

ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΜΥΕΛΟΠΑΘΕΙΑ

Τι είναι η αυχενική στένωση και η μυελοπάθεια;

Η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης αποτελείται από επτά οστά που ονομάζονται σπόνδυλοι. Οι σπόνδυλοι προστατεύουν το σπονδυλικό σωλήνα που βρίσκεται εντός τους και ο οποίος περιλαμβάνει το νωτιαίο μυελό και τα νωτιαία νεύρα. Τα νωτιαία νεύρα που αποχωρίζονται το νωτιαίο μυελό, παρέχουν τη νεύρωση για την κίνηση των μυών και την αισθητικότητα των άνω, κάτω άκρων και του κορμού. Επίσης, είναι υπεύθυνα για τη λειτουργία της ούρησης, αφόδευσης και αναπαραγωγής. Διάφορα συνδετικά στοιχεία μεταξύ των σπονδύλων, όπως οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις και οι μύες, προσφέρουν στήριξη και σταθερότητα και επιτρέπουν την κινητικότητα του αυχένα.

Με την πάροδο των χρόνων οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αφυδατώνονται και γίνονται λιγότερο ελαστικοί. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του ύψους του διαστήματος μεταξύ των σπονδύλων (μεσοσπονδύλιο) και προβολή του δίσκου στο σπονδυλικό σωλήνα. Οι σύνδεσμοι και τα οστά των αρθρώσεων υπερτρέφονται, προβάλλοντας επίσης προς το σπονδυλικό σωλήνα. Αυτές οι αλλαγές είναι κοινές μετά την ηλικία των 50 και ονομάζονται "αυχενική σπονδύλωση" ή "αυχενική στένωση".

Η διαδικασία αυτή μπορεί να γίνει πολύ αργά ή πολύ γρήγορα. Αυτές οι αλλαγές προκαλούν στένωση του σπονδυλικού σωλήνα και μπορεί να πιέσουν το νωτιαίο μυελό ή/και τα νεύρα. Η λειτουργικότητα του νωτιαίου μυελού ή των νεύρων μπορεί να αλλάξει, προκαλώντας συμπτώματα αυχενικής ριζοπάθειας ή μυελοπάθειας (η αυχενική στένωση περιγράφει τη μείωση της διαμέτρου του σπονδυλικού σωλήνα, ενώ η αυχενική μυελοπάθεια τα συμπτώματα εξαιτίας του τραυματισμού του νωτιαίου μυελού).

Ποιά είναι τα συμπτώματα;

Η στένωση δεν προκαλεί απαραίτητα συμπτώματα. Αν εμφανιστούν είναι με τη μορφή της ριζοπάθειας (πίεση νευρικών ριζών) ή της μυελοπάθειας (πίεση νωτιαίου μυελού, πιο εκτεταμένη βλάβη και συμπτωματολογία).

Περίπου οι μισοί ασθενείς με μυελοπάθεια έχουν πόνο στον αυχένα και στα άνω άκρα. Οι περισσότεροι εμφανίζουν δυσλειτουργία των άνω ή κάτω άκρων. Τα συμπτώματα των άνω άκρων μπορεί να περιλαμβάνουν μυϊκή αδυναμία, διαταραχές αισθητικότητας, δυσκαμψία και δυσχρησία των χεριών, όπως αδυναμία να κουμπώσει κουμπιά, να χρησιμοποιήσει το χερούλι της πόρτας ή να ανοίξει ένα μπουκάλι. Τα συμπτώματα στα κάτω άκρα περιλαμβάνουν μυϊκή αδυναμία, διαταραχές βάδισης, συχνές πτώσεις, διαταραχή

ισορροπίας και την ανάγκη χρήσης βοηθητικού πλαισίου για το περπάτημα καθώς προχωράει η παθολογία.

Αρκετά συχνά παρατηρείται άυξηση της συχνότητας ούρησης και αίσθημα επείγουσας ανάγκης για ούρηση. Σε προχωρημένο στάδιο, μπορεί να εμφανιστούν διαταραχές ούρησης και αφόδευσης, με τη μορφή της ακράτειας.

Η εξέλιξη των συμπτωμάτων ποικίλλει. Μπορεί να έχουμε:

- Αργή και σταδιακή επιδείνωση.
- Εξέλιξη μέχρι ενός σημείου και έπειτα σταθεροποίηση.
- Γρήγορη εξέλιξη και επιδείνωση.

Τα πρώτα σημάδια είναι συνήθως αυξημένα αντανακλαστικά της επιγονατίδας ή του αχίλλειου τένοντα. Αυτό μπορεί να αποκαλυφθεί κατά τη διάρκεια του νευρολογικού ελέγχου. Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη διάγνωση ώστε να προλάβουμε την επιδείνωση των συμπτωμάτων.

Πως γίνεται η διάγνωση;

Τα σημαντικότερα στοιχεία της διάγνωσης είναι ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό και η ενδελεχής κλινική – νευρολογική εξέταση. Τα σημαντικότερα σημεία της κλινικής εξέτασης είναι:

- Η ύπαρξη αυξημένων αντανακλαστικών στα κάτω άκρα (επιγονατιδικό και αχίλλειο), που συνοδεύεται ορισμένες φορές με ελαττωμένα αντανακλαστικά στα άνω άκρα.
- Διαταραχές βάδισης και ισορροπίας.
- Διαταραχές αισθητικότητας στα άνω και κάτω άκρα (μείωση ή εξαφάνιση) που έχει σαν αποτέλεσμα δυσχρησία των άκρων.

Άλλα ευρήματα είναι:

- Εμφάνιση κλώνου, που σημαίνει συνεχόμενες παλινδρομικές κινήσεις του άκρου ποδός μετά από απότομη κάμψη του προς τα πάνω.
- Σημείο Babinsky, παθολογικό αντανακλαστικό έκτασης του μεγάλου δακτύλου του ποδιού μετά από ερεθισμό του πέλματος.
- Σημείο Hoffman, παθολογικό αντανακλαστικό των άνω άκρων.

Η παρουσία ενός ή περισσότερων από αυτά τα στοιχεία θέτουν την υποψία μυελοπάθειας και την ανάγκη περαιτέρω ελέγχου. Να σημειωθεί ότι το εύρος της κίνησης του αυχένα και η ελαστικότητά του μειώνεται φυσιολογικά με την ηλικία και δε σημαίνει απαραίτητα την ύπαρξη μυελοπάθειας ή ριζοπάθειας.

Το επόμενο βήμα είναι ο απεικονιστικός έλεγχος. Η απλή ακτινογραφία δεν παρέχει αρκετές πληροφορίες για την επιβεβαίωση της στένωσης, αλλά μπορεί να αποκλείσει άλλες καταστάσεις, όπως κάταγμα, εξάρθρωμα ή σπονδυλολίσηση. Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί την ιδανική εξέταση, καθώς απεικονίζει με λεπτομέρειες τα νεύρα, τους δίσκους, τους συνδέσμους και τα λοιπά στοιχεία της περιοχής και δεν εκθέτει τον ασθενή σε ακτινοβολία. Δείχνει την

παρουσία στένωσης και μυελοπάθειας και σε ποια περιοχή επεκτείνονται. Η αξονική τομογραφία προσθέτει πληροφορίες κυρίως για τα οστά και είναι χρήσιμη στον προεγχειρητικό σχεδιασμό.

Τέλος, οι ηλεκτροφυσιολογικές μελέτες είναι πολύ χρήσιμες για τον προσδιορισμό της αιτίας των συμπτωμάτων. Το ηλεκτρομυογράφημα, οι ταχύτητες αγωγής των νεύρων και τα προκλητά δυναμικά βοηθούν να προσδιοριστεί αν η αιτία των συμπτωμάτων είναι πίεση στον αυχένα ή άλλη πάθηση.

Ποιές θεραπείες είναι διαθέσιμες;

Σε ήπιες περιπτώσεις στένωσης, με ή χωρίς μυελοπάθεια, μπορούμε να ξεκινήσουμε με συντηρητική θεραπεία. Παρόλα αυτά, σε περιπτώσεις με έντονο πόνο, μυϊκή αδυναμία ή διαταραχές βάδισης, η χειρουργική θεραπεία είναι η πλέον ενδεικνυόμενη. Οι χειρουργικές προσπελάσεις χωρίζονται σε πρόσθιες, οπίσθιες και σπανιότερα συνδυασμό πρόσθιας και οπίσθιας.

Φαρμακευτική αγωγή

Η φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται για τον έλεγχο του πόνου, την ελάττωση του μυϊκού σπασμού και την αντιμετώπιση των νευροπαθτικών συμπτωμάτων (μουδιάσματα, κάψιμο, μυρμήκιασμα κλπ).

Τα παυσίπονα μπορεί να είναι απλά παυσίπονα (παρακεταμόλη), μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (δικλοφενάκη, ιμπουπροφένη, ναπροξένη, κ.α.) ή οπιοειδή ισχυρά παυσίπονα. Τα στεροειδή, όπως η κορτιζόνη είναι πολύ ισχυρά αντιφλεγμονώδη, αλλά έχουν πολλές και σοβαρές παρενέργειες και χρησιμοποιούνται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Επίσης, τα μυοχαλαρωτικά μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα.

Τέλος, τα νευροτροποποιητικά φάρμακα, όπως η γκαμπαπεντίνη, η πρεγκαμπαλίνη και η αμιτριπτυλίνη, είναι χρήσιμα στον έλεγχο του νευροπαθτικού πόνου.

Εγχύσεις στεροειδών

Οι ενδείξεις είναι πολύ περιορισμένες στην περίπτωση αυχενικής μυελοπάθειας. Το ποσοστό επιτυχίας είναι χαμηλό, οι πιθανές επιπλοκές σοβαρές και η μόνη περίπτωση που ενδείκνυται είναι σε ιδιαίτερα επιβαρυσμένους ασθενείς που το χειρουργείο θα είναι υψηλού κινδύνου.

Φυσική άσκηση και φυσικοθεραπεία

Οι ασθενείς με αυχενική μυελοπάθεια συνήθως αποφεύγουν τις δραστηριότητες. Η μειωμένη δραστηριότητα ελαττώνει την ισχύ και

ελαστικότητα των μυών και επιβαρύνει γενικότερα το καρδιαγγειακό σύστημα. Ένα πρόγραμμα φυσικής άσκησης ή φυσικοθεραπείας ξεκινάει με διατακτικές ασκήσεις,ώστε να επανακτήσουν την ελαστικότητά τους οι μύες του αυχένα,του κορμού,των άνω και κάτω άκρων. Θα προστεθούν σταδιακά αερόβιες καρδιαγγειακές ασκήσεις,όπως στατικό ποδήλατο,κολύμβηση και περπάτημα. Όλα αυτά θα έχουν ως αποτέλεσμα καλύτερη κυκλοφορία αίματος,οπότε και βελτίωση των συμπτωμάτων της μυελοπάθειας,λόγω βελτιωμένης αιμάτωσης του νωτιαίου μυελού.

Χειρουργική αντιμετώπιση

Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται σε περιπτώσεις παρουσίας νευρολογικών συμπτωμάτων,όπως προαναφέρθηκαν ή σε αποτυχία της συντηρητικής αγωγής.Πρέπει να τονιστεί,ότι η απόφαση για χειρουργική επέμβαση έχει απόλυτη ένδειξη σε παρουσία νευρολογικής επιδείνωσης για να προλάβουμε περαιτέρω επιδείνωση,η οποία σε πάρα πολλές περιπτώσεις είναι μη αναστρέψιμη.

Κατά την πρόσθια προσπέλαση,αφαιρείται ο πάσχων δίσκος που προκαλεί την συμπίεση και τοποθετείται κλωβός με οστικό μόσχευμα προκειμένου να σταθεροποιηθεί η σπονδυλική στήλη.Σε ορισμένες περιπτώσεις αφαιρείται μεγάλο τμήμα του σπονδύλου, όταν η βλάβη είναι εκτεταμένη και η επέμβαση ονομάζεται σωματεκτομή. Συχνά,τοποθετείται επιπλέον πλάκα και βίδες για καλύτερη σταθεροποίηση και διατήρηση της καμπυλότητας του αυχένα.

Η οπίσθια προσπέλαση περιλαμβάνει την αφαίρεση των οστών και συνδέσμων που πιέζουν το νωτιαίο μυελό και ονομάζεται πεταλεκτομή.Σύμφωνα με τις τελευταίες μελέτες,σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις είναι απαραίτητη η σταθεροποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης,που ονομάζεται σπονδυλοδεσία.Μια άλλη οπίσθια τεχνική είναι η πεταλοπλαστική,κατά την οποία τα οστά δεν αφαιρούνται,αλλά μετακινούνται και σταθεροποιούνται ώστε να δώσουν χώρο στα νεύρα.Έχει πολύ περιορισμένες ενδείξεις και η κλασική πεταλεκτομή με σπονδυλοδεσία,παραμένει παγκοσμίως η οπίσθια επέμβαση εκλογής (gold standard).

Η παραμονή στο νοσοκομείο θα είναι για λίγες μέρες και ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει σε πλήρη δραστηριότητα σε 6-9 μήνες.Στις περισσότερες περιπτώσεις θα χρειαστεί μετεγχειρητικό πρόγραμμα φυσικοθεραπειών ή σπανιότερα αποκατάστασης σε εξειδικευμένο κέντρο.

Γεώργιος Χ. Σταματόπουλος
Νευροχειρουργός
Χειρουργός Σπονδυλικής Στήλης
National Spinal Fellowship
James Cook University Hospital , U.K.

