

بررسی ۱۲۵۰ مورد فتق دیسک کمری

عمل شده در دو بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از سال ۱۳۷۱-۱۳۶۲

دکتر هوشنگ معین^۱

خلاصه

هدف از این مطالعه بررسی بیماران عمل شده فتق دیسک کمری در سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۶۲ در دو بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. در این بررسی ۱۲۵۰ مورد دیسک‌های کمری عمل شده به مدت ده سال مورد مطالعه قرار گرفتند. در مجموع ۷۱٪ بیماران را مردان ۶۵-۱۴ سال یا میانگین سنی $37/2 \pm 9/5$ سال تشکیل می‌دادند که در ۶۱٪ آنها سابقه کمردرد از ۱۰-۲ سال یا میانگین زمانی $3/5 \pm 2/1$ سال قبل از بروز دردهای ریشه‌ای ذکر شده است و در ۵۴٪ آنها درد بعد از انجام کار سنگین شروع شده بود. زنان ۲۹٪ بیماران را تشکیل می‌دادند که سن آنها بین ۶۲-۱۱ سال یا میانگین $41/1 \pm 8/4$ بود. در ۶۹٪ آنها سابقه کمردرد از ۱۲-۳ سال قبل از بروز درد ریشه‌ای یا میانگین زمانی $5/7 \pm 3/2$ ذکر شده است و در ۱۱٪ آنها درد بعد از انجام کار سنگین شروع شده بود. شیوع شغلی به ترتیب در کارگران ۴۱٪، خانم‌های خانه‌دار ۲۱٪، کارمندان ۱۹٪، رانندگان ۱۲٪ و سایر اقسام ۷٪ بوده است. شایع‌ترین اندیکاسیون بستری جهت انجام عمل جراحی، کمردرد و درد ریشه‌ای غیر قابل تحمل و خسته کننده، ۹۱/۵٪، اختلال حرکتی و اتروفی عضلانی ۷٪ و اختلال اسفنکتری ۱/۵٪ بوده است. درد کمر بدون درد ریشه‌ای در ۳٪ و درد پا بدون درد کمر در ۲۹٪ بیماران وجود داشته است. آزمون لازک در ۶۵/۲٪ بیماران مثبت بود. در اکثر موارد (۶۱٪) فتق دیسک در سطح L4-L5 وجود داشت. ضایعه دیسک کمری در ۴۳/۷٪ موارد در طرف چپ و ۲۵/۳٪ در دو طرف و در ۳۲٪ موارد در دو سطح بوده است. بهبودی کامل درد ریشه‌ای بعد از عمل در ۸۴٪ بیماران مشاهده شد و در ۷٪ موارد، عمل همراه با عارضه و یا بدون نتیجه بود و بهبودی نسبی در ۹٪ موارد ذکر شده است. عدم پاسخ به درمان جراحی بیشتر به علت انتخاب ناصحیح بیمار، تشخیص غلط و تخلیه ناقص دیسک بوده است. در ۵٪ موارد عوامل پاتولوژی دیگری مثل آبسه موضعی، تومور، کیست هیداتیک و وریدهای برجسته بعنوان عامل فشاردهنده بر روی ریشه عصبی مشخص شده بود. کلید رمز موفقیت جراح در عمل جراحی دیسک کمری، انتخاب صحیح بیمار، دقت در تشخیص، عمل صحیح و به موقع می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: فتق دیسک کمری، عوارض، اپیدمیولوژی، درد سیاتیک

مقدمه

زیان‌های مالی و روانی ناشی از کمردرد و دیسک کمر خصوصاً در ممالک صنعتی سرسام‌آور است. به همین علت از زمان‌های بسیار قدیم تاکنون در مورد علت و روش درمان فتق دیسک کمر صحبت‌ها و بحث‌های فراوانی شده است. کمردرد در ایالات متحده آمریکا شایع‌ترین علت محدودیت کاری در سن زیر ۴۵ سالگی و در سن ۶۵-۴۵ سالگی، سومین عامل، بعد از ناراحتی‌های قلبی و دردهای مفصلی به شمار می‌رود (۱۶).

هر چه فردی بعلت کمردرد، مدت طولانی‌تری از کار کناره‌گیری کند، احتمال برگشت وی به کار مؤثر کمتر است (۱۹).

در یک بررسی که توسط وود (Wood) و بن (Benn) در انگلیس انجام گرفت، از بین رفتن حدود ۱۳ میلیون روزکاری در سال را بعلت کمردرد متذکر شده‌اند که بعد از بیماری‌های ریوی و کرونری در درجه سوم قرار می‌گیرد و این خود از روزهای اعتصاب کارگران در سال ۱۹۷۰ بیشتر می‌باشد (۴). نتیجه عمل جراحی دیسک کمری و عوارض بعد از عمل آن در مراکز مختلف متفاوت می‌باشد (۵). دانستن این موضوع برای بیمار بسیار مهم است که بداند پدایش فتق دیسک یک مسئله طبیعی پیشرفت سن می‌باشد و معمولاً سیر کلینیکی آن بهبودی تدریجی است و تشخیص فتق دیسک کمری به این معنی نیست که بیمار زمین‌گیر می‌شود. در ضمن باید بدانند که درد سیاتیکی یکطرفه به علت فتق دیسک، پیش‌آگهی بدی را در بر ندارد و بر طبق مطالعات هاکیلیوس (Hakelius) ۷۵٪ چنین بیمارانی در عرض کمتر از ده روز از شروع حمله درد سیاتیکی بهبودی می‌یابند و تنها ۱۹٪ این بیماران تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند (۱۴). آنچه مسلم است این است که در تصمیم‌گیری برای عمل جراحی فتق دیسک کمری باید کاملاً محتاط باشیم.

هدف اصلی از این مطالعه، بررسی نتایج و عوارض عمل جراحی دیسک کمری در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مقایسه آن با بعضی از آمارهای موجود می‌باشد تا شاید بتوان عدم موفقیت در درمان (۸) و اختلاف نتایج را تا حدودی مشخص نمود و از انجام عمل جراحی در بیمارانی که اندیکاسیون قطعی برای عمل جراحی ندارند جلوگیری نمود.

روش بررسی

از فروردین ماه سال ۱۳۶۲ تا اسفند ماه ۱۳۷۱ تعداد ۱۴۸۹ بیمار با اندیکاسیون قطعی برای عمل جراحی فتق دیسک کمری از طریق کلینیک خصوصی در سرویس‌های جراحی اعصاب

بیمارستان‌های آبت‌الله کاشانی و دکتر بهشتی بستری گردیده و تحت عمل جراحی قرار گرفتند.

بدیهی است که تمام این بیماران درمان محافظه‌کارانه را پشت سر گذاشته و هر کدام اندیکاسیونی برای انجام عمل جراحی داشته‌اند (جدول ۱). درمان محافظه‌کارانه شامل استفاده از داروهای ضد التهابی که بیشتر غیر استروئیدی بوده‌اند، آرام‌بخش‌ها، شل‌کننده‌های عضلانی و خصوصاً استراحت مطلق برای مدت ۲-۸ هفته و گاهی سه ماه، بر حسب وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار بوده است. تأیید تشخیص در ۸۲٪ موارد با میلوگرافی، ۱۲٪ موارد با سی‌تی‌اسکن و در ۶٪ موارد با ام‌آر‌آی بود. البته بعد از نصب ام‌آر‌آی در اصفهان در بیش از ۹۰٪ موارد از این وسیله برای تأیید تشخیص استفاده شده است.

جدول ۱: اندیکاسیون‌های عمل جراحی

۱	عدم بهبودی درد با درمان‌های محافظه‌کارانه بعد از ۲-۸ هفته، بسته به وضعیت اقتصادی اجتماعی بیمار	۵٪	۶۳ نفر
۲	عود مکرر حملات که ناتوان کننده بوده و مانع زندگی طبیعی گردد	۸۶/۵٪	۱۰۸۱ نفر
۳	سندرم دم اسب	۱/۵٪	۱۹ نفر
۴	بارزی قابل توجه یا پیشرونده	۷٪	۸۷ نفر

تعداد ۲۳۹ بیمار به علت عدم مراجعه به موقع جهت پی‌گیری و یا ناقص بودن پرونده از مطالعه حذف گردیدند. بیماران بطور معمول یک ماه بعد از عمل (مراجعه اول)، چهار ماه بعد از عمل (مراجعه دوم) ده ماه بعد از عمل (مراجعه سوم) و سپس سالی یک بار برای چهار سال متوالی تحت بررسی و پی‌گیری قرار گرفته‌اند. بعد از این مدت در صورت نبودن شکایت مهمی، پی‌گیری بیمار متوقف و به وی توصیه شده که در صورت بروز ناراحتی مهمی دال بر عود علائم قبلی مجدداً مراجعه نماید. پی‌گیری بیماران از ۹ ماه تا ۴ سال با میانگین زمانی 36 ± 6 ماه انجام شد و فرض بر این بود که اگر بیماری بعد از آخرین ویزیت مقرر (۴ سال) مجدداً به کلینیک مراجعه ننمود از نتیجه عمل راضی بوده و مشکل مهمی نداشته است. تعداد مراجعین بعد از آخرین ویزیت مقرر، بالغ بر ۸۷ نفر می‌باشند که حدود ۱۷٪ کل بیماران اولیه را شامل می‌شود. در این بررسی شایع‌ترین علائم بالینی، بافته‌های رادیولوژیک، نوع عمل و عوارض بعد از آن مورد مطالعه قرار می‌گیرد. تشخیص عوارض بعد از عمل، بر

متعدد (۱۷) اشاره شده است که در مطالعه ما نیز در کارگران با کار سنگین، خانم‌های خانه‌دار با آبهستی‌های متعدد، صندلی‌نشینان و رانندگان بیشتر دیده می‌شود.

شایع‌ترین محل فتق دیسک کمری L4-L5 و L5-S1 می‌باشد (۲۰) که در مطالعه ما در ۶۱٪ موارد در محل L4-L5 و در ۲۸/۴٪ در محل L5-S1 بوده است.

در مورد مقایسه بیمارانی که عمل شده‌اند با آنهایی که راضی به عمل نشده‌اند، آمار نشان می‌دهد که تا یکسال بعد از عمل نتیجه در افرادی که عمل شده‌اند بهتر است ولی بعد از ۳-۴ سال نتایج حدوداً یکسان است و بهمین دلیل پی‌گیری چهار ساله توصیه می‌شود (۲۲).

S.L.R در یک بررسی در ۹۰٪ بیماران مثبت بوده (۲۰) ولی در بیماران مادر ۶۵/۲٪ موارد مثبت بوده که این علامت پاتوگنومونیک نیست ولی در افراد جوان زیر ۳۰ سال منفی بودن آن کمکی است علیه تشخیص دیسک کمری و بعد از این سن منفی بودن آن عدم وجود فتق دیسک را ثابت نمی‌کند. تست لازک متقاطع (Crossed S.L.R) در اکثر موارد (حدود ۹۷٪ موارد) مؤید وجود فتق دیسک خصوصاً در ناحیه بغل ریشه (Axilla) یا قطعه آزاد دیسک (Free Fragment) است که در مطالعه ما شیوع آن در ۱۵/۳٪ موارد بوده است.

شایع‌ترین اندیکاسیون‌های بستری جهت انجام عمل جراحی فتق دیسک کمر، در مطالعه ما، کمر درد و درد ریشه‌ای غیر قابل تحمل و خسته کننده بوده و در مراحل بعدی اختلال حسی-حرکتی، آتروفی عضلانی و اختلال اسفنکتری بوده است.

روش‌های رادیولوژیکی متعددی مانند مپلوگرافی (۱۱)، سی‌تی‌اسکن (۱۲، ۱۵) و ام‌آر‌آی جهت تشخیص و بررسی عوارض وجود دارد که با توجه به شرایط این مرکز اکثر بیماران ما میلوگرام شده‌اند ولی بعد از نصب ام‌آر‌آی در اصفهان برای تأیید تشخیص بیش از ۹۰٪ بیماران از ام‌آر‌آی استفاده شده است. روش عمل جراحی بر حسب نوع ضایعه بصورت فنستریشن، اینترلامینار و یا لامینکتومی دوطرفه انجام شده و استفاده از روش‌های دیگری مثل فیوزن (۲۱)، میکرودیسکتومی (۹) پرکوتانیوس، اندوسکوپیک، دیسکتومی و (۱۸) درمان فتق دیسک با لیزر (Laser Therapy) (۱۰) استفاده نگردید. عود و عمل مجدد، بین ۵-۱۰٪ بیماران را در گزارشات مختلف شامل می‌شود و اکثراً عود در همان محل قبلی می‌باشد و وقتی عود علایم، مدت مدیدی بعد از عمل ایجاد شده باشد معمولاً نتیجه عمل مجدد بهتر می‌باشد. عمل مجدد بعثت عود علایم، در سری ما ۴/۴٪ (۵۵ نفر) را شامل شد که در ۱۱/۵٪ آنها (۶ نفر) عود در

(۳۱۶ نفر) دیسک دو طرفه و در ۴۳/۷٪ موارد (۵۴۷ نفر) دیسک در طرف چپ و در ۳۱٪ موارد (۳۸۷ نفر) دیسک در طرف راست بوده است. ۸۴٪ بیماران (۱۰۵۰ نفر) بهبودی کامل از درد ریشه‌ای داشته‌اند که در این گروه حدود نیمی از درد و ضعف خفیف موقع نشستن طولانی رنج می‌برده‌اند و در بعضی، اختلالات حسی بصورت کرختی در مسیر عصب گرفتار باقی مانده بود (نمودار ۲).

در ۵٪ موارد (۶۲ نفر) پاتولوژی دیگری مثل آبه موضعی، تومور، کیست هیداتیک و وریدهای برجسته عامل ایجاد بیماری بوده است. در ۱۶٪ بیماران (۲۰۰ نفر) عمل یا با عارضه همراه بود یا موفقیت کامل حاصل نشد (نمودار ۳) و در ۱۰۴ نفر علت آن عدم تخلیه کامل دیسک، انتخاب ناصحیح بیمار، تشخیص غلط و آسیب عروقی و عصبی بوده است.

بحث

کمر درد و درد سیاتیکی یکی از معضلات جامعه کنونی می‌باشد و باعث زیان‌های اقتصادی فراوان و ناراحتی‌های روحی و خانوادگی بسیار می‌شود و به همین دلیل در مورد علت و نحوه درمان این مشکل، مطالعات فراوان صورت گرفته است. در مطالعه گارفین (Garfin) و همکاران (۱۳) مشخص شده است که وقتی درمان محافظه کارانه شکست می‌خورد و اندیکاسیون قطعی برای انجام عمل جراحی وجود دارد بهتر است بیمار عمل شود چرا که نتیجه عمل دیسک کمری که اندیکاسیون قطعی برای عمل داشته باشد اگر بیش از حدود سه ماه به تأخیر افتد کاهش می‌یابد و اگر این تأخیر از یکسال تجاوز کند نتیجه عمل چندان رضایت‌بخش نخواهد بود (۱).

در گزارش آقای راتمن (Rothman) (۲) سن متوسط بیماران ۳۷ سال گزارش شده و ۷۶٪ آنها قبل از شروع درد سیاتیکی از کمر درد ده ساله رنج می‌برده‌اند که در این مطالعه نیز سن متوسط در همین حدود می‌باشد (نمودار ۱) و ۶۵٪ بیماران (۸۱۲ بیمار) سابقه کمر درد چند ساله قبل از بروز درد ریشه‌ای را ذکر کرده‌اند و در ۸۵٪ بیماران (۱۰۶۲ نفر) درد ریشه‌ای ماه‌ها بعد از شروع درد کمر ایجاد شده بود. فتق دیسک کمری در اطفال و بالغین جوان زیر ۱۸ سال شیوع کمتری داشت که در آمارهای مختلف ۲/۱۵-۰/۹٪ دیسک‌های کمری را تشکیل می‌دهد که در بررسی حاضر ۵/۸۵٪ بیماران را شامل می‌شود. در مقالات متعدد اشاره دقیقی به ارتباط بین شغل و فتق دیسک کمری بعمل نیامده ولی به شیوع آن در بعضی موارد همانند انجام کارهای فیزیکی سنگین و صندلی‌نشینان و رانندگان، ارثی بودن، بلند قدی، آبهستی‌های

ریشه‌ای و در دو مورد آسیب کامل ریشه‌ای بوده است. ۴/۸٪ بیماران که ما تحت عمل جراحی قرار دادیم (۶۰ بیمار) با پاتولوژی دیگری غیر از فتق دیسک مواجه شدیم. این موارد شامل: وریدهای برجسته و شبکه وریدی، تورم ریشه عصبی، هیپرتروفی فاست و لیگمان، نورینوم، آبسه موضعی، تومور سلول ژانت (Giant cell tumor)، هسچکین، متاستاز، کیست هیداتیک، کندرومیکزوئید فیبروم (Chondromyxoid fibroma) کودروم می‌باشد. در آمارهای منتشر شده مرگ و میر عمل به طور متوسط ۰/۳٪ گزارش شده است (۷). مرگ و میر بیماران ما سه نفر را شامل می‌شود که به علل آمبولی ریه و سکت قلبی فوت نمودند.

سطح دیگری بوده است. در گزارش‌های مختلف (۳،۴،۶) عوارض شدید حدود ۰/۲٪ و عوارض خفیف ۲٪ می‌باشد و این عوارض شامل آسیب دورا، آسیب احشاء داخل شکم و لگن، عفونت، خونریزی‌های عروق داخل شکمی لگنی (۵)، عدم ثبات مکانیکی ستون فقرات (Mechanical instability) (۸) و در ۰/۵٪ موارد عفونت و Discitis می‌باشد. در سری بیماران ما عوارض بعد از عمل به طور کلی در ۶٪ بیماران بوده است (۷۵ نفر) که ۲/۹٪ آن را عفونت و Discitis (۳۶ نفر) تشکیل داد. و عوارض دیگر شامل سه مورد پارگی عروق داخل شکمی لگن (ایلیاک مشترک و داخلی و خارجی)، یک مورد آسیب حالب، ۲۴ مورد پارگی دورا که در پنج مورد آن همراه با آسیب نسبی

Summary

A Retrospective Study of 1250 Cases of Lumbar Disc Herniation Operated upon at two Hospitals of Isfahan University of Medical Sciences

H. Moein, MD¹

1. Assistant Professor of Neurosurgery, Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, Isfahan, Iran

In this study 1250 patients who have been operated for lumbar disc herniation during 10 years were analysed. Seventy one percent of patients were male, with an average age of 37.2 ± 9.5 years in which 61% had backache for many years (Average 3.5 ± 2.1 year) before experiencing root pain, and in 54% of them backache started following a heavy weight lifting or heavy job. 29% of patients were female with an average age of 41.1 ± 8.4 years in which 69% had backache for an average of 5.7 ± 3.2 years before experiencing root pain and in 11% of them backache started following a heavy job. Worker incidence of back pain prevalence was 41%, Housewives 21%, sedentary employees 19%, Drivers 12% and others 7%. The commonest indications for operation were, backache in association with root pain not relieved by rest in 91.5%, atrophy and motor disturbancise in 7%, sphincteric disturbances in 1.5%. Three percent of patients had backache with no root pain. 29% of patients had root pain only. S.L.R were positive in 65.2% and 61% had L4-L5, P.I.D. and in 25.3% disc was bilateral and 32% of patients had disc herniation at two levels. Complete recovery from root pain was seen in 84% of patients Post.op. 16% of patients had partial recovery or faced with complications. 5% of patients found to have another pathology rather than disc such as focal abscess, tumor, hydatid cyst, and congested veins. The key success to this operation found to be in correct selection of patient, right diagnosis, perfect and on time operation by an experienced surgeon.

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1996; 3(1): 1-6

Key Words: Lumbar disc hernia, Complications, Epidemiology, Sciatica pain

References

1. Arnoldi CC, Brodsky AE, Cauchoix J et al. Lumbar spinal stenosis and nerve root entrapment syndromes. Definition and classification. *Clin Orthop* 1976; (115): 4-5.
2. Bell GR and Rothman RH. The conservative treatment of sciatica. *Spine* 1984; 9(1): 54-56.
3. Bell GR, Rothman RH, Booth RE, Cuckler JM, Garfin S and Herkowitz H. A study of computer assisted tomography. comparison of metrizamide myelography and Computed tomography in the diagnosis of herniated lumbar disc and spinal stenosis. *Spine* 1984; 9(6): 552-556.
4. Benn RT and Wood PH. Pain in the back: An attempt to estimate the size of the problem. *Rheumatol Rehabil* 1975; 14(3): 121-128.
5. Bolesta MJ. Vascular injury during lumbar discectomy associated with peridiscal fibrosis. *J Spinal Disorder* 1995; 8(3): 224-227.
6. Brevik H, Hesla PE, Molnar I and Lind B. Treatment of chronic low back pain and sciatica: Comparison of caudal injections of bupivacaine and methylprednisolone. *Adv Pain Res* 1976; 1: 927-931.
7. Burton CV. The gravity lumbar reduction therapy program. *J Musculoskeletal Med* 1986; 3: 12-15.
8. Caputy AJ and Leussenhop AJ. Long term evaluation of decompressive surgery for degenerative lumbar stenosis. *J Neurosurgery* 1992; 77: 669-676.
9. Caspar W, Campbell B, Barbier DD, Kretschmer R and Gotfried Y. The caspar microsurgical discectomy and comparison with a conventional standard lumbar disc procedure. *Neurosurgery* 1991; 28(1): 78-86.
10. Choy DS, Ascher PW, Saddekni S et al. Percutaneous laser disc decompression. A new therapeutic modality. *Spine* 1992; 17(8): 949-956.
11. Dullerud R and Nakstad PH. C.T. changes after conservative treatment for lumbar disc herniation. *Acta Radiol* 1994; 35: 415-419.
12. Gallucci M, Bozzao A, Orlandi B, Manetta R, Brughitta G and Lupattelli L. Does postcontrast MR enhancement in lumbar disc herniation have prognostic value? *J Comput Assist Tomogr* 1995; 19(1): 34-38.
13. Garfin SR, Giover M, Booth RE et al. Laminectomy: a review of the pensylvania hospital experience. *J Spinal Dis* 1988; 1: 116.
14. Hakelius A. Prognosis in sciatica: a clinical follow up of surgical and non-surgical treatment. *Acta Orthop Scand* 1970 (suppl.); 129: 1.
15. Janssen ME, Bertrand SL, Joe C and Levine MI. Lumbar herniated disc disease, comparison of M.R.I myelography and post myelographic C.T scan with surgical findings. *Orthopedics* 1994; 17(2): 121-127.
16. Kelsey JL and White AA. Epidemiology and impact of low back pain. *Spine* 1980; 5(2): 133-142.
17. Kelsey JL, Golden AL and Mundt DJ. Low back pain/Prolapsed lumbar intervertebral disc. *Rheum Disc Clin North Am* 1990; 16(3): 699-716.
18. Mayer HM and Brock M. Percutaneous endoscopic discectomy: surgical technique and preliminary results compared to microsurgical discectomy. *J Neurosurgery* 1993; 78(2): 216-225.
19. McGill CM. Industrial back problems. A control program. *J Occup Med* 1968; 10(4): 174-178.
20. Spangfort EV. The lumbar disc herniation. A computer-aided analysis of 2,504 operations. *Acta Orthop Scand Suppl* 1972; 142: 1-95.
21. Turner JA, Ersek M, Herron L et al. Patient outcomes after lumbar spinal fusions. *JAMA* 1992; 268(7): 907-911.
22. Weber H. Lumbar disc herniation. A controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine* 1983; 8(2): 131-140.