



Opracowanie:

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

Skoliozy neuromięśniowe

Powstają w przebiegu uogólnionych chorób o podłożu nerwowym lub mięśniowym takich jak:

- atrofie rdzeniowe
- dystrofie mięśniowe
- miopatie
- polineuropatie
- mózgowe porażenie dziecięce
- skoliozy porażenne po urazach rdzenia kręgowego.

Bardzo istotną cechą rokowniczą rozwoju skoliozy jest to czy dziecko chodzi. U dzieci, które przestały chodzić, skolioza rozwija się bardzo szybko. Wzrost skrzywienia o 10 stopni powoduje spadek VC o około 4%. Skolioza powoduje zmniejszenie pojemności życiowej płuc, która jest i tak zmniejszona z powodu osłabienia mięśni oddechowych.

Skrzywienie w atrofii i dystrofii jest najczęściej jednołukowe, długie, bez lub z niewystarczającymi skrzywieniami wyrównawczymi. Cały tułów dziecka ustawia się skośnie. Dziecko takie zaczyna siedzieć na jednym pośladku, co staje się bolesne. Pozycja taka utrudnia siedzenie nawet w wózku inwalidzkim. U dzieci jeszcze chodzących wyboczony tułów utrudnia utrzymanie równowagi ciała i chodzenie.

Skrzywienia powstające w przebiegu **miopatii i polineuropatii** są mniej charakterystyczne.

Ponieważ skolioza znacznie wolniej postępuje u dzieci chodzących, należy prowadzić takie leczenie, aby zdolność chodu zachować jak najdłużej. Obejmuje ono rehabilitację ruchową, zaopatrzenie ortopedyczne według potrzeby (korygujące przykurcze, stabilizujące stawy) i operacje

deformacji kończyn dolnych. Gorset ortopedyczny często nie zapobiega progresji a przede wszystkim jest źle tolerowany przez chorych ze względów oddechowych. Jeżeli skrzywienie jest powyżej 30 stopni i ewentualnie występuje skośne ustawienie miednicy należy wykonać zabieg korekcji skoliozy. Warunkiem przeprowadzenia zabiegu jest pojemność płuc (VC) powyżej 30 %. Niska dolna granica wielkości skrzywienia we wskazaniach do zabiegu jest podyktowana tym, że małe skoliozy są jeszcze elastyczne, a stan ogólny dzieci dość dobry. Duże skrzywienia stają się sztywne, więc i korekcje operacyjne są gorsze. Ponadto postęp choroby powoduje, że obciążenie chorego zabiegiem staje się większe.



Obraz kliniczny i rtg skoliozy neuromięśniowej. Pacjent ze skoliozą neuromięśniową. Musi podpierać się rękami, gdyż nie utrzymuje równowagi a tułów bez podparcia zapada się.

Atrofia rdzeniowa mięśni (rdzeniowy zanik mięśni) jest procesem pierwotnie nerwowym.

Częstość wystąpienia skoliozy zależy od typu atrofii mięśniowej:

- Atrofia t. Ib - 100% chorych ma skoliozę
- Atrofia t. II - 100% chorych, którzy utraciło zdolność chodzenia
- Atrofia t. III - 25% chorych ma skoliozę

Dystrofie mięśniowe

Jest to duża grupa chorób o wspólnej cesze – proces chorobowy jest pierwotnie mięśniowy.

Skolioza tworzy się u 25% pacjentów chodzących i 100% niechodzących.

Skoliozy porażenne po złamaniach kręgosłupa powstają zarówno w porażeniach wiotkich

i spastycznych. Mogą przybierać duże rozmiary, jeśli do porażenia doszło w wieku dziecięcym lub młodzieńczym. U dorosłych mogą tworzyć się skrzywienia ale o znacznie mniejszych deformacjach.

Skoliozy w mózgowym porażeniu dziecięcym mają również charakter porażenny.

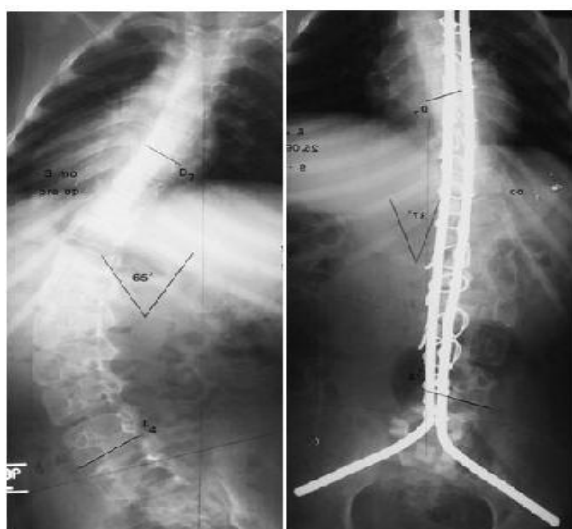
Kształtem przypominają często deformacje w atrofii rdzeniowej- są długie, dają skośne ustawienie miednicy, często bez skrzywień wyrównawczych. Cechą charakterystyczną są dolegliwości bólowe związane nadmiernym napięciem mięśni.

Inne deformacje w chorobach neuromięśniowych w:



Korekcja operacyjna skoliozy

Technika zabiegu zależy przede wszystkim od tego czy dziecko chodzi czy nie. U pacjentów chodzących nawet w przypadkach skośnej miednicy stosuje się korekcję skoliozy bez objęcia miednicy. Siły jakie towarzyszą chodzeniu nie pozwalają objęciu miednicy, gdyż groziłoby to wyrwaniem instrumentarium. U pacjentów niechodzących stosuje się zabieg m. **Galveston**. Ma on spełnić dwie funkcje- skorygować skoliozę i skorygować skośne ustawienie miednicy. Zabieg ten poprawia komfort siedzenia i zmniejsza wynikające ze skoliozy narastanie niewydolności oddechowej. W przypadkach skolioz porażennych spastycznych niewskazana jest korekcja tylna opierająca się na dystrakcji, gdyż spowoduje to zwiększenie spastyczności. U tych pacjentów bezpiecznym zabiegiem jest korekcja przednia skoliozy, która jednak może okazać się niewystarczająca. Dlatego też w szczególnych przypadkach trzeba rozważyć zabieg korekcji tylnej z późniejszą **implantacją pompy Baclofenowej** obniżającej napięcie spastyczne.



Stan przed i po zabiegu korekcji skoliozy neuromięśniowej. Wyprostowanie i stabilizacja kręgosłupa piersiowo – lędźwiowo - krzyżowa zapewnia proste siedzenie na obu pośladkach i stabilność tułowia.

