انفتاق النواة اللبية القطنية
Lumbar Herniation

الأستاذ الدكتور سعد سليمان حائز على دكتوراه في الجراحة العصبية.

يحصل انفتاق النواة اللبية في المستوى ق4 - ق5 والمستوى ق5 - ع1، بنسبة 92% من مجموع فتوق النواة اللبية القطنية. تشكل فتوق المستويات الأخرى (وبخاصة ق2 - ق3 و ق3 - ق4) نسبة 8%.

نسبة الحدوث حسب الجنس، أعلى في الذكور 60% مقابل 40% منها في الاناث. كما أن ذروة الحدوث، حسب العمر بالسنوات، هي بين سن 30 - 50.

تعد المنطقة القطنية من أكثر مناطق العمود الفقري تعرضاً للجهد والحركة، وبالتالي فإن إصابتها بفتق النواة اللبية أعلى من المناطق الأخرى (الشكل رقم 1).



الشكل رقم 1: آلية تأثير الجهد على الناحية القطنية.

الأعراض والعلامات:

تختلف الصورة السريرية في انفتاق النواة اللبية في الناحية القطنية، حسب اتجاهه: إلى الجانب فينضغط الجذر العصبي المار تحت مستوى الفتق قرب ثقبة الاتصال ويحدث الألم كعرض أساسي، وتتبعه الأعراض الأخرى. أو إلى الخط المتوسط فينضغط ذيل الفرس أو نهاية النخاع ويحدث الخزل النصفي السفلي واضطراب المصرتين كعرض أساسي، وتتبعها الأعراض الأخرى. وفي بعض الحالات يكون الانفتاق على الخط المتوسط (انفتاق مركزي)، وعندها يشكو المريض من العرج المتقطع كما هو الحال عند متلازمة ذيل الفرس.

متلازمة ذيل الفرس: حالة نادرة، ولكنها حالة اسعافية وسببها هو حدوث انفتاق غضروفي كبير داخل القناة الفقرية (مركزي) مما يؤدي الى الضغط على مجموعة الأعصاب الموجودة عند نهاية الحبل الشوكي (المسماة ذيل الفرس) عوضاً عن الضغط على عصب واحد كما هو العادة. وهذا يسبب آلام أسفل الظهر بالإضافة إلى اضطرابات في وظيفة الأمعاء والمثانة أي يحدث لديه اضطراب بالمصرات (حبس البول)، وخدر في منطقة 'الشرج' (حول فتحة الشرج)، وضعف في أحد الساقين أو كليهما مع عرج. هذا يحتاج إلى علاج جراحي فوري للحفاظ على الأعصاب التي تعصب المثانة والأمعاء خوفاً من أن يسبب ذلك اضطرابات دائمة في وظائف التبول والتغوط وحتى الوظيفة الجنسية (الانتصاب).

1- الألم:

يحدث الألم في 90% من الحالات كعرض أول. يشكو المريض عادة من ألم فجائي شديد جداً يبقى محصوراً في أسفل الظهر (المنطقة القطنية)، أو يتشارك مع ألم جذري منتشر رامح إلى أحد الطرفين السفليين، عقب رفع شيء ثقيل مباشرة ، أو بعد رض على الظهر، ، حيث يمنع المريض من القيام بأي حركة مهما كانت بسيطة (الشكلان رقم 2 و 3). يزداد الألم بالجلوس والوقوف ويخف نسبياً حين الاضطجاع، كما يزداد بالسعال والعطاس. يلجأ بعض المرضى إلى اتخاذ وضعيات غير مألوفة لتخفيف ألمهم. يكون الألم مستمراً أو يأتي بنوب اشتدادية.



الشكل رقم 2: ألم في المنطقة القطنية عند فتق النواة اللبية.



الشكل رقم 3: ألم جذري منتشر رامح في الطرف السفلي الأيسر عند انفتاق النواة اللبية القطنية.

في الفحص السريري نتحرى ما يلي:

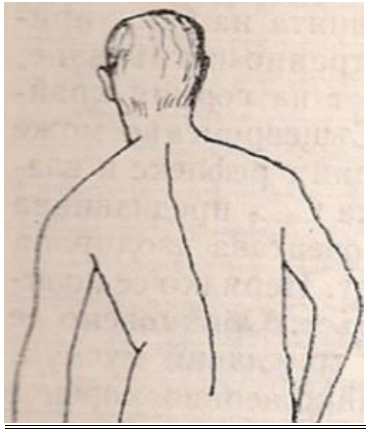
لنأخذ مثال على مريض لديه ألم في أسفل الظهر ناتج عن فتق نواة لبية في المنطقة القطنية أو القطنية - العجزية (ديسك) عند الفحص السريري يعاني من:

1- ألم عند جس (أو القرع على) النواتئ الشوكية القطنية.

2- يترافق الألم مع **تقفع (تشنج) Spasm** في العضلات حول العمود الفقري في الناحية القطنية.

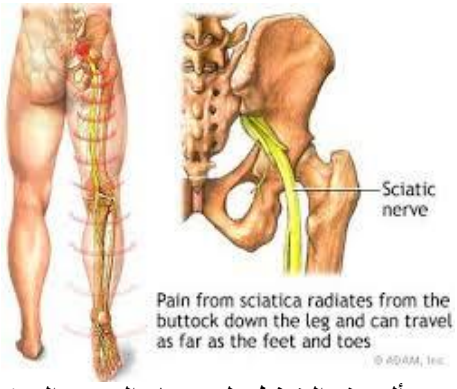
3- **جنف (Scoliosis)** في العمود الفقري لاضطرار المريض اتخاذ الوضعية التي تخفف من شدة الألم، وذلك بحدوث انثناء جانبي في العمود القطني (الشكل رقم 4).

ملاحظة: الجنف يكون لجهة الإصابة (المريض ينحني نحو الجهة المريضة - نحو الطرف السفلي المصاب) في حال كان فتق النواة اللبية في المستوى القطني الخامس- العجزي الأول. ويكون الجنف عكس جهة الاصابة (المريض ينحني نحو الجهة السليمة) في حال كون فتق النواة اللبية في المستوى القطني الرابع- القطني الخامس.



الشكل رقم 4: إنثناء جانبي في العمود القطني عند فتق النواة اللبية للتخفيف من شدة الألم.

4- إثارة الألم بضغط العصب الوركي على مسيره في: المفصل العجزي الحرقفي، الثلمة الوركية، الميزابة خلف المدور، منتصف الفخذ، الحفرة المأبضية، منتصف الساق ورأس الشظية، خلف الكعب الوحشي وهذا ما يسمى **بنقاط فاليكس** (الشكل رقم 5).



الشكل رقم 5: ألم عند الضغط على مسار العصب الوركي الأيمن.

5- ألم عند رفع الطرف السفلي المبسوط: في الحالة الطبيعية يستطيع الشخص السليم أن يرفع طرفه المبسوط حتى 90 درجة أو أكثر دون ألم، أما الشخص المريض فلا يستطيع رفع طرفه المصاب عن السرير لأكثر من30 -40 درجة، وفي بعض الحالات لايستيطيع رفعه أبداً أو يرفعه لحوالي 10 - 15 درجة وهذا مايسمى بالألم عند تمطيط /إطالة/ العصب الوركي أو **علامة لازيك** (الشكل رقم 6).



الشكل رقم 6: ألم وتحدد في رفع الطرف السفلي الأيسر عن السرير عند فتق النواة اللبية.

6- محاولة المريض عطف الساق في الطرف المصاب عند الوقوف والمشي وحتى عند رفعه، والطرف كله بحالة الاستدارة الوحشية، وعدم المحافظة عليه في حالة بسط لتخفيف الألم ومنع إطالة العصب تدعى **بعلامة زناد البندقية**.

7- عند رفع الطرف السليم ألم في الطرف المصاب وهي ما تدعى **بعلامة المرآة Mirror.**

2- الحس:

يحدث تشوش الحس في 5% من الحالات كعرض مبكر أو مرافق للأعراض الأخرى. وتزداد نسبته مع تقدم المرض حتى يصل إلى نسبة 50%، يشكو المريض من حس الخدر بخاصة على الوجه الأنسي، أو الأمامي أو الوحشي للساق، ينتشر إلى ظهر القدم أو الأصابع حسب الجذر المضغوط.

3- المنعكسات:

تخف أو تغيب المنعكسات الوترية بنسبة 50%، بخاصة المنعكس الدابري (العرقوبي)، ويتبع ذلك مستوى الجذر العصبي المصاب.

4- العضلات:

تصاب العضلات في الطرف السفلي المصاب بالضعف والضمور بنسبة 25% من الحالات. وهذا يتم بصورة متأخرة مع تقدم سير المرض.

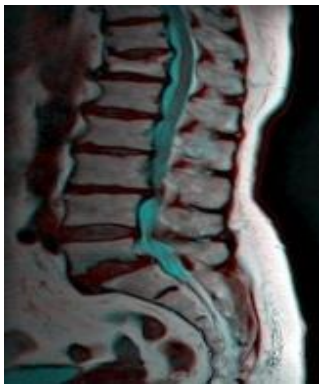
التشخيص والإنذار والعلاج

1- التشخيص:

القصة المرضية واضحة في معظم الأحيان (رفع شيء ثقيل، رضاً ما). يؤيد الفحص السريري الانضغاط الجذري، والموجودات الخاصة بكل مستوى بين الفقرات ممكنة التمييز غالباً. صفة هجوع الأعراض واشتدادها عبر الشهور واضحة أيضاً وبعض المرضى يشكون من العرج المتقطع.

المسافة القطنية الثالثة (الجذر القطني الرابع) ق3- ق4:

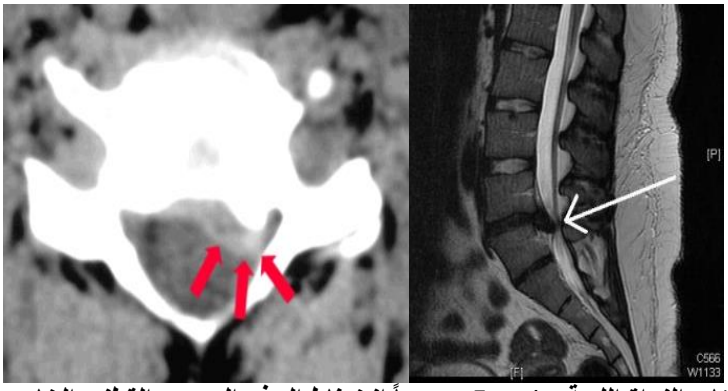
ألم محدث بقرع السنسنة القطنية الثالثة، المنعكس الداغصي متناقص أو غائب، ضعف العضلة مربعة الرؤوس الفخذية، نقص الحس على الوجه الأنسي للساق والقدم (الشكل رقم 7).



الشكل رقم 7: انفتاق النواة اللبية ق3- ق4، مسبباً إنضغاط الجذر العصبي القطني الرابع. تصوير الرنين المغناطيسي.

المسافة القطنية الرابعة (الجذر القطني الخامس) ق4- ق5:

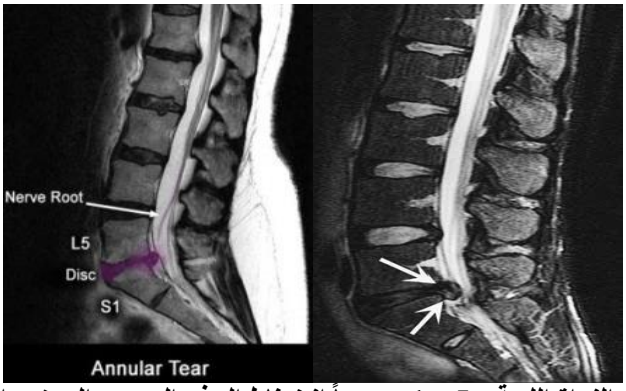
ألم محدث بقرع السنسنة القطنية الرابعة، قد يتناقص المنعكس الدابري في بعض الحالات، ضعف بسط الإبهام وعنق القدم، يجد المريض صعوبة في المشي على العقب، نقص الحس على الوجه الأمامي للساق وإبهام القدم (الشكل رقم 8).



الشكل رقم 8: انفتاق النواة اللبية ق4- ق5، مسبباً انضغاط الجذر العصبي القطني الخامس (تصوير الطبقي المحوري المحوسب، تصوير الرنين المغناطيسي).

المسافة القطنية الخامسة (الجذر العجزي الأول) ق5- ع1:

ألم محدث بقرع السنسنة القطنية الخامسة، المنعكس الدابري متناقص أو غائب (يغيب في 90% من الحالات)، ضعف في عطف القدم، يجد المريض صعوبة في المشي على رؤوس الأصابع، نقص الحس على الوجه الوحشي للساق والقدم والأصابع الثالث والرابع والخامس (الشكل رقم 9).



الشكل رقم 9: انفتاق النواة اللبية ق5-ع1، مسبباً انضغاط الجذر العصبي العجزي الأول. تصوير الرنين المغناطيسي.

في الجدول رقم 1 نلخص جميع الاضطرابات التي يمكن مشاهدتها عند فتوق النواة اللبية على المستويات:

ق3 - ق4، ق4 - ق5 و ق5 – ع1.

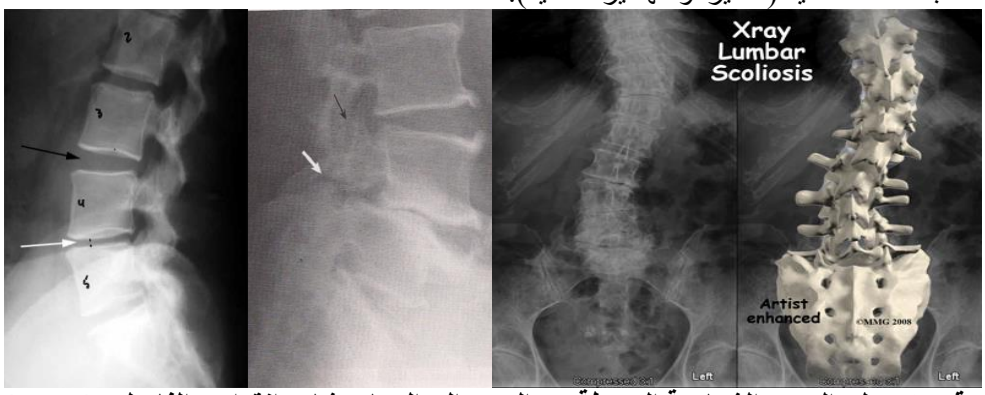
	فتق النواة اللبية في المستوى L3-L4	فتق النواة اللبية في المستوى L4-L5	فتق النواة اللبية في المستوى L5-S1
المنعكسات المتأثرة	**المنعكس الدابري (العرقوبي) طبيعي. نقص أو اختفاء المنعكس الداغصي.**	**قد ينقص المنعكس العرقوبي.**	**قد ينقص المنعكس العرقوبي أو يغيب في أغلب الحالات.**
العضلات المتأثرة	**ضعف في العضلة مربعة الرؤوس الفخذية.**		

منطقة الحس المصابة	نقص الحس على الوجه الأنسي للساق والقدم.	فقد أو نقص الحس على الوجه الأمامي للساق المصابة وسطح القدم ويصل لمستوى الإبهام.	فقد أو نقص الحس على الوجه الوحشي للساق والقدم والأصابع الثالث والرابع والخامس.
إنعكاس الإصابة على الأداء الحركي		لا يستطيع المريض السير على العقب. ضعف في بسط الإبهام وعنق القدم.	لا يستطيع االمريض لسير على رؤوس الأصابع. ضعف في عطف القدم.
موجودات الفحص السريري النوعية لهذا المستوى من الإصابة	ألم عند القرع على السنسنة 3.	ألم عند القرع على السنسنة 4.	ألم عند القرع على السنسنة 5.

جدول رقم 1: الاضطرابات التي يمكن مشاهدتها عند فتوق النواة اللبية على المستويات: ق3 – ق4، ق4 – ق5 و ق5 – ع1.

قد تظهر الصور الشعاعية البسيطة للناحية القطنية العجزية أمامية خلفية وجانبية عادة بعض التغيرات التي تدل على انفتاق النواة اللبية (الشكل رقم 10):

1- انقراص المسافة بين جسمي الفقرتين.
2- غياب الانحناء الفيزيولوجي الطبيعي للعمود القطني (تقوم العمود الفقري) بسبب التشنج العضلي.
3- الجنف.
4- التبدلات المفصلية (مناقير أو مهاميز عظمية).

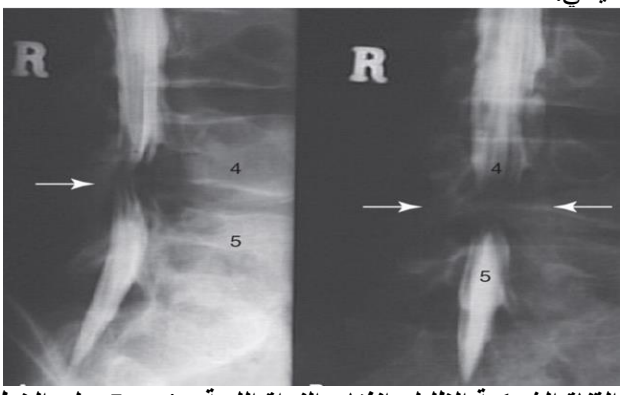


الشكل رقم 10: على الصور الشعاعية البسيطة من اليمين إلى اليسار يشاهد انقراص الفاصل ق4- ق5 /صورة شعاعية جانبية بسيطة للعمود القطني - العجزي/، انزلاق الفقرة القطنية الخامسة للخلف مقابل الرابعة مع تبدلات تنكسية تتجلى بمناقير عظمية كبيرة /صورة شعاعية جانبية بسيطة للعمود القطني - العجزي/ وجنف شديد الدرجة مع غياب الانحناء الفيزيولوجي الطبيعي للعمود الفقري /صورة شعاعية أمامية خلفية للعمود القطني - العجزي/.

لا يمكن الاعتماد على الصور الشعاعية البسيطة في التشخيص، إذ أن نحو 35% من المرضى المصابين بانفتاق النواة اللبية، تكون صورهم الشعاعية البسيطة من دون تغيرات.

أما تصوير النخاع بعد حقن المادة الظليلة بالطريق القطني فإنه مفيد في تشخيص انفتاق النواة اللبية ويبين مستوى الانفتاق أو الانفتاقات إذا كانت متعددة. يشاهد انطباع على العمود الظليل، مختلف الحجم والشكل حسب

الحالة (الشكل رقم 11). وقد فقد تصوير النخاع الظليل أهميته البالغة بعد ظهور التصوير الطبقي المحوري المحوسب والرنين المغناطيسي.



الشكل رقم 11: تصوير القناة الشوكية الظليل. انفتاق النواة اللبية ق4- ق5 على الخط المتوسط، منظر أمامي خلفي وجانبي.

ويفيد التصوير الطبقي المحوري المحوسب (CT Scan) في تشخيص انفتاق النواة اللبية، إذا أجريت مقاطع رقيقة بدقة للفواصل المطلوبة، وكذلك تصوير الرنين المغناطيسي (MRI). كما في الشكل رقم 11 السابق.

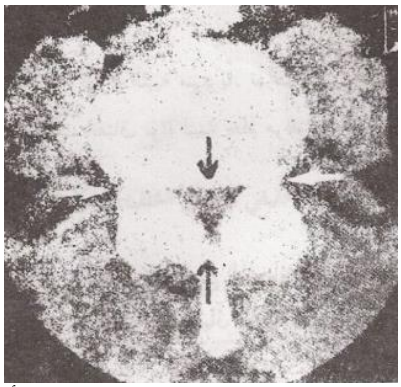
التشخيص التفريقي لانفتاق النواة اللبية القطنية

أولاً- تضيق القناة الفقرية: Spinal Canal Stenosis

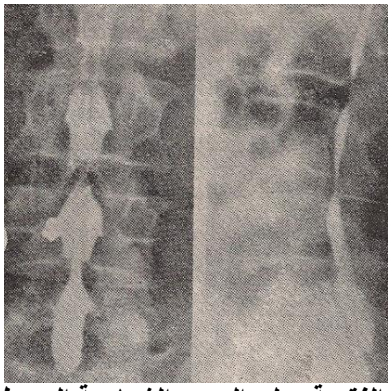
إن إجهاد العمود الفقري بحركات دورانية متكررة تؤثر في السطوح المفصلية الجانبية للفقرات، والرضوض الضاغطة البسيطة المتكررة تؤثر في المسافات بين الفقرات مما يؤدي إلى حدوث التبدلات التنكسية: تشكل نابتة عظمية (Osteophyte) حول جسم الفقرة وسطوحها المفصلية الجانبية مما يؤدي إلى ضخامتها، تآكل الغضروف المفصلي وتهدمه التدريجي مع ارتخاء الحلقة الليفية مما يؤدي إلى انقراض المسافة بين الفقرية، ثخانة تنكسية في الأربطة المختلفة حول الفقرة والثقب بين الفقرية.

تبدأ التبدلات التنكسية في المسافات الأخيرة للعمود القطني لكثرة تعرضها للجهد، ثم تنتشر على مستويات متعددة. يحدث انضغاط الجذور العصبية لذيل الفرس حيث يشكو المريض من آلام جذرية وألم قطني مع انتشار للطرفين السفليين يزداد بالمشي حيث يجبر المريض على الراحة لفترة ثوان يستطيع بعدها الاستمرار في المشي لمسافة أخرى وتتناقص هذه المسافة تدريجياً وتدعى هذه الحالة العرج المتقطع العصبي (Neural Intermittent Claudication) وتختلف عن العرج المتقطع الوعائي بوجود النبض في الشرايين المحيطية وزوال الألم بالراحة.

يعتمد تشخيص تضيق القناة الفقرية على الصورة السريرية الوصفية بالشكوى المعممة في الطرفين السفليين وعدم وجود توزع جذري صريح، وتظهر التبدلات التنكسية في الصورة البسيطة للفقرات، وتظهر انطباعات متعددة تشبه السبحة في تصوير النخاع، ويظهر التصوير الطبقي المحوري المحوسب التضيق بوضوح (الشكلان رقم 12 و 13).



الشكل رقم 12: التصوير الطبقي المحوري المحوسب. يشير السهمان الأسودان إلى نقص المسافة الأمامية الخلفية للقناة الفقرية، ويشير السهمان الأبيضان إلى ضيق ثقبة مخرج الجذر العصبي في تضيق القناة الفقرية.



الشكل رقم 13: يظهر تضيق القناة الفقرية. على الصور الشعاعية البسيطة (جانبية وأمامية) - التضيق على عدة مستويات/السبحة/.

إن علاج تضيق القناة الفقرية صعب ولا يعطي نتائج ملموسة، بسبب تعدد المسافات المصابة. تخزع الصفيحات الفقرية بكاملها وتوسع الثقب بين الفقرات باستئصال السطوح المفصلية الجانبية المتضخمة بشكل جزئي لتخفيف الضغط عن الجذور العصبية.

ثانياً- التهاب الفقار اللاصق: Ankylosing Spondilitis

يتميز بألم أسفل الظهر مع انتشاره إلى الطرف السفلي أو الطرفين. يبدأ بالتدرج وليس فجأة، ويزداد مع الزمن دون نوبات هجوع واشتداد، يظهر في الصورة الشعاعية البسيطة التهاب أو تكثف المفصل العجزي الحرقفي باكراً ويزداد حتى يشمل المفاصل الفقرية.

ثالثاً- التهاب العظام والمفاصل: Osteoarthritis

تتكون مهاميز (Spurs) في الفقرات، وحول الثقوب الفقرية. يتميز بألم أسفل الظهر مع انضغاط جذري بشكل مترق. وفي معظم الأحيان يترافق التهاب المفاصل الفقرية مع التهابات المفاصل الأخرى في الجسم (الشكل رقم 14).



الشكل رقم 14: صورة شعاعية بسيطة لأصابع اليد تظهر التهاب مفاصل نموذجي مع تصلب مفصلي ومناقير عظمية.

رابعاً- الرض: Trauma

يسبب رض العمود الفقري وكسوره أو كسور الحوض، ألماً في أسفل الظهر والحوض مع ألم جذري يصعب تمييزه عن انفتاق النواة اللبية سريرياً. تدعم الصور الشعاعية التشخيص الصحيح، ويمكن في بعض الأحيان حدوث انفتاق نواة لبية حاد مرافق للرضوض.

خامساً- الأورام: Tumors

الأورام البدئية في الفقرات أو النخاع (خارج السحايا وداخلها) والأورام الانتقالية، تقلد أعراض انفتاق النواة اللبية. يمكن تمييز الأورام عن انفتاق النواة اللبية بأن الألم يزداد بالراحة ويخف بالحركة، والعلامات العصبية أكثر اتساعاً وشمولاً، وتقلص العضلات القطنية الشديد وحدوث القعس (تقعر القطن) أو الجنف أقل مشاهدة.

تدعم الصور الشعاعية التشخيص بإظهار تخرب عظمي أحياناً، ووجود حصر مختلف الشدة في الصور الظليلة، وتبدلات في التصوير الطبقي المحوري المحوسب والرنين المغناطيسي.

سادساً- الشذوذات: Anomalies

الشذوذات في العمود الفقري، كالتعجز (التحام الفقرة القطنية الخامسة مع الفقرة العجزية الأولى) والتقطن (عدم التحام الفقرة العجزية الأولى مع الثانية، وبالتالي حدوث تمفصل إضافي وكأنها فقرة قطنية زائدة)، قد تسبب ألماً في أسفل الظهر ولكنها لا تحدث ألماً جذرياً. وفي الانزلاق الفقري الحقيقي (Spondylolisthesis) يحدث ألم في الناحية القطنية قد يرافقه ألم جذري وعندئذ يرجح أن انفتاق النواة اللبية يرافق الانزلاق (الشكل رقم 15). ويعالج الانزلاق بارتداء مشد طبي قطني مدعم (Corset) أثناء الحركة والعمل، وإذا لم يتحسن ألم أسفل الظهر فيمكن إجراء عملية إيثاق عظمي لتثبيت الفقرة المنزلقة مع الفقرات المجاورة. أما الشوك المشقوق الخفي فلا يترافق بأعراض جذرية أو قطنية في معظم الأحيان.

يمكن بسهولة تمييز هذه الحالات من الشذوذات بالتصوير الشعاعي البسيط.



الشكل رقم 15: انزلاق فقري حقيقي ق5 إلى الخلف، عمود قطني، منظر جانبي.

سابعاً- التهاب العصب الوركي البدئي: Primary Sciatic Neuritis

هو مرض نادر الحدوث بشكل مستقل، كما كان يعد سابقاً (عرق النسا Sciatica). وإن الأعراض المشاهدة هي بسبب انفتاق النواة اللبية في معظم الحالات.

ثامناً- الخمج: Infection

بخاصة السلي، قد يبدأ في القرص بين الفقرات دون علامة شعاعية عظمية وبخاصة باكراً. تظهر أعراض مشابهة تماماً لانفتاق النواة اللبية وتعرف حقيقة التشخيص في أثناء العملية الجراحية. وفي حالات نادرة يحدث تخرب في جسم الفقرة ويتشكل خراج بارد سلي يظهر بشكل المغزل حول الفقرة المصابة في الصورة الشعاعية البسيطة. وتعالج هذه الحالة عادة بالأدوية المضادة للسل والراحة ونادراً ما يلجأ لعملية خزع الصفيحات الفقرية. وفي بلادنا تشاهد الحمى المالطية، ومن أهم مظاهرها آلام ظهر وانتشارات جذرية مبهمة ويكون اختبار رايت إيجابياً في الدم والمعالجة دوائية ونادراً جراحية.

2- الإنذار:Prognosis

إن إنذار انفتاق النواة اللبية جيد عند الوقاية والعلاج في الوقت المناسب.

3- العلاج:

هناك طرق كثيرة ومتنوعة في معالجة انفتاق النواة اللبية القطنية. وعموماً فالعلاج محافظ أو جراحي والنتائج جيدة.

أولاً- العلاج المحافظ :Conservative Treatment

يطبق هذا العلاج في بداية المرض دائماً، إلا إذا كان هناك استطباب جراحي واضح غير قابل للتأجيل.

الراحة التامة على سرير معتدل القساوة (منعاً لتزوي العمود الفقري ولبسط العضلات حوله) هي الأهم. يستطيع المريض أن يتقلب كيف يشاء، وليس من الضروري الاستلقاء على الظهر أو جانب معين، بل يستلقي المريض حسب الوضعية التي تريحه. في الحالات الحادة لا يسمح للمريض بمغادرة فراشه ويقضي حوائجه ويتناول الطعام مستلقياً. تمتد فترة الراحة من 3 إلى 6 أسابيع ويسمح للمريض بالحركة بشكل تدريجي مع تحسن الأعراض.

يعطى المريض المسكنات مثل: باراسيتامول، ديكلوفيناك الصوديوم،..... ، والمركنات مثل: Diazepam، Dormicum، ..... ، كعلاج مساعد للراحة، ولا ضرورة لاستعمال الفيتامينات بشكل واسع كما هو شائع.

إن الراحة والمسكنات الدوائية ذات فائدة كبيرة عند معظم المرضى، ولا يعني ذلك شفاء المريض بل المساعدة على هجوع المرض.

وفي بعض الحالات المنتخبة (انفتاق صغير وألم بلا إصابة حسية أو حركية) يمكن حقن مستحضر خميرة كيموباباين (Chymopapain) مباشرة في النواة اللبية تحت التخدير الموضعي والتنظير الشعاعي لتذويب النواة، ويخشى من حدوث أذية عصبية إذا تجاوزت الخميرة المحقونة هدفها. وهذه الطريقة ليست بديلاً عن العلاج الجراحي، واستعمالها نادر في الوقت الحاضر.

ثانياً- العلاج الجراحي: Surgical Treatment

يطبق هذا العلاج عند الحالات الآتية:

إذا لم يستفد المريض على العلاج المحافظ خلال فترة أقصاها 3 أشهر، وإذا كانت معاودة المرض كثيرة تمنع المريض من كسب رزقه وتعطله عن القيام بأعماله المعتادة، وإذا كان الخدر وضعف العضل في الطرف السفلي غير قابلين للتحسن أو التراجع.

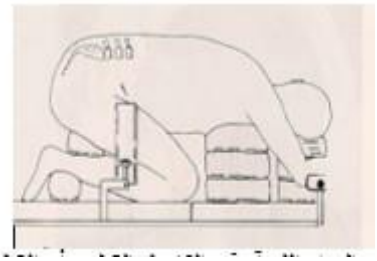
أما إذا كان هناك استطباب جراحي واضح غير قابل للتأجيل، يجب عندئذ البدء بالعلاج الجراحي فور التأكد من تشخيص انفتاق النواة اللبية، وعدم إضاعة الوقت باللجوء للعلاج المحافظ:

كالبدء الفجائي بخذل في الطرفين السفليين أو أحدهما، ضعف العضل في الطرفين السفليين أو أحدهما (من الأفضل قبل أن يحدث الضمور العضلي)، اضطراب وظيفة المصرتين، وضعية الانحناء الجانبي الدائم مع العلم أنه لا يوجد ألم شديد وذلك منعاً لتشوه العمود الفقري.

استمرار الألم الشديد الذي لا يهدأ بالمسكنات والذي يمنع المريض من القيام بأي حركة.

يطبق العلاج الجراحي، فيما عدا الحالات الفورية، بعد استنفاذ كل طريقة محافظة، مع شرح واف للمريض وذويه بضرورته وعدم خطورته، وفائدته التي تبلغ 85% في تحسين الأعراض وبخاصة الألم الجذري، مع تحسن بنسبة أقل في الألم القطني والضعف العضلي (في حوالي 60%). كما يجب إجراء العملية الجراحية في فترة اشتداد الأعراض حيث يقتنع المريض بإجرائها بصورة أفضل، وليس في فترة هجوع الأعراض حيث يظن المريض أنه شفي من مرضه ولا ضرورة للجراحة.

يوضع المريض في أثناء العملية الجراحية على بطنه، مع انعطاف خفيف في الناحية القطنية /وضعية السجود/ (الشكل رقم 16).

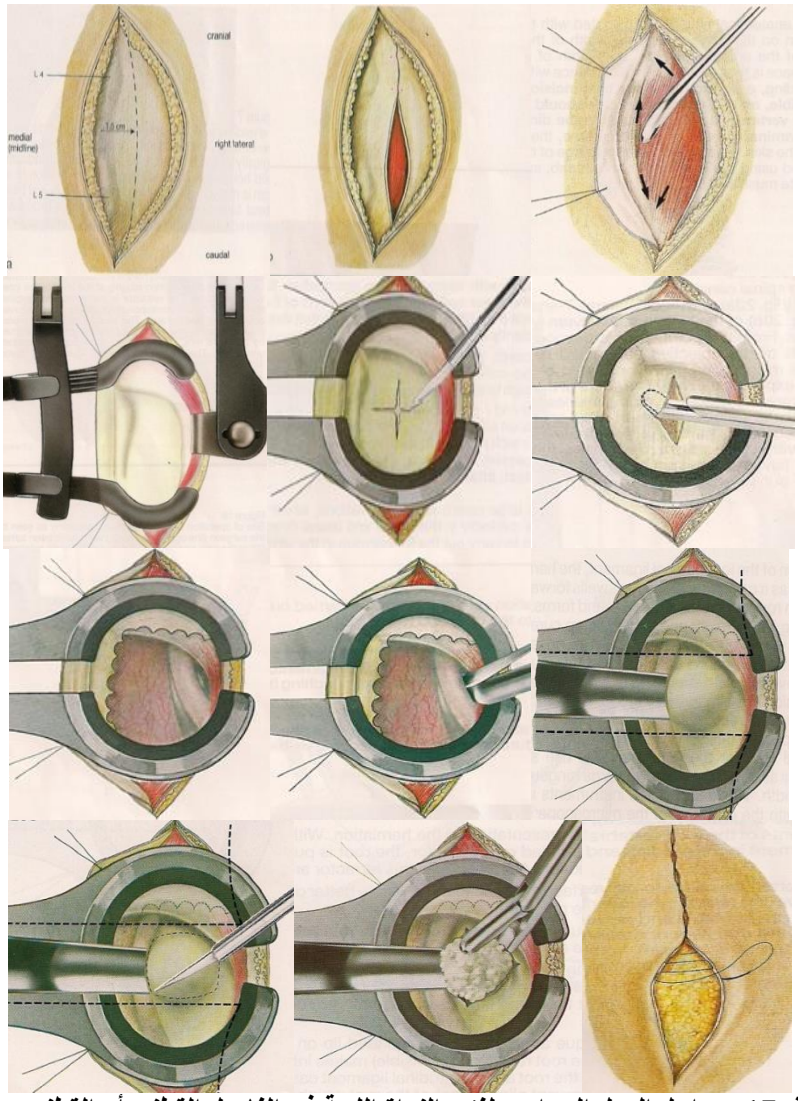


الشكل رقم 16: وضعية السجود عند استئصال فتق النواة اللبية في الفاصل القطني أو القطني - العجزي.

يجرى شق الجلد على الخط المتوسط أو بجانبه على بعد 1.5سم، وتسلخ العضلات بالميسم الكهربائي، حتى الوصول إلى صفيحتي الفقرتين العلوية والسفلية للقرص المريض في جانب الطرف السفلي المصاب.

عند الضرورة يجرى خزع قسمي (جزئي) للصفيحتين ثم تفتح نافذة صغيرة في الرباط الأصفر وتكشف السحايا والجذر العصبي المضغوط.

يجرى تبعيد الجذر العصبي، بعد تسليخه بدقة عن الرباط الطولاني الخلفي، ويشق هذا الرباط وتستأصل النواة اللبية المنفتقة، والحلقة الليفية القريبة منها، حتى يتم تحرير الجذر العصبي من الضغط الواقع عليه. وبعد الإرقاء الجيد، يغلق الجرح على طبقات (الشكل رقم 17).



الشكل رقم 17: مراحل العمل الجراحي لفتق النواة اللبية في الفاصل القطني أو القطني - العجزي.

يستطيع المريض التحرك من سريره في اليوم الثاني بعد العمل الجراحي، ويغادر المستشفى في اليوم الثالث. يمضي نقاهة لفترة شهر على الأكثر، يعود بعدها لمزاولة عمله.

الاختلاطات:Complications

اختلاطات العملية الجراحية قليلة وهي:

رض الجذر العصبي وما يتلوه من اضطراب الحس أو خزل عضلي عابر، تشكل كيسات عنكبوتية، تشكل التصاقات مؤلمة، تقيح الجرح، فضاء القرص المستأصل، نكس الأعراض والعلامات الجذرية بسبب عدم استئصال النواة اللبية التام، بقاء أو اشتداد ألم الظهر لعدم ثباته.

وفي حالات نادرة قد يحدث رض الأوعية والأحشاء أمام الفقرات بسبب عبور الأدوات الجراحية وثقبها المفاصل بين الأجسام الفقرية.

وفي حالات منتخبة من انفتاق النواة اللبية (انفتاق صغير جانبي) يمكن إجراء التداخل الجراحي باستعمال طريقة الجراحة المجهرية، وهي تتميز:

بصغر الشق الجلدي وقلة رض النسج الرخوة وبخاصة العضلات.

وفي حالات أخرى منتخبة، يمكن إدخال قنية موصولة بأنابيب Percutaneous Endoscopic Discectomy، وإتباع أسلوب التنظير بحيث يمكن "شفط" النواة اللبية بممص خاص. وهذه الطريقة محدودة الفائدة لصعوبة التحكم بالأجهزة المستعملة.

المراجع الرئيسية:

المراجع العربية:

1- الحكم عبد الولى، فواز أسعد، هشام بكداش، أمراض وسريريات الجراحة العصبية، منشورات جامعة دمشق، 2007- 2008.

2- سعد سليمان، ياسر السمان، الجراحة العصبية، منشورات جامعة البعث، 2015 – 2016.

المراجع الأجنبية:

References:

1. **Slipped Disk: Overview, National Library of Medicine, PubMed Health. Oct. 9, 2014. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072656/ .**
2. **Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, et al. Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations. AJNR American journal of neuroradiology. 2015;36(4):811-816. doi:10.3174/ajnr.A4173**

Lumbar Herniation

D-r Saad Ali Soleiman, Neurosurgery.