

Οσφυϊκή Στένωση

Τι είναι η οσφυϊκή στένωση;

Οι σπόνδυλοι είναι τα οστά που συναποτελούν την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ο σπονδυλικός σωλήνας βρίσκεται εντός των σπονδύλων και περιέχει τα νεύρα (ιππουρίδα) των μυών και της αισθητικότητας των κάτω άκρων, καθώς και των λειτουργιών της ούρησης, αφόδευσης και αναπαραγωγής. Μεταξύ των σπονδύλων βρίσκονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι και οι αρθρώσεις.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αφυδατώνονται και γίνονται λιγότερο ελαστικοί καθώς μεγαλώνουμε. Αυτό μπορεί να συμβάλλει σε ελάττωση του ύψους του δίσκου και σε προβολή του μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Η αρθρίτιδα μπορεί να προκαλέσει πάχυνση των οστών και των συνδέσμων των αρθρώσεων και πίεση των νεύρων του σπονδυλικού σωλήνα. Το σύνολο αυτών των αλλαγών ονομάζεται οσφυϊκή στένωση.

Η οσφυϊκή στένωση δεν προκαλεί απαραίτητα συμπτώματα. Αρκετοί άνθρωποι μπορεί να έχουν αξιοσημείωτη στένωση στον απεικονιστικό έλεγχο, αλλά όχι κλινικά συμπτώματα.

Ποιά είναι τα συμπτώματα;

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο, μούδιασμα και κράμπες στα πόδια, με ή χωρίς πόνο στη μέση. Αδυναμία των μυών των κάτω άκρων μπορεί να συμβεί επίσης. Χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η σταδιακή ελάττωση της απόστασης που μπορεί να περπατήσει ο ασθενής, που ονομάζεται νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα. Σπανιότερα, μπορεί να επηρεαστεί η ούρηση και η αφόδευση.

Τα συμπτώματα συνήθως χειροτερεύουν μετά από παρατεταμένη βάδιση ή καθιστή θέση. Τα συμπτώματα μπορεί να έρχονται και να φεύγουν και ποικίλουν σε σοβαρότητα. Η κάμψη προς τα εμπρός (καμπούριασμα), αυξάνει τη διάμετρο του σπονδυλικού σωλήνα και έτσι υπάρχει λιγότερη πίεση στα νεύρα, οπότε και πρόσκαιρη βελτίωση των συμπτωμάτων.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Το πρώτο βήμα για σωστή διάγνωση είναι ένα πλήρες ιστορικό και η λεπτομερής κλινική εξέταση. Θα ακολουθήσει ο κατάλληλος απεικονιστικός έλεγχος. Οι απλές ακτινογραφίες θα αναδείξουν στένωση των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων και αρθρικές αλλοιώσεις. Η μαγνητική τομογραφία απεικονίζει λεπτομερώς τα νεύρα, τους συνδέσμους, τους δίσκους, τα οστά και τα γειτονικά στοιχεία και αν χρειάζεται συνοδεύεται και από αξονική τομογραφία που είναι πολύ χρήσιμη για την οστική απεικόνιση και πιθανό προεγχειρητικό σχεδιασμό.

Ποιές θεραπείες είναι διαθέσιμες;

Αν διαπιστωθεί ότι η σπονδυλική στένωση είναι η αιτία των συμπτωμάτων η πρώτη θεραπεία, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, είναι η συντηρητική αγωγή. Αυτή περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, φυσικοθεραπεία, επιλεγμένες εγχύσεις κορτιζόνης, εκπαίδευση του ασθενούς και τροποποίηση του περιβάλλοντος του ασθενή.

Φαρμακευτική αγωγή και έλεγχος πόνου

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει ένα ή συνδυασμό φαρμάκων. Σε πολλές περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί με απλά, μη συνταγογραφούμενα **παισιίονα**, όπως η ασπιρίνη, παρακεταμόλη, ιμπουπροφένη και ναπροξένη. Μια άλλη κατηγορία είναι τα **μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη** που έχουν παυσίπονη και αντιφλεγμονώδη δράση. Όλα αυτά τα φάρμακα έχουν παρενέργειες που πρέπει να ληφθούν υπόψη, ιδιαίτερα σε μακράς διάρκειας χρήση.

Αν ο πόνος είναι ιδιαίτερα έντονος και δεν ελέγχεται με απλά παυσίπονα, συνταγογραφούνται **ναρκωτικά παυσίπονα** για σύντομο διάστημα. Μεγαλύτερο διάστημα και μεγαλύτερες δόσεις αφενός δεν επιταχύνουν την αποκατάσταση και αφετέρου ενέχουν τον κίνδυνο παρενεργειών (δυσκοιλιότητα, υπνηλία, κ.α.) και εθισμού.

Τα **κορτικοστεροειδή (κορτιζόνη)** από το στόμα ή ενέσιμα, χρησιμοποιούνται επιλεγμένα σε περιπτώσεις πολύ ισχυρού πόνου λόγω της ισχυρής αντιφλεγμονώδους δράσης τους. Παρόλα αυτά έχουν πολλές παρενέργειες και σε πολλές κατηγορίες ασθενών δεν ενδείκνυνται.

Τέλος, τα **νευροτροποποιητικά** φάρμακα είναι πολύ χρήσιμα για συμπτώματα όπως μούδιασμα, μυρμηκιάσματα, κάψιμο και κράμπες, που συναποτελούν το λεγόμενο νευροπαθητικό πόνο. Τέτοια είναι η γκαπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη, αμιτριπτυλίνη και άλλα, των οποίων η δράση ξεκινάει μετά από μέρες ή εβδομάδες.

Φυσική άσκηση και φυσικοθεραπεία

Συχνά, λόγω των συμπτωμάτων της οσφυϊκής στένωσης ο ασθενής αποφεύγει τις δραστηριότητες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα απώλεια της ελαστικότητας, μυϊκή αδυναμία και επιβάρυνση της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Η φυσική άσκηση ή η φυσικοθεραπεία ως αρχικό στόχο έχουν την επάνοδο της χαμένης ελαστικότητας των μυών, αρχικά με διατατικές ασκήσεις. Σταδιακά, θα προστεθούν αερόβιες – καρδιαγγειακές ασκήσεις, όπως στατικό ποδήλατο ή βάδισμα σε διάδρομο, ώστε να αυξηθεί η αντοχή του ασθενούς και να βελτιωθεί η κυκλοφορία του αίματος στους μύες και τα νεύρα. Η βελτιωμένη αιματική ροή θα βελτιώσει τα συμπτώματα της στένωσης.

Ταυτόχρονα,θα ξεκινήσετε ασκήσεις ενδυνάμωσης των κοιλιακών,ραχιαίων και των μυών των κάτω άκρων. Με όλα αυτά,θα μπορείτε να πραγματοποιείτε ευκολότερα τις καθημερινές σας δραστηριότητες. Τέλος,θα καταρτιστεί το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων,είτε στο σπίτι είτε σε γυμναστήριο,ώστε να διατηρηθεί το αποτέλεσμα.

Εγχύσεις φαρμάκων

Επιλεγμένες εγχύσεις φαρμάκων στη σπονδυλική στήλη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βελτιώσουν τα συμπτώματα. Αυτές περιλαμβάνουν στεροειδή (κορτιζόνη) και τοπικό αναισθητικό και μπορεί να είναι στον επισκληρίδιο χώρο ή στις αρθρώσεις. Αναλόγως του αποτελέσματος,μπορεί να επαναληφθούν μία ή περισσότερες φορές. Τέλος,έχουν και διαγνωστικό ρόλο,αφού σε θετικό αποτέλεσμα (βελτίωση συμπτωμάτων),γνρίζουμε με ασφάλεια ότι και η χειρουργική αποσυμπίεση θα είναι αποτελεσματική.

Πότε χρειάζεται χειρουργική επέμβαση;

Το χειρουργείο έχει ένδειξη σε δύο κατηγορίες ασθενών:αυτούς με νευρολογική επιβάρυνση,όπως μυϊκή αδυναμία και/ή προβλήματα ούρησης ή αφόδευσης και αυτούς στους οποίους απέτυχε η συντηρητική αγωγή να ελέγξει τα συμπτώματα.

Εφόσον η οσφυϊκή στένωση είναι η μείωση του εύρους του σπονδυλικού σωλήνα,ο στόχος του χειρουργείου είναι να διευρύνει το σωλήνα αυτό και να δώσει αρκετό χώρο στα νεύρα. Η χειρουργική επέμβαση ονομάζεται οσφυϊκή αποσυμπίεση ή οσφυϊκή πεταλεκτομή,αναλόγως της ποσότητας οστού που χρειάζεται να απομακρυνθεί.

Το χειρουργείο είναι πολύ αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση του πόνου στα κάτω άκρα (ισχιαλγία) και σε μικρότερο βαθμό του πόνου της μέσης (οσφυαλγία). Οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στις περισσότερες δραστηριότητες σε μερικές εβδομάδες. Μπορεί να χρειαστεί μετεγχειρητική αποκατάσταση για να διευκολύνει την ομαλή επιστροφή.

Ορισμένες φορές η σπονδυλική στένωση συνοδεύεται με μετακίνηση του ενός σπονδύλου σε σχέση με το γειτονικό του (σπονδυλολίσηση). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μη φυσιολογικές κινήσεις μεταξύ των σπονδύλων αυτών και αστάθεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να γίνει σπονδυλοδεσία σε συνδυασμό με την αποσυμπίεση,ώστε να σταθεροποιηθούν οι ασταθείς σπόνδυλοι και να προληφθεί μελλοντική αστάθεια.

Η σπονδυλοδεσία περιλαμβάνει σταθεροποίηση με βίδες (κοχλίες) και ράβδους και τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος ή υποκατάστατου οστού,ανάμεσα στους σπονδύλους. Η σπονδυλοδεσία πραγματοποιείται μαζί με την αποσυμπίεση από πίσω (μέση) και σε

πολύ σπάνιες και επιλεγμένες περιπτώσεις από μπροστά (κοιλιά). Το ποσοστό επιτυχίας της σπονδυλοδεσίας είναι περισσότερο από 65%.

Μετά το χειρουργείο θα παραμείνετε στο νοσοκομείο για δύο μέρες ή σε περίπτωση σπονδυλοδεσίας,περισσότερες μέρες (συνήθως 4-5 μέρες).

Συμπερασματικά

Η οσφυϊκή στένωση είναι μια συνηθισμένη πάθηση των πιο ηλικιωμένων ατόμων.Αν δεν υπάρχει μυϊκή αδυναμία και/ή διαταραχές ούρησης ή αφόδευσης,η αντιμετώπιση αρχικά είναι συντηρητική.

Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής,πραγματοποιείται με πολύ καλά αποτελέσματα χειρουργική αποσυμπίεση με ή χωρίς σπονδυλοδεσία,αναλόγως της παρουσίας ή όχι αστάθειας,αντίστοιχα.

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