

Η αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων οσφυαλγίας - δισκοπάθειας με εκλεκτικές ενέσεις - εγχύσεις στη σπονδυλική στήλη

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ι. ΓΟΥΛΕΣ

Ρευματολόγος, Ιατρείο Σπονδυλικής Στήλης, Αθήνα

Δ. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΥ

Ειδ. Ιατρός, Ιατρείο Σπονδυλικής Στήλης, Αθήνα

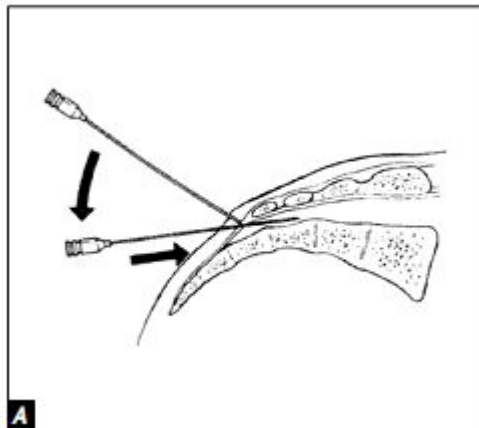
Περίληψη:

Η εγχείρηση δεν αποτελεί οριστική λύση στο πρόβλημα της δισκογενούς οσφυοϊσχιαλγίας. Συνοδεύεται μερικές φορές από προβλήματα και επιπλοκές που μπορεί να δραματοποιήσουν την κατάσταση. Η αφαίρεση του δίσκου αποσταθεροποιεί μηχανικά τη ΣΣ, δημιουργώντας νοσογόνο περιβάλλον για το μέλλον. Αντίθετα, η αντιμετώπιση της νόσου με δυναμική συντηρητική θεραπεία μπορεί να επιφέρει εξίσου καλά ή καλύτερα αποτελέσματα από τη χειρουργική, ακόμη και σε περιπτώσεις που υπάρχει απόλυτη ένδειξη για εγχείρηση, όπως στην παρετική ισχιαλγία. Στην επίλυση αυτών των δύσκολων περιπτώσεων, έρχονται να βοηθήσουν αποτελεσματικά οι ειδικές τοπικές εγχύσεις - ενέσεις στην οσφύ σε συνδυασμό με manipulation (χειροπρακτική). Οι εγχύσεις αυτές είναι οι επισκληρίδιες ιερές, οσφυϊκές και ενδοτρηματικές, οι εγχύσεις στις αποφυσιακές αρθρώσεις, η έγχυση νευρολυτικών και σκληρυντικών ουσιών, καθώς και η διήθηση στις «μυοκνήιδες» πόνου ή σημεία πυροδότησης (trigger points). Οι ενέσεις αυτές ανακουφίζουν άμεσα, έχουν αμελητέο ποσοστό παρενεργειών, γίνονται από εξειδικευμένα άτομα με τη βοήθεια ακτινοσκοπικού ελέγχου και μπορεί να αποτρέψουν την πορεία του οσφυαλγικού ασθενούς προς την εγχείρηση. Ακολουθεί σύντομη και περιεκτική περιγραφή των εγχύσεων στη ΣΣ. Η εγχείρηση σε πολλά δύσκολα περιστατικά με οσφυοϊσχιαλγία δισκογενούς ή άλλης μηχανικής αιτιολογίας μπορεί να αποφευχθεί, έστω και αν πληρούνται οι απόλυτες ενδείξεις για χειρουργείο, όπως στην περίπτωση της παρετικής ισχιαλγίας¹⁻³. Αυτό υπόσχονται οι ειδικές εγχύσεις στη ΣΣ, σε συνδυασμό με κατευθυνόμενους εκλεκτικούς στροφικούς χειρισμούς (manipulation) στην ΟΜΣΣ, σύμφωνα με την πείρα μας⁴⁻⁶. Η αφαίρεση μέρους ή όλου του δίσκου μπορεί να προκαλέσει συνθήκες μηχανικής αστάθειας στην ευρύτερη περιοχή της ΣΣ, επιτάχυνση των εκφυλιστικών διαταραχών, υποτροπή της κήλης, επιπλοκές, συμφύσεις κ.λπ. Εκτός των ανωτέρω, η «ακριβής» διάγνωση της οσφυαλγίας και της οσφυοϊσχιαλγίας, πολλές φορές, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Προσक्रούει σε εγγενείς αδυναμίες και κλινικοεργαστηριακά αδιέξοδα, καθώς και σε δυνητική «κεντροποίηση» του πόνου στο νωτιαίο μυελό. Παράλληλα, αυξάνεται το άγχος και η αγωνία του ασθενούς που αναζητά βοήθεια, επάνοδο στην εργασία του και ενημέρωση για τη μελλοντική του πορεία και προοπτική. Η κλινική εικόνα, καίτοι θεωρείται πρώτιστης αξίας, εμπλέκεται με επικαλυπτόμενα κλινικά σημεία και συμπτώματα, παλιά ή πρόσφατα, που μαζί με τα συχνά ψευδώς θετικά ή αρνητικά ευρήματα της σύγχρονης απεικονιστικής τεχνολογίας, συσκοτίζουν το διαγνωστικό τοπίο, αυξάνουν την αναποφασιστικότητα και τα θεραπευτικά διλήμματα, καθώς και το ενδεχόμενο εγχειρητικού λάθους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός αναζητά άμεσες, δυναμικές και κατευθυνόμενες λύσεις. Δηλαδή θεραπείες που να απευθύνονται στην πραγματική εστία του πόνου. Οι εκλεκτικές εγχύσεις στη σπονδυλική στήλη μπορεί να προκαλέσουν θεωρητικά θεραπευτικό αποκλεισμό σε ένα ανατομικό σχηματισμό, αλλά μπορεί να εμπλέκονται και άλλα γειτονικά μόρια. Γι' αυτό, η μοναδικότητά τους δεν είναι τόσο μεγάλη, όσο μερικοί τουλάχιστον ισχυρίζονται. Η τεχνική των σπονδυλικών αποκλεισμών χρειάζεται επιδεξιότητα και

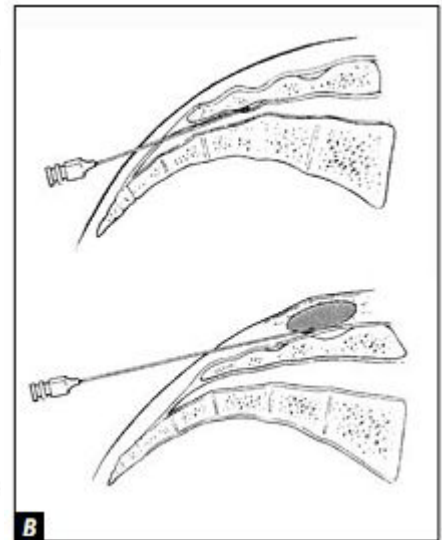
κλινική πείρα κάτω από ακτινοσκοπικό έλεγχο, μικρές δόσεις φαρμάκων και αναισθητικών, ώστε να αποφευχθούν δυσάρεστες παρενέργειες, που μπορεί να είναι πολύ σπάνιες, αλλά μερικές φορές ιδιαίτερα σοβαρές. Συστηματικές αντιδράσεις εμφανίζονται αν το αναισθητικό ενεθεί κατά λάθος ενδοφλέβια ή ενδορραχιαία, ενώ στις εξωσπονδυλικές εγχύσεις ο κίνδυνος πρακτικά μηδενίζεται. Τα τοπικά αναισθητικά που προστίθενται αποβλέπουν στην παρεμπόδιση ή την αναστολή του νευρικού ερεθίσματος του πόνου, «μπλοκάροντας» την εισροή Na στους ενδοκυττάριους διαύλους του. Γενικά, χαμηλές πυκνότητες αναισθητικών μπορεί να αποκλείσουν τις ίνες πόνου C και Aδ χωρίς να επηρεάζουν τις Aα ή τις κινητικές ίνες. Αν χρειαστεί να καταργηθεί η κινητική λειτουργία για λύση του μυϊκού σπασμού, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με κατάλληλο αναισθητικό και με αύξηση της πυκνότητάς του. Το πρόβλημα με τις τοπικές εγχύσεις είναι ότι καταργούν τον πρωτοπαθή τοπικό πόνο, αλλά ανακουφίζουν και από τον αναφερόμενο (αντανεκλαστικό) πόνο, σύμφωνα με την πείρα μας.



Εικόνα 1. Ο πρωτοπόρος Ελληνοκύ-πριος J. Κυρίαχ (Κυριάκος), θεμελιωτής της ορθοπαιδικής παθολογίας (ρευματολογίας), διδάσκει την εκτέλεση της ιεράς επισκληριδίου έγχυσης.



Εικόνα 2Α. Σχεδιάγραμμα σωστής ιεράς επισκληριδίου έγχυσης,



Β. Σχεδιαγράμματα λανθασμένης ιεράς επισκληριδίου έγχυσης.

Είδη και τεχνικές εγχύσεων

Οι περιοχικοί αποκλεισμοί και οι επισκληρίδιες εγχύσεις μπορούν δυνητικά να προσφέρουν, εκτός από την άμεση και παρατεταμένη ανακούφιση από τον πόνο και τα παρακάτω:

- Βοήθεια ή επιβεβαίωση της διάγνωσης, με διήθηση της πάσχουσας ρίζας.
- Αναγνώριση του πάσχοντος περιφερικού νεύρου.
- Διερεύνηση και μελέτη της αντίδρασης (συμπεριφοράς, προσποίησης) του ασθενούς στο χρόνιο πόνο.

Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι τα τοπικά αναισθητικά, τα κορτικοειδή και διάφορες ενισχυτικές συμπαθητικολυτικές ουσίες, όπως κεταμίνη, κλονιδίνη, ακετυλχολίνη ή υαλουρονιδάση για τις μετεγχειρητικές συμφύσεις.

Επισκληρίδιες εγχύσεις⁴⁻⁵

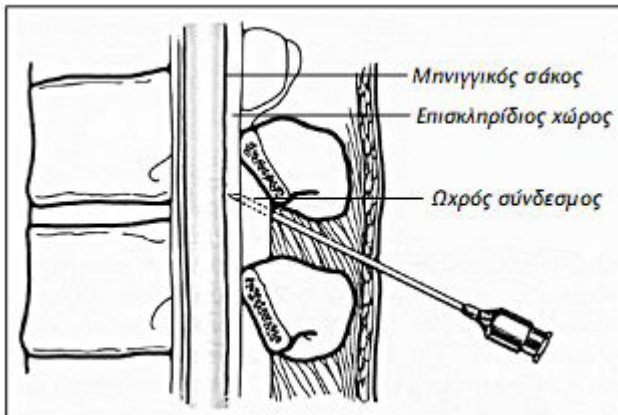
Είναι η έγχυση μέσα στον επισκληρίδιο χώρο του επιλεγμένου διαλύματος. Πολλοί ισχυρίζονται ότι πρέπει να γίνεται και να επιβεβαιώνεται με ακτινολογικό έλεγχο, χωρίς η άποψη αυτή να είναι καθολικά αποδεκτή. Μερικοί υποστηρίζουν ότι μέχρι το 40% των τυφλών εγχύσεων (χωρίς ακτινοσκόπηση) γίνονται εκτός του επισκληριδίου χώρου. Αυτό συμβαίνει κυρίως στα παχύσαρκα άτομα, όπου χάνεται η αίσθηση του βάθους. Ακόμη, σε περιπτώσεις απουσίας ή λεπτού ωχρού συνδέσμου, μια έγχυση μπορεί να καταλήξει στον υπαραχνοειδή χώρο. Όπως είναι γνωστό, ο επισκληρίδιος χώρος είναι πολύ πλούσιος σε αγγεία. Είναι δυνατό να τρωθούν με τη βελόνη, να προκύψει επισκληρίδιο αιμάτωμα και ο ασθενής να οδηγηθεί στο χειρουργείο. Αρκετές φορές, σ' αυτές τις περιπτώσεις, η αναρρόφηση με τη βελόνη δε δίδει αίμα. Έτσι, φαίνεται να είναι χρήσιμη η ακτινοσκόπηση με ή χωρίς σκιαγραφικό, για την επιβεβαίωση της σωστής και επιθυμητής θέσης της βελόνης. Η επισκληρίδια έγχυση μπορεί να γίνει με δύο τρόπους: α) ιερά επισκληρίδιος και β) οσφυϊκή επισκληρίδιος (εικόνες 1,2,3).

Ιερά επισκληρίδιος

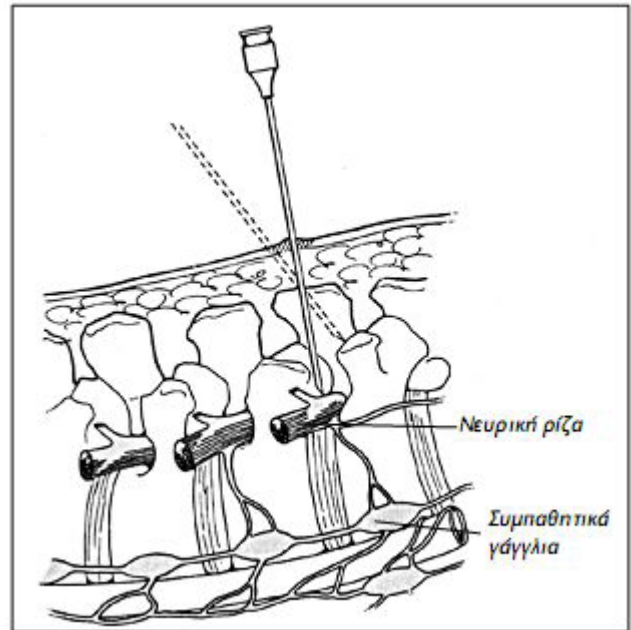
Η ιερά επισκληρίδιος έγχυση γίνεται με τον ασθενή σε πρηνή θέση. Ακολουθεί η είσοδος της βελόνης από το ιερό χάσμα, μεταξύ των ιερών κεράτων που είναι εύκολα ψηλαφητά, ισοϋψώς στο άνω μέρος της γλουτιαίας σχισμής (εικόνες 1,2α). Επαρκής ποσότητα διαλύματος 8-20 κ.εκ. διαχέεται κεφαλικά στην οσφυϊκή και σε ανώτερη περιοχή. Η έγχυση γίνεται προσεκτικά, πάντα με προηγηθείσα αναρρόφηση και με αργό ρυθμό 2-3 κ.εκ. ανά λεπτό. Η ολική ποσότητα εξαρτάται από το επίπεδο της βλάβης: όσο πιο ψηλά βρίσκεται, τόσο μεγαλύτερος ο χορηγούμενος όγκος. Κατά την εκτέλεση, ρωτάμε συνέχεια τον ασθενή για εμφάνιση πόνου ή ψηλαφούμε για τυχόν εμφάνιση διόγκωσης κάτω από το δέρμα του ιερού οστού, κάτι όχι ασύνηθες, το οποίο δεν έχει επιπτώσεις και απλώς σημαίνει ότι η έγχυση είναι άστοχη (εικόνα 2β). Αν η βελόνη βρίσκεται μέσα στον ιερό σωλήνα, προσέχουμε να μην τρώσουμε το σκληραίο σάκο, γι' αυτό προληπτικά ελέγχουμε την ενδεχόμενη είσοδο εγκεφαλονωτιαίου υγρού στη σύριγγα με αναρρόφηση. Αλλά και εδώ χρειάζεται προσοχή γιατί η σύριγγα μερικές φορές δε δείχνει υγρό, παρά το γεγονός ότι η τρώση έχει συμβεί. Η βελόνη μπορεί να διατρήσει το σάκο μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις που αυτός βρίσκεται σε χαμηλότερο σπονδυλικό επίπεδο του φυσιολογικού. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής εμφανίζει ορθοστατική κεφαλαλγία για λίγες ημέρες. Η ιερά επισκληρίδιος έγχυση προτιμάται και θεωρείται περισσότερο αποτελεσματική από τους κλινικούς ιατρούς, δηλαδή ρευματολόγους, ορθοπαιδικούς στην κεντρική Ευρώπη και Μ. Βρετανία, ενώ οι αναισθησιολόγοι προτιμούν συνήθως την οσφυϊκή επισκληρίδιο.

Οσφυϊκή επισκληρίδιος

Η οσφυϊκή επισκληρίδιος (εικόνα 3) προσφέρεται επίσης για την απευθείας έγχυση στον αντίστοιχο επισκληρίδιο χώρο. Στην περίπτωση αυτή, η ειδική βελόνη εισάγεται μεταξύ των δύο ακανθωδών αποφύσεων δια του μεσακάνθιου συνδέσμου και στη συνέχεια δια του ωχρού συνδέσμου γίνεται η έγχυση στον επισκληρίδιο χώρο. Συνήθως εκτελείται με τον ασθενή σε πλαγία κατάκλιση, πρηνή ή καθιστή θέση. Ο όγκος του χορηγούμενου διαλύματος είναι 2 -10 κ.εκ. Η επιλογή του μεσοσπονδυλίου διαστήματος εξαρτάται από το επίπεδο της υποτιθεμένης βλάβης. Πιστεύεται ότι ακόμη και στα πιο έμπειρα χέρια, χωρίς ακτινοσκόπηση, μέχρι και στο 20% των περιπτώσεων η έγχυση δε γίνεται ακριβώς στον επισκληρίδιο χώρο, ενώ μέχρι και στο 10% μπορεί να γίνει τρώση φλέβας χωρίς να φαίνεται αίμα στην αναρρόφηση.



Εικόνα 3. Οσφυϊκή επισκληρίδιος έγχυση.



Εικόνα 4. Ενδοτρηματική έγχυση

Ενδοτρηματικές εγχύσεις

Στην περίπτωση αυτή, η έγχυση γίνεται στο μεσοσπονδύλιο τρήμα, κατά μήκος της πάσχουσας ρίζας, η οποία διαποτίζεται και αντιδρά με εκλεκτική δερμοτομιακή κατάργηση του πόνου ή αναισθησία, ανάλογα με την πυκνότητα του διαλύματος. Εκτελείται σε πρηνή ή λοξή κατακεκλιμένη θέση και με τη βοήθεια ακτινοσκοπικού ελέγχου της ανατομικής περιοχής, για τη σωστή κατεύθυνση της βελόνης. Για καλύτερα αποτελέσματα μπορεί να γίνει έγχυση σκιεράς ουσίας περιριζιτικά. Η ενδοτρηματική έγχυση θεωρείται η καλύτερη οδός για να φθάσει το διάλυμα στον κοιλιακό (πρόσθιο) επισκληρίδιο χώρο, όπου συνήθως είναι οι δισκομηνιγγικές και δισκοριζιτικές φλεγμονές, συμπίεσεις και συμφύσεις. Όπως αναφέρθηκε, μπορεί να γίνει για διαγνωστικούς σκοπούς εκλεκτική διήθηση της ρίζας, όταν δεν μπορούμε να διαγνώσουμε ποια ρίζα πάσχει, ιδιαίτερα αν ο απεικονιστικός έλεγχος δείχνει πολλαπλά επίπεδα βλαβών. Στις περιπτώσεις αυτές, χορηγείται βραδέως μικρή ποσότητα διαλύματος 1-2 κ.εκ. Η ενδοτρηματική έγχυση στο Ο5-Π1 επίπεδο παρουσιάζει πρόσθετες δυσκολίες και είναι δυσπρόσιτη λόγω παρεμβολής και παρεμπόδισης από τα οστά της λεκάνης. Ακόμη, δυσπρόσιτη είναι η διήθηση της Π1 ρίζας, η οποία εναλλακτικά μπορεί να γίνει από το σύστοιχο τρήμα του ιερού οστού. Η διήθηση ριζών είναι προτιμητέα από την επισκληρίδιο έγχυση στα Ο2 έως Ο5 ριζίτικα σύνδρομα, τα μετεγχειρητικά ριζίτικα σύνδρομα λόγω ουλώδους συνδετικού ιστού και στο σύνδρομο πλαγίου κολώματος ή εντυπώματος (lateral recess stenosis) λόγω της πλάγιας οστικής και μαλακής συμπίεσης.

Ενδείξεις

Ακόμη δεν έχουν καθοριστεί οι ενδείξεις, η συχνότητα, ο αριθμός και ο χρόνος εκτέλεσης των εγχύσεων. Οι επισκληρίδιες και μη εγχύσεις προορίζονται για τους ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν στην παραδοσιακή κλασική συντηρητική αγωγή, δηλαδή στα από του στόματος και ενέσιμα αντιρρευματικά (ΜΣΑΦ) και παυσίπονα, στη φυσικοθεραπεία, στους οστεοπαθητικούς χειρισμούς (manipulation) και αφού έχουν παρέλθει μερικές εβδομάδες θεραπείας. Τα παραπάνω βέβαια μπορεί να ανατραπούν. Ο χρόνος μπορεί να επισπευσθεί και να γίνουν τα πρώτα 24ωρα αν ο πόνος φαίνεται ανεξέλεγκτος, είναι πολύ οδυνηρός, η κατάσταση κρίνεται στο σύνολό της σοβαρά και απειλητικά εξελισσόμενη ή σταθερά νευρολογικά επιδεινούμενη, ώστε να αποφευχθεί η εγχείρηση.

Αποτελέσματα

Τα ικανοποιητικά αποτελέσματα των επισκληρίδιων εγχύσεων, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία από μη ελεγχόμενες μελέτες, κυμαίνονται από 35-80^{2,5,11}. Όπως συμβαίνει με όλες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα των ενέσεων εξαρτάται από την εμπειρία της τεχνικής, την επιλογή των ασθενών και την κλινική ετοιμότητα του γιατρού. Σκοπός είναι να φθάσει το θεραπευτικό διάλυμα στο πάσχον επίπεδο, γεγονός που τα μέγιστα θα διευκολυνόταν με την ακτινοσκόπηση και την έγχυση σκιεράς ουσίας, κάτι, όμως, που στην καθημερινή πρακτική δεν ακολουθείται. Αυτό θα μπορούσε ίσως να εξηγήσει και τα ποσοστά αποτυχίας. Πάντως, η εμπειρία έχει δείξει ότι η αποτελεσματικότητά της είναι τελείως απρόβλεπτη, το ίδιο και η διάρκεια της αναλγητικής δράσης, η οποία εξαρτάται από τον ποσοτικό συνδυασμό αναισθητικού και αντιφλεγμονώδους. Συνήθως, έχουμε ύφεση των συμπτωμάτων για λίγα εικοσιτετράωρα και επαναλαμβάνεται. Δεν υπάρχουν μελέτες που να υποστηρίζουν τον αριθμό και τη συχνότητα των εγχύσεων. Μερικοί προτείνουν μία έγχυση την εβδομάδα ή κάθε δύο εβδομάδες με σύνολο τρεις. Ο γράφων εξατομικεύει το θεραπευτικό σχήμα βάσει της βαρύτητας της κλινικής εικόνας και αφού έχει αποτύχει η τυφλή ή κατευθυνόμενη τρηματική έγχυση, οπότε στα επιλεγμένα αυτά περιστατικά είναι ευνόητο ότι περιορίζονται τα θετικά αποτελέσματα. Σύμφωνα με μελέτη μας το 1978, που δεν προηγήθηκε άλλου είδους έγχυση, η αποτελεσματικότητα κυμάνθηκε περίπου στο 75%². Σε άλλες μελέτες μας, που η επισκληρίδιος συνδυάστηκε με αντιφλεγμονώδη, φυσικοθεραπείες, οστεοπαθητικούς χειρισμούς, τα αποτελέσματα σε βαριές και παρετικές ισχιαλγίες ήταν πολύ ικανοποιητικά, ώστε το 95% των περιπτώσεων που πληρούσαν τα κριτήρια για εγχείρηση, την απέφυγαν, το δε ποσοστό αποτυχίας μόλις υπερέβαινε το 4%^{1,2,12}. Το ανωτέρω ενισχύει την άποψή μας ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση του ασθενούς επιτυγχάνεται με συνδυασμό θεραπειών.

Αντενδείξεις – Προφυλάξεις

Οι ασθενείς που θα υποβληθούν σε εγχύσεις στη ΣΣ δε θα πρέπει να πάσχουν από αιμορραγικές διαθέσεις, λοιμώξεις, καρδιακές ή άλλες οργανικές ανεπάρκειες ή να πάσχουν από άλλα νοσήματα. Οι άρρωστοι που πάσχουν από βαλβιδοπάθεια θα πρέπει να προφυλαχθούν με αντιβίωση. Δεδομένου ότι ο επισκληρίδιος χώρος είναι επιρρεπής σε αιμορραγίες, συνιστάται σε όσους λαμβάνουν αντιαμοπεταλιακά φάρμακα ή ακόμα και αντιρρευματικά – αντιφλεγμονώδη, να τα διακόψουν μερικές ημέρες, δηλαδή 7-10 ημέρες για τα πρώτα και 2-3 ημέρες για τα δεύτερα. Τέλος, οι ασθενείς με διαβήτη μπορεί να απορυθμιστούν ελαφρώς από τα εγχεόμενα κορτικοειδή για 1-3 ημέρες. Επίσης, σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί τρώση του μηνιγγικού σάκου ή του νευρικού ελύτρου και διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, οπότε είναι δυνατό να εμφανιστεί ορθοστατική κεφαλαλγία διάρκειας ολίγων ημερών - μίας εβδομάδας, για την οποία επιβάλλεται κλινοστατισμός και λήψη υγρών.

Εγχύσεις στις αποφυσιακές αρθρώσεις (Facet)

Η ακριβής εντόπιση των οπίσθιων ή ζυγο-αποφυσιακών αρθρώσεων απαιτεί τη χρήση ακτινοσκοπικού μηχανήματος και η σωστή ενδαρθρική θέση της βελόνης επιβεβαιώνεται με χρήση σκιεράς ουσίας, η οποία μπορεί και προλαμβάνει ενδεχόμενο λάθος επιπέδου¹³. Κατά την εκτέλεσή της, ο ασθενής είναι ξαπλωμένος λοξά στα πλάγια ή πρηνής, εάν το ακτινοσκοπικό μηχάνημα διαθέτει ειδικό C βραχίονα. Δεν πρέπει ο πάσχων να έχει πάρει ηρεμιστικά ή αναλγητικά πριν από την έγχυση και η τεχνική απαιτεί συνθήκες αυστηρής αντισηψίας. Οι κίνδυνοι και οι παρενέργειες είναι σπάνιες και αναφέρθηκαν στα άλλα είδη εγχύσεων. Επιγραμματικά, περιλαμβάνουν τοπικό πόνο ή αντίδραση, αιμορραγία, λοίμωξη, αλλεργικές αντιδράσεις ή λανθασμένη υπαραχνοειδή έγχυση του φαρμάκου.

Νευρολυτικές ενέσεις⁶⁻⁸

Μερικοί ασθενείς που πάσχουν από χρόνιο πόνο μπορεί να μην ανακουφιστούν ικανοποιητικά από τη χρήση των αναισθητικών ουσιών. Αυτοί, λοιπόν, που εμφανίζουν ανθεκτικό χρόνιο πόνο,

ανυποχώρητο σε όλες τις άλλες θεραπείες, ενδεχομένως να ανακουφιστούν από ένεση ουσιών, των λεγομένων νευρολυτικών διαλυμάτων, που καταστρέφουν τις νευρικές ίνες ή απολήξεις και προκαλούν παρατεταμένο ή μόνιμο νευρικό αποκλεισμό ιδίως των ινών C ή όλου του νεύρου. Τα νευρολυτικά διαλύματα συντίθενται από 12% φαινόλη σε renografin, 50% αλκοόλη, 10% θειικό αμμώνιο και υπέρτονο φυσιολογικό ορό⁷. Η επιλογή της νευρολυτικής ουσίας και η τελική πυκνότητα του διαλύματος που θα χορηγηθεί, αποφασίζονται με βάση την εμπειρία του θεράποντος ιατρού.

Σκληρυντικές εγχύσεις

Η χρόνια κακή θέση της ΣΣ, η χρόνια καταπόνηση και οι τραυματισμοί της οσφύος οδηγούν σε μηχανική βλάβη των συνδέσμων, ρήξη ινών, ατελή αποκατάσταση και φλεγμονή. Πολλές φορές, αυτές οι καταστάσεις συντηρούν σύνδρομο χρόνιου πόνου ανθεκτικά στις συμβατικές θεραπείες, ενώ παράλληλα δημιουργούν βραχύνσεις στα συνδεσμικά στοιχεία, προκαλώντας δυσκαμψία και δυσκινησία στις αντίστοιχες σπονδυλικές μονάδες και ανατομικά μόρια. Η προσπάθεια να αποκατασταθεί και να αυξηθεί το εύρος κίνησης στη συγκεκριμένη περιοχή, μπορεί να προξενήσει επανατραυματισμό και χρόνια φλεγμονή. Στην περίπτωση αυτή, κάνουμε προσεκτική και προοδευτική κινητοποίηση του πάσχοντος ιστού, ενίσχυση της ισχύος και 43 επιστημονικά θέματα επιστημονικά θέματα της αντοχής του. Πάνω σε αυτή την παθοφυσιολογική βάση στηρίζεται η θεραπεία με έγχυση σκληρυντικών ουσιών που η χημική τους σύνθεση και δράση είναι αυτών που χρησιμοποιούνταν στη σκληροθεραπεία των κισμών του οισοφάγου και των κάτω άκρων (ή διαφορετικής σύστασης), που προκαλεί τοπικό ερεθισμό και πολλαπλασιασμό των ινοβλαστών και υπερπλασία του κολλαγόνου, το οποίο δρα ενισχυτικά στον πάσχοντα ιστό. Παράλληλα, γίνεται καταστροφή τοπικά των αλγοϋποδοχέων και των νευρικών στοιχείων, υπεύθυνων για τη χρονιότητα του πόνου. Οι εγχύσεις πρέπει να γίνονται 3 φορές, σε εβδομαδιαία διαστήματα και σε κάθε σημείο εγχέεται περίπου 1 κ.εκ. του διαλύματος στις προσφύσεις των συνδέσμων, π.χ. για το λαγονοοσφυϊκό σύνδεσμο γίνεται κοντά στην οπίσθια άνω λαγόνια άκανθα. Η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν είναι άμεση, αλλά καθυστερεί λίγες εβδομάδες. Το διάλυμα αναμειγνύεται με τοπικό αναισθητικό για μείωση του τοπικού άλγους. Οι εγχύσεις αυτές γίνονται εκλεκτικά στους συνδέσμους και άρχισαν στη δεκαετία του 1930. Αναφέρονταν επιτυχή αποτελέσματα στο 82% των ασθενών με οσφυαλγία. Μετά από μια περίοδο αποτυχιών και παρενεργειών, ίσως και αυθαιρεσιών, ακολούθησαν κανονικά αλλά σποραδικά την πορεία τους. Το 1987 το περιοδικό Lancet δημοσίευσε μια διπλά τυφλή μελέτη 81 ασθενών και 41 μαρτύρων με χρόνια οσφυαλγία, όπου έγιναν σκληρυντικές εγχύσεις οι οποίες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική υπεροχή με μείωση των συμπτωμάτων⁸. Έχουν ακολουθήσει και άλλες μελέτες με μικρότερο αριθμό ασθενών.

Θεραπεία

Προκαταρκτικά

Για το μυοσκελετικό σύστημα η δραστηριότητα είναι πολυτιμότερη από την απραξία. Βάσει του ότι οι έμφυτοι μηχανισμοί ανατροφοδότησης δεν θα πρέπει να αδρανοποιηθούν στην οξεία επώδυνη φάση, γίνεται προσπάθεια ο ασθενής να μην παραμένει κλινήρης ή σε πλήρη ακινησία, αλλά σε μια βραχεία περίοδο μειωμένης δραστηριότητας συμβατή με τις δυνατότητές του. Αυτό άλλωστε υποστηρίζεται και από ελεγχόμενες μελέτες της κλασικής ιατρικής^[19].

Το μασάζ, που προηγείται των χειρισμών, επιτυγχάνει τη μείωση του μυϊκού σπασμού και την περαιτέρω χαλάρωση, η οποία διευκολύνει την ακολουθούμενη εφαρμογή των χειρισμών με λιγότερη αντίσταση και δυσφορία. Εκτός των ανωτέρω, πριν από την εφαρμογή των σπονδυλικών χειρισμών μπορεί να χρησιμοποιηθούν φυσικά μέσα μυοχάλασης, όπως διαθερμίες, υπέρηχοι, ηλεκτροθεραπεία και θερμά ή ψυχρά επιθέματα. Μερικοί υποστηρίζουν ότι στην οξεία φάση αντενδείκνυνται οι χειρισμοί. Προσωπικά πιστεύουμε ότι δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη.

Ενέσεις στις επώδυνες μυϊκές κηλίδες (tender or trigger point injections)⁹⁻¹¹

Πρόκειται για εντοπισμένες επώδυνες εστίες (κηλίδες) στους μυς που διακρίνονται σε δύο μορφές, τις λανθάνουσες και τις ενεργές «μυοκηλίδες» ή σημεία πυροδότησης του πόνου. Οι λανθάνουσες εστίες εκδηλώνουν πόνο ή ευαισθησία μόνο κατά τη συμπίεση, ενώ κατά την ανάπαυση και την ηρεμία είναι κατά κανόνα ασυμπτωματικές. Μερικοί ορίζουν πίεση ίση με 4 Kg για την εμφάνιση πόνου. Οι ενεργές εστίες εμφανίζουν πόνο και κατά την ανάπαυση, ενώ στη συμπίεση εμφανίζουν έντονο διαχεόμενο πόνο που αντανακλά και θυμίζει τα συμπτώματα του ασθενούς. Εμποδίζουν την πλήρη διάταση του μυός και στην ψηλάφηση ο μυς διαπιστώνεται συνεσπασμένος (λουκανοειδής). Αποδίδονται σε αυξημένο τοπικό μεταβολισμό και μειωμένη κυκλοφορία (ισχαιμία λόγω σπασμού), η οποία εμποδίζει την απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού. Στην οσφυϊκή περιοχή υπάρχουν επώδυνες μυϊκές κηλίδες στο μήκιστο, λαγονοπλευρικό και στον πολυσχιδή μυ, ιδιαίτερα χαμηλά, στα σημεία καταφύσεων ή στα λεγόμενα μυοπεριτονιακά σημεία (trigger points). Παρόμοια σημεία βρίσκονται στην έξοδο του ισχιακού νεύρου και στο «επικάλυμμά» του, τον απιοειδή (πυραμοειδή) μυ, υπεύθυνο για το ομώνυμο σύνδρομο παγίδευσης του ισχιακού νεύρου. Άλλα σημεία είναι στον τετράγωνο οσφυϊκό και στη γαστέρα του μέσου γλουτιαίου μυός. Η διήθηση γίνεται τοπικά στην επώδυνη περιοχή με διάλυμα αναισθητικού, αλλά μπορεί να γίνει με φυσιολογικό ορό ή ακόμη και χωρίς φάρμακο. Προτιμάται διάλυμα 1% προκαΐνης, γιατί πιστεύεται ότι εκτός από την αναισθητική και την παυσίπονο δράση, ασκεί αγγειοδιαστολή και έχει λιγότερες συστηματικές και τοπικές παρενέργειες. Ο Raj προτιμά συνδυασμό 0,5% etidocaine και 0,375% bupivacaine για παρατεταμένη αισθητική και κινητική αναισθησία, ενώ άλλοι συνιστούν 0,25% lidocaine και 0,05% bupivacaine. Η χρήση των τοπικών κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό με τα αναισθητικά, συνίσταται σε φλεγμονή των μαλακών μορίων ή σε περιπτώσεις όπου εμφανίζονται μετενεσιακά άλγη από τα αναισθητικά. Τα τελευταία εμφανίζονται, σύμφωνα με την πείρα μας, στις περιπτώσεις που οι ενέσεις γίνονται στους τένοντες ή στα συνδεσμικά στοιχεία. Μετά τις ενέσεις ακολουθούν διατακτικές ασκήσεις στον πάσχοντα μυ, που ήταν συνεσπασμένος και συρρικνωμένος, για να αυξηθεί το μήκος και να επιτύχουμε την τελική σπασμόλυση και ομαλή λειτουργία. Μπορεί να επαναληφθούν οι ενέσεις 2-3 φορές. Περισσότερες μπορεί να προκαλέσουν τοπικό ερεθισμό και μυϊκό σπασμό. Η αποτελεσματικότητα των ενέσεων κυμαίνεται από 40% με απλά αναισθητικά και 45% συνδυασμένα με κορτικοστεροειδή, σύμφωνα με μια διπλή τυφλή μελέτη. Συμπληρωματικά, ακολουθούν θεραπείες με διαθερμίες, υπερήχους, ηλεκτροθεραπείες, TENS (διαδερμικός νευροερεθιστής - αναλγητικά ρεύματα) και κινησιοθεραπείες που διευκολύνουν τη μυοχάλαση, την κυκλοφορία και αποκαθιστούν το μήκος και την ισχύ του μυός.

Βιβλιογραφία

1. Γουλές Δ. Οσφυαλγία – Δισκοπάθεια. Εκδόσεις Κανκάς, Αθήνα, 2002.
2. Γουλές Δ, Ζήκα Α, Σαλαρτζής Μ. Χειρουργική ή συντηρητική θεραπεία στην παρετική ισχιαλγία. Πρακτ. Πανελ. Ρευματολογικού Συνεδρίου 1986, σελ. 113-116.
3. Goules D, Samartzis M. Lumbar disk herniation with sciatica and neurologic deficit. The value of conservative treatment. Proceedings X European Congress of Rheumatology 1986.
4. Rensfrew DL, Moore TE, Kathol MH et al. Correct placement of epidural steroid injections: luoroscopic guidance and contrast administration. AJNR 1991; 12:1003-6.
5. Γουλές Δ, Χειμωνίτση Α, Σαμαρτζής Μ. Η ιερά επισκληρίδιος έγχυση στην αντιμετώπιση της οσφυοισχιαλγίας. Πρακτικά 7ου Παν. Ρευματολ. Συν. 1978, σελ. 48-51.
6. Raj PP, Denson DD. Neurolytic agents. In Raj PP (ed). Practical management of pain. Chicago, Year Book Medical Publisher, 1986, pp.557-566.
7. Gregg RV, Constantini CH, Ford DJ et al. Electrophysiologic and histopathologic investigation of phenol in Renograin as a neurolytic agent. Anesthesiology 1985, 63A:239-243.
8. Ongley MJ, Klein RG, Dorman TA et al. A new approach to the treatment of chronic low back pain. Lancet 1987; 2:143-147. 9. Simons DG, Travel JG. Myofascial pain syndromes. In Wall PD, Melzack R(eds). Textbook of Pain. Edinbourg: Churchill Livingstone, 1986, pp. 263-276.
10. Garvey TA, Marks MR, Wiesel SW. A prospective, randomized, double-blind evaluation of trigger-point injection therapy for low back pain. Spine 1989; 14:962-965.
11. Γουλές Δ, Σωτηρόπουλος Σ. Σημαντική υποχώρηση του όγκου της δισκοκήλης μετά συντηρητική θεραπεία. Τεκμηρίωση με αξονική τομογραφία. Ελληνική Ρευματολογία 1990; 2:12-16.
13. Γουλές Δ. Μυστικά στη διάγνωση και θεραπεία της οσφυοισχιαλγίας. Πρακτικά 1ου Πολυθεματικού Σεμιναρίου ΕΕΑΙΑ, 2006, σελ. 35-50.
14. Laslett M, berg B, Aprill CN, McDonald B. Zyga-pophysial joint blocks in chronic low back pain: a test of Revel's model as a screening test. BMC Musculoskelet Disord 2004; 5:43-49.