



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 tylna skoliozy

Skoliozy przekraczające ponad 45 stopni są niepodatne na leczenie zachowawcze i wymagają leczenia operacyjnego. Zabieg taki może być przeprowadzony z dojścia tylnego lub przedniego. Wybór metody operacyjnej zależy od wieku chorego, wielkości skrzywienia, struktury skoliozy (pojedyncza, podwójna), doświadczenia chirurga. Operację korekcji tylnej przeprowadza się u chorych w okresie pokwitania lub z zakończonym wzrostem, w skoliozach pierwotnie pojedynczych i podwójnych, zarówno w skrzywieniach mniejszych jak i bardzo dużych (wtedy bardzo często w połączeniu z mobilizacją przednią kręgosłupa tj. wielopoziomową dyscektomią).

Obraz kliniczny i radiologiczny:

Skolioza lędźwiowa jednołukowa 46 stopni. Deformacja tułowia: asymetria talii, wystawanie jednostronne wału mięśniowego spowodowanego deformacją.



Wskazania do przeprowadzenia operacji:

- skoliozy u chorych wieku pokwitania i późniejszym
- skrzywienia pierwotnie pojedyncze, podwójne
- skrzywienia o każdym stopniu skrzywienia

Cel zabiegu:

- korekcja skoliozy i poprawa sylwetki
- zabezpieczenie przed bólami zwyrodnieniowymi kręgosłupa w wieku wczesnodorosłym

Uwagi:

- korekcja tylna skoliozy w połączeniu ze spondylodezą jest wykonywana u młodzieży w wieku pokwitania i z zakończonym wzrostem. Czas wykonania operacji warunkuje prognozowany okres do zakończenia wzrostu (radiologiczny test Rissera). W przypadku konieczności korekcji tylnej kręgosłupa u dzieci wykonuje się korekcje bez spondylodezy (w razie potrzeby z dodatkowymi korekcjami co pewien czas), lub korekcje w połączeniu ze spondylodezą przednią
- w trakcie operacji z dojścia tylnego poza samym skorygowaniem kręgosłupa można dodatkowo wykonać zabieg plastyki żeber- resekcji garbu po stronie wypukłej (gibbektomii) i podniesienia żeber po stronie wklęsłej (torakoplastyki)
- jeśli skolioza w dziecka rosnącego jest duża i narasta, wtedy błędem jest czekanie na okres zakończenia wzrostu i doprowadzenie do bardzo dużego skrzywienia, które źle się koryguje i stanowi wyższe ryzyko powikłań neurologicznych
- jeśli zabieg korekcji i spondylodezy tylnej jest konieczny do przeprowadzenia u dzieci w trakcie wzrostu, to pod warunkiem wykonania jednoczesnej spondylodezy przedniej z obawy o powstanie zespołu skręcenia . Zespół skręcenia polega na dalszej progresji skrzywienia (głównie narastaniu torsji i rotacji kręgów) u dziecka jeszcze rosnącego po wykonanej wcześniej operacji spondylodezy tylnej
- aby uzyskać zadowalające korekcje w dużych sztywnych skoliozach (powyżej 80 stopni) przed właściwą korekcją tylną trzeba wykonać mobilizację kręgosłupa (wielopoziomowe dyscektomie przednie np. endoskopowo)

Dowiedz się o operacji kręgosłupa z dojścia przedniego





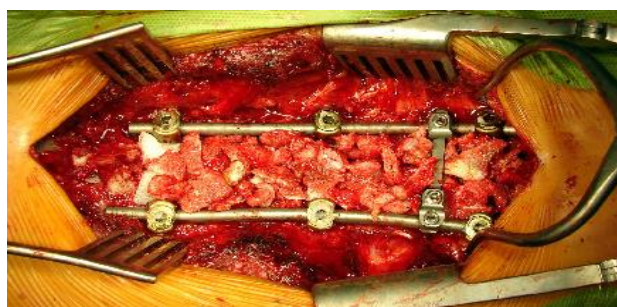
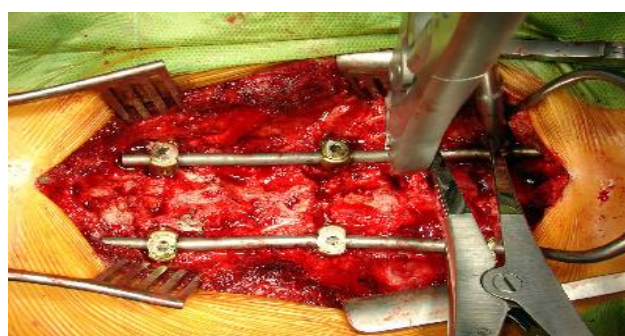
Zakres koniecznej instrumentacji podemuje się na podstawie rtg elongacyjnego kręgosłupa (wykonanego w pozycji wyciągu ręcznego). Na podstawie tego zdjęcia można też prognozować korekcję operacyjną. Tutaj kąt skoliozy w elongacji wynosi 25 stopni. W razie wątpliwości w wyznaczeniu kręgów granicznych instrumentacji, dodatkowo uzupełnia się o rtg w przechyłach. Tutaj zakres operacji jest mały i ogranicza się do 5 kręgów.

Odsłonięcie łuków z cięcia tylnego w koniecznym zakresie. Na leżąco samoistna korekcja skrzywienia (jak na rtg elongacyjnym). Linia łuków jest prawie prosta, lecz ze względu na skręcenie kręgosłupa (torsję i rotację kręgów) skolioza nie jest skorygowana (byłoby to widoczne w rtg)

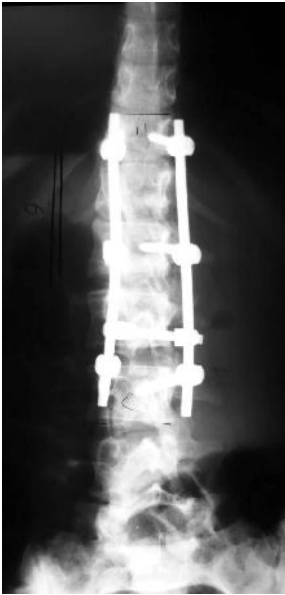


W trakcie wprowadzania śrub transpedikularnych. Inna anatomii pedikulum strony wypukłej i wklęsłej wymaga różnych kątów ich wprowadzania. Przebieg pedikulum i poprawność wprowadzonych śrub kontroluje się śródoperacyjnie manualnie i radiologicznie

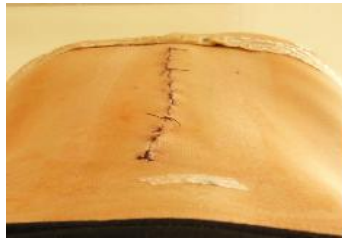
Właściwa korekcja skoliozy polega na derotacji na prętach a następnie odcinkowej dystrakcji i kompresji wg ustalonego przedoperacyjnie planu



Po stabilizacji kręgosłupa obkłada się przeszczepami celem uzyskania spondylodezy. Mogą to być własne kości z wyrostków kręgosłupa, talerza, z banku kości albo sztuczne



Kontrola rtg po operacji- kręgosłup prosty 0 stopni



Sylwetka po operacji- symetria talii i mięśniowych wałów lędźwiowych

Dowiedz się o skoliozie: rodzajach, przebiegu i sposobach leczenia:

