



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 pogładowego celu opracowania przebieg operacji i wskazania do jej przeprowadzenia w przypadkach innych chorych mogą się różnić.

Resekcja kręgu (in. Korporektomia)

Operację usunięcia kręgu przeprowadza się w przypadkach konieczności usunięcia patologii trzonu kręgowego, zwłaszcza w odcinku rdzeniowym kręgosłupa, gdzie zabieg z dojścia tylnego lub tylnobocznego stanowi zbyt duże ryzyko powikłań neurologicznych.

Wskazania do przeprowadzenia operacji:

Wszelkie patologie w obrębie trzonów kręgowych lędźwiowych wymagające ich resekcji:

- złamania zastarzałe ze zwężeniem kanału od przodu zwłaszcza tam gdzie znajduje się rdzeń kręgowy (do poziomu L1-2)
- guzy nowotworowe naciekające trzony
- niektóre wady wrodzone kręgow
- stany pozapalne kręgow z uciskiem worek oponowy lub destrukcją i niestabilnością
- niektóre postaci stenozy kanału kręgowego z dominacją ucisku na przednią część rdzenia

Cel zabiegu:

- resekcja kręgu celem uwolnienia kanału kręgowego z odłamów czy wyrośli kostnych, tkanek patologicznych (nowotworowych, pozapalnych)
- korekcja i spondylodeza mająca na celu rekonstrukcję prawidłowej krzywizny kręgosłupa i likwidację niestabilności

Uwagi:

- operacja pozwala na bezpieczne uwolnienie rdzenia z ucisku na jego przednią powierzchnię
- w obrębie klatki przeprowadza się ją od strony prawej z uwagi na przebieg aorty, w odcinku lędźwiowym na ogół od strony lewej ze względu na prawostronne położenie wątroby
- operacja jest wykonywana w odcinku lędźwiowym najlepiej z dojścia pozaotrzewnowego. Możliwe jest też bardziej obciążające dla chorego dojście przezotrzewnowe
- w odcinku piersiowym przeprowadzana jest na ogół przez torakotomię. Przy sprzyjających warunkach możliwe jest wykonanie resekcji trzonu kręgowego endoskopowo.

Więcej na temat torakoendoskopii kręgosłupa i innych operacji proszę czytać w dziale:



1) Resekcja kręgu lędźwiowego z dojścia pozaotrzewnowego

Obraz kliniczny i radiologiczny:

Stan po wygojonym złamaniu urazowym nie leczonym pierwotnie operacyjnie mimo oczywistych wskazań.

Kifotyzacja kręgosłupa spowodowana zapadnięciem kręgu, stenoza kanału kręgowego, bóle kręgosłupa związane z deformacją i niestabilnością, oraz bóle kończyn dolnych wskutek wąskiego kanału kręgowego.



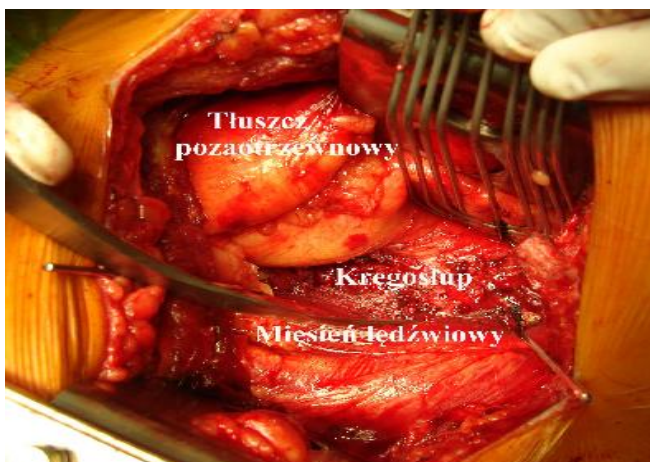
Obraz rtg i MR zstarzałego złamania kręgu L2. Zapadnięcie kręgu, kifotyzacja kręgosłupa na tym poziomie i stenoza pourazowa kanału kręgowego (strzałka)



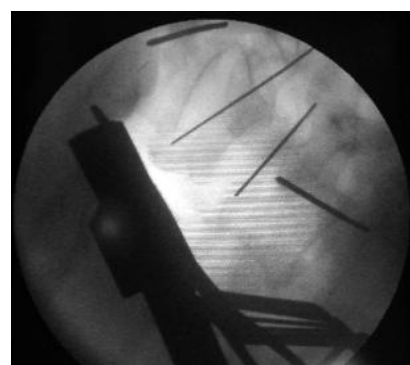
Ułożenie chorego na boku. Cięcie z boku łukowate.



Przecięcie powłok brzucha, odsunięcie do przodu otrzewnej



Odsłonięcie kręgosłupa, odciągnięcie do tyłu przykrywającego go mięśnia lędźwiowego



Identyfikacja poziomu patologii w podglądzie rtg. Widoczne identyfikujące druty Kirchnera

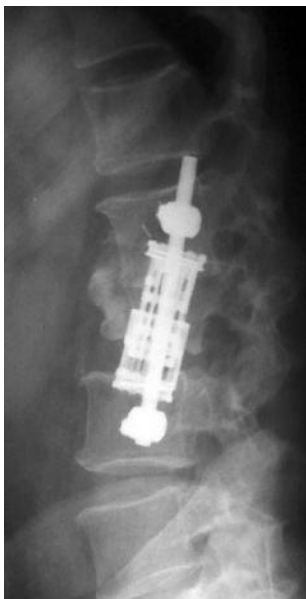


W trakcie resekcji trzonu

Usunięty trzon kręgowy (między drutami)
Uwolniony worek oponowy niewidoczny tutaj
znajduje się pod mięśniem lędźwiowym



W miejsce usuniętego trzonu kręgowego
zaimplantowano koszyk z przeszczepami
własnymi i śruby trzonowe. Stan przed
stabilizacją prętem



Kontrolne rtg pooperacyjne. Widoczne
instrumentarium stabilizujące w miejscu
usuniętego trzonu

2) Resekcja kręgu piersiowego przez torakotomię

Obraz kliniczny i radiologiczny:

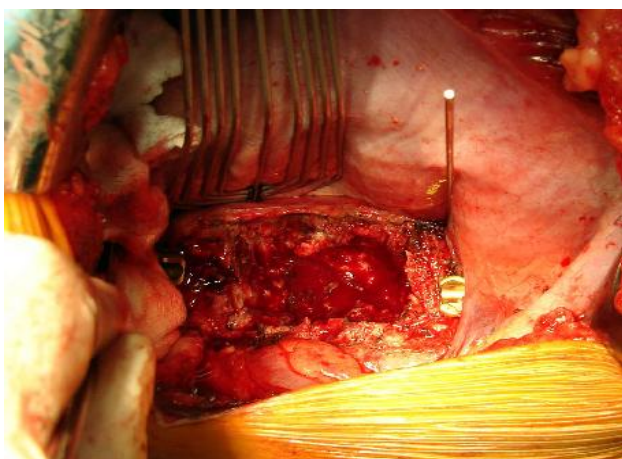
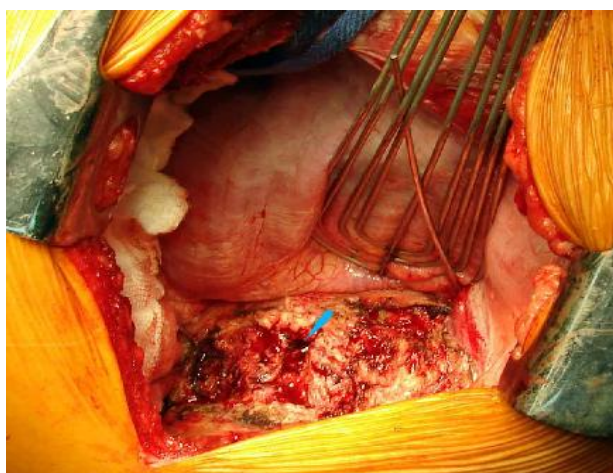
Gruźlica kręgosłupa, złamanie patologiczne kręgów piersiowych Th 11 i Th 12. Destrukcja trzonów z wgłobieniem mas zapalnych do kanału kręgowego. Porażenie kończyn dolnych z powodu ucisku na rdzeń, bóle kręgosłupa uniemożliwiające pionizację.

Wskazania i cel zabiegu omówiono wyżej.



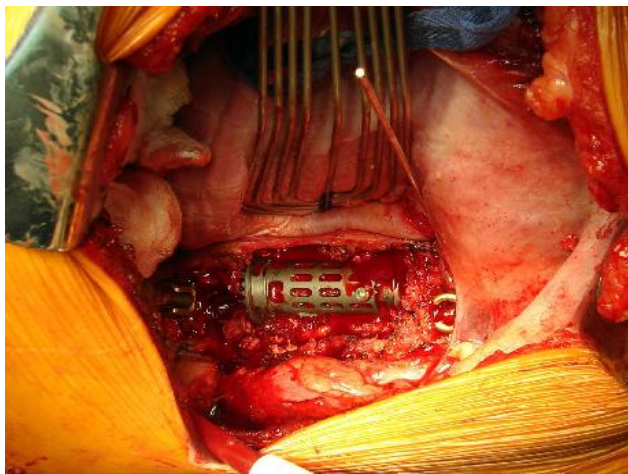
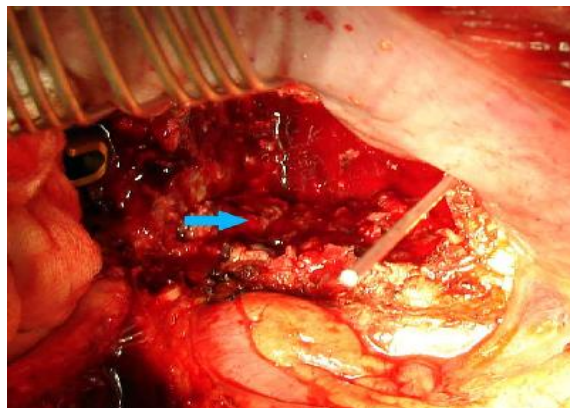
MR kręgosłupa- widoczna destrukcja całego trzonu Th11 i większości Th12. Strzałką zaznaczono ucisk na rdzeń kręgowy przez masy zapalne.

Ułożenie chorego na boku. Z cięcia bocznego przez międzyżebro odsłonięto kręgosłup. Poziom cięcia jest zależny od poziomu patologii. Płuco niewidoczne odsunięte chustą. Szpatałka odpycha przeponę. W dnie widoczny kręgosłup po usunięciu łupy zaplanej. Widoczna ubytek kości i dysku wskutek wyropienia (strzałka).



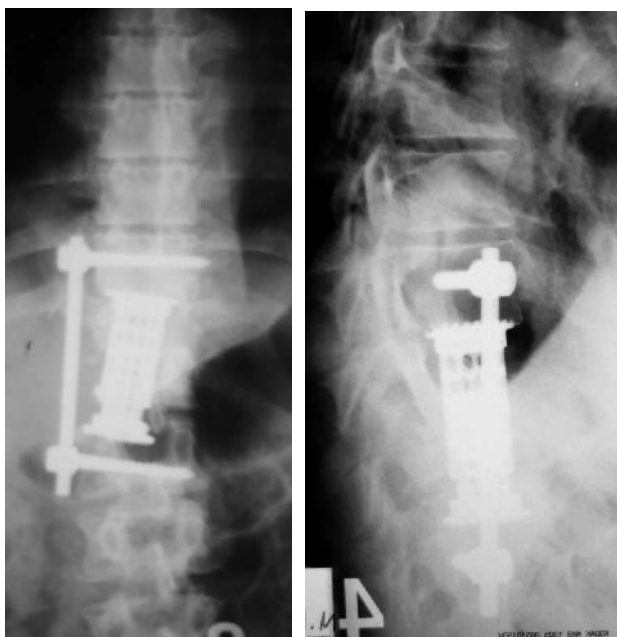
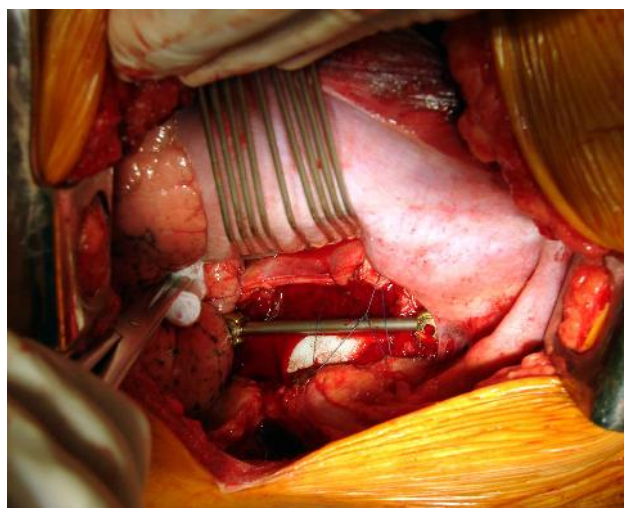
Po usunięciu 2 trzonów i uwolnieniu kanału kręgowego z ucisku. Widoczne wprowadzone śruby trzonowe przed wykonaniem stabilizacji.

Strzałką zaznaczono uwolniony worek oponowy nacieczony tkankami zapalnymi



Implantacja rozprężalnej protezy trzonu w wyresekowanej przestrzeni z korekcją kifozy kręgosłupa

Dodatkowa stabilizacja na pręcie i śrubach, worek obłożony materiałem hemostatycznym. Przed zamknięciem klatki zakłada się drenaż opłucnowy aby nie powstawał krwiak w jamie opłucnowej.



Kontrola rtg po operacji. Widoczna stabilizacja w miejscu wyresekowanych trzonów.

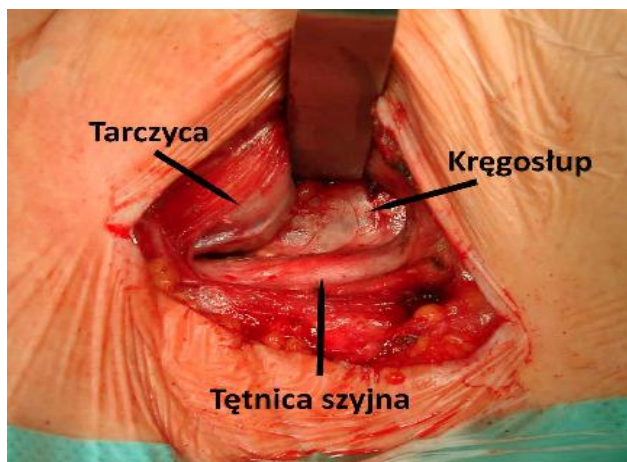
3) Resekcja kręgu szyjnego

Obraz kliniczny i radiologiczny:

Skrajna stenoza kanału kręgowego z powodu dyskopatii i zwyrodnienia kręgosłupa na poziomie C5-6-7. Niedowład kończyn górnych i dolnych wskutek uszkodzenia rdzenia.



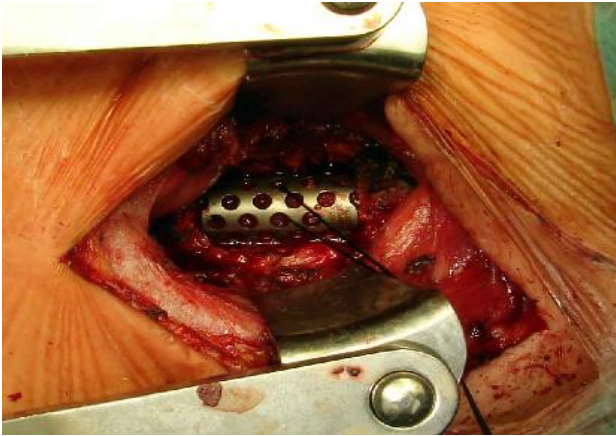
Stenoza spowodowana dyskopatią – na poziomie C5-6 wymiar kanału kręgowego 6 mm (norma 13 mm)



Cięcie wzdłuż mięśnia SCM na przednio-bocznej powierzchni szyji. Odsłonięcie kręgosłupa na tępo preparując tkanki. Dojście między tarczą, tchawicą i przełykiem a naczyniami szyjnymi. W dnie widoczny kręgosłup pokryty powięzią przedkręgową

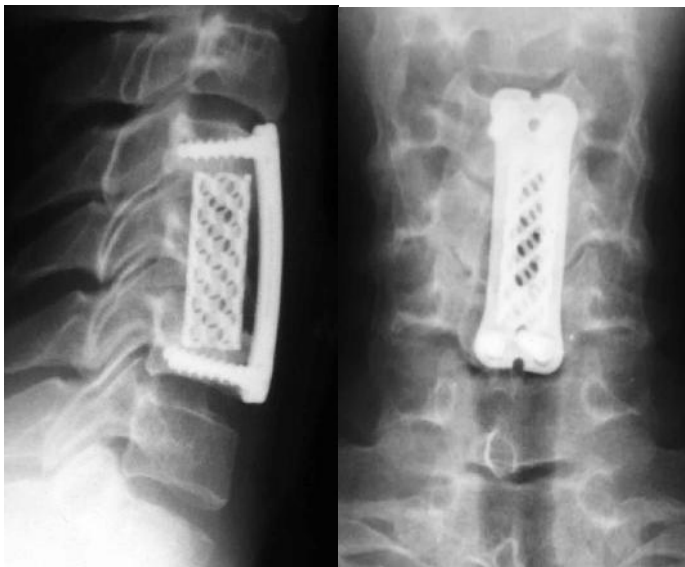
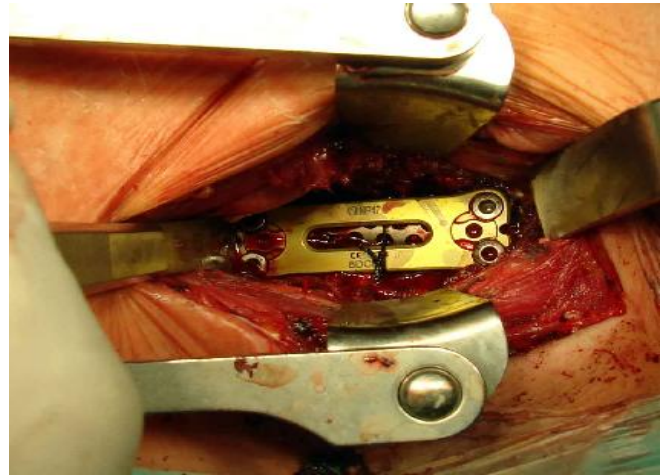
Stan po usunięciu trzonu i przyległych dysków z wyrostkami kostnymi sąsiednich trzonów. W dnie widoczna uwolniona opona





W miejsce usuniętych trzonów zaimplanowana proteza trzonów wypełniona przeszczepami własnymi.

Dodatkowa stabilizacja kręgosłupa na płycie szyjnej



Rtg pooperacyjne- widoczna stabilizacja w miejscu resekcji trzonu i dysków

Jeśli szukasz innych informacji o chorobach kręgosłupa zajrzyj do:

