



Opracowanie:

***Dr n.med. Bogdan Bakalarek
specjalista ortopeda - traumatolog
kontakt na www.ortopeda.biz.pl***

Opracowanie zawiera opis przebiegu operacji wraz ze zdjęciami śródoperacyjnymi. Zawarte obrazy mogą być źle tolerowane przez osoby wrażliwe. Jeśli nie jesteście Państwo pewni swojej reakcji, proszę nie przeglądać tego opracowania. Opis operacji powstał w oparciu o konkretny przypadek leczonego chorego i mimo poglądowego celu opracowania przebieg operacji i wskazania do jej przeprowadzenia w przypadkach innych chorych mogą się różnić.

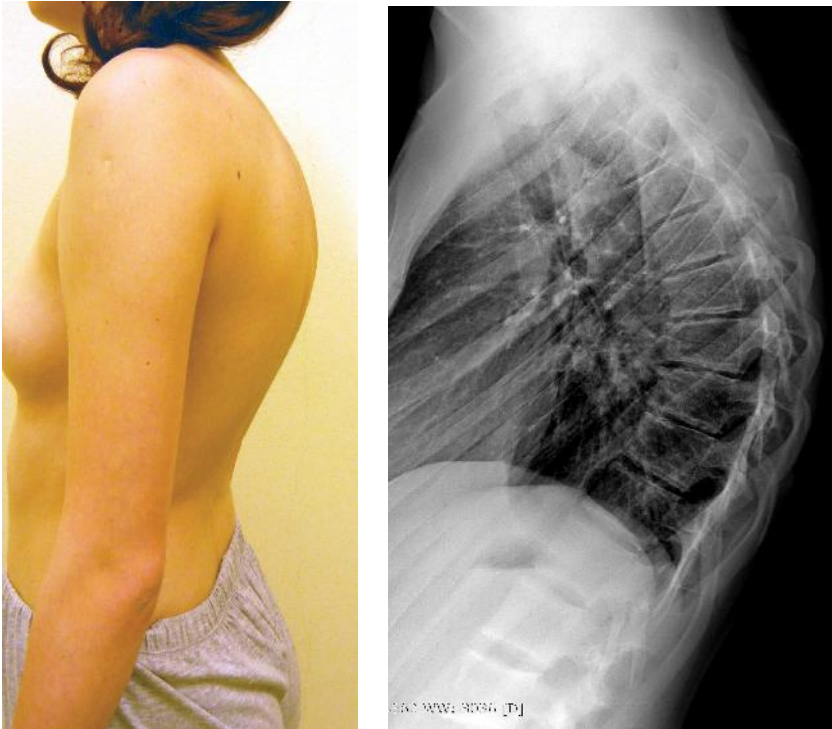
Korekcja przednia kifozy w chorobie Scheuermanna

Duże kifozy w przebiegu choroby Scheuermanna są niepodatne na leczenie zachowawcze i wymagają leczenia operacyjnego. Leczenie gorsetowe w tych przypadkach jest mało skuteczne i bardziej uciążliwe niż w skoliozie, Zabieg taki przeprowadza się najczęściej z dojścia przedniego, gdyż warunkiem dobrej korekcji jest dobra mobilność przedniej kolumny kręgosłupa. W przypadku tej choroby dochodzi szybko do zeszywnienia w obrębie dysków i więzadła podłużnego przedniego, a brak uzyskania ruchomości w ich obrębie nie zapewnia dostatecznie dobrej operacyjnej korekcji tylnej kręgosłupa. Dlatego też preferowane jest dojście operacyjne przednie. Dobra korekcja tylna jest możliwa, ale w przypadkach elastycznego kręgosłupa (świadczy o nim specjalne zdjęcie rtg korygujące)

Obraz kliniczny i radiologiczny:

Zwiększona kifoza piersiowa ponad wartości fizjologiczne (40 stopni) powoduje deformację całego tułowia w postaci:

- garbu kręgowego (tzw. plecy okrągłe)
- wysunięcia barków do przodu
- wtórnego kompensacyjnego zwiększenia lordozy szyjnej i lędźwiowej (w postaci wysunięcia głowy do przodu i pogłębienia lordozy lędźwiowej)
- poza brzydką sylwetką obraz dopełnia chroniczny ból pleców i często karku występujący już w młodym dorosłym wieku



Plecy okrągłe i kifoza piersiowa na rtg 77 stopni.

Wskazania do przeprowadzenia operacji:

- Hiperkifoza znacznie przekraczająca wartości fizjologiczne (fizjologiczna kifoza piersiowa 20-40 stopni)

Cel zabiegu:

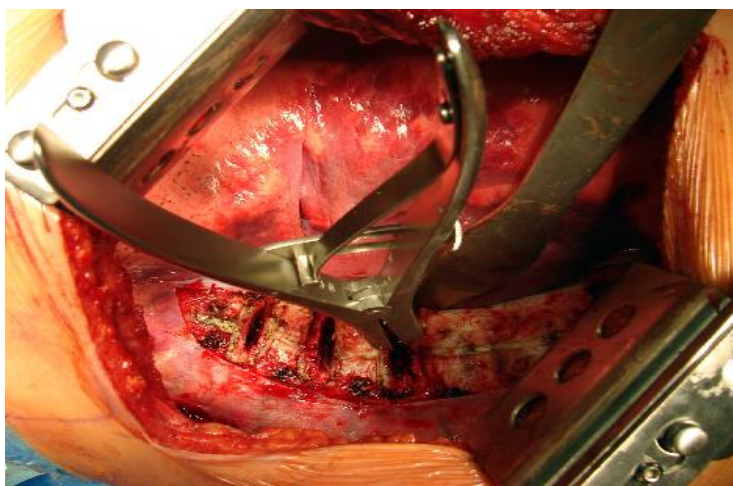
- Poprawa sylwetki tułowia przez korekcję hiperkifozy piersiowej
- Zabezpieczenie przed bólami kręgosłupa

Uwagi

- W kifozie piersiowej operacja przeprowadzana jest przez torakotomię, w odcinku lędźwiowym z dojścia pozaotrzewnowego, natomiast w kifozie przejścia piersiowo-lędźwiowego najczęściej przez torakotomię z dodatkowym dostępem pozaotrzewnowym przy częściowym przecięciu przykręgosłupowym przepony
- Korekcja przednia przez torakotomię nie jest możliwa do wykonania przy zbyt rozległych deformacjach (długich piersiowo-lędźwiowych kifozach).
- Operację hiperkifozy piersiowej można przeprowadzić wyłącznie przez korekcję tylną, ale

tylko w przypadku elastycznego kręgosłupa. Ze względu na sztywy kręgosłup w przedniej części (dyski i więzadło podłużne przednie) przy nieelastycznym kręgosłupie nie przyniesie dobrej korekcji kifozy

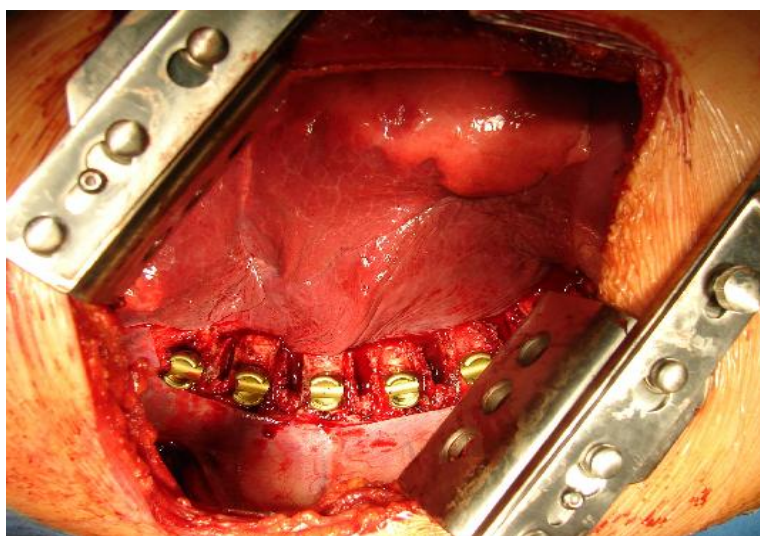
- ➔ Gdy deformacja jest sztywna (tak jest najczęściej) korekcja tylna musi być połączona z operacją mobilizacji przedniej (czyli wycięciem dysków z więzadłem podłużnym przednim). Operację tą można wykonać endoskopowo- poprzez torakoskopię). Ta procedura dwuetapowa jest możliwa do przeprowadzenia w trakcie jednego znieczulenia pacjenta, ale wydłuża czas zabiegu.
- ➔ Operacja korekcji przez torakotomię przeprowadza się najlepiej poprzez intubację rozdzielną z wentylacją jedнопłucnową. Na wentylację oboma płucami przechodzi się z powrotem pod koniec zabiegu.

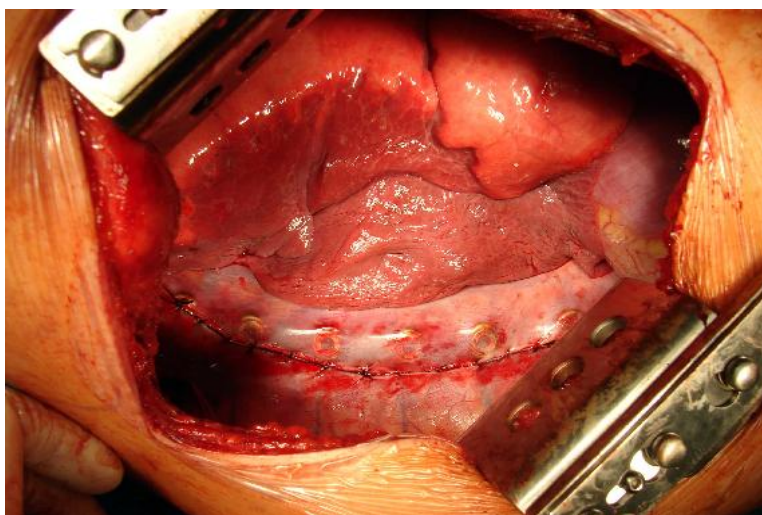


Cięcie z boku klatki przez międzyżebro. Zabieg wykonuje się najlepiej na wentylacji jednooplucnowej. W górnej części obrazka widoczne niedodmowe płuco. U dołu- kręgosłup w trakcie usuwania dysków (widoczne 3 poziomy usunięte, rozwórka w przestrzeni po dysku)

Stan po usunięciu wszystkich dysków w zakresie deformacji.

W trzony wkręcone śruby przed założeniem pręta i korekcją kifozy. Przestrzenie dysków przed korekcją zapadnięte. W trakcie korekcji zostaną rozszerzone, a w ich miejsce włożona sztuczna kość do spondylodezy.





Stan po korekcji na pręcie.
Instrumentarium szczelnie pokryte opłucną (prześwituje przez opłucną).
Operację kończy rozprężenie płuca
założenie drenu opłucnowego i szwy
ściąające i zamykające klatki

Sylwetka i obraz rtg po korekcji kifozy.
Sylwetka prawidłowa , kifoza piersiowa
45 stopni.
Na rtg widoczne instrumentarium
korygujące, w przestrzeń dysków włożona
sztuczna kość do uzyskania zrostu
kostnego.



O leczeniu innych deformacji kręgosłupa znajdziesz w

