

Wskazania do operacyjnego leczenia dyskopatii i pokrewnych chorób lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa

Indications to surgical treatment of discopathy and similar diseases of the lumbosacral spine

STEFAN ŻARSKI

Z Kliniki Spondylo-Neurochirurgii Instytutu Reumatologicznego w Warszawie

STRESZCZENIE. Postępowanie diagnostyczne w przypadkach bólów lędźwiowo-krzyżowych opiera się na wykazaniu nozologicznego związku między semiotyką kliniczną i obrazową chorób tego odcinka kręgosłupa. Autor omawia różne mechanizmy powstawania bólów lędźwiowo-krzyżowych i operacyjne sposoby leczenia ich w trybie bezpośrednim i pośrednim. Przypomina o istniejącej niekiedy potrzebie leczenia spóźnionego i wtórnego. Zawsze należy pamiętać o różnych reakcjach chorych na leczenie operacyjne, również w późnym okresie rekonwalescencji (red.).

SUMMARY. The diagnosis on cases of lumbosacral pains is based on the demonstration of nosological connection between clinical semiotics and imaging of this spinal segment. The author discusses various mechanisms of lumbosacral pain development and surgical methods of their direct and indirect treatment. The necessity of delayed treatment in some cases, and secondary treatment is discussed. Always the possibility of various reactions of patients to surgical treatment, also in late period of convalescence, should be kept in mind. (Ed.).

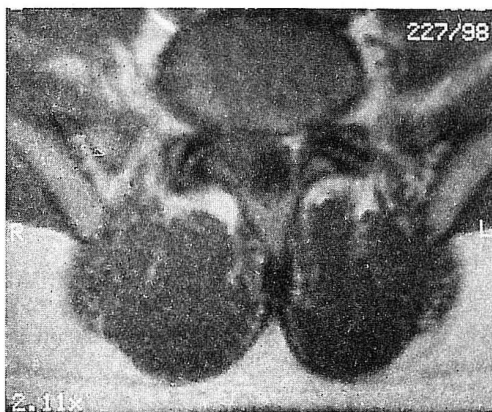
Słowa kluczowe: dyskopia lędźwiowa / diagnostyka / leczenie chirurgiczne
Key words: lumbar discopathy / diagnosis / surgical treatment

Bóle lędźwiowo-kulszowe są dolegliwością znamioną dla dyskopatii lędźwiowej i powiązanych z nią patogenetycznie chorób:

- spondylopatii degeneracyjnej (spondylozy), w przebiegu której wielopoziomość dyskopatii stanowi pierwotny i główny czynnik patologiczny,
- spondylopatii stenotycznej, w której dyskopia współistnieje ze stenozą lędźwiowego odcinka kanału kręgowego,
- spondylopatii litycznej, w której dyskopia, będąc przeciążeniowym powikłaniem kręgoszczelin (spondylolizy) i kręgozmyku (spondylolistezy), jest zdecydowanie wtórnym ogniwem patologicznym.

Postępowanie lekarskie wobec osób dotkniętych bólami lędźwiowo-kulszowymi jest często nacechowane chaosem terminologicznym i polipragmazją. Wynikają stąd zadania – przede wszystkim dla neurologów i neurochirurgów – porządkujące diagnostykę i terapię, a szczególnie wskazania do leczenia operacyjnego w tej grupie chorób.

Podstawą rozpoznania jest wykazanie nozologicznego związku semiotyki klinicznej i obrazowej tych chorób. Semiotykę kliniczną reprezentują bólowe zespoły kręgosłupowo-korzeniowe, w skład których wchodzi: (1) syndrom subiektywny (ból, którego występowanie i nasilenie uzależnione jest od ruchu lub pozycji ciała), (2) syndrom nocycyptywny (odczynowe objawy korzeniowe i kręgosłupowe), (3) syndrom



Fotografia 1 (a, b). Tomografia rezonansowa. Obraz inwazji kanału kręgowego (przepukliny jądra miazdżystego) na poziomie L5/S1: (a) w przekroju strzałkowym, (b) w przekroju poziomym. (Badanie wykonane w Zakładzie Tomografii Komputerowej i MRI Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, kierownik: prof. dr hab. med. P. Kozłowski)

neuropatyczny (ubytkowe objawy neurologiczne). Semiotykę obrazową (rentgenografia przeglądowa i kontrastowa, tomografia komputerowa i rezonansowa) reprezentują patognostyczne dla tych chorób znamiona: (A) odkrążkowej inwazji kanału kręgowego (fot. 1), (B) stenotycznej ciasnoty kanału kręgowego (fot. 2), (c) dezintegracji ruchowego segmentu kręgosłupa (fot. 3).

Łączna analiza tych semiotyk, przeprowadzona pod kątem dynamiki procesu chorobowego, pozwala wybrać z większego zbioru te elementy diagnostyczne, które mogą stanowić kryterium precyzujące dalsze postępowanie, a także mogą być podłożem wskazań do leczenia operacyjnego (tabl. 1). Wykaz ten nie jest zamknięty dla innych zmian patologicznych, których uwzględnienie może mieć istotne znaczenie w decyzji o chirurgicznej interwencji.

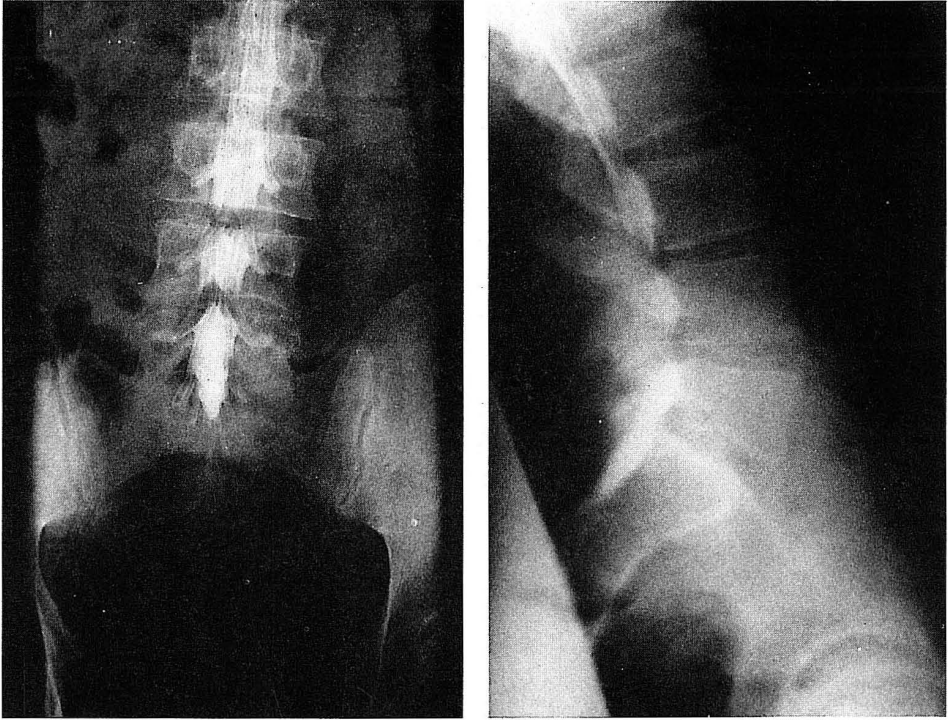
Zabieg operacyjny jest formą leczenia patologicznego, tj. postępowania udaremniają-

cego działanie tych czynników procesu chorobowego, które kształtują obraz kliniczny. Czynniki te (mechanizmy patoplastyczne) są zróżnicowane i w zależności do ich występowania wyznacza się cel operacji spondylo-neurochirurgicznych (tabl. 2).

W przypadku dyskopatii, głównym celem operacji jest usunięcie zawartości przepukliny krążkowej (penetrującego do kanału kręgowego jądra miazdżystego) i odbarczenie

Tablica 1. Semiotyczne podstawy leczenia operacyjnego:

- nasilone, przetrwałe dolegliwości
- ostry syndrom nocycyptywny
- wielobjawowy syndrom neuropatyczny
- boczna lub środkowa inwazja odkrążkowa
- wielopoziomowa ciasnota stenotyczna
- kręgoszczelina powikłana kręgozmykiem lub wtórną dyskopatią



Fotografia 2 (a, b). Radykulografia. Obraz wielopoziomowej ciasnoty kanału kręgowego, uwarunkowanej jego wrodzoną stenozą: (a) w projekcji przednio-tylnej, (b) w projekcji bocznej. (Badanie wykonane w Zakładzie Radiologii Instytutu Reumatologicznego w Warszawie, kierownik: dr J. Staniszevska)

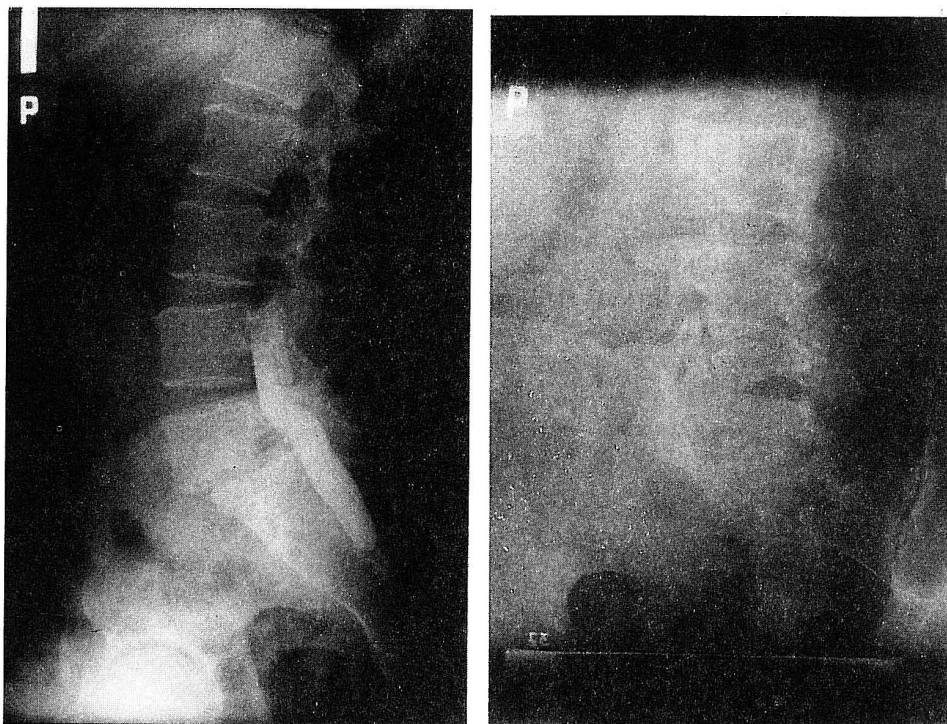
korzeni nerwowych, co powoduje w następstwie wygaszenie nocycepcji i ustąpienie bólu. W przypadku ciasnoty kanału kręgowego (wywołującej ucisk ogona końskiego lub korzeni nerwowych w obrębie bocznych zachyłków kanału), co zdarza się zazwyczaj w przebiegu spondylopatii stenotycznej

i niekiedy w spondylopatii degeneracyjnej – najważniejszym celem operacji jest uwolnienie uciśniętych śródkanałowych struktur nerwowych kosztem grzbietowych i częściowo bocznych struktur kostno-więzadłowych kręgosłupa. W przypadku spondylopatii litycznej lub niestabilności powstałej w przebiegu dyskopatii (spondylozy) zadaniem operacyjnym jest zatrzymanie procesu dezintegracji segmentu ruchowego, co sprowadza się w zasadzie do usztywnienia uszkodzonego odcinka kręgosłupa.

Tablica 2. Cel operacji spondylo-neurochirurgicznych:

- usunięcie przepukliny krążkowej (herniektomia)
- odbarczenie kanału kręgowego (dekompresja)
- usztywnienie odcinka kręgosłupa (spondylodeza)

Mając na uwadze semiotyczne podstawy do przeprowadzenia zabiegu należy określić nie tylko cel, lecz także tryb leczenia operacyjnego (tabl. 3). Trybowi *leczenia bezpośredniego* podlegają przypadki, w których albo doszło już do powikłań neurologicznych



Fotografia 3 (a, b). Spondylopatia lityczna: (a) kręgoszynek L5/S1 w obrazie radykulograficznym – projekcja boczna, (b) kręgoszczelina 5. lędźwiowego łuku kręgowego w rentgenografii przeglądowej – projekcja skośna. (Badanie wykonano w Zakładzie Radiologii Instytutu Reumatologicznego w Warszawie, kierownik: dr J. Staniszevska)

(niedowładny mięśniowy, zaburzenia zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu), albo istnieje zagrożenie ich wystąpienia. Są to chorzy przeważnie w stanie obłożnym, z uwydatnionym syndromem nocycyptywnym, z istniejącym lub przebyłym, wielobjawowym syndromem neuropatycznym, z dużą odkrążkową inwazją kanału kręgo-

wego (nieodprowadzalną przepukliną) czy też wielopoziomową ciasnotą stenotyczną kanału kręgowego.

Trybowi *leczenia pośredniego* podlegają przypadki odprowadzalnej przepukliny krążkowej (co daje się ujawnić m.in. w obrazie radykulograficznym). Są to chorzy z powtarzającymi się bólami lędźwiowo-kulszowymi, z krótkotrwałą poprawą lub jej brakiem po leczeniu zachowawczym. Są to również chorzy na spondylopatię stenotyczną i lityczną, po nieskutecznej terapii konserwatywnej. Ten tryb leczenia stosowany jest w tzw. programie alternatywnym, który polega na priorytecie leczenia zachowawczego przed interwencją chirurgiczną. Jest to dogodny sposób postępowania, szczególnie u chorych z względnymi przeciwwskazaniami do opera-

Tablica 3. Tryb leczenia operacyjnego:

- bezpośredni (szybka interwencja)
- pośredni (po nieskutecznym leczeniu zachowawczym)
- spóźniony (po wystąpieniu powikłań neurologicznych)
- wtórny (u chorych z nawrotem choroby)

cji lub u chorych, u których dopiero brak poprawy po leczeniu zachowawczym motywuje potrzebę przeprowadzenia zabiegu.

Tryb *leczenia spóźnionego* odnosi się do chorych, u których leczenie zachowawcze usunęło wszystkie dolegliwości poza niedowładami, a badania obrazowe, wykonane po przebytych epizodzie bólowym, wykazały kompresję korzeni nerwowych, zgodną pod względem neurometrycznym z przetrwałą radykulopatią. Neurochirurg decydujący się w takiej sytuacji na leczenie operacyjne powinien poinformować chorego, że zabieg stanowi niepewną szansę poprawy lub całkowitego wyleczenia, a stwarza jednocześnie lepsze warunki do rehabilitacji niedoborów ruchowych.

Tryb *leczenia wtórnego* dotyczy chorych z klinicznym nawrotem dolegliwości po przebytych zabiegu (tabl. 4), u których badania kontrolne wykazały nawracającą na poziomie operowanym przepuklinę krążkową (przepuklinę ortogenną, *reherniatio*) lub przepuklinę na innym poziomie lędźwiowego odcinka kręgosłupa (przepuklinę allogenną), albo zwłóknienie kanału kręgowego (*fibrosis*), które wywołuje ucisk i unieruchomienie korzeni nerwowych, albo niestabilność na poziomie poprzednio operowanego segmentu, czy też nawracającą stenozę kanału kręgowego, spowodowaną odrostem kostno-więzadłowych elementów po laminektomii odbarczającej, co zdarza się niekiedy w spondylopatii stenotycznej.

Strategia leczenia operacyjnego dyskopatii lędźwiowej i chorób pokrewnych jest prosta: usunięcie mechanizmów patopla-

stycznych (odkrążkowej inwazji, stenotycznej ciasnoty, segmentowej niestabilności) w okresie przed potencjalnymi powikłaniami – radykulopatią lub olistezą. Natomiast taktyka leczenia operacyjnego i ustalenia wskazań do jego przeprowadzenia jest sprawą złożoną. Sens tej taktyki sprowadza się do umiejętności relatywizowania semiotycznych podstaw terapii chirurgicznej.

W klinice często musimy odstępować od sztywnego kanonu postępowania. Bywa bowiem, że niektóre dane diagnostyczne przemawiają za mniej intensywną patologią, co w przypadkach wymagających głębszej analizy odgrywa istotną rolę. I tak – zamiast nasilonych, przetrwałych dolegliwości mamy do czynienia z niewielkim i dość szybko ustępującym bólem, któremu nie towarzyszy niesprawność ruchowa, a syndrom nocycyptywny jest podostry lub nie występuje, syndrom neuropatyczny jest skąpoobjawowy, albo inwazja ma zasięg brzeżny, albo stenoza daje ucisk tylko na jednym poziomie, albo też kręgoszczelina jest nie powikłana. W takich przypadkach mamy do czynienia z niepewnymi wskazaniami do interwencji chirurgicznej; chorzy ci wymagają szerszego kontekstu rozważań klinicznych.

Metodę relatywizacji powinno się stosować także w zależności od: przeciwwskazań do leczenia operacyjnego, negatywnej postawy chorego wobec takiego leczenia, inkoherencji semiotycznej między stanem klinicznym i wynikami badań obrazowych. Przeciwwskazania są zagadnieniem ogólnolekarskim, wymagającym często konsultacji specjalistycznych i wnikliwej oceny anesteziologa. Decyzja o interwencji – po uwzględnieniu wskazań i przeciwwskazań oraz pełnej świadomości ryzyka operacji – należy jednak do neurochirurga.

W zdecydowanej większości przypadków reakcja chorych na potrzebę leczenia operacyjnego jest adekwatna. Jednakże dość często nastawienie chorych jest niechętnie i mimo perswazji nie wyrażają oni gotowości do tego rodzaju leczenia. Najrzadziej spotykamy się z przekonaniem chorego

Tablica 4. Przyczyny nawrotów choroby po leczeniu operacyjnym:

- nawracająca przepuklina krążkowa
- przepuklina krążkowa na innym poziomie lędźwiowym
- zwłóknienie kanału kręgowego
- niestabilność segmentu kręgosłupa
- nawracająca stenoza kanału kręgowego

o nieuchronności zabiegu, co wynika zazwyczaj z traktowania chirurgii jako panaceum terapeutycznego.

Inkoherencja semiotyczna, np. niewielkie zmiany patomorfologiczne w powiązaniu z bogatym w dolegliwości i objawy zespołem klinicznym lub odwrotnie – stan bezobjawowy w przypadku ujawnionej badaniem obrazowym patologii, stwarza sytuację deprymującą zarówno lekarza, jak chorego. Należy przy tym pamiętać, że żywiołowa ekspresja dolegliwości (nierzadko obserwowana) może być spowodowana nawarstwieniem czynnościowym u chorego z osobowością nerwicową.

Wszystkie okoliczności zaciemniające wyrazistość i jednoznaczność wskazań do leczenia operacyjnego powinny być poddane metodzie relatywizacji; wyrażać się to musi nie kategorią lecz elastycznym stosunkiem do zagadnienia, wyśrodkowanym między zaletami i wadami chirurgii oraz między spodziewanymi jej skutkami – bezpośrednimi i oddalonymi od zabiegu. Jest to obecnie – w zakresie chirurgii funkcjonalnej (przywracającej sprawność ruchową i usuwającej ból) i niejako profilaktycznej (zapobiegającej powikłaniom) – zagadnienie wielkiej wagi, ponieważ penetruje w obszar etyki lekarskiej.

W praktyce neurologicznej nadarza się sposobność do przed- i pooperacyjnych kontaktów z chorymi na dyskopatię lędźwiową i choroby pokrewne. Istotą tych kontaktów są rozmowy, w których lekarz winien oddziaływać na chorego psychoterapeutycznie, łagodząc rodzaje się stresy sytuacyjne. W pierwszym kontakcie chodzi zazwyczaj o lęk poddania się zabiegowi chirurgicznemu, w następnym – o lęk powrotu do normalnego trybu życia po zakończonym leczeniu.

Niejednokrotnie spotykamy się z trudnym problemem w okresie rekonwalescencji chorych, problemem wynikającym najprawdopodobniej z nieprawidłowego przetwarzania się – po przebytej operacji – poczucia choroby w poczucie zdrowia. Proces zdro-

wienia zostaje jak gdyby zatrzymany w polowie drogi, sprawa umiejscawia się w niejasnej, szarej strefie świadomości chorych. Wykształca się u nich stan psychiczny, złożony ze zmiennych napędów emocjonalnych, zabarwionych niepokojem i obniżonym nastrojem, z przewlekających się doznań bólowych i poczucia niesprawności ruchowej, będących zapewne emanacją przeżyć chorobowych oraz nihilistycznej oceny swoich możliwości życiowych, w tym pracy zarobkowej.

Jakie elementy winna zawierać rozmowa z chorym przed operacją? Przede wszystkim nie należy generalizować, ani minimalizować wskazań do leczenia operacyjnego. Trzeba wyjaśnić choremu, że operacja nie jest konieczna dla ratowania życia, jest natomiast swego rodzaju „ucieczką” przed kalectwem, albo „drogą” ułatwiającą kompensację powstałych już dysfunkcji. Należy także przedstawić choremu wnikliwą ocenę ryzyka i szans leczenia chirurgicznego, informując, że powikłania pooperacyjne zdarzają się nieporównywalnie rzadziej niż uszkodzenia (często nieodwracalne) lędźwiowych korzeni nerwowych w przypadkach nawrotów choroby, nie leczonych operacyjnie w odpowiednim czasie.

Jakie elementy winna zawierać rozmowa z chorym po operacji? Przede wszystkim należy chorego przekonać, że operacja jest skutecznym sposobem leczniczym, przywracającym najczęściej zdolność do wykonywania codziennych zadań ruchowych i że powrót do tych zadań – łącznie z nie przeciążającą zbytnio kręgosłupa pracą zarobkową – po zakończonym leczeniu jest ważkim, z punktu widzenia lekarskiego, czynnikiem usprawnienia zarówno somatycznego, jak i psychicznego. Należy także uprzedzić chorego, że mogące zdarzać się po operacji niewielkie dolegliwości mają przeważnie charakter incydentalnych doznań i nie muszą być zwiastunem nawrotu choroby, a zatem nie powinny wywoływać u chorego stanu niepokoju, frustracji, czy też desperacji.

Ideą generalną tych rozmów winno być wytworzenie w psychice chorych korzystnych dla sprawy ciągów myślowych, przeciwstawiających się licznym w tym okresie, stresującym chorego wpływom natury emocjonalnej, ekonomiczno-socjalnej, środowiskowej, czy też jatrogennej. Tych ostatnich oddziaływań można uniknąć pod warunkiem właściwego ustosunkowania się do zasad postępowania wobec złożonego zagadnienia operacyjnego leczenia dyskopatii lędźwiowej i jej pokrewnych chorób.

PIŚMIENNICTWO

1. Bridwell K.H., De Wald R.L.: Spinal surgery. J.B.Lippincott Co., Philadelphia 1991.
2. Cox J.M.: Low back pain. Williams & Wilkins, Baltimore 1990.
3. Frymoyer J.W.: The adult spine. Raven Press, New York 1990.
4. Macnab J., McCulloch J.: Backache. Williams & Wilkins. Baltimore 1990.
5. Wiesel S.W., Weinstein J.N., Herkowitz H., Dvorak J., Bell G: The lumbar spine. Wyd. 2. Saunders W.B. Co., Philadelphia 1996.
6. Żarski S. i wsp.: Przyczyny nawrotów bólów lędźwiowo-kulszowych u chorych na dyskopatię lędźwiowego odcinka kręgosłupa w świetle radykulografii i weryfikacji operacyjnej. Neurol. Neurochir. Pol. 1980, 4, 439-446.
7. Żarski S. i wsp.: Katamnesticzna ocena wyników zachowawczego i operacyjnego leczenia dyskopatii lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Neurol. Neurochir. Pol. 1980, 5, 529-534.
8. Żarski S. i wsp.: Bóle krzyża w praktyce neurologicznej – wybrane zagadnienia diagnostyczne i terapeutyczne. Postępy Neurologii. CMKP 1988, 28-41.
9. Żarski S. i wsp.: Znaczenie radykulografii i tomografii rezonansowej w rozpoznawaniu i leczeniu dyskopatii lędźwiowej. Neurol. Neurochir. Pol. 1997, 31, 2, 247-269.
10. Żarski S. i wsp.: Kliniczne nawroty dyskopatii lędźwiowej w świetle 25-letniej retrospekcji. Reumatologia 1997, 35, 4. 20.

Adres: Prof. Stefan Żarski, Klinika Spondylo-Neurochirurgii Instytutu Reumatologicznego, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa