

To hasło przewodnie VI Sympozjum Naukowego Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Neurologicznej, które odbędzie się w dniach 24 i 25.04.2009 w Katowicach. Wszystkich zainteresowanych tematyką schorzeń kręgosłupa serdecznie zapraszamy, tym bardziej, że wśród znamienitych gości będzie można wysłuchać wykładów naszych neurochirurgów.

Poniżej zamieszczamy streszczenia przygotowanych na symposium zagadnień

LECZENIE NEUROCHIRURGICZNE W MIELOPATII SZYJNEJ

Pod nazwą mielopatii szyjnej rozumiemy zespół objawów neurologicznych z odcinka szyjnego rdzenia kręgowego wywołany przez zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa. Zespół ten rozwija się najczęściej powoli jako schorzenie przewlekłe, ale może wystąpić nagle, wskutek zadziałania czynników zewnętrznych takich jak uraz bezpośredni, mechanizm biczowy czy przeciążenie obręczy barkowej w tym również w czasie ćwiczeń, przyjmując charakter ostrej mielopatii o różnym stopniu deficytu neurologicznego do tetraparezy włącznie. Za przyczynę wystąpienia tego zespołu przyjmuję się

niedokrwienie odcinkowe rdzenia, spowodowane uciskiem tętnic rdzeniowych, korzeniowych lub kręgowych. W przypadku mechanizmu odgięciowego (biczowego), przerośnięte więzadło żółte może bezpośrednio ucisnąć rdzeń.

Wielu autorów zwraca uwagę na specyfikę odpływu żylnego krwi z przestrzeni nadtwardówkowej w odcinku szyjnym. W przypadku urazu, obrzęk rdzenia może spotęgować panującą w kanale kręgowym ciasnotę spowodowaną zmianami spondylopatycznymi ze wszystkimi konsekwencjami czynnościowymi i morfologicznymi zastoju żylnego w przestrzeni okołordzeniowej i w samym rdzeniu.

Jak wynika z licznych doniesień wyniki leczenia operacyjnego w mielopatii przewlekłej i ostrej oceniane są bardzo różnie, od całkowitej negacji skuteczności postępowania chirurgicznego do doniesień o znacznym złagodzeniu deficytu neurologicznego. Rutynowe stosowanie rezonansu magnetycznego w diagnostyce odcinka szyjnego kręgosłupa, pozwala na szybkie zlokalizowanie przyczyny schorzenia i tym samym na wczesne wdrożenie leczenia operacyjnego. Jednocześnie rozwój implantologii w chirurgii kręgosłupa nie ogranicza już dzisiaj chirurga w rozległości obarczenia struktur nerwowych i pozwala odtworzyć mechaniczne funkcje kręgosłupa.

autorzy: Jerzy Pieniążek, Tomasz Pieniążek, Anna Dobkiewicz,
Lechosław Ciupik, Jacek Trompeta

WĄSKI KANAŁ KRĘGOWY

Wąski kanał kręgowy to jednostka o etiologii wrodzonej. Opisana została po raz pierwszy przez Verbiesta w 1954r a w piśmiennictwie polskim przez Maciejaka i Kuśmiderskiego. Zespół ten nie powoduje żadnych dolegliwości ani objawów, do czasu pojawienia się nawet niewielkich zmian zwyrodnieniowych, dla których kanał kręgowy nie dysponuje rezerwą objętościową. Najczęściej pierwszymi symptomami sugerującymi możliwość istnienia pomniejszonych rozmiarów kanału kręgowego, są dolegliwości pojawiające się podczas przeciążeń organizmu takich jak dźwiganie czy intensywne ćwiczenia. Tłumaczy się zastojem żylnym w kanale kręgowym w wyniku utrudnionego odpływu krwi w wyniku działania tłoczni brzusznej. Wąski kanał kręgowy można rozpoznać tylko radiologicznie na podstawie jego pomiarów. Jako prawidłowe wymiary kanału kręgowego, przyjęto wartości podane przez Dyke,a i Epsteina opublikowane w latach 30-tych. I chociaż pomiary te prowadzone były pod kątem patologii nowotworowej kanału kręgowego, jednak ich powtarzalność została potwierdzona przez późniejsze badania inny autorów. W celu

objektywizacji pomiarów kanału kręgowego Jones i Thomson wprowadzili wzór polegający na określeniu stosunku iloczynów przekątnych trzonu i kanału kręgowego. Znajomość rozmiarów kanału kręgowego ma duże znaczenie w wyborze postępowania leczniczego, tak zachowawczego jak i operacyjnego. Aktualne metody diagnostyczne takie jak tomografia osiowa czy rezonans magnetyczny, pozwalają na dokładne pomiary badanych struktur kręgosłupa. Jednak w przypadku rozpoznania wąskiego kanału kręgowego, planowanie zabiegu operacyjnego powinno być rozszerzone o badania kontrastowe, gdyż tylko one pozwalają na pełną wizualizację ucisku struktur nerwowych wskazując na miejsca w których wymagana jest dekompresja korzeni, rdzenia lub „ogona końskiego”. Ostatnie spostrzeżenia wielu autorów oraz nasze, pozwalają na stwierdzenie, że zastosowanie stabilizatorów międzywyrastkowych, w sposób istotny spowalnia powstawanie zmian zwyrodnieniowych w obrębie stawów międzykręgowych, co można uznać za profilaktykę stenozy kanału kręgowego.

autorzy: Jerzy Pieniążek, Tomasz Pieniążek, Anna Dobkiewicz, Lechosław Ciupik, Jacek Trompeta