

Cause e rimedi della lombosciatalgia

A. Alexandre - Treviso

Oggi può essere difficile rendersi conto di come siano mutate le abitudini di vita dell'uomo, con tutto il nuovo che egli ha messo insieme per costituire la società moderna.

Ma se i vantaggi che si sono ottenuti sono immensi, un inconveniente si sta manifestando in maniera sempre più evidente.

La qualità di vita rischia di essere condizionata dai danni che la nostra colonna vertebrale sta soffrendo per le cambiate abitudini e le diverse sollecitazioni ambientali.

Indipendentemente dal fatto che qualcuno di noi conduca una vita sedentaria e qualcun altro una vita sportiva e dinamica, tutti andiamo soffrendo nella nostra colonna vertebrale dei disturbi dati da un processo degenerativo, spesso precoce.

A chi studia il problema (che ormai colpisce circa il 60% delle persone) viene spontaneo cercare una spiegazione comune, essendo colpite persone di tutte le età, ma particolarmente della fascia 25-55, di entrambi i sessi, e a prescindere dal tipo di attività lavorativa e di abitudini quotidiane.

Molto probabilmente questo problema è frutto di microtraumatismi da vibrazioni e sollecitazioni caratteristiche dei mezzi di trasporto.

Chiaramente i lavori pesanti, o l'obesità avranno poi un effetto scatenante, mettendo in evidenza il guaio, ma l'alterazione di fondo è un dato comune.

Le cause del dolore

Per calmare il dolore molte persone ricorrono a farmaci, antinfiammatori e analgesici, ma spesso questi non bastano, perché non hanno un effetto specifico sulla causa.

Così quando finisce l'effetto del principio attivo il dolore ritorna, e magari con l'aggiunta di qualche effetto collaterale del farmaco. Allora il medico avvierà a fare indagini radiografiche con cui si evidenzia la causa.

Spesso, come etichetta della causa del mal di schiena, usiamo genericamente il termine di ernia discale, ma occorrono delle precisazioni. Come dicevamo, il processo è per lo più di tipo degenerativo, cioè il disco intervertebrale si danneggia poco a poco, si deteriora e si consuma.

Per conseguenza sporge nel canale dove stanno i nervi (dentro alla colonna), e questa si chiama protrusione discale.

Oppure il disco può rompersi e un frammento sfugge addosso ai nervi.

Questa si chiama ernia discale. Ma nella maggioranza dei casi non si arriva all'ernia: la protrusione del disco (che causa una modica compressione sui nervi), comporta un avvicinamento delle due vertebre e quindi quegli sfregamenti che sviluppano progressivamente l'artrosi, cioè i depositi di calcio che formano le callosità di osso.

Contemporaneamente, per la perdita di spessore discale, anche i legamenti che sono rilassati sporgono contro i nervi e permettono un maggior lasco di movimento tra le vertebre, e quindi maggior attrito.

Come si vede i fattori di alterazione che generano il dolore sono molteplici, e bisogna ancora considerare che sono coinvolte anche le piccole arterie e vene, che stanno a maglia attorno ai nervi.

Da queste tenere strutture dipende il nutrimento dei nervi e un nervo mal nutrito per le mille piccole compressioni, funziona subito male.

E fa male.

La filosofia del trattamento

Tutte queste considerazioni sono evolute a poco a poco in chi cura i problemi di "mal di schiena" portando ad una concezione nuova, meno meccanicistica, che ha fatto modificare le modalità di cura.

Innanzitutto lo scopo del nostro lavoro è controllare il dolore.

Un paziente stravolto dal dolore rischia di aver perso la serenità del giudizio e la tipica espressione è "fatemi quello che volete, ma liberatemi". Occorre quindi risolvere rapidamente il punto dolore, per poter riequilibrare la vita della persona e permettergli di ragionare con noi in serenità sul problema.

A noi preme moltissimo la chiarezza dell'informazione.

Cerchiamo di fornire ai nostri pazienti una visione più completa possibile del problema, attraverso scritti, stampe e internet.

Siamo convinti della necessità della corretta informazione, per condividere una cura a cui il paziente deve partecipare attivamente, convinto dell'importanza di un trattamento che sia innanzitutto puntato al recupero della funzione e al rispetto massimo possibile della integrità anatomica.

La moderna neurochirurgia, alla ricerca di nuove tecniche più prudenti e rispettose della struttura, ha lo scopo di evitare gli aspetti negativi dei trattamenti tradizionali: anestesia generale, formazione di cicatrice sulla guaina di rivestimento dei nervi (dura madre), destabilizzazione della colonna per eccesso di resezione ossea o muscolare, lunghi ricoveri e immobilizzazioni.

Per poter agire in questo senso, varie tecniche sono state messe a punto negli ultimi anni, a seconda della specifica situazione individuale.

L'approccio microchirurgico a cielo aperto è riservato ai casi in cui una ernia discale provochi una paralisi motoria, o delle crisi di dolore incontenibile.

Oggi si usa il microscopio, oppure l'endoscopia.

Con questi infatti è possibile asportare l'ernia con incisioni molto piccole, (da 1 a 3 cm), con un'eccellente visione interna e quindi riducendo al minimo i rischi di danno.

La via di ingresso può essere centrale posteriore, o laterale.

Questi interventi sono estremamente più sicuri che in passato, per la qualità degli strumenti e la delicatezza delle manovre e tutto si risolve nel volgere di un paio di giorni.

L'indicazione dev'essere però, come abbiamo detto, molto ristretta perché i fastidi per lo più non appaiono subito: potranno svilupparsi negli anni a seguire.

Essi sono l'instabilità vertebrale, la recidiva dell'ernia, o il processo cicatriziale aderenziale che poco a poco disturba come l'ernia stessa, ma non sarà ovviamente mai rimovibile.

La Chirurgia Minimamente Invasiva

Proprio per eliminare questi inconvenienti, e anche perché ormai ben consapevoli che la sofferenza trova cause non solo meccaniche, noi dell'EUNI abbiamo contribuito a sviluppare il mondo della Chirurgia Minimamente Invasiva.

La filosofia è quella di lavorare direttamente nel disco, evitando una strada chirurgica aperta attraverso il canale spinale ove stanno i nervi.

Così evitiamo la cicatrice aderenziale.

Nel disco, attraverso sonde sottili come aghi, applichiamo vari sistemi, indicati da caso a caso, con lo scopo di "demolizione" dell'ernia discale o di

“ricalibraggio” di un disco protruso. Introduciamo le radiofrequenze per provocare la coagulazione discale (cioè la coagulazione a bassa temperatura come si fa per le metastasi del fegato o i foci extrasistolici del cuore) o il laser, o la miscela di gas di ozono.

La procedura è simile per le varie tecniche: praticata una sedazione farmacologica, che fa semplicemente dormire ed elimina la sensibilità, si punge da un fianco e si entra direttamente nel disco, guidati da un apparecchio di visione radiologica continua.

Le tre metodiche hanno in comune il fatto di provocare la fuoriuscita del contenuto acquoso del tessuto discale.

La disidratazione avviene rapidamente con la coagulazione e con il laser, in maniera progressiva nei giorni con l'ozono.

A volte le varie tecniche sono complementari.

Per vagliare l'efficacia di ogni singolo metodo, siamo stati incaricati dall'Università di Milano, della realizzazione clinica di un progetto di studio specifico.

Esistono però gravi problemi di dolori e di limitazione di movimento per altre cause.

Anche senza ernie, la vita può essere resa impossibile (“non riesco a stare bene in nessuna posizione”, “non ho un attimo di pace”) per causa della stenosi del canale vertebrale, cioè il fatto che il canale dove stanno i nervi può essere troppo stretto o perché così costruito, o perché ristretto dal progredire dell'artrosi.

Altro terribile problema è la cosiddetta sindrome della chirurgia fallita, cioè quando il male si ripresenta dopo la chirurgia aperta. Soprattutto se è consistita in laminectomia e stabilizzazione con viti e barre.

Ciò avviene sì per causa di recidive dell'ernia, sempre e comunque possibili, ma soprattutto per causa della cicatrizzazione nello spazio tra la guaina di rivestimento dei nervi e le pareti delle vertebre, che stanno intorno. Questa aderenza che ha effetto morsa, e così riduce la circolazione di sangue nei nervi, li incolla letteralmente alle pareti ossee e quindi tutti i movimenti della colonna si trasformano in continue trazioni irritanti e dolorose.

Per queste due ultime problematiche esiste la neurolisi endoscopica.

Una delicata sonda di silicone del diametro di 3 mm viene introdotta penetrando tra osso sacro e coccige.

Essa contiene una fibra ottica di 0.9 mm (la più sottile che esista), canali di lavaggio e di aspirazione e sistema che la fa muovere come un tergitristallo. La sonda può risalire tutto il tratto lombare, quindi circa 22 cm, controllata dalla scopia radiologica laterale e in visione endoscopica diretta in televisione.

Essa attua un delicatissimo distacco delle aderenze, collocando i farmaci ove sia utile e lavando via i metaboliti tossici che si accumulano provocando dolore.

Dato che si accede di lontano, non si provoca nessun sanguinamento e non si taglia nulla, l'effetto sarà la riduzione della fibrosi aderenziale, senza rischio di favorire il riprodursi del tessuto cicatriziale.

Esiste quindi oggi tutta una serie di metodiche che si svolgono in day hospital, senza nuove restrizioni all'attività lavorativa e fisica del paziente, anzi sposate con il suggerimento di riattivazione motoria progressiva, tonificazione muscolare, abitudini di ginnastica.