11.BIZKARREZURREKO PATOLOGIA DEGENERATIBOA

Orokorrean*, degeneratibo* hitzak adierazten duena da adinareakin sintomak okerrera egingo dutela. Gure kasuan ez da gaixotasun bat, edadeari lotutako prosezua baino. Denborarekin bizkarra gero eta zaharragoa egingo da eta aldaketa bereizgarriak izango ditu. Horren ondorioz, bizkarrezurra egitura eta funtzio normalak galtzen joango da.

Aldaketa horien ondorioz, mina eta sintoma neurologikoak etor daitezke. Bizkarrezur osoan baino, maila zerbikala eta lunbarra dira aldaketa hauek izateko emanagoak, mugimendu gehien duten zonaldeak direlako eta estres gehien sufritzen dutenak direlako. Berrogei urtetik gora ohikoa da aldaketa degeneratibo hasiberriak edonork izatea.

Hasieran diskoak bigun eta urez beteta daude eta mekanismo indargetzaile baten elementuak dira ornoen artean. Gainera, hauen arteko mugimendua ere ahalbidetzen dute. Denborarekin, diskoak ura galtzen doaz eta horren ondorioz, altuera. Gogorrago bihurtzen dira eta indargetzeko ahalbidetasuna galtzen doaz gutxi-gutxika. Honengatik guztiagatik, protrusioak edo disko herniak agertzen dira, ornoen posizioa aldatzen doa eta baita eurok lotzen dituzten lotailuena ere. Aldaera aurreratuenetan, diskoa desagertu ere egin daiteke edo inflamatu. Osteofitoak ere agertzen doaz eta ligamentuak loditzen doaz. Eta ornoen arteko giltzadurak edo fazetak inflamatzen.

Berezko prozesua izan arren bizkarrezurreko aldaketena, badaude faktore hartaratzaileak: loditasuna, ariketa gogor eta berdinak egitea, tabakoaren kontsumoa, sedentarismoa edo jarrera ezegokiak luzaroan mantentzeak. Egoera hauek degenerazioa errazten dute eta sintomei aurre egiteko ezintasuna.

Diagnostikoa erradiografiak, eskanerrak eta erresonantziak emango dute. Halere, oso garrantzitsua da jakitea, sintomak eta aurkikuntza erradiografikoak ez datozela beti bat. Aldaketa degeneratibo ugari egon daiteke minik edo sintoma neurologikorik izan barik, eta aldiz, min handia aldaketa gutxirekin. Beraz, proba horietan ikustena denaz gain badago zerbait gehiago sintomak eragiteko. Arraroa, beste alde batetik, sintoma neurologiko objetiboak agertzea irudietan aldaketa gutxi daudenean. Beste gaixotasun neurologiko bat bilatu beharko litzateke.

Patologia degeneratiboa, sintomak emateko orduan, era desberdinetan ager daiteke:

1.SINDROME FAZETARIOA

Atzeko giltzaduren asaldura progresiboa da: kapsula urratu egiten da, osteofitoak sortu eta giltzaduraren barne kartilagoa kaltetu.

Sintomak: Zerbikalgia eta lunbalgia, segun eta ze maila dagoen kalteturik, extensioan areagotu egiten direnak.

Tratamendua: sintomatikoa: analgesia,errehabilitazioa, lan-aldaketa edo rizolisia (radiofrekuentziaz) edo blokeo fazetarioa (kortikoide eta anestesiko lokalarekin). Batan zein bestean, kanpotik orratz bat sartzen da . Beroa edo botika aplikatzen da giltzaduran hurrenez hurren.

2. DISKOPATIA

Patogenia*:* arrazoiak: inbolutiboak, mekanikoak (flexio-extensio errepikatuak: lenean edo kirokan..) edo genetikoak. Ondorioz ornoen arteko espazio-estutzea dator, protrusioak*,* disko-herniak eta bizkar-kanaleko estenosia agertzea errazten da.

Sintomatologia: Bertako mina edo min irradiatua.Eta baita sintoma motore, sentsitibo eta begetatiboak, konpresioaren arabera.

*2.A.Herniak:*

2.A.1. Zerbikalak

2.A.1.1. Lateralak. Erro nerbiosoa da bultzatua dagoena eta horregatik min irradiatua sortzen da nerbio horrek inerbatzen duen lurraldean (dermatoma). Sarri asaldura sentsitiboak izaten dira hatzamarretan eta arraroagoak dira asaldura motoreak, defizitak.

2.A.1.2. Zentralak. Kasu honetan ornomiuina bultzatuko du herniak eta era akutuan agertzen bada (arraroa) tetraparesia/plejia eragingo du eta era kronikoan (maizago), sindrome piramidala (ibilera paretikoa, tonu areagotua, klonus, Babinski,…)

.

***(15) Diapositiba honetan ikusten da herniak zelan egiten duen bultza ornomuinaren kontra eta nola hartzen duen kanalaren erdia baino gehiago (ebaki axiala)***

2.A.2. Torazikoak

Sintomak: gerri bueltako erradikulopatia, sahiets-arteko nerbioa bultzatzen badu, eta mielopatia ornomuina sakatzen badu. Kontuan izan behar da, alde batetik, bizkarrezur torazikoak estres gutxiago duela eguneroko bizitzan eta horregatik herniak arraroagoak direla zonalde honetan, eta bestetik, kanalaren diametroa txikiagoa dela eta ondorioz, hernia txikiago batek mielopatia eragin dezakeela.

2.A.3. Lunbarrak

%95 L4-5 eta L5-S1ean kokatzen dira. Normalean lehen kasuan L5 erro nerbiosoa egongo da kaltetua eta bigarrenean S1.

Sintomatologia:

Min irradiatua da tipikoa hernia laterala denean, zonalde lunbarretik behatzetara doana. Asaldura sentsitiboak (karranpa edo inurridura) eta motoreak ere ager daitezke. Erro nerbioso kaltetuaren arabera, asaldura sentsitiboa edo motorea desberdina izango da (***18.diapositiba***).

Azterketa fisikoan, asaldurez gain, Lassegue seinua ikusiko da. Hanka artez altzatzerakoan, min irradiatua eragiten da.

“Zaldiaren isatsa” sindromea: hernia handiak eta era akutuan agertzen direnean. Halere, min irradiatua edo lunbalgiaren aurrekariak izan dituzten gaixoengan ikusten da sarri. Bat-batean edo ordu batzuen epean, min irradiatuaren atzetik, arreflexia, asaldura sentsitiboa (zela erakoa-en silla de montar) eta esfiterretako asaldura (gernu erretentzioa edo uzkiaren ezintasuna) agertzen dira. Larrialdi kirurgikoa da eta hernia erauzi behar da, bestela, ondorio neurologikoek denboran irauteko arriskua dago.

***(20) Diapositiba hoetan L5-S1disko hernia migratua ikusten da. Ebaki axialean kanalaren erdia baino gehiago hartzen duela erakusten da.***

Diagnostikoa: erresonantzia da informazio gehien emango duena

Tratamendua:

*Mekikoa*: Lehen biak dira hasieran hartu behar diren neurriak eta batzuetan baita hirugarrena ere, eta emaitza onik ez badute, hurrengoekin jarraitu (ez ordena honetan derrigorrez)

Atsedena eta denbora pasatzen uzten

Botikak: analgesiko, erlaxante eta kortikoideak

Infiltrazio eta blokeo kaukala

Gongoil dortsalaren radiofrekuentzia

TENS (transcutaneous electrical stimulation)

Errehabilitazioa

*Kirurgikoa*

Indikazio kirurgiko guztien moduan, kasuak banan-banan aztertu behar dira (sintomatologia, gaixoaren egoera klinikoa eta bere nahiak)

Hernia zerbikalak: aurretik operatzen dira (oso gutxiagotan atzetik). Diskoa erauzi egiten da, nerbioan edo ornomuinean egiten duen bultza kentzeko, eta bere ordez, kaxa sintetiko bat jartzen da, ornoen arteko altuera mantentzeko.

Hernia torazikoak: diskektomia egiteko bidea laterala edo atzekoa izan daiteke. Endoskopioa ere erabil daiteke.

Hernia lunbarrak: badira tratamendu mediko eta kirurgikoen arteko erdibidekoak (arestian aipatutako gongoil dortsalaren radiofrekuentzia edo TENS-a adibidez, kimionukleosia, ozonoterapia eta nukleotomia perkutaneoarekin batera). Operatzeko orduan, diszektomia egiten da, irekia edo konbentzionala normalean, eta gutxiagotan endoskopikoa. Nahiz eta konplikazio kirurgikoak oso larriak izan daitezkeen (baita oso arraroak ere), erroaren inguruko fibrosia eta orno-ezegonkortasuna sarri samar ikusten dira operatu eta hilabete edo urte batzutara. Berez ez dira konplikazio kirurgikoak eta ematen duten ziatalgia edo min lunbarra tratatzea ez da beti erraz izaten.

Kirurgiaren ostean, aste batzuk pasatzen utzita eta gero, neurrizko jardun fisikoa egin behar da, postura higienea garatu eta hortik aurrera eguneroko funtzionalitatea bilatu (nahiz eta askotan mina, gutxiago edo gehiago, aldean izan).

3.BIZKARREZUR KANALEKO ESTENOSIA

Artrosiaren ondorioz erdiko kanala eta nerbioak bizkarrezurretik irteteko pasabideak (foramenak) estutzen doaz denborarekin. Diskoaren herniazioek (gutxiago edo gehiago), osteofitoek eta ligamentu lodituek eragiten dituzte estenosi horiek. Kasu batzuetan sintomak emateraino helduko dira eta orduan planteatuko da kirurgia. Foramenen estutzeak erradikulopatia ematen du maila guztietan. Erdiko kanala estuago egoteak, aldiz, maila zerbikalean eta dortsalean mielopatia (s piramidala) eta lunbarrean klaudikazio intermitentea. Azken entitate kliniko hau, halere, zirkulazio kaxkarrak eraginikoa ere izan daiteke.

***(30) Diapositiba honetan duzue klaudikazio neurologiko eta baskularraren arteko aldeak.***

Diagnostikoa

Anamnesia. Gaixoak oso argi kontako du klaudikazioa. Oinez hasten denean ondo dabil, metro batzuk egin eta gero baina, hanketara geldiaraziko duen mina datorkio. Minutu batzuk igaro eta atsedena hartu eta gero, berriz da oinez ibiltzeko gai.

Erresonantziak emango du bizkarreko estenosiaren ezaugarrien berri, eta eco-dopplerrak estenosi baskularrena.

Tratamendua

Dekonpresio kirurgikoa:

1.Diskektomia: maila guztietan egin daiteke

2.Laminektomia: maila guztietan egin daiteke

3.Korporektomia (ornoaren gorputzaren erauzketa, estenosi luzeetan): sarrien bizkarrezur zerbikalean. Oso arraroa da korpektomia dortsala edo lunbarra artrosiagatik egitea.

***(32-36) Hurrengo diapositibetan erakusten dira diskektomia, korpektomia eta laminektomiaren adibide batzuk eta nola geratzen den estenosia dekonpresioa egin eta gero***

4. ESPONDILOLISTESIA ETA ESPONDILOLISIA

Espondilolistesia goiko ornoaren bere behekoarekiko aurreranzko irriztatze edo desplazamenduari esaten zaio. Artrosiaren eraginez sarrienak diren arren, badago talde urriago bat non sortzetiko espondilolisiagatik (giltzaduraren istmoaren arrakalagatik), irristatze hori gertatzen den. Laugarren. eta 5. orno lunbarren artean edo 5. eta sakroaren artean gertatzen da sarrien.

Desplazamendu horren arabera, gradutan sailkatzen da espondilolistesia.

I: < %25; II: %25-50; III: %50-75; IV: > %75

Sintomatologia lunbalgia edo/eta ziatika

Tratamendu kirurgikoa da: dekonpresioa eta artrodesia dira egin beharrekoak gaixoak dituen sintomak hemendik datozela uste bada eta bere bizimodua kaltetuta badago. Ez dago esan beharrik, kirurgia aurretik tratamendu medikoari aukera bat eman behar zaiola.

5. FORESTIER SINDROMEA

*Bizkar hiperostosi difuso idiopatikoa*. Orno zebikaletan gertatzen da aurreko ligamentu amakomuna kalzifikatzerakoan. Sintomak neurologikoak baino, irensteko traba eragiten dute, disfagia, ornoen aurrean dagoen hestegorria bultzatuta dagoelako. Edadetuetan sarriago eta gizonezkoengan.

Tratamendua kirurgikoa da, osteofitoak erauziz, disfagia nabarmena bada.