

Discectomia e fusão cervical anterior

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 45 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	—	—

Por que esta cirurgia foi recomendada

Esta cirurgia é chamada de discectomia e fusão cervical anterior. Em termos simples, o cirurgião atua pela frente do pescoço, retira um disco desgastado que está pressionando os nervos ou a medula espinhal e une as duas vértebras para que elas se consolidem como uma única estrutura sólida. Geralmente a recomendamos quando os tratamentos não cirúrgicos, como mudanças nas atividades ou fisioterapia, não trouxeram melhoria suficiente. Ela é indicada para pessoas cujos sintomas correspondem aos achados nos exames de imagem, especialmente dor no braço causada por compressão nervosa, pressão sobre a medula espinhal ou dor no pescoço acompanhada de sintomas neurológicos. Caso você apresente fraqueza muscular evidente, podemos sugerir operar mais cedo, em vez de esperar. O objetivo é aliviar sua dor, controlar os sintomas neurológicos e ajudá-lo a retomar suas atividades habituais.

Antes da operação

Após agendar a sua operação, forneceremos instruções claras a seguir nos dias que antecedem o procedimento. Você deverá suspender a ingestão de alimentos e líquidos sete horas antes da cirurgia. Pedimos esse período de sete horas, em vez de um tempo menor, para que possamos adiantar o seu atendimento caso a lista de cirurgias se encerre mais cedo. Alguns medicamentos podem afetar a sua cirurgia; portanto, informe-nos sobre todos os remédios que toma, e nós indicaremos quais deve interromper e quando. Leve consigo uma lista por escrito dos

medicamentos que está utilizando. Providencie alguém para levá-lo para casa após a operação, pois você não poderá dirigir. No dia da cirurgia, use roupas largas e confortáveis. Caso tenha outras condições médicas, talvez seja necessário realizar exames de sangue ou uma consulta com o anestesiologista antes do procedimento.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Em seguida, conhecerá o anestesiologista, o médico responsável por induzir o sono e cuidar de você durante a cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesiologista conversará com você sobre isso no próprio dia. Em seguida, você será levado à sala de operações, onde a cirurgia será realizada. Depois disso, acordará na sala de recuperação, onde os enfermeiros monitorarão atentamente seu estado enquanto a anestesia perde o efeito. Uma vez estabilizado, você será encaminhado para um quarto ou poderá ir para casa, dependendo do tipo de procedimento e da evolução da sua recuperação.

O que envolve a operação

A palavra “anterior” significa “da frente”. O cirurgião faz um pequeno corte na parte frontal do pescoço e, a partir daí, acessa a coluna vertebral. Essa abordagem permite a remoção do disco desgastado sem afetar o canal espinhal, que é o espaço onde fica a medula espinhal. O cirurgião remove o disco exatamente no nível que está causando os sintomas e, em seguida, une as duas vértebras para que elas se consolidem como uma única estrutura sólida. Esse processo é chamado de fusão.

Para manter os ossos unidos durante a cicatrização, o cirurgião coloca um espaçador feito de material de implante seguro no local onde antes estava o disco. Às vezes, uma pequena placa é adicionada na parte frontal da coluna para oferecer suporte extra. A escolha do método depende do número de níveis discais que precisam de tratamento; o cirurgião explicará qual abordagem é mais adequada para você. Caso haja mais de um disco desgastado, o cirurgião pode remover um pequeno pedaço de osso de uma vértebra para alcançar os nervos ou a medula comprimidos e, em seguida, preencher o vazio com um espaçador.

O corte no pescoço é fechado com pontos, e um curativo é colocado sobre ele. Você deverá manter esse curativo por cerca de 10 dias, conforme descrito na seção de recuperação.

O objetivo de tudo isso é simples: aliviar a pressão sobre o nervo ou a medula espinhal e proporcionar ao pescoço uma estrutura estável e curada, no lugar do disco desgastado.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras o monitorarão de perto enquanto o efeito da anestesia passa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se deverá permanecer uma noite no hospital. O controle da dor será planejado para você antes da alta, e as enfermeiras verificarão regularmente se o tratamento está surtindo efeito. Haverá um curativo sobre o pequeno corte no seu pescoço.

Deixamos esse curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que receba instruções contrárias. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinarmos. A maioria dos pacientes já consegue se levantar e caminhar poucas horas após a cirurgia; movimentos suaves em casa ajudam na recuperação. Por favor, providencie alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa.

Recuperação

Nos primeiros dias, é normal sentir dor na parte frontal do pescoço e dificuldade para engolir. Isso é esperado. À medida que o inchaço diminui, engolir torna-se mais fácil; nesse ínterim, alimentos macios e bastante líquido ajudam bastante. O plano de controle da dor recebido no hospital garantirá seu conforto enquanto você se movimenta em casa.

Conforme descrito acima, você começará a caminhar logo após a cirurgia; movimentos suaves em casa contribuem para a recuperação. Seu fisioterapeuta orientará você quanto a exercícios simples para o pescoço e o ombro à medida que a recuperação avança. Você não precisará usar órtese. Pode realizar tarefas leves em casa, mas evite levantar pesos ou praticar atividades extenuantes até que o cirurgião confirme que o osso já está totalmente consolidado. Nos primeiros dias, dormir com alguns travesseiros extras pode trazer mais conforto.

Os marcos da recuperação são marcados por acontecimentos, não por datas específicas. Quando o inchaço desaparecer, comer e falar voltarão ao normal. Assim que o seu próprio cirurgião liberar você para dirigir, você poderá voltar a dirigir; após uma cirurgia no pescoço, o que importa é se você consegue girar a cabeça o suficiente para verificar os espelhos e os pontos cegos, se consegue frear com força sem hesitar e se já não está tomando medicamentos fortes para dor. Se um colar cervical tiver sido prescrito, pergunte ao seu cirurgião sobre dirigir usando-o antes de tentar. À medida que a força do pescoço retornar, você poderá retomar o trabalho e as atividades de que gosta.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. Seu cronograma pode ser diferente, e seu cirurgião e fisioterapeuta o guiarão ao longo do processo.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

A abordagem pela frente do pescoço implica em deslocar algumas estruturas próximas à coluna durante a cirurgia. Isso pode irritar os nervos responsáveis pela voz e pela deglutição. Você pode notar voz rouca ou perceber que os alimentos e líquidos descem lentamente ou parecem “prender” na garganta. Isso é comum nos primeiros dias e geralmente melhora à medida que o inchaço diminui. Se a deglutição continuar difícil após esse período, ou se a voz não voltar ao normal, mencione isso na próxima consulta.

Algumas pessoas sentem mais dor no pescoço nos primeiros dias após a cirurgia do que esperavam. Geralmente, essa dor diminui com o plano de controle da dor. Um número menor de pacientes apresenta dor profunda e

continua no pescoço que persiste por muito tempo. Se a dor ainda incomodar meses depois, informe-nos na próxima consulta para que possamos investigar o caso.

As duas vértebras devem se unir e formar uma única estrutura sólida. Às vezes, porém, essa união não ocorre plenamente. Você pode notar dor no pescoço que reaparece com frequência ou que não melhora como esperado. Nesse caso, podemos verificar se os ossos se uniram durante as consultas de acompanhamento.

O espaçador ou placa que mantém os ossos em posição pode, ocasionalmente, se deslocar antes da fusão óssea estar completa. Sinais de alerta incluem dor no pescoço nova ou piorada, ou sensação de que algo mudou na região cervical. Infecção também é possível; fique atento a vermelhidão que se espalha a partir da incisão, inchaço, calor ou vazamento de líquido da ferida. Caso note algum desses sinais, entre em contato imediatamente com a clínica. Se sentir-se mal, com febre, procure o pronto-socorro.

Como um dos discos acima ou abaixo da área da fusão passa a suportar carga extra, ele pode se desgastar com o tempo. Isso pode provocar nova dor no braço ou no pescoço anos depois. Se isso acontecer, mencione-o na próxima consulta para que possamos solicitar exames de imagem.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contatar

Ligue para nós se notar vermelhidão, inchaço, calor ou saída de líquido da ferida, ou se sentir calor e febre. Ligue para nós se a dor piorar muito de repente ou se surgir uma nova dor que antes não existia. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar. Vá imediatamente ao pronto-socorro se perder a sensibilidade em um braço ou perna, ou se não conseguir movê-lo.

Discectomia e fusão cervical anterior

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 45 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Disfagia	1.7-71%	Queixa pós-operatória comum, apresentando ampla variação de incidência; gaiolas autobloqueantes independentes podem reduzir essa taxa em comparação com sistemas de gaiola e placa.
Doença dos segmentos adjacentes	5.9%	Taxa de revisão dos segmentos adjacentes em estudo retrospectivo multicêntrico envolvendo 288 pacientes, com acompanhamento de 14,5 anos; a taxa atuarial prevista aos 15 anos é de 6,3%.
Cirurgia de revisão	12.6%	Probabilidade de realização de pelo menos uma cirurgia de revisão até 192 meses após artrodese cervical primária; o tempo mediano até a revisão foi de 24,5 meses.
Pseudoartrose	—	A cirurgia de revisão anterior para pseudoartrose promove fusão em 80% dos casos, porém pode não gerar melhorias clínicas significativas.
Dor cervical axial	35.1%	Aumento da dor cervical aos 3 dias após a cirurgia em casos de ACDF de um único nível; 2,1% apresentaram dor axial persistente até 1 ano.
Infecção	—	Relatada como complicação cirúrgica em revisões sistemáticas sobre espondilose cervical multinível tratada com ACDF.
Rouquidão	—	Relatada como complicação cirúrgica em revisões sistemáticas sobre espondilose cervical multinível tratada com ACDF, frequentemente associada a lesão do nervo laríngeo.
Deslocamento do enxerto	—	Relatado como complicação cirúrgica em revisões sistemáticas sobre espondilose cervical multinível tratada com ACDF.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Sangramento	—	Perda sanguínea média de 43,6 mL observada em coorte submetida a ACDF, em comparação com 24,4 mL na coorte submetida a artroplastia discal cervical.
Déficit neurológico	—	Aumento da intensidade do sinal T2 na medula espinhal constitui fator de risco independente para recuperação neurológica deficiente.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA