

ภาวะกระดูกพอกของเอ็นกระดูกสันหลังด้านหลัง

กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย

ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น 40002

Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament

Kitti Jiraratanaphochai

Department of Orthopaedics, Faculty of Medicine, Khon Kaen University Khon Kaen, 40002 Thailand.

ประวัติและการตรวจร่างกาย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงอายุ 41 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาจังหวัดมหาสารคาม มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดต้นคอ แขนขาทั้ง 2 ข้างชา และอ่อนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ มานาน 3 เดือน ผู้ป่วยเคยไปพบแพทย์ที่คลินิกได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกทับเส้นประสาทและได้รับยามารับประทานแต่อาการไม่ดีขึ้น ประมาณ 2 สัปดาห์ก่อนมาพบแพทย์ครั้งนี้เริ่มกลับปัสสาวะไม่ได้และมีอาการอ่อนแรงมากขึ้น จึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาล

การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยงอคอได้น้อยกว่าปกติ กำลังกล้ามเนื้อของแขนและขาทั้ง 2 ข้างระดับ 3 และ 4 แขนและขาซ้ายอ่อนแรงมากกว่าขาขวา มีอาการชาตั้งแต่ต้นคอลงไป ตรวจพบ reflex ของแขนและขาทั้ง 2 ข้างไวกว่าปกติ ตรวจ Hoffman และ Babinski sign ให้ผลบวกทั้ง 2 ข้าง ไม่พบ clonus การตรวจร่างกายอื่นไม่พบความผิดปกติ

การตรวจภาพเอกซเรย์ของกระดูกต้นคอ พบว่ามีลักษณะเสื่อมตั้งแต่ระดับ C3-C6 และ แนวกระดูกคอกิ่ง (kyphosis)

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยชายอายุ 70 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดเพชรบูรณ์ มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลด้วยอาการปวดต้นคอ แขนและขาทั้ง 2 ข้าง ชาและอ่อนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ มานาน 3 เดือน บางครั้งมีอาการเกร็งกระดูกของแขนและขาทั้ง 2 ข้างร่วมด้วย ประมาณ 10 วันก่อนมาพบแพทย์ครั้งนี้เริ่มมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นและเดินลำบากจึงมารับการตรวจที่โรงพยาบาล

การตรวจร่างกายพบว่าผู้ป่วยเคลื่อนไหวคอได้ปกติ กำลังกล้ามเนื้อของแขนและขาทั้ง 2 ข้างระดับ 3 และ 4 แขนอ่อนแรงมากกว่าขาเล็กน้อยมีอาการชาตั้งแต่ต้นคอลงไป ตรวจพบ reflex ของแขนและขาทั้ง 2 ข้างไวกว่าปกติ ตรวจ Hoffman และ Babinski's sign ให้ผลบวกทั้ง 2 ข้าง ไม่พบ clonus การตรวจร่างกายอื่นไม่พบความผิดปกติ

การตรวจภาพเอกซเรย์ของกระดูกต้นคอพบว่ามีลักษณะเสื่อมตั้งแต่ระดับ C3-C7 และ แนวกระดูกคอกิ่งมี lordosis ปกติ

สรุปปัญหาผู้ป่วย

ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มาพบแพทย์ด้วยอาการปวดต้นคอ แขนและขาทั้ง 2 ข้างชาและอ่อนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ร่วมกับมี upper motor neurone signs โดยไม่พบความผิดปกติทางระบบประสาทอื่น ๆ ซึ่งเป็นลักษณะพยาธิสภาพของไขสันหลังระดับคอ (cervical myelopathies) สาเหตุอาจเกิดจากขาดความผิดปกติภายในตัวไขสันหลังเอง (intrinsic cord lesions) หรือเกิดจากความผิดปกติภายนอกตัวไขสันหลังมากกดทับไขสันหลัง (extrinsic cord lesions) และส่วนใหญ่ต้องรักษาโดยการผ่าตัด สาเหตุของ extrinsic cord lesions ที่พบบ่อยได้แก่

1. Cervical spondylosis
2. Cervical disc disease
3. Tuberculosis of cervical spine
4. Metastatic cervical spine tumor
5. Ossification of posterior longitudinal ligament (OPLL)

จากลักษณะทางคลินิกและภาพเอกซเรย์ของกระดูกต้นคอของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาจแยกภาวะ tuberculosis และ metastatic bone tumor ออกไปได้ แต่ไม่สามารถแยกภาวะ spondylosis, cervical disc และ OPLL ได้ ผู้ป่วยจึงได้รับการส่งตรวจ MRI ของกระดูกต้นคอซึ่งสามารถให้การวินิจฉัยและบอกระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพ เพื่อวางแผนการรักษาได้ดีกว่าการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น myelogram หรือ CT scan

ผลการตรวจ MRI พบว่าอาการของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีสาเหตุจาก OPLL โดยรายแรกเป็น OPLL ชนิด segmental type ระดับ C3-C6 และมี kyphosis ของกระดูกต้นคอ จึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด anterior subtotal corpectomy ระดับ

C3-C6 ร่วมกับใส่ fibular strut graft ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 เป็น OPLL ชนิด mixed type และมี lordosis ของกระดูกต้นคอตามปกติ จึงได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด laminoplasty ระดับ C3-C7 อาการขาอ่อนแรงและอาการเกร็งของผู้ป่วยทั้ง 2 รายดีขึ้นหลังผ่าตัด

วิจารณ์

การวินิจฉัยภาวะ cervical myelopathies สามารถวินิจฉัยจากการตรวจร่างกายทั่วไปร่วมกับการตรวจทางระบบประสาทอย่างละเอียดครบถ้วน แต่การวินิจฉัยสาเหตุของพยาธิสภาพส่วนใหญ่ต้องอาศัยการตรวจค้นด้วยวิธีการต่างๆ เช่นการตรวจภาพเอกซเรย์ของกระดูกต้นคอ, electromyogram (EMG), myelogram, CT scan, และ MRI การตรวจ MRI ถือได้ว่าเป็น investigation of choice ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะ cervical myelopathies เนื่องจากสามารถบอกลักษณะของพยาธิสภาพของผู้ป่วยได้ทั้งหมดและยังช่วยในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้นดังเช่นผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยภาวะ cervical myelopathies เหมือนกัน แต่ได้รับการผ่าตัดรักษาด้วยวิธีที่แตกต่างกัน เนื่องจากระดับและพยาธิสภาพของ OPLL ของผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกัน

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของ OPLL ที่ชัดเจน พบเกิดขึ้นกับกระดูกสันหลังทุกระดับโดยพบที่ระดับคอร้อยละ 70-75 ระดับอกร้อยละ 15-20 ระดับเอวร้อยละ 10 พบมากในคนแถบเอเชียโดยเฉพาะญี่ปุ่นและจีน อาจพบร่วมกับภาวะ idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) และ ankylosing spondylitis ในเด็กที่พ่อหรือแม่มีภาวะ OPLL จะพบอุบัติการณ์สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 15 เท่า

ลักษณะทางคลินิกของ OPLL เริ่มจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดต้นคออาจมีการร้าวไปที่แขนแบบ radicular pain ต่อมาจึงมีอาการของการกดรากประสาทและไขสันหลังตามมาซึ่งเป็นลักษณะทางคลินิกเช่นเดียวกับที่พบในภาวะ cervical spondylosis และ cervical disc สามารถแบ่งชนิดของ OPLL ตามลักษณะที่ปรากฏใน CT scan หรือ MRI ออกเป็น 4 ชนิดคือ 1

1. Segmental type พบร้อยละ 39
2. Continuous type พบร้อยละ 27
3. Mixed type พบร้อยละ 29
4. Localized type พบร้อยละ 7

การรักษา ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยคือมีเพียงอาการปวดหรือการระคายเคืองรากประสาท สามารถรักษาโดยวิธีอนุรักษ์ด้วยการให้รับประทานยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) หรือ traction ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษา ได้แก่

1. เสียการควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ
2. มีอาการของการกดไขสันหลัง
3. มีอาการปวดอย่างรุนแรงซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์

วิธีการผ่าตัดอาจจะเป็น anterior decompression, posterior decompression หรือ combined anterior and posterior decompression ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะแนวกระดูกต้นคอและพยาธิสภาพของ OPLL ว่าเป็นชนิดใดและมีกี่ระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. Satomi K, Hirabayashi. Ossification of the posterior longitudinal ligament. In: Herkowitz HN, Garfin SR, Balderston RA, Eismont FJ, Bell ER, Wiesel SW. (eds). The Spine. 4th ed. Vol 2. Philadelphia: WB Saunders, 1999: 565-80.