

Bibliografie

1. Antonescu D. – Citat din „Dispozitivul de fixare externă minim invazivă” (Neculai Filipescu); Editura „Gr. T. Popa”, Iași, 2008, p. 1.
2. Georgescu A.M. “Lambourile în chirurgia reconstructivă”; QUO VADIS, Cluj-Napoca, România, 1999, p. 69.
3. Lee L. Q. Pu. Soft-Tissue Reconstruction of an Open Tibial Wound in the Distal Third of the Leg - A New Treatment Algorithm; Annals of Plastic Surgery, v 58, n 1, 2007, p 68 – 76.
4. Naique S.B, Pearse M., Nanchahal J. Management of severe open tibial fractures; The Journal of Bone and Joint Surgery, v. 88-b, n 3, 2006, p 351 – 357.
5. Zalavras Charalampos G., Marcus Randall E., Levin Scott L. Patzakis Michael J. Management of Open Fractures and Subsequent Complications; J Bone Joint Surg Am. 2007, v 89, p 884-895.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL SCOLIOZELOR LOMBARE ASOCIATE CU STENOZA CANALULUI RAHIDIAN

Nicolae Caproș

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie în campanie USMF N. Testemițanu

Summary

Surgical treatment of patients with scoliosis association with spine stenosis

The author analyzed the results of surgical treatment of patients with scoliosis associated with stenosis of the vertebral canal. All patients had back pain and different neurological disturbances. Surgical treatment has been performed in 20 patients aged 36-66 years. 8 patients had the monosegmental lesions and polysegmental lesions were present in the rest of the patients. The improvement of the algic syndrome and the regression of neurological disturbances were obtained in 19 cases.

Key words: scoliosis, stenosis, monosegmental polysegmental.

Rezumat

În articol este analizată eficacitatea tratamentului chirurgical al bolnavilor cu diformități scolioțice la adulți, asociate cu stenoza canalului rahidian cu manifestări algice de diferită intensitate și dereglări neurologice de diferită gravitate. Au fost interveniți 20 pacienți, cu vârsta între 36-66 ani. Afectare monosegmentară s-a menționat la 8 pacienți, la restul pacienților afectare polisegmentară. Ameliorarea sindromului algic și regresia simptomaticeii neurologice s-a menționat în 19 cazuri.

Actualitate

Diformitățile scolioțice ale coloanei vertebrale sunt unele din cele mai des întâlnite și grave maladii ortopedice, incidența fiind mai mare de 15% în structura patologiei aparatului locomotor. Scoliozele avansate de gr. III și IV cu dereglări funcționale și cosmetice pronunțate constituie de la 1,5 până la 2%. Încurbarea structurală multiplanică a coloanei vertebrale cu evoluție progresivă în timp, cauzează diformarea secundară a toracelui, bazinului cu dereglări cardio-respiratorii și funcției organelor pelviene. Formele avansate a diformităților scolioțice cu stenoza canalului rahidian se complică cu dereglări neurologice, în urma schimbării corelației topografo-anatomice între structurile medulei spinale și canalului rahidian^{1,4}.

Stenoza de canal rahidian lombar este caracterizată printr-un simptomocomplex de dereglări compresiv-ischemice a cozii de cal, condiționat de îngustarea anatomică a canalului rahidian și receselor laterale. În această patologie clinica este dominată de claudicația intermitentă, dereglările sfincteriene și radiculare de diferită gravitate.^{1,4,6} La examenul imagistic

(RMN, CT) al pacientului cu dureri lombare incidența stenozelor lombare a fost depistată la 15% (Leonard I.M, 1991). Clasificarea topică a stenozelor lombare include: stenoza lombară centrală, laterală și asociată sau combinată⁸.

M.W. Chapman (1993) clasifică stenozele lombare în: stenoză monosegmentară lombară stabilă și instabilă; stenoză polisegmentară stabilă și instabilă. În dezvoltarea stenozelor lombare un rol important revine particularităților anatomice ale arcurilor vertebrale, hipertrofiei ligamentului galben, osteofitozei dorsale vertebrale, prolabării sau hernierii discurilor intervertebrale, proceselor aderențiale vertebrale, diformităților scoliotice cu rotație patologică vertebrală.^{2,3,5,7}

Material și metode

Tratamentul chirurgical au fost supuși 20 pacienți cu stenoză lombară în asociere cu diformități scoliotice. Femei – 14, bărbați – 6, cu vârsta între 36 și 66 ani, iar vârsta medie de 47 ani. Durata maladiei de la 1,5 luni la 2 ani.

Simptomica clinică se caracteriza prin claudicații intermitente cu dereglarea funcției organelor pelviene, pareza membrelor inferioare de diferite grade, perturbări radicular-compresive, dereglări de statică și mers, spondiloartralgii de diferită intensitate, dereglări reflectorii și de sensibilitate. La 3 pacienți s-au apreciat escoriații ale tegumentelor membrelor inferioare și ulceratii. La examenul radiologic în incidența standard și axială 3/4 s-au apreciat scăderea înălțimii spațiilor intervertebrale, scleroza subchondrală, osteofite pe partea dorsală și anterioară a corpurilor vertebrale, hiperplazia apofizelor articulare, scurtarea arcurilor vertebrale, anomalii ale tropismului articular, micșorarea diametrului canalului rahidian între 8 și 14 mm. La CT se aprecia micșorarea diametrului sagital al canalului rahidian și receselor laterale, torsia vertebrală. La examenul imagistic prin RMN s-au determinat semne de îngustare a canalului rahidian, procese degenerative în discurile intervertebrale cu prolabare sau herniere discală în canalul rahidian, semne de compresie ale elementelor cozii de cal, hipertrofia elementelor galbene, deformarea sacului dural etc.

Scolioza lombară cu stenoza unisegmentară s-a apreciat la 8 pacienți. Segmentul L₃-L₄ a fost afectat în 4 cazuri, L₄-L₅ în 2, L₂-L₃ într-un caz și L₁-L₂ -1 caz. La restul pacienților s-a determinat afectare polisegmentară a coloanei vertebrale lombare. În aprecierea volumului intervenției chirurgicale s-au considerat manifestările clinice, datele examenului imagistic și electrofiziologic (electromiografia a fost efectuată la 16 pacienți) și numărul segmentelor vertebrale afectate.

În tratamentul stenozei lombare majoritatea autorilor preferă laminectomia lărgită cu flavectomie și fasetectomie parțială, însă înlăturarea elementelor posterioare ale coloanei vertebrale, în deosebi în afecțiunile polisegmentare pot favoriza dezvoltarea instabilității postlaminectomice cu manifestările clinice respective. Din acest motiv în tratamentul stenozelor lombare asociate cu scolioză am dat preferință operației de hemilaminectomie cu flavectomie și fasetectomie parțială la 12 bolnavi. La 8 bolnavi a fost folosită metoda de decompresie și reconstrucție prin metoda de abord dorso-lateral miniinvaziv în modifi cația noastră. La 2 bolnavi cu scolioză gr. II, forma rigidă cu laterolisteză polisegmentară și clinica de caudopatie discirculatorie, dereglări sfincteriene s-au efectuat hemilaminectomii alternante la 3, 4 și 5 nivele. În timpul intervenției chirurgicale s-au depistat semne de compresie a sacului dural cu strangularea la nivelul arcului vertebral și fasetelor articulare, îngroșarea ligamentului galben pînă la 6-8 mm. La 3 bolnavi s-a efectuat verificarea discurilor intervertebrale, la care preoperator la examenul RMN și CT s-au depistat semne de degenerescență ale discului intervertebral. S-a înlăturat discul intervertebral fibrozat cu chiuretaj ulterior. Metoda de decompresie și reconstrucție propusă de noi și efectuată la 8 pacienți a permis micșorarea traumatizării aparatului ligamentar (ligamentelor supra- și infraspinoase) și a mușchilor paraspinali. Păstrarea apofizelor articulare din partea contralaterală a intervenției chirurgicale efectuate cu păstrarea aparatului ligamentar și muscular permite verticalizarea precoce a pacientului, fiind un factor esențial de stabilizare vertebrală.

Rezultate și discuții

Rezultatele tratamentului la bolnavii operați cu scolioze asociate de stenoze lombare evaluate la distanță de la 1 la 6 ani au arătat ameliorarea statusului ortopedic și neurologic la 19 bolnavi. La ei au regresat manifestările clinice de parapareză inferioară, s-a ameliorat funcția organelor pelviene cu regresul deplin al simptomaticei radiculare.

Rezultatul tratamentului la 1 pacient a fost apreciat ca nesatisfăcător în lipsa regresului neurologic și restabilirii funcției organelor pelviene evidente, deși s-a stopat progresarea dereglărilor neurologice.

În perioada postoperatorie bolnavilor li s-a indicat: preparate reologice - pentoxifilină, reopoliglucină; vitamine: C, B1, B6, riboxină. La a 3 zi s-a indicat masaj al membrelor, electrostimularea mușchilor membrelor inferioare, gimnastică curativă timp de 5-7 zile în pat, apoi efort dozat în poziție verticală. Pacienții au fost verticalizați la a 3-10 zi postoperator, în medie la a 5 zi. S-au indicat corsete tip Leningrad și Lumbostad cu imobilizarea regiunilor dorso-lombare pe timp de la 6 la 12 săptămâni. La 2 bolnavi după înlăturarea firelor (la a 12 zi) s-au aplicat corsete gipsate cu imobilizarea regiunilor toracică și lombară.

Toți pacienții în decursul primului an postoperator au urmat cure de recuperare în staționar la 2-3 luni și la 6-9 luni, în dependență de caz pe termen de 10-14 zile. Pe parcursul anilor următori bolnavii au fost examinați la 6 și 12 luni. În cazuri particulare au fost repetate cure de recuperare medicală, ce a inclus masaj ale membrelor inferioare, trunchiului, magnetoterapie, electrostimularea mușchilor spatelui și membrelor inferioare, fonoforeză cu unguent de hidrocortizon, naclofen etc., iar la prezența sindromului algic cu lidocaină și dimexid. Peste 6 luni bolnavilor s-a recomandat tratament balneo-sanatorial.

12 bolnavi au recăpătat activitatea profesională în termeni de pînă la un an după operație. La 3 a fost apreciată grupa II de invaliditate, la 5- care aveau grupa II și III pînă la operație a fost păstrată grupa de invaliditate.

Concluzii

1. Rezultatele tratamentului chirurgical al bolnavilor cu scolioză lombară asociată de stenoza canalului rahidian lombar corelează direct cu durata dezvoltării dereglărilor neurologice și necesită o tactică bine determinată și diferențiată pentru fiecare caz în parte.
2. La etapa actuală unele din cele mai bine argumentate metode de tratament chirurgical al diformităților scoliotice în asociere cu stenoza sunt intervențiile miniinvazive de decompresie medulară și reconstrucția canalului rahidian cu păstrarea maximal posibilă a elementelor de stabilizare posterioară a coloanei vertebrale pentru prevenirea instabilității iatrogene vertebrale.

Bibliografie

1. Aebi M. The adult scoliosis. //J. Eur Spine, 2005. /Vol 14, 10, 925-48.
2. Harms J, Sturc H. Severe Spondylolisthesis. Springer, Darmstadt, 2004, 154.
3. Oskouian R. J. Jr, Shaffrey C. I. Degenerative lumbar scoliosis. //J. neurosurg. Clin N Am, 2006, 17, 3, 299-315.
4. Pappou I. P, Girardi F.P, et al. Discordantly high spinal bone mineral density values in patients with adult lumbar scoliosis //Spine, 2006, 31, 14, 1614-1620.
5. Ploumis A, Transfeldt E, et al. Degenerative lumbar scoliosis: radiographic correlation of lateral rotatoryolisthesis with neural canal dimensions. //Spine. 2006, 31, 20, 2353-2358.
6. Schwab Fet al. Adult scoliosis: prevalence, SF-36, nutritional parameters in elderly volunteer population. //Spine. 2005, 30, 9, 1082-1085.
7. Радченко В.А. Корж Н.А. Практикум по стабилизации грудного и поясничного отделов позвоночника. Харьков, Прапор, 2004, 160.
8. Полищук М. Е., Исаенко А.Л. //Клиника и диагностика поясничного стеноза. Украинский Мед. Журнал. 2001-№ 2(22). P: 106-109.