

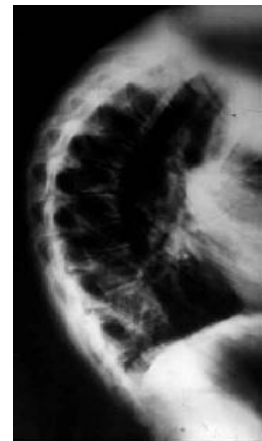


Opracowanie:

***Dr n.med. Bogdan Bakalarek
specjalista ortopeda - traumatolog
kontakt na www.ortopeda.biz.pl***

Choroba Scheuermanna

Choroba Scheuermanna to kifotyczna deformacja kręgosłupa powstająca przed okresem pokwitania. Obraz hiperkifozy piersiowej to zapadanie się tułowia do przodu, a z tyłu wystawanie pleców w postaci garbu. Choroba ta zaczyna się w wieku 10-14 lat. Związana jest z zaburzeniami wzrostu trzonów kręgów i postępującym sklinowaceniem kręgów (powstają włamania dysków do trzonów: tzw. guzki Schmorla). Etiologia choroby mimo wielu hipotez jest dotychczas nieznana. Deformacja kifotyczna może być zlokalizowana w odcinku piersiowym (zdecydowanie najczęściej), piersiowo-lędźwiowym bądź lędźwiowym kręgosłupa. Może towarzyszyć jej mniejsza skolioza. Objawy neurologiczne występują bardzo rzadko - poniżej 1% przypadków. Dominuje brzydka zgarbiona sylwetka i bóle kręgosłupa.



Podobny obraz ma **kifoza młodzieńcza**, choć znacznie łagodniejszy. W kifozie młodzieńczej dominuje brzydka sylwetka – plecy okrągłe. Bóle kręgosłupa występują znacznie rzadziej, deformacja kręgosłupa nie jest tak nasilona, kręgosłup jest elastyczniejszy, nie ma też zmian radiologicznych w obrębie trzonów.

Czytaj o innych kifozach:



Objawy choroby Scheuermanna:

- "sztywna" kifoza (chory ma okrągłe, „garbate” plecy, a ramiona wysunięte do przodu),
- ograniczenie ruchomości kręgosłupa (w odcinku piersiowym, gdzie najczęściej występuje, jest mniej istotne),
- ból grzbietu występuje u 20% - 70% chorych. Często może pojawiać się już u młodzieży i młodych dorosłych.
- deformacja szybko staje się sztywna i niepodatna na próby korekcji w trakcie ćwiczeń.

Objawy radiologiczne choroby Scheuermanna (widoczne na zdjęciach rtg bocznych):

- sklinowacenie kilku trzonów, nieregularne powierzchnie górnej i dolnej płytki trzonu, zwężone tarcze międzykręgowe,
- w zależności od miejsca występowania choroby - pogłębienie kifozy piersiowej, spłylenie lordozy lędźwiowej lub nawet jej częściowa kifotyzacja.

Do rozpoznania choroby Scheuermanna nie jest wymagana obecność wszystkich objawów klinicznych i radiologicznych.

Leczenie

Celem leczenia jest:

- zapobieganie progresji, korekcja kosmetyczna deformacji,
- uwolnienie od bólu,
- zapobieganie bolesnym zmianom zwyrodnieniowym kręgosłupa.

W zależności od zaawansowania choroby i wieku pacjenta chorobę Scheuermanna leczy się zachowawczo lub operacyjnie.

W zakres leczenia zachowawczego wchodzi: gimnastyka korekcyjna, ćwiczenia z zastosowaniem stołu wyciągowego i tzw. autowyciągi, oraz gorsety ortopedyczne (wyprostne). W przypadkach o łagodnym przebiegu leczenie zachowawcze korekcyjne prowadzi się do uzyskania dojrzałości kostnej kręgosłupa. Po zakończeniu wzrostu kostnego deformacja kifotyczna nie pogłębia się, lecz dolegliwości bólowe mogą trwać nadal i narastać z wiekiem. Leczenie zachowawcze odnosi pewne pozytywne skutki tylko u dzieci i młodzieży z jeszcze elastycznym kręgosłupem. U starszych, i tam gdzie kręgosłup jest sztywny, a podstawowym problemem jest ból, leczenie korekcyjne nie przynosi efektu. Celem zmniejszenia dolegliwości bólowych rehabilitację prowadzi się w tych przypadkach w postaci ruchu i fizykoterapii przeciwbólowej.

Jeśli chory nie akceptuje swojej sylwetki lub ból kręgosłupa jest codzienny i uciążliwy, to należy rozważyć leczenie operacyjne.

Wskazaniami do operacyjnego leczenia choroby Scheuermanna są:

- uciążliwy ból,
- szybko narastająca kifoza,
- duża deformacja, ograniczenie ruchomości oddechowej klatki piersiowej.

Celem leczenia operacyjnego jest zlikwidowanie bólu i poprawa sylwetki chorego. Ponieważ kręgosłup w tej chorobie jest sztywny, jeśli chcemy uzyskać dobry wynik korekcyjny należy wykonać tzw. uwolnienie przednie w celu uzyskania lepszej ruchomości kręgosłupa. Stabilizacja kręgosłupa w postaci spondylodezy (zrostu kostnego) pozwala zlikwidować ból wynikły ze zwyrodniałych stawów kręgosłupa. Łącznie z uwolnieniem przednim stosuje się korekcję przednią kręgosłupa na różnych systemach instrumentarium. Polega ona w tym przypadku na dystrakcji (rozprężeniu) na instrumentarium przedniej części kręgosłupa ze spondylodezą w tym miejscu. Zabieg ten przynosi dobre rezultaty. Możliwy jest do zastosowania w niezbyt rozległych deformacjach. W przypadkach bardzo rozległej kifozy nieodłączny element uwolnienia przedniego łączy się z korekcją i spondylodezą tylną. Taka operacja wymaga 2 dojsć (przedniego i tylnego) Ze względu na obciążenie chorego może być konieczne wykonanie 2 zabiegów (najpierw od przodu na otwarto lub endoskopowo a nst. od tyłu). Wykonanie tylko korekcji tylnej bez mobilizacji kręgosłupa od przodu nie przynosi dobrych wyników korekcji.



Zabieg dyscektomii endoskopowej jako przygotowanie do właściwej korekcji tylnej



Poniżej: pacjent przed (lewe rtg) i po zabiegu uwolnienia przedniego (dyscektomii) i korekcji tylnej kifozy (prawe rtg). Przed zabiegiem- nadmierna kifoza piersiowa. Po zabiegu widoczna prawidłowa sylwetka kręgosłupa piersiowego.

