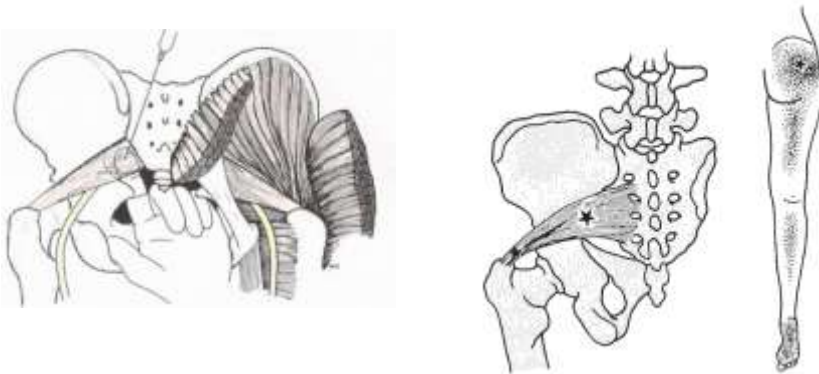


10. ΜΥΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑΣ

Ένας τίτλος σαν και αυτόν φαίνεται υποκειμενικός και ενδεχόμενα μη αποδεκτός, όπως μη αποδεκτά και ανεπίτρεπτα είναι και τα λάθη μας. Τα λάθη, όμως, διδάσκουν και θεμελιώνουν την πείρα. Το περιεχόμενο αυτού του κεφαλαίου αποτελεί το απόσταγμα των λαθών μας.

Με το διαγνωστικό όρο οσφυαλγία ή οσφυοϊσχιαλγικά σύνδρομα (ΟΙ) εννοούμε αυτονόητα νοσήματα μηχανικής αιτιολογίας και όχι συστηματικής, όπως λοιμώδους, νεοπλασμα-



τικής, ρευματικής κ.λ.π. Είναι σχεδόν βέβαιο ότι το 90% των οσφυαλγικών συνδρόμων οφείλονται σε δισκοπάθεια ή σωστότερα σε δισκογενή οσφυοϊσχιαλγικά σύνδρομα. (Δισκοπάθεια-δισκοκήλη, κεντρική και πλάγια στένωση, αστάθεια. Βλ. προηγούμενο κείμενο).

Με τον όρο ισχιαλγία εννοούμε την επέκταση του πόνου στο πόδι κατά μήκος του ισχιακού νεύρου και με ευρύτερη έννοια και κατά μήκος του μηριαίου νεύρου όπου περιλαμβάνονται οι Ο3 και Ο4 ρίζες. Η ισχιαλγία είθισται να διακρίνεται κλινικά σε **ψευδοϊσχιαλγία** και **πραγματική ισχιαλγία**. Η πρώ-

τη επεκτείνεται μέχρι τη μεσότητα του μηρού (πάνω από το γόνατο). Η δεύτερη επεκτείνεται κάτω από το γόνατο και οφείλεται συνήθως σε ερεθισμό ή βλάβη ρίζας.

Τα παρακάτω νοσήματα δεν είναι ιδιαίτερα γνωστά στην κλινική πράξη, μιμούνται τη δισκογενή οσφυοϊσχιαλγία και μπορεί να μας παγιδεύσουν σε «λανθασμένη» διάγνωση. Είναι δε τα εξής:

1. Το σύνδρομο απιοειδούς μυός (ΣΑΜ). Το σύνδρομο αυτό οφείλεται σε παγίδευση (συμπίεση) του ισχιακού νεύρου από τον ομώνυμο μυ στο πυελικό έδαφος και πρόκληση πραγματικής ισχιαλγίας. Είναι αρκετά συχνό. Πολλές φορές συνυπάρχει με δισκογενή ριζίτιδα ή εκλαμβάνεται λανθασμένα σαν δισκοριζίτιδα. Μερικοί ασθενείς που πάσχουν από ΣΑΜ οδηγούνται στο χειρουργείο για αφαίρεση υποτιθέμενου δίσκου στην ΜΤ. Τα σύγχρονα απεικονιστικά μέσα με την πληθώρα και την υπερλεπτομέρεια των ευρημάτων συνηγορούν για κάτι τέτοιο (20). (Βλ.σχετικό άρθρο μας).

Το ΣΑΜ σχετίζεται αιτιολογικά με συγγενείς παραλλαγές διέλευσης του ισχιακού νεύρου από τη γαστέρα ή τον τένοντα του απιοειδούς. Ακόμα συσχετίζεται με τραυματισμούς (πτώση με το γλουτό) ή πολύωρη καθιστική εργασία.

Τα ειδικά κλινικά Test, το ΗΜΓ και η αρνητική παθολογία από το ισχίο και την ΟΜΣΣ διευκολύνουν τη διάγνωση του αινιγματικού αυτού συνδρόμου που μιμείται ισχιαλγία οιασδήποτε αιτιολογίας. Φυσικοθεραπεία, διατάσεις του μυός και τοπικές εγχύσεις συνήθως λύνουν το πρόβλημα, ενώ η χειρουργική αποσυμπίεση χρειάζεται σπανιότερα.

2. Ασύμμετρη διαβητική νευροπάθεια με στοιχεια μνατροφίας. Η διαβητική νευροπάθεια εμφανίζεται στα κλασσικά συγγράμματα ως συμμετρική αισθητικοκινητική μυοατροφική νευροπάθεια που προσβάλλει το γλουτό και τα κάτω άκρα. Σε κλινικό επίπεδο εμφανίζεται αρκετές φορές με επικράτηση στο ένα πόδι, ενώ στο άλλο εμφανίζεται σε λαν-

θάνον ή υποκλινικό επίπεδο. Πρόκειται για ένα δυσίατο αλλά όχι ιδιαίτερα δύσκολο-διάγνωστο σύνδρομο.

Ο διαβητικός, ο οποίος θα εμφανίσει δισκογενή ισχιαλγία κατά την άποψη μας θα έχει δυσμενέστερη πρόγνωση σε σχέση με τον μη διαβητικό, για τους λόγους που αναφέρθηκαν προηγουμένως και συνοψίζονται στο ότι ο νευρικός ιστός του διαβητικού είναι μεταβολικά ευπαθής και επιρρεπής σε νευροπάθεια, ιδιαίτερα αν επικάθεται μηχανικός συμπιεστικός παράγων .

3. Σύνδρομο μηχανικής αστάθειας ιερολαγονίων αρθρώσεων –οστεοαρθρίτις ιερολαγονίων. Οι ιερολαγονίες (ΙΛΑ) έχουν ένα μακρύ ιστορικό πόνου και οσφυαλγίας στο πλαίσιο της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας. Ο πόνος από τις ιερολαγονίες παίρνει συνήθως τον τύπο της ψευδοϊσχιαλγίας, ενώ σε μερικές περιπτώσεις επεκτείνεται κάτω του γόνατος, όπως στο σχήμα. Η διάγνωση είναι δυσχερής. Απαιτείται εμπειρία, η γνώση των ειδικών κλινικών δοκιμασιών, ο αποκλεισμός δισκογενούς ισχιαλγίας, η διενέργεια τοπικών εγχύσεων στις ΙΛΑ, καθώς και χειροπρακτικούς χειρισμούς (20). (βλ. περισσότερα σε άρθρο του γράφοντος στο info-orthopaedics 2006 στο www.iatrikionline.gr).

4. Ανισοσκελία. Η ασυμμετρία λεκάνης και η ανισοσκελία (>1cm) καταπονεί και φθείρει την άρθρωση του ισχίου, τις ιερολαγονίες και τους δίσκους. Με αποτέλεσμα πρόωγη εμφάνιση αντιστοίχων συνδρόμων και μάλιστα σε συνδυασμό. Ο κλινικός θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει την ανισοσκελία σε περιπτώσεις δ.δ. χρόνιων οσφυαλγικών ή ψευδοϊσχιαλγικών συνδρόμων.

5. Σύνδρομο αστάθειας σπονδυλικής μονάδος (πρωτοπαθής-δευτεροπαθής). Τόσο η προσθιοπίσθια όσο και η στροφική αστάθεια ενοχοποιούνται για στιγμιαία ή παρατεταμένη οσφυοϊσχιαλγία. Η διάγνωση αποκαλύπτεται μόνο με ειδικές δυναμικές ακτινογραφίες σε πρόσθια κάμψη ή υπερέ-

κταση οσφύος (20).

6. Οστεοαρθρίτις- οστεονέκρωση ισχίου. Αντανακλούν πόνο στη πρόσθια ή έσω επιφάνεια μηρού - γόνατος που παραπέμπει λανθασμένα σε δυσκοπάθεια –δυσκοκήλη υψηλότερου επιπέδου (O2-O3- O4). Αν η οστεοαρθρίτις ισχίου παραταθεί μπορεί να προστεθεί αντανακλαστική οσφυαλγία από το ισχίο, (μέχρι και στο 50% των περιπτώσεων), ενώ αν χρονίσει επισπεύδεται η ανάπτυξη κλινικά ενεργών δυσκαρθροπαθειών στην ΟΜΣΣ (λόγω ασύμμετρης φόρτισης ΣΣ) οι οποίες εμπλέκουν περισσότερο την κλινική εικόνα.

Η προσεκτική συγκριτική κλινική εξέταση του ισχίου και της ΟΜΣΣ, η αναπαραγωγή της οσφυαλγίας με στρες του ισχίου καθώς και ο απεικονιστικός έλεγχος συχνά βοηθάει στην ακριβή διαφορική διάγνωση. Μερικές φορές σε προχωρημένες καταστάσεις η επίλυση αυτών των προβλημάτων είναι δυσχερής και οι κλινικές αποφάσεις δυσκολεύουν, ιδίως αν πρόκειται να αποφασισθεί εγχείρηση.

7. Σύνδρομο ζυγοαποφυσιακών αρθρώσεων (ζ-α). Η οστεοαρθρίτις των ζ-α ή οπισθίων αποφυσιακών αρθρώσεων (facet) χαρακτηρίζονται από μονόπλευρη ή αμφίπλευρη οσφυαλγία που επιδεινώνεται συνήθως στην έκταση της ΣΣ. Σε οξείες καταστάσεις είναι δυνατόν το άλγος να επεκταθεί μέχρι τη μεσότητα του μηρού (οπισθίως) δημιουργώντας το σύνδρομο της αντανακλαστικής «ψευδο-ισχιαλγίας» (20). Επίσης παρατηρούνται έλλειψη νευροριζιτικών ευρημάτων δερμοτομιακής κατανομής και αισθητικοκινητικών διαταραχών, φυσιολογικά τενόντια αντανακλαστικά, τοπική ευαισθησία στην πίεση στις ζ-α, επιδείνωση στην έκταση οσφύος και την εμφανή δυσκαμψία ΟΜΣΣ μετά από πολύωρη παραμονή σε καθιστική θέση πχ αυτοκινήτου (αντίστοιχο σημείο θεάτρου οστεοαρθρίτιδος).

8. Σύνδρομο Maigne. Το σύνδρομο αυτό περιγράφηκε τα τελευταία χρόνια από τον Γάλλο ορθοπαιδικό παθολόγο

Μαίγνε και αφορά εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο σπονδυλικό επίπεδο Θ12- Ο1 οι οποίες λόγω ερεθισμού της εξερχόμενης ρίζας αντανακλούν χαμηλή πλάγια οσφυαλγία στο ύψος της λαγόνιας ακρολοφίας. Ο Μαίγνε, καθηγητής κλινικής ανατομίας και οστεοπαθητικός διαπίστωσε αυτή τη νευροανατομική και κλινική σχέση. Μάλιστα υποστηρίζει ότι το δέρμα στη περιοχή της οσφυαλγίας αναδιπλούμενο ή πτυχούμενο είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο και επώδυνο στην πιεστική ψηλάφηση συγκρινόμενο με το συμμετρικό υγιές. Εκτός αυτού η υπερέκταση και στροφή στη ΘΟΜΣΣ εκλύει ή επιτείνει τα συμπτώματα (όχι πάντα).

9. Νόσος του κινητικού νευρώνα: Δεν εκδηλώνει πόνο ή αισθητικές διαταραχές. Εμφανίζει μυϊκή αδυναμία και ατροφία, δεσμιδώσεις και φυσιολογικά τενόντια αντανακλαστικά. Το ΗΑΜ είναι διαγνωστικό: νευρογενής βλάβη με φυσιολογικές ταχύτητες αγωγής. Επι προσβολής του κεντρικού κινητικού νευρώνα υπάρχουν πυραμιδικά ευρήματα με αυξημένα αντανακλαστικά και σημείο Babinski, ενώ διατηρούνται οι κοιλιακές αντανακλάσεις με ακεραία λειτουργία των σφικτήρων. Η νόσος εξελίσσεται γρήγορα και οι ασθενείς καταλήγουν σε 2-6 χρόνια.

10. Η τροχαντηρίτιδα ισχίου και η τενοντίτιδα της λαγονοκνημιαίας ταινίας μπορεί να μιμείται ισχιαλγικά σύνδρομα. Η τοπική ευαισθησία και η διήθηση αναισθητικού-κορτικοειδούς βοηθά στη διάγνωση, ανακουφίζει, αλλά υποτροπιάζει συχνά.

11. Οπισθοπεριτωναϊκή ίνωση. Εκφράζεται με άτυπη μη μηχανική οσφυαλγία, συνήθως μετρίου εντάσεως, που υποχωρεί προσωρινά με τα κορτικοστεροειδή και συνοδεύεται συχνά με συμπτώματα από το ουροποιητικό. Χρήζει άμεσο απεικονιστικό έλεγχο (υπέρηχος, MRI, CT) .

12. Νευροπάθεια (παγίδευση) μηροδερματικού νεύρου λόγω συμπίεσης του από το βουβωνικό σύνδεσμο κοντά στην

άνω πρόσθια λαγόνια άκανθα. Προκαλεί καυσαλία ή αιμωδία στην προσθιοπλάγια επιφάνεια του μηρού ως το γόνατο. Τα συμπτώματα αναπαράγονται με τοπική συμπίεση 2 εκ. έσω της λαγονίου άκανθας και θεραπεύονται με τοπική έγχυση.

11.

ΜΥΣΤΙΚΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΜΣΑΦ και οπιοειδή

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) αποτελούν τη βάση της θεραπείας της οσφυοϊσχιαλγίας (Ο-Ι), όπως αναφέρεται και στο βασικό παρατιθέμενο κείμενο. Η συγχρήγηση απλών αναλγητικών για τον οξύ πόνο και επικουρικών αναλγητικών (αντιεπιληπτικά και αντικαταθλιπτικά όπως η γκαμπαπεντίνη και η αμιτριπτυλίνη) για τον χρόνιο πόνο αποτελούν μια επιπρόσθετη επιλογή με δυνητική ωφέλεια. Τελευταία τα αντιεπιληπτικά φαίνεται να υστερούν σε αποτελεσματικότητα.

Τώρα τελευταία αίρονται οι επιφυλάξεις με τα οπιοειδή φάρμακα και ο φόβος εθισμού φαίνεται πρακτικά απίθανος, ιδιαίτερα για τις υπεροξείες καταστάσεις οσφυοϊσχιαλγίας που προορίζονται τα φάρμακα αυτά. Στις καταστάσεις αυτές εμφανίζεται το φαινόμενο κεντροποίησης του πόνου και τα πιο ισχυρά αντιφλεγμονώδη αστοχούν στον έλεγχο του άλγους. Στις υπεροξείες καταστάσεις, χωρίς σοβαρή νευρολογική σημειολογία ο ασθενής εξαναγκάζεται μη αντέχοντας τον πόνο να χειρουργηθεί, κάτι το οποίο θα πρέπει να αποφευχθεί. Τα οπιοειδή από του στόματος, παραντερικά ή διαδερμικά (φεντανύλη) αποτελούν κατά τη γνώμη μας λύση σωτηρίας, χωρίς προκαταλήψεις.

2. Φυσικοθεραπεία (ΦΣ)

Η ΦΣ μπορεί να αποτελέσει μη φαρμακευτική μονοθεραπεία, με αποτελεσματικότητα που εγγίζει περίπου 50- 60% των ασθενών με ΟΙ, ιδιαίτερα για όσους δεν πρέπει ή δεν θέλουν να πάρουν φάρμακα. Η ΦΣ μπορεί να αρχίσει από την πρώτη ημέρα, παρά τα αντιθέτως υποστηριζόμενα από μερίδα γιατρών. Συνίσταται δε σε Διαθερμίες (21), Υπέρηχα, Ηλεκτροθεραπευτικά ρεύματα (21) και Μαλαξιοθεραπεία (21). Οι έλξεις δεν αποδίδουν και σύμφωνα με πρόσφατες ελεγχόμενες μελέ-