

Hérnia de disco cervical no adulto: tratamento cirúrgico

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

AUTORIA

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Sociedade Brasileira de Reumatologia

PARTICIPANTES

Ricardo Vieira Botelho, Fabiano Ricardo de Tavares Canto, Helton Defino, Fernando Antonio Façanha Filho, Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero, Robert Meves, Osmar J.S. Moraes, Marcelo Luis Mudo, Ricardo dos Santos Simões, Mario Augusto Taricco, Sérgio Zylbersztejn, Marcos Renato Assis

ELABORAÇÃO FINAL

28 de setembro de 2011

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum conflito de interesse declarado.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA

Para elaboração desta diretriz, foram consultadas as bases eletrônicas primárias e secundárias de dados MEDLINE (1966-2009), Cochrane, Registro de Ensaio Controlados da Colaboração Cochrane – CENTRAL, Embase (1980-2010) e Lilacs (1982-2010). A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou os descritores nos termos MeSH e como termos isolados: Intervertebral Disk Displacement; Discectomy, Percutaneous; Discectomy; Percutaneous, Cervical Vertebrae; Adult; Surgical Fixation Devices; Orthopedic Fixation Devices; Arthroplasty; Surgical Procedures, Operative; Outcome Assessment; Pain Measurement. Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica por especialistas das Sociedades participantes, sendo utilizadas para as recomendações as publicações de maior força. As recomendações foram elaboradas a partir de discussão com o grupo elaborador. Toda a diretriz foi revisada por grupo especializado, independente, em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

GRAUS DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO

Esta diretriz tem como público-alvo reumatologistas, ortopedistas, fisiatras, neurologistas e neurocirurgiões, a fim de que possam orientar a indicação do procedimento cirúrgico para o paciente adulto portador de cervicobraquialgia com radiculopatia por hérnia de disco cervical em único nível, de C3 a C7, sem sinais clínicos de mielopatia resistente às medidas clínicas de tratamento.

INTRODUÇÃO

A radiculopatia em consequência ao prolapso do disco intervertebral cervical, em geral, ocorre entre a terceira e quarta década da vida, durante as fases iniciais da degeneração do disco intervertebral, quando se observam fissuras na circunferência do ânulo fibroso. O rompimento do ânulo fibroso leva à formação da hérnia, que pode ser contida, não contida, extrusa subligamentar ou transligamentar e sequestrada. O processo inflamatório e o fragmento do disco intervertebral centrolateral adjacente à raiz nervosa cervical resultam em cervicobraquialgia distribuída pelo dermatomo correspondente à raiz nervosa. Alguns pacientes podem apresentar paresia e/ou diminuição do reflexo osteotendinoso profundo do músculo correspondente ao nível comprometido. A cirurgia é opção de tratamento nos pacientes que não respondem às medidas clínicas por tempo adequado (2 a 3 meses) ou que apresentam dor intratável e/ou à disfunção neurológica progressiva¹(**A**)²⁻⁴(**D**). As opções de tratamento cirúrgico vigentes incluem a discectomia anterior, discectomia anterior com enxerto anterior, com e sem instrumentação, foraminotomia posterior, com ou sem microdiscectomia posterior, e a artroplastia.

1. QUANDO SE INDICA A ABORDAGEM ANTERIOR OU POSTERIOR?

Em 1955 e 1959, Robinson, Smith e Cloward introduziram uma abordagem direta, realizada de maneira anterior (com uma incisão longitudinal ao longo da borda anterior do músculo esternocleidomastóideo), o que possibilitou redução significativa na incidência de lesões da medula espinhal e raiz, infligidas durante a

laminectomia^{5,6}(C)^{7,8}(D). As vantagens da abordagem anterior tornaram-se evidentes, na medida em que era fácil de ser realizada, propiciava ampla exposição e a descompressão associada à estabilização poderia ser obtida em uma única operação.

Nas últimas quatro décadas, muitas variações e modificações da técnica foram descritas. No momento atual, temos várias opções de tratamento cirúrgico para abordagem anterior. Elas incluem a discectomia simples, discectomia e artrodese com enxerto autólogo ou homólogo, discectomia e espaçador intersomático (metálicos, biológicos e polímeros), com e sem artrodese, discectomia e indutores ósseos, discectomia e artrodese, com ou sem placa, e artroplastia^{9,10}(C)¹¹(D).

A discectomia anterior e a microdiscectomia posterior podem ser indicadas com resultados funcionais similares nas hérnias laterais. Naquelas com componente central, a discectomia anterior é a mais indicada e estudada em ensaios clínicos para a retirada do prolapso de disco intervertebral cervical¹²(B).

RECOMENDAÇÃO

O tratamento da hérnia discal cervical, na ausência de compressão medular, é clínico, sendo indicada a intervenção cirúrgica para pacientes que falharam ao tratamento clínico adequado por 2 a 3 meses ou que apresentam dor refratária e/ou disfunção neurológica progressiva. Indica-se discectomia anterior em hérnias centrais e ambas as opções (abordagem anterior e posterior) são válidas nas hérnias laterais.

2. A TÉCNICA PERCUTÂNEA (NUCLEOPLASTIA CERVICAL PERCUTÂNEA) É INDICADA NOS CASOS DE HÉRNIA DE DISCO CERVICAL DO ADULTO?

A nucleoplastia é uma técnica minimamente invasiva, na qual o disco intervertebral não é removido. Utilizando energia de faixa específica de radiofrequência, foi desenvolvida para ser uma alternativa ao tratamento cirúrgico convencional, na falha do tratamento clínico, para hérnias discais cervicais e lombares contidas e em casos selecionados de degeneração discal lombar (discopatía dolorosa). Por ser tratamento minimamente invasivo, tem por objetivo, por meio da inserção de dispositivo percutâneo no disco intervertebral, a ablação do núcleo pulposo de modo controlado, reduzindo, por conseguinte, a pressão intradiscal¹³(C).

Os dados disponíveis sobre essa modalidade terapêutica ainda são insuficientes, entretanto, estudos indicam que a técnica, além de apresentar relativa segurança, está associada aos desfechos funcionais favoráveis¹⁴⁻¹⁶(B). Em estudo de coorte observacional, incluindo indivíduos com média etária de 51 anos (DP ± 10 anos), portadores de hérnia de disco cervical contida, identificada por meio de tomografia computadorizada e/ou ressonância mag-

nética (RM) (31% dos pacientes apresentavam hérnia de disco cervical entre C5-6), submetidos à nucleoplastia cervical percutânea e acompanhados pelo período médio de 12 meses, observou-se melhora significativa no escore da escala visual analógica da dor (EVA) no 1º, 2º, 3º e 12º mês de seguimento em comparação aos valores obtidos no pré-operatório. Observou-se, ainda, ausência de casos de instabilidade cervical (considerado como deslocamento angular ≥ 11° ou deslocamento horizontal ≥ 3 mm) após cirurgia percutânea. Assim, houve desfechos funcionais favoráveis (analisado por meio da EVA) nos pacientes submetidos à nucleoplastia cervical percutânea, entretanto, faltou grupo-controle de comparação, para maior consistência das conclusões¹⁷(B).

RECOMENDAÇÃO

As evidências disponíveis quanto à efetividade da nucleoplastia são limitadas, não existindo ensaios clínicos randomizados controlados comparando-a a outras modalidades cirúrgicas. Não se recomenda a nucleoplastia no tratamento de rotina nesses pacientes.

3. COM RELAÇÃO AOS DESFECHOS FUNCIONAIS, EXISTE DIFERENÇA AO SE COMPARAR A DISCECTOMIA SIMPLES (DS) E A DISCECTOMIA SEGUIDA DE ARTRODESE (DF) COM ENXERTO ÓSSEO?

A discectomia cervical anterior (ACD) é muitas vezes utilizada para tratar a cervicobraquialgia com sintomas radiculares, variando entre discectomia simples (DS) e discectomia com artrodese (DF), com ou sem uso de dispositivos intersomáticos, associada ou não à placa para manutenção da altura do disco intervertebral e alinhamento vertebral.

Ensaio clínico randomizado analisando pacientes com hérnia de disco cervical com indicação cirúrgica e submetidos a DS ou DF, obteve, no período de seguimento de 3 e 12 meses, melhores resultados cirúrgicos (quantificados como excelentes e bons resultados (Odom I e II) naqueles submetidos à DS em detrimento aos submetidos à DF (87% versus 61% e 87% versus 68%, respectivamente para 3 e 12 meses)¹²(B).

3A. AO SE ANALISAR AS TAXAS DE SUCESSO CIRÚRGICO EXISTEM DIFERENÇAS NA COMPARAÇÃO ENTRE A DISCECTOMIA SIMPLES (DS), DISCECTOMIA SEGUIDA DE FUSÃO INTERVERTEBRAL (DF) E DISCECTOMIA COM FUSÃO INTERVERTEBRAL E INSTRUMENTAÇÃO (DFI)?

Instrumentação vertebral é um termo genérico utilizado para procedimentos cirúrgicos que implantam parafusos, dispositivos intersomáticos (espaçadores), placas e hastes, para a estabilização da coluna. A instrumentação e fusão são utilizadas para permitir estabilidade à coluna ou corrigir uma deformidade, como no caso de uma

doença discal degenerativa que causa instabilidade ou escoliose progressiva, que é causa de deformidade.

Existem poucos estudos prospectivos e aleatórios sobre essa modalidade terapêutica, dificultando o esclarecimento se o uso do espaçador de titânio após a discectomia apresenta resultados superiores, relativos à taxa de sucesso cirúrgico, em detrimento à DS no tratamento da compressão da raiz cervical¹⁸(B).

Ensaio clínico incluiu indivíduos (média etária de 45 anos) sintomáticos há pelo menos 6 semanas para compressão de raiz cervical e em planejamento cirúrgico por meio de abordagem anterior em somente um nível, randomizados para DS ou discectomia seguida do uso de espaçador de titânio. Após tratamento cirúrgico, observou-se, no seguimento de 3 e 12 meses, ausência de diferença significativa na avaliação, por meio da escala de Odom e das taxas de sucesso. Essa diferença permaneceu não significativa mesmo após 24 meses de seguimento, em que 86% dos pacientes submetidos à discectomia seguida do uso de espaçador de titânio demonstraram persistência de bons resultados cirúrgicos em detrimento a 76% daqueles submetidos à DS¹⁹(A).

No presente momento, intervenções cirúrgicas anteriores com vistas ao tratamento da cervicobraquialgia associada aos sintomas radiculares podem variar entre DS e DF, com ou sem o uso de dispositivos intersomáticos. Todavia, a necessidade de fusão intervertebral após realização de ACD permanece assunto controverso²⁰⁻²³(C).

Estudo randomizado incluindo indivíduos (média etária de 43 anos) portadores de radiculopatia cervical, com sintomas referentes a um único nível cervical comprometido, sem melhora clínica após tratamento medicamentoso e diagnóstico clínico confirmado mediante exames de imagem (radiografia e RM) submetidos a DS, DF com ou sem instrumentação (DFI ou DF), observou que, após 12 e 24 meses de seguimento, à análise do questionário de dor McGill (MPQ), a abordagem cirúrgica (independente da técnica utilizada) resultou em melhora no quadro algico quando comparada ao pré-operatório, sem diferença significativa entre os grupos (92% dos pacientes submetidos a DS, 93% a DF e 100% a DFI estavam sem dor radicular no membro superior ($p = 0,36$). Com relação à dor cervical, esta se apresentava ausente em 83%, 80% e 73%, respectivamente, em DS, DF e DFI, $p = 0,33$), não demonstrando diferença significativa entre os grupos²⁴(A).

Outro estudo clínico randomizado analisando a intensidade da cervicalgia no pós-operatório de pacientes submetidos a DS ou DFI observou, após seguimento de 12 meses, melhora significativa do quadro algico (membro superior), em ambas as abordagens cirúrgicas, entretanto com melhora significativa para o quadro de dor cervical apenas naqueles submetidos a DFI²⁵(B).

3B. ANALISANDO-SE AS TAXAS DE FUSÃO E CIFOSE NO PÓS-OPERATÓRIO, EXISTEM DIFERENÇAS NA COMPARAÇÃO ENTRE A DS, DF E DFI?

A abordagem cirúrgica mais utilizada no tratamento da doença degenerativa discal cervical é a discectomia com ou sem fusão dos dois corpos vertebrais adjacentes. Os objetivos do tratamento cirúrgico podem ser resumidos em: obtenção da descompressão (envolve a remoção do disco intervertebral ou estruturas osteolíticas dos elementos neurais comprimidos), restauração do alinhamento (reparo da altura do espaço discal e altura do forame neural), e estabilidade da coluna cervical (eliminação de movimento).

Avaliando-se os desfechos radiográficos de pacientes submetidos a DS, DFI ou DF, obtidos por intermédio de radiografias de coluna cervical em incidência anteroposterior, perfil, oblíquas e perfil em flexão e extensão, observa-se que as taxas mais altas de não fusão estavam presentes nos indivíduos submetidos a DS (3 meses após a cirurgia, as taxas de fusão observadas para a DF e DFI foram 60% e 73%, respectivamente, em detrimento a nenhum para a DF). Já, com 24 meses de seguimento, as taxas de fusão observadas foram de 93%, 100% e 67% para DF, DFI e DS, respectivamente²⁴(A).

Com relação à perda da lordose e aumento da cifose (caracterizada como ângulo $\geq 5^\circ$ entre os segmentos fundidos), observou-se que a deformidade foi frequente nos pacientes submetidos a DS em comparação às outras abordagens cirúrgicas (75% dos pacientes submetidos a DS demonstraram cifose no 3º mês de pós-operatório, mantendo-se persistente no período de seguimento de 24 meses; $p = 0,007$). Por outro lado, não houve diferença significativa no alinhamento segmentar nos pacientes submetidos a DF e DFI²⁴(A).

Em outro estudo randomizado, com período de seguimento de 48 meses, observou-se, por meio de avaliação radiográfica, que a fusão óssea foi atingida em quase todos os casos (90% para DS e 100% para DF e DFI). Observou-se, ainda, que uma leve cifose (caracterizada como ângulo de 0° a 4° entre os segmentos) foi identificada em todos os grupos, sendo reportada maior frequência nos pacientes submetidos a DS, entretanto, sem demonstrar diferença estatística (62,5% para DS 40% para DF e 44% para DFI²⁶(B).

Os pacientes submetidos à artrodese com uso de espaçador apresentaram estatisticamente melhor resultado a curto e médio prazos do que a DS, de acordo com o retorno ao trabalho, dor radicular e critério de Odom. A média de cifose foi de $24,2^\circ$ após DS, $3,3^\circ$ na DF e $2,7^\circ$ após o uso da placa. O uso da placa não mudava o desfecho funcional²⁷(B).

RECOMENDAÇÃO

Na indicação de descompressão cirúrgica, recomenda-se a discectomia anterior, que pode ser associada à artrodese intersomática e ao uso de espaçador intersomático,

porém ainda não se pode afirmar que os resultados com a instrumentação sejam superiores, porque a opção do espaçador intersomático pode ser do enxerto autólogo do osso ilíaco sem implantes.

4. QUANDO SE INDICA A ARTROPLASTIA?

A artroplastia, nova tecnologia de tratamento nesse cenário, propõe preservar o movimento no local da discectomia e descompressão anterior. Movimento este que, em teoria, diminui a doença articular degenerativa aos níveis adjacentes operados.

Na comparação com a DF, a artroplastia realizada em pacientes portadores de radiculopatia ou mielopatia secundária à hérnia de disco cervical em único nível, resistente às medidas clínicas de tratamento, demonstra desfecho funcional melhor após 24 meses de acompanhamento, quando analisado por meio do índice de disfunção relacionado ao pescoço (Neck Disability Index – NDI), que mostra redução superior ou igual a 15 pontos no escore NDI, em comparação ao período pré-operatório (86% *versus* 78% para a artroplastia e discectomia seguida de fusão, respectivamente, com $p = 0,025$). Entretanto, o comprometimento do processo de randomização não permite conclusões definitivas. Não há comentários em relação à degeneração adjacente ao nível operado após a utilização das duas técnicas²⁸(B).

A melhora funcional é mantida de forma similar nos dois grupos, após 48 meses de acompanhamento, com algumas medidas favoráveis para a artroplastia, como redução \geq a 15 pontos no escore NDI, em comparação ao período pré-operatório, de 93,3% *versus* 82,4% para a artroplastia e discectomia seguida de fusão, respectivamente²⁹(B). Com até 24 meses de acompanhamento, não há diferença entre as principais medidas de desfecho centradas nos pacientes – VAS, cervicobraquialgia (NDI) e qualidade de vida (SF-36) – entre a fusão e a prótese. A avaliação não cega do pesquisador demonstra que há maior necessidade de reoperações nos submetidos à fusão (8,5% *versus* 1,8%; $p = 0,03$) e ainda que 89,9% dos submetidos à artroplastia não necessitam de narcóticos ou relaxantes musculares ao final de 24 meses de acompanhamento, contra 81,5% submetidos à fusão ($p < 0,05$)³⁰(B). Não foi verificada confirmação de menor possibilidade de degeneração adjacente sintomática nos pacientes submetidos a implante de prótese neste período de acompanhamento. Em outras palavras, ainda falta evidência da real existência da menor degeneração sintomática adjacente após a prótese cervical na comparação com a fusão após 2 anos de cirurgia^{31,32}(A).

RECOMENDAÇÃO

Não recomendamos de rotina a artroplastia nessa situação clínica.

REFERÊNCIAS

- Gross AR, Goldsmith C, Hoving JL, Haines T, Peloso P, Aker P *et al*. Cervical Overview Group. Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol*. 2007;34:1083-102.
- Guzman J, Haldeman S, Carroll LJ, Carragee EJ, Hurwitz EL, Peloso P *et al*. Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. Clinical practice implications of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: from concepts and findings to recommendations. *Spine*. 2008;33:S199-213.
- Wieser ES, Wang JC. Surgery for neck pain. *Neurosurgery*. 2007;60(1 Supp1):S51-6.
- Casey E. Natural history of radiculopathy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011;22:1-5.
- Robertson JT. Anterior removal of cervical disc without fusion. *Clin Neurosurg*. 1973;20:259-61.
- Scoville WB, Dohrmann GJ, Corkill G. Late results of cervical disc surgery. *J Neurosurg*. 1976;45:203-10.
- Cloward RB. The anterior approach for removal of ruptured cervical disks. *J Neurosurg*. 1958;15:602-17.
- Robinson RA, Smith GW. Anterolateral cervical disc removal and interbody fusion for cervical disc syndrome. *Bull John Hopkins Hosp*. 1955;96:223-4.
- Benini A, Krayenbühl H, Brüderl R. Anterior cervical discectomy without fusion. Microsurgical technique. *Acta Neurochir*. 1982;61:105-10.
- Trahan J, Abramova MV, Richter EO, Steck JC. Feasibility of anterior cervical discectomy and fusion as an outpatient procedure. *World Neurosurg*. 2011;75:145-8.
- Smith PN, Knaub MA, Kang JD. Anterior cervical approaches for cervical radiculopathy and myelopathy. *Instr Course Lect*. 2003;52:455-63.
- Rosenørn J, Hansen EB, Rosenørn MA. Anterior cervical discectomy with and without fusion. A prospective study. *J Neurosurg*. 1983;59:252-5.
- Nardi PV, Cabezas D, Cesaroni A. Percutaneous cervical nucleoplasty using coblation technology. Clinical results in fifty consecutive cases. *Acta Neurochir Suppl*. 2005;92:73-8.
- Birnbaum K. Percutaneous cervical disc decompression. *Surg Radiol Anat*. 2009;31:379-87.
- Yan D, Li J, Zhu H, Zhang Z, Duan L. Percutaneous cervical nucleoplasty and percutaneous cervical discectomy treatments of the contained cervical disc herniation. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2010;130:1371-6.
- Gerszten PC, Welch WC, King JT Jr. Quality of life assessment in patients undergoing nucleoplasty-based percutaneous discectomy. *J Neurosurg Spine*. 2006;4:36-42.
- Li J, Yan DL, Zhang ZH. Percutaneous cervical nucleoplasty in the treatment of cervical disc herniation. *Eur Spine J*. 2008;17:1664-9.
- van den Bent MJ, Oosting J, Wouda EJ, van Acker RE, Ansink BJ, Braakman R. Anterior cervical discectomy with or without fusion with acrylate. A randomized trial. *Spine*. 1996;21:834-9.
- Hauerberg J, Kosteljanetz M, Bøge-Rasmussen T, Dons K, Gideon P, Springborg JB *et al*. Anterior cervical discectomy with or without fusion with ray titanium cage: a prospective randomized clinical study. *Spine*. 2008;33:458-64.
- Murphy MG, Gado M. Anterior cervical discectomy without interbody bone graft. *J Neurosurg*. 1972;37:71-4.
- Wilson DH, Campbell DD. Anterior cervical discectomy without bone graft. Report of 71 cases. *J Neurosurg*. 1977;47:551-5.
- Donaldson JW, Nelson PB. Anterior cervical discectomy without interbody fusion. *Surg Neurol*. 2002;57:219-24.
- Yamamoto I, Ikeda A, Shibuya N, Tsugane R, Sato O. Clinical long-term results of anterior discectomy without interbody fusion for cervical disc disease. *Spine*. 1991;16:272-9.
- Xie JC, Hurlbert RJ. Discectomy versus discectomy with fusion versus discectomy with fusion and instrumentation: a prospective randomized study. *Neurosurgery*. 2007;61:107-16.
- Oktenoglu T, Cosar M, Ozer AF, Iplikcioglu C, Sasani M, Canbulat N *et al*. Anterior cervical microdiscectomy with or without fusion. *J Spinal Disord Tech*. 2007;20:361-8.
- Savolainen S, Rinne J, Hernesniemi J. A prospective randomized study of anterior single-level cervical disc operations with long-term follow-up: surgical fusion is unnecessary. *Neurosurgery*. 1998;43:51-5.
- Bärlocher CB, Barth A, Krauss JK, Binggeli R, Seiler RW. Comparative evaluation of microdiscectomy only, autograft fusion, polymethylmethacrylate interposition, and threaded titanium cage fusion for treatment of single-level cervical disc disease: a prospective randomized study in 125 patients. *Neurosurg Focus*. 2002;12:E4.
- Heller JG, Sasso RC, Papadopoulos SM, Anderson PA, Fessler RG, Hacker RJ *et al*. Comparison of BRYAN cervical disc arthroplasty with anterior cervical decompression and fusion: clinical and radiographic results of a randomized, controlled, clinical trial. *Spine*. 2009;34:101-7.
- Garrido BJ, Taha TA, Sasso RC. Clinical outcomes of Bryan cervical disc arthroplasty a prospective, randomized, controlled, single site trial with 48-month follow-up. *J Spinal Disord Tech*. 2010;23:367-71.

30. Murrey D, Janssen M, Delamarter R, Goldstein J, Zigler J, Tay B *et al.* Results of the prospective, randomized, controlled multicenter Food and Drug Administration investigational device exemption study of the ProDisc-C total disc replacement versus anterior discectomy and fusion for the treatment of 1-level symptomatic cervical disc disease. *Spine J.* 2009;9:275-86.
31. Bartels RH, Donk R, Verbeek AL. No justification for cervical disk prostheses in clinical practice: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurosurgery.* 2010;66:1153-60.
32. Jawahar A, Cavanaugh DA, Kerr EJ 3rd, Birdsong EM, Nunley PD. Total disc arthroplasty does not affect the incidence of adjacent segment degeneration in cervical spine: results of 93 patients in three prospective randomized clinical trials. *Spine J.* 2010;10:1043-8.