



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΝΟΜΙΚΟΣ
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Παθήσεις αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης και η αντιμετώπιση τους



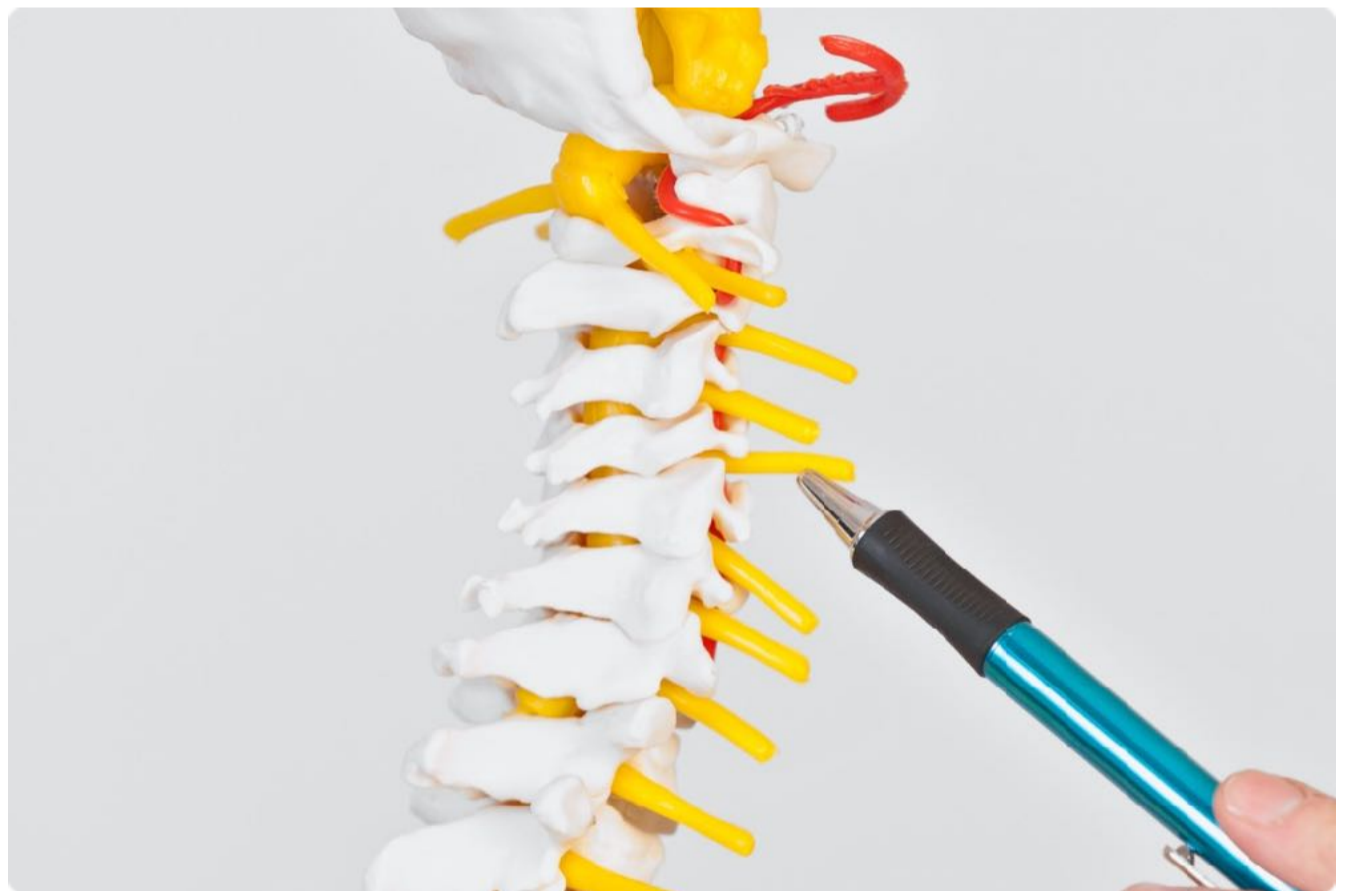
Πόνος στον Αυχένα - Αυχέναλγία

Η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης

Ο αυχένος είναι μέρος μιας μακριάς και ευλύγιστης κολώνας, γνωστής ως σπονδυλικής στήλης, που εκτείνεται κατά μήκος σχεδόν όλου του σώματος. Η αυχενική μοίρα αποτελείται από επτά οστά (Α1 - Α7 αυχενικοί σπόνδυλοι), που χωρίζονται μεταξύ τους από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους. Αυτοί οι δίσκοι επιτρέπουν στη σπονδυλική στήλη να κινείται ελεύθερα και δρουν ως απορροφητήρες των κραδασμών κατά τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας.

Στο πίσω μέρος των σπονδυλικών σωμάτων βρίσκεται ένα τόξο από οστό, που δημιουργεί ένα συνεχές επίμηκες διάστημα καθόλο το μήκος του αυχένα. Αυτό το διάστημα καλείται σπονδυλικός σωλήνας και περικλείει το νωτιαίο μυελό και τα νεύρα που εξέρχονται από αυτόν. Ο νωτιαίος μυελός διαβρέχεται από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και περιβάλλεται από τρεις προστατευτικές μεμβράνες, τις μήνιγγες (σκληρά, αραχνοειδής, χοριοειδής).

Σε κάθε σπονδυλικό επίπεδο, ένα ζεύγος νωτιαίων νεύρων εξέρχεται από το νωτιαίο μυελό μέσω μικρού ανοίγματος που καλείται τρήμα (ένα στα δεξιά και ένα στα αριστερά). Αυτά τα νεύρα νευρώνουν τους μύες του σώματος, το δέρμα και όλους τους ιστούς παρέχοντας



αίσθηση και κίνηση σε όλα τα μέρη του σώματος. Ο νωτιαίος μυελός και τα νεύρα υποστηρίζονται από ισχυρούς μυς και συνδέσμους που προσφύονται στους σπονδύλους.

Κοινές αιτίες πόνου στον αυχένα - αυχεναλγίας

Μπορεί να έχετε απευθυνθεί σε νευροχειρουργό εξαιτίας πόνου στον αυχένα ή στους ώμους σας, ή επειδή έχετε μουδιάσματα στα χέρια σας. Μπορεί επίσης να έχετε αδυναμία άνω άκρων.

Η αυχεναλγία μπορεί να οφείλεται σε εκφύλιση μεσοσπονδυλίου δίσκου, στένωση του σπονδυλικού σωλήνα, αρθρίτιδα και σε σπάνιες περιπτώσεις, σε καρκίνο ή μηνιγγίτιδα. Για σοβαρά προβλήματα στον αυχένα, ένας ειδικός γιατρός, όπως νευροχειρουργός, πρέπει να επιληφθεί προκειμένου να τεθεί η σωστή διάγνωση και να καθορισθεί η απαραίτητη θεραπεία.

Πρέπει να απευθυνθείτε σε νευροχειρουργό εάν η αυχεναλγία:

- Συμβεί μετά από τραυματισμό στον αυχένα ή στο κεφάλι
- Συνοδεύεται από πυρετό ή κεφαλαλγία
- Σκληρότητα στον αυχένα εμποδίζει το πηγούνι να ακουμπήσει τον θώρακα
- Ο πόνος επεκτείνεται στο χέρι
- Υπάρχει μούδιασμα ή αδυναμία στα χέρια ή στα δάκτυλα
- Τα συμπτώματα στον αυχένα συνοδεύονται με αδυναμία στο πόδι ή απώλεια της συνεργασίας των χεριών και των ποδιών
- Ο πόνος δεν ανταποκρίνεται στην αναλγητική φαρμακευτική θεραπεία
- Ο πόνος δε βελτιώνεται μετά την πάροδο μιας εβδομάδας

Η ηλικία, τραυματισμός, κακή στάση του σώματος, νόσοι, όπως αρθρίτιδα, μπορούν να οδηγήσουν σε εκφύλιση των οστών και των συνδέσμων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, προκαλώντας κήλες μεσοσπονδυλίων δίσκων και οστεόφυτα. Ξαφνικός, σοβαρός τραυματισμός του αυχένα συμβάλει επίσης στη δημιουργία κήλης, κατάγματος, καταστροφής αγγείου και αιμορραγίας και, σε σπάνιες περιπτώσεις, μόνιμης παράλυσης. Κήλες δίσκων ή οστεόφυτα προκαλούν στένωση του σπονδυλικού σωλήνα ή των τρημάτων από τα οποία εξέρχονται οι νευρικές ρίζες.

Πίεση του νωτιαίου μυελού στην αυχενική μοίρα μπορεί να είναι ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα επειδή στην πραγματικότητα όλα τα νεύρα του σώματος πρέπει να περάσουν πρώτα από τον αυχένα για να φτάσουν στον τελικό προορισμό τους (χέρια, θώρακας, κοιλιά, πόδια). Αυτή η κατάσταση μπορεί να καταστείλει τη λειτουργία πολλών σημαντικών οργάνων.

Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου

Η κήλη προκαλείται από ένα κομμάτι του πυρήνα του δίσκου, το οποίο πιέζεται έξω από τον δακτύλιο, μέσα στο σπονδυλικό κανάλι. Η σωματική δραστηριότητα, η ηλικία, ή μηχανικό πρόβλημα στη σπονδυλική στήλη είναι αιτίες πρόκλησης κήλης. Όταν συμβεί αυτό, ο δίσκος μπορεί να προκαλεί πίεση στη νευρική ρίζα και έτσι να υπάρχει πόνος. Αυτό συμβαίνει συνήθως στις περιπτώσεις αυχεναλγίας. Το κλειδί στην αρχική αντιμετώπιση είναι η απόσυρση της πίεσης και της ενόχλησης της ρίζας. Πίεση σε μια νευρική ρίζα από μία κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα:

- Πόνο στο χέρι και στον αυχένα
- Μούδιασμα ή/και αδυναμία στο χέρι

Αυχενική Στένωση ή στένωση νωτιαίου σωλήνα

Αυχενική στένωση προκύπτει όταν το εύρος του σπονδυλικού σωλήνα μειώνεται και πιέζεται ο νωτιαίος μυελός. Τις περισσότερες φορές προκύπτει με το πέρασμα της ηλικίας. Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αφυδατώνονται και εκφυλίζονται. Σαν αποτέλεσμα ο χώρος μεταξύ των σπονδύλων συρρικνώνεται και οι δίσκοι χάνουν την ικανότητα να απορροφούν τους κραδασμούς του σώματος. Ταυτόχρονα, τα οστά και οι σύνδεσμοι που συγκρατούν τη σπονδυλική στήλη χάνουν τη ελαστικότητά τους και παχύνονται. Αυτές οι αλλαγές στενεύουν το σπονδυλικό σωλήνα. Επιπρόσθετα, οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις, που σχετίζονται με την αυχενική στένωση επηρεάζουν και τους σπονδύλους, συμβάλλοντας στη δημιουργία οστεοφύτων που πιέζουν τις νευρικές ρίζες. Ήπια στένωση μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά επί μακρόν αν τα συμπτώματα περιορίζονται μόνο σε αυχεναλγία. Σοβαρή στένωση δύναται να προκαλέσει αυχενική μυελοπάθεια. Πρόκειται περί οιδήματος του νωτιαίου μυελού, οφειλόμενο σε κακή αιμάτωση του λόγω εξωτερικής πίεσης. Προκαλεί αιμωδίες αρχικά άνω και στη συνέχεια και κάτω άκρων, αύξηση του μυϊκού τόνου, αστάθεια βάδισης, δυσχέρεια εκτέλεσης κινήσεων ακριβείας, ορθοκυστικές διαταραχές. Σχεδόν πάντοτε παρατηρείται προοδευτική επιδείνωση των συμπτωμάτων. Σε αυτήν την περίπτωση ο ασθενής χρήζει

χειρουργικής αντιμετώπισης μέσω αποσυμπίεσης του νωτιαίου σωλήνα. Μετεγχειρητικά σημειώνεται κυρίως σταθεροποίηση και αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης και όχι πάντα νευρολογική βελτίωση. Για αυτό το λόγο η παρουσία αυχενικής μυελοπάθειας στη μαγνητική τομογραφία θέτει την ένδειξη χορήγησης χειρουργικής αντιμετώπισης.

Τραυματισμός του αυχένα

Μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια ατυχήματος με όχημα, άλλων τραυματικών ή αθλητικών γεγονότων. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αυχενική δυσκαμψία, πόνο στον αυχένα ή στον ώμο, κεφαλαλγία και ζάλη. Πόνος από ατύχημα με όχημα προκαλείται από θλάση μυών ή κάκωση συνδέσμων του αυχένα. Άλλες αιτίες πόνου είναι η ρήξη συνδέσμων ή βλάβη σε μεσοσπονδύλιο δίσκο. Η συντηρητική θεραπεία για τέτοιους τραυματισμούς περιλαμβάνει, αναλγητική φαρμακευτική αγωγή, κλινοστατισμό, μείωση της σωματικής δραστηριότητας και φυσικοθεραπεία.

Διάγνωση

Πριν ο ιατρός συστήσει κάποια θεραπεία, η αυχενάλγία χρειάζεται προσεκτική διερεύνηση με λήψη ιατρικού ιστορικού, διενέργεια φυσικής εξέτασης και διαγνωστικών εξετάσεων. Ο γιατρός 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 νωτιαίου 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 τη διάγνωση κακώσεων και καταγμάτων οστικών δομών της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

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 σήμερα την εξέταση 1ης επιλογής για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του νωτιαίου μυελού.**

Μυελογραφία: Απλή ακτινογραφία 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. Σήμερα έχει αντικατασταθεί από τη μαγνητική ή αξονική μυελογραφία.

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 μύες ή στην πορεία μιας νευρικής ρίζας για να μετρηθεί η ηλεκτρική δραστηριότητα. Επιβράδυνση του ερεθίσματος καταδεικνύει ποιες νευρικές ρίζες ή μύες δυσλειτουργούν.

Συντηρητικές (μη χειρουργικές) θεραπευτικές επιλογές

Ο καθορισμός της θεραπευτικής στρατηγικής εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση της πάσχουσας ρίζας και τον καθορισμό της αιτίας της ενόχλησης της. Αν και η αυχεναλγία μπορεί να είναι εξαιρετικά δυσάρεστη και ενοχλητική, η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί πολλές φορές να απαλύνει τη συμπτωματολογία. Ο ιατρός συνταγογραφεί φάρμακα που μειώνουν τον πόνο ή τη φλεγμονή και μυοχαλαρωτικά σκευάσματα που βοηθούν στην αποθεραπεία. Η μείωση της σωματικής δραστηριότητας ή η εφαρμογή αυχενικού κηδεμόνα (κολάρο) παρέχουν πρόσθετη υποστήριξη στη σπονδυλική στήλη, περιορίζουν την κινητικότητα της και μειώνουν τον πόνο και τις δυσάρεστες ενοχλήσεις. Τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών προκαλεί προσωρινή ύφεση των συμπτωμάτων και περιστασιακά, επισκληρίδια χορήγησή τους, μπορεί να έχει καλά αποτελέσματα. Η συντηρητική αντιμετώπιση μπορεί να συνεχιστεί για 6 ή 8 εβδομάδες.

Αν υπάρχει μυϊκή αδυναμία ή μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια, πρέπει ο ασθενής να ζητήσει ιατρική συμβουλή. Αν υπάρχει πρόσφατο ιστορικό τραύματος και τώρα ο αισθάνεστε αυχεναλγία με αδυναμία και μουδιάσματα, πρέπει άμεσα να συμβουλευτείτε νευροχειρουργό.

Πότε είναι απαραίτητη η χειρουργική επέμβαση

Όταν τα συντηρητικά μέτρα αντιμετώπισης δεν προκαλούν ύφεση των συμπτωμάτων, μπορεί να απαιτείται χειρουργική παρέμβαση. Μπορεί να είστε υποψήφιοι για κάτι τέτοιο εάν:

- Η συντηρητική αντιμετώπιση δε βοηθά
- Τα νευρολογικά συμπτώματα επιδεινώνονται και αφορούν τα χέρια και τα πόδια
- Υπάρχει δυσκολία στη βάδιση και στην ισορροπία

Υπάρχουν διάφορες χειρουργικές παρεμβάσεις διαθέσιμες για την αντιμετώπιση προβλημάτων στην αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Παράγοντες που βοηθούν στον καθορισμό του κατάλληλου τύπου επέμβασης περιλαμβάνουν τις ιδιαιτερότητες της δισκοπάθειας του κάθε ασθενούς και την παρουσία ή απουσία πίεσης στο νωτιαίο μυελό και στις νευρικές ρίζες. Άλλοι παράγοντες είναι η ηλικία, η χρονική διάρκεια του προβλήματος, συνυπάρχουσες παθήσεις, προηγηθείσες χειρουργικές παρεμβάσεις στην αυχενική μοίρα και η σοβαρότητα της συμπτωματολογίας.

Σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών, η αστάθεια στη σπονδυλική στήλη μπορεί να καταστήσει τη σπονδυλοδεσία απαραίτητη, μια απόφαση που λαμβάνεται πριν ο ασθενής οδηγηθεί στο χειρουργείο. Η σπονδυλοδεσία είναι μια επέμβαση στην οποία δημιουργείται μια συμπαγής ένωση μεταξύ δύο ή περισσότερων σπονδύλων. Διάφορα υλικά (όπως βίδες ή πλάκες) χρησιμοποιούνται για να προκαλέσουν οστεοποίηση και να υποστηρίξουν ασταθείς περιοχές της αυχενικής μοίρας. Αυτή η επέμβαση βοηθά στην ενδυνάμωση και στη σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης και συνεπώς απελευθερώνει τον ασθενή από τη σοβαρή και χρόνια αυχεναλγία.

Αν καπνίζετε, πρέπει να διακόψετε. Το κάπνισμα βλάπτει τις δομές και την αρχιτεκτονική της σπονδυλικής στήλης και επιβραδύνει τη διαδικασία της επούλωσης. Αν είστε υπέρβαρος, πρέπει να χάσετε τα περιττά κιλά. Το κάπνισμα και η παχυσαρκία έχει αποδειχτεί ότι έχουν κακή επίδραση στο αποτέλεσμα της σπονδυλοδεσίας.

Χειρουργικές επεμβάσεις

Πρόσθια αυχενική δισκεκτομή

Πραγματοποιείται στον αυχένα για να αποσυμπιεστούν μία ή περισσότερες νευρικές ρίζες, ή ο νωτιαίος μυελός. Γίνεται προσπέλαση της αυχενικής μοίρας μέσω μικρής τομής στον τράχηλο. Αν μόνο ένας δίσκος πρέπει να αφαιρεθεί, πραγματοποιείται μια πολύ μικρή οριζόντια τομή η οποία κρύβεται από τις πτυχές του δέρματος. Αν η επέμβαση είναι πιο εκτεταμένη, απαιτείται μεγαλύτερη ή λοξότερη τομή. Αφού διαχωριστούν οι μαλακοί ιστοί του αυχένα, οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι και τα οστεόφυτα αφαιρούνται. Ο κενός χώρος μεταξύ των σπονδύλων μπορεί να μείνει ως έχει ή να πληρωθεί με τεχνητά μοσχεύματα (κλωβούς) από πλαστικό υλικό ή τιτάνιο. Σε μερικές περιπτώσεις χρησιμοποιείται και πλάκα, η οποία στερεώνεται με βίδες στην πρόσθια επιφάνεια των σωμάτων της σπονδυλικής στήλης. Με τον καιρό οι σπόνδυλοι ενώνονται συμπαγώς μεταξύ τους.

Πρόσθια αυχενική σωματεκτομή

Συμπληρωματική της ανωτέρω περιγραφείσας επέμβασης. Η σωματεκτομή πραγματοποιείται για στένωση σε πολλαπλά επίπεδα με έντονη πίεση στο νωτιαίο μυελό από οστεόφυτα. Σε αυτή την επέμβαση ο νευροχειρουργός αφαιρεί μέρος ή και όλο το σώμα του σπονδύλου ανακουφίζοντας το νωτιαίο μυελό από την έντονη πίεση. Ένα ή περισσότερα σπονδυλικά σώματα μπορούν να αφαιρεθούν μαζί με τους παρακείμενους μεσοσπονδύλιους δίσκους. Η τομή είναι γενικά μεγαλύτερη. Ο χώρος μεταξύ των σπονδύλων πληρούται με τεχνητά μοσχεύματα (κλωβούς) από πλαστικό υλικό ή τιτάνιο. Επειδή αφαιρείται μεγαλύτερη ποσότητα οστού, η διαδικασία οστεοποίησης, σταθεροποίησης και αποκατάστασης της αυχενικής μοίρας διαρκεί περισσότερο από ότι στην πρόσθια αυχενική δισκεκτομή. Ο νευροχειρουργός μπορεί να χρησιμοποιήσει ειδική πλάκα που βιδώνεται στην πρόσθια επιφάνεια των σπονδύλων και βοηθά στη διαδικασία της επούλωσης.

Οπίσθια μικροδισκεκτομή

Με επιμήκη μέση τομή στην οπίσθια επιφάνεια του αυχένα πραγματοποιείται αυτή η επέμβαση, με την οποία προσεγγίζεται μια μεγάλη κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, που εντοπίζεται κυρίως στο ένα πλάγιο του νωτιαίου μυελού. Ένα υψηλής ταχύτητας ειδικό χειρουργικό τρυπάνι χρησιμοποιείται για να αφαιρεθεί ένα κομμάτι από την άρθρωση των σπονδύλων, έτσι ώστε ο χειρουργός να αναγνωρίσει τη νευρική ρίζα που βρίσκεται

κάτω από αυτήν την άρθρωση. Η νευρική ρίζα απωθείται ήπια προς το πλάι για να πραγματοποιηθεί στη συνέχεια η απελευθέρωση της από την κήλη.

Δυνητικά πλεονεκτήματα αυτής της επέμβασης είναι, ότι δεν απαιτείται οστεοποίηση και ότι η αποκατάσταση είναι συντομότερη. Υπάρχουν όμως και μειονεκτήματα: η πλήρης οπτική επαφή του μεσοσπονδυλίου διαστήματος παρεμποδίζεται από το νωτιαίο μυελό. Για το λόγο αυτό, μονό μια πλάγια κήλη δίσκου μπορεί να προσεγγιστεί με αυτόν τον τρόπο. Επίσης επειδή ο δίσκος δεν αφαιρείται τελείως, μπορεί στον μέλλον να δημιουργηθεί νέα κήλη.

Οπίσθια αυχενική πεταλεκτομή

Αυτή η επέμβαση απαιτεί μικρή τομή στο οπίσθιο μέρος του αυχένα προκειμένου να αφαιρεθούν οστεόφυτα ή δισκικό υλικό. Το τρήμα, το άνοιγμα στους σπονδύλους μέσω του οποίου οι νευρικές ρίζες εξέρχονται του νωτιαίου μυελού, διευρύνεται, προκειμένου να υπάρξει αποσυμπύεση.

Ο νευροχειρουργός αφαιρεί ένα μέρος από το πέταλο (το οπίσθιο οστέινο τμήμα του σπονδύλου) και από το σύνδεσμο, που καλύπτει το νωτιαίο μυελό προκειμένου να εντοπιστεί η ακριβής περιοχή της πίεσης. Ένα χειρουργικό μικροσκόπιο χρησιμοποιείται για τη δημιουργία ανοίγματος και τμήμα του πετάλου αφαιρείται και μαζί του και η πίεση στα νεύρα και στο νωτιαίο μυελό. Αν χρειαστεί, οστεόφυτα, ιστός και κομμάτια δίσκου που προκαλούν πίεση επίσης εξαιρούνται.

Τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης πρέπει πάντα να σταθμίζονται σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους. Αν και ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών αναφέρει σημαντική ύφεση του πόνου μετά τη χειρουργική επέμβαση, δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι όλοι οι ασθενείς επωφελούνται από την επέμβαση.

Μετεγχειρητική αποκατάσταση

Μετά την επέμβαση, ο ασθενής μεταφέρεται για λίγο στην αίθουσα ανάνηψης και στη συνέχεια στο δωμάτιο νοσηλείας, όπου άμεσα κινητοποιείται και αυτοεξυπηρετείται. Μερικές φορές κρίνεται απαραίτητη η χρήση σωλήνα παροχέτευσης, ο οποίος αφαιρείται την επόμενη μέρα. Αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε πρόσθια αυχενική δισκεκτομή, ή σωματεκτομή μπορεί να αισθάνεται το λαιμό του ερεθισμένο ή να έχει για μερικές ημέρες δυσκαταποσία.

Μετά το εξιτήριο

Η χρήση αυχενικού κηδεμόνα δεν είναι πλέον απαραίτητη, ιδιαίτερα μετά τη διενέργεια μικροχειρουργικών δισκεκτομών σε 1 επίπεδο της σπονδυλικής στήλης. Σε περίπτωση πολυπλοκότερων χειρουργείων μπορεί να πρέπει να φοράτε κολάρο συνεχώς για πολλές εβδομάδες, αν και είναι δυνατό ο ιατρός να σας επιτρέψει να το βγάσετε για μικρές περιόδους. Θα σας επιτραπεί να οδηγείτε μετά από 5-7 ημέρες, να σηκώνετε βαριά αντικείμενα ή να κάνετε αθλητισμό και να υποβάλλεστε σε έντονη σωματική δραστηριότητα μετά από 4-6 εβδομάδες.

Είναι φυσιολογικό να αισθάνεστε πόνο, ειδικά στην περιοχή της τομής. Πόνος στον αυχένα ή στα χέρια δεν είναι ασυνήθης και οφείλεται σε φλεγμονή των προηγούμενα συμπιεσμένων νευρικών ριζών. Με τον καιρό υφίεται, καθώς εξελίσσεται η διαδικασία της επούλωσης. Φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποιείται όταν ο πόνος είναι έντονος. Το μούδιασμα είναι το σύμπτωμα που εξαφανίζεται τελευταίο.

Η τήρηση καλής στάσης του σώματος, η καθημερινή άσκηση και η αποφυγή δραστηριοτήτων που φορτίζουν τον αυχένα, προφυλάσσουν από την υποτροπή.

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

Αυχενική μοίρα - Η αυχενική περιοχή της σπονδυλικής στήλης που περιλαμβάνει του επτά πρώτους σπονδύλους.

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, κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει πόνο.

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

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

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.

Νωτιαίος μυελός - Ο επιμήκης νευρικός ιστός που βρίσκεται μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα. Χρησιμεύει τόσο ως οδός μετάδοσης μηνυμάτων από και προς τον εγκέφαλο, όσο και ως κέντρο μεταφοράς και συντονισμού πολλών αντανακλαστικών κινήσεων που δεν ελέγχονται από τον εγκέφαλο.

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.

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

Σωματεκτομή - Μια χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιείται στην πρόσθια επιφάνεια του αυχένα και κατά την οποία αφαιρείται μέρος του σώματος του σπονδύλου με σκοπό την άρση της πίεσης στο νωτιαίο μυελό ή στις νευρικές ρίζες.

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