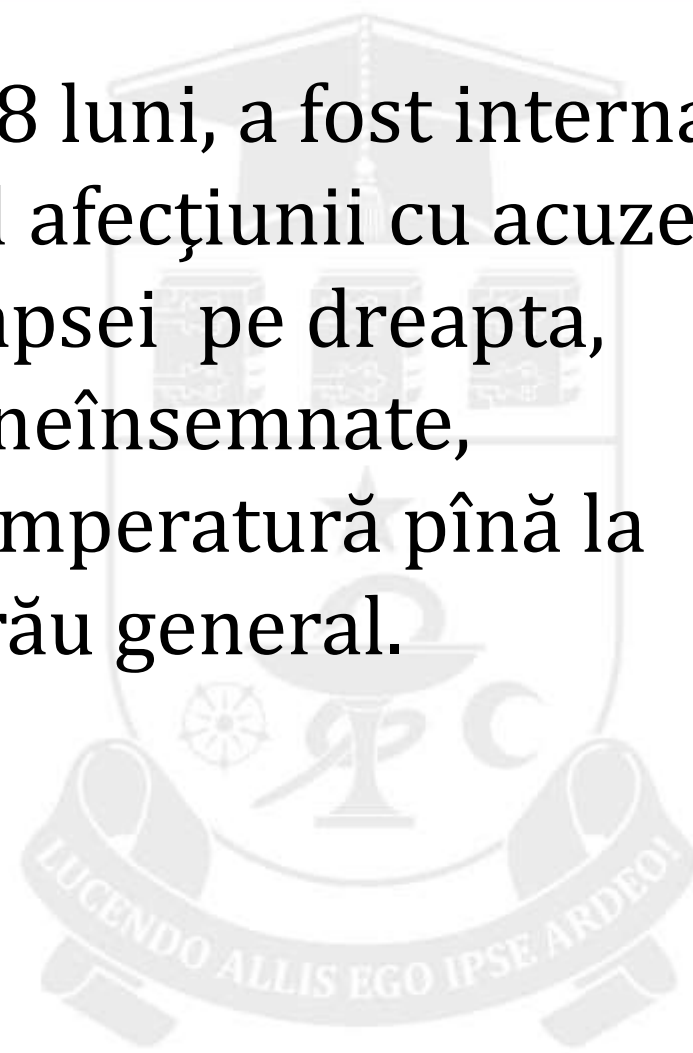
Tratamentul OHA este de durată. Copilul nu folosește membrul afectat pînă la dispariția clinică și radiologică a semnelor inflamatorii distructive osteoarticulare.





# Caz clinic

- **Pacientul C.**, 10 ani și 8 luni, a fost internat la a 5-a zi de la debutul afecțiunii cu acuze: durere în regiunea coapsei pe dreapta, exacerbată de mișcări neînsemnate, ascensiune termică (temperatură pînă la 39,8 – 40°C), stare de rău general.





# Caz clinic

- S-a îmbolnăvit în plină stare de sănătate – durere în treimea inferioară a coapsei stîngi, ulterior edem, tumefiere progresantă, intensificarea durerilor, impotență funcțională, temperatura corporală 39–40°C



# Caz clinic

- În antecedente – traumatism minor al membrelor inferioare: cu 10 zile înainte de debut a căzut de pe bicicletă și și-a julit genunchiul și degetele piciorului drept, apoi s-au asociat și elemente de inflamație. La locul de trai (în ziua a treia de la debut) i s-a aplicat atelă ghipsată la membrul inferior pe dreapta, suspectându-se fractura femurului.



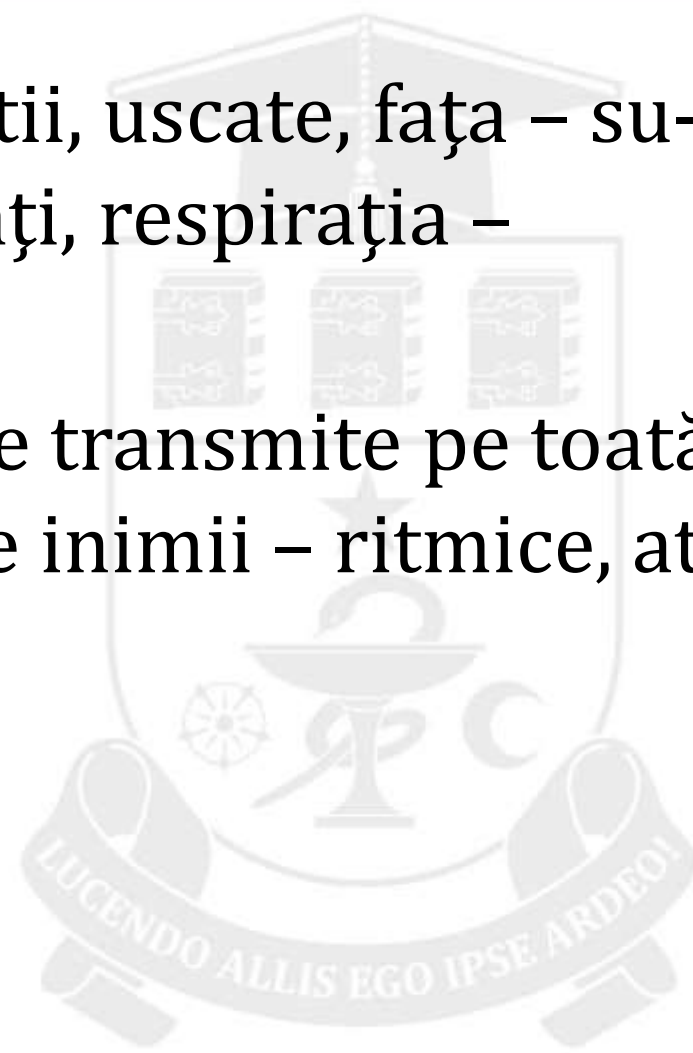
# Caz clinic

- Starea generală se alterează: progresează intoxicația, temperatură intermitentă, durere violentă, continuă. S-au adresat în Clinica de Chirurgie Pediatrică de sine stătător.
- La internare, stare extrem de gravă: foarte palid, adinamic, periodic agitat, temperatura corporală 40°C.



# Caz clinic

- Tegumentele – pământii, uscate, fața – suferindă, ochii – înfundați, respirația – frecventă.
- În plămâni, respirația se transmite pe toată aria pulmonară. Bătăile inimii – ritmice, atenuate, tahicardie.







# Caz clinic

- Abdomenul este meteorizat, ficatul cu 2 cm sub rebordul costal drept, splina la nivelul rebordului costal.
- Se determină o poziție antalgică a membrului inferior pe dreapta – semiflectat în articulațiile de genunchi și șold, în abducție, edem, tumefiere a coapsei (jumătatea inferioară), genunchiul – mărit în volum, cu contururi nivelate, foarte dureros la palpare, cu mișcări strict limitate, dureroase.



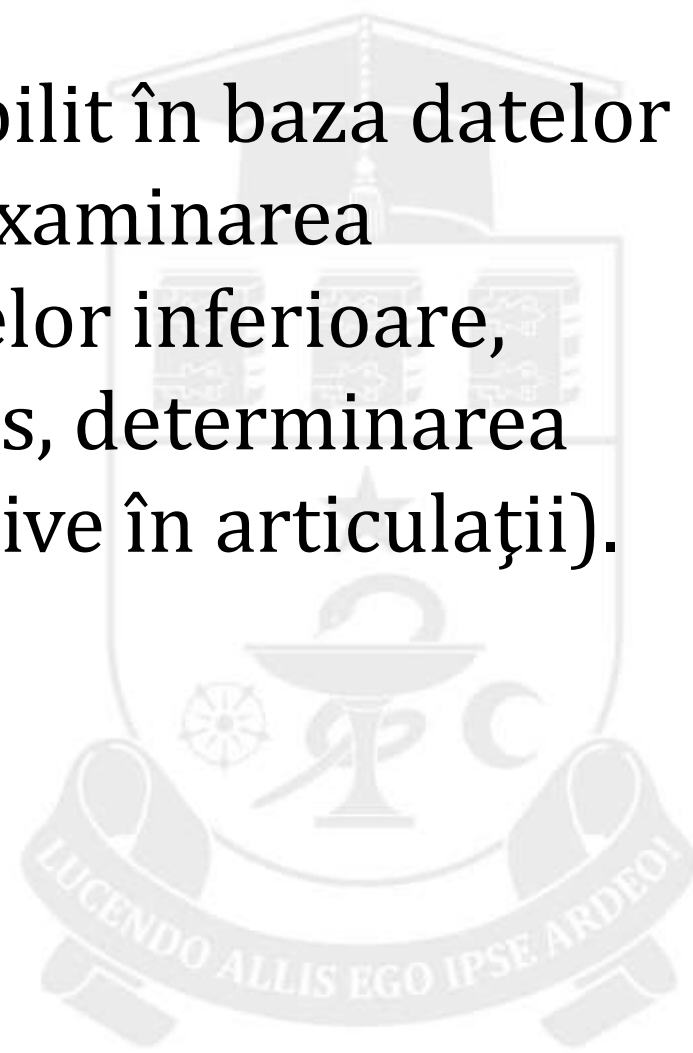
# Caz clinic

- Copilul a fost internat de urgență în secția de reanimare și terapie intensivă cu diagnosticul: „Osteomielită hematogenă acută a femurului pe dreapta, forma septico-pioemică, sepsis osteogen septico-pioemic. Flegmon subperiostal, artrită a genunchiului pe dreapta”.



# Caz clinic

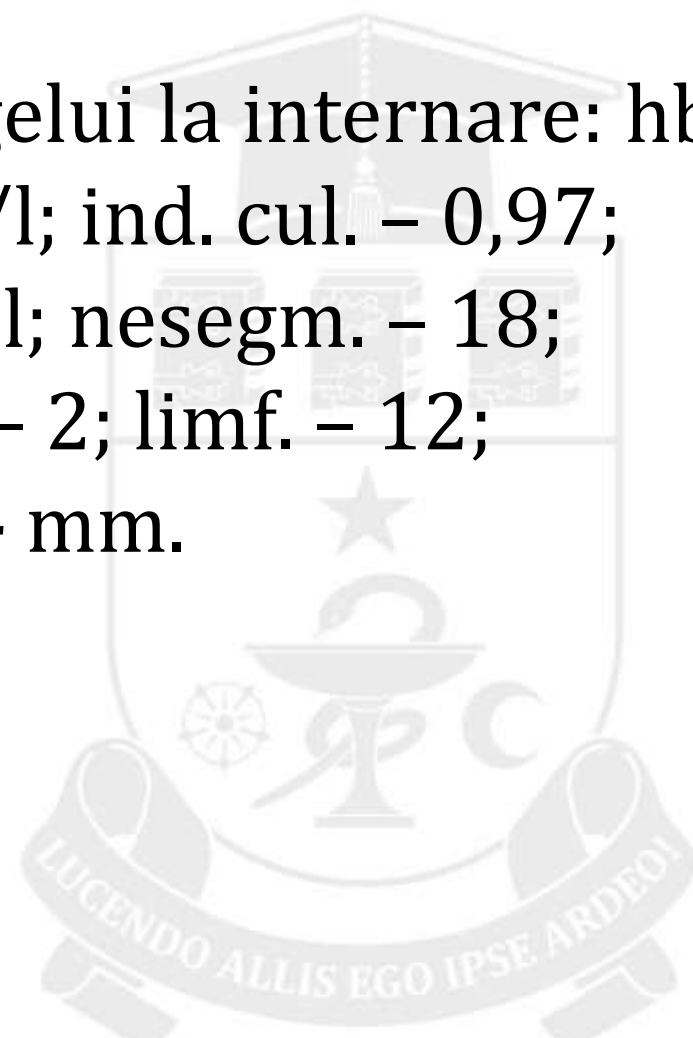
- Diagnosticul a fost stabilit în baza datelor anamnezei și clinice (examinarea comparativă a membrilor inferioare, palparea, percuția pe os, determinarea mișcărilor active și pasive în articulații).





# Caz clinic

- Analiza generală a sîngelui la internare: hb. – 78; eritr. –  $2,4 \times 10^{12}/l$ ; ind. cul. – 0,97; leucocite –  $28,6 \times 10^9/l$ ; neseqm. – 18; segm. – 66; eoz. – 2; limf. – 12; monocite – 2; VSH – 54 mm.





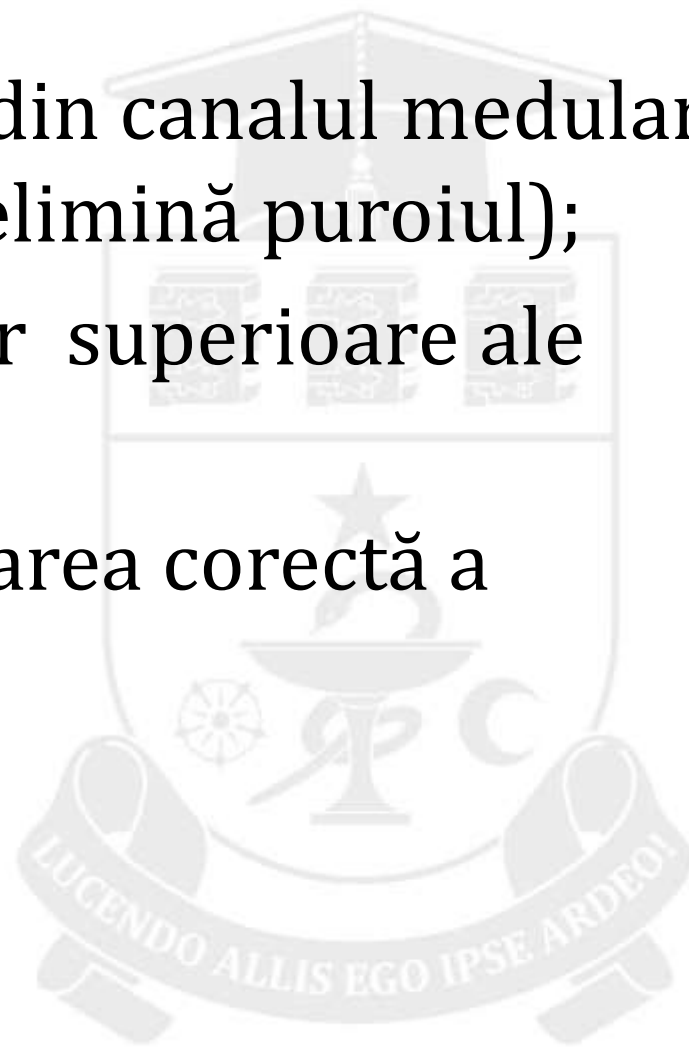
# Caz clinic

- **Imediat copilului s-a indicat și a început tratamentul complex intensiv:**
- medical (antibacterian, dezintoxicant, desensibilizant, simptomatic, stimulant);
- chirurgical (după o pregătire de 3 ore, sub anestezie generală):
- deschiderea flegmonului subperiostal (decolarea periostului);



# Caz clinic

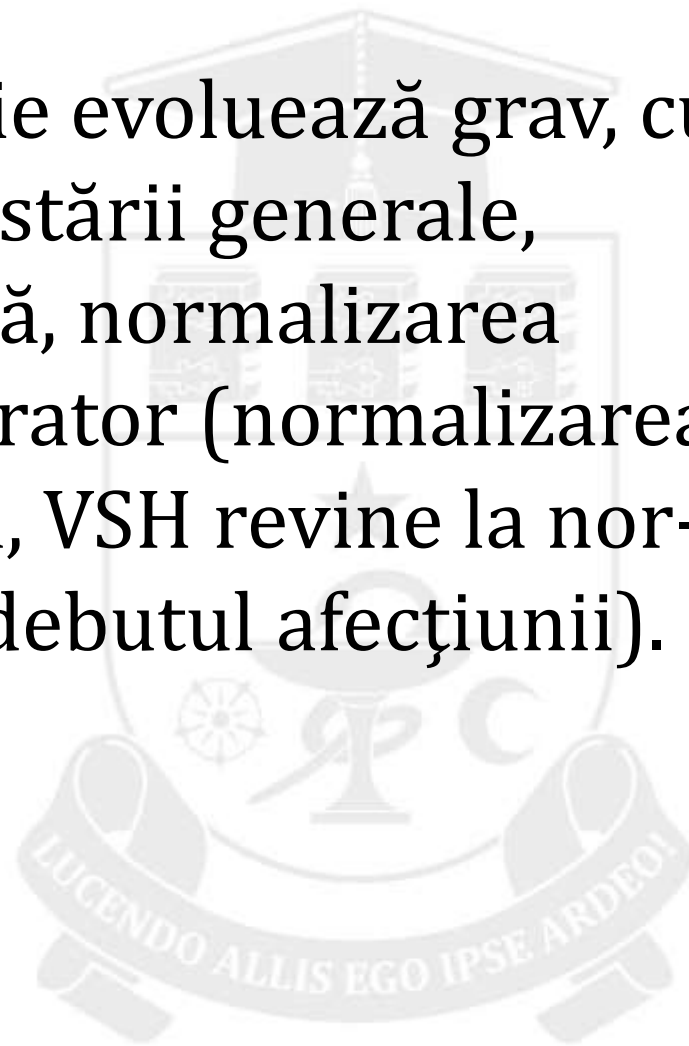
- perforația femurului (din canalul medular-  
osos, sub presiune, se elimină puroiul);
- deschiderea recesurilor superioare ale  
genunchiului;
  - ortopedic – poziționarea corectă a  
membrului afectat.





# Caz clinic

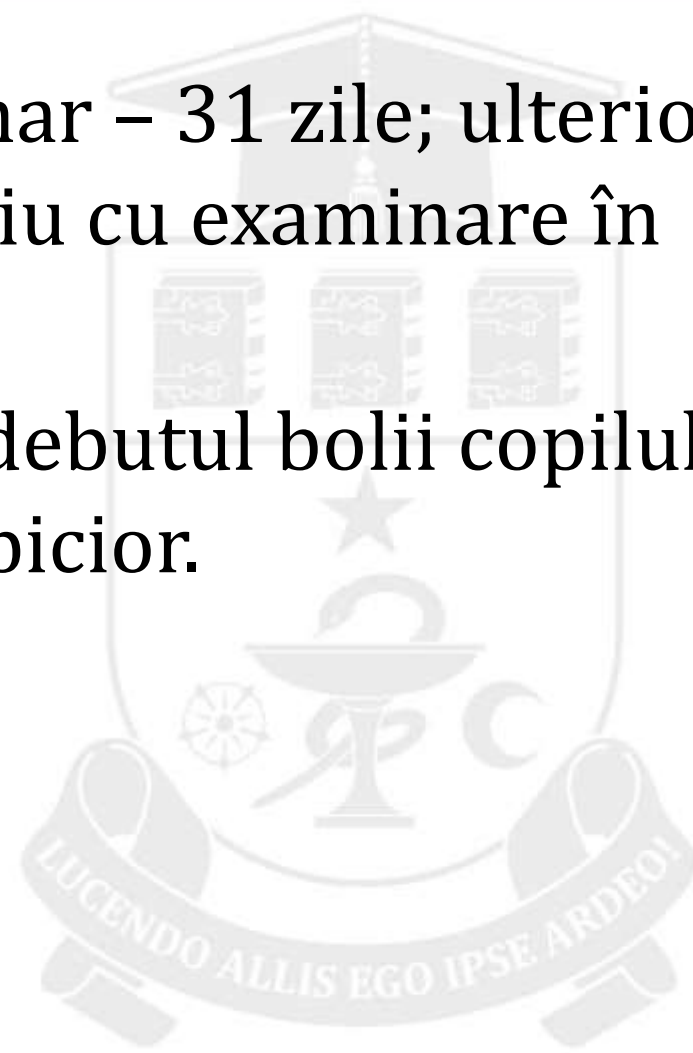
- Perioada postoperatorie evoluează grav, cu ameliorarea treptată a stării generale, dinamică pozitivă locală, normalizarea indicilor clinici de laborator (normalizarea leucocitelor la a 13-a zi, VSH revine la normal după 35 zile de la debutul afecțiunii).





# Caz clinic

- Durata aflării în staționar – 31 zile; ulterior – tratament ambulatoriu cu examinare în fiecare lună.
- Abia după 7 luni de la debutul bolii copilului s-a permis să calce pe picior.







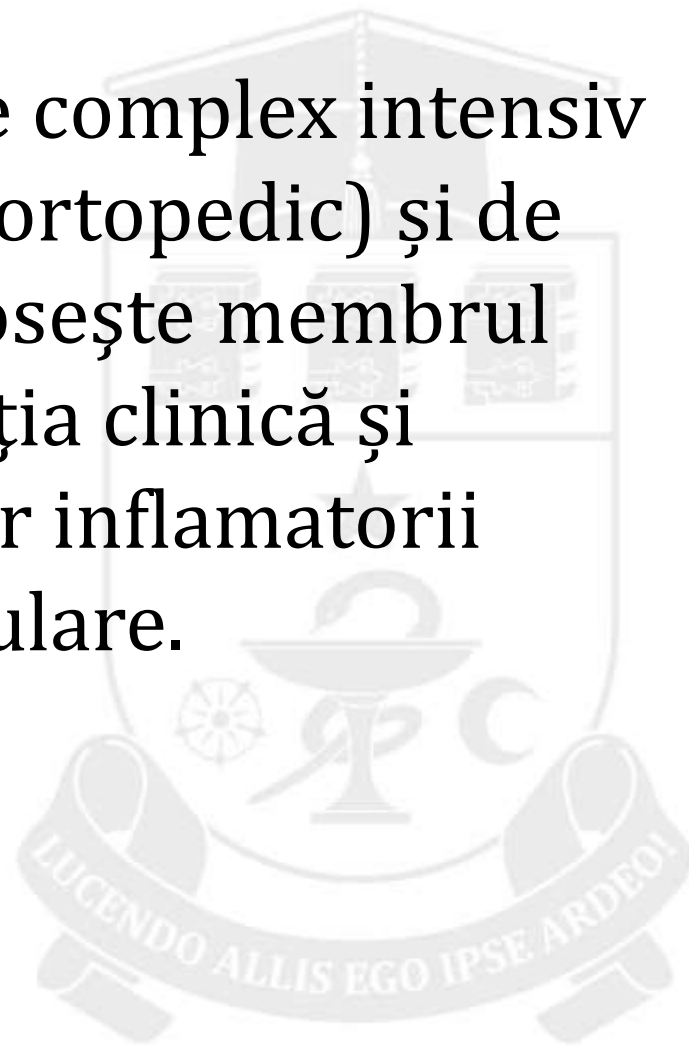
# Caz clinic. Concluzie

- În cazul prezentat, la etapa de asistență medicală primară s-a suspectat o fractură, dar nu s-au analizat corect datele de anamneză, debutul și evoluția afecțiunii, modificările locale, starea generală a copilului, lipsa semnelor radiologice ale leziunii traumatice osoase, ceea ce a dus la progresarea afecțiunii și a necesitat tratament costisitor și de durată, cu excluderea din mediul școlar, și îngrijiri individuale.



# Caz clinic

- Tratatamentul OHA este complex intensiv (medical, chirurgical, ortopedic) și de durată. Copilul nu folosește membrul afectat pînă la dispariția clinică și radiologică a semnelor inflamatorii distructive osteoarticulare.





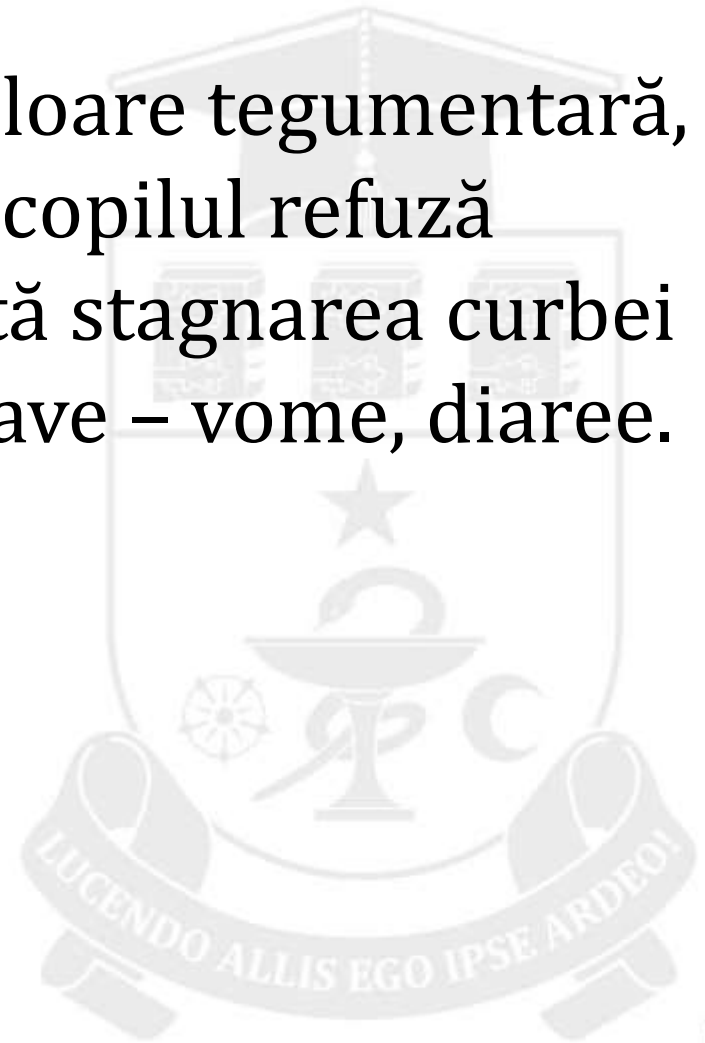
# OSTEOMIELITA METAEPIFIZARĂ

- **Osteomielite metaepifizară** este o afecțiune inflamatorie a copiilor de vîrstă fragedă (până la 3 ani; mai frecvent se afectează sugarii). Sediul epifizar al osteomielitei la copiii de vîrstă fragedă se explică prin particularitățile de distribuție vasculară epifizară. De regulă, se afectează epifizele proximale ale oaselor tubulare lungi (femur, humerus, tibie)



# Manifestările clinice:

- Debut acut, agitație, paloare tegumentară, temperatura 38–39°C, copilul refuză alimentarea, se constată stagnarea curbei ponderale, în cazuri grave – vome, diaree.





# Manifestări clinice

Deseori, semnele locale sunt neobservate. Unicele semne care atrag atenția sunt: pierderea mobilității active a segmentului afectat (pseudoparalizia), durerea locală – țipetele copilului la mobilizarea membrului afectat, contractură dureroasă, ulterior se asociază tumefierea, pastozitatea țesuturilor învecinate, congestia tegumentară regională, creșterea în volum a articulației învecinate





# Manifestări clinice

**Osteomiелita metaepifizară** a șoldului este cea mai frecventă și gravă afecțiune. Se afectează mai frecvent și evoluează mai grav metaepifiza proximală: membrul inferior – semiflectat în articulațiile de șold și genunchi, rotat extern, în abducție, mișcările active lipsesc, cele pasive sunt dureroase, la palpare – rigiditate musculară, se poate determina scurtarea membrului.





# Osteomielite metaepifizară

**Manifestările locale:** poziție antalgică a membrului inferior – semiflectat în articulațiile de șold și genunchi, rotat extern, în abducție, mișcările active lipsesc, cele pasive provoacă durere violentă, ulterior se asociază tumefierea, pastozitatea țesuturilor învecinate periarticulare, creșterea în volum a articulației genunchiului, nivelarea conturilor articulației.





# Diagnosticul diferențial

- Se face cu: displazia, luxația de șold, fractura șoldului, flegmonul țesuturilor moi.
- Osteomielitele metaepifizare ale humerusului (metaepifiza proximală) se manifestă prin debut acut și evoluție gravă, cu predominarea semnelor locale: membrul superior – imobil, „atârnat” (pseudopareză), rotat intern; mișcările pasive în articulațiile humerală și cubitală și palparea regiunii humerale îi provoacă durere violentă.





# Diagnosticul diferențial

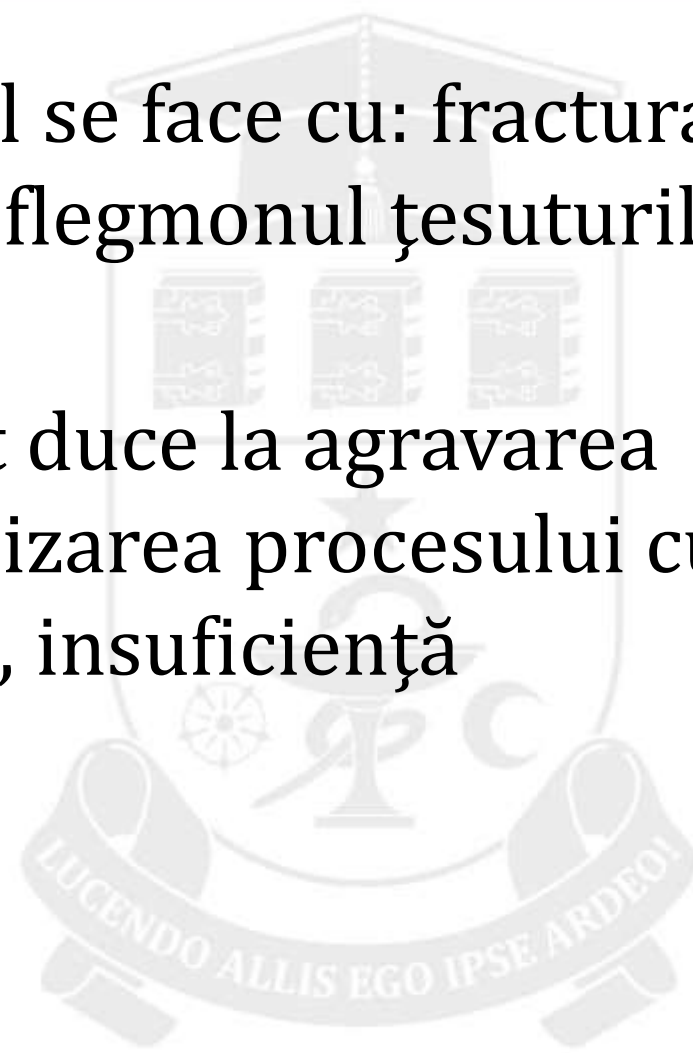
- Se face cu: fractura claviculei, fractura humerusului, flegmonul țesuturilor moi.





# Diagnosticul diferențial

- Diagnosticul diferențial se face cu: fractura de șold, fractura tibiei, flegmonul țesuturilor moi.
- Diagnosticului întârziat duce la agravarea stării generale, generalizarea procesului cu multiple focare septice, insuficiență poliorganică.





# Complicațiile in OHA

- Deoarece epifiza este sediul localizării inițiale a procesului inflamator distructiv, chiar din primele săptămâni de boală pot apărea o serie de complicații grave: artrite septice, dezlipiri epifizare, distrucția cartilajului de creștere cu diminuarea activității lui, flegmoane periarticulare ce au drept consecințe importante diferențe de lungime a membrului afectat, modificări de os, luxații patologice, contracturi etc.



# Examinări paraclinice

Diagnosticul se stabilește în baza datelor de anamneză, clinico- evolutive și paraclinice. Analiza generală a sîngelui, USG articulației învecinate, radiografia osteoarticulară (după 8–10 zile de la debut se atestă semne radiologice ce confirmă diagnosticul – creșterea densității țesuturilor moi adiacente procesului patologic, dilatarea fantei articulare, reacție periostică).



1. Osteomielifa epimetafizară a segmentului proximal a humerusului pe dreapta.
2. Osteomielifa epimetafizară a segmentului proximal femurului pe dreapta



# Osteomielița metaepifizară a segmentului proximal a femurului pe dreapta





# Tratamentul

Tratamentul complex intensiv: medical (antibacterian, dezintoxicant, desensibilizant, simptomatic, stimulant); chirurgical (la indicație, deschiderea și drenarea flegmonului periarticular, puncția articulației etc. ulterior – pansamente); ortopedic – poziționarea membrului în poziție fiziologică, prevenirea complicațiilor locale.





# Prognostic

- Pot fi sechele grave: scurtarea segmentului osos, luxații patologice, fracturi pe os patologic, contracturi etc.





# Caz clinic

- Copilul A., în vîrstă de 11 zile, a fost internat după 72 ore de la debutul afecțiunii. S-a îmbolnăvit în plină stare de sănătate: a devenit agitat, protejează membrul inferior pe stînga, temperatura – 38°C.
- La examinare, starea generală este gravă. Copilul este agitat, palid. Organele interne – fără modificări.





# Caz clinic

- Membrul inferior pe stînga – în poziție antalgică, poziția coapsei –în abducție, flexie și rotație externă, mișcările active lipsesc, mișcările pasive – reduse în volum, foarte dureroase, palparea regiunii articulației șoldului este foarte dureroasă. Se determină rigiditate musculară, împăstarea țesuturilor periarticulare



# Caz clinic

- Copilul este internat cu diagnosticul: „Osteomielită epifizară a femurului pe stînga, flegmon periarticular (articulația șoldului pe stînga)”. I s-a indicat și efectuat tratament complex intensiv: medical (antibacterian, dezintoxicant, desensibilizant, simptomatic, stimulant); chirurgical (a fost deschis și drenat flegmonul periarticular, ulterior – pansamente); ortopedic – poziționarea membrului inferior pe dreapta în abducție.



# Caz clinic

- Durata tratamentului staționar – 24 zile. A fost externat pentru tratament ambulatoriu în stare satisfăcătoare. Prognosticul – satisfăcător, fără sechele.





# Caz clinic

- Copilul B., în vârstă de 20 zile, a fost internat după 4 zile de la debutul bolii. S-a îmbolnăvit în plină stare de sănătate: a devenit agitat, protejează membrul superior pe dreapta, temperatura – 37,2°C. Ulterior, starea generală se agravează: continuă starea de agitație, temperatura – 38,6 – 39°C, paloare tegumentară, refuză alimentarea.



# Caz clinic

- La examinare, starea generală este gravă. Copilul este agitat, palid. Organele interne – fără modificări.
- Membrul superior pe dreapta – în poziție antalgică, imobil, „atârnă” (pseudopareză), rotat intern; mișcările pasive și palparea regiunii articulației humerale îi provoacă durere vie.



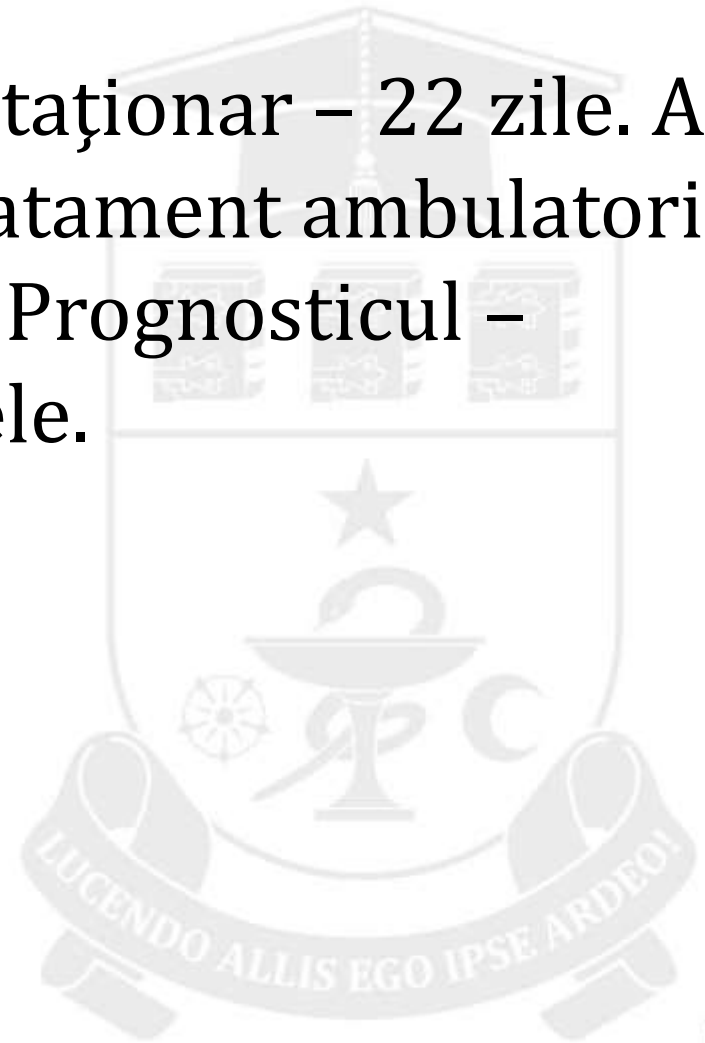
# Caz clinic

- Copilul este internat cu diagnosticul:  
**„Osteomielită epifizară a humerusului pe dreapta, artrita articulației humerale pe dreapta, flegmon periarticular.”** I s-a indicat tratament complex intensiv: medical (antibacterian, dezintoxicant, desensibilizant, simptomatic, stimulant); chirurgical (a fost deschis și drenat flegmonul periarticular, ulterior – pansamente); ortopedic – imobilizarea membrului, pansament Dezo.



# Caz clinic

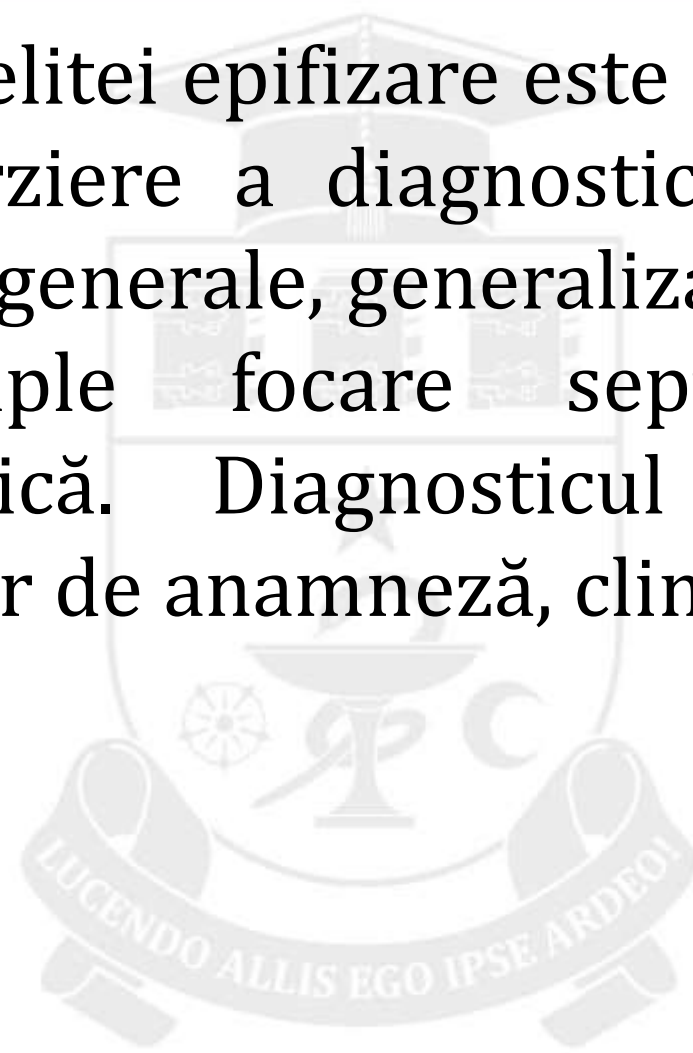
- Durata tratamentului staționar – 22 zile. A fost externat pentru tratament ambulatoriu în stare satisfăcătoare. Prognosticul – satisfăcător, fără sechele.





# Elementul-cheie

- Diagnosticarea osteomielitei epifizare este dificilă. Stabilirea cu întârziere a diagnosticului duce la agravarea stării generale, generalizarea procesului cu multiple focare septice, insuficiență poliorganică. Diagnosticul se stabilește în baza datelor de anamneză, clinico-evolutive și paraclinice







# Concluzie

Diagnosticul precoce și tratamentul complex intensiv sunt principala condiție și garanția prognosticului favorabil al afecțiunii.





# Osteomielite cronică

- Apariția imaginii de sechestră, vizibilă după aproximativ 2 luni de evoluție, indică la cronicizarea osteomielitei.
- În zonele de resorbție neomogenă, încep să se distrugă treptat porțiuni de os mai dens, care reprezintă zone de necroză osoasă. Sechestrăle au forme și mărimi diferite, ele sunt înconjugate de un lizereu clar, zonă ce constituie camera sechestrului și care depășește cu mult dimensiunile zonei necrozate, având contururi dense, datorită modificărilor de osteoscleroză rețională însoțitoare



# Osteomielite cronică

Osteomielite cronică poate fi urmarea unei osteomielite acute cu evoluție trenantă, în acest caz ne referim la o osteomielite cronică secundară, sau poate fi determinată de o infecție hematogenă cu germeni microbieni cu o virulență mai scăzută, atunci ne referim la o osteomielite cronică de la început



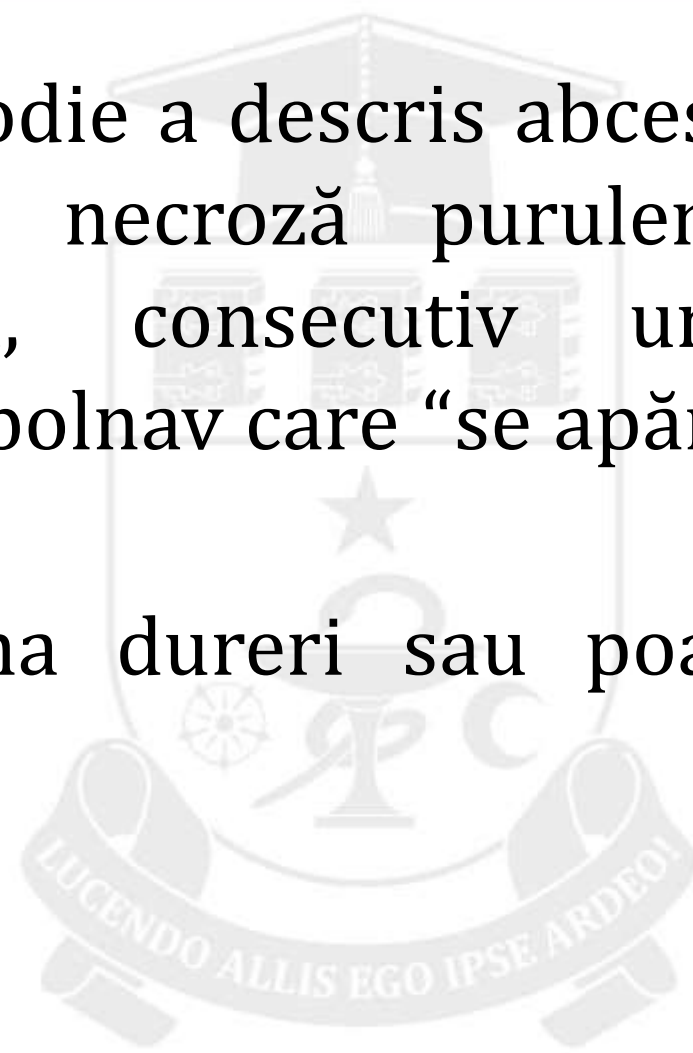
# Osteomielite cronică

- Osteomielite cronică secundară – datorită evoluției prelungite apare o neconcordanță între procesul de necroză osoasă, ce determină formarea sechelelor și procesului rapid de osteogeneză perfectă. Acest lucru va duce în timp la încarcerarea sechelelor osoase în teaca de os nou format, unde acestea vor persista indefinit întreținând astfel o supurație cronică.



# Formele de osteomielită cronică: abcesul central Brodie

- În 1832, Benjamin Brodie a descris abcesul cronic al osului, o necroză purulentă localizată, închistată, consecutiv unei metafizite acute la un bolnav care “se apără” bine
- Abcesul poate antrena dureri sau poate rămâne asimptomatic





# Abcesul central Brodie

- Sediul abcesului osos de obicei în oasele lungi (tibie, în special, femur, humerus)
- În descrierea originală simptomele principale sunt tumefacția și durerea
- Radiografic se observă o cavitate clară, regulată, delimitată de un contur de condensare osoasă, fără reacție periostică.
- Cartilajul de creștere rămâne neatins



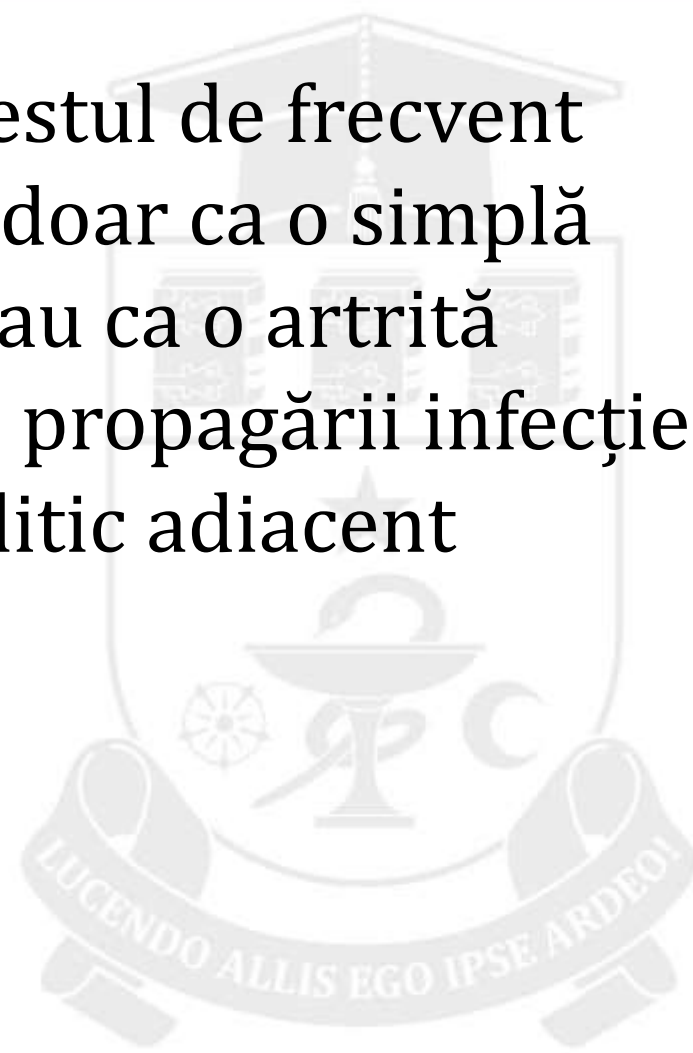
# Osteomielite albuminoasă

- Denumirea provine de la colecția de lichid vâscos asemănător albușului de ou, de unde și osteomielite albuminoasă (Ollier)
- Este o formă rară datorată unui stafilococ cu virulență scăzută. Apare sub forma unui abces subperiostic cu reacție periostală mică. Radiografic se confruntă cu sarcomul Ewing.
- Pentru concretizarea diagnosticului este necesară biopsia.



# Artrita

- Artrita se întâlnește destul de frecvent putându-se manifesta doar ca o simplă reacție de vecinătate sau ca o artrită supurativă, consecința propagării infecției de la focarul osteomielitic adiacent







# Rariografia



Osteomieliță cronică a  
humerusului



Osteomieliță cronică a  
radiusului, forma  
sechestrălă.



# Radiografia





# Osteomielita cu sechestr





# Osteomielite cronică a femurului





# Osteomielite hematogenă acută a tibiei cu osteoperforații multiple





# Osteomielitea osului radial cu sechestr







# Osteomieliita hematogenă acută a humerusului







# Osteomielite a tibiei cu formarea sechestrului





# Osteomielita crónica la etapa de tratamiento





# Osteomielite cronică osteoperforație





# Osteomieliita cronică





# Osteomieliita cronica, osteoperforatie





# Osteomielita cronica osteoperforatie





# Osteomielite cronică a femorului cu fractura patologică





# Osteomielite cu fractura patologica







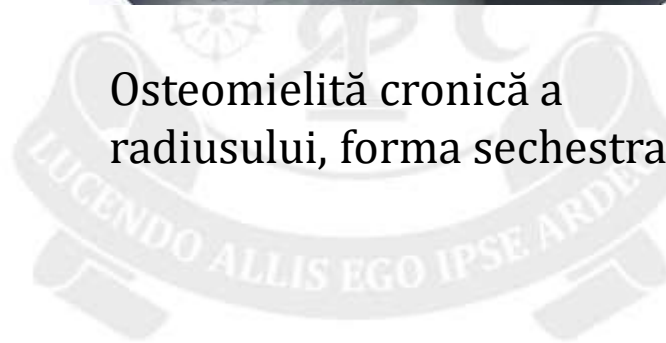
# Radiografia



Osteomieliță cronică a  
humerusului



Osteomieliță cronică a  
radiusului, forma sechestrală.





# Radiografia



Osteomielită cronică a femurului, subluxație patologică.



Consecințele OHA a fibulei.





# Bibliografie

- 1. Goția D. Gh. *Osteoartrita acută septică coxo-femurală*. În: „Patologia ortopedică a șoldului la copil”. Editura UMF „Gr. T. Popa”, Iași, 2005, p. 130–150.
- 2. Goția D. Gh., Aprodu S.G., Gavrilescu Simona, Savu B., Munteanu V. *Ortopedie și traumatologie pediatrică*. Ed. UMF „Gr.T. Popa”, Iași, 2001, p. 12 – 17.
- 3. Zamfir T., Bască I., Jianu M. ș. a. *Chirurgie viscerală, urologie și ortopedie pediatrică*. București, 1996
- 4. Bălănescu R. Principii de diagnostic și tratament în chirurgia și ortopedia pediatrică. Editura Universitară Carol Davila, București, 2011, p. 543-553.
- 5. Chirurgie pediatrică. Cazuri clinice. Sub redacția dei acad. Eva Gudumac, CEP Medicina, Chișinău, 2012, 291 p.

