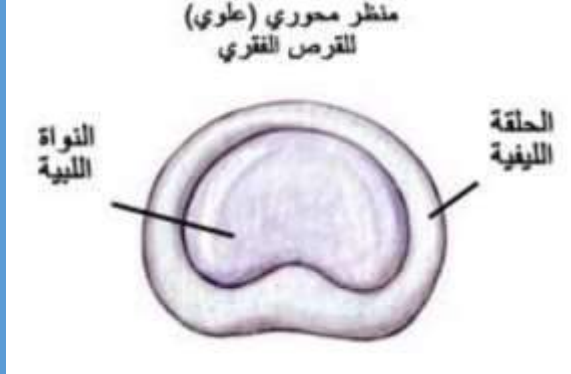


فتق النواة اللبية القطني

١

مقدمة تشريحية



بداية نستعرض تشريح القرص بين الفقرات يتألف الديسك (القرص) بين الفقرات من:

1- الحلقة الليفية

وهي عبارة عن 10-12 طبقة ليفية تكون سميكة وأكثر عدداً في مركز القرص الفقري وفي الجانبين ارق واقل عدداً (وهذا مايعرضها للانفتاق)

2- النواة اللبية

توجد بمركز الديسك وتكون سائلة عند الأطفال ومع تقدم العمر يطرأ عليها تنكس فتتقصر نسبة السوائل وتصبح صلبة اخذة لوناً اسوداً داكناً على الصورة الشعاعية

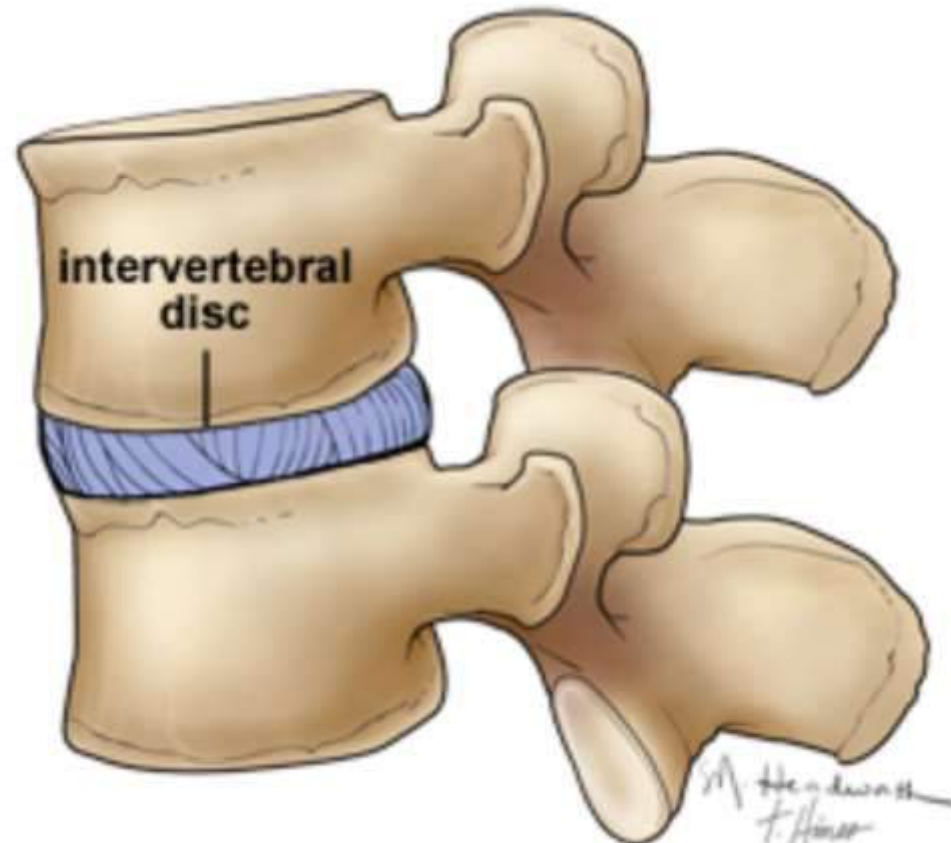
3- الصفيحة الغضروفية:

طبقة غضروفية تغطي الوجه العلوي والسفلي لكل فقرة.

4- الرباط الطولاني الخلفي:

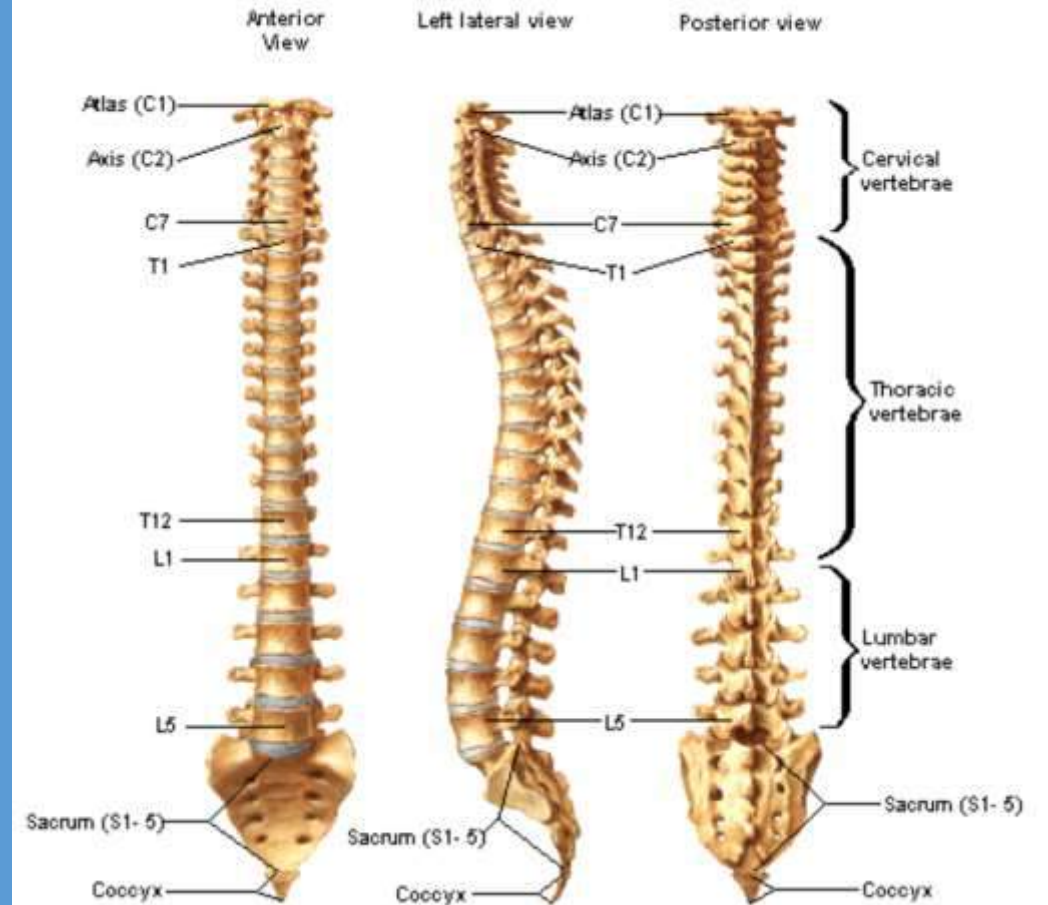
يغطي الوجه الخلفي لجسم الفقرة والغضروف المفصلي ويتوضع على الخط الناصف يعطي امتدادين للأيمن واليسر لتدعيم الحلقة الليفية.

5- الرباط الطولاني الأمامي



© Mayfield Clinic

Vertebral Column



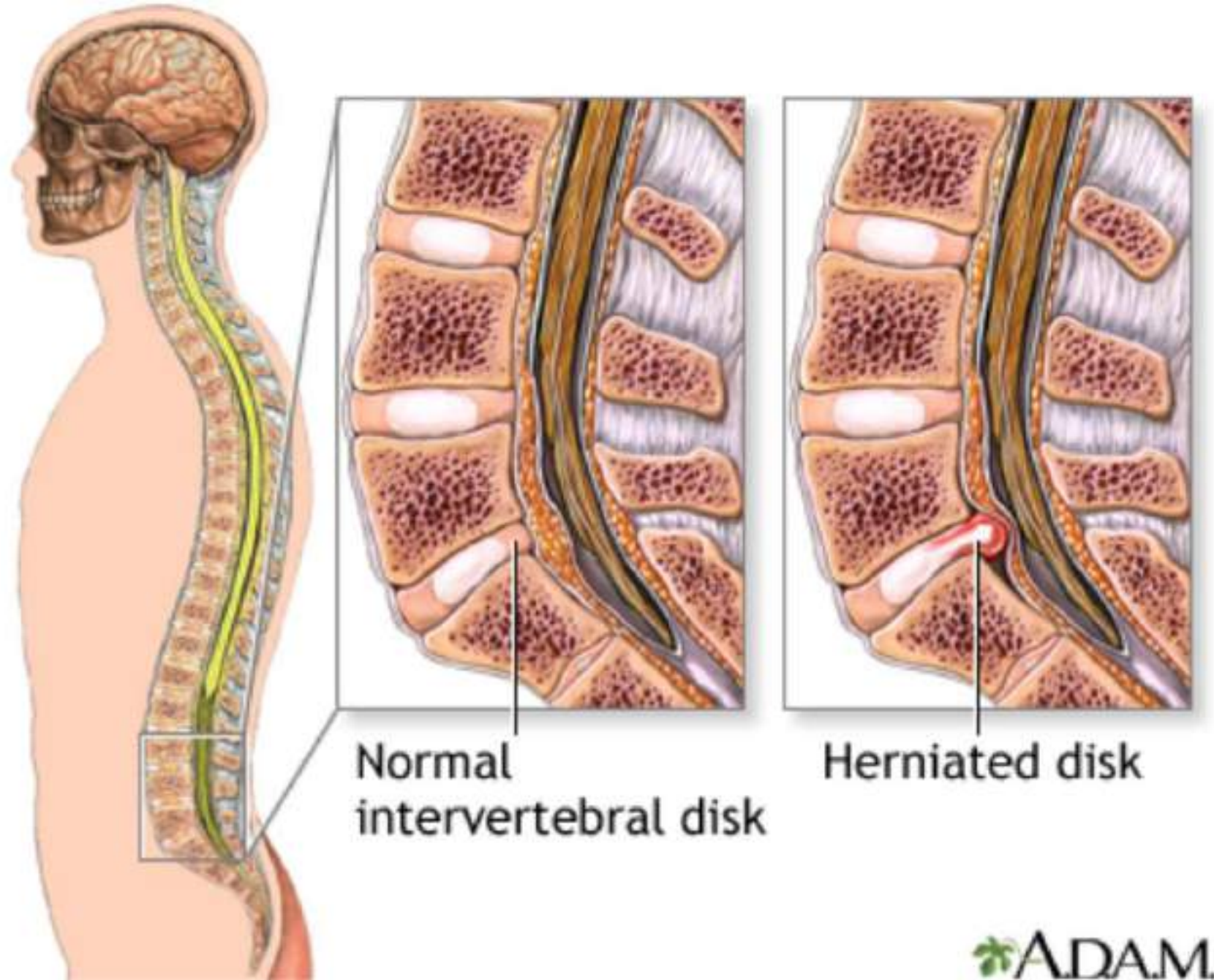
فتق النواة اللبية القطني

يحدث بجميع الاعمار لكنه نادر تحت (20)سنة و اذا حدثت تكون بسبب رضي

الاشيع بعمر 30-50 سنة وهو شائع عند الذكور

اغلب الفتوق تحدث بالمستويات (L4-L5) او (L5-S1) بنسبة 95% من الحالات وبنسبة

اقل بمستوى L3-L4 في 4% من الحالات ثم تقل بالمستويات الاخرى .

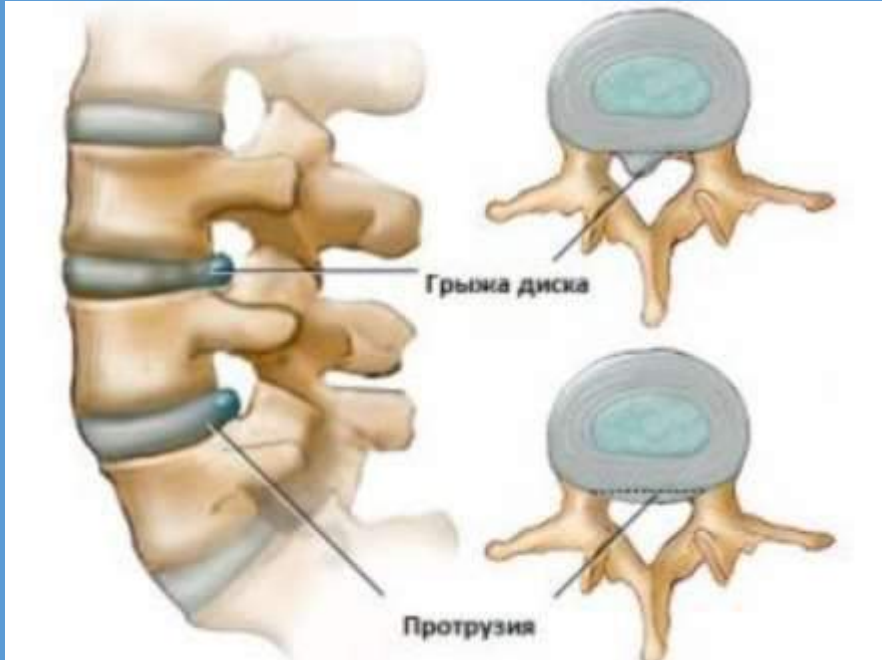


أسبابه:

- رفع اثقال مع جهد مما يؤدي لانضغاط الاجسام الفقرية بشدة
- حوادث السير
- التبدلات التنكسية الكيميائية الحيوية للنواة اللبية
- رضوض العمود الفقري المتكررة
- سبب مؤهب كالحمل
- الضغط الزائد الناتج عن وضعيات جلوس معينة
- عند رفع الاثقال بطرق غير صحيحة تحدث تمزقات بالحلقات الليفية

ملاحظة:

فتق النواة قد يحدث بالقسم الامامي ويمكن ان يحدث بالقسم الخلفي ولكن **القسم الخلفي اشيع** بسبب ارتفاع القرص وسماكته بالأمام اكثر من الخلف كذلك القسم الخلفي يتحمل الضغط الممارس اكثر من الامام مما يؤهب للانفتاق



مراحل فتح النواة اللبية:

المرحلة الأولى:

تمزق طفيف ببعض الحلقات الليفية مما يؤدي لدخول النواة بعض الشقوق الليفية دون تبارز ضمن القناة الشوكية وهنا يكون الألم ظهري دون وجود الألم الجذري (وجود النواة ضمن التشققات يسبب الالام القطنية)

المرحلة الثانية:

تتمزق اغلب الحلقات الليفية فتخرج النواة الليفية لكن هنا الرباط الطولاني الخلفي مازال سليماً.

المرحلة الثالثة:

تمزق كافة الحلقات الليفية وبقاء الرباط الطولاني الخلفي سليم.

المرحلة الرابعة:

هنا يتمزق الرباط الطولاني الخلفي وهنا تكون الالام الجذرية شديدة وتضغط النواة على الحبل الشوكي والجذور المنبثقة منها.

Four stages to a disc herniation

Degeneration



Prolapse



Extrusion



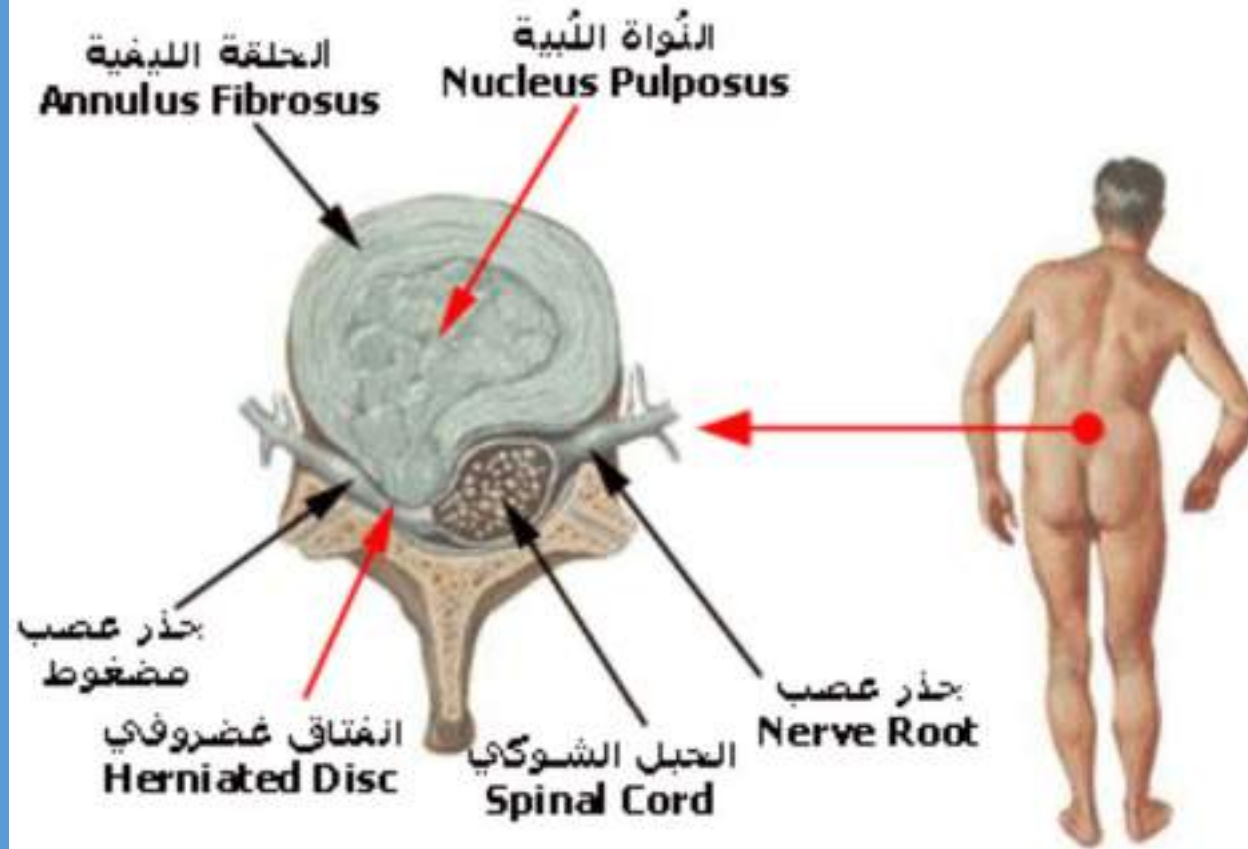
Sequestration

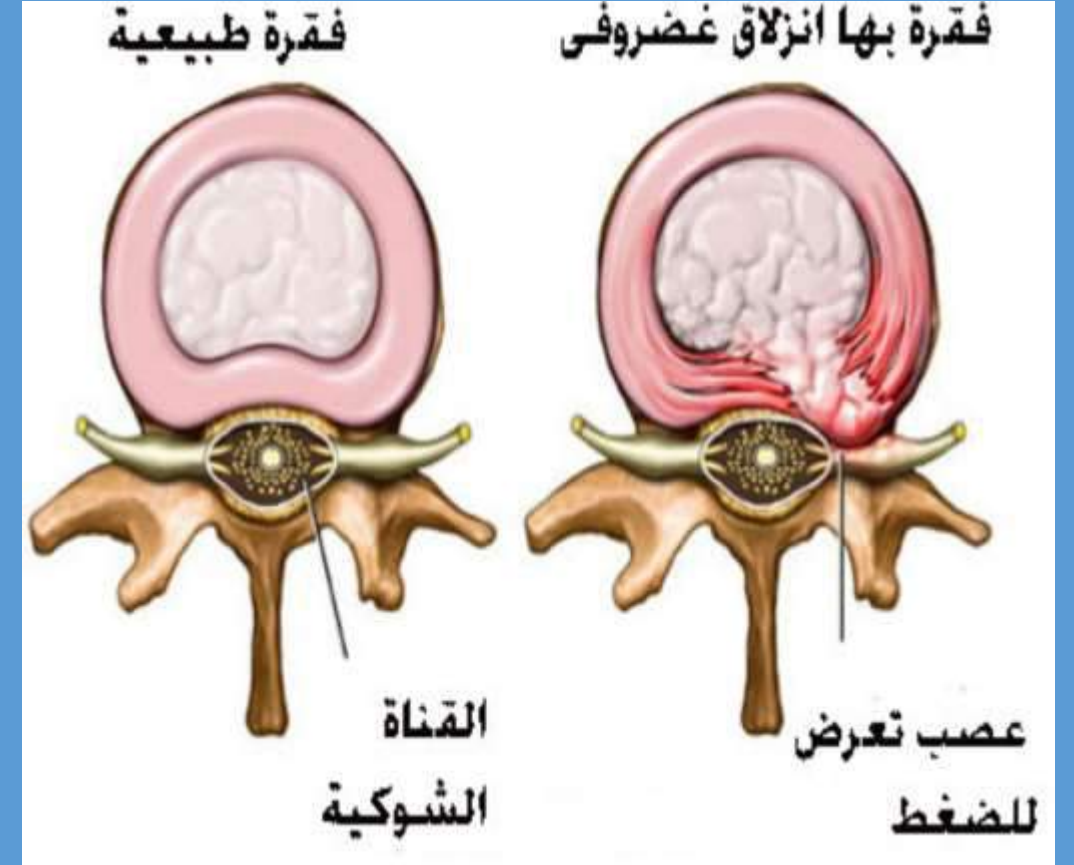
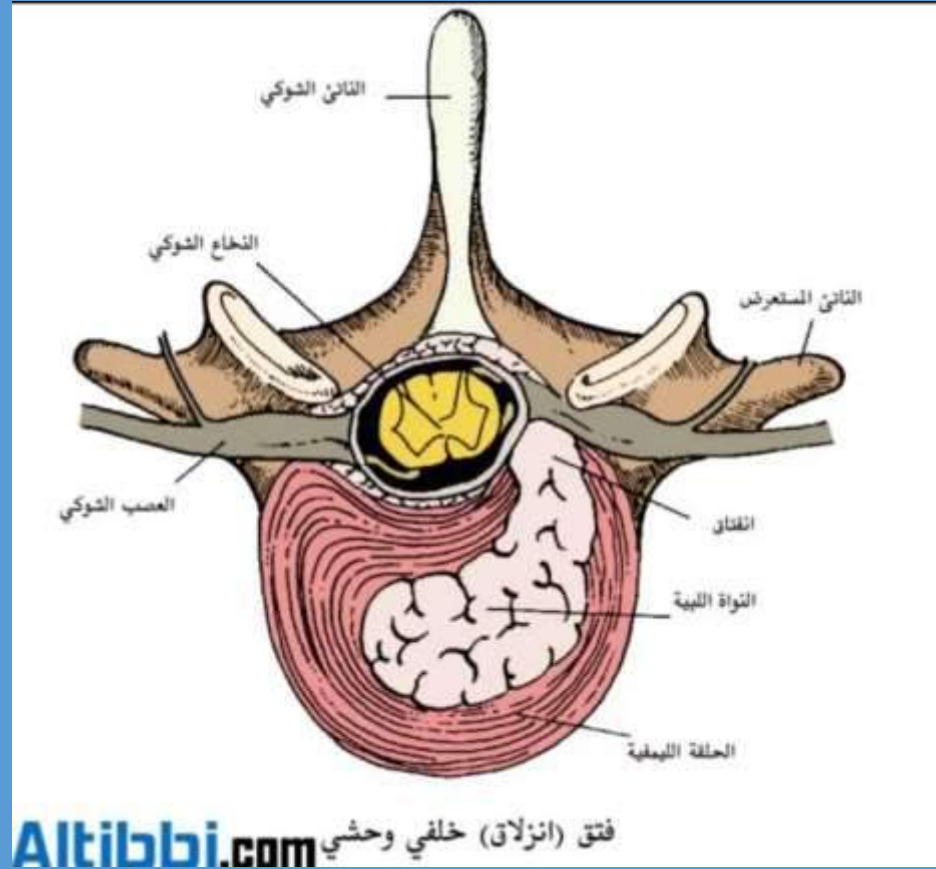


ملاحظة:

الألم القطني مصدره ضغط النواة على الحلقات وهنا كلما تمزقت الحلقات أكثر خف الألم القطني

علاج المرحلتين 1 و 2 محافظ اما 3 و 4 فجراحي حيث لا توجد إمكانية للتراجع التلقائي
ينضغط الديسك على الجذر الحسي والحركي معا حيث من النادر ان ينضغط احدهما دون الآخر





الأعراض والعلامات:

الألم:

الشكوى الأكثر أهمية

تكون قطنية (اسفل الظهر) ثم تصبح جذرية (على مسير الجذر) ينتشر على الوجه الخلفي للفخذ ثم الخلفي للساق ثم القدم حسب القطاع الجذري المتأثر اذ يحدث اعتلال للجذر المنضغط.

-اذا كان الانضغاط بين L4-L5

فالجذر المنضغط هو L5 وهنا ينتشر على ظهر القدم ثم الابهام.

-اذا كان الانضغاط بين L5-S1 فالجذر المنضغط هو S1 وهنا ينتشر لأخمص القدم ثم الاصبع

الخامس.

2- الخدر والنمل:

ينقص الحس لدى المريض في القطاع الجلدي المتعلق بالجذر المضغوط

3-الضعف العضلي:

إصابة L3-L4 ← انضغاط L4 ← ضعف أربعة الرؤوس الفخذية

إصابة L4-L5 ← انضغاط L5 ← ضعف العطف الظهري وفقد القدرة على المشي
على الاكعاب

إصابة L5-S1 ← انضغاط S1 ← ضعف العطف الاخمصي وفقد القدرة على

المشي على رؤوس الاصابع

4- إصابة المنعكسات:

انضغاط L3-L4 ← انضغاط L4 ← ضعف المنعكس الداغصي او غيابه
انضغاط L5-S1 ← انضغاط S1 ← ضعف المنعكس الدابري او غيابه
انضغاط L4-L5 ← انضغاط L5 ← لا يوجد منعكس يتأثر بهذا الانضغاط

5- العرج العصبي المتقطع:

سببه انفتاق قرصي كبير أدى لتضييق القناة الفقرية تؤدي ل الآم جذرية بالطرفين السفليين والاعراض ثنائية الجانب.

المريض لا عرضي اثناء الراحة -تحدث بالجهد ويزداد بالوقوف والمشي بعد مسافات غير ثابتة(عكس العرج الوعائي)

التشخيص:

القصة المرضية:

معرفة مكان الألم -مكان الاضطراب الحسي-الانتشارات واعراض الإصابة الجذرية الحسية والحركية

الفحص السريري:

تقييم الحالة العصبية وجميع الأجهزة الداعمة

الفحص بوضعية الوقوف:

يتضمن فحص: بنية الجسم والوضعية-التشوهات(الحدب -الجنف)-وجود ميلان بالعمود الفقري-تشنج العضلات جانب الفقرية والتي تتجلى بصعوبة الانحناء للأمام-حركات العمود الفقري (العطف والبسط والحركات الجانبية)-المشي على رؤوس الأصابع(قوة العطف الاخمصي)والمشي على الاكعب(قوة العطف الظهري)-فحص المفصل العجزي الحرقفي

الفحص بوضعية جلوس واستلقاء:

فحص المنعكسات- فحص الحس ومقارنته بين الطرفين وفحص القوة العضلية بالطرفين
علامة لازك:

رفع الطرف المبسوط بحيث نضع اليد تحت الركبة والساق مبسوطة وترفع للأعلى وهي ممدودة
نقوم بتمطيط $\longleftrightarrow$ العصب الوركي $\longleftrightarrow$ تمطيط الجذور العصبية وتخريشها $\longleftrightarrow$ حدوث ألم ونحدد
الدرجة التي حصل فيها الألم. مثلاً لازك 60 إيجابية

-كلما كان الألم باكراً اثناء التتمطيط(درجات اقل) كانت الإصابة متقدمة اكثر

-**لازك المقلوبة**(المريض مستلق على بطنه):

تشير إيجابيتها على إصابة الجذور القطنية العلوية L1-L2

-**لازك المتصالبة**: رفع الطرف الأيمن تسبب ألم في اليسر

Straight leg raise test or Lasegue's sign



• الفحوص الشعاعية المتممة:

• الصورة الشعاعية البسيطة RX:

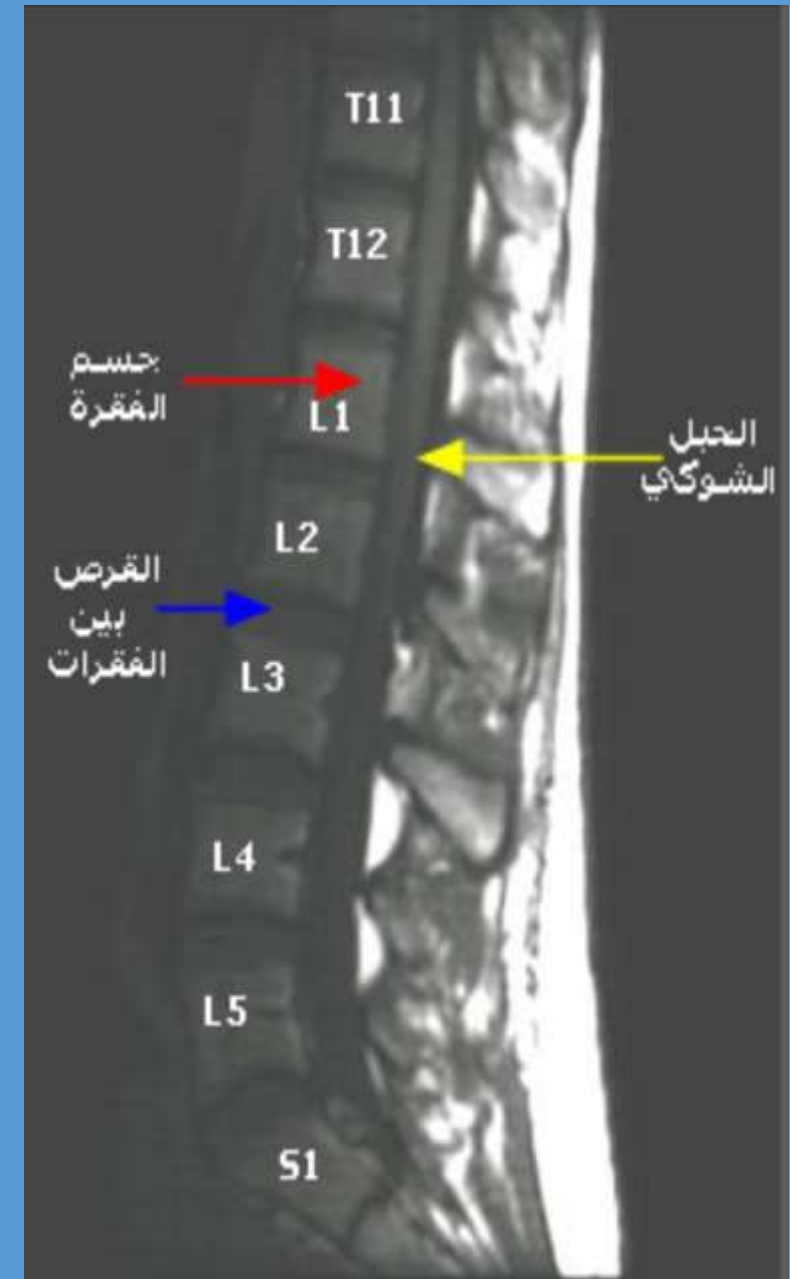
هامة في نفي الأسباب الأخرى للألم القطني الجذري مثل الانزلاق الفقري والاورام والتهاب الفقار المقسط(الم عجزي حرقفي)

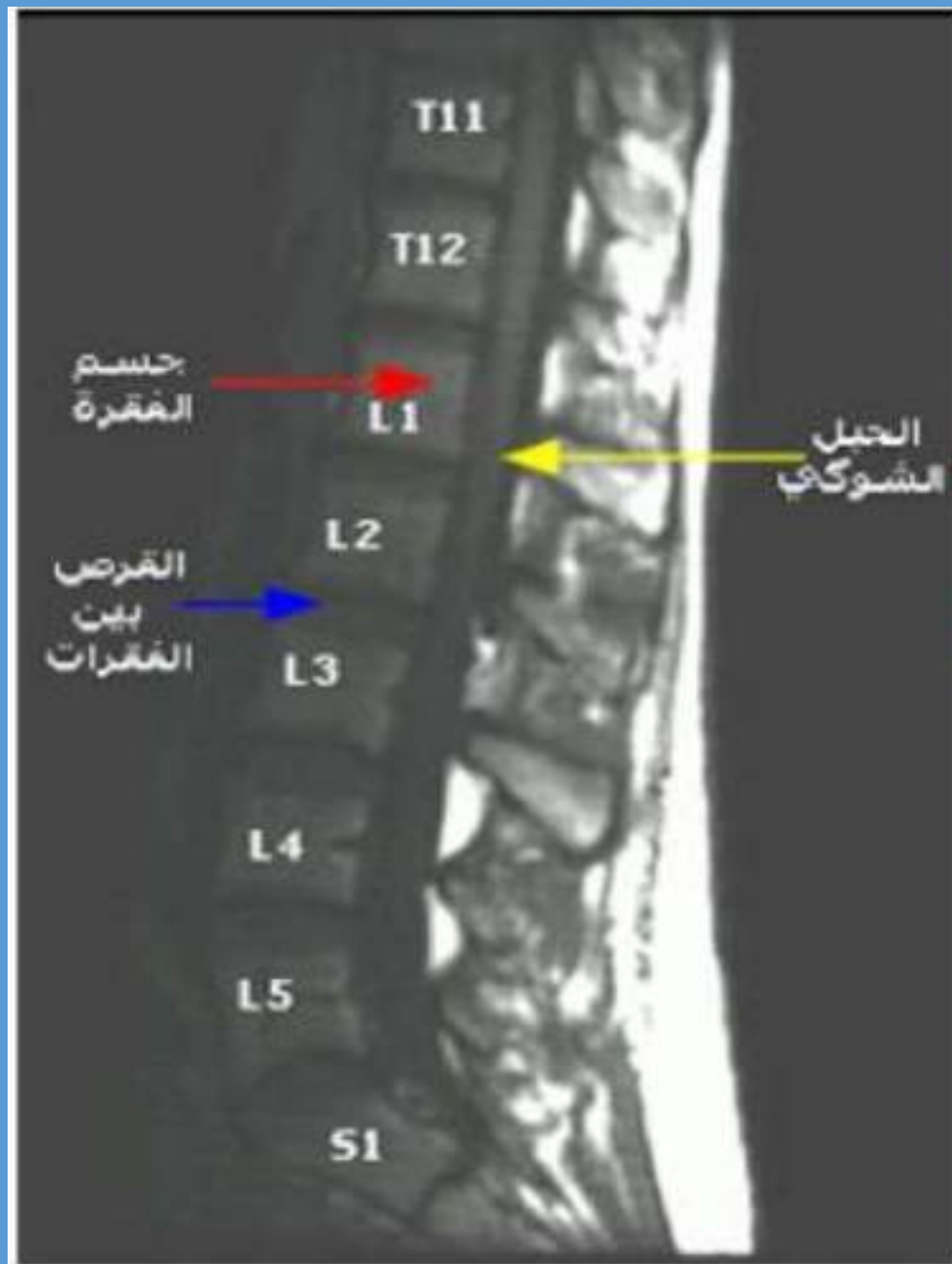
• CT-SCAN:

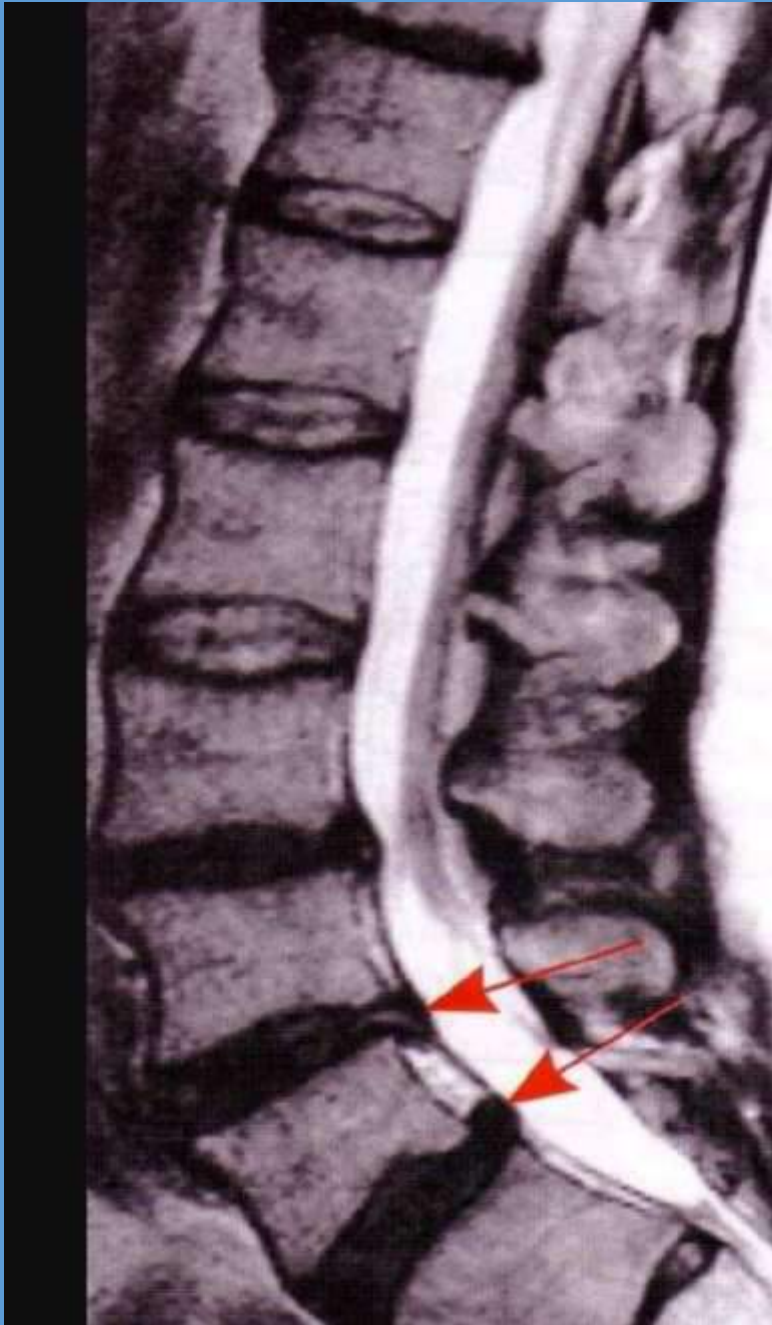
هام لنفي الانفتاق ولكن قل استخدامه الان

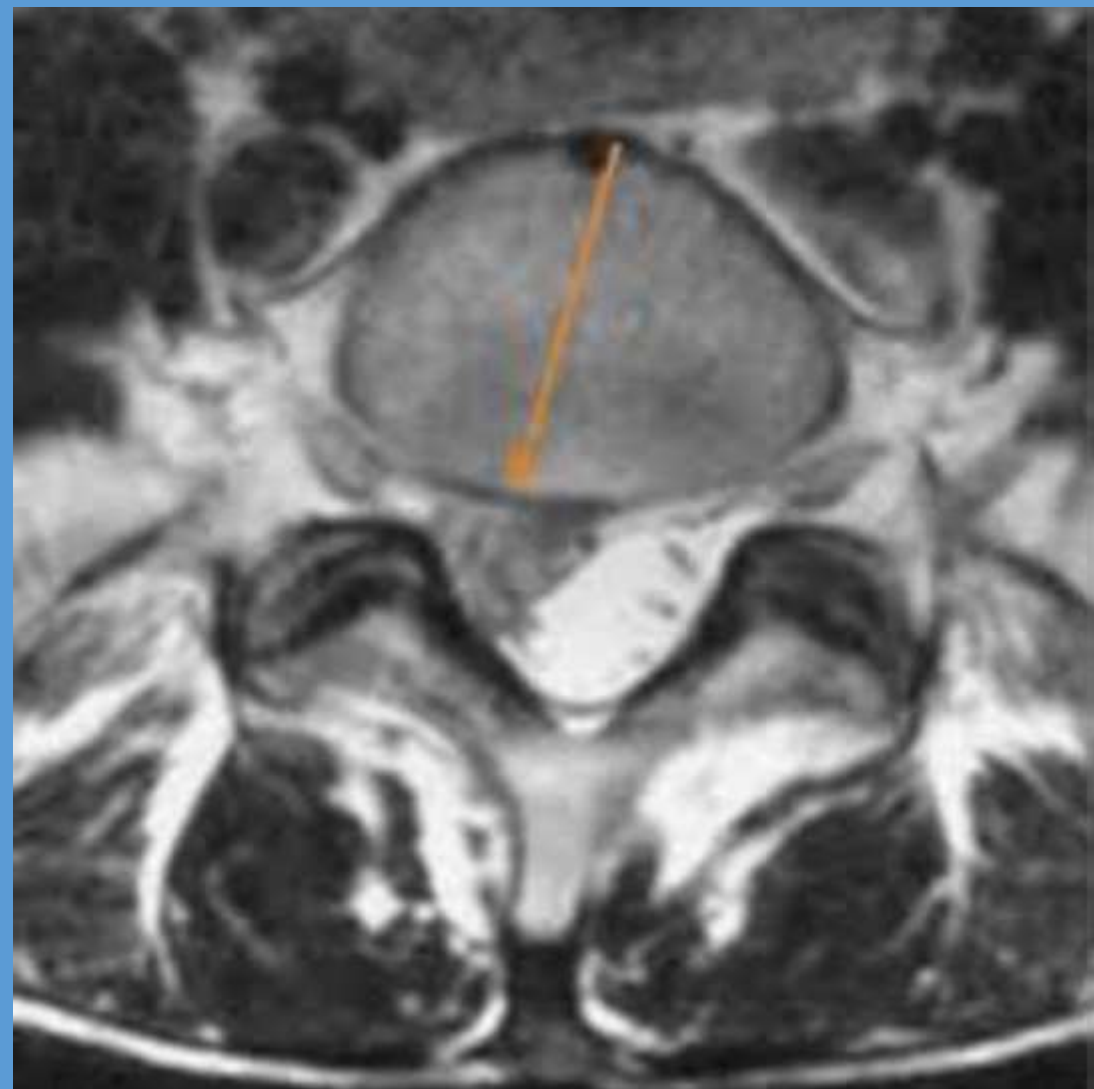
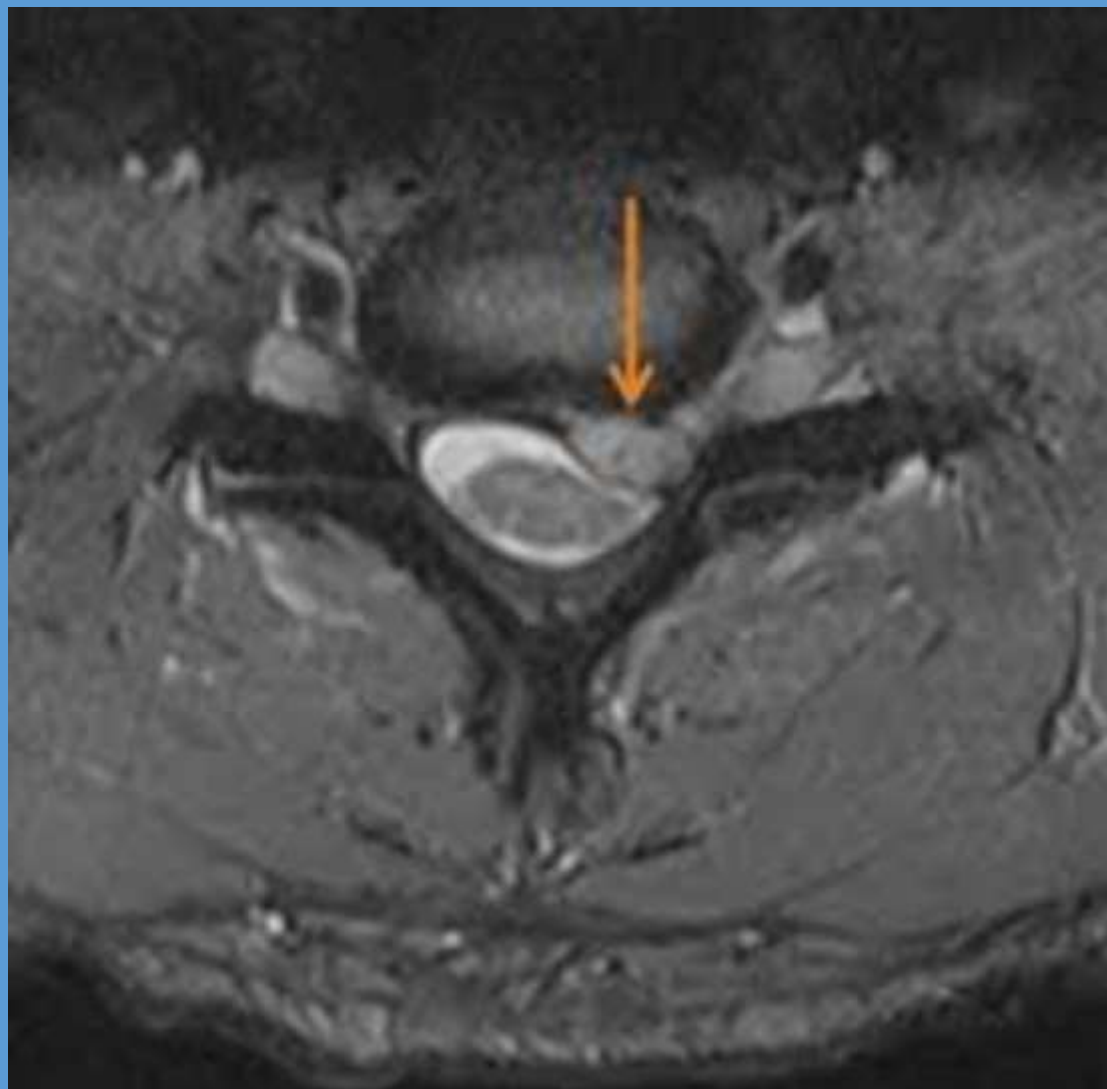
• CT-MYELOGRAPHY:

حقن مادة ظليلة ثم اجراء الطبقي لكن تراجع استعماله بسبب التحسس على المادة الظليلة
وظهور MRI











ملاحظة:

قد يكون سبب الألم القطني حمى مالطية او حتى سل(حبيبوم التهابي متوضع عند الجذر)لذا لا يهمل دور الفحوصات الطبية المتممة مثل سرعة التثفل وحرارة المريض وتفاعل رايت(المالطية هي المقلد الأكبر للديسك)

المعالجة:

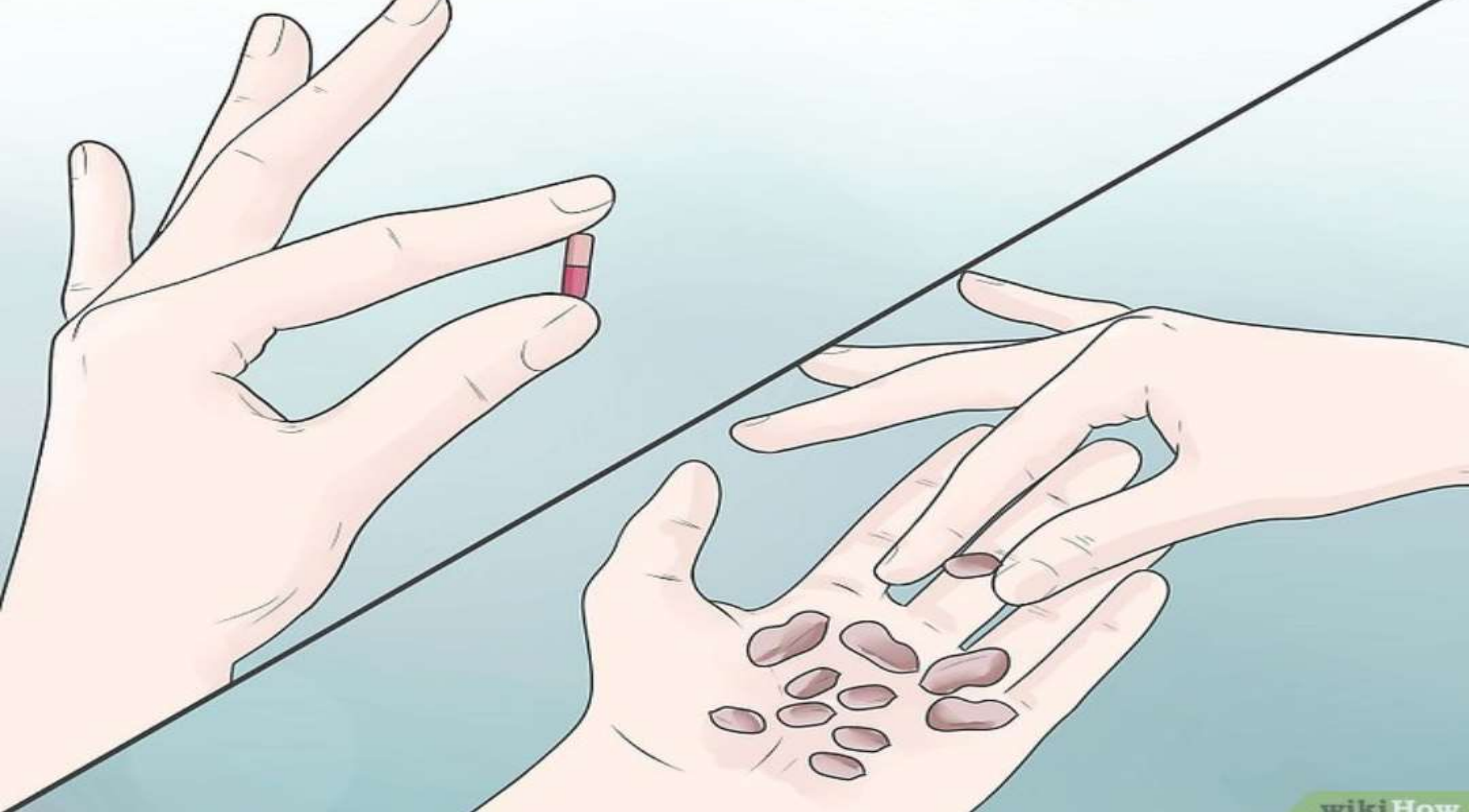
المعالجة المحافظة:

بالمرحلتين 1 و 2

ك قاعدة أساسية: طالما لا يوجد ضعف عضلي او اضطراب حسي مهم او إصابة منعكسات او مصرات نستمر بالعلاج المحافظ

ويتضمن: راحة مطلقة بالسرير من اسبوعين لأربعة أسابيع مع تناول المسكنات(افضلها مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية) والمرخيات العضلية

تزول الاعراض ب90% من الحالات ويعود ذلك الى نقص التبارز القرصي وتندب وشفاء التمزق بالحلقات الليفية



المعالجة الجراحية:

- بالمرحلتين 3 و4
- الم غير محتمل ومعد على العلاج المحافظ
- علامات عجز عصبي متطورة
- متلازمة ذيل الفرس



أنواعها:

تقليدية- مجهرية-تنظيرية
المثالية:

هي الاستئصال **المجهرى** للقرص
الهدف من الجراحة هو **إزالة الضغط** عن الجذر
قد نضطر لاستبدال الديسك بغضروف صناعي
في حالات الفتوق الكبيرة المركزية نحتاج لخزع صفائح بالجهتين واستئصال كامل القرص من الطرفين
لتحرير العناصر العصبية
75-80% من الحالات تتحسن بالراحة
اهم وخطر اختلاط لجراحة الديسك بعد الأسبوع الأول هو **التهاب القرص الفقري**
15% من المرضى يحدث لديهم نكس حقيقي(فتق قرصي بنفس المسافة) او نكس كاذب(فتق بمستوى اخر)
الرياضة بعد الشفاء ضرورية جدا لتقوية عضلات البطن وخصوصا **السباحة...**