

Operații în diformitățile scoliotice la copil Operations in the scoliotic deformation in children

Nicolae Șavga (jr.)¹ dr.hab șt. med, conf. univ., cercetător științific superior, **Nicolae Șavga²** dr. hab. șt. med., prof. univ.

1 - Laboratorul „Infecții chirurgicale la copii” al USMF „Nicolae Testemițanu”,

2 - Catedra de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică a USMF „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

În Clinica de Vertebrologie, Ortopedie și Traumatologie a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "N. Gheorghiu" 57 de copii, cu scolioză de etiologie diferită, au fost operați, pentru corectarea diformităților, la care au fost utilizate construcții polisegmentare.

Analiza comparativă a calității vieții pacienților cu deformări ale coloanei vertebrale severe (în conformitate cu chestionarul "EQ-5D"), înainte și după intervenția chirurgicală, a arătat că calitatea vieții pacienților în perioada postoperatorie s-a îmbunătățit esențial, în comparație cu perioada preoperatorie, de la $12,7 \pm 0,3$ puncte la $6,7 \pm 0,1$. Rezultatele îndepărtate ale tratamentului chirurgical au fost bune-39 (68,4%), satisfăcătoare - 12 (21,1%), și nesatisfăcătoare - 7 (12,3%).

Cuvinte cheie: diformitate, scolioză, tratament chirurgical, calitatea vieții.

Summary

In Clinic of vertebrology, orthopedics and traumatology of the National Scientifically-Practical Center of Children's Surgery of "N. Gheorghiu" 57 children, with a scoliosis of a different etiology, were operated, for correction of deformation at which was used polysegmentary constructions.

The comparative analysis of the quality of life of patients with severe spine deformations (according to a questionnaire „EQ-5D”), before and after surgical intervention, has shown that the quality of life of patients in postoperative period essentially improved, in comparison with the preoperative period, from $12,7 \pm 0,3$ points to $6,7 \pm 0,1$. The distant results of surgical treatment were good-39 (68,4%), satisfactory - 12 (21,1%), and unsatisfactory - 7 (12,3%).

Keywords: children, deformation, scoliosis, surgical intervention, quality of life.

Introducere. Diformitățile coloanei vertebrale la copil și adolescent, indiferent de etiologia lor, modifică principalele particularități ale coloanei - siguranța și stabilitatea ei, manifestându-se inițial prin dereglarea echilibrului, sindrom algic, dereglări neurologice și a funcțiilor organelor viscerale, care duc mai apoi la scăderea calității vieții celor cu afecțiuni [1, 2, 5]. Alegerea abordării terapeutice chirurgicale rămâne o problemă insuficient elucidată [3, 8, 9, 10].

Datele studiului epidemiologic efectuat în Institutul Mamei și Copilului estimează că în anul 2012 incidența maladiei scoliotice în RM constituit 7,8% din populație tânără, dintre care 0,26% - unghiul de deformare > 70°. Ea constituie 5,2% în structura afecțiunilor aparatului locomotor [4, 6, 7].

Probleme și contradicții. În boala scoliotică, până în prezent, atitudinea terapeutică rămâne a fi discutabilă pe următoarele aspecte:

- vârsta când copilul poate fi operat,
- metoda chirurgicală optimă,
- se impune sau nu intervenții la nivelul zonelor de creștere și al discurilor intervertebrale.

Scopul studiului: ameliorarea calității vieții copiilor cu diformități ale coloanei vertebrale prin elaborarea unui algoritm de tratament chirurgical individualizat.

Material și metode. În Clinica de Vertebrologie, Ortopedie și Traumatologie Pediatrică a USMF "Nicolae Testemițanu",

în perioada 2009-2016, au fost operați 57 copii, vârsta 5-18 (media=13,9) ani cu scolioză de diferite tipuri și etiologie. Vârsta lor era între 3,5 și 18 (media=13,9) ani, inclusiv fete - 37 (72,5%), băieți- 14 (27,5%). La 34 (66,7%) pacienți - s-a diagnosticat scolioză dorsală, în 18 (23,5%) cazuri dorso-lombară, în 5 (9,8%) - lombară.

Procedeele chirurgicale au fost diferențiate, având ca scop: înlăturarea factorului compresiv, a diformităților și dezechilibrului, crearea stabilității durabile a coloanei vertebrale.

Selecția procedurii chirurgicale se efectua bazându-se pe: vârsta pacientului, gradul deformației, mobilitatea deformației (rigidă, labilă), manifestările clinico-neurologice, starea somatică a pacientului.

Individual, în baza indicilor prezențați, au fost apreciate 4 procedee chirurgicale:

Procedeele chirurgicale I - a vizat 19 (37,3%) pacienți (14 fete, 5 băieți, vârsta - 14-16 (media - 14,8 ani) s-a aplicat pacienților cu scolioză cu unghiul de deformare până la 70°, labilă (coeficientul Harrington>5), creștere finalizată (test Risser 3-4).

Manopera: mobilizarea posterioară a segmentului deformat, rezecția ghebului costal + corectarea dorsală și stabilizarea cu sistemul CD + spondilodeză posterioară cu autogrefe.

Procedeele chirurgicale II - a fost aplicat la 16 (31,3%) pacienți (14 fete, 2 băieți, vârsta - 14-17 (media - 15,9 ani) cu unghiul de deformare > 70°, rigide (coeficientul Harrington < 5), creștere finalizată (test Risser 3 - 4).

Manopera a inclus 2 etape:

I Etapa: toracotomie (fig. 1), discectomia (5-6 nivele) cu corporodeză (fig. 2).

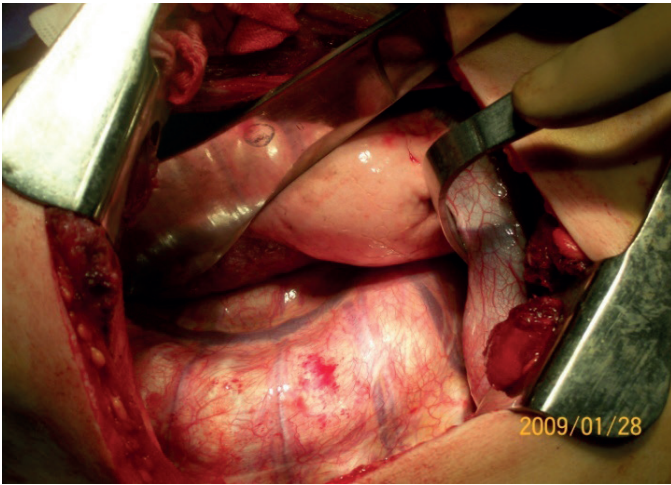


Fig. 1. Toracotomie.

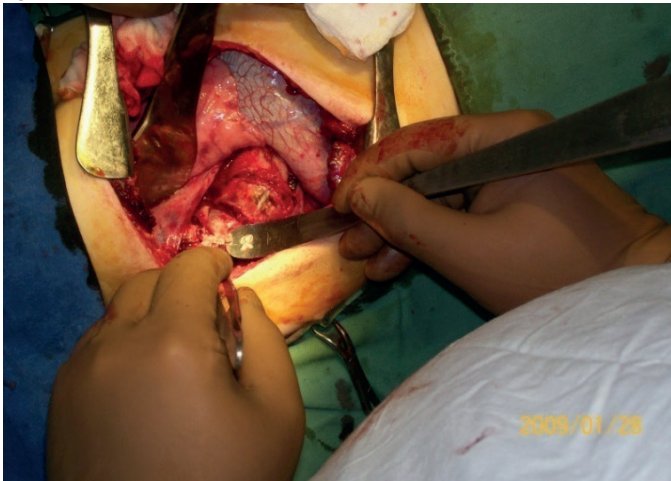


Fig. 2. Discectomia cu corporodeza (5-6 nivele).

Etapa a II: mobilizarea posterioară, corectarea dorsală a diformității, **manevra de derotație** și stabilizarea cu sistem CD + rezecția ghebului costal + spondilodeză cu autogrefe.



Fig. 3. Aspect clinic și radiografia bolnavei S., 13 ani, până la intervenția chirurgicală.

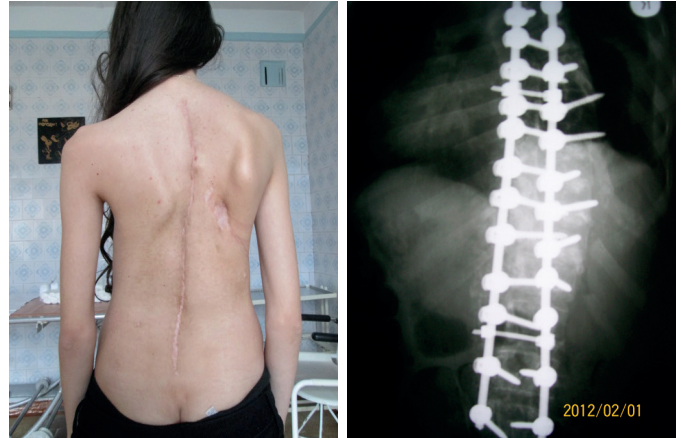


Fig. 4. Aspect clinic și radiografia bolnavei S., 16 ani, peste 3 ani după intervenția chirurgicală.

În 5 cazuri ambele etape au fost efectuate în aceeași ședință de anestezie, în alte 12 cazuri – cu un interval de 5-9 zile.

Procedeu chirurgical III – s-a aplicat la 11 (21, 6%) pacienți (8 fete, 3 băieți, vârsta – 5-12 ani) – pacienții scolioză juvenilă **unghiul de deformare >70°**, forma **labilă** (coeficientul Harrington>5), **creștere nefinalizată** (test Risser 0-2).

Manopera (fig. 5): epifiziodeză pe vârful diformității la 5-6 discuri + mobilizarea posterioară, corectarea dorsală și stabilizarea prin **“construcție în creștere”**. După încetarea creșterii – rezecția ghebului costal + spondilodeză posterioară.

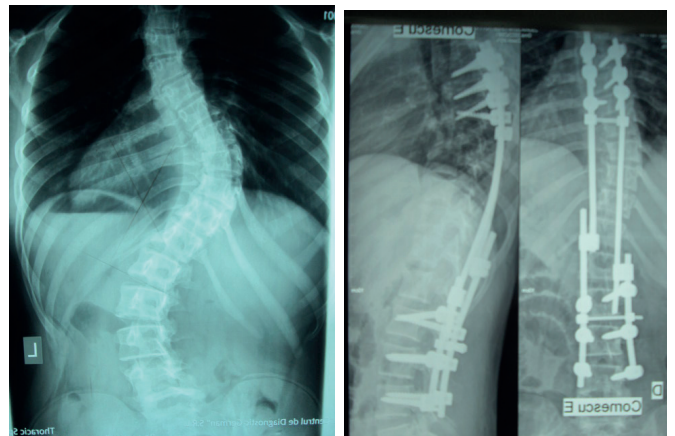


Fig. 5. Aspect radiografic ale pacientului pre- și postoperator (3 ani).

Al patrulea (IV) procedeu chirurgical – a vizat 5 (9,8%) pacienți (4 fete, 1 băiat, vârsta – 14-16 (media – 14,3) ani) cu **scolioză lombară**, **unghiul de deformare până la 40°**, forma **labilă** (coeficientul Harrington>5), **creștere finalizată** (test Risser 3-4) cu manifestări clinice de mielo-radiculoischemie (“șchiopătatul intermitent”).

Manopera: interlaminectomie, fațectomie polisegmentară cu decompresia structurilor neurale. Corectarea diformității și fixarea coloanei cu sistemul CD, spondilodeză posterioară cu autogrefe.

Sindromul algic și dereglările neurologice s-au redus la toți pacienții.

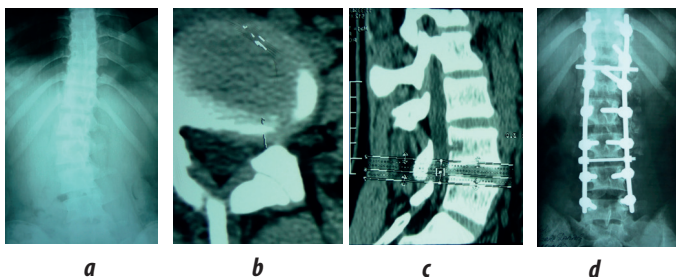


Fig. 6. Aspect radiografic ale pacientului pre- și postoperator (3 ani): a, – scolioza lombară gr III, b, c – stenoza combinată canalul rahidian, d – postoperator, corecția diformității - 96%

Rezultatele

Rezultatele tratamentului chirurgical s-au apreciat în funcție de gradul de corecție al unghiului diformității coloanei vertebrale la distanță de 1-5 ani (n=57): **Rezultat bun** (corecția > 55% de la nivelul inițial) s-a constatat la 39 bolnavi (68,4%), **Rezultat satisfăcător** (55%-40%) la 12 (21,1%), **Rezultat nesatisfăcător** (< 40% sau progresarea deformării) – la 7 pacienți (12,3%).

Calitatea vieții pacienților operați. Analiza comparativă a rezultatelor calității vieții copiilor cu scolioză (după chestionarul "EQ-5D", elaborat de "EuroQoL"), până și după intervențiile

chirurgicale, a demonstrat că în perioada postoperatorie calitatea vieții s-a ameliorat semnificativ comparativ cu perioada preoperatorie - de la scorul de $12,1 \pm 0,2$ puncte preoperator la $7,08 \pm 0,09$ în perioada imediat postoperatorie și la $7,02 \pm 0,1$ postoperator la distanță pe o perioadă de 5 ani.

Concluzii

1. Metodele optime de corecție a diformităților scoliotice severe rigide: relizul ventral a coloanei; mobilizarea dorsală după metoda Ponte pe tot parcursul diformității, corecția și fixația coloanei vertebrale cu construcție metalică.

2. Tratamentul chirurgical al scoliozelor juvenile severe începe la 8-10 ani, cu următoarele corecții dorsale cu "construcție în creștere", fără efectuarea fuziunii posterioare a coloanei vertebrale.

3. În cazurile diformităților congenitale corecția primară chirurgicală a defectelor a fost efectuată la copii la vârsta de 5-7 ani – "spondilodeză de blocare" pe partea concavă a curburii cu corecție dorsală următoare cu "construcție în creșterea" fără efectuarea fuziunii posterioare a coloanei vertebrale.

4. Corecția finală a deformației, spondilodeză posterioară și toracoplastică sunt efectuate la sfârșitul perioadei de creștere a coloanei vertebrale.

Bibliografie

1. Șavga N.Gh., Șavga N.N.. Utilizarea tijei Harrington în corecția scoliozei. Chișinău. Anale științifice ale Asociației Chirurgilor Pediatri Universitari, Vol.N3.p. 69-71, 2003.
2. Șavga N., Șavga N.G., Elena Rusu. Tratamentul diformităților scoliotice ale coloanei vertebrale la copii în perioada creșterii intense. În: Anale Științifice ale Asociației Chirurgilor-Pediatri Universitari din Republica Moldova.Vol.XIV.Chișinău, 2011, p.51-52.
3. Șavga N. Dispozitiv pentru tratamentul diformităților scoliotice ale coloanei vertebrale la copii. În: Revista de Știință, Inovare, Cultură și Artă "Akademos". Chișinău, 2011, №1, p.91-93.
4. Jesse H.Dickson et all. "Harrington instrumentation and arthrodesis for idiopathic scoliosis", J. of Bone and joint surj. 1990, N.5, p.678.
5. Cotrel Y., Dubousset J. C-D instrumentation in spine surgery. Principles, technicals, and traps.- 1992.
6. Constantinescu C. Tendințele în tratamentul chirurgical al scoliozelor structurale. Actualități în chirurgie. Editura medicală București, 1989, p.316-317.
7. Андрианов В.П., Баиров Г.А., Садофьева В.И., Райе Р.Э. Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков. -СПб.,1985.
8. Ульрих Э.В. Аномалии позвоночника у детей. Руководство для врачей.- СПб.,1995.
9. Казьмин А.И., Фищенко В.Я. Дискотомия (этиология, патогенез и лечение сколиоза). Москва., 1974.
10. Шавга Н.Н. Результаты консервативного лечения идиопатических сколиотических деформаций грудно-поясничного отдела позвоночника. В: Материалах Всеукраинской Научно-Практической конференции «Реабілітація дітей із захворюваннями та пошкодженнями хребта». Харьков -Евпаторія, Україна, 2011, с.176.