

Κήλη Μεσοσπονδύλιου Δίσκου – Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης.

Τι είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου;

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από μια σειρά από ενωμένα οστά που ονομάζονται σπόνδυλοι. Οι σπόνδυλοι περιβάλλουν το νωτιαίο μυελό και τον προστατεύουν. Τα νεύρα ξεκινάνε από το νωτιαίο μυελό και πηγαίνουν σε όλα τα μέρη του σώματος, επιτρέποντας την επικοινωνία μεταξύ του εγκεφάλου και του υπόλοιπου σώματος. Ο εγκέφαλος στέλνει εντολές οι οποίες μέσω του νωτιαίου μυελού και των νEURων πηγαίνουν στους μύες, ώστε αυτοί να ενεργοποιηθούν και κινηθούν. Αντίστροφα, μέσω των νEURων και του νωτιαίου μυελού πηγαίνουν πληροφορίες αισθητικές (πόνος, πίεση, θερμό, ψυχρό, κ.α.) στον εγκέφαλο.

Οι σπόνδυλοι συνδέονται μεταξύ τους με το μεσοσπονδύλιο δίσκο και με δύο μικρές αρθρώσεις. Ο δίσκος, ο οποίος είναι φτιαγμένος από ισχυρό συνδετικό ιστό, δρα σαν ανάρτηση μεταξύ των σπονδύλων απορροφώντας τις τάσεις. Ο δίσκος και οι αρθρώσεις επιτρέπουν ένα βαθμό κίνησης των αρθρώσεων και συνολικά την κινητικότητα του αυχένα και της μέσης.

Ο δίσκος αποτελείται από μια εξωτερική σκληρή στιβάδα που ονομάζεται ινώδης δακτύλιος και ένα παχύρρευστο σαν 'ζελέ' κέντρο που ονομάζεται ηλεκοειδής πυρήνας. Καθώς μεγαλώνουμε, το κέντρο του δίσκου αφυδατώνεται και μειώνεται η λειτουργικότητά του, ενώ ο ινώδης δακτύλιος μπορεί να υποστεί μικρή ρήξη. Από αυτή τη ρήξη μπορεί να εξέλθει υλικό από το εσωτερικό του δίσκου (κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου ή δισκοκήλη) και να πιέσει τα νεύρα ή το νωτιαίο μυελό. Αυτό μπορεί να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα, μυρμήκιασμα ή αδυναμία στους ώμους ή/και στα άνω άκρα. Κατά την κλινική εξέταση μπορεί να διαπιστωθούν διαταραχές στην αισθητικότητα, τη μυϊκή ισχύ και τα αντανακλαστικά ή ακόμα και να εμφανιστούν παθολογικά αντανακλαστικά. Σπανιότερα, σε περίπτωση πίεσης του νωτιαίου μυελού, μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα στα πόδια, στον κορμό ή ακόμα και διαταραχές ούρησης και αφόδευσης.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Το πρώτο βήμα είναι η ενδελεχής κλινική εξέταση του αυχένα, των άνω και κάτω άκρων, για να εντοπιστεί η κατανομή του πόνου και επίσης ο έλεγχος της μυϊκής ισχύος, της αισθητικότητας, των αντανακλαστικών και η αποκλεισμός ύπαρξης παθολογικών αντανακλαστικών.

Ακολουθώντας, θα πραγματοποιηθούν αναλόγως την περίπτωση, απλές ακτινογραφίες αυχένα (στατικές, δυναμικές), αξονική τομογραφία και μαγνητική τομογραφία. Η απλή ακτινογραφία θα δείξει την ύπαρξη οστεόφυτων ή στένωση των μεσοσπονδύλιων

διαστημάτων και οι δυναμικές λήψεις (υπερέκταση – υπέρκαμψη),θα αναδείξουν πιθανή αστάθεια. Η αξονική τομογραφία είναι πολύ χρήσιμη για τη μελέτη της οστικής ανατομίας,των οστεόφυτων και προεγχειρητικό σχεδιασμό. Η μαγνητική τομογραφία είναι η εξέταση εκλογής καθώς δείχνει με εξαιρετική ακρίβεια τα νευρικά στοιχεία,τους δίσκους,τους σπονδύλους,τις δισκοκήλες και τους συνδέσμους,ενώ είναι ακίνδυνη.Εξυπακούεται ότι δε θα κάνουν όλοι οι ασθενείς όλες τις εξετάσεις.

Επιπρόσθετα,το ηλεκτρομυογράφημα και η ταχύτητα αγωγής των νεύρων μπορεί είναι χρήσιμα για τη διαπίστωση βλάβης των νεύρων ή σε περίπτωση που υποψιαζόμαστε περιφερική συμπίεση νεύρου (πχ σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα,παγίδευση ωλενίου νεύρου).

Ποιές θεραπείες είναι διαθέσιμες;

Ορισμένοι ασθενείς με συμπτώματα δισκοκήλης θα βελτιωθούν χωρίς καμία θεραπεία. Μια άλλη ομάδα ασθενών θα βελτιωθεί με συντηρητική αγωγή που μπορεί να περιλαμβάνει σύντομη ανάπαυση,αυχενικό κολλάρο,παισιπόνα και αντιφλεγμονώση φάρμακα,φυσικοθεραπεία,πρόγραμμα ασκήσεων και επισκληρίδιες εγχύσεις. Τέλος,ένα ποσοστό ασθενών που δε θα βελτιωθεί μετά από συντηρητική αγωγή ή με νευρολογικά ελλείμματα,θα χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

Ο στόχος της συντηρητικής αγωγής είναι να μειώσει τον ερεθισμό από τα νεύρα και τους δίσκους,να βελτιώσει τη φυσική κατάσταση ώστε να προστατευτεί η σπονδυλική στήλη και να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του ασθενή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου με ένα οργανωμένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει ένα συνδυασμό μεθόδων θεραπείας.

Συντηρητική θεραπεία

Μετά την έναρξη των συμπτωμάτων λόγω δισκοκήλης,μια σύντομη ανάπαυση (1-2 μέρες) μπορεί να είναι χρήσιμη. Αμέσως μετά ο ασθενής πρέπει να κινητοποιηθεί για να αποφύγουμε αδυναμία των μυών και διαταραχές των αρθρώσεων.

Φαρμακευτική αγωγή και έλεγχος πόνου

Σε πολλές περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με μη συνταγογραφούμενα **παισιπόνα** , όπως ασπιρίνη , παρακεταμόλη , ακεταμινοφαίνη,ιμπουπροφαίνη και άλλα. Ορισμένες φορές,μπορεί να συνταγογραφηθούν **μυοχαλαρωτικά** φάρμακα. Αν ο πόνος είναι ιδιαίτερα έντονος και δεν ελέγχεται με απλά παισιπόνα,συνταγογραφούνται **ναρκωτικά παισιπόνα** 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 **μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ)** λειτουργούν ως παυσίπονα και επίσης μειώνουν το οίδημα και τη φλεγμονή που προκαλείται εξαιτίας της δισκοκήλης. Αυτά περιλαμβάνουν δικλοφενάκη, ιμπουπροφαίνη, ναπροξένη και άλλα. Τα ΜΣΑΦ επίσης έχουν παρενέργειες και πρέπει να ληφθεί υπόψη το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς πριν χορηγηθούν και κατά προτίμηση για σύντομο διάστημα.

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.

Φυσικοθεραπεία

Στην οξεία φάση των συμπτωμάτων θεραπείες με υπέρηχους, ηλεκτρική διέγερση, θερμά και ψυχρά επιθέματα και ήπιοι χειρισμοί με τα χέρια, είναι πολύ χρήσιμες στον έλεγχο του πόνου και τη βελτίωση του μυϊκού σπασμού, που θα επιτρέψει τη σταδιακή έναρξη προγράμματος ασκήσεων. Ήπιες έλξεις μπορεί να βοηθήσουν σε ένα ποσοστό ασθενών. Αμφιλεγόμενη είναι η χρήση μαλακού αυχενικού κηδεμόνα (κολλάρο), διότι είναι αποτελεσματικός μόνο για την αυχεναλγία και όχι για την βραχιαλγία (πόνος στο άνω άκρο) και επίσης οι μύες γίνονται πιο αδύναμοι επιβραδύνοντας την επούλωση και επηρεάζοντας δυσμενώς το τελικό αποτέλεσμα. Οι χειρισμοί (χειροπρακτική – οστεοπαθητική) μπορεί να προσφέρουν προσωρινή ανακούφιση, αλλά σε περιπτώσεις δισκοκήλης, ειδικά αν είναι ευμεγέθους, αντενδείκνυνται και δυνητικά είναι επικίνδυνοι.

Οι πρώτες ασκήσεις είναι ήπιες διατάσεις και συγκεκριμένες στάσεις σώματος για να μειωθεί η τάση και ο πόνος. Σταδιακά, πιο έντονες ασκήσεις θα προστεθούν για να βελτιώσουν την ευλυγισία, τη δύναμη και την αντοχή και γενικά τη δυνατότητα επιστροφής στην καθημερινότητα.

Το είδος των ασκήσεων τροποποιείται καθώς προχωράει η διαδικασία της επούλωσης. Είναι πολύ σημαντικό να συνεχιστεί το πρόγραμμα ασκήσεων, διατάσεων και σωστής στάσης και στο σπίτι από τον ασθενή.

Είναι πολύ σημαντική η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και φυσικοθεραπευτή για τον καθορισμό κατάλληλου προγράμματος και τον καθορισμό των αντενδείξεων στους χειρισμούς (πχ σε ευμεγέθη κεντρική κήλη είναι επικίνδυνοι οι υπερβολικοί χειρισμοί, ιδιαίτερα που περιλαμβάνουν έκταση του αυχένα).

Εγχύσεις

Οι εγχύσεις τοπικού αναισθητικού και στεροειδούς στην πάσχουσα περιοχή έχουν πολύ συγκεκριμένες και αυστηρές ενδείξεις και πρέπει να διενεργούνται μόνο από εξειδικευμένο προσωπικό (χειρουργό σπονδυλικής στήλης ή αναισθησιολόγο πόνου). Ο σκοπός των εγχύσεων είναι η μείωση του πόνου και της φλεγμονής. Μπορούν να επαναληφθούν μια ή και δύο φορές,σε συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Σε γενικές γραμμές,οι εγχύσεις ενδείκνυνται σε ασθενείς που δε θα οδηγηθούν σε χειρουργική επέμβαση μελλοντικά,ενώ είμαστε πολύ επιφυλακτικοί σε ασθενείς που πιστεύουμε ότι έχουν ένδειξη χειρουργείου,καθώς και σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών (παχύσαρκοι,σε αντιπηκτική αγωγή κλπ),όπου είτε είναι τεχνικά δύσκολη είτε δυνητικά επικίνδυνη. Γενικά,σε αντίθεση με την οσφυϊκή μοίρα (μέση),στον αυχένα οι εγχύσεις είναι δύσκολες και οι πιθανές επιπλοκές είναι πολύ σοβαρές.

Χειρουργική Επέμβαση

Ο σκοπός του χειρουργείου είναι να απομακρύνει το τμήμα του μεσοσπονδύλιου δίσκου που πιέζει και ερεθίζει τα νεύρα και προκαλεί τον πόνο και τη μυϊκή αδυναμία. Η διαδικασία αυτή αποκαλείται **δισκεκτομή**.

Η χειρουργική προσπέλαση μπορεί να γίνει από εμπρός ή από πίσω. Η απόφαση αυτή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες:το είδος της δισκοκήλης,την παρουσία οστεόφυτων και υπερτροφικών συνδέσμων,αν η μεγαλύτερη συμπίεση προέρχεται από τα πρόσθια ή οπίσθια στοιχεία,την καμπυλότητα του αυχένα,τη γενικότερη κατάσταση του ασθενή,αν η βλάβη επεκτείνεται σε πολλά επίπεδα και άλλες τεχνικές λεπτομέρειες που ξεφεύγουν από τα πλαίσια του φυλλαδίου. Με όλες τις προσπελάσεις αφαιρείται το δισκικό υλικό που πιέζει τα νεύρα με πολύ καλά αποτελέσματα.

Ποιά είναι η μετεγχειρητική απκατάσταση;

Οι περισσότεροι ασθενείς παίρνουν εξιτήριο την επόμενη μέρα. Θα καταρτιστεί το κατάλληλο μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης αξιοποιημένο για κάθε ασθενή. Περιλαμβάνει πάντοτε πρόγραμμα ασκήσεων και σε επιλεγμένες περιπτώσεις συνεδρίες φυσικοθεραπειών.

Το χειρουργείο είναι πολύ αποτελεσματικό στην ανακούφιση του πόνου στα άνω άκρα και στους ώμους. Παρόλα αυτά μια μικρή ποσότητα πόνου στον αυχένα είναι συχνή.

Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν πολύ καλό αποτέλεσμα μετά το χειρουργείο. Παρόλα αυτά,όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση, υπάρχουν κάποιες πιθανές επιπλοκές

όπως:αιμορραγία,λοιμώξη,τραυματισμός των νεύρων ή του νωτιαίου μυελού,διαταραχές κατάποσης ή δυσφωνία. Υπάρχει επίσης μικρή πιθανότητα ο πόνος να μην υποχωρήσει ή να επιστρέψει,που συμβαίνει σε ένα ποσοστό μικρότερο του 3%,ως υποτροπή και νέα δισκοκήλη.

Συμπερασματικά

Η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου στον αυχένα είναι μια σχετικά συχνή κατάσταση που προκαλεί συμπτώματα πόνου στον αυχένα,ώμους και άνω άκρα και λιγότερο συχνά μυϊκή αδυναμία ή συμπτώματα στα κάτω άκρα. Σε πολλές περιπτώσεις η συντηρητική αγωγή είναι αποτελεσματική. Στις περιπτώσεις που θα αποτύχει ή σε περίπτωση νευρολογικού ελλείμματος η χειρουργική επέμβαση έχει ένδειξη και πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας.

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