



BAQUEIRA/BERET



S.I.T.E.M.S.H.

*Societat Internacional de Traumatologia de l'Esquí i Medicina
dels Esports d'Hivern*

*Internationale Gesellschaft für Skitraumatologie
und Wintersportmedizin*

*Société Internationale de Traumatologie de Ski et de Médecine
des Sports d'Hiver*

*Società Internazionale di Traumatologia e Medicina degli
Sport Invernali*

*Sociedad Internacional de Traumatología del Ski y Medicina
de los Deportes de Invierno*

XXI CONGRÈS

Baqueira Beret, 15-18 Abril 1993

LIBRO DE RESÚMENES

RUOLO DELL'ELISOCORSO NELLE STAZIONI DI SCI IN VALLE D'AOSTA NOSTRA ESPERIENZA IN 10 ANNI

A. Bosco - C. Vettoraro

Institut/Klinik Soccorso Alpino Italiano

In questi ultimi 10 anni abbiamo assistito ad un notevole incremento dell'attività sciistica sia su pista che fuoripista dovuta a diversi fattori.

I notevoli progressi tecnologici degli impianti a fune con un notevole incremento della portata oraria associata al miglioramento tecnico medio dello sciatore-tipo, alla introduzione di nuovi materiali (snowboard), ha portato, come aspetto negativo, tra gli altri, ad un incremento degli incidenti da collisione su pista, spesso di notevole gravità.

In Valle d'Aosta opera da circa 10 anni un nucleo operativo attivo 24 h. su 24h. che fa capo alla PROTEZIONE CIVILE e si avvale del contributo del soccorso alpino (guide, cani da valanga) e dei medici del soccorso.

Dall'analisi di tutti gli interventi eseguiti in questi 10 anni si è assistito ad un continuo e progressivo incremento degli interventi nelle stazioni di sci, quasi sempre per gravi politraumatizzati ed anche per emergenze internistiche (infarti, ictus, etc.). Tale cursento è dovuto in primo luogo alla necessità di un pronto intervento medico sull'infortunato per la gravità delle lesioni e anche per la sensibilizzazione che, i responsabili del soccorso ed i soccorritori stessi delle varie stazioni hanno avuto ed hanno nei riguardi dei gravi traumatismi e nella necessità di un intervento medico precoce e qualificato nonchè di un soccorso veloce (t. medi 30 minuti) per evitare danni ancor più gravi a questi traumatizzati.

IL SOCCORSO NEI CENTRI SCIISTICI IN VALLE D'AOSTA

Dr. G. Chiantaretto, Dr. R. Zimara

Ospedale di Aosta

Il presente lavoro intende fare il punto della situazione del servizio, da alcuni anni attuato dalla Regione Valle d'Aosta, di istituzione dei centri di Pronto Soccorso Traumatologico decen trati nelle stazioni sciistiche di Pila, Courmayeur e La Thuille.

Attualmente, i 3 Centri Traumatologici attivati (ne sono previsti altri) sono in grado di fronteggiare qualunque tipo di intervento infortunato di traumatologia e nella maggior parte dei casi di erogare prestazioni complete e definitive anche grazie al personale altamente qualificato che vi opera e, qualora se ne presentasse la necessità di poter erogare anche un primo soccorso di emergenza di qualunque tipo.

Collegati costantemente con la Protezione Civile, che si avvale della collaborazione di guide Alpine del S.A.V. e l'Ospedale regionale, dai Centri in breve tempo il paziente grave o a rischio può accedere a strutture adeguate anche con l'utilizzo dell' elitransporto. Dal momento della loro entrata in attività i Centri sono inoltre collegati con l'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) dell'Ospedale tramite radiotelefono. Su richiesta del Medico addetto inoltre è prevista l'opportunità di far intervenire il medico specialista di rianimazione tramite eliambulanza o centro mobile di rianimazione.

Centro pilota per anzianità è stato quello di Pila su cui si sono modellati i programmi attuativi del centro di Courmayeur e successivamente quello di La Thuille. Concorrono alla buona organizzazione del trasporto dell'infortunato dalle piste al centro: la Polizia di Stato con personale altamente qualificato per il soccorso sulle piste, l'associazione dei «pisteurs secouristes» (realtà per ora attuata solo nella stazione di Pila ove opera nei periodi delle Festività, nei week-ends e durante le mani festazioni sportive) ed il personale degli impianti di risalita. Attualmente ci sembra di poter affermare alla luce dell'esperienza maturata in questi anni di aver in gran parte risposto alle precise esigenze di questo tipo di strutture, pur tuttavia è nostro convincimento che molte e significative migliorie potranno in futuro, con l'indispensabile coordinamento e collaborazione di più strutture, essere attuate.

TRAUMATOLOGIA NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI STATISTICA DELLA STAGIONE 1992-93 NELLE STAZIONI DI PILA-GRESSAN, COURMAYEUR, LA THUILE

Chiantaretto, Zinara, Mancini, Giangrande, Gambacorta

P.S. Valle d'Aosta & Libassi

Lo studio analizza e fotografa con completezza la situazione traumatologica della popolazione fino ai 15 aa., che ha usufruito dei Pronto Soccorso gestiti della Unità Sanitaria locale di Aosta nelle località di Pila-Gressan, Courmayeur e La Thuile. I dati sono stati raccolti con l'ausilio di una scheda di rilevamento uniformata nelle tre località.

Lo studio è tuttora in corso ed i dati definitivi della stagione, verranno elaborati a fine marzo; si considereranno sia le percentuali dei traumi nella popolazione considerata, sia la eventuali differenze rispetto alle altre classi di età.

CARATTERISTICHE DELLA TRAUMATOLOGIA DA SCI NEL BANBINO. STUDIO EPIDEMIOLOGICO IN 4 ANNI

Marco Molinari*, Luciano Bertoldi*, Paolo Zucco**

* Sezione di ortopedia e traumatologia (Divisione chirurgia generale Prim. Dr. G. Barbato)
Ospedale Civile di Fiemme USL C1 38033 CAVALESE (Tn) Italia

** Istituto di Clinica Ortopedica (Dirett. Prof. L. Ceciliani)
Università degli Studi di Pavia. PAVIA

Gli Autori presentano un'analisi retrospettiva riguardante i bambini con lesioni da sci giunti alla loro osservazione in un centro traumatologico ospedaliero ubicato in un'ampia zona turistica.

Lo studio mette a confronto i dati rilevati nelle ultime 4 stagioni invernali scorporandoli in due sottogruppi biennali.

Si evidenziano così l'aumento complessivo dei traumatizzati (238 contro 349) parallelo comunque ad una maggiore affluenza di sciatori sulle piste e la percentuale delle lesioni da collisione (15 contro 18%). Le fratture rimangono più numerose delle lesioni a carico dei tessuti non ossei (63 e 37% rispettivamente) con un notevole aumento di quelle di gamba (+13%). A fronte della diminuzione delle lesioni dell'arto superiore (-10.2%), aumentano quelle al ginocchio (+8.5%). Inaccettabile e preoccupante è la costanza dei traumi cranici (13%) peraltro in leggero aumento. Tali dati e soprattutto l'ultimo impongono interventi di educazione sciistica, di sicurezza delle piste e dei materiali, di adeguatezza dei servizi di primo intervento e di legislazione.

EVOLUZIONE DELLA TRAUMATOLOGIA NEI BAMBINI E NEGLI ADOLESCENTI IN PILA-GRESSAN. STUDIO DI 4 ANNI

Chiantaretto, Zimara, Libassi

Unità di Pronto Soccorso, Ospedale Civile, Pila-Gressan, Provincia di Aosta.

P.S. Valle d'Aosta - Ospedale Civile, Pila-Gressan, Provincia di Aosta.

11100 Aosta - Ospedale Civile, Pila-Gressan, Provincia di Aosta.

11100 Aosta - Ospedale Civile, Pila-Gressan, Provincia di Aosta.

In questo lavoro si è voluta studiare l'epidemiologia dei traumi under 15 aa. e valutare se negli ultimi 5 anni vi è stato un cambiamento nel trauma tipo nella popolazione indagata.

I dati sono riferiti agli interventi effettuati presso il Centro di Pronto Soccorso di Pila-Gressan, gestito dalla Unità Socia Sanitaria di Aosta.

Il lavoro è tuttora in corso in quanto si stanno raccogliendo i dati dell'attuale stagione; l'elaborazione degli ultimi dati verrà effettuata a fine marzo onde permetterne la pubblicazione in tempo utile.

BÜNDELNAGELUNG BEI POLYTRAUMATISIERTEN KINDERN

PD Dr. W. Link¹ Dr. F. Müller¹ Dr. R. Wölfel²

¹ Chirurgie II, Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt

² Chirurgische Universitäts-Klinik Erlangen

Die intramedulläre Stabilisierung mit Bündelnägeln ist eine vorzügliche Methode zur Behandlung von Schaftfrakturen im Kindesalter, speziell wenn es sich um polytraumatisierte Kinder handelt. Von 383 Kindern, die in den letzten 30 Jahren an der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen und in den letzten 2 Jahren auch am Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt mit einer Bündelnagelung versorgt wurden, hatten 84 (22%) eine so ernste Begleitverletzung, daß Lebensgefahr bestand. Als Ursache fanden sich überwiegend Verkehrsunfälle, in 17% jedoch auch Sportunfälle. In über 50% der Fälle war der Oberschenkel betroffen, gefolgt von Unterschenkel-, Oberarm- und Unterarmfrakturen. Die Bündelnagelung erwies sich bei der Versorgung dieser Schaftfraktur, besonders bei schweren Schädel- Hirn-Traumen mit starker motorischer Unruhe als ausgezeichnetes Verfahren mit geringer Komplikationsrate. Das Verfahren entspricht annähernd der Nancy-Nagelung nach Prevot. Die elastische Verklemmung der Nägel in der nicht aufgebohrten Markhöhle, die Schnürung des Nagelbündels am Einschlagfenster und an der Diaphysentaille sowie die sichere Verankerung der Nägel in der festen kindlichen Spongiosa erzeugen einen hohen Grad an Stabilität. Das gedeckte Verfahren erlaubt eine Schonung der Epiphysenfugen und trotzdem eine intramedulläre Stabilisierung. Eine zusätzliche Ruhigstellung in Gipsband ist selten notwendig. Über die Ergebnisse und Komplikationen wird berichtet.

PHYSIKALISCH THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN ZUR REHABILITATION NACH WIRBELSÄULEN— UND THORAXVERLETZUNGEN BEI KINDERN

Prim. DDr. Anton Wicker, Vorstand der Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation an den Landeskrankenanstalten in Salzburg

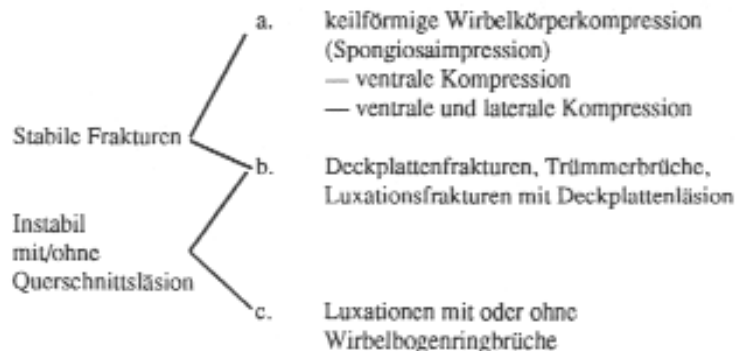
Kinder sind keine kleinen Erwachsenen

Kinder bedürfen einer besonderen kindgemäßen physiotherapeutischen Behandlung.

Wirbelfrakturen bei Kindern bedürfen insofern einer gesonderten Besprechung und Betreuung, da wegen der an den Grund- und Deckplatten lokalisierten Wachstumszonen eine zum Erwachsenen unterschiedliche Prognose besteht.

Prinzipiell können beim Kind ebenso wie beim Erwachsenen Frakturen in allen Abschnitten der Wirbelsäule vorkommen; sie treten jedoch viel seltener auf. In einer schweizer Studie waren unter 583 Patienten mit Wirbelkörperfrakturen nur 28 Kinder, davon hatten 17 Kinder das 10. Lebensjahr überschritten, 8 Kinder waren zwischen dem 5 und 10. Lebensjahr und nur 3 jünger als 5 Jahre.

Einteilung der kindlichen Wirbelfrakturen:



FRACTURAS DE JEFFREY Y NEWMAN EN EL NIÑO

Dr. Castaño, Dr. Carretero, Dr. González y Dr. Díaz-Mauriño

Hospital General «Gregorio Marañón»

INTRODUCCION

Son fracturas producidas en el curso de una luxación posterior del codo. La fractura de Jeffrey se produce durante la reducción espontánea; mientras que la fractura de Newman se produce en el transcurso de la luxación. En ambos casos, la cabeza radial queda vertical y libre en la articulación (posterior en la de Jeffrey y anterior en la de Newman).

MATERIAL Y METODOS

Se revisan siete casos (4 de Jeffrey y 3 de Newman) tratados entre 1978 y 1991 en niños con edades entre 6 y 15 años. El tratamiento fue quirúrgico de urgencia en 6 casos y en un caso hubo un retardo diagnóstico de 5 meses, con el tiempo medio de inmovilización de 1,5 meses.

En la evolución a largo plazo, la mayoría desarrolló hipertrofia de la cabeza radial, calcificaciones capsulares y limitación de la pronosupinación fundamentalmente.

DISCUSION

Son fracturas excepcionales pudiendo pasar desapercibidas fácilmente y su tratamiento debe ser siempre quirúrgico.

Al ser una epífisis con irrigación precaria, las posibilidades de necrosis son elevadas. En nuestra serie hemos encontrado dos necrosis y seis casos de hipertrofia de la cabeza radial.

IL GINOCCHIO DELLO SCIATORE IN ETÀ EVOLUTIVA: BIOMECCANICA ED ESPOSIZIONE AI TRAUMI.

G. PICCIONI 1a Div. Ortopedia e Tr; Brescia IT.

Viene inizialmente descritto lo sviluppo osseo del ginocchio. Si analizzano quindi le caratteristiche di assialità dell'arto inf. in toto e del ginocchio in particolare fra i 5 e 15 anni, ed il necessario adattamento ai problemi cinetici imposto dall'evoluzione della morfologia.

Tali riferimenti, condotti personalmente su circa 150 soggetti e confrontati con i più recenti dati della letteratura, vengono poi inquadrati nello studio della biomeccanica dello sci. Si esaminano cioè l'influenza di questa attività sullo sviluppo dell'articolazione impegno cinetico, in relazione ai più frequenti morfotipi statici e dinamici, osservabili in età evolutiva.

Si considera infine il problema della stabilità del ginocchio, valutata ancora su rilevamenti clinici personali e si rapportano tali osservazioni alla problematica della esposizione ai traumi, cogliendo i lati peculiari dello sciatore in età infantile ed adolescenziale.

LES LESIONS DU GENOU CHEZ L'ENFANT

Jean Dominique Laporte M. H. Binet Tkatchouk

Medicine de montagne

Etude comparative par (ski alpin, surf, monoski, ski de fond) avec une analyse particulière des lésions du pivot central.

Des hypothèses physio pathologiques sont soulevées, en fonction de l'âge.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIC LESIONS LIGAMENTS CREUATS

Alonso M, Piñana A, Til LL, Pérez Pons A.

Hospital General de Vic. (Cap de Servei Dr. Tasiás) Servei de C.O.T.

L'objectiu de la present comunicació és el de presentar els diferents estudis radiològics que seguim al nostre Servei davant la sospita d'una lesió de lligaments creuats de genoll.

Davant la sospita de lesió aguda o crònica del lligament creuat anterior realitzem sistemàticament un Lachman actiu radiològic considerant patològics valors més grans de 6-8 mm. o diferències amb l'altre genoll de més de 2 mm.

Per descartar lesió del lligament creuat posterior, utilitzem el Lachman posterior passiu radiològic. Considerant valors suggestius de ruptura diferències entre ambdós genolls de més de 2 mm.

Presentem la tècnica que seguim per realitzar les esmentades exploracions.

Conclusió: Davant la inexactitud dels diagnòstics que s'estableixen per Ressonància Magnètica Nuclear, actualment, estem convençuts de la gran utilitat que comporta la realització de radiologia dinàmica d'stress en el diagnòstic de les lesions de lligaments creuats.

CORRELACIO DE TROBALLES ENTRE R.M.N. I CLINICO-QUIRURGICS AL GENOLL

Díaz F, Mellado J, Guillamet Ll, Codony I, Balcells E.

Hospital General de Vic. (Cap de Serv. Dr. Tassias) Servei de C.O.T.

L'objectiu del nostre estudi és averiguar el grau de correlació que hem trobat entre el diagnòstic preoperatori per R.N.M. i el resultat posterior als genolls sotmesos posteriorment a diversos procediments diagnòstics, incloent-hi l'exploració clínica, radiològica normal i d'stress, Artroscòpia i Artrotomia.

La R.N.M. l'hem realitzat en 25 casos dels genolls estudiats al nostre dispensari. El motiu de la sol·licitud de la prova fou de confirmar/descartar els diagnòstics de presumció abans de decidir la indicació terapèutica.

El resultat final mostra certa discordància entre els diagnòstics de R.N.M. i els que prèviament s'havien establert, gran part d'ells confirmats quirúrgicament.

KNIEGELENKS-ARTHROSKOPIE BEIM KIND UND JUGENDLICHEN

Lauterburg M., Richter H.-J., Segantini P.

Chirurgische Klinik am Schwerpunksspital Uster/Zürich Schweiz
Chefärzte: PD Dr. C. Müller, Dr. P. Segantini

Fragestellung: Auf Grund der Tatsache, dass einerseits die Arthroskopie des Kniegelenkes beim Erwachsenen als etablierte diagnostische Methode angewendet wird, andererseits beim jugendlichen die Indikation kontrovers beurteilt wird, haben wir mit der vorliegenden Arbeit versucht zu untersuchen, inwiefern sich die Indikation zur Kniearthroskopie beim Jugendlichen von der beim Erwachsenen unterscheidet, respektive, ob sich die Kniearthroskopie als adäquate diagnostische Methode bei Jugendlichen eignet.

Methode: 146 Jugendliche, die zum Zeitpunkt der Kniearthroskopie nicht älter als 16 Jahre alt waren und zwischen 1981 und 1991 an unserer Klinik arthroskopiert wurden, sind mit dieser Arbeit retrospektiv untersucht worden. Anhand dieser retrospektiven Arbeit wurde untersucht, welche Diagnosen bei Jugendlichen im Alter bis 16 Jahren, die wegen Hämarthros oder zum Ausschluss einer Kniebinnenläsion arthroskopiert wurden, erhoben werden konnten. Die Indikation zur Kniearthroskopie wurde ausschliesslich durch die verantwortlichen Chirurgen gestellt. Von jeder Arthroskopie liegt ein separater Bericht vor, spezielle Situationen sind fotodokumentiert worden. Anhand von Krankengeschichten wurde untersucht, welche klinischen Befunde vor der Arthroskopie vorlagen, welche arthroskopischen Diagnosen erhoben und welche Therapien eingeleitet wurden.

Resultate: Das Durchschnittsalter betrug 14,5 Jahre (der jüngste Patient war 8-jährig, der älteste 16-jährig). Rund 56% der Patienten zogen sich die Verletzung beim Sport zu. Weitere 15% der Patienten verletzten sich im Alltag durch einen Sturz oder einen Misstritt, während bei 5% der Verletzungsmechanismus unklar blieb und zwei Patienten eine Kontroll-Kniearthroskopie hatten. Bei 15% der Patienten konnte kein Trauma eruiert werden. In 33% der Fälle konnte kein Gelenkerguss nachgewiesen werden. Von den Patienten mit Erguss hatten 74% einen Hämarthros. Eine Meniskusverletzung lag bei 16% aller Arthroskopien vor. In 23% der Fälle diagnostizierten wir eine stattgefundene Patellaluxation sowie in 28% Läsionen an den Kreuzbändern. Häufigste Diagnose war eine Chondropathia patellae bei 35% der Patienten. Nur 5,5% aller Arthroskopien zeigten ein gesundes Knie ohne pathologischen Befund und hätten demzufolge vermieden werden können. In 68,5% war der Eingriff diagnostisch während in 31,5% die Arthroskopie therapeutisch war.

**LA LESIO DEL L·LIGAMENT CREUAT ANTERIOR EN ELS NENS I
EN ELS ADOLESCENTS JOVES**

Miguel Llobet Dr. Arturo Valls

Fundació FIATC. Barcelona. Departament d'artroscopia

**INDICACIONS QUIRURGÍQUES DE LA RUPTURA DEL
LLIGAMENT CREUAT ANTERIOR EN EL ESPORTISTA JOVE**

Dr. Ramon Cugat. Dr. Xavier Cusco. Dr. Jaume Vilaro

Clínica Ntra. Sra. del Pilar. Barcelona. Mutualitat de Futbolistes Espanyols. Delegació Catalunya.

IMPORTANZA DELLA CONDIZIONE FISICA NELLA PRATICA DEL DISCO SU GHIACCIO A LIVELLO GIOVANILE

Mona D., Hp. Probst

Reparto Medicina Sportiva Via Tesserete 10 CH LUGANO

La condizione fisica di un singolo giocatore può essere facilmente valutata con un test di prestazione (per es. test di intervallo secondo Probst). In una squadra di disco su ghiaccio risultano così ca. 29 test singoli con i quali l'allenatore stabilisce il piano di allenamento. Per facilitare il dialogo tra medico di squadra e allenatore proponiamo l'allestimento di un cosiddetto profilo della condizione fisica di tutta la squadra. Si esegue una classifica di tutti i giocatori secondo la velocità alla soglia anaerobica (vaas). Sul grafico il giocatore più veloce viene a trovarsi a sinistra, mentre quello meno veloce a destra. La coordinata mostra la velocità alla soglia anaerobica. Viene pure indicato il valore medio della vaas. Sarà quindi possibile discutere con l'allenatore lo stato di condizione fisica di tutta la squadra, soprattutto sarà possibile formare gruppi di allenamento. Questo per evitare che giocatori forti debbano allenarsi con i più deboli, nello stesso gruppo. Il più forte non sarebbe allenato a sufficienza e soprattutto il più debole risulterebbe sovraccaricato. Questo atteggiamento ci sembra molto importante a livello settore giovanile. Si potrà così evitare la sindrome di «overtraining» il giocatori di talento. Scopo finale di questo profilo di condizione fisica è diformare una squadra omogenea che possa allenarsi in un sol gruppo.

GRAFICO

TRATTAMENTO DELLE LESIONI FEMORO PATELLARI

F. Priano

3a Div. Ortop. e Traum. Osp. San Martino, Genova

*F. Priano, **P. Zucco, *P. Gatto

*Ospedale S. Martino — 3a Div. Ortopedia e Traumatologia

Genova

**Clinica Ortopedica dell'Università — Policlinico

S. Matteo — Pavia

Negli sport invernali il complesso femoro-patellare viene sottoposto nei giovani ad uno stress da sovraccarico notevole che porta a quadri patologici e a limitazioni funzionali sotto sforzo.

Il trattamento artroscopico di tale patologia risulta frequentemente determinante nella soluzione del problema soggettivo e funzionale.

Resta comunque importante evidenziare come tale patologia sia fortemente invalidante, a distanza, nei soggetti adolescenti.

SUBCHONDRALE DRUCKBELASTUNG DER PATELLA IN ABHÄNGIGKEIT DER VENTRALISATION/DISTALISATION DER TUBEROSITAS TIBIAE

Huber J.F., Gasser B., Bandi W., Perren St.

Orthop. Chirurgie KS St. Gallen, MEM Institut für Biomechanik

Mit selbstkonstruierten Ringkraftaufnehmern (RKA) konnten wir die subchondrale Druckbelastung an vier Stellen der Patella bei freier Bewegung im Kniegelenk messen. Die wichtigsten die Kniegelenkbelastung beeinflussenden Parameter, wie Quadricepssehnenzug, axiale Gewichtskraft und Zug am Tractus iliotibialis konnten vorgewählt und während der Bewegung gemessen werden. Mit einer Vorrichtung konnte die Tuberositas tibiae in allen Raumachsen verschoben werden. Nach den Messungen wurden die Messaufnehmer mit der darüberliegenden Knorpelschicht in situ kalibriert und der Transmissionskoeffizient bestimmt.

Die patellare Druckbelastung erfolgt vor allem im Bereich der medialen/lateralen Facette und der proximalen Crista. Die höchsten Druckwerte (bis 1.5 N/mm^2) werden zwischen 45 und 80 Grad Flexion an der proximalen Crista gemessen. Der wichtigste beeinflussende Faktor der Druckbelastung ist die Quadricepssehnenzugkraft, die in einem annähernd linearen Verhältnis zueinander stehen.

Die Ventralisation der Tuberositas tibiae führt zu einer Reduktion der höheren Druckbelastungen, vor allem an beiden Facetten und an der proximalen Crista. 10mm Ventralisation führen zu einer durchschnittlichen Reduktion der Druckbelastung von 30%. Die Distalisation selber reduziert die Belastung um 20%. Die effektivsten Druckreduktionen ergaben sich bei 10mm Ventralisation und 6 mm Distalisation der Tuberositas tibiae mit Resultaten bis zu 40%.

Das Verhältnis zwischen effektiv auf der Knorpeloberfläche auftretenden Druckbelastungen und subchondral gemessenen ergibt in Abhängigkeit des Druckes einen Transmissionskoeffizienten zwischen 0.7 und 1.

Aufgrund der aufwendigen Messungen konnten wir 2 Kniegelenke vollständig messen. Die Resultate haben somit qualitativen aber nicht quantitative Aussagekraft.

LESIONI CONDRALI ED OSTEOCONDRALE DEL GINOCCHIO

F. Priano, P. Gatto

3a Div. Ortop. e Traum. Osp. San Martino Genova

La traumatologia cartilaginea ed osteocartilaginea del ginocchio da sport nell'infanzia e nell'adolescenza rappresenta un problema di difficile soluzione.

Il progressivo accentuarsi della frequenza di avvio allo sport dei giovani, a volte a livelli superiori alle capacità organiche degli stessi crea molti problemi all'organismo.

In questo lavoro presentiamo i casi di giovani adolescenti praticanti sports invernali che hanno avuto problemi a carico della cartilagine del ginocchio in conseguenza di traumi da sport invernali ed elenchiamo il tipo di trattamento cuji li abbiamo sottoposti.

LA ROTTURA SOTTOCUTANEA DEL TENDINE D'ACHILLE NELLO SCIATDRE

Godio R

Stresa, Italia

Il tendine d'achille é il tendine piu' potente del corpo umano; é in grado di sopportare carichi fino a 400 Kg. La rottura avviene con carichi minori quale risultato di una degenerazione tendinea. Il trattamento di tali lesioni é tuttora controverso.

Negli anni 1983-1990 presso la nostra divisione sono stati trattati chirurgicamente 30 casi di lesione sottocutanea del tendine d'achille. I pazienti erano 26 maschi e 4 femmine di eta' media di 40 e 33 anni rispettivamente.

La rottura é avvenuta durante l'attivita' sportiva nel 58% dei casi (4 casi durante la pratica dello sci, di fondo 2 casi, sci alpinismo altri 2 casi) durante l'attivita' lavorativa nel 18% dei casi, durante altre attivita' nel 24% dei casi. Il 70% dei pazienti era di gruppo sanguigno O. Tutti i casi sono stati trattati chirurgicamente mediante sutura termino-terminale e rinforzo con plantar gracile.

Si é ottenuto un ritorno allo stato di pre-rottura nel 82% dei casi. E' stato osservato che la confezione di apparecchio gessato femoro- podalico a ginocchio fessato e piede in equinismo oppure di stivaletto con piede a 90° non condiziona il risultato. Si propone pertanto la sutura del tendine con piede atteggiato in lieve estensione e la successiva confezione di stivaletto gessato con piede a 90°.

LESIONES ASOCIADAS EN LA LUXACIÓN DE HOMBRO

Dr. C. Villas, F. Guenzi, R. Barrios, J.R. Valentí

Clínica Universitaria de Navarra

La luxación de hombro ocupa por frecuencia el segundo lugar en las lesiones traumáticas de la extremidad superior en el esquí y, generalmente, si la atención médica de estación es eficiente, la reducción se realiza sin salir de las pistas o del centro médico.

Normalmente, una vez realizada la reducción se coloca una inmovilización con el brazo pegado al tronco tipo Velpeau o cabestrillo. Las lesiones que se pueden asociar a la luxación no suelen precisar otro método distinto de inmovilización pero pueden requerir un período de inmovilización diferente.

En una experiencia de 82 luxaciones controladas en pista en la estación de Candanchú durante 8 años, 9 tenían asociada otra lesión que consistió en fractura de clavícula (4), fractura de troquíter (4) o fractura de metafisis proximal del húmero, ésta en un joven de 18 años.

En todos los casos se realizó el diagnóstico y la reducción de la luxación en el lugar del accidente, con hombro en charretera, ocupación prominente del surco deltopectoral y fijación elástica del hombro en ligera separación. En todos los casos se sospechó otra lesión por persistencia del dolor y se comprobó con Rx en el centro médico de la estación.

En 2 de los 4 casos de fractura de clavícula no se apreció deformidad en la exploración.

Creemos que a pesar de lo claro que es por lo general el diagnóstico de luxación de hombro, debe realizarse siempre un control Rx postreducción y, de cualquier forma, sospechar la existencia de otra lesión asociada en caso de persistir el dolor tras la reducción.

«EL PULGAR DE ESQUI» POSTER

F. Parals, R. Pruna, A. Carme, Cap de Serv. J. Novell

Hospital Municipal de Badalona. Badalona

Los autores presentan un póster en el que se describe, de forma esquemática, el mecanismo de producción de las lesiones del ligamento colateral cubital de la articulación Metacarpo-falángica del Pulgar en el esquiador, aportando de forma gráfica su experiencia en el diagnóstico y tratamiento ortopédico o quirúrgico, según el grado lesional, en esquiadores jóvenes tratados en el Hospital.

Se han seleccionado los pacientes que sufrieron la lesión en un accidente de esquí y con una edad inferior a 20 años. Se analizan los resultados en función de su incorporación al deporte.

El mecanismo de lesión en el esquiador es el de un golpe lateral de la base del primer metacarpo por el esquí, al producirse una flexión forzada de la articulación Metacarpo-falángica del pulgar, que produce una lesión del ligamento colateral cubital.

Se han seleccionado los pacientes que sufrieron la lesión en un accidente de esquí y con una edad inferior a 20 años. Se analizan los resultados en función de su incorporación al deporte.

El mecanismo de lesión en el esquiador es el de un golpe lateral de la base del primer metacarpo por el esquí, al producirse una flexión forzada de la articulación Metacarpo-falángica del pulgar, que produce una lesión del ligamento colateral cubital.

El mecanismo de lesión en el esquiador es el de un golpe lateral de la base del primer metacarpo por el esquí, al producirse una flexión forzada de la articulación Metacarpo-falángica del pulgar, que produce una lesión del ligamento colateral cubital.

ROUND TABLES
TABLES RONDES
TAULES RODONES
MESAS REDONDAS

16h. Socorrismo y Medicina en los deportes de invierno:
• Servicio médico de una estación de esquí.

Socorrismo i Medicina en els esports d'hivern:
• Servei metge d'una estació d'esquí

Secourisme et Medicine aux sports d'hiver:
• Centre medicale d'une station de ski

Pronto soccorso e medicina negli sport invernali:
• Centro medico nelle piste di sci

Erste hilfe und Medizin in den wintersportarten:
• Medizinische versorgung eines skigebietes

Dr. Josep Escoda, Andorra.

Dr. Francesco Allegra

Sr. Ferran Labraña

Dr. Alexander Genclin

Dr. Pietro Segantini

Dr. Marc-Hervé Binet

16h. Prevención de los accidentes de esquí en los niños.

• Prevenció dels accidents d'esquí en els nens.
Dr. J. M^a. Figueras. Espanya.

• Les particularités de la traumatologie infantile.
Dr. P. Bachelin. Suisse.

• Relazione infortunio-materiale nei bambini.
Dr. P. Zucco. Italia.

• Epidemiología de los accidentes de esquí infantil en los pirineos.
Dra. Espinalt. España.

• Epidémiologie des accidents de ski d'enfants aux Alps.
Dr. Laporte. France.

• Ratschläge der verhinderung von unfällen für kinder.
Dr. H. Schlemer. Deutschland.

Dr. J. Figueras. España.

Dr. P. Bachelin. Suiza.

Dr. A. Vidal. España

Dr. P. Zucco. Italia.

Dr. M-H. Binet. Francia

Dr. H. Schlemer. Alemania

NOTES

- 08.30h. Principios terapéuticos de las lesiones graves agudas de rodilla en competidores jóvenes.
Dr. Pierre Chambat. (Lyon). Francia.
- Principis terapèutics de les lesions lligamentoses greus agudes del genoll en competidors joves.
Dr. Pierre Chambat. (Lyon). França.
- Principes thérapeutiques de lésions des ligaments graves aiguës du genou chez les compétiteurs jeunes.
Dr. Pierre Chambat. (Lyon). France.
- Principi terapeutici delle lesioni dei ligamenti gravi acuti delle ginocchia nei competitori giovani.
Dr. P. Chambat. (Lyon). Francia.
- Therapeutische grundsätze von schweren akuten knieverletzungen bei jugendlichen wettkampf-teilnehmern.
Dr. Pierre Chambat. (Lyon). Frankreich.

NOTES

16h. Patología por sobrecarga en los deportes de invierno.

Dr. P. Bachelin. Suiza. Dr. M-H. Binet. Francia

• Patología femoro-patelar.

Dr. J. Tuncu. España.

• Patología por sobrecarga en competidores jóvenes.

Dr. J. M^o. Buló. España.

Pathologie pour surcharge aux sports d'hiver.

Dr. P. Bachelin. Suisse. Dr. M. H. Binet. France.

• Pathologie femoro-patellaire

Dr. J. Tuncu. Espagne.

• Pathologie pour surcharge chez les compétiteur jeunes.

Dr. J. M^o. Buló. Espagne.

Patologia per sovraccarico negli sport invernali.

Dr. P. Bachelin. Svizzera. Dr. M-H. Binet. Francia.

• Compreso femoropatellare

Dr. J. Tuncu. Spagna.

• Sovraccarico nei giovani sciatori.

Dr. J. M^o. Buló. Spagna.

Pathologie für Überanstrengung im wintersport.

Dr. P. Bachelin. Schweiz. Dr. M-H. Binet. Frankreich.

• Femoropatellärer Kompromib.

Dr. J. Tuncu. Spanien.

• Pathologie für Überanstrengung von jugendlichen

wettkampf-teilnehmern. Dr. J. M. Buló. Spanien.

NOTES



SITEMSH
www.sitemsh.org