Jamistość rdzenia i zespół Chiari.

W jamistości rdzenia (syringomielii) dochodzi do poszerzenia kanału centralnego leżącego w środku rdzenia kręgowego w postaci jam rozciągających się na różnej długości, lezących głównie w odcinku szyjnym i piersiowym. Jama obejmuje nie tylko sam kanał centralny, lecz sięga także na przekroju porzecznym do miąższu rdzenia. Prawie zawsze związana jest ona z patologiami, głównie wadami budowy, dotyczącymi tylnej jamy czaszki i okolicy otworu wielkiego. Towarzyszy ona głównie zespołom Chiari typom pierwszemu i drugiemu, wgłąbieniu podstawy czaszki, zespołowi Dandy-Walkera, wrodzonemu zarośnięciu otworów odpływowych IV komory mózgu (Luschki i Magenediego). Warto dodać, że nie każda, szczególnie mała jamka i tym bardziej mała jamka w dolnej części rdzenia budzi podejrzenie jamistości, mogą to być bowiem być zmiany poudarowe, pozapalne, lub nieznanego pochodzenia. Badaniem z wyboru jest rezonans magnetyczny (NMR) pokazujący rozległość jamy oraz wady budowy tylnej jamy czaszki; zawsze niezbędne jest wykonanie badania NMR także po podaniu środka kontrastowego, aby wykluczyć jamistość będącą skutkiem guza (nowotworu) rdzenia kręgowego. Jamistość częściej występuje u mężczyzn, objawy pojawiają się pomiędzy 20 a 40 rokiem życia i najczęściej postępują w kierunku inwalidztwa w przeciągu kilku, kilkunastu lat. Objawem charakterystycznym są tzw. rozszczepienne zaburzenia czucia tj. zniesienie na pewnym obszarze skóry czucia temperatury i bólu przy zachowanym czuciu ułożenia kończyn i czuciu dotyku. Początkowym objawem jest często niemożność określenia temperatury wody, potem zdarzają się bezbolesne, „ przypadkowe” zranienia, oparzenia. Ponieważ jamistość najczęściej jest najbardziej wyrażona w odcinku szyjnym ww. objawy dotyczą kończyn górnych, również osłabienie mięśni z zanikami dotyczy głównie rąk (dłoni) i obręczy barkowej. Narasta z czasem uczucie sztywności (uczucie obręczy) tułowia i sztywność kończyn dolnych. Czasem dołącza się tzw. zespół Hornera polegający na zwężeniu źrenicy i opadnięciu powieki, a wynikający z uszkodzenia odpowiedniego ośrodka w rdzeniu kręgowym na pograniczu szyjnego i piersiowego odcinka. Czasem pojawiają się zaburzenia wegetatywne w postaci zaburzeń troficznych skóry oraz brak czucia bólu prowadzi do uszkodzeń stawów, głównie ramiennego, stawów rąk, w dalszej kolejności łokciowego. Operacja, zwana obarczeniem szczytowo-potylicznym, polega na odtworzeniu zbiornika płynowego na tylnej powierzchni rdzenia w obrębie otworu potylicznego wielkiego, czyli w miejscu połączeni kręgosłupa z podstawą czaszki.. W tym celu zdejmuje się tylna niewielką część łuski potylicznej w linii pośrodkowej oraz tylny łuk najwyższego kręgu szyjnego wszywając w nacięty worek oponowy naddatek z okostnej. W przypadku, gdy jamistości nie towarzyszy zsp Chiari lub inna wada złącza szczytowo-potylicznego, zakłada się na stałe (pod skórą) drenaż jamy syringomielicznej do jamy otrzewnej. Dren do jamy zakłada się w górnym odcinku piersiowym kręgosłupa. Innym rodzajem jamistości jest jamistość pourazowa, występuje ona u około 3 % ludzi po poważnych urazach rdzenia, po kilku latach od wydarzenia. Średnio po 10 latach od urazu pojawiają się nowe objawy, tzn. do obecnego od urazu niedowładu czy porażenia kończyn dołączają się bóle i drętwienia w obrębie tych kończyn, postępuje „ ku górze” zakres niedowładu i obszar osłabienia (zniesienia) czucia, zwiększa się spastyczność (napięcie) mięśni, zwiększa się potliwość skóry. W jamistości pourazowej jama jest w miąższu rdzenia obok kanału środkowego. Leczenie polega na operacyjnym połączeniu jamy pourazowej z przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia (przestrzenią z płynem mózgowo-rdzeniowym wokół rdzenia).