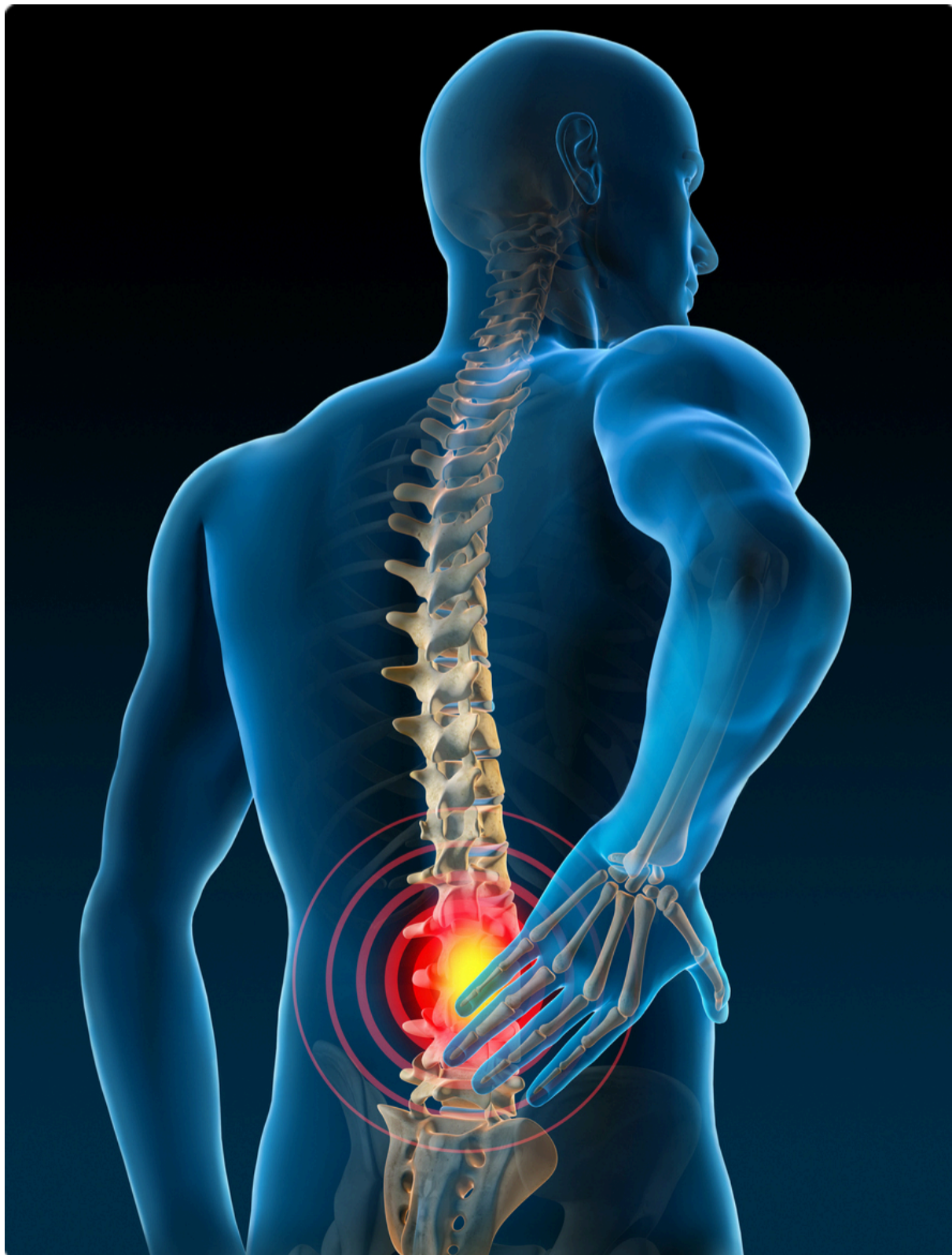




ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΝΟΜΙΚΟΣ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Παθήσεις οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης και η αντιμετώπιση τους



Αν υποφέρετε από πόνους στη μέση, δεν είστε οι μόνοι. Εκτιμάται ότι το 75 με 85% των Ελλήνων θα βιώσουν κάποια μορφή οσφυαλγίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Η Οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης

Η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (μέση) αποτελείται από 5 σπονδύλους που βρίσκονται μεταξύ των πλευρών και της πυέλου (λεκάνης). Μεταξύ των σπονδύλων παρεμβάλλονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι. Αυτοί οι δίσκοι είναι στρογγυλοί και επίπεδοι, με ένα σκληρό εξωτερικό μέρος (ινώδης δακτύλιος) να περιβάλλει έναν ιστό με ζελατινώδη υφή (πηκτοειδής πυρήνας). Οι δίσκοι απορροφούν τους κραδασμούς που παράγονται από τις κινήσεις της σπονδυλικής στήλης. Παχείς σύνδεσμοι που προσφύονται στη σπονδυλική στήλη συγκρατούν τους μεσοσπονδύλιους δίσκους στη θέση τους. Από τα 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων και ριζών, 5 οσφυϊκά (Ο1 - Ο5) και 5 ιερά (Ι1 - Ι5) ζεύγη νεύρων εξέρχονται από την περιοχή της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (μέση).

Κοινές Αιτίες πρόκλησης Οσφυαλγίας

Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου

Μια κήλη είναι ένα κομμάτι από τον πηκτοειδή πυρήνα του δίσκου, το οποίο προεξέχει από τον ινώδη δακτύλιο και προβάλλει μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Η σωματική δραστηριότητα, η ηλικία ή μηχανικό πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη, είναι αιτίες κήλης. Όταν συμβεί αυτό, ο δίσκος πιέζει μια νευρική ρίζα και προκαλείται πόνος. Αυτή είναι η κατάσταση, όταν ένας ασθενής βιώνει πόνο στη μέση και στο πόδι (οσφυο - ισχιαλγία). Τα νεύρα που εξέρχονται από τη μέση κατευθύνονται στα πόδια. Ενόχληση, ή πίεση στις νευρικές ρίζες δεν προκαλεί μόνο πόνο στη μέση, αλλά και πόνο που ακτινοβολεί κατά μήκος της οπίσθιας ή πρόσθιας επιφάνειας του ενός ή και των δύο ποδιών (ισχιαλγία). Αν μια νευρική ρίζα στην οσφυϊκή μοίρα πιέζεται, μπορεί να συνυπάρχει μυϊκή αδυναμία, μούδιασμα, ή αλλαγή στα αντανακλαστικά των ποδιών. Το κλειδί για την αρχική αντιμετώπιση είναι η άρση της ενόχλησης ή της πίεσης της νευρικής ρίζας.

Εκφύλιση Δίσκου - Σπονδυλική Οστεοαρθρίτιδα

Μια από τις πιο κοινές διαταραχές της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι η εκφύλιση του δίσκου (σπονδυλική οστεοαρθρίτιδα). Καθώς το σώμα γερνά, οι δίσκοι στη

σπονδυλική στήλη αφυδατώνονται και χάνουν την ικανότητα τους να απορροφούν τους κραδασμούς. Τα οστά και οι σύνδεσμοι που συναποτελούν τη σπονδυλική στήλη, γίνονται λιγότερο ευλύγιστα και παχύνονται. Η εκφύλιση των δίσκων δεν είναι ασυνήθης. Είναι μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης και από μόνη της δεν αποτελεί πρόβλημα. Ο πόνος προκαλείται όταν οι δίσκοι πιέζουν παρακείμενες ρίζες ή το νωτιαίο μυελό. Μικρά νεύρα που περιβάλλουν το δίσκο ερεθίζονται και προκαλούν οσφυαλγία.

Οι θεραπευτικές επιλογές για τους ασθενείς με εκφυλιστική νόσο της σπονδυλικής στήλης είναι πολυάριθμες και στοχεύουν στην ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο. Ο νευροχειρουργός αρχικά προτείνει φυσικοθεραπείες, αντιφλεγμονώδη αγωγή, εγχύσεις κορτιζόνης και συχνά παραπέμπει τον ασθενή σε ένα φυσικοθεραπευτή ή φυσίατρο (ιατρός που ειδικεύεται στις μεθόδους αποκατάστασης).

Στένωση Οσφυϊκής μοίρας

Η στένωση στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης μειώνει το εύρος του σπονδυλικού σωλήνα με αποτέλεσμα πίεση στα νεύρα που εξέρχονται από τη μέση και κατευθύνονται στα πόδια. Ενώ μπορεί να συμβεί σε νεότερους ασθενείς λόγω κατασκευαστικών ανωμαλιών, τις πιο πολλές φορές αποτελεί μια εκφυλιστική κατάσταση που προσβάλλει ανθρώπους ηλικίας 60 ετών και άνω.

Οι ασθενείς που υποφέρουν από οσφυϊκή στένωση, έχουν πόνο και αδυναμία στα πόδια και έναν αμβλύ πόνο στη μέση. Μερικές φορές υπάρχει ύφεση των συμπτωμάτων όταν ο ασθενής αντί να στέκεται είναι καθισμένος ή ξαπλωμένος. Ο πόνος, το μούδιασμα και η αδυναμία, τυπικά, είναι χειρότερα όταν οι ασθενείς στέκονται ή περπατούν πολλή ώρα. Πολλοί ασθενείς ανταποκρίνονται καλά στη συντηρητική θεραπεία για πολλά χρόνια. Η χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται στην αύξηση του εύρους του σπονδυλικού σωλήνα και στην άρση της πίεσης στις νευρικές ρίζες.

Σπονδυλολίσθηση

Η εκφυλιστική σπονδυλολίσθηση (το 'γλίστρημα μεταξύ δύο σπονδύλων') προκαλείται από οστεοαρθρίτιδα των αρθρώσεων των σπονδύλων. Τις πιο πολλές φορές αφορά σε ολίσθηση του τέταρτου οσφυϊκού σπονδύλου επί του πέμπτου. Υπάρχει όμως και συγγενής σπονδυλολίσθηση, οφειλόμενη σε σπονδυλόλυση (διακοπής της συνέχειας των οπίσθιων δομών του σπονδύλου). Η αντιμετώπιση είναι ίδια με την οσφυϊκή στένωση μ έτη

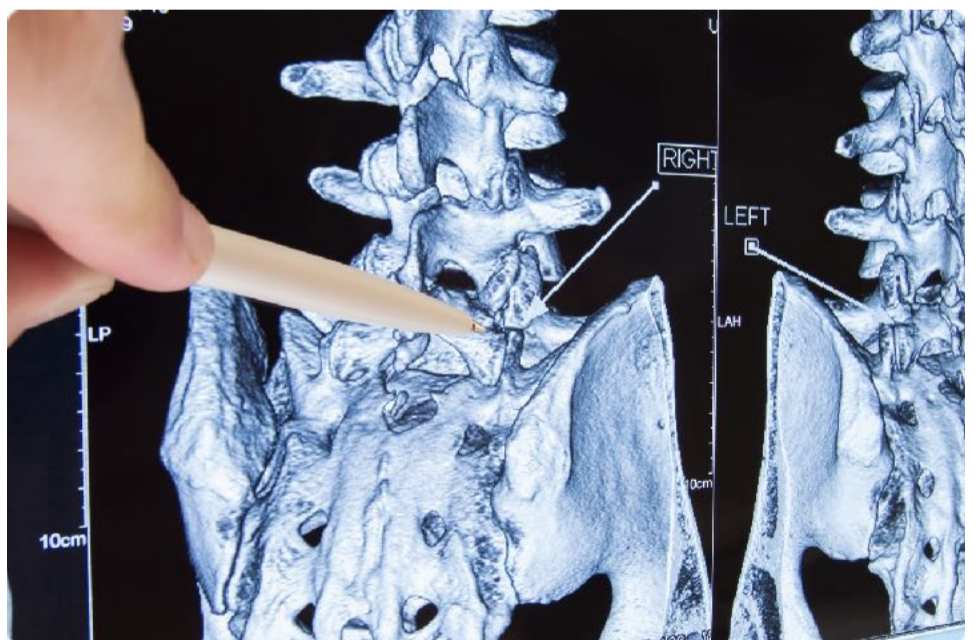
διαφορά, ότι στους περισσότερους ασθενείς είναι απαραίτητη η συμπλωματική σπονδυλοδεσία.

Διάγνωση

Πριν ο ιατρός συστήσει κάποια θεραπεία, η οσφυαλγία χρειάζεται προσεκτική διερεύνηση με λήψη ιατρικού ιστορικού, διενέργεια φυσικής εξέτασης και διαγνωστικών εξετάσεων. Ο ιατρός καταγράφει τα συμπτώματα και καθορίζει σε ποιο βαθμό επηρεάζουν την καθημερινότητα του ασθενούς. Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει εκτίμηση της αισθητικότητας, της δύναμης και των αντανακλαστικών σε διάφορα σημεία του σώματος, προκειμένου να καθορισθεί ποιες νευρικές ρίζες σε ποιο επίπεδο του νωπιαίου μυελού είναι επηρεασμένες. Εκτός και αν υπάρχει νευρολογικό έλλειμμα, διαγνωστικές εξετάσεις δε διενεργούνται σε αυτό το αρχικό στάδιο. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται συντηρητικά και μόνο αν η φαρμακευτική αγωγή και η φυσικοθεραπεία αποτύχουν να ελέγξουν τα συμπτώματα υποβάλλονται σε απεικονιστικό έλεγχο. Αν ο ιατρός το κρίνει απαραίτητο οι ασθενείς υποβάλλονται σε συγκεκριμένες απεικονιστικές και ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις προκειμένου να καθορισθεί με ακρίβεια η φύση και η έκταση του προβλήματος.

Απλές ακτινογραφίες: Χρήση ακτίνων Χ προκειμένου να απεικονιστούν οι σπόνδυλοι. Απεικονίζονται επίσης, η ευθυγράμμιση των σπονδύλων, η εκφύλιση των δίσκων και τα οστεόφυτα, που μπορούν να πιέζουν τις νευρικές ρίζες.

Αξονική τομογραφία: Διαγνωστική απεικονιστική εξέταση που δημιουργείται από την ανασύνθεση σε υπολογιστή πολλαπλών τομών που λαμβάνονται από την πρόπτωση ακτίνων Χ σε ένα μέρος του σώματος. Δείχνει με σαφήνεια το σχήμα και το μέγεθος του σπονδυλικού σωλήνα, των περιεχομένων του και των γύρω ανατομικών δομών. Μπορεί να διενεργηθεί συμπληρωματικά με την μυελογραφία για τη λήψη επιπρόσθετων πληροφοριών. Ιδανική για την αποκάλυψη στένωσης που προκαλείται από οστικές δομές.



Μαγνητική τομογραφία: Τρισδιάστατες ανατομικές απεικονίσεις οργάνων του σώματος λαμβάνονται με τη χρήση ισχυρού μαγνητικού πεδίου και υπολογιστών. Απεικονίζεται ο νωτιαίος μυελός, οι νευρικές ρίζες, οι γύρω δομές, η εκφύλιση και όγκοι. **Αποτελεί την εξέταση 1ης επιλογής για την απεικονιστική διερεύνηση της σπονδυλικής στήλης.**

Μυελογραφία: Απλή ακτινογραφία ή αξονική τομογραφία της σπονδυλικής στήλης μετά την έγχυση σκιαγραφικής ουσίας στον χώρο που κυκλοφορεί το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Απεικονίζεται πίεση στο νωτιαίο μυελό και στις νευρικές ρίζες που προέρχεται από κήλες δίσκων, οστεόφυτα, ή όγκους.

Ηλεκτρομυογράφημα και μελέτες νευρικής αγωγιμότητας: Αυτές οι εξετάσεις μελετούν τη συνεργασία μεταξύ νευρικών ριζών και μυών. Μετρούν το ηλεκτρικό ερέθισμα κατά μήκος των νευρικών ριζών, των περιφερικών νεύρων και των μυών. Μικρές βελόνες τοποθετούνται στους μύς ή στην πορεία μιας νευρικής ρίζας για να μετρηθεί η ηλεκτρική δραστηριότητα. Επιβράδυνση του ερεθίσματος καταδεικνύει ποιες νευρικές ρίζες ή μύες δυσλειτουργούν.

Δισκογραφία: Χρήσιμη εξέταση στην αναγνώριση ποιοι δίσκοι στη σπονδυλική στήλη έχουν υποστεί φθορά και προκαλούν πόνο. Απαιτεί την τοποθέτηση μιας βελόνης στα διαστήματα μεταξύ των δίσκων κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο, με έγχυση στη συνέχεια ειδικής χρωστικής ουσίας. Ακολουθεί η εκτέλεση αξονικής τομογραφίας. Μετά την αξονική τομογραφία, οι ασθενείς μεταφέρονται σε ειδική αίθουσα και παρακολουθούνται για 30 με 60 λεπτά.

Συντηρητικά (μη χειρουργικά) μέτρα αντιμετώπισης

Ο καθορισμός μιας στρατηγικής για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας εξαρτάται κυρίως από την ταυτοποίηση της θέσης και της αιτίας της ενόχλησης της νευρικής ρίζας. Αν και η οσφυαλγία μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσάρεστη και επώδυνη κατάσταση, στο 90% των περιπτώσεων, ο πόνος υφίεται χωρίς χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, το 50% των ασθενών με ένα επεισόδιο οσφυαλγίας, θα έχουν και ένα δεύτερο μέσα σε ένα χρόνο. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν τη φυσικοθεραπεία, τη μείωση του σωματικού βάρους, την επισκληρίδια έγχυση στεροειδών, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φαρμακευτική αγωγή, αποκατάσταση και μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Όλες αυτές οι επιλογές αποσκοπούν στη μείωση της φλεγμονής στη μέση και της ενόχλησης των νευρικών ριζών. Ο νευροχειρουργός συστήνει συνήθως 4 με 6 εβδομάδες συντηρητική θεραπεία πριν προτείνει στον ασθενή χειρουργική επέμβαση.

Αν η οσφυαλγία είναι συνέπεια πρόσφατου τραυματισμού, όπως αυτοκινητιστικού ατυχήματος, πτώσης, ή τραυματισμού κατά τη διάρκεια άθλησης, πρέπει ο ασθενής να αναζητήσει άμεση ιατρική βοήθεια, ιδίως αν υπάρχει και νευρολογικό σύμπτωμα. Αν δεν υπάρχουν νευρολογικά προβλήματα (π.χ. μούδιασμα, μυϊκή αδυναμία, διαταραχές ούρησης ή αφόδευσης), ο ασθενής μπορεί να επωφεληθεί από την έναρξη συντηρητικής αγωγής στο σπίτι για 2 ή 3 μέρες. Η λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και ο περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας για μερικές μέρες έχουν επωφελή αποτελέσματα.

Επειδή υπάρχει ενόχληση στη νευρική ρίζα, ο ασθενής μπορεί να ανακουφίζεται από τον πόνο όταν κάθεται, στέκεται, ή είναι ξαπλωμένος. Είναι σημαντικό να βρει μια στάση που του προσφέρει τη μέγιστη ανακούφιση. Αν η οσφυαλγία δε βελτιώνεται ή χειροτερεύει μετά από 2 με 3 μέρες κατ'οίκον αντιμετώπισης, πρέπει ο ασθενής να συμβουλευτεί έναν ειδικό ιατρό.

Ο νευροχειρουργός διενεργεί νευρολογική εξέταση για να καθορίσει ποια νευρική ρίζα πάσχει και αποκλείει ή επιβεβαιώνει άλλα σοβαρά ιατρικά προβλήματα. Αν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις μηχανικής πίεσης μιας νευρικής ρίζας, ο νευροχειρουργός μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα για την ύφεση του πόνου, του οιδήματος και της ενόχλησης και συστήνει περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας. Αν αυτά τα μέτρα αντιμετώπισης δεν προκαλέσουν ανακούφιση μέσα σε δύο εβδομάδες, κρίνεται απαραίτητη η διενέργεια άλλων διαγνωστικών εξετάσεων και πιθανώς χειρουργικής επέμβασης.



Πότε είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση

Αν η συντηρητική θεραπεία για την οσφυαλγία δεν φέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, μπορεί να χρειαστεί χειρουργική επέμβαση. Μπορεί να είστε υποψήφιος/α για χειρουργική επέμβαση εάν:

- Ο πόνος στη μέση ή στο πόδι περιορίζει τις καθημερινές σας δραστηριότητες ή επηρεάζει την ποιότητα της ζωής σας.
- Υπάρχει προοδευτική επιδείνωση των νευρολογικών συμπτωμάτων σας, όπως αδυναμία στο πόδι και/ή μούδιασμα.
- Βιώνετε απώλειας της φυσιολογικής λειτουργίας της ούρησης ή της αφόδευσης.
- Έχετε δυσκολία στο να σταθείτε ή να περπατήσετε.
- Η φαρμακευτική θεραπεία και η φυσικοθεραπεία είναι αναποτελεσματικές.

Αν η χειρουργική επέμβαση κριθεί απαραίτητη, ο νευροχειρουργός έχει πληθώρα επιλογών διαθέσιμων προκειμένου να αποσυμπιεστούν οι νευρικές ρίζες. Αν ο πόνος προκαλείται από βλάβη περισσότερων της μιας νευρικών ριζών ή δίσκων, ή υπάρχει εκφύλιση ή αστάθεια στη σπονδυλική στήλη, ο νευροχειρουργός μπορεί να 'δέσει' τους σπονδύλους μαζί, με την τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος και να σταθεροποιήσει τη σπονδυλική στήλη με χρησιμοποίηση υλικών, όπως πλακών, βιδών, ράβδων και κλωβών. Μια επιτυχημένη σπονδυλοδεσία αποτρέπει υποτροπή της πρόπτωσης ή της κήλης του δίσκου. Μετά από μια τέτοια επέμβαση, ο ασθενής επωφελείται από την αποκατάσταση της κινητικότητας στη μέση. Μπορεί να κινεί τη σπονδυλική του στήλη πιο εύκολα από ότι πριν το χειρουργείο. Επιπρόσθετα, ο ασθενής μπορεί να χρειαστεί μετεγχειρητική φυσικοθεραπεία.

Αν καπνίζετε, πρέπει να διακόψετε. Το κάπνισμα προκαλεί βλάβες στις δομές και στην αρχιτεκτονική της σπονδυλικής στήλης και επιβραδύνει τη διαδικασία της επούλωσης. Αν είστε υπέρβαρος, πρέπει να προσπαθήσετε να χάσετε βάρος. Τόσο το κάπνισμα όσο και η παχυσαρκία έχει αποδειχθεί ότι έχουν αρνητική επίδραση στα αποτελέσματα της οσφυϊκής σπονδυλοδεσίας.

Χειρουργικές Επεμβάσεις

Μικροχειρουργική δισκεκτομή: Η μικροχειρουργική δισκεκτομή αποτελεί ελάχιστα επεμβατική μέθοδο αντιμετώπισης κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου. Πρόκειται για την πλέον κοινή επέμβαση, που εκτελείται από χειρουργούς σπονδυλικής στήλης, κατά την οποία το τμήμα του μεσοσπονδύλιου δίσκου, το οποίο προβάλλει ή έχει αποκοπεί και προκαλεί πίεση επί της ρίζας νεύρου, αφαιρείται από μία μικρή τομή 2-3 εκ. με τη χρήση

μικροσκοπίου και μικροχειρουργικών εργαλείων. Πριν από χρόνια, οι περισσότεροι χειρουργοί θα πραγματοποιούσαν την επέμβαση με μία μεγαλύτερη τομή και συνεπώς μεγαλύτερο τραυματισμό των μαλακών μορίων. Χωρίς τη χρήση μικροσκοπίου θα αφαιρούσαν την κήλη αλλά και το μεγαλύτερο τμήμα του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Αυτό είχε σαν συνέπεια την καθυστερημένη κινητοποίηση του ασθενή καθώς και την πολύ πιο αργή ανάρρωση. Η μέθοδος της μικροχειρουργικής δισκεκτομής περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1978 από τον W. Caspar και έκτοτε υιοθετήθηκε σταδιακά από χειρουργούς σπονδυλικής στήλης σε ολόκληρο τον κόσμο.

Η επέμβαση ενδείκνυται σε ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από ισχυρό, μη φαρμακευτικά ελεγχόμενο πόνο στη μέση (οσφυαλγία) ή στο πόδι (ισχιαλγία), που επιμένει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6-8 εβδομάδων καθώς επίσης και σε ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν νευρολογικά ελλείμματα (δυσκολία ή αδυναμία κίνησης τμημάτων του ποδιού). Ένδειξη άμεσης χειρουργικής αντιμετώπισης υφίσταται σε περιπτώσεις διαταραχών ούρησης και αιμωδιών (μουδιάσματος) στην περιοχή των γεννητικών οργάνων.

Ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο την ημέρα του χειρουργείου, η διάρκεια του οποίου συνήθως δεν είναι μεγαλύτερη της μιας ώρας. Άμεσα μετεγχειρητικά και μετά την πάροδο της δράσης της γενικής αναισθησίας, ο ασθενής κινητοποιείται και λαμβάνει εξιτήριο την επόμενη ημέρα το πρωί. Πριν από αυτό ο ιατρός καθώς και οι φυσικοθεραπευτές εξηγούν στον ασθενή τον πιο κατάλληλο τρόπο έγερσης και βάρδισης. Δίνονται οδηγίες αποφυγής κάμψης της μέσης, ανύψωσης βάρους μεγαλύτερου των 2-3 κιλών κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο (2-4 εβδομάδες) ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή. Συστήνεται η ίδια θέση να μην διατηρείται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 45-60 λεπτών και η αποφυγή οδήγησης για περίπου 7-10 ημέρες. Έκτος από σπάνιες περιπτώσεις δεν κρίνεται απαραίτητη η χρήση ζώνης οσφύος.

Επιστροφή στην εργασία (δουλεία γραφείου) συστήνεται συνήθως σε όχι λιγότερο από 1-2 εβδομάδες μετά τη χειρουργική επέμβαση, ανάλογα με το όταν ο πόνος έχει υφεί. Χειρωνακτική εργασία ή αθλητισμός επιτρέπονται με την πάροδο 4 έως 6 εβδομάδων από το χειρουργείο.

Ο περιεγχειρητικός κίνδυνος επιπλοκών δεν ξεπερνά το 1-2% και συνήθως πρόκειται για επίλοκες, οι οποίες αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά. Ο κίνδυνος μόνιμης νευρολογικής επιδείνωσης δεν ξεπερνά το 1 %. Διεθνείς επιστημονικές μελέτες πιστοποιούν ποσοστά επιτυχία 90-96% στη μέθοδο της μικροχειρουργικής δισκεκτομής. Οι περισσότεροι

ασθενείς παρατηρούν άμεση βελτίωση και επιστρέφουν τάχιστα στους φυσιολογικούς ρυθμούς ζωής.

Πεταλεκτομή: Αφαίρεση του οπίσθιου τμήματος του σπονδύλου με σκοπό τη διεύρυνση του νωτιαίου σωλήνα προκειμένου να ανακουφισθεί η οσφυϊκή στένωση. Συχνά αφορά περισσότερα από 1 επίπεδο της σπονδυλικής στήλης.

Τρηματεκτομή: Χειρουργική διεύρυνση του τρήματος (οπή), μέσα από το οποίο περνά η νευρική ρίζα καθώς εγκαταλείπει το σπονδυλικό σωλήνα. Δημιουργείται επιπλέον χώρος για την άνετη διέλευση της ρίζας. Συνδυάζεται ή όχι με πεταλεκτομή.

Οπίσθια οσφυϊκή διασωματική σπονδυλοδεσία: Αφαίρεση του οστού που καλύπτει το οπίσθιο μέρος της σπονδυλικής στήλης, απώθηση των νευρικών ριζών και αφαίρεση του δισκικού υλικού από το μεσοσπονδύλιο διάστημα, που ακολουθείται από τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος και μερικές φορές και ειδικών υλικών (κλωβών) για να γίνει σύντηξη των παρακείμενων σπονδύλων. Αυτή η διαδικασία καλείται 'διασωματική σπονδυλοδεσία' επειδή πραγματοποιείται μεταξύ των σωμάτων των σπονδύλων και εγκάρσιως των πασχόντων δίσκων. Διενεργείται και στις δύο πλευρές της σπονδυλικής στήλης.

Πρόσθια οσφυϊκή διασωματική σπονδυλοδεσία: Αφαίρεση του εκφυλισμένου δίσκου με προσπέλαση μέσω της κατώτερης κοιλιακής χώρας. Οστικό μόσχευμα ή κλωβός πληρούμενος με μόσχευμα τοποθετείται ακολούθως στο διάστημα.

Οπισθοπλάγια σπονδυλοδεσία: Τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος στο πίσω μέρος και στα πλάγια της σπονδυλικής στήλης με σκοπό την επίτευξη οστεοποίησης.

Διατρηματική οσφυϊκή διασωματική σπονδυλοδεσία: Αφαίρεση του οστού που καλύπτει το οπίσθιο μέρος της σπονδυλικής στήλης, απώθηση των νευρικών ριζών και αφαίρεση του δισκικού υλικού από το μεσοσπονδύλιο διάστημα, που ακολουθείται από τοποθέτηση οστικού μοσχεύματος και μερικές φορές και ειδικών υλικών (κλωβών) για να γίνει σύντηξη των παρακείμενων σπονδύλων. Παρόμοια με την ανωτέρω περιγραφείσα τεχνική, διενεργείται όμως συχνά μόνο στη μία πλευρά της σπονδυλικής στήλης.

Τα οφέλη από την επέμβαση πρέπει πάντα να ζυγίζονται προσεκτικά με τους ενδεχόμενους κινδύνους. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με οσφυαλγία αναφέρουν

σημαντική ύφεση του πόνου μετά την επέμβαση, δεν υπάρχει εγγύηση ότι το χειρουργείο θα βοηθήσει όλους τους ασθενείς.

Μετεγχειρητική αποκατάσταση

Τυπικά, ο ασθενής παίρνει εξιτήριο 1-5 ημέρες μετά την επέμβαση και μπορεί να εκτελεί φυσικές δραστηριότητες, όπως περπάτημα, σχεδόν αμέσως. Ο μετεγχειρητικός πόνος μπορεί να διαρκέσει μερικές εβδομάδες και κάποιοι ασθενείς μπορεί να χρειαστούν ειδική φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του. Μερικές συνεδρίες φυσικοθεραπείας συστήνονται για την ενδυνάμωση των μυών της μέσης και του κοιλιακού τοιχώματος. Η τελική αποκατάσταση μπορεί να διαρκέσει από 6 εβδομάδες έως 6 μήνες, ανάλογα με το πόσο προχωρημένη ήταν η κατάσταση όταν έγινε το χειρουργείο και με το ποια ήταν η προεγχειρητική νευρολογική κατάσταση του ασθενούς.

Μετά το εξιτήριο

Μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο είναι απίθανο να μην σας επιτρέψει ο ιατρός να οδηγήσετε, να σηκώνετε βαριά αντικείμενα, ή να κάνετε αθλητισμό και να υποβάλλεστε σε βαριές σωματικές δραστηριότητες, τουλάχιστον για μια ορισμένη χρονική περίοδο.

Είναι πολύ χρήσιμο να διατηρείτε καλή στάση στο σώμα σας ακόμα και σε απλές καθημερινές δραστηριότητες. Είναι φυσιολογικό να έχετε λίγο πόνο, ειδικά στην περιοχή της επέμβασης. Πόνος στη μέση ή στα πόδια δεν είναι ασυνήθης και προκαλείται από φλεγμονή της προηγούμενα συμπιεσμένης ρίζας. Αυτό θα υποχωρήσει καθώς θα εξελίσσεται η διαδικασία της επούλωσης. Φαρμακευτική αγωγή βοηθά στη ύφεση του πόνου. Το μούδιασμα είναι το σύμπτωμα που υποχωρεί τελευταίο. Η διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους και η καθημερινή άσκηση προλαμβάνουν υποτροπή της οσφυαλγίας.

Παναγιώτης Νομικός
Νευροχειρουργός



Δ/ντής Α' Νευροχειρουργικής Κλινικής ΔΘΚΑ ΥΓΕΙΑ

Ερυθρού Σταυρού 4, Μαρούσι. Τ.Κ. 15123

T 2106867082, Φ 2106867102

Ιατρείο

Φλέμινγκ 18

T 2106894666, Φ 2106867395

pnomikos@hygeia.gr www.nomikosp.gr

Γλωσσάριο Όρων

Δισκεκτομή - Η χειρουργική αφαίρεση όλου ή μέρους του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Πραγματοποιείται για την αποσυμπίεση νευρικής ρίζας ή του νωτιαίου μυελού.

Δίσκος (Μεσοσπονδύλιος) - Ο σκληρός, ελαστικός ιστός ανάμεσα στους σπονδύλους. Μπορεί να προεξέχει από τη θέση του ανάμεσα στα σώματα των σπονδύλων και να πιέζει τις παρακείμενες νευρικές ρίζες προκαλώντας πόνο.

Εκφυλισμός Δίσκου - Προϊόντος του χρόνου, ο μεσοσπονδύλιος δίσκος χάνει τη φυσιολογική του σύσταση, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει πόνο.

Ινώδης δακτύλιος - Το εξωτερικό, ινώδες, σχήματος δακτυλιδιού, μέρος του μεσοσπονδύλιου δίσκου.

Ιππουρίδα - Η συγκέντρωση των νεύρων στο τέλος του νωτιαίου μυελού, που μοιάζει με ουρά αλόγου.

Ισχιαλγία - Όρος που χρησιμοποιείται για την περιγραφή του πόνου κατά την πορεία του ισχιακού νεύρου.

Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου - Κατάσταση στην οποία ζελατινοειδές υλικό από ένα μεσοσπονδύλιο δίσκο προεξέχει και προκαλεί πίεση στη σύστοιχη νευρική ρίζα.

Κόκκυγας - Κοινώς και 'ουρά', είναι η οστική δομή που βρίσκεται κάτω από το ιερό οστό.

Νεύρα - Ίνες που μεταφέρουν ηλεκτρικά ερεθίσματα από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό σε άλλα μέρη του σώματος και/ή προσάγουν αισθητικές πληροφορίες από το σώμα στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Νευρική ρίζα - Το αρχικό μέρος ενός νωτιαίου νεύρου, που προέρχεται απευθείας από το νωτιαίο μυελό.

Νευροχειρουργική - Η ιατρική ειδικότητα που ασχολείται με την αντιμετώπιση διαταραχών του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και των περιφερικών νεύρων.

Οσφυϊκή μοίρα - Αναφέρεται στους πέντε σπονδύλους, που βρίσκονται μεταξύ των πλευρών και της λεκάνης.

Πεταλεκτομή - Αφαίρεση οστού από το πίσω μέρος της σπονδυλικής στήλης.

Σπονδυλική στένωση - Στένωση του εύρους του σπονδυλικού σωλήνα με αποτέλεσμα πίεση στο νωτιαίο μυελό, στο σπονδυλικό σάκο, ή στις νευρικές ρίζες.

Σπονδυλική στήλη - Η ευλύγιστη οστική κολώνα που εκτείνεται από τη βάση του κρανίου μέχρι τον κόκκυγα. Αποτελείται από 33 οστά, τους σπονδύλους.

Σπονδυλικός σωλήνας - Ένας κανάλι στη μεσότητα της σπονδυλικής στήλης που περιβάλλει και προστατεύει το νωτιαίο μυελό.

Σπονδυλοδεσία - Διαδικασία στην οποία τοποθετείται οστικό μόσχευμα στη σπονδυλική στήλη και κατά την οποία επιπρόσθετα υλικά όπως βίδες και πλάκες χρησιμοποιούνται για την περαιτέρω στήριξη της σπονδυλικής στήλης.

Σπόνδυλοι - Τα 33 οστά που συνθέτουν τη σπονδυλική στήλη. Διαιρούνται σε αυχενικούς, θωρακικούς, οσφυϊκούς, ιερούς και κοκκυγικούς σπονδύλους.

Τρηματεκτομή - Διεύρυνση, με την αφαίρεση οστού, της οπής μέσα από την οποία περνά ένα νεύρο μεταξύ των σπονδύλων.

Φυσικοθεραπεία - Μια μορφή θεραπείας που αποτελείται από εξάσκηση συγκεκριμένων μερών του σώματος όπως της μέσης, των ποδιών, των χεριών, ή του αυχένα σε μία προσπάθεια ενδυνάμωσης και επανάκτησης του φυσιολογικού εύρους των κινήσεων.