

Οσφουαλγία-Ισχιαλγία

(‘Πόνος στη μέση’)

Συντηρητική ή Χειρουργική Αντιμετώπιση

Γ. Στράντζαλης

**Νευροχειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Θεραπευτήριο Ευαγγελισμός**

ΓΕΝΙΚΑ

Η οσφυο-ισχιαλγία ή ο «πόνος στη μέση» και κατα μήκος του κάτω άκρου (ισχιαλγία) είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία για την οποία ζητείται ιατρική εξέταση και ευθύνεται για το 15% περίπου των αναρρωτικών αδειών ετησίως. Είναι φυσικό η περιοχή αυτή του σώματος μας, η οποία καταπονείται καθημερινά, να υποφέρει και συχνότερα. Ομως, παρά τη συχνότητα της, στο 85% των περιπτώσεων δεν ανευρίσκεται σαφές υποκείμενο αίτιο. Ο πόνος στη μέση οφείλεται σε βλάβη ή δυσλειτουργία της κατώτερης σπονδυλικής στήλης (οσφυϊκή μοίρα).

Στο σημείο αυτό υπενθυμίζεται ότι η περιοχή αυτή του σώματος υποβαστάζει και μεταφέρει καθημερινά τα $\frac{3}{4}$ του βάρους του σώματος μας και συμπεριλαμβάνει δομικά στοιχεία από διάφορους ιστούς όπως: (α) τον μυοσκελετικό με τους μύς, τους συνδέσμους, τις αρθρώσεις, τους μεσοσπονδύλιους δίσκους και τα οστά και (β) τον νευρικό με την τελική μοίρα του νωτιαίου μυελού και τις νευρικές ρίζες (ή νεύρα]. Κατά συνέπεια, πολλάκις, είναι αδύνατο να εντοπιστεί με ακρίβεια η πάσχουσα ανατομική δομή.

Έχοντας υπ' όψη τα παραπάνω, η κλινική εξέταση θα πρέπει να κατευθύνεται προς την αναζήτηση συμπτωμάτων και σημείων που θα μπορούσαν να υποκρύπτουν σοβαρή υποκείμενη πάθηση, παρά στην ανεύρεση του ακριβούς αιτίου.

Η θεραπεία της οσφυο-ισχιαλγίας (οξείας ή χρόνιας) παραδοσιακά διακρίνεται σε συντηρητική και χειρουργική. Κατά κανόνα η συντηρητική πλειοψηφία (95%) των πασχόντων θα βελτιωθούν μέσα σε ένα μήνα, με ή χωρίς συντηρητική θεραπεία (ανάπαυση, παυσίπονα). Είναι εύλογο λοιπόν ότι η θεραπεία είναι κατ' αρχήν συντηρητική, πλην των περιπτώσεων με σαφή ανατομική βλάβη που αποδεικνύεται μετά από λεπτομερή απεικονιστικό έλεγχο (μαγνητική τομογραφία)

Σπανίως η οσφυο-ισχιαλγία συνοδεύεται από νευρολογική βλάβη (κυρίως με τη μορφή της κινητικής διαταραχής). Η βλάβη αυτή είναι αποτέλεσμα της συμπίεσης ενός εκ των νεύρων που βρίσκονται μέσα στη σπονδυλική στήλη εξαιτίας ρήξης του μεσοσπονδύλιου δίσκου («δισκοπάθεια» ή κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου), οπότε συστήνεται χειρουργική αντιμετώπιση προκειμένου να απελευθερωθεί η πίεση και να επανέλθει η φυσιολογική κινητικότητα του ποδιού.

Μια σχετική ένδειξη για επέμβαση είναι ο επίμονος και παρατεταμένος πόνος στο πόδι (κατά κανόνα αμιγής ισχιαλγία εξαιτίας κήλης δίσκου), ο οποίος δεν ελέγχεται επιτυχώς με συντηρητική αγωγή (πέραν των 4-6 εβδομάδων).

Συμπερασματικά λοιπόν, μετά από τη λήψη ενός επαρκούς ιστορικού και τη λεπτομερή κλινική εξέταση ο γιατρός θέτει τη διάγνωση και στη συντριπτική πλειοψηφία συστήνει συντηρητική αγωγή. Τονίζεται ότι στις σχετικά σπάνιες περιπτώσεις που ο πόνος δεν υποχωρεί στα συντηρητικά μέτρα, εντός εύλογου χρονικού διαστήματος (4-6 εβδομάδες), θα πρέπει διερευνάται με ειδικό απεικονιστικό έλεγχο (Μαγνητική Τομογραφία).

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κατάκλιση:

Παρόλο που στην πλειοψηφία των ασθενών με οσφυο-ισχιαλγία δεν απαιτείται καθήλωση στο κρεβάτι, ορισμένοι ασθενείς με έντονο πόνο (ριζικά συμπτώματα, δηλ. άλγος κατά μήκος του άκρου=ισχιαλγία με/χωρίς αιμωδίες-μούδιασμα-μυρμηγκίες ή/και δυσαισθησίες-καυσαλγίες-ηλεκτρικές εκκενώσεις) μπορεί να επωφεληθούν από ανάπαυση 5-7 ημερών.

Το όφελος είναι πως με την ανάπαυση αποκλείονται: (α) ο παράγοντας της βαρύτητας και κατά συνέπεια μειώνεται η συμπίεση των πασχουσών ανατομικών δομών της σπονδυλικής στήλης και (β) περιορίζονται οι κινήσεις που βιώνονται από τον ασθενή ως επώδυνες. Είναι πλέον κοινά αποδεκτό πως η κατάκλιση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 7 ημέρες, οπότε και θα πρέπει να αρχίσει η σταδιακή επάνοδος στη συνήθη φυσική δραστηριότητα.

Σε μια τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη, η ανάπαυση πέραν των τεσσάρων ημερών συνοδευόταν από μεγαλύτερη περίοδο αποθεραπείας, αυξημένη μυϊκή αδυναμία και αυξημένη συχνότητα επιπλοκών, κυρίως με τη μορφή της φλεβικής θρόμβωσης του κάτω άκρου.

Περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας:

Στόχος εδώ είναι η διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου, με την ελάχιστη δυνατή δυσφορία από την πάθησή του. Συνιστάται ο περιορισμός της άρσης βαρών, της παρατεταμένης καθιστικής εργασίας και της ορθοστασίας ενώ δίνονται συστάσεις για την καλή στάση του σώματος στις καθημερινές ασχολίες και στον ύπνο. Η πλειοψηφία των ατόμων με χρόνια ΟΙ, ανεξαρτήτου αιτιολογίας, θα

βελτιωθεί σε κάποιο βαθμό από τη συμμόρφωση σε ένα καθημερινό πρόγραμμα φροντίδας της σπονδυλικής στήλης.

Άσκηση:

Η άσκηση, ενδεχομένως στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος φυσιοθεραπείας, μπορεί να βοηθήσει όχι μόνον στην ύφεση των συμπτωμάτων, αλλά και στην αποφυγή της υποτροπής του άλγους. Συστήνεται ήπια αεροβική άσκηση που δεν καταπονεί τη σπονδυλική στήλη (π.χ. η κολύμβηση). Μετά τις 2 εβδομάδες, το άτομο μπορεί να αρχίσει ασκήσεις ενδυνάμωσης των ραχιαίων και κοιλιακών μυϊκών ομάδων, με σταδιακά αυξανόμενη ένταση.

Οι διεθνείς μελέτες συστήνουν ελεγχόμενη άσκηση με σταδιακά αυξανόμενη ένταση- ήδη από τις πρώτες ημέρες μιας κρίσης οσφυαλγίας που επιτρέπει την επάνοδο στη φυσιολογική δραστηριότητα νωρίτερα από ότι ο παραδοσιακός περιορισμός κάθε φυσικής δραστηριότητας.

Φαρμακευτική Αγωγή (Αναλγητικά και Μυοχαλαρωτικά):

Η χρήση των αναλγητικών σκευασμάτων (απλά αναλγητικά ή αντιφλεγμονώδη) καθώς και των μυοχαλαρωτικών μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του πόνου και του μυϊκού σπασμού τις πρώτες μέρες. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως έντονης ισχιαλγίας απαιτείται η χρήση ισχυρότερων αναλγητικών (κωδεΐνη - Lonarid-N). Σε κάθε περίπτωση, η χρήση αναλγητικών δεν συνοδεύεται από μείωση του συνολικού χρόνου αποθεραπείας των πασχόντων από osfyo-isxialgia.

Ενημέρωση-Εκπαίδευση:

Η ενημέρωση-εκπαίδευση αποτελεί τμήμα του συνολικότερου προγράμματος αποκατάστασης και συνίσταται στην πληροφόρηση του πάσχοντα σε ζητήματα σχετικά με την πάθηση του, τη θεραπεία καθώς και στην πρόγνωση. Το άτομο πρέπει να εκπαιδευτεί ως προς τη σωστή στάση σώματος κατά τη φυσική δραστηριότητα και τον ύπνο, τη σωστή τεχνική άρσης βαρών, καθώς και τις άλλες καθημερινές δραστηριότητες.

Τοπική Ενεσοθεραπεία:

Η επισκληρίδια έγχυση κορτιζόνης και τοπικού αναισθητικού δεν συστήνεται για την ανακούφιση από την οσφυο-ισχιαλγία τόσο στην οξεία όσο και στην χρόνια φάση. Οι επισκληρίδιες ενέσεις ίσως έχουν κάποιο όφελος στην ανακούφιση της οξείας ισχιαλγίας (ριζαλγίας) σε περιπτώσεις που τα άλλα συντηρητικά μέτρα έχουν αποτύχει ή είναι ακατάλληλα για χειρουργική αντιμετώπιση. Σε οσφυαλγία χωρίς ισχιαλγία (ριζαλγία) δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η επισκληρίδια έγχυση κορτιζόνης και τοπικού αναισθητικού είναι αποτελεσματική.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Από τα παραπάνω είναι σαφές ότι η οξεία μη-ειδική οσφυο-ισχιαλγία είναι μια καλοήθης νόσος, η οποία έχει μεγάλες πιθανότητες ίασης ακόμα και με ελάχιστη ιατρική παρέμβαση.

Η χειρουργική ένδειξη τίθεται μόνον σε περιπτώσεις όπου υπάρχει επίμονος πόνος με ή χωρίς νευρολογική σημειολογία (κινητική διαταραχή) και απεικονιστική συσχέτιση-επιβεβαίωση (Μαγνητική Τομογραφία) ότι υπάρχει σημαντική δομική βλάβη, π.χ. κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου, αρθρική κύστη, όγκος ή άλλες σπανιότερες βλάβες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η απόφαση για συντηρητική ή χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να συμπεριλαμβάνει τις εξής παραμέτρους:

- (α) τη χρονική διάρκεια του πόνου
- (β) τη φύση της ανατομικής βλάβης που προκαλεί τον πόνο
- (γ) την ηλικία, τη γενική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση
- (δ) την ανταπόκριση στη συντηρητική αγωγή
- (ε) την επιλογή της κατάλληλης χειρουργικής θεραπείας και την εμπειρία του χειρουργού