

STENOSI LOMBARE

Definizione:

Stenosi lombare significa restringimento del canale vertebrale lombare dovuto a riduzione del diametro sagittale, dei recessi laterali e dei forami intervertebrali e può essere limitato ad uno o più metameri vertebrali. Clinicamente si possono distinguere stenosi della porzione centrale del canale vertebrale (dove è contenuto il sacco durale) o stenosi del recesso laterale (dove passano le radici nervose). In generale si può affermare che, più una lesione interessa il canale vertebrale centralmente, più prevarranno segni del coinvolgimento del sacco durale e quindi la lombalgia. Viceversa, nelle stenosi cosiddette laterali, potendo anche del tutto mancare tali aspetti, potranno facilmente prevalere i segni di interessamento (sofferenza) radicolare (sciatalgia, cruralgia).

Cause:

Le cause di stenosi del canale lombare possono essere congenite e/o acquisite.

Le condizioni, congenite od acquisite, che causino restringimenti dei diametri del canale vertebrale lombare realizzano di fatto una incongruenza tra strutture contenenti e strutture contenute; da ciò scaturiscono quei sintomi (dolorosi e/o deficitari) che debbono condurre ad una diagnosi, e che sono caratteristici di codeste patologie.

La stenosi congenita del canale vertebrale o canale vertebrale stretto congenito è una condizione caratterizzata dalla riduzione dei diametri dell'astuccio vertebrale nella sua componente ossea: corpi vertebrali, peduncoli e lamine. Molto raramente si osservano quadri di diffusa ristrettezza del canale spinale, che sempre si accompagnano a gravi sequele neurologiche precoci, più frequentemente si osservano restringimenti limitati soltanto ad un segmento vertebrale e ad uno o due metameri dello stesso segmento. Si ritiene comunque che solo in rari casi una strettezza congenita del canale vertebrale, sia sufficiente, da sola, ad esercitare una compressione sul sacco durale del midollo o delle radici nervose tale da determinare la comparsa di una stenosi lombare clinicamente evidente.

Più frequentemente, in associazione ad una ristrettezza congenita o indipendentemente da questa, intervengono alterazioni degenerative aggiuntive, come una protrusione del disco intervertebrale o i fenomeni che caratterizzano l'evoluzione dei processi artrosici dei corpi vertebrali o delle faccette articolari che sono responsabili della comparsa della sintomatologia che caratterizza questa patologia.

Le cause di stenosi acquisita del canale vertebrale sono solitamente molteplici. Sono spesso associate tra loro a determinare quadri clinici disparati, potendo manifestarsi in un preesistente canale stretto congenito.

Le più frequentemente riscontrabili sono: ernia del disco, spondilolistesi congenita o degenerativa, discoartrosi, osteofitosi margino somatica, artrosi delle articolari posteriori con formazioni di osteofiti intracanalari, calcificazioni della capsula articolare, lesioni legamentose degenerative a carico del legamento longitudinale posteriore e dei legamenti gialli, iperostosi delle lamine.

Sintomi:

La sintomatologia insorge più spesso nella V-VI decade di vita. Il dolore rachideo è il primo sintomo della malattia; esso è meno intenso in posizione seduta mentre aumenta nella stazione eretta e durante la deambulazione, spesso il paziente tende a camminare con il corpo piegato in avanti perché la stenosi del canale si attenua in flessione. In altri pazienti compaiono i segni di compressione delle radici della causa che

configurano il quadro della "claudicatio neurogena" caratterizzato da dolore agli arti inferiori con ipostenia (sensazione di pesantezza), che aumenta con la deambulazione e si attenua con il riposo, per cui il paziente è costretto a fermarsi ed a sedersi sempre più spesso diminuendo gradualmente la spazio percorso.

Diagnosi:

La diagnosi di stenosi spinale inizia con la valutazione dell'anamnesi pregressa del paziente e l'esame obiettivo. È importante parlare dei sintomi con il proprio medico curante. L'esame obiettivo può essere di aiuto per determinare la gravità delle condizioni e l'eventuale presenza di debolezza e/o intorpidimento.

Le anomalie a livello di resistenza e di percezione sono valutate attraverso l'esame neurologico e sono evidenze oggettive della compressione cronica esercitata sulle radici nervose per via della stenosi spinale. Per ottenere conferma della diagnosi, il medico può decidere di prescrivere ulteriori esami di diagnostica per immagini, come la radiografia, la risonanza magnetica (RM) o la tomografia computerizzata (TC)

La Risonanza Magnetica Nucleare fornisce immagini dirette non solo del contenuto (il sacco durale) ma anche dei tessuti "contenenti", in specie i dischi. La TAC ha invece il merito di evidenziare, con maggiore accuratezza della RMN, le strutture ossee, la cui ipertrofia è causa di restringimento dei forami di coniugazione.

Trattamento:

Il trattamento della stenosi spinale lombare può essere non chirurgico oppure chirurgico.

Trattamento Conservativo:

Nonostante il restringimento del canale rachideo dipenda prevalentemente da un fattore meccanico, spesso l'origine dei sintomi è in parte dovuta a un rigonfiamento ed edema tissutale. Il trattamento farmacologico può certamente controllare questi fattori non meccanici e permettere la diminuzione del dolore. Prevede la somministrazione di farmaci antinfiammatori (steroidi o non steroidi).

Trattamento fisioterapico:

L'indicazione al Trattamento fisioterapico viene posta in pazienti affetti da stenosi lieve o di media entità, al di fuori di episodi sintomatologici acuti. La diminuzione del dolore, o quantomeno la resistenza ad esso, è fondamentale per migliorare la qualità della vita del paziente. Obiettivo importante è il miglioramento della capacità e della resistenza nella deambulazione, fatto fermo che la patologia di base si estrinseca maggiormente sul piano clinico proprio con la deambulazione.

Trattamento chirurgico:

Qualora il trattamento conservativo non dia i frutti sperati, o li ottengano per periodi limitati di tempo, è necessario pensare all'opzione chirurgica. Scopo del trattamento chirurgico delle stenosi del canale vertebrale lombare è la decompressione delle strutture nervose (radici spinali). Per raggiungere questo obiettivo è indicata una aggresione chirurgica posteriore ed una rimozione, mirata e mai troppo estesa, delle strutture responsabili, per una loro ipertrofia, del fenomeno compressivo.

Il trattamento chirurgico ha, come obiettivo primario, quello di decomprimere le strutture nervose.

Il trattamento chirurgico della stenosi lombare si basa sulla laminectomia, ovvero sull'asportazione chirurgica degli elementi ossei posteriori che comprimono le radici nervose e il sacco durale (lamina e

faccette articolari). . Ciò viene fatto attraverso un'incisione posteriore sulla colonna, divaricazione dei muscoli perivertebrali e progressiva asportazione delle strutture ossee posteriori e dei legamenti gialli posti tra le due vertebre. Il paziente può alzarsi dopo 1-2 giorni ed essere dimesso dopo 3. Qualora , per l'estensione del restringimento, sia necessario effettuare una asportazione pressoché completa degli elementi ossei posteriori si deve associare una stabilizzazione della colonna (blocco della colonna nel tratto interessato) che può essere effettuata mediante l'utilizzo di viti peduncolari e barre al fine di evitare che movimenti ampi ed incongrui producano un'ulteriore sofferenza nervosa per instabilità.

Se la stenosi interessa prevalentemente il recesso laterale e lo scopo del trattamento chirurgico è quello di distrarre i forami di coniugazione e rinforzare le capacità di carico della colonna vertebrale è possibile effettuare interventi mininvasivi che consistono nel posizionamento di dispositivi interspinosi. Tale procedure possono essere definite artrolisi, che significa intervento mirato a limitare l'escursione di un'articolazione.

Possono essere applicati in anestesia locale “a cielo chiuso”, ossia con un'incisione di 2 cm a distanza dalla colonna, controllando l'inserimento dello spaziatore radiosopicamente. Oppure, “a cielo aperto”, con una breve incisione cutanea sulla colonna. La procedura chirurgica è di circa 30 minuti. Seguito da un singolo giorno di degenza.