

costotransversectomia. Dostęp przedni do górnego odcinka piersiowego komplikują uwarunkowania anatomiczne górnej części klatki piersiowej a głównie obecność dużych naczyń krwionośnych. Guzy kręgosłupa uciskające rdzeń kręgowy wymagają nie tylko próby ich radykalnego usunięcia a przede wszystkim rozległego odbarczenia kanału kręgowego. Usunięcie nowotworu wraz ze zniszczonym kręgiem narzuca potrzebę rekonstrukcji uszkodzonego kręgu i dobrego usztywnienia kręgosłupa w uszkodzonym odcinku. W górnym odcinku piersiowym jest to niejednokrotnie bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do wykonania z dostępu przedniego. Zastosowanie obustronnej costotransversectomii w celu usunięcia guza kręgu w górnym odcinku piersiowym daje jednocześnie dobry dostęp do założenia tytanowej klatki w celu rekonstrukcji przedniej kolumny kręgosłupa. Dostęp tylnoboczny daje możliwość jednoczasowej stabilizacji przeznasadowej [2,3].

Szczególną uwagę należy zwrócić na możliwość skutecznej rekonstrukcji i stabilizacji górnego odcinka kręgosłupa piersiowego oraz bezpiecznego odbarczenia rdzenia kręgowego bez konieczności zastosowania dostępu przedniego, niejednokrotnie bardzo kłopotliwego do zastosowania w górnym odcinku piersiowym. Zastosowany sposób leczenia można polecać zarówno w przypadku zmian nowotworowych jak i pourazowych kręgosłupa piersiowego [1].

PIŚMIENNICTWO

1. Cahil D.W., Kumar R. Palliative subtotal vertebrectomy with anterior and posterior reconstruction via single posterior approach. J Neuro Surg 1999, 1 suppl, 42-47.
2. Harms J. i wsp.: Instrumented spinal surgery. Principles et technique. Thieme Stuttgart, New York 1999, 95-128.
3. Hosono N. i wsp.: Vertebral body replacment with a ceramic prosthesis for metastatic spinal tumors. Spine 1995, 20, 2454-2462.

SUMMARY

It is case of young, 26 years old woman with malignant infiltrating neoplastic tumor of vertebral body Th 2 and thorax, who was operated about one year ago. Before operation she had strong thoracic back pain and medium grade lower limbs spastic paraparesis with sensory deficits from level Th 3. She was treated by two stages. At first she was operated by lateral approach – costotransversectomy and posterior approach - laminectomy. We removed tumor from vertebral canal and decompressed spinal cord in this region. Tumor's resection was evaluated as subtotal. Next, we performed corpectomy Th 2 and inserted titanium cage between vertebral bodies Th 1-Th 3. Successive step was performing transpedicular stabilisation with screws led into pedicle Th 1 and Th 4 bilaterally with additional laminar hooks implantation at the level lamina C 7. Finally we did the screw-rod connection and vertebral compression. Lastly, for rotational stability we added transverse stabiliser. The second stage was thoracotomy and thoracic tumor excision performed by thoracic surgeon. Woman tolerated operation very well. Tumor's histopathology result was malignant low-differentiated mesenchymal neoplasm. We observed withdrawing of lower limbs paraparesis during two weeks after operation. Then, she was underwent spinal and thoracic radiotherapy. Control x-rays after 3 and 6 months showed stable instrumentation. Woman returned to normal home activity and social life.