

A Magyar Idegsebészeti Társaság betegtájékoztatója és kezelési ajánlása deréktáji porckorongsérves betegeknek

A porckorongsérvek a gerinc természetes kopási folyamatának részeként alakulnak ki. Középkorú emberek esetében szinte minden esetben kimutatható képkötő vizsgálattal valamilyen mértékű porckorongsérv. A porckorongsérvek nagy része konzervatív kezelésre (gyógyszerek, gyógytorna, ingeráram kezelés stb.) javul, műtéti kezelésre általában nincs szükség.

Néhány tény a deréktáji porckorongsérv betegséggel illetve műtéti kezelésével kapcsolatban:

- A porckorongsérves betegek 70%-ban műtét nélkül az alsó végtagi fájdalom megszűnik 6-12 hét alatt^{1,2}
- A közepes (3/5 izomerő) és enyhe (4/5 izomerő) izomgyengeséggel rendelkező betegek 80%-ban az izomerő teljesen helyreáll 1 évvel a betegség után függetlenül attól, hogy műtéttel vagy műtét nélkül gyógyultak.³
- A porckorongsérves betegek állapotában *nem volt különbség 1 évvel* a panaszok indulása után függetlenül attól, hogy műtéti vagy konzervatív kezelést kapott a beteg.⁴
- Azonban egy másik tanulmány szerint¹ a legalább hat hetes konzervatív kezelés (nem műtéti kezelés) sikertelensége után a betegek jobban voltak hosszú távon a műtéti csoportban mint a továbbra is konzervatív kezelésben részesülő betegek.
- A porckorongsérv műtéti kezelése nem minden esetben hoz tartós javulást, a sérv kiújulhat: 6% 1 éven belül, 8% 2 éven belül, 10% 4 éven belül¹; de konzervatív kezelés esetén is fenn áll a sérv kiújulás lehetősége.
- A porckorongsérvvvel foglalkozó nagy tanulmányoknál általában a betegek, az erős fájdalmak indulása után, 6 hónapon belül, de legkorábban 6 hét után kapnak műtéti kezelést (magyarázat: lsd. első pont).^{1,3,4,5}
- Széklet, vizelet tartási/indítási nehézség, illetve súlyos alsó végtagi gyengeség/bénulás esetében mielőbbi (ideálisan 24 órán belül) műtét javasolt. Minden más esetben műtét csak relatíve indokolt. A deréktáji porckorongsérv műtét előnye, hogy a beteg gyorsabban javul, ez igaz, mind az izom-gyengeségre, mind a fájdalomra.

Ugyanakkor a gyorsabb javulás ára a műtéti kockázatok felvállalása¹: vérzés, gyulladás-gennyedés (1-2%), krónikus fájdalom szindróma, ideggyök körüli kóros hegesedés (1-5%), rosszabbodás az alsó végtagi gyengeségben, esetleg bénulás (<1%), széklet vizelettartási képtelenség (<1 %), szexuális funkció zavar (<1%), idegszálsérülés (1%), gerincvíz szivárgás (3%), mély vénás thrombosis (<1%).

A fentieket szem előtt tartva, a következőket ajánljuk betegeink figyelmébe:

- Ajánlott legalább 6-12 hetet várni a műtéti kezeléssel az erős alsó végtagi fájdalmak indulását követően, ugyanis komoly esély van a műtét nélküli gyógyulásra.
- Természetesen, ha ez idő alatt a beteg állapota rosszabbodik, fájdalmai-, alsó végtagi gyengesége-, a zsibbadás kiterjedtsége fokozódik, széklet-vizelet tartási/indítási nehézség alakul ki, akkor mielőbbi kontroll kell.
- Műtéti kezelést ajánlunk: (i) tűrhetetlen alsó végtagba sugárzó derékfájdalom esetében (ez ritka megfelelő gyógyszeres kezelés mellett) akár az első **6-12** hétben is, (ii) súlyos alsó végtagi izomgyengeség, bénulás (2/5-1/5 izomerő) és (iii) széklet vizelet tartási/indítási nehézség eseteiben, (iv) állás, járás nehezítettség, (v) rosszabbodó jellegű alsó végtagi izomerő gyengeség illetve (vi) 6-12 hét után is fennálló panaszok esetében.

Betegeink a műtét előtti vizsgálatok szükségességéről, a műtét menetéről és a várható rehabilitációról részletes tájékoztatást kapnak kezelőorvosuktól a műtéti felvételtől döntő ambuláns vizsgálat során. Amennyiben a konzervatív kezelést választják, javasolt 2 hetente kontroll vizsgálat a panaszok csillapodásáig,

mivel a konzervatív kezelésnek is lehetnek szövődményei, veszélyei (pl.: gyomor bántalmak, gyomorfekély, enyhe izomgyengeség rosszabbodása, a javulásra várakozás közben porckorongsérv növekedése stb.).

1. Rihn JA, Hilibrand AS, Radcliff K, Kurd M, Lurie J, Blood E, Albert TJ, Weinstein JN. Duration of symptoms resulting from lumbar disc herniation: effect on treatment outcomes: analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). *J Bone Joint Surg Am.* 2011 Oct 19;93(20):1906-14.
2. Vroomen PC, de Krom MC, Knottnerus JA. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up. *Br J Gen Pract.* 2002;52:119-23.
3. Overvest GM, Vleggeert-Lankamp CL, Jacobs WC, Brand R, Koes BW, Peul WC; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Recovery of motor deficit accompanying sciatica--subgroup analysis of a randomized controlled trial. *Spine J.* 2014 Sep 1;14(9):1817-24
4. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, Thomeer RT, Koes BW; Leiden-The Hague Spine Intervention Prognostic Study Group. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med.* 2007 May 31;356(22):2245-56.
5. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, Resnick DK, Baisden JL, Bess S, Cho CH, DePalma MJ, Dougherty P 2nd, Fernand R, Ghiselli G, Hanna AS, Lamer T, Lisi AJ, Mazanec DJ, Meagher RJ, Nucci RC, Patel RD, Sembrano JN, Sharma AK, Summers JT, Taleghani CK, Tontz WL Jr, Toton JF; North American Spine Society. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *Spine J.* 2014 Jan;14(1):180-91. doi: 10.1016/j.spinee.2013.08.003. Epub 2013 Nov 14.