

Cervical disc prolapse

By dr Hussein mohammad •

لمحة تشريحية

Cervical vertebrae

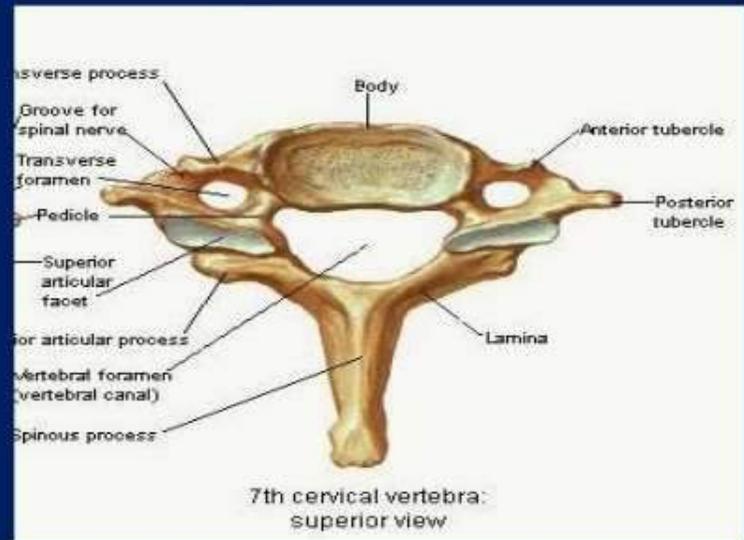
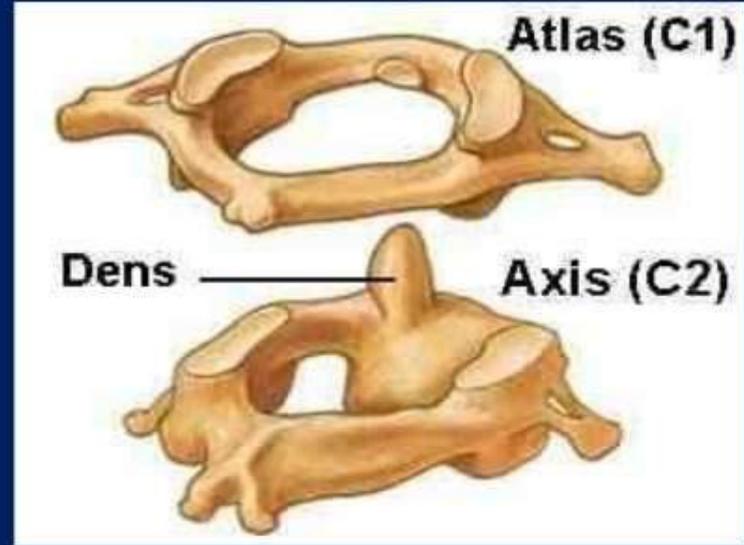
➤ يوجد نموذجين:

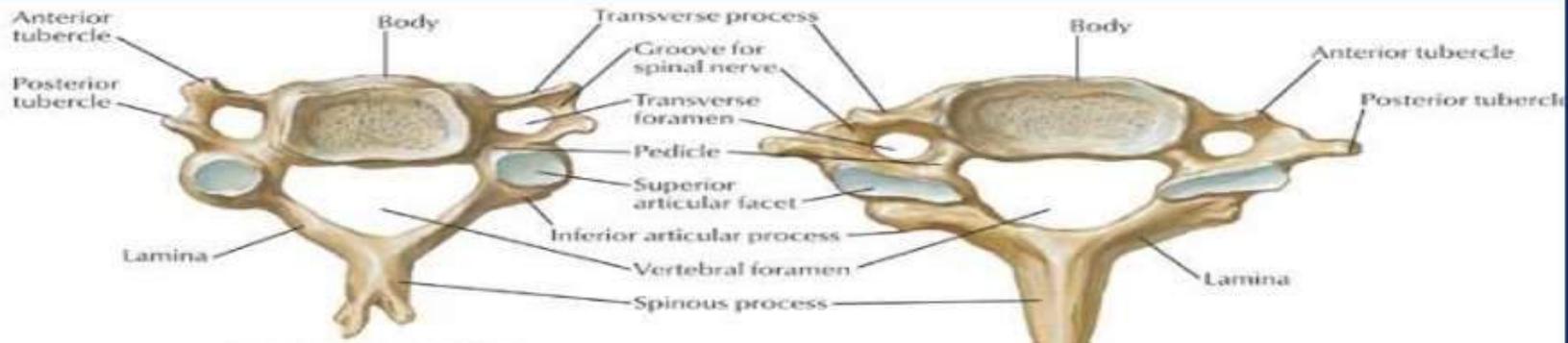
– Atypical

- Axis (C 1)
- Atlas (C 2)
- C 7

– Typical

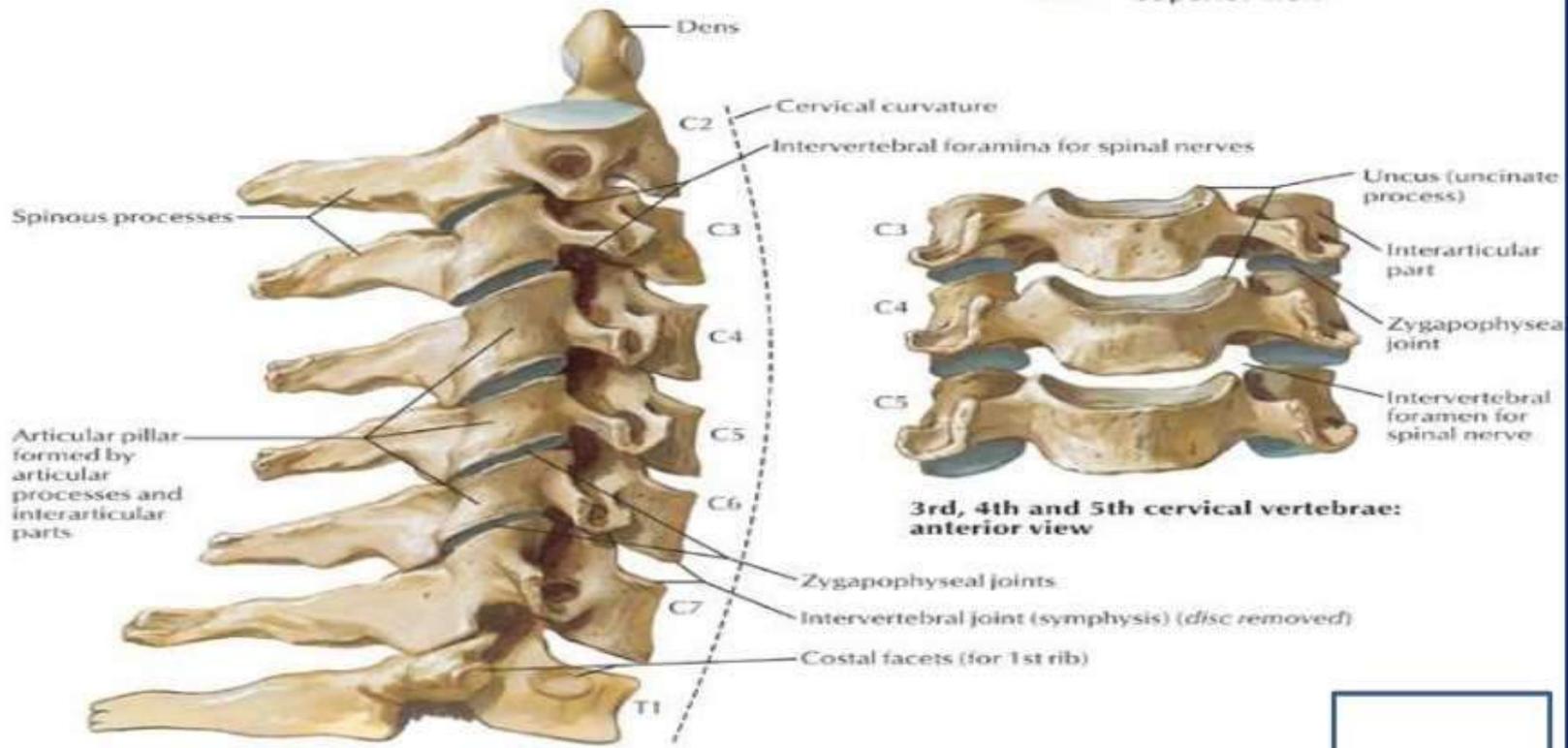
- C 3-6





4th cervical vertebra: superior view

7th cervical vertebra: superior view

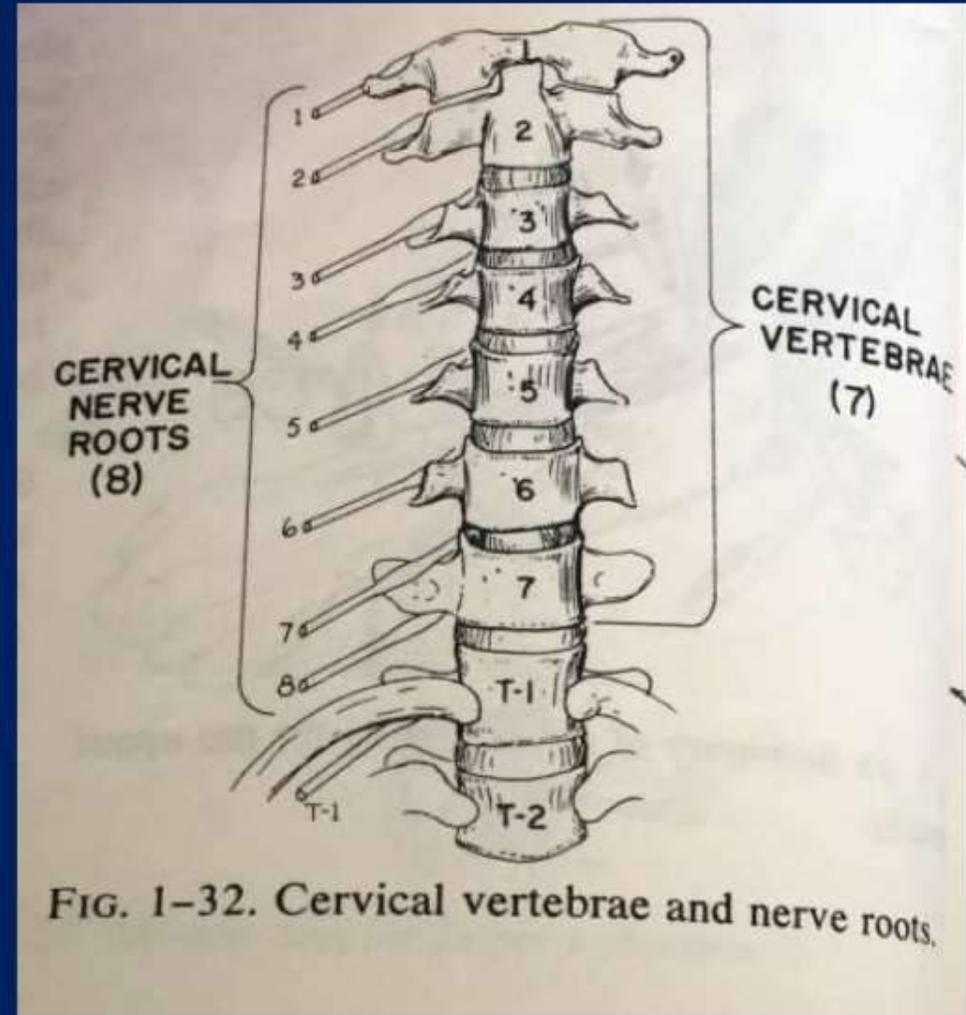


2nd cervical to 1st thoracic vertebrae: right lateral view

3rd, 4th and 5th cervical vertebrae: anterior view



- 7 Vertebrae
- 6 Inter vertebral discs
- 8 Pairs of exiting nerve roots
- Cervical spine gives a normal lordosis



■ تتصل الفقرات فيما بينها بشكل منفرد عبر

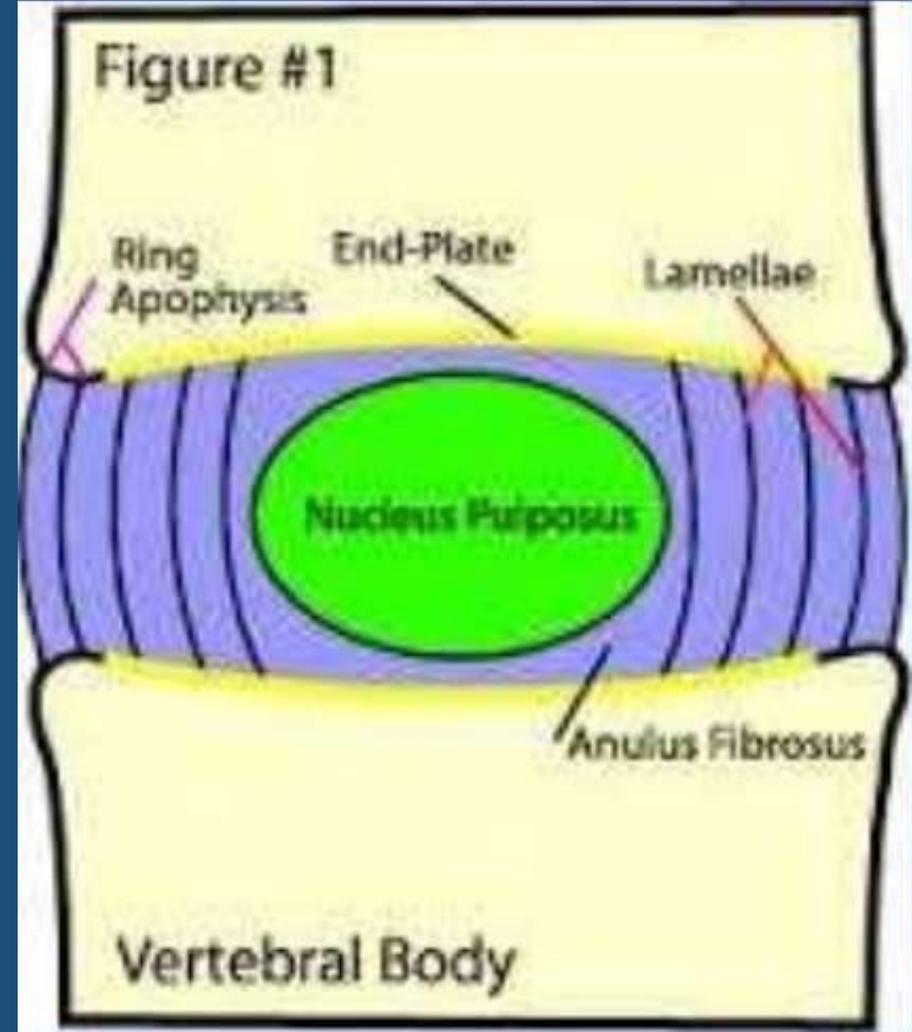
الوجيئات المفصليّة

■ كما تتصل اجسام الفقرات عبر بني خاصة تسمى

بالاقراص بين الفقرات

■ لا يوجد قرص فقري بين الفقرتين الرقبية الأولى

والثانية



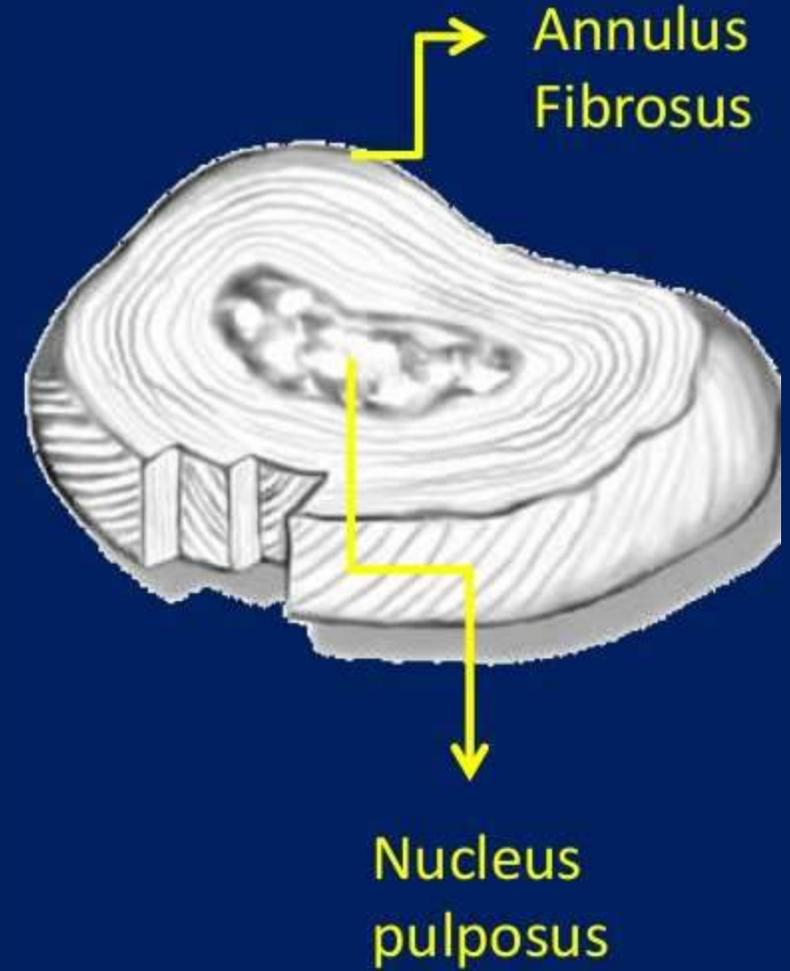
■ القرص عبارة عن مادة غضروفية ليفية

■ مركب من صفيحتين فقريتين انتهائيتين

ويحتوي على نواة لبية داخلية ومحاطة

بالبنية الليفية الخارجية على شكل حلقة

وتسمى الحلقة الليفية



■ الصفحة القرية الانتهاية تبلغ سماكتها 1 مم ومؤلفة من الغضروف الليفي

ومادة هيالينية غضروفية

■ مع ازدياد العمر تزداد نسبة الغضروف الليفي على حساب المادة الهياينية

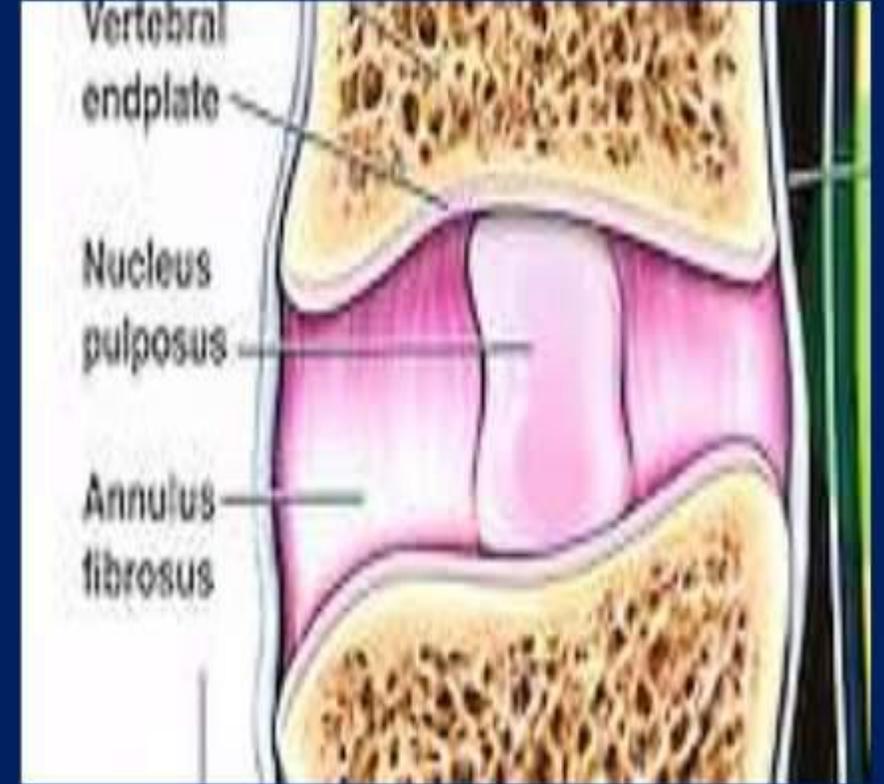
النواة اللبية

■ تتألف من كولاجين نمط 2

■ تحتوي ماء بنسبة 80-90%

■ بروتيوغليكان 65%

■ كولاجين 15-20%



الحلقة الليفية

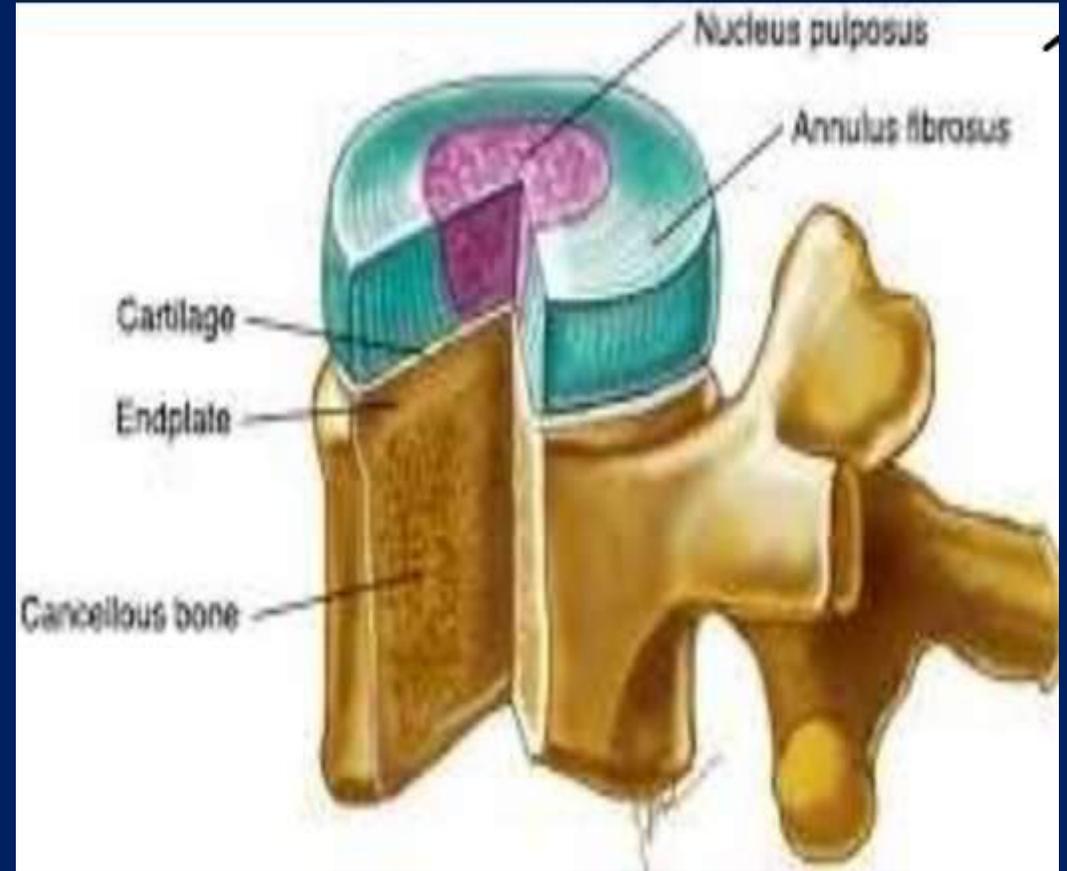
تتكون من الكولاجين نمط 1

تتألف من 10 ل 12 صفيحة ليفية متقابلة

تحتوي على: ماء بنسبة 60-70%

كولاجين 50-60%

بروتيوغليكان 20%



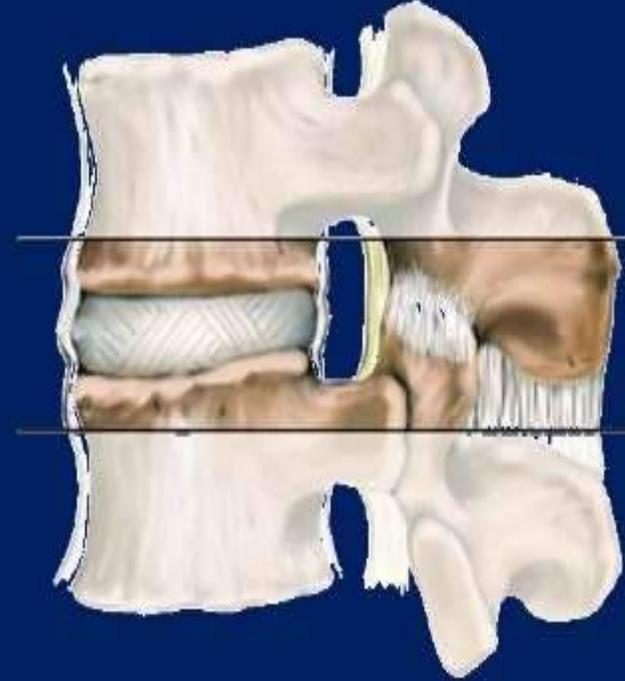
وظيفة القرص

■ يعمل كرباط وثيق يصل الفقرات فيما

بينها و كماص للصدمات

■ يسمح بالانضغاط, الشد, الحركة

الدورانية



CERVICAL DISC PROLAPSE

الوقوع والانتشار و الامراضية

■ ان قمة حدوث انفتاق الديسك الرقبي هو العقدین الثالث والرابع لذلك هو مرض الشباب

■ ان معدل حدوث انفتاق الديسك الرقبي عند الذكور اكثر منه عند الاناث

■ ينتج انفتاق النواة اللبية عن تكرر عمليات الانفتاق والالتحام التي تحدث في الحلقة الليفية نتيجة

الرضوض المتكررة إضافة للعوامل التنكسية التي تخرب الفقرات التي تعزى لتضافر عوامل وراثية ومكتسبة (الوراثية هي الأهم).

■ ملاحظة: ان انفتاقات الديسك الرقبي المركزي شائعة (بعكس القطني) وهي اكثر من الجانبية.

مراحل انفتاح الديسك الرقبي

التنكس

التبارز

الانبثاق

التشظي

Four stages to a disc herniation

Degeneration



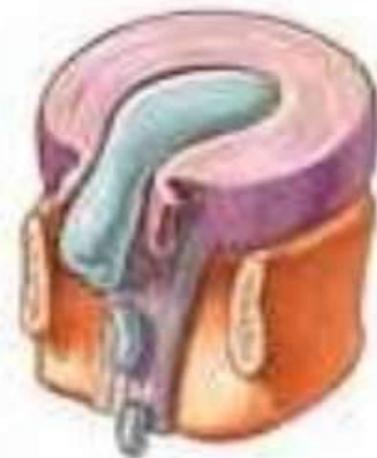
Prolapse



Extrusion

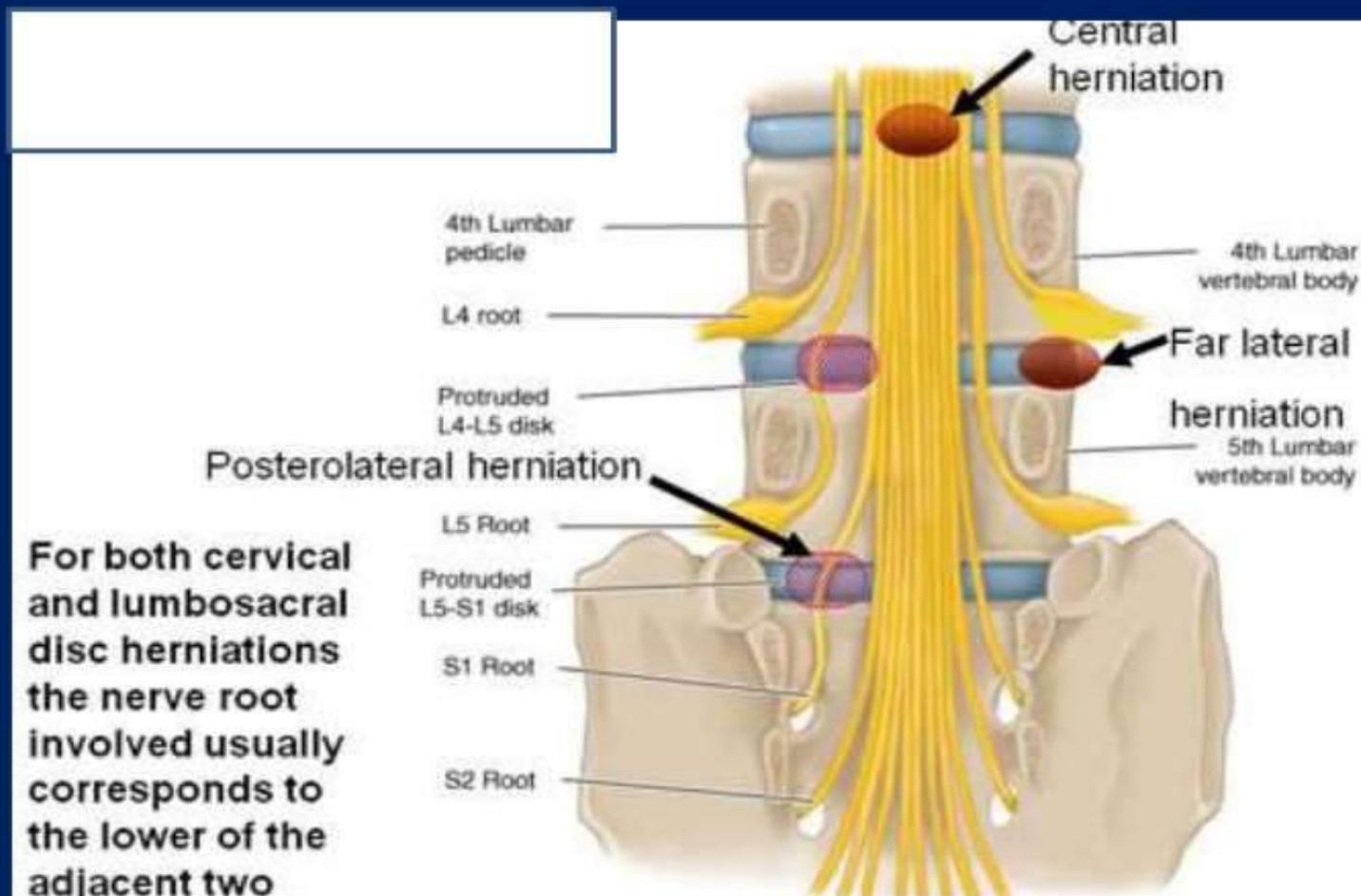


Sequestration



Types of prolapse

- Central
- Posterolateral
- Foraminal
- Extraforaminal



اشيع مواضع انفتاق الديسك الرقبي

■ الاشيع C5-C6

■ هناك حركية اكثر تحدث على مستوى C5-C6

■ C6-C7 شائع ويحدث عند المرضى الأكبر سنا

علاقة الجذور الرقبية مع الفقرات

■ الفقرات الرقبية السبعة

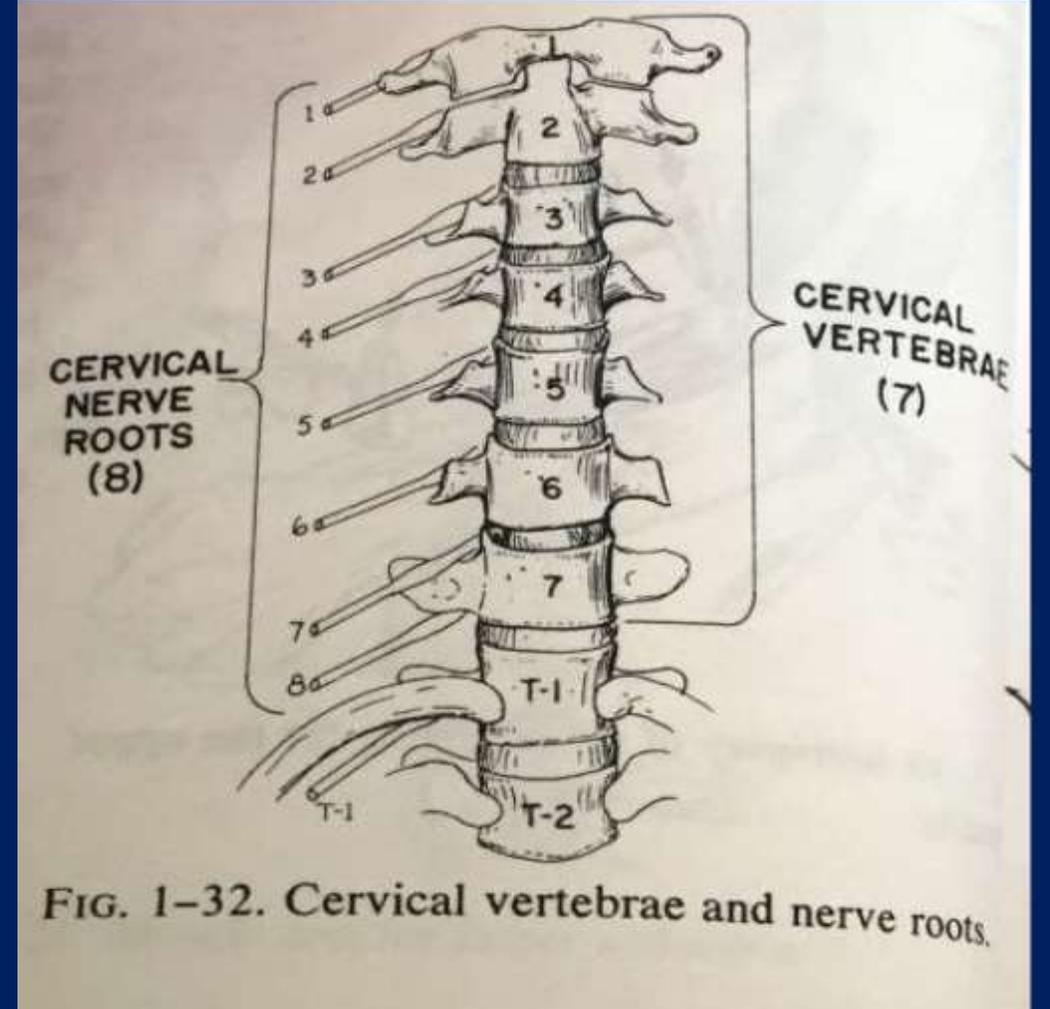
■ الجذور الرقبية الثمانية

■ الجذر الرقبي الأول يتوضع بين العظم القذالي

والفقرة الرقبية الأولى

■ الجذر الرقبي السادس يتوضع بين C5-C6

■ الجذر الرقبي الثامن يتوضع بين C7-C8

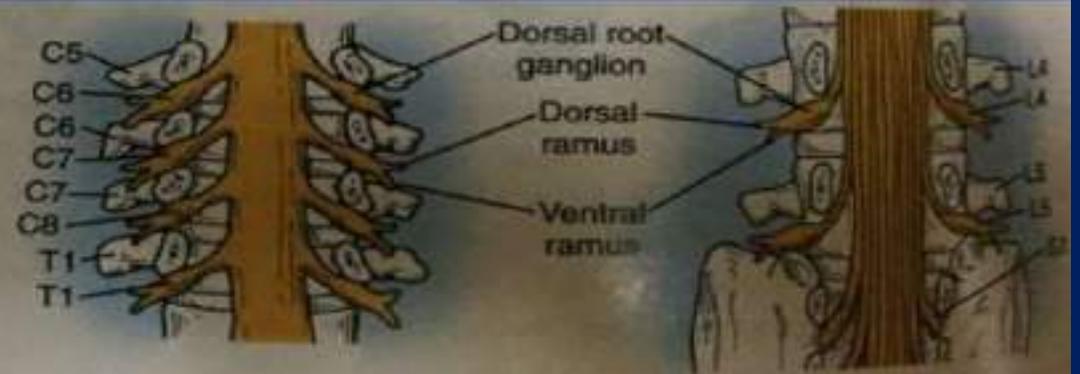


■ انفتاق الديسك الرقبي يحدث غالبا بالاتجاه
الجانبى الخلفى , لان قوة الرباط الطولانى
الخلفى تمنع الانفتاق الخلفى المباشر



على عكس المنطقة القطنية, الاعصاب الرقبية تمر مباشرة جانبيا من الحبل الشوكي الى الثقوب العصبية الخاصة بها, لذلك يضغط الانفتاق غالبا في هذا المستوى.

Fig 39-3 Discs are named for vertebral level immediately cephalad. Pathology most commonly affects nerve root one segment caudal.



سريريا

*الم رقبى ينتشر للذراع او الصدر

*خدر ونمل فى الأصابع

*ضعف حركى بالذراع

*انضغاط الشريان الفقرى يؤدي لدوار ,طنين , غشاوة رؤية ,الم خلف المقلة.

*صداع قفوى (اذا كان الانفتاق بمستويات عالية)

الفحص السريري

*تحدد بحركات العمود الرقبي

*الراس غالبا ما يكون منثنيا , ومنحرفا باتجاه جهة الألم عند بعض المرضى لكن عند الاغلبية يكون الانحراف بعيدا عن جهة الألم.

* ضعف حس (يختلف حسب مستوى الديسك)

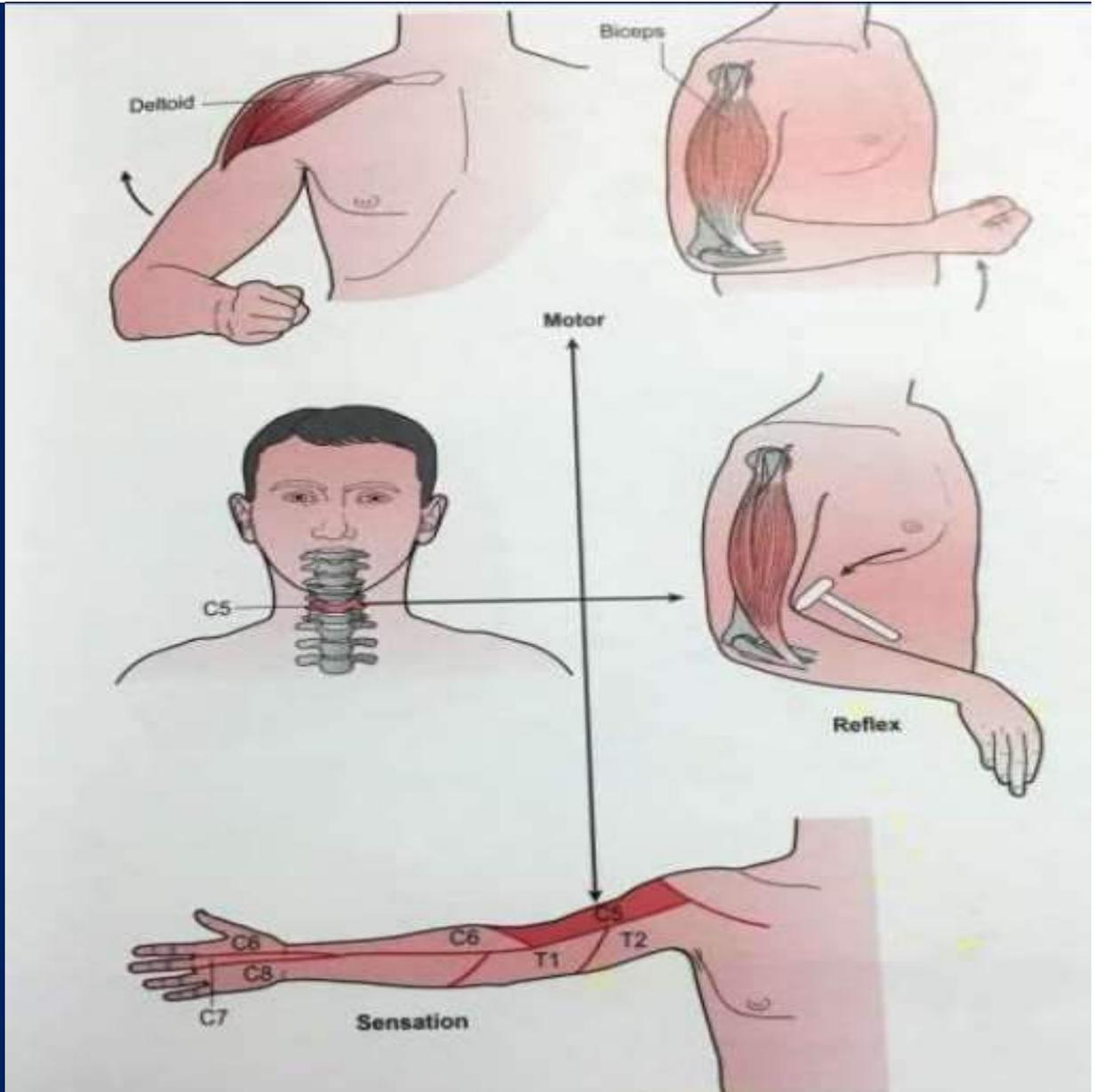
* ضعف عضلي (تختلف المجموعة العضلية حسب مستوى الانفتاق

* ضعف منعكسات

انضغاط الجذر الرقبي الخامس
حركيا: ضعف الدالية وثنائية الرؤوس

حسيا: المرفق و الجزء الجانبي لاعلى
الذراع

المنعكسات: ثنائية الرؤوس

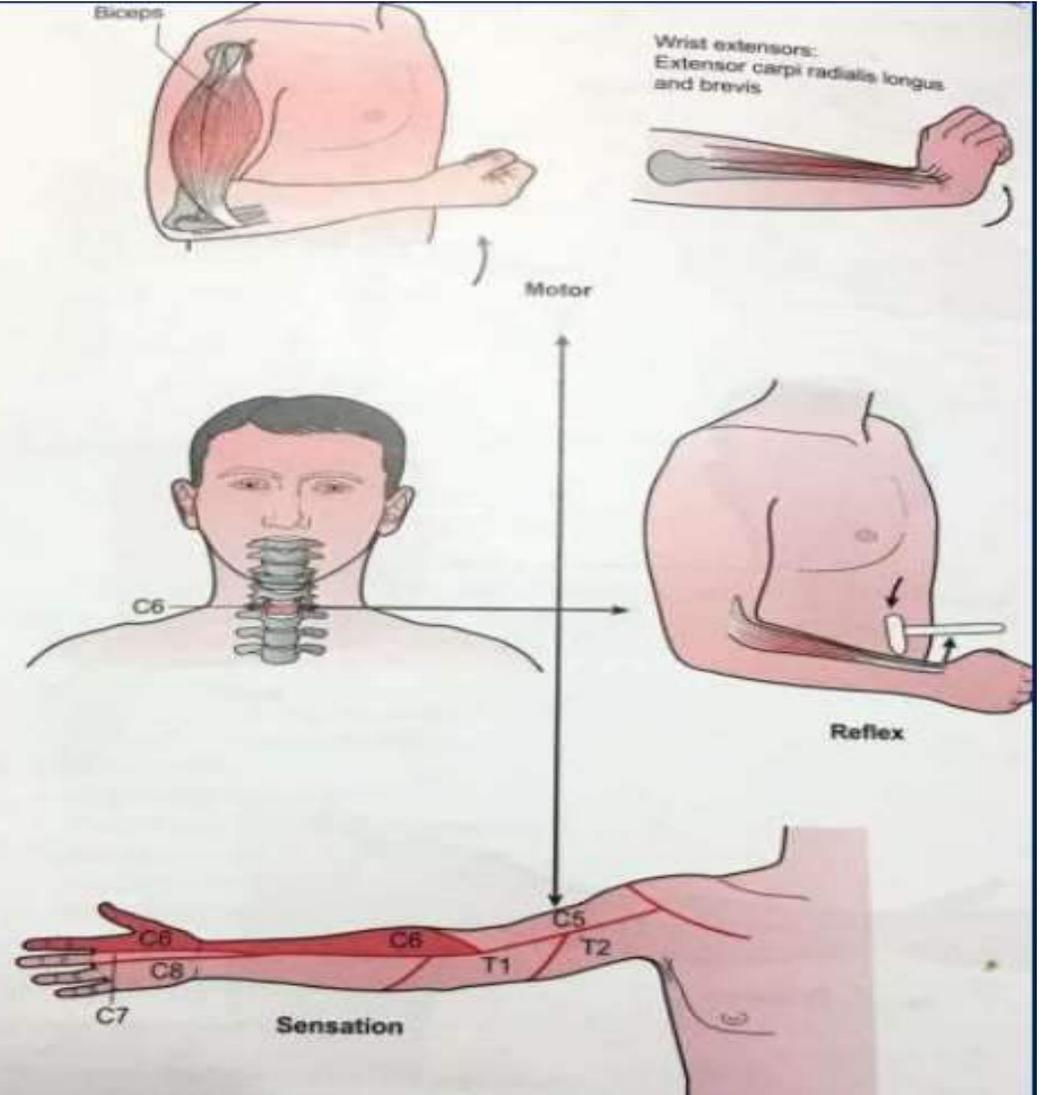


انضغاط الجذر الرقبي السادس

*حركيا: ضعف ثنائية الرؤوس ومثنية
الرسغ الكعبرية الطويلة والقصيرة

*حسبياً: الساعد الوحشي , الابهام والسبابة.

*المنعكسات: ثنائية الرؤوس, العضدية
الكعبرية

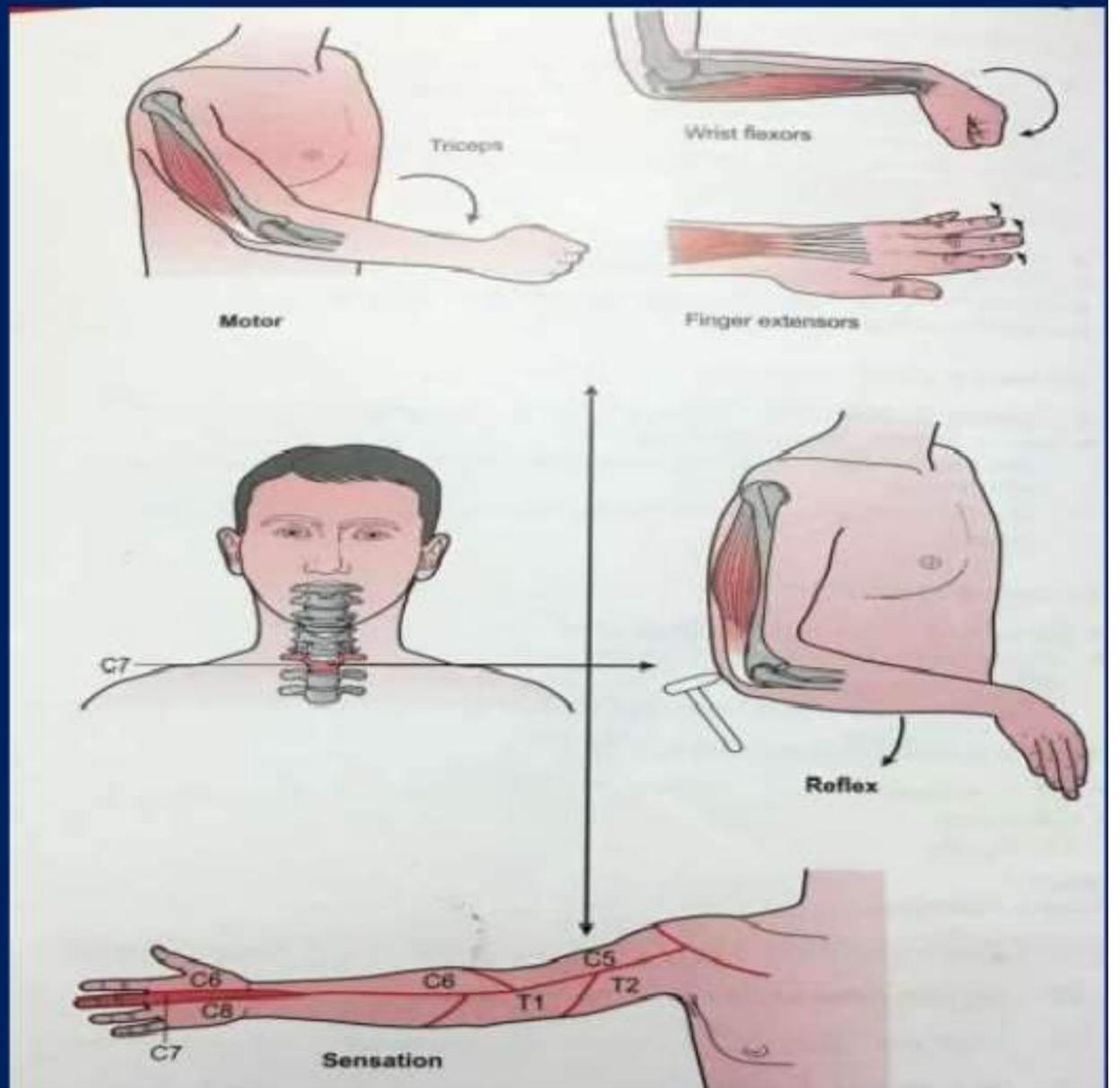


انضغاط الجذر الرقبي السابع

*حركيا: ضعف ثلاثية الرؤوس , ثني المعصم وبسط الأصابع.

*حسيا: الاصبع الوسطى

*منعكسات: ثلاثية الرؤوس

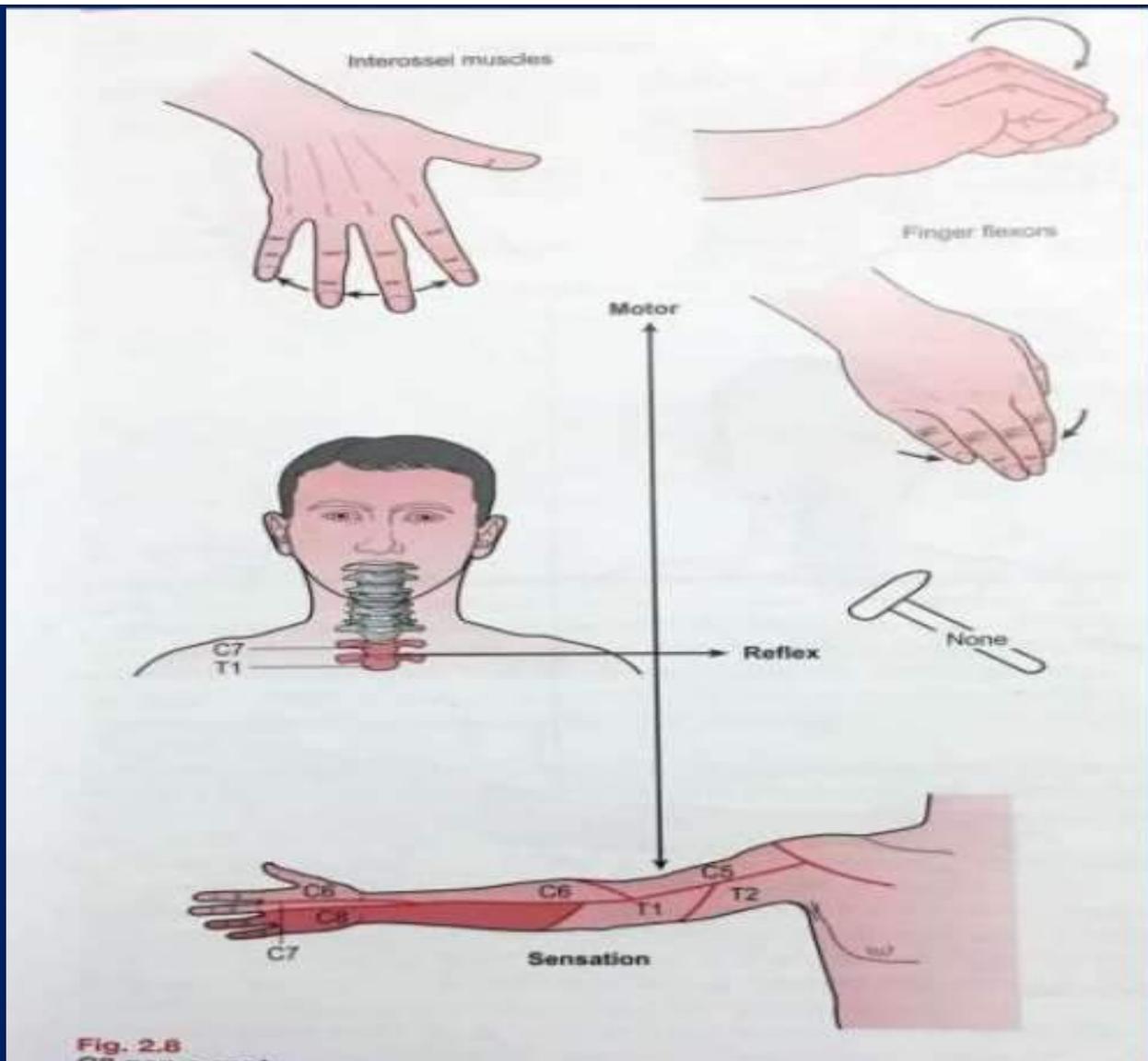


انضغاط الجذر الرقبي الثامن

*حسيا: الحافة الزندية للذراع

*حركيا: ضعف مثنية الرسغ الزندية
ومثنيات الاصابع

*منعكسات: لا يوجد



الاستقصاءات الشعاعية المؤكدة

X-ray*

CT*

MRI*

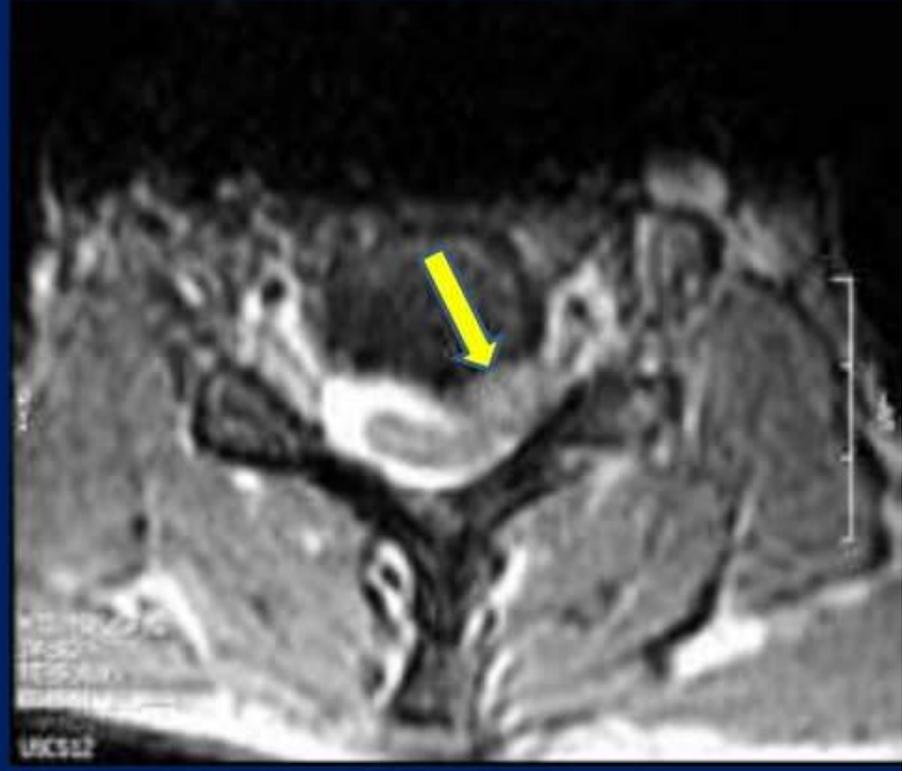
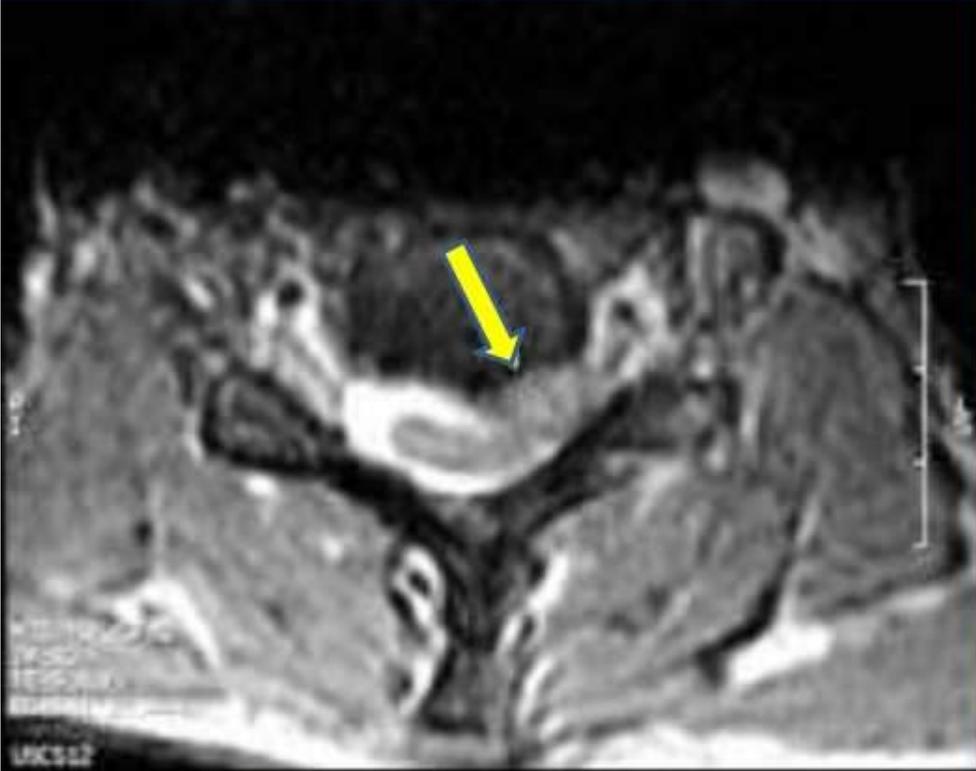
Myelogram*

X-RAY



MRI





Myelogram



التشخيص التفريقي

■ اورام النخاع الشوكي

■ ورم بانكوست

■ تكهف النخاع

■ افات انتانية (اشيعها داء بوت)

العلاج

• العلاج الأساسي محافظ

.الراحة

.مسكنات ومضادات التهاب لا ستيروئيدية

.مرخيات عضلية

.علاج فيزيائي

.قبة رقبية 3-4 أسابيع

استطبابات العلاج الجراحي

فشل العلاج المحافظ لمدة 3 اشهر واستمرار الألم الذي يمنع المريض من ممارسة حياته بشكل طبيعي.

وجود علامات عجز عصبي حركي مترقي صريح

**THANK
YOU**