

הצרות ניוונית של תעלת שדרה מותנית



ד"ר איל ברבלק

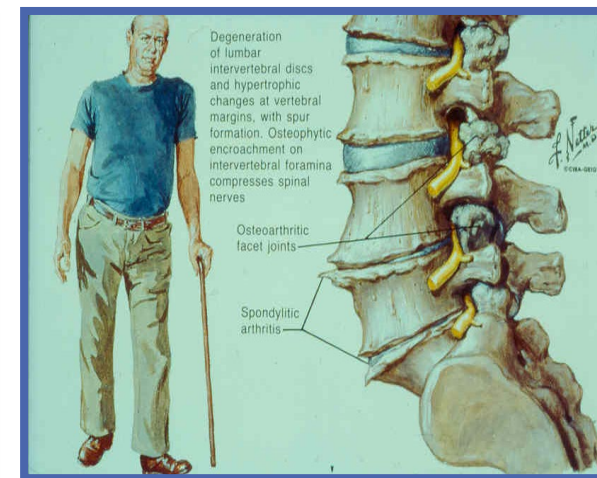
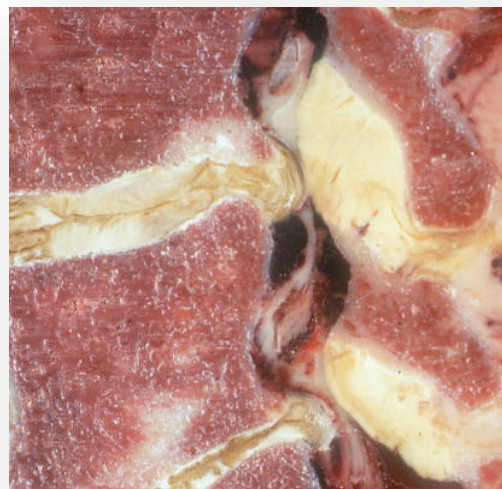
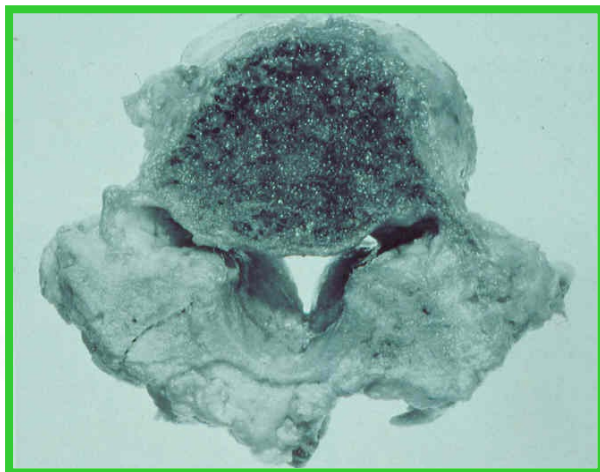
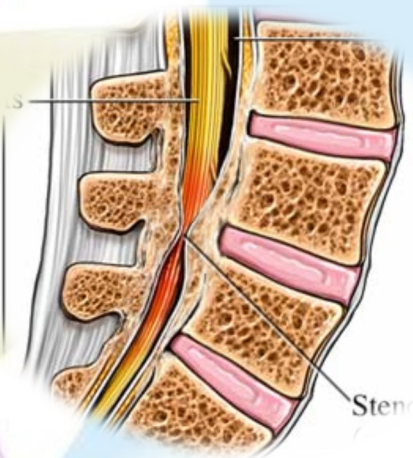
מנהל היחידה ללימודי וניתוחי עמוד שדרה

מנהל מחלקה אורתופדית

המרכז הרפואי הלל יפה



הצרות תעלה הינה תהליך ניווני כרוני בלתי הפיך



שכיחות

- הפתולוגיה השכיחה ביותר במטופלי גב מעל גיל 60
- 6-11% מהאוכלוסייה – המון!
- גברים ונשים שכיחות זהה

סימפטומים

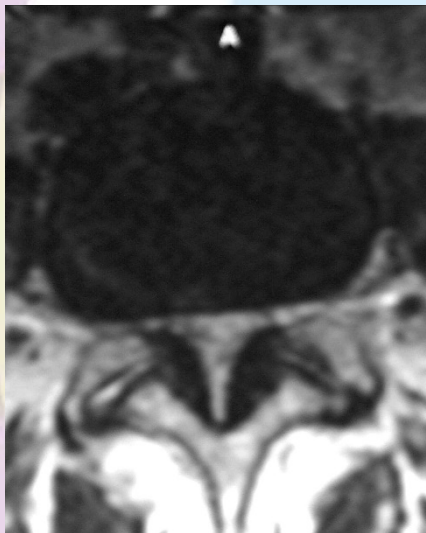
טיפ: יש לבצע אבחנה בין
הצרות תעלה למחלת כלי דם
פריפרית בבדיקה גופנית
ובמידת הספק בביצוע דופלר
כלי דם

- כאב גב תחתון - שכיח
- קושי בהליכה – הליכה לטווחים קצרים בלבד - שכיח
- הליכה בכפיפה קדמית של הגב - שכיח
- קלאודיקציות נוירוגניות (כאב גב הקורן לעכוזיים גפיים תחתונות המוחמר בהליכה ומוקל בישיבה) - שכיח
- כאב שורשי - שכיח
- חולשת רגליים – יחסית נדיר
- במקרים קשים קושי בשליטה על סוגרים

בדרך כלל ללא פחת נוירולוגי!

(כאב גב תחתון קושי בניידות וירידה באיכות חיים)



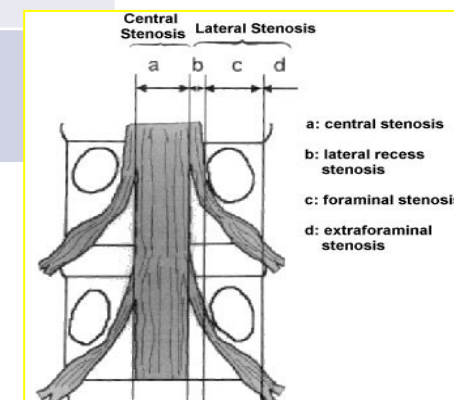


הגדרה

כל הצרות של תעלת השדרה או תעלות השורש



הגדרה	סימפטומים	מיקום ההיצרות
מהמיפרק הפצטארי היורד והתעבות ליגמנטוס פלווס, פדיקל קצרים	קלאודיקציות נוירוגניות	מרכזית
מרווח הקטן מ 3-4 מ' ממ' מהפצט העולה וגוף החוליה/דיסק	כאב שורשי	רצס לטרלי
שינויי ניווני של גובה הדיסק, היפרטרופיה של הפצט העולה	כאב שורשי	תעלות השורש



במרבית המקרים יש שילוב של ההצרות ולא הצרות בודדת אחת!

פתופיזיולוגיה



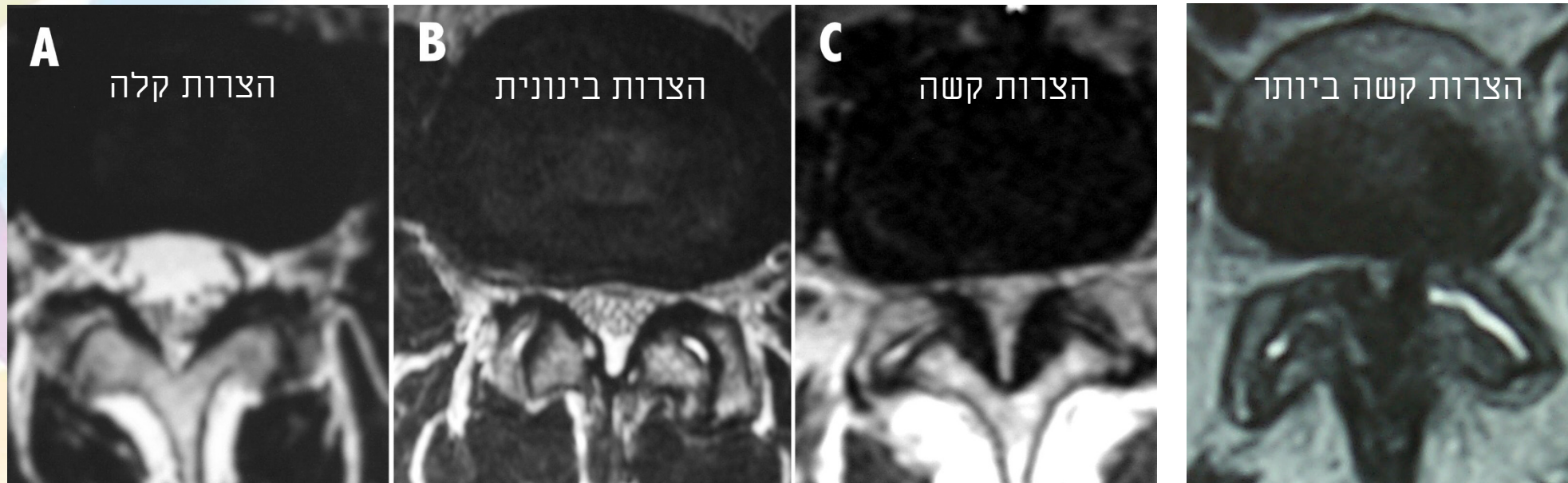
- "תלת רגליים" - דיסק ומפרקים פצטאריים שינויי באחד יגרום לשינוי כולם.

- מרכיב גנטי

- שחיקה ניוונית של הדיסק המביא להתעבות המיפרקים הפצטאריים והליגמנטום פלוום

Qualitative Grading of Severity of Lumbar Spinal
Stenosis Based on the Morphology of the Dural Sac on
Magnetic Resonance Images

הגדרה התדמיתית – T₂ MRI AXIAL CUTTS



שורשים תופסים פחות
מ 50% מהנפח של
השק

שורשים תופסים יותר
מ 50% מנפח השק –
עדיין מעט נוזל

אין נוזל ספינאלי

אין שומן אפיידוראלי

מטופלים עם הצרות קשה או קשה ביותר ככל הנראה לא ייהנו מטיפול שמרני !

שימו לב כי אין הפרדה ברורה בין הצרות מרכזית ושל הרצס הלטראלי !



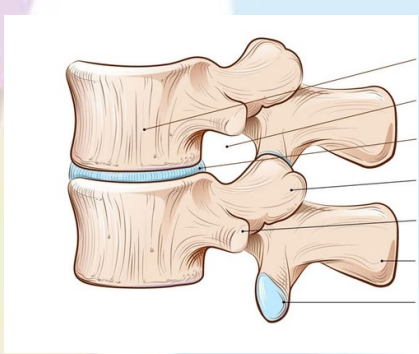
איבחון – צילומי רנטגן



מראים את המצב הניווני, אך לא מראים את מידת ההיצרות.

צילומים דינמיים על מנת לראות חוסר יציבות (הבדל בין ניתוח להרחבת התעלה עם או בלי קיבוע)

תמיד צילומים בעמידה ולא בשכיבה!!!



אבחון - CT

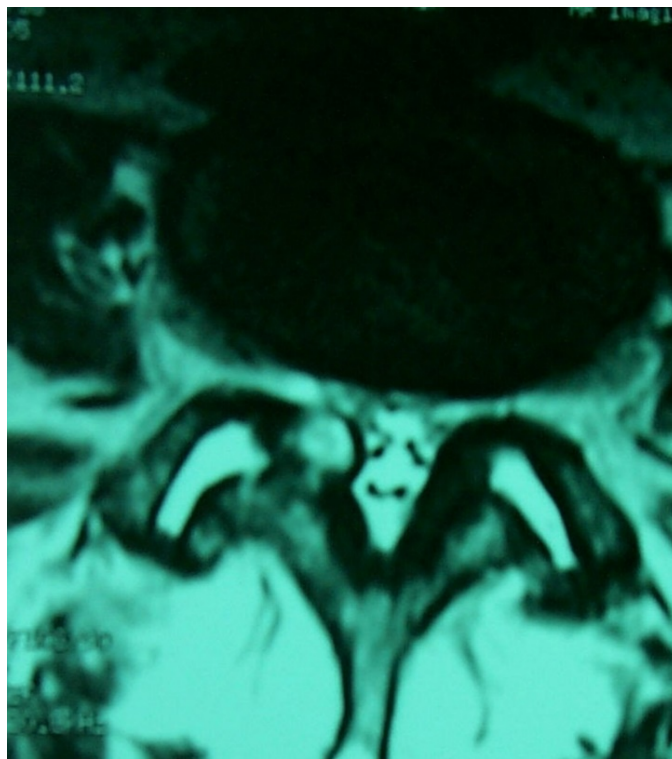
- חשוב על מנת לראות את המורפולוגיה של העצם בעיקר של המיפרקים הפצטאריים
- Bolender et al. 1985 - הצרות הקטנה מ 10 ממ' יוצרת סימפטומים קליניים



אבחון – MRI

GOLD STANDARD •

• במידת האפשר לא לבצע ניתוח מבלי לבצע בדיקה זו !



EMG+NCS

- הבדיקה כמיעט ואיננה נחוצה לביצוע
- חשיבות בהבדלה בין רדיקולופטיה לנוירופטיה בעיקר בחולי סכרת.

מהלך הטבעי של המחלה

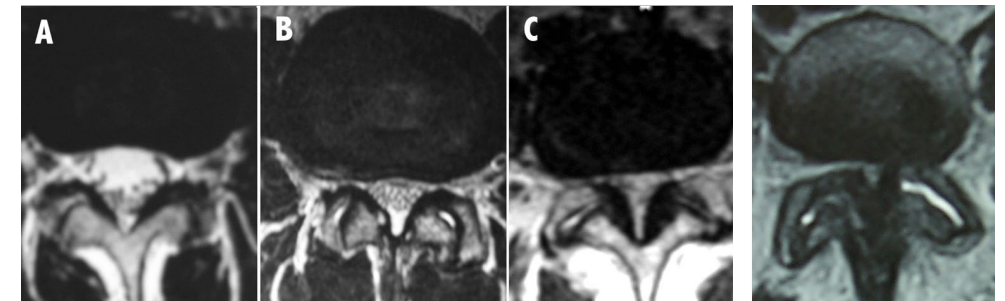
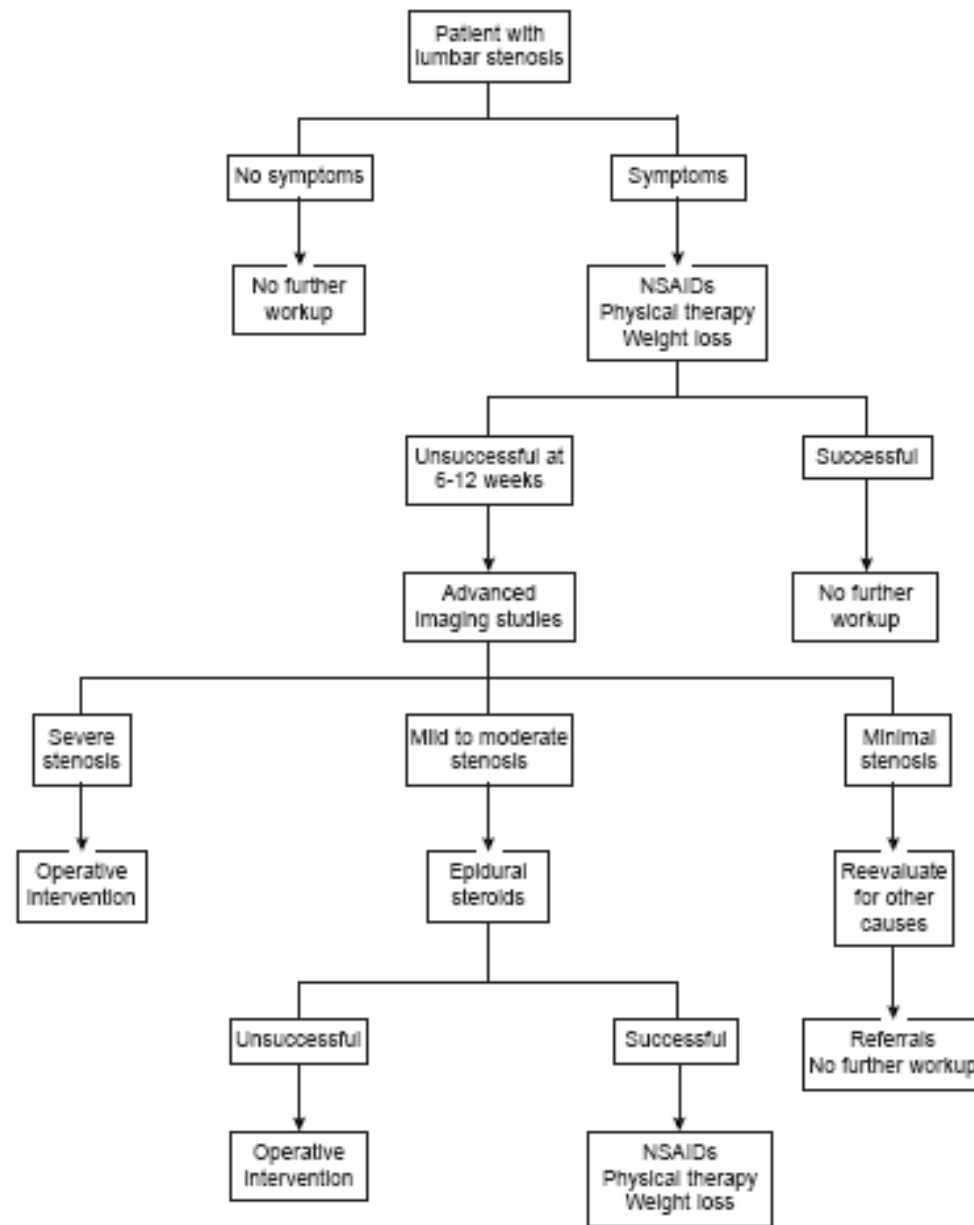
התדרדרות איטית - התדרדרות מהירה נדירה מאוד. קושי בנידות וכאבים הקורנים לגפיים תחתונות. (אין סכנה "לשיתוק")

• Johnsson et al. 1992. (מעקב של 4 שנים)

- 15% שיפור
- 70% ללא שינוי
- 15% החמרה

מפני שמרבית המטופלים פונים אלינו מכיוון שאיכות החיים שלהם ירודה
נוכל לומר שאינם צפויים להשתפר ואולי אף להתדרדר – טיפול ניתוחי

אלגוריתם טיפול



טיפול שמרני

טיפול ניתוחי

הזרקות אפידוראליות - סטרואידים

- Rosen et al. אולי הטבה חלקית

Temporary relief of radicular pain in 50% of patients, with less than 25% showing any lasting effect

- Cuckler et al. ללא כל השפעה

Failed to establish any efficacy of injecting methylprednisolone acetate over physiologic saline)

מפני שהפתולוגיה כרונית - אין תהליך דלקתי
חריף ולכן ללא הטבה בזריקות סטרואידים (וזאת
לעומת פריצות דיסק עם מרכיב דלקתי ברור)



טיפול ניתוחי

מטרה - הורדת לחץ מהשק והעצבים

במידת הצורך ייצוב

• הטויה:

- ירידה מתמשכת באיכות החיים בשל קושי בנידות או כאב
- התדרדרות נוירולוגית

תוצאות ניתוחיות ?

תוצאות מצוינות!

80-90% מהמקרים יש שיפור בטווחי הליכה, הליכה זקופה יותר,
פחות הקרנה לגפיים תחתונות

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

APRIL 14, 2016

VOL. 374 NO. 15

בבקשה לזכור !

A Randomized, Controlled Trial of Fusion Surgery
for Lumbar Spinal Stenosis

RESULTS

There was no significant difference between the groups in the mean score on the ODI at 2 years (21 in the fusion group and 24 in the decompression-alone group, $P=0.24$) or in the results of the 6-minute walk test (397 m in the fusion group and 405 m in the decompression-alone group, $P=0.72$). Results were similar between patients with and those without spondylolisthesis. Among the patients who had 5 years of follow-up and were eligible for inclusion in the 5-year analysis, there were no significant differences between the groups in clinical outcomes at 5 years. The mean length of hospitalization was 7.4 days in the fusion group and 4.1 days in the decompression-alone group ($P<0.001$). Operating time was longer, the amount of bleeding was greater, and surgical costs were higher in the fusion group than in the decompression-alone group. During a mean follow-up of 6.5 years, additional lumbar spine surgery was performed in 22% of the patients in the fusion group and in 21% of those in the decompression-alone group.

CONCLUSIONS

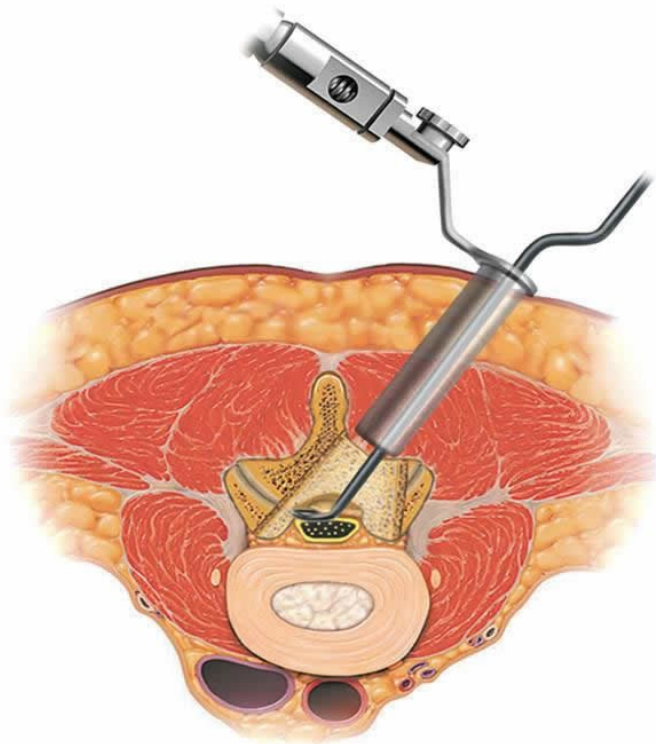
Among patients with lumbar spinal stenosis, with or without degenerative spondylolisthesis, decompression surgery plus fusion surgery did not result in better clinical outcomes at 2 years and 5 years than did decompression surgery alone. (Funded by an Uppsala institu-

Fusion not justified in the
absence of
radiographically proven
instability.

שיטות ניתוח זעיר פולשניות

הרחבת התעלה בעזרת מערכת צינורות "חור מפתח" - בילטרלי

- מערכת צינורות כמו בניתוחים לפריצת דיסק
- 96% תוצאות טובות ומצוינות במעקב של 4 שנים
- ללא החמרת החלקה גם במיקרים של ספונדילוליסטזיס



אין פגיעה באלמנטים מרכזיים - SP ורצועות

"Over the Top Decompression" - יונילטרלי

לסיכום

- תוצאות ניתוחיות טובות יותר מאשר טיפול שמרני
- התוצאות הטובות נשארות לזמן ממושך
- טיפולים שמרניים בהצרויות קשות כמעט ולא יעילים
- ניתוח מוקדם עדיף על מאוחר (בקושי תפקודי גדול גם החזרה לרמת בסיס קשה יותר)
- זריקות סטרואידים כימעט ולא יעילות
- במספר הצרויות ניתן לנתח מספר גבהים ללא חשש

תודה רבה !!!

