

*Michał Pańka, Grzegorz Siedlecki,
Daniel Zarzycki, Arkadiusz Niechciałkowski¹*

**Przyczynek do stosowania
systemu DERO w leczeniu złamań
kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym**

Streszczenie. Przedstawiono wczesne obserwacje leczenia złamań kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym systemem stabilizacji. Wstępne wyniki są zachęcające, ale mała ilość przypadków i krótki okres obserwacji uniemożliwiają wyciągnięcie wniosków.

Złamania kręgosłupa w Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego były stabilizowane w różny sposób.

Jako stabilizatorów używano płyt Daaba, sprężyn Grucy i prętów Harringtona. Ostatni sposób zespolenia był stosowany przez ostatnie 15 lat. Analizując materiał operacyjny stwierdziliśmy 40% niepowodzeń, a zatem znacznie większy niż podawany przez literaturę światową, który wynosił 30% (3). Skłoniło to nas do rewizji wyznawanych poglądów i spowodowało wprowadzenie w roku 1996 do stabilizacji kręgosłupa systemu DERO (1, 2, 4). Doświadczenie nasze jest niewielkie niemniej jednak chcemy przedstawić opis 2 chorych, u których z dobrym skutkiem zastosowano system DERO.

Chora U. K. 1.31 Nr hist. chor. 19711/96 doznała wieloodłamowego złamania trzonów kręgu Th₈ i Th₉ w następstwie upadku ze skałki wysokości około 6m. Złamaniom /fot. 1 i 2/ towarzyszył niedowład

kończyn dolnych bez zaburzeń czucia głębokiego. Tomografia komputerowa /fot. 3/ uwidoczniała wieloodłamowe złamanie kręgów Th₈ i Th₉ z uciskiem rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych.



Ryc. 1. Wieloodłamowe złamanie kręgu Th₈ i Th₉.

¹ Michał Pańka, Grzegorz Siedlecki, Daniel Zarzycki, Arkadiusz Niechciałkowski, Oddział Urazowo-Ortopedyczny Woj. Szpitala Zesp. w Kielcach Ordynator Oddziału lek.med.
Michał Pańka



Ryc. 2. Wieloodłamowe złamanie kręgów Th_8 i Th_9 .



Ryc. 3. TC kręgu Th_9 , widoczne zwężenie kanału kręgowego

Wykonano stabilizację DERO metodą „całujących się haków” kotwicząc je na łukach kręgów $Th_{6,7}$ i $Th_{10,11}$ oraz

usztynwienie przeszczepami kostnymi pobranymi z talerza biodrowego / fot.4, 5/.

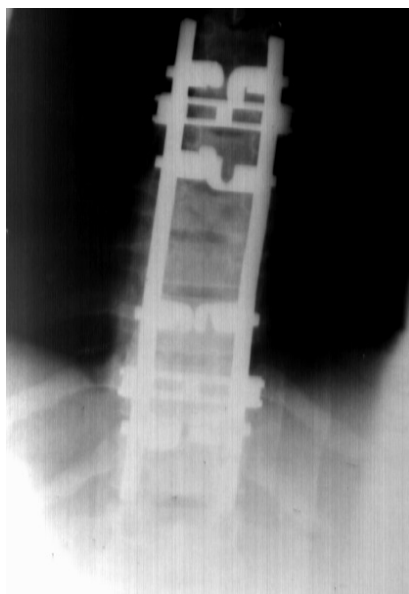
Rana wygoiła się przez rychłozrost. Po ustąpieniu po 2-ch tygodniach od zabiegu objawów neurologicznych chora rozpoczęła chodzenie bez op. gipsowego. 3 miesiące po zabiegu operacyjnym dolegliwości nie zgłasza.



Ryc. 4. Złamanie kręgów Th_8 i Th_9 ustabilizowane systemem DERO.

Chora S. W. 1.19 wyskoczyła przez okno z 3 piętra i doznała wybuchowego kręgu L_2 z bocznym podwichnięciem L_2/L_3 /fot. 6, 7/, złamania kostki przyśrodkowej prawej oraz złamania panewki stawu biodrowego lewego. Objawów neurologicznych nie stwierdzono. W tomografii komputerowej stwierdzono wieloodłamowe złamanie kręgu L_2 , łuku L_2 , podwichnięcie L_2/L_3 o 6 mm i stenozę kanału na wysokości L_2 o 10 mm z centralnym uciskiem worka oponowego. Podczas zabiegu operacyjnego z dojścia tylnego wykonano

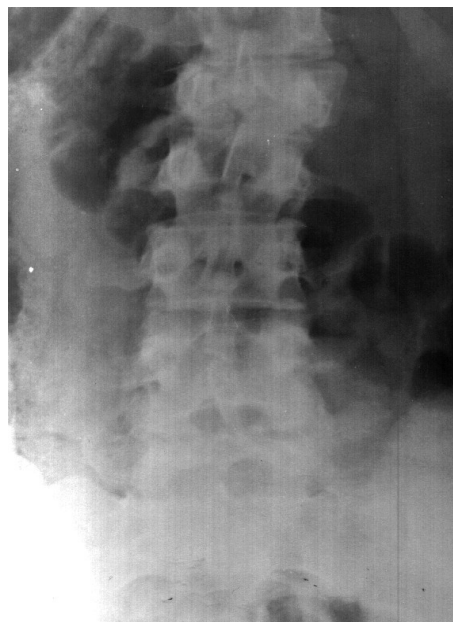
stabilizację transpedicularną L_1 i L_3 . Spondylodeza przeszczepami z talerza biodrowego zakończyła zabieg operacyjny /fot.9 ,10/.



Ryc. 5. Złamanie kręgów Th_8 i Th_9 ustabilizowane systemem DERO.



Ryc. 6. Wybuchowe złamanie kręgu L_2 .

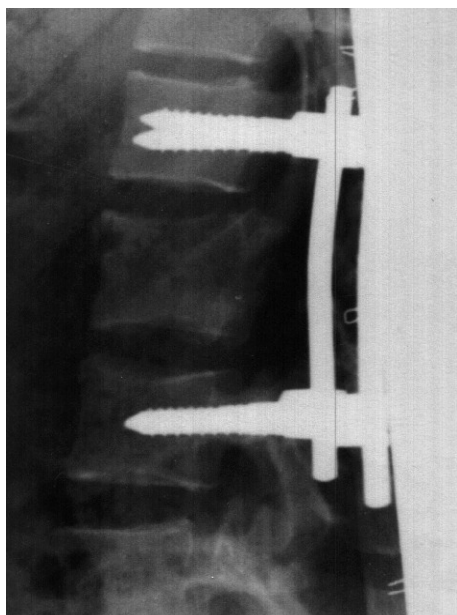


Ryc. 7. Wybuchowe złamanie kręgu L_2 .

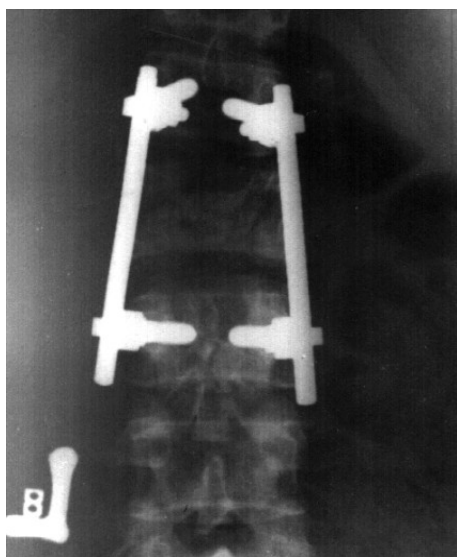


Ryc. 8. TC Wybuchowe złamanie kręgu L_2 powoduje zwężenie kanału kręgowego.

Po zabiegu operacyjnym stwierdzono osłabienie siły mięśniowej kończyn dolnych, brak czucia powierzchownego i głębokiego stopy prawej oraz osłabienie czucia powierzchownego okolicy ud, kolan i łydek.



Ryc. 9. Złamanie kręgu L_2 ustabilizowane systemem DERO.



Ryc. 10. Złamanie kręgu L_2 ustabilizowane systemem DERO.

Rana wygoiła się przez rychłozrost. Obecnie chora jest w trakcie leczenia

usprawniającego. Obserwuje się stałą i powolną poprawę stanu neurologicznego. Ze względu na złamanie panewki i kostki przyśrodkowej porusza się na wózku inwalidzkim.

Obserwując urazy kręgosłupa dochodzimy do wniosku, że w większości przypadków standardowe zdjęcia rtg niedokładnie obrazują rozmiar i rodzaj uszkodzenia elementów okostnych. Wobec powyższego precyzyjne ustalenie wskazań do zabiegu operacyjnego wymaga połączenia tradycyjnego rtg i tomografii komputerowej. Instrumentarium DERO zezwala na prawie całkowitą korekcję zniekształcenia i otworzenie kanału kręgowego. Niewątpliwą jego zaletą jest zmniejszenie rozległości zabiegu operacyjnego i ilości usztywnionych elementów ruchowych kręgosłupa.

Przedstawione przez nas przypadki dotyczą minimalnego materiału klinicznego co w połączeniu z krótkim okresem obserwacji nie pozwala na wyciągnięcie wniosków.

Piśmiennictwo

1. Ciupik L., Golik M.; *DERO nowy polski system do trójplaszczynowej stabilizacji skolioz*. Chir.Narz.Ruchu i Ortop, Pol. 1992, 57, supl.1. 147÷150.
2. Majcher P., Skwarcz A.; *Instrumentarium DERO w leczeniu zniekształceń, chorób i urazów kręgosłupa*. Materiały II Seminarium Naukowego Mechanika w Medycynie. Rzeszów 1993, 23÷25.
3. Mc Affa P. C., Bohlman H. H.; *Complications following Harrington instrumentations for fractures of the thoracolumbar spine*. J. Bone Joint Surg. 1985, 67. 672÷685.
4. Zarzycki D., Ciupik L.; *Uniwersalny system korekcyjno-stabilizacyjny DERO do operacyjnego leczenia kręgosłupa*, LFC Zielona Góra 1995.