

IL “MAL DI SCHIENA “ E L’ERNIA DEL DISCO LOMBARE.

Dal punto di vista della sanità pubblica sia la frequenza della condizione che l’elevato rischio di sovradiagnosi e sovratrattamento indicano l’utilità di disporre di una base condivisa di conoscenza che permetta una migliore gestione dei pazienti con “mal di schiena” e discopatia e contribuisca a ridurre le indagini diagnostiche e gli interventi chirurgici non necessari.

L’ernia del disco lombare sintomatica è una patologia degenerativa del disco intervertebrale che si manifesta con un quadro clinico caratterizzato da mal di schiena, radicolopatia compressiva sciatica o crurale e limitazione o impotenza funzionale. Per sciatalgia si intende il dolore irradiato lungo il decorso del nervo sciatico dal gluteo alla parte posteriore della coscia e della gamba fino alla caviglia che può essere associato anche a dolore alla schiena configurando il quadro clinico di una **lombosciatalgia**. Per cruralgia si intende il dolore irradiato lungo la faccia anteriore o antero-interna della coscia lungo il decorso del nervo crurale

Dal punto di vista anatomico per ernia del disco si intende , in conseguenza della fissurazione dell’anello fibroso , lo spostamento del nucleo polposo al di fuori dello spazio intervertebrale nella parte posteriore o postero-laterale dei disco oltrepassando o meno il legamento longitudinale posteriore.

L’ernia è definibile radiologicamente alla TC ed alla RMN come la dislocazione localizzata di materiale discale oltre i limiti dello spazio del disco intervertebrale.

La storia naturale mostra che con trattamenti conservativi una gran parte delle ernie discali lombari sintomatiche va incontro ad una riduzione di volume attribuibile a meccanismi di riassorbimento cellulare con regressione della sintomatologia.

L’ernia del disco lombare sintomatica può essere causa del mal di schiena che colpisce il 90 % degli adulti nella loro vita. In Italia nel 1999 l’ 8.2 % della popolazione ha riferito di essere affetto da lombosciatalgia. L’ernia del disco sintomatica è più frequente tra i 30 ed i 50 anni e sono considerati fattori di rischio le attività sedentarie, l’inattività fisica, il sovrappeso, l’alta statura, la guida di veicoli a motore prolungata e costante, le vibrazioni, i lavori ad elevato impegno fisico soprattutto se comportano abitualmente il sollevamento manuale di carichi e le gravidanze.

A questo proposito il DM del ministero del lavoro 27/04/2004 include l’ernia del disco lombare tra le patologie professionali da segnalare al dipartimento di prevenzione delle ASL.

Il 95 % dei pazienti con mal di schiena invalidante è in grado di tornare al lavoro entro tre mesi dall’insorgenza della sintomatologia senza dover ricorrere alla chirurgia.

Con le nuove tecniche di neuroimaging (TC multislice ed RMN) si è visto che frequentemente vengono riscontrate ernie discali lombari anche in persone completamente asintomatiche .

L'ernia discale è quindi un fenomeno dinamico, una condizione relativamente comune ed a prognosi favorevole nella maggior parte dei casi.

Nei paziente con mal di schiena e/o dolore radicolare in assenza di anamnesi o segni clinici che possano far pensare ad una patologia diversa che coinvolga il rachide in considerazione dell'elevato frequenza di remissione del quadro clinico spontaneo o in seguito a trattamenti conservativi è consigliato attendere 4-6 settimane dall'insorgenza dei sintomi prima di effettuare esami di neuroimaging (RX,TC,RMN) ed elettrofisiologici (E.M.G.).

Il trattamento conservativo comprende riposo a letto, solo in fase acuta, terapia medica, terapia con agenti fisici (elettroterapia, magnetoterapia, ultrasuoni, fototerapia, crioterapia) e terapia manuale (massaggi, manipolazioni), trazioni, biofeedback, agopuntura, terapia infiltrativa (mesoterapia, infiltrazioni paraspinali, infiltrazioni paraforaminali, infiltrazioni epidurali) ossigeno-ozonoterapia, rieducazione posturale , back school ed utilizzo di busto lombare,

L'indicazione chirurgica in elezione va considerata quando :

- la durata dei sintomi è superiore a sei settimane
- la sintomatologia algica persiste e si mostra resistente al trattamento medico
- per il fallimento in accordo tra chirurgo e paziente dei trattamenti conservativi ben condotti.

Nella chirurgia dell' ernia discale è importante coinvolgere nel processo decisionale il paziente informandolo adeguatamente sulla storia naturale e sulle alternative terapeutiche.

La chirurgia prevede l'esecuzione di DISCECTOMIA con **tecniche microchirurgiche** (microdiscectomia) o mini invasive con **tecnica endoscopica**, che vanno utilizzate con una rigorosa e corretta indicazione.

La **microdiscectomia** viene praticato con l'ausilio del microscopio e permette attraverso un taglio cutaneo di pochi centimetri (3-4 cm) in corrispondenza dello spazio interspinoso ed una piccola fenestrazione ossea di asportare l'ernia, praticare la pulizia dello spazio discale (discectomia) e liberare la radice interessata dal conflitto sia lungo il suo decorso nel recesso laterale che all'ingresso nel forame (foraminotomia).Le complicanze variano dall'1,56 % al 9.1 % con frequenza significativamente più elevata nei reinterventi

Il paziente dopo 24 ore riprende la posizione eretta e dopo 48-72 ore può essere dimesso.

Per motivi prudenziali viene consigliato l'uso di un busto per 3 settimane ed una cauta ripresa delle attività quotidiane dopo 4 settimane dall'intervento.

Nel post-operatorio la presenza di un supporto fisioterapico facilita una più veloce e corretta ripresa della funzionalità del rachide.

La discectomia endoscopica lombare (PELD): è una tecnica chirurgica che utilizza un sistema ad alta tecnologia che si avvale di videocamera ad alta risoluzione e strumenti dedicati (pinze, frese

per microtrapano, sonde per radiofrequenza) consentendo l'esecuzione di interventi di asportazione di ernie espulse, discectomia e nucleo plastica in modo minimamente invasivo (MISS - Minimally Invasive Spine Surgery).

La mini invasività, con il rispetto dei muscoli, la minima perdita ematica e la ridotta manipolazione delle strutture nervose, riduce il dolore post-operatorio ed il rischio di cicatrice, abbrevia i tempi di degenza normalmente 1 giorno e permette una ripresa della attività lavorativa dopo circa 1 settimana. Il tasso di recidiva è comparabile con la tecnica microchirurgica (3-4%).

L'endoscopia prevede due principali approcci chirurgici:

via interlaminare per le ernie paramediane preforaminali

via transforaminale per le ernie intra ed extraforaminali

La tecnica prevede l'introduzione percutanea di una cannula di lavoro attraverso la quale si introduce l'endoscopio che permette una visione diretta sul monitor e l'esecuzione attraverso un canale di lavoro e con strumenti dedicati della procedura chirurgica. Al termine della procedura viene semplicemente rimossa la cannula e la cicatrice, di circa 1cm, viene suturata con un solo punto di sutura.

L'attuale evoluzione tecnologica con strumentari dedicati (microtrapani) consente di trattare con questa metodica, in paziente selezionati, anche la stenosi del canale lombare e la possibilità di eseguire artrodesi intervertebrali attraverso cage inserite per via endoscopica.