

Δρ. Νίκος Παπαλουκάς
Ορθοπαιδικός χειρουργός
Πολυκλινική Λευκωσίας

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ / ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (2002)

Ορισμός Οσφυαλγία είναι ο πόνος στην οσφυϊκή χώρα, ή καλύτερα στην οσφυοιερή χώρα ανεξαρτήτου αιτίας

Συχνότητα Η οσφυαλγία είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία επίσκεψης στον ιατρό, μετά το κοινό κρυολόγημα .είναι δε η πρώτη με διαφορά αιτία αποχής από την εργασία.

Η Οσφυαλγία παρουσιάστηκε στον άνθρωπο από τότε που μετατράπηκε η βάδιση του από τετράποδη σε δίποδη. Έτσι λοιπόν γεννιέται το ερώτημα ,γιατί τόσο συχνά να έχουμε πόνο στην οσφυϊκή χώρα ? Ποιές είναι οι αιτίες που την προκαλούν ?

Η περιοχή λοιπόν της οσφυϊκής χώρας , είναι η κατεξοχήν περιοχή του σώματος που δέχεται τις περισσότερες δυνάμεις και καταπονήσεις. Εδώ επιδρούν δυνάμεις κάμψης δηλ. συμπιεστικές δυνάμεις, δυνάμεις διατμήσεως ,στροφικές δυνάμεις, σύνθετες δυνάμεις καθώς επίσης και δυνάμεις ροπής. Και για να λάβετε μια εικόνα των φορτίσεων , θα αναφερθώ σε μια μελέτη του NACHEMSON (ένας από τους μεγαλύτερους ερευνητές στο θέμα αυτό) όπου καταδεικνύει τις φορτίσεις του Ο3 οσφυϊκού δίσκου σε άτομο βάρους 70 Kgr σε διάφορες θέσεις του σώματος. Δηλ. σε ύπτια θέση καταμέτρησε 25 kgr, σε όρθια θέση 100 kgr, σε καθιστική θέση 150 kgr ,και σε καθιστική θέση με ελαφριά πρόσθια κλίση του σώματος πίεση 250kgr.

Η σπονδυλική στήλη για να αντεπεξέλθει στις διάφορες καταπονήσεις πρέπει να έχει δύναμη και ελαστικότητα ,έτσι ώστε να εξουδετερώνει αυτές τις καταπονήσεις . Σ' αυτό βοηθούν τα διάφορα ανατομικά στοιχεία αυτής, όπως π.χ. ο μεσοσπονδύλιος δίσκος που αρχικά δέχεται τις δυνάμεις συμπίεσεως και ακολούθως τις διοχετεύει στους συνδέσμους ,στις αρθρώσεις ,στους μύες κλπ.

Ένα βασικό σημείο είναι το γεγονός ότι το επίπεδο Ο5/Π1 είναι το επίπεδο με την μεγαλύτερη κινητικότητα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ,το επίπεδο που δέχεται τις μεγαλύτερες φορτίσεις και το επίπεδο με την ασθενέστερη οπίσθια συνδεσμική υποστήριξη. Είναι λοιπόν ένα ανατομικά αδύνατο σημείο με μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης οσφυαλγίας.

Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να αναφέρω τους διάφορους τύπους πόνου που σχετίζονται με τον πόνο στην οσφυϊκή χώρα.

Ι ΣΠΟΝΔΥΛΟΓΕΝΕΣ ΠΟΝΟΣ

Αυτός χαρακτηρίζεται από βύθιο πόνο με μέγιστο σημείο έντασης στο σημείο του πόνου. Ο πόνος επιδεινώνεται με την κίνηση και ανακουφίζεται με τον κλινοστατισμό και την ανάπαυση.

Η πιο συχνή αιτία είναι μικροί αποσπαστικοί τραυματισμοί των μυών και των τενόντων από τα οστά όπου καταφύονται, ή ρήξεις μυϊκών ινών ή μυϊκών περιτονιών. Χαρακτηριστικό σημείο είναι η ξαφνική έναρξη του πόνου κατά την στιγμή του τραυματισμού, όπως π.χ. η ανύψωση βάρους, η απότομη κίνηση, με επακόλουθο την αύξηση του μυϊκού σπασμού.

Πολλές φορές υπάρχει μυϊκός πόνος χωρίς το συμβάν του τραυματισμού, που προέρχεται από τον ερεθισμό των νευρικών απολήξεων ένεκα συσσώρευσης προϊόντων από τον μεταβολισμό όπως το γαλακτικό οξύ και το κάλλιο. Συνήθης περίπτωση είναι το κοινό “πιάσιμο” των μυών μετά από έντονη άθληση.

Μυϊκός πόνος υπάρχει επίσης και δευτεροπαθώς σε άλλες καταστάσεις όπως εκφυλιστικές ή φλεγμονώδης παθήσεις της σπονδυλικής στήλης.

Ο σπονδυλογενής πόνος μπορεί να προέρχεται σχεδόν από όλα τα ανατομικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης, όπως αρθρώσεις, τένοντες, σύνδεσμοι, αγγεία, σκληρή μήνιγγα και επισκληρίδια στοιχεία. Π.χ. η ρήξη του ινώδους δακτυλίου του μεσοσπονδύλιου δίσκου, η διαταραχή του περιosteού σε κατάγματα, λοιμώξεις νεοπλασίες.

ΡΙΖΙΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αυτός είναι οξύς πόνος σαν κάψιμο, κόψιμο ή αιμωδίες, που αντανakλάται στην πλάτη και στα κάτω άκρα. Η αντανάκλαση στο κάτω άκρο είναι σχεδόν πάντα κάτω από το γόνατο και αντιστοιχεί σε συγκεκριμένο δερματόμιο. Γνωστή σε όλους μας είναι η συνήθης ισχιαλγία, που προέρχεται από ερεθισμό του νωτιαίου νεύρου. Ο ερεθισμός αυτός μπορεί να προέρχεται είτε από ισχαιμία ένεκα πίεσης στο νεύρο, είτε από χημικό ή φλεγμονώδη ερεθισμό.

Ο ριζιτικός πόνος επιδεινώνεται με την κίνηση που προκαλεί τάση και τέντωμα του νεύρου. (Ανάλογο του σημείου Laseque).

Η πιο συχνή αιτία ριζιτικού πόνου με διαφορά, είναι η Κήλη Μεσοσπονδύλιου Δίσκου. Σπανιότερες αιτίες προέρχονται από οστεόφυτα, νεοπλασίες, μετεγχειρητικές συμφύσεις.

ΣΠΛΑΧΝΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Αυτός προέρχεται από διαταραχή των σπλαχνικών οργάνων που νευρώνονται από το ίδιο επίπεδο το οποίο νευρώνει τα στοιχεία της σπονδυλικής στήλης τα οποία πονούν. Συχνά τέτοιες καταστάσεις συναντώνται σε παθήσεις από το πάγκρεας, δωδεκαδάκτυλο, παχύ έντερο, νεφρά, ουρητήρες ουροδόχος κύστη και άλλα όργανα της ελάσσονος πυέλου.

ΨΥΧΟΓΕΝΕΣ ΠΟΝΟΣ

Αυτός ο πόνος παρουσιάζεται σε άτομα με ψυχικές ή ψυχογενετικές διαταραχές και δεν ακολουθεί καμία ανατομική ή δερματομυϊκή κατανομή.

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Οι παθήσεις που προκαλούν οσφυαλγία μπορούν γενικά να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες .

I Σε παθήσεις που έχουν την εντόπιση και την αιτιολογία τους στην οσφυϊκή χώρα μόνο, και

II Σε συστηματικές παθήσεις που εμφανίζουν συμπτώματα στη σπονδυλική στήλη.

I. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν :

1. Μηχανικές αιτίες (Μηχανική αιτιολογία)
2. Λοιμογόνες Αιτίες
3. Νεοπλασίες (Εδώ μπορεί να πρόκειται είτε για πρωτοπαθή αιτία εντοπισμένη μόνο στη σπονδ. στήλη, είτε για σπονδ. μετάσταση.)

II Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν :

1. Ρευματολογικές παθήσεις
2. Ενδοκρινολογικές ή μεταβολικές παθήσεις
3. Αιματολογικές παθήσεις
4. Νευρολογικές ή Ψυχιατρικές παθήσεις
5. Αντανακλαστική Αιτιολογία.

Αφού αναλύσαμε τους διάφορους τύπους πόνο που συναντούμε στην οσφυϊκή χώρα και αναφέραμε και τις παθήσεις που σχετίζονται με την περιοχή ,θα προχωρήσουμε στην αντιμετώπιση του ασθενή με οσφυαλγία.

Η αντιμετώπιση λοιπόν του ασθενή με οσφυαλγία βασίζεται πρωτίστως στην κλινική εκτίμηση του ασθενή , τής οποίας ακρογωνιαίος λίθος είναι :

- α Η λήψη ιστορικού
- β Η κλινική Εξέταση
- γ Οι Παρακλινικές εξετάσεις
- δ Θεραπεία

A. Ιστορικό

Η λήψη του ιστορικού είναι ένα πολύ βασικό σημείο για την περαιτέρω αντιμετώπιση και πορεία του ασθενή .

Αφού λάβουμε **γενικές πληροφορίες** για τον ασθενή ,όπως ηλικία ,συνθήκες και τόπος εργασίας, τυχόν φλεγμονώδεις παθήσεις, μεταβολικά ή αιματολογικά νοσήματα, ύπαρξη πυρετού, παλαιοί τραυματισμοί στη περιοχή ή λήψη φαρμάκων, προχωρούμε στο **κυρίως πρόβλημα** . Πολύ σημαντική πληροφορία είναι ο τρόπος έναρξης των συμπτωμάτων , η διάρκεια αυτών , η εντόπιση τους και η ακριβή περιγραφή τυχόν αντανάκλασης στο κάτω άκρο για καθορισμό δερματομίου και εμπλεκόμενης ρίζας. Στον ασθενή τίθενται ερωτήματα όπως , τι επιδεινώνει τον πόνο (π.χ. βήχας, φτέρνισμα κλινοστατισμός) ή τι τον ανακουφίζει. Γνωστό είναι το γεγονός ότι ο κλινοστατισμός ανακουφίζει τον πόνο που προέρχεται από κατάγματα, λοιμώξεις και τραυματισμούς , ενώ επιδεινώνει τον πόνο από σπονδυλαρθρίτιδες και νεοπλασίες. Επίσης ο ασθενής ερωτάται για τυχόν

προηγούμενα παρόμοια επεισόδια, τρόπος θεραπείας και διάρκεια αυτών, καθώς επίσης για πρωινή δυσκαμψία, ή για προβλήματα ενούρησης
Ακολουθώς λαμβάνονται πληροφορίες για το **οικογενειακό ιστορικό** του ασθενή.
Ένα βασικό σημείο για τυχόν ρευματοπάθειες, μεταβολικά νοσήματα κλπ.

B. Κλινική Εξέταση

Η κλινική εξέταση του ασθενή με οσφυαλγία αρχίζει με την παρακολούθηση της βάδισης και της στάσης του ασθενή καθώς μπαίνει και κινείται στο ιατρείο.

Προτού αρχίσουμε την εξέταση της ΟΜΣΣ, καλό είναι να ρίξουμε μια ματιά σ'όλο το σώμα για έλεγχο των οφθαλμών για τυχόν επιπεφυκίτιδας, έλεγχο του βλεννογόνου του στόματος για τυχόν έλκη που θυμίζουν σύνδρομο Reiter, έλεγχο του θώρακα και έλεγχο της κοιλιακής χώρας για τυχόν παθολογίας στις περιοχές αυτές.

Ακολουθώς η εξέταση της ΟΜΣΣ γίνεται σε όρθια θέση, καθιστική, πρηνηδόν και σε ύπτια θέση.

I. ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ

Ελέγχεται γενικά η στάση του ασθενή για τυχόν ανταλγική σκολίωση ένεκα πόνου ή μυϊκού σπασμού. Ακολουθώς γίνεται

Έλεγχος κινητικότητας σε κάμψη, έκταση, πλάγιες κάμψεις και στροφικές κινήσεις, αρχικώς ενεργητικά και ακολούθως παθητικά. Εδώ σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί το SCHOBER –Test στο οποίο γίνεται αντικειμενική μέτρηση της κινητικότητας της ΟΜΣΣ και αποκλεισμός τη κίνησης στα ισχία.

Κατά τον έλεγχο των κινήσεων δίνεται μεγάλη έμφαση στο ρυθμό με τον οποίο εκτελούνται. Δηλ αν η φυσιολογική λόρδωση της ΟΜΣΣ σιγά σιγά και ομαλά μετατρέπεται σε επίπεδη και ακόμα σε μικρού βαθμού κυφωτική καθώς ο ασθενής σκύβει μπροστά και επανέρχεται ομαλά στην αρχική της μορφή στην έκταση. (**Οσφυοερός ρυθμός κίνησης.**) Σε περίπτωση που υπάρχει ελάττωση της κάμψης ένεκα ισχιαλγίας, τότε η εξέταση μπορεί να επαναληφθεί σε γονατιστή θέση για εξουδετέρωσης της τάσης στο ισχιακό νεύρο.

II. ΠΡΗΝΗΔΟΝ ΘΕΣΗ

Έλεγχος Τοπικής Ευαισθησίας στη πίεση- ψηλάφηση. Αρχικώς ελέγχεται η μέση γραμμή όπου βρίσκονται οι ακανθώδεις αποφύσεις και ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος. Έπειτα ελέγχεται ο παρασπονδυλικός χώρος αμφοτερόπλευρα, δηλ. σε απόσταση 2-3-cm από την μέση γραμμή, όπου βρίσκονται οι εγκάρσιες αποφύσεις και οι αρθρώσεις.

Έλεγχος μυϊκού σπασμού στους παρασπονδυλικούς μύες.

Έλεγχος των ιερολαγόνιων αρθρώσεων ως προς την ευαισθησία στην πίεση και στην κινητικότητα αυτών

III ΥΠΤΙΑ ΘΕΣΗ

Ελέγχονται οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις πιέζοντας τις δύο λαγόνιες άκανθες προς τα πίσω και έξω. (Εάν κατά την παθητική ανύψωση των δύο σκελών ταυτόχρονα μέχρι 70 προκαλείται πόνος, τότε αυτός προέρχεται από τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις.)

Ελέγχονται τα ισχία και τα γόνατα αμφοτερόπλευρα.

Ειδικά Tests

- A. **Παθητική ανύψωση του τεντωμένου σκέλους** . Σ' αυτό προκαλείται τάση κατά μήκος του ισχιακού νεύρου, και σε περίπτωση ερεθισμού αυτού, υπάρχει πόνος. Σημειώνεται πάντοτε η γωνία ανύψωσης στην οποία προκαλείται ο πόνος για παρακολούθηση του ασθενή. Επίσης αυτή η γωνία είναι ενδεικτική του ερεθισμού του νεύρου. Αξιόπιστο σημείο όταν ο πόνος ή καλύτερα τα ριζιτικά συμπτώματα του ασθενή αναπαράγονται στις γωνίες 30-70.
- B. **Το Laseque Test** είναι μια τροποποίηση αυτού του test που γίνεται με κάμψη του ισχίου στις 90 και ακολούθως ανύξωση της κνήμης .Ελέγχεται βασικά το ίδιο πράγμα.
- C. **Αντίθετο Laseque** (Ανύψωση του υγιούς σκέλους οπότε εμφανίζεται πόνος στο πάσχον σκέλος.) Το test αυτό έχει υψηλή ειδικότητα ,αλλά χαμηλή ευαισθησία. Δηλ. σπάνια είναι θετικό , αλλά όταν είναι θετικό τότε υποδηλεί ριζιτιδα με μεγάλη πιθανότητα ένεκα ΚΜΔ.
- D. **Ανάστροφο Laseque** . Παρόμοιο test με τον ασθενή σε πρηνηδόν θέση και ανύψωση του σκέλους .ελέγχεται το μηριαίο νεύρο ,δηλ η ρίζα O4

Νευρολογική εξέταση των κάτω άκρων.

Ο λεπτομερής έλεγχος των κάτω άκρων περιλαμβάνει έλεγχο της αισθητικότητας, μυϊκής ισχύς ,αντανακλαστικών, και πιθανώς παθολογικών αντανακλαστικών όπως πχ Babinski , Oppenheim κλπ .Κατά τον έλεγχο της μυϊκής ισχύς γίνεται κάμψη /έκταση μίας άρθρωσης υπό αντίσταση συγκριτικά με το υγιές σκέλος. Πολλές φορές βέβαια χρειάζεται να γίνουν πιο ειδικές εξετάσεις με παρατεταμένη κόπωση για να εμφανισθεί ασήμαντη μυϊκή αδυναμία. Συνήθως ζητείται από τον ασθενή να σταθεί στις μύτες των δακτύλων του για 10 φορές για να επιβεβαιώσουμε αδυναμία στην ρίζα I1,ή να κάμει αρκετά βήματα πατώντας στις πτέρνες για να εμφανισθεί αδυναμία στην ρίζα O5.

Εδώ πρέπει να γίνεται η εξέταση με μεγάλη προσοχή για ταύτιση της υποτιθέμενης εμπλεκόμενης ρίζας σύμφωνα με τα συμπτώματα του ασθενή, με τυχόν μυϊκή αδυναμία ή ελατωμένο αντανακλαστικό που αντιστοιχεί στην ίδια ρίζα. ΠΧ αν ο ασθενής αναφέρει πόνο πίσω στη κνήμη και στο πέλμα , δηλ ριζιτικά φαινόμενα στην ρίζα I1, τότε προσοχή στη πελματιαία κάμψη, και αχιλλειο αντανακλαστικό.

ΙΙΙ. ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΘΕΣΗ

Σε καθιστική θέση ελέγχονται συνήθως η μυϊκή δύναμη του τετρακέφαλου (O4) και των οπίσθιων μηριαίων μυών (O5), καθώς επίσης το αντανακλαστικό της επιγονατίδας.

ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΑΝΤΙΚΕΤΩΠΙΣΗ

Αφού λοιπόν πήραμε το ιστορικό και εξετάσαμε τον ασθενή έχουμε ήδη σχηματίσει μια εικόνα γι' αυτόν. Το επόμενο βήμα εξαρτάται από το γεγονός σε ποια κατηγορία ασθενών ανήκει ο συγκεκριμένος ασθενής. Πρόκειται δηλ για ασθενή που πιθανώς να χρήζει άμεσης χειρουργικής επέμβασης? Πρόκειται για ασθενή με οσφυαλγία ένεκα κάποιας παθολογικής αιτίας?, ή πρόκειται για ασθενή με συνήθη οσφυαλγία ,ή οσφυοισχιαλγία ?

I. Ασθενείς υποψήφιοι για άμεση χειρουργική επέμβαση

A. Σύνδρομο Καλπάζουσας Μυϊκής Αδυναμίας

Στο σύνδρομο αυτό υπάρχει δραματική ελάττωση της μυϊκής δύναμης μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα με κίνδυνο μόνιμης παράλυσης συνήθως ένεκα ΚΜΔ.

B. Σύνδρομο ιππουρίδας

Εδώ πρόκειται για πίεση του νωτιαίου κώνου από μαζική κεντρική ΚΜΔ, ή από επισκληρίδιον όγκο, αιμάτωμα, ή συλλογή πύου. Η συνήθης συμπτωματολογία αποτελείται από αμφοτερόπλευρη ισχιαλγία, αμφοτερόπλευρη μυϊκή αδυναμία, περιπρωκτική ελαττωμένη αισθητικότητα (saddle anaesthesia), και πιθανή ακράτεια ούρων ή κοπράνων .

Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται περαιτέρω διερεύνησης με ακτινογραφικό έλεγχο και έλεγχο με μαγνητικό συντονισμό MRI, που σήμερα είναι η κλασσική μέθοδος ελέγχου.

II. Ασθενείς με οσφυαλγία ένεκα παθολογικής αιτίας

Σ' αυτή την κατηγορία των ασθενών τα συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε **σπλαχνική αιτιολογία** όπως πχ ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, νεφρικός πόνος, παγκρεατικός πόνος ή πόνος από το δωδεκαδάκτυλο. Μπορεί επίσης τα συμπτώματα να οφείλονται σε **λοιμώξεις ή όγκους, σε οστεοπορωτικά κατάγματα ή σε ρευματολογικές ή άλλες συστηματικές αιτίες,**

Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν ειδικής διερεύνησης ανάλογα της πιθανής αιτιολογίας πχ (ακτινολογικός ή αιματολογικός έλεγχος, σπινθηρογράφημα οστών, υπερηχογράφημα, MRI κλπ.)

III. Υπόλοιποι ασθενείς

Όλοι υπόλοιποι ασθενείς που δεν ανήκουν στις δύο αυτές κατηγορίες υποβάλλονται σε μια απλή συντηρητική θεραπεία και σε αναμονή χρόνου. Μπορεί βέβαια ένα μικρό ποσοστό από τους ασθενείς αυτούς που παρουσιάζουν σημαντικά νευρολογικά σημεία να χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης στο παρόν στάδιο, όμως η συντριπτική πλειοψηφία αυτών υποβάλλεται σε ανάπαυση με κλινοστατισμό, σε χορήγηση αντιφλεγμονωδών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων. Οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται σε κλινικό επανέλεγχο σε δυο και σε τέσσερις εβδομάδες και αρχίζει

μια **προοδευτική** κινητοποίηση του ασθενή όταν αυτός βελτιώνεται κατά 80% στα συμπτώματα του.

Νέα κλινική εκτίμηση γίνεται και πάλι στις 4-6 εβδομάδες οπότε οι μεν ασθενείς που βελτιώθηκαν συνεχίζουν την θεραπεία τους με πρόσθεση προοδευτικής εκγύμνασης, ενώ οι υπόλοιποι που δεν βελτιώθηκαν διαχωρίζονται σε 4 ομάδες.

1. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν μόνο οσφυαλγία.
2. Σε ασθενείς που παρουσιάζουν κυρίως ισχιαλγία δηλ πόνο κάτω από το γόνατο.
3. Σε ασθενείς με πόνο στο πρόσθιο μηρό και
4. Σε ασθενείς με πόνο στο γλουτό και στον οπίσθιο μηρό

Ασθενείς με εντοπισμένο οσφυϊκό πόνο μόνο

Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης με **ακτινογραφικό έλεγχο**. Ελέγχονται για τυχόν ανατομικές ανωμαλίες, για σπονδυλόλυση ή σπονδυλολίθωση, για οστεοαρθρίτιδα στις αρθρώσεις (facet Syndrome), για εκφυλιστικές αλλοιώσεις στους δίσκους με ανάπτυξη οστεοφύτων (πράγμα που σε αρκετές φορές είναι άσχετο με το πραγματικό πρόβλημα). Πιθανόν μερικοί από αυτούς τους ασθενείς να χρειαστούν **ακτινογραφίες σε κάμψη / έκταση** για τυχόν αστάθεια στην περιοχή.

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε ασθενείς που αναφέρουν **απώλεια βάρους, πυρετό, νυκτερινό πόνο** γεγονός που μας αναγκάζει να αποκλείσουμε την πιθανότητα **νεοπλασίας ή λοίμωξης**. Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν διερεύνησης με **σπινθηρογράφημα οστών** (προσοχή σε πολλαπλού μυέλωμα, το οποίο συνήθως είναι αρνητικό), οπότε γίνεται έλεγχος με **αξονική τομογραφία ή MRI**. Επίσης χρήζουν αιματολογικού ελέγχου για **C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), ταχύτητα καθίζησης, πρωτεΐνες ορού και Bence- Jones proteins**.

Άλλο βασικό σημείο είναι η αναφορά **πρωινής δυσκαμψίας** με διάρκεια ωρών που παρουσιάζεται σε **Φλεγμονώδεις αρθροπάθειες** της σπονδυλικής στήλης πχ αγκυλωτική σπονδυλίτιδα. Βέβαια και η **οστεοαρθρίτιδα** της σπονδυλικής στήλης παρουσιάζει πρωινή δυσκαμψία, αλλά αυτή σπάνια διαρκεί πέραν των 30 –40 λεπτών.

Επίσης σε ύπαρξη κατάγματος σπονδύλου χωρίς σοβαρό τραυματισμό τότε πρόκειται για παθολογικό κάταγμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης .

2. Ασθενείς με ισχιακό πόνο κάτω από το γόνατο.

Αυτοί υποβάλλονται σε νέα κλινική εκτίμηση όπου αναλύονται τα αντικειμενικά ευρήματα με τα υποκειμενικά και αναλόγως αυτών υποβάλλονται σε MRI. Η συντριπτική πλειοψηφία παρουσιάζει **ΚΜΔ**, ενώ ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει **σπονδυλική στένωση**. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί υποβάλλονται σε χειρουργική θεραπεία ,δυνατό όμως να γίνει επισκληρίδια έκχυση στεροειδών. Εδώ θα ήθελα να τονίσω ότι, η χειρουργική θεραπεία έχει θέση μόνο όταν τα συμπτώματα συμφωνούν με τα αντικειμενικά ευρήματα, και εάν ο ασθενής δεν έχει νευρολογική σημειολογία ούτε θετικό σημείο Laseque τότε δεν υπάρχει αρκετή απόδειξη για πίεση της νοτιαίας ρίζας έτσι ώστε να διενεργηθεί χειρουργική επέμβαση. Δηλ εδώ δεν υπάρχει θέση για

διερευνητική εγχείρηση. Ας μην ξεχνούμε ότι ένα ποσοστό μέχρι και 20% των **ασυμπτωματικών ασθενών** παρουσιάζουν ΚΜΔ στο MRI

Ένα άλλο βασικό σημείο που αφορά ασθενείς με σπονδυλική στένωση είναι το γεγονός ότι αυτοί δυνατόν να παρουσιάζουν συμπτώματα και συνεπώς ευρήματα μόνο σε κατάσταση καταπόνησης, οπότε δυνατόν να χρειαστεί αυτοί να υποβληθούν σε δοκιμασία βάδισης, ανέβασμα ή καλύτερά κατέβασμα σκάλας πριν την εξέταση.

3. Ασθενείς με πρόσθιο μηριαίο πόνο

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει ένα μικρό ποσοστό ασθενών που δυνατόν να παρουσιάζουν ΚΜΔ στο επίπεδο Ο3 –Ο4 και πίεση στη ρίζα Ο4. Διαφορική διάγνωση εδώ τίθενται η οστεοαρθρίτιδα του σύστοιχου ισχίου, βουβωνοκήλη που δυνατόν να αντανακλά πόνο στο μηρό, οπισθοπεριτοναϊκή παθολογία και περιφερική νευροπάθεια.

4. Ασθενείς με γλουτιαίο και οπίσθιο μηριαίο πόνο

Η πλειοψηφία των ασθενών αυτών συνήθως παρουσιάζει αντανακλαστικό πόνο ένεκα οσφυαλγίας μηχανικής αιτιολογίας οπότε δυνατόν σε επίμονο πόνο να επιχειρηθεί τοπική έκχυση στεροειδών στο σημείο μέγιστου πόνου. Άλλη αιτία οπισθίου μηριαίου πόνου είναι το λεγόμενο Facet syndrome δηλ η οστεοαρθρίτιδα στις σπονδ. αρθρώσεις. Σε τέτοια περίπτωση δυνατόν να επιχειρηθεί ενδοαρθρική έκχυση στεροειδών με την βοήθεια αξονικής τομογραφίας.

Σπανιότερα δυνατόν να υπάρχει ΚΜΔ στα επίπεδα Ο2-Ο3 .

Δρ. Νίκος Παπαλουκάς
Ορθοπαιδικός Χειρουργός
ΠΟΛΙΚΛΙΝΙΚΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ