

Κήλη Μεσοσπονδύλιου Δίσκου – Οσφυϊκή Μοίρα

Τι είναι η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου;

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από μια σειρά με ενωμένα οστά που ονομάζονται σπόνδυλοι. Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος έχει διπλό ρόλο, αφενός ως συνδετικός ιστός μεταξύ των σπονδύλων και αφετέρου σαν ανάρτηση που απορροφά μέρος των πιέσεων. Ο δίσκος αποτελείται από ένα σκληρό εξωτερικό τοίχωμα που ονομάζεται ινώδης δακτύλιος (annulus fibrosus) και εσωτερικά από μαλακό υλικό σαν 'ζελέ' που ονομάζεται πηκτοειδής πυρήνας (nucleus pulposus). Καθώς μεγαλώνουμε, το κέντρο του δίσκου αφυδατώνεται και καθιστά το δίσκο λιγότερο αποτελεσματικό ως ανάρτηση. Αυτό μπορεί να προκαλέσει μετακίνηση του εσωτερικού περιεχομένου του δίσκου (κήλη ή προβολή δίσκου), μέσω μιας μικρής ρωγμής του ινώδους δακτυλίου. Οι περισσότερες κήλες συμβαίνουν στους τελευταίους δύο δίσκους της οσφυϊκής μοίρας (μέση).

Η κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου μπορεί να πιέσει τα νεύρα της σπονδυλικής στήλης και να προκαλέσει πόνο, μούδιασμα, μυρμήκιασμα ή αδυναμία του κάτω άκρου που ονομάζεται ισχιαλγία. Η ισχιαλγία συμβαίνει στο 1-2% των ανθρώπων, συνήθως μεταξύ των ηλικιών 30-50.

Η κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου μπορεί να προκαλεί επίσης πόνο στη μέση, οσφυαλγία. Η οσφυαλγία χωρίς ισχιαλγία όμως μπορεί να έχει ένα πλήθος αιτίων διαφορετικών από τη δισκοκήλη.

Ποιές θεραπείες είναι διαθέσιμες;

Οι περισσότερες (80-90%) οξείες δισκοκήλες της οσφυϊκής μοίρας θα βελτιωθούν χωρίς χειρουργική επέμβαση. Η αρχική θεραπεία συνήθως είναι συντηρητική. Αν μετά το πέρας της συντηρητικής αγωγής, ο πόνος συνεχίζει να επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενούς, υπάρχει πιθανότητα χειρουργική ένδειξη.

Η χειρουργική επέμβαση είναι πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου (ισχιαλγίας), με ποσοστά επιτυχίας πάνω από 90%. Επίσης, προλαμβάνει περαιτέρω απώλεια μυϊκής ισχύος και σε πολλές περιπτώσεις βελτίωση, ακόμα και πλήρη αποκατάσταση της λειτουργίας του μυός. Είναι λιγότερο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του πόνου στη μέση (οσφυαλγίας), η αιτιολογία της οποίας είναι πολυπαραγοντική.

Συντηρητική θεραπεία

Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει σύντομο διάστημα ανάπαυσης, αντιφλεγμονώδη αγωγή για περιορισμό του οιδήματος ('πρήξιμο'), παυσίπονη αγωγή για έλεγχο του πόνου, φυσικοθεραπεία, φυσική άσκηση και επιλεγμένες εγχύσεις στεροειδών. Η ανάπαυση, αντίθετα με παλαιότερες αντιλήψεις, πρέπει να είναι σύντομη, όχι παραπάνω από δύο μέρες. Μεγαλύτερης διάρκειας ανάπαυση προκαλεί δυσλειτουργία των αρθρώσεων, ατροφία των μυών και δυσκολεύουν την έναρξη φυσικής άσκησης, που θα βελτιώσει τα συμπτώματα. Η επιστροφή στην εργασία εξαρτάται από την κλινική εικόνα, το είδος της εργασίας και τη γενικότερη κατάσταση του ασθενούς που θα εκτιμηθεί από τον ειδικό ιατρό σπονδυλικής στήλης.

Η φυσικοθεραπεία είναι επίσης πολύ χρήσιμη σε αυτή τη φάση και περιλαμβάνει μυϊκή ενδυνάμωση και εκπαίδευση του ασθενούς στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων χωρίς να θέσει σε κίνδυνο ή επιπλέον τάση στη σπονδυλική στήλη.

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.

Φαρμακευτική αγωγή και έλεγχος πόνου

Σε πολλές περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί με μη συνταγογραφούμενα **παυσίπονα**, 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 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 **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 οσφυϊκού κηδεμόνα (ζώνη μέσης), διότι είναι αποτελεσματικός μόνο για την οσφυαλγία και όχι για την ισχιαλγία 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 ευμεγέθης, 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.

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.

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**. Προκειμένου να δούμε καθαρά το δίσκο, πρέπει να αφαιρέσουμε ένα μικρό (ημιπεταλοτομή) ή σπανιότερα μεγαλύτερο (ημιπεταλεκτομή) τμήμα του οστού που καλύπτει το δίσκο και ονομάζεται πέταλο. Το χειρουργικό μικροσκόπιο είναι πλέον απαραίτητος εξοπλισμός κατά τη διάρκεια της επέμβασης, η οποία για αυτό το λόγο αποκαλείται **μικροδισκεκτομή**.

Η επέμβαση γίνεται με γενική αναισθησία και ο ασθενής είναι σε πρηνή θέση (μπρούμυτα). Μια μικρή τομή διενεργείται στο δέρμα στο σημείο της δισκοκήλης και οι μύες απομακρύνονται ώστε να αποκαλυφθεί το οστό. Μια μικρή ποσότητα οστού και συνδέσμων αφαιρείται για να έχουμε καθαρό πεδίο με το νωτιαίο σάκκο, το νεύρο και το μεσοσπονδύλιο δίσκο. Το τμήμα του δίσκου που πιέζει τα νεύρα, καθώς και όλα τα χαλαρά κομμάτια που εξέρχονται από το μεσοσπονδύλιο διάστημα αφαιρούνται, μέχρι να απελευθερωθεί εντελώς το νεύρο. Ορισμένες φορές, χρειάζεται να αφαιρέσουμε και οστεόφυτα που πιέζουν το νεύρο. Συνήθως, υπάρχει ελάχιστη αιμορραγία.

Η **μικροδισκεκτομή** παραμένει παγκοσμίως η ιδανική επέμβαση (gold standard), σύμφωνα με τη διεθνή κοινότητα χειρουργών σπονδυλικής στήλης.

Η αποτελεσματικότητα της επέμβασης είναι ιδιαίτερα υψηλή, ιδιαίτερα αν το κύριο σύμπτωμα είναι η ισχιαλγία και όχι η οσφυαλγία. Σύμφωνα με μελέτες, κυμαίνεται μεταξύ 90-95%.

Ποιές είναι οι πιθανές επιπλοκές;

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν έχουν επιπλοκές μετά την επέμβαση. Οι συχνότερες επιπλοκές είναι αιμορραγία, λοίμωξη, τραυματισμός της μεμβράνης που καλύπτει τα νεύρα και διαφυγή υγρού ή σπανιότερα τραυματισμός νεύρου. Επίσης, υπάρχει μια πιθανότητα γύρω στο 5% να υπάρξει υποτροπή και να εξέλθει ξανά τμήμα δίσκου και να προκαλέσει παρόμοια συμπτώματα.

Ποιά είναι η μετεγχειρητική πορεία;

Η μετεγχειρητική πορεία είναι διαφορετική για κάθε ασθενή και εξαρτάται από τη γενικότερη κατάσταση υγείας του, την ηλικία, τα συμπτώματα πριν το χειρουργείο και την πορεία του χειρουργείου. Σε γενικές γραμμές, είναι επιθυμητό ο ασθενής να περπατήσει την ίδια μέρα, αφού περάσει το αποτέλεσμα της αναισθησίας. Οι περισσότεροι ασθενείς θα πάρουν εξιτήριο την επόμενη μέρα.

Τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες είναι επιθυμητό ο ασθενής να αποφύγει οδήγηση, περατεταμένο κάθισμα και άρση βαρών και να περιορίσει τις κινήσεις επίκυψης (σκύψιμο) και στροφής της μέσης. Ορισμένοι ασθενείς θα χρειαστούν φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Αν δεν υπάρχει αντένδειξη, ο ασθενής ενθαρρύνεται να ξεκινήσει πρόγραμμα ασκήσεων για ενδυνάμωση, πιο γρήγορη επάνοδο και αποφυγή δημιουργίας ουλώδους ιστού.

Πότε χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση;

Πολύ σπάνια, μια μεγάλη κεντρική κήλη μπορεί να πιέσει τα νεύρα που σχετίζονται με τη λειτουργία της ούρησης, αφόδευσης και σεξουαλικής πράξης, προκαλώντας τις αντίστοιχες ανεπάρκειες. Συνήθως συνοδεύεται από μούδιασμα και μυρμήκιασμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων. Είναι η μοναδική περίπτωση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου που χρειάζεται επείγουσα αποσυμπίεση, σε διάστημα μικρότερο των 48 ωρών, ώστε να αποφύγουμε μη αναστρέψιμες δυσλειτουργίες και ανεπάρκειες των προαναφερθέντων συστημάτων. Αν συμβεί επικοινωνήστε άμεσα μαζί μας ή απευθυνθείτε στο κοντινότερο εφημερεύον νοσοκομείο με νευροχειρουργικό τμήμα.

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