

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR OSIJEK

Ul. Josipa Huttlera 4,
31000, Osijek
Tel: 031 511 511 (centrala)
Fax: 031/512-221
Email:
ravnateljstvo@kbcos.hr



Klinika za ortopediju i traumatologiju
Zavod za ortopediju
Prof.prim.dr.sc. Saša Rapan dr.med.
Tel. 031 511 802
Fax 031512 229

LIJEČENJE STENOZE SPINALNOG KANALA

OPIS POSTUPKA

Kliničkim pregledom i potrebnom dijagnostičkom obradom utvrđeno je da dijelovi kosti vrše pritisak na vašu leđnu moždinu i živce, te da se to više ne može efikasno liječiti neoperacijskim postupcima.

Smatramo da bi u Vašem slučaju najbolji rezultat dalo operacijsko liječenje u smislu odstranjenja tkiva koje vrši pritisak (DEKOMPRESIJA)

Molimo Vas da date svoju suglasnost za ovaj operacijski zahvat koji je neophodan u Vašem daljnjem liječenju. Principi navedenog operacijskog liječenja, koje uvijek prilagođavamo osobinama svakog pojedinog bolesnika, biti će ovdje prikazani.

Rizik od infekcije smanjuje se antibiotikom koji ćete dobiti neposredno tijekom samog operacijskog zahvata. Na dan operacije, prije odlaska u operacijsku dvoranu, dobiti ćete sredstvo za smirenje koje će omogućiti Vaš miran uvod u anesteziju. Anestezija je namjerno izazvan gubitak osjeta, posebice bola, radi obavljanja operacije. Objašnjenje različitih za Vas prikladnih vrsta anestezije, njihovog provođenja, djelovanja i komplikacija nalazi se u „Objašnjenju i pismenom pristanku bolesnika na anesteziju“ koji ste potpisali.

Nakon što anestezija nastupi, pristupa se Vašem namještanju na operacijskom stolu. Pozicija bolesnika na operacijskom stolu je na trbuhu. Zatim se pristupa, u svrhu postizanja sterilnih uvjeta pri operacijskom zahvatu, prijeoperacijskom pranju operacijskog polja posebnim sredstvima i njegovu pokrivanju sterilnim pokrivačima. Na tijelo Vam se prilijepe elektrode koja omogućava rad električnog uređaja (nož, koagulator i sl.) tijekom operacijskog zahvata.

Sam operacijski zahvat započinje presijecanjem kože i potkožnog tkiva straga. Nakon presijecanja i razmicanja mekotkivnih struktura sve do žutog ligamenta. Ukloni se žuti ligament(flavectomy) a potom i dijelovi šiljastog nastavka, lamina i dijelovi malog zgloba do potpune dekompresije. Slijedi zatvaranje operacijskog polja po slojevima sa ili bez postavljanje cjevčica – drenova za drenažu krvi. Koža se šiva kožnim, neresorptivnim šavovima, ili se postave metalne kopčice. Operacija završava stavljanjem sterilnog prijevoja na ranu.

Bolesnik se premješta u sobu poluintenzivnog nadzora, gdje boravi prvih dana nakon operacijskog zahvata, a gdje nisu dozvoljene posjete rodbine i prijatelja zbog potreba intenzivne njege svježih operiranih bolesnika, uključujući i Vas. Vertikalizacija (ustajanje) slijedi drugi dan iza operacijskog zahvata, a trombopofilaksa niskomolekularnim heparinom slijedi do 7. dana iza procedure kako bi se spriječio nastanak tromba. Bolesnik na Odjelu boravi oko 10-ak dana tijekom kojih se vrši početna intenzivna fizikalna terapija. Šavovi se obično vade između 12. i 14. poslijeoperacijskog dana o čemu odlučuje ortoped na osnovi lokalnog nalaza utvrđenog u kontrolama tijekom boravka na Odjelu.

Rehabilitacija se nastavlja u nekoj stacionarnoj ustanovi, ovisno o mogućnostima prijema bolesnika u stacionarne ustanove za rehabilitaciju, a to je u pravilu Zavod za fizikalnu medicinu rehabilitaciju u Bizovcu (ZFMIR).

Nakon uspješno provedenog operacijskog liječenja potrebno je rasterećenje dužim ne sjedenjem do 4 tjedna iza operacijskog zahvata, te dizanja većih tereta iz pognutog položaja.

Potpuna poslijeoperacijska sanacija lokalnog i općeg stanja očekuje se između 4 do 6 mjeseci, ali postoji konstantna potreba za držanjem uputa o načinu života nakon odstranjenja komadića diska.

PREDNOSTI I MOGUĆI RIZICI POSTUPKA

Dekompresija spinalnog kanala na našem Zavodu predstavlja veliki, ali ipak rutinski ortopedski zahvat. No, kao i svi drugi operacijski zahvati i ovaj zahvat praćen je s potencijalno mogućim određenim komplikacijama/problemima. Navesti ćemo one koji se češće javljaju vezano uz operacijski zahvat dekompresije spinalnog kanala. Određeni rizici mogu biti veći ili manji ovisno o samoj vrsti operacijskog zahvata, o opsegu oštećenja Vašeg diska i/ili živca, kao i o drugim bolestima od kojih možda bolujete. No, iznimno je važno da od početka imate realna očekivanja glede Vašeg operacijskog zahvata i njegovog ishoda.

Komplikacije vezane uz anesteziju detaljnije su opisane u „Objašnjenju i pismenom pristanku bolesnika na anesteziju“ pa se ovdje ne navode.

1. OZLJEDA ŽIVCA – postoji u značajnoj mjeri i prije procedure zbog pritiska na isti, što se osim bolova očituje i smetnjama motorike i/ili i osjeta(smanjen osjet, trnci).

Zbog manipuliranja živca intraoperacijski mogu se povećati bol ili smetnje osjeta ili motorike poslije operacije što se spontano smiri tijekom oporavka.

2. OZLJEDA LEĐNE MOŽDINE – postoji u značajnoj mjeri i prije procedure zbog pritiska na istu, što se osim bolova očituje i smetnjama mokrenja ili stolice.

Zbog manipuliranja moždinom intraoperacijski mogu se povećati ove tegobe u smislu inkontinencije ili retencije urina ili stolice poslije operacije što se spontano smiri tijekom oporavka.

3. ISTJECANJE LIKVORA(likvoreja) – rijetko se javlja, očituje se glavoboljama, mučninama, a nastaje pucanjem ovojnice leđne moždine. Uglavnom zahtijeva reoperaciju u smislu šivanja puknute opne.

4. Lom instrumenata – Instrumenti koji se koriste tijekom operacijskog zahvata mogu puknuti unutar . To je *rijetka* komplikacija. Ako se dogodi, odlomljeni komad se skoro uvijek može odstraniti bez posljedica.

5. Odgođeno cijeljenje rane – se može javiti u slučaju loših lokalnih osobina tkiva; prethodni operacijski zahvati u tom području, loša cirkulacija, veliki sloj masnog tkiva, itd.

6. Poslijeoperacijsko krvarenje u području rane – može zahtijevati naknadno odstranjenje nakupljene krvi (hematoma).

7. Poslijeoperacijska infekcija – može se javiti kao površinska (koža) ili kao duboka (unutar diska) infekcija. Infekcije nakon dekompresije su izrazito rijetke (manje od 1%). Kožna infekcija se obično liječi antibioticima koji se uzimaju na usta (peroralno). U slučaju nastanka duboke infekcije biti će potrebna reoperacija gdje se odstranjuje inficirano tkivo. Bolesnik dugotrajno prima intravenske, a zatim i peroralne antibiotike.

8. Flebitis (krvni ugrušci) – duboka venska tromboza ili krvni ugrušci su komplikacija koja se javlja prilikom dekompresije kao i kod bilo kojeg drugog operacijskog zahvata na donjem dijelu tijela.

9. Plućna embolija – Ako dođe do otkidanja krvnog ugruška, on može nošen krvnom strujom doći do pluća i tako uzrokovati nagli osjećaj nedostatka zraka, ubrzan rad srca, a u rijetkim situacijama može rezultirati i iznenadnom smrću.

10. Opekline kože uslijed slabog kontakta elektrode električnog noža – događaju se iznimno rijetko za vrijeme operacijskog zahvata.

11. Kožne alergijske reakcije na sredstva za dezinfekciju i ljepljive trake kojima se učvršćuje sterilan prijevaj – događaju se iznimno rijetko.

12. Recidiv (rekurentna hernija diska) – javlja se u oko 5-10% slučajeva. Dokazuje se MR-om, a u većini slučajeva zahtijeva ponovno operacijsko liječenje.

13. Priraslice- ožiljak je sastavni dio cijeljenja svakog tkiva, međutim neki ljudi imaju veću sklonost nastanku većih ožiljaka koji dodatno vrše pritisak na živac i time uzrokuju slične tegobe kao i sama hernija diska. Liječenje je prilično neuspješno.

14. Nestabilnost operiranog segmenta- najčešće nastaje nakon opetovanih zahvata na istom disku, Ako uzrokuju veliku disfunkcionalnost mogu se operacijski liječiti fuzijom zahvaćenog segmenta.

Nakon gore navedenih komplikacija, nakon dekompresije mogu se javiti i:

1. Modrice – u području oko reza, no one se ne smatraju pravim komplikacijama ovog liječenja.

2. Bolnost ožiljka – nije neuobičajena. Bol se javlja ili spontano ili na dodir ožiljka.

Za uspjeh samog operativnog zahvata dužni ste pridržavati se u potpunosti svih savjeta i preporuka Vašeg operatera o čemu će i ovisiti krajnji rezultat Vašeg operacijskog liječenja. Napominjemo, kako je KBC Osijek bolnica u državnom vlasništvu, a ne privatna ustanova, svaki bolesnik mora dobiti u što je moguće kraćem roku uslugu koju treba, ali ne može zahtijevati određenog operatera. Ako je prvotno određen operater iznenada spriječen izvršiti planirani operacijski zahvat, pročelnik Zavoda, voditelj Odjela ili stručni kolegij odrediti će adekvatnog operatera koji će izvršiti planirani operacijski zahvat.