

Kirurško liječenje reumatskih oboljenja okcipito-cervikalnoga prijevoja

Kolić, Zlatko; Vukas, Duje

Source / Izvornik: **Fizikalna i rehabilitacijska medicina, 2016, 28, 487 - 488**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:104533>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-10**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Kirurško liječenje reumatskih oboljenja okcipito-cervikalnoga prijevaja

Zlatko KOLIĆ¹, Duje VUKAS²

¹Poliklinika Medico, Rijeka

²Klinika za neurokirurgiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Okcipitocervikalni prijevoj je anatomski najkompliciraniji dio kralježnice. Različite upalne, degenerativne i infektivne bolesti uzrokuju značajne anatomske promijene u navedenoj regiji.

Reumatoidni artritis je kronična bolest raširenija među ženama, koja zahvaća kranio-cervikalno područje s različitom jačinom sistemske rasprostranjenosti. Reumatoidni panus nastaje proliferacijom fibroblasta i upalnih stanica koji proizvodi kolagenazu te proteolitičke enzime koji dovode do uništavanja okolnog tkiva i destrukcija zglobova. Upalne reakcije izazivaju promijene u artikularnim nastavcima, te lateralnim dijelovima diskalnog materijala. Progresivan gubitak diskalnog tkiva dovodi do subluksacije u okcipitocervikalnoj regiji. Atlantoaksijalna subluksacija nastaje zbog rastezanja transverzanog ligamenta. Promijene nastaju u atlantoaksijalnim, atlantookcipitalnim i odontoidnim zglobovima. Karakteristična promijena je invaginacija odontoidnog procesusa u foramen magnum koja se naziva reumatoidna basilarna invaginacija. Kao posljedica nastaje ventralna i lateralna medularna kompresija. Prirodni tijek bolesti je loš. U periodu od 5 godina od nastanka bolesti nastaju mijelopatske promijene. Pored dislokacijskih i mijelopatskih promijena pacijenti mogu imati mijelomalaciju, i promijene na vertebralnoj arteriji. Bolesnici s reumatoidnim artritisom su skloniji kompresijskim frakturama u drugim dijelovima kralježnice. Osteoporotske promijene u sklopu bolesti, te terapija kortikosteroidima pogoduje nastanku kompresijskih fraktura.

Seronegativni spondiloartritis je termin za sve upalne procese kralježnice kod kojih je reumatoidni faktor negativan. Iako sinovijalna upala može biti prisutna u seronegativnim spondiloartritisima ona je mnogo slabije nego u reumatoidnom artritisu. Ankilozirajući spondilitis pogađa aksijalni skelet. Juvenilni reumatoidni artritis je karakterističan za djecu i adolescente. Glavna tegoba je poremećen rast skeleta radi ranog zatvaranja epifiza. Psorijatična osteoartropatija se javlja u 7% pacijenata s psorijazom. Promijene u vratnoj kralježnici su vrlo slične ankilozirajućem spondilitisu. Upalne crijevne bolesti kao Crohnova bolest mogu također biti povezane s atlantoaksijalnom nestabilnošću. Kalcijum pirofosfat dihidrat depoziti ili pseudogicht uzrokuju promijene u okcipitocervikalnom prijevaju.

Znakovi mijelopatije i kranio-cervikalna nestabilnost su indikacija za operacijsko liječenje. Glavni cilj operacijskog liječenja je oslobađanje neuralnih struktura i stabilizacija kranio-cervikalnog prijelaza. Kraniovertebralni prijelaz obzirom na anatomske specifičnosti i opsežnu patologiju koja se događa u tom segmentu, nije često predmet spinalnih intervencija. Sama zahtjevnost kirurške procedure, i postoperacijski komorbiditet ograničavaju operatere i bolesnike u odluci o zahvatu. Usprkos velikoj incidenciji reumatskih oboljenja koje izazivaju promijene kranio-cervikalnog spoja, zahvaljujući medikamentoznoj i fizikalnoj terapiji, bolesnici s ovim promjenama su rijetko predmet kirurške intervencije.

Ključne riječi: kirurgija, liječenje, reumatske bolesti, okcipitocervikalni prijevaj

Literatura:

1. Menezes AH, Traynelis VC. Anatomy and biomechanics of normal craniovertebral junction and biomechanics of stabilization. *Childs Nerv Syst* 2008;24:1091-100.
2. Koopman WJ. Prospects for autoimmune disease. *Research advances in rheumatoid arthritis*. *JAMA* 2001;285:648-50.
3. Koch AE. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Am J Orthop* 2007;36(7 suppl):5-8.
4. Menezes AH, VanGilder JC, Clark CR, i sur. Odontoid upward migration in rheumatoid arthritis. An analysis of 45 patients with "cranial settling". *J Neurosurg* 1985;63:500-9.