

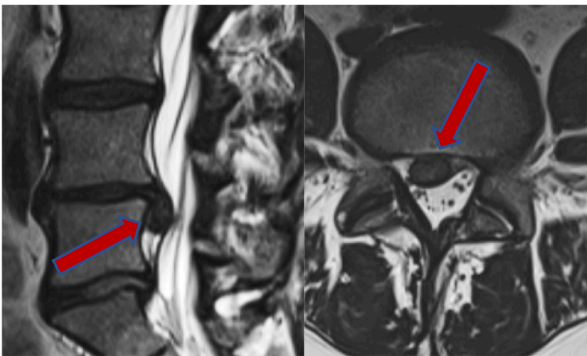
Ernia del disco lombare

Cos'è l'ernia del disco?

Tra una vertebra e l'altra sono inseriti dei cuscinetti ammortizzanti, denominati dischi intervertebrali. Il disco è costituito da due parti:

- **Il nucleo polposo** che è la parte centrale gelatinosa
 - **L'anulus** che è la capsula fibrosa che avvolge il nucleo
- L'ernia del disco si forma quando un frammento del nucleo fuoriesce attraverso una lacerazione dell'anulus e si disloca all'interno del canale spinale, comprimendo le strutture nervose. La sede di gran lunga più frequente delle ernie discali è nel tratto lombare della colonna; più spesso in corrispondenza degli spazi L4-L5 e L5-S1.

L'ernia comprime, nel canale lombare, una radice nervosa (talora, di più di una), causandone la irritazione. La compressione della radice, associata alla liberazione locale di sostanze infiammatorie, è ciò che determina il dolore.



L'ernia del disco lombare è una patologia molto frequente, anche se non è possibile indicarne la reale frequenza per i diversi metodi di inquadramento e di raccolta dei dati riportati. La massima incidenza si ha tra i 30 e i 50 anni di età. I maschi sono colpiti più spesso delle femmine. È verosimile che la prevalenza life-time (cioè il numero di persone, su tutta la popolazione, che ne sono colpite almeno una volta nella vita) sia tra l'1 e il 3%.

Va precisato che parliamo dell'ernia del disco sintomatica, cioè responsabile di una sintomatologia dolorosa (vedi più avanti). È infatti possibile che un'ernia o una discopatia siano asintomatiche.

Storia naturale dell'ernia del disco

La causa principale della formazione di un'ernia è rappresentata da un processo di progressiva disidratazione e destrutturazione del disco che viene indicato come degenerazione discale o discopatia degenerativa. Si tratta di un processo consistente in un insieme di alterazioni chimiche all'interno del disco che ne modificano la struttura. Il fumo di sigaretta ed attività (sportive o professionali) che comportino un sovraccarico della colonna sono tra i principali fattori di rischio. In alcuni pazienti, ci può essere una predisposizione genetica.

Inizialmente, la discopatia (facilmente diagnosticabile perché, nella RMN, i dischi appaiono più sottili e di colore grigio-nero anziché bianco) determina una protrusione discale. In questa fase, l'anulus è integro e quindi la pressione del nucleo causa una sporgenza del disco nel canale ma non una vera e propria ernia. In questo momento, il sintomo più comune è il mal di schiena (lombalgia). Generalmente, accentuato dal carico (stare in piedi, camminare, fare sforzi) e alleviato dal riposo.

Successivamente, si può sviluppare uno slaminamento e quindi la rottura di quella capsula discale che è l'anulus e, quindi, si ha la fuoriuscita, sotto pressione, di una parte del nucleo: l'ernia che comprime e disloca una radice nervosa. Il dolore si irradia lungo la gamba nel territorio (dermatomero) nel quale si distribuiscono le fibre della radice danneggiata. Questa è la sciatica (o sciatalgia), in genere interessando un solo lato, ed è il sintomo principale dell'ernia lombare. Il dolore, soprattutto nei primi giorni, è spesso molto violento e invalidante. Al dolore si possono associare una diminuzione della sensibilità e della forza nei movimenti del piede.

Prima di passare a considerare le possibili terapie, è necessario sottolineare che, per quanto il dolore iniziale possa essere intenso, nell'arco di alcune settimane, nel 70% circa dei casi il dolore regredisce spontaneamente per un fenomeno di disidratazione dell'ernia.

Diagnosi

La diagnosi dell'ernia del disco lombare si basa su tre elementi:

- La storia clinica (anamnesi)
- L'esame clinico
- Gli esami strumentali (in particolare la RMN)
-

La storia è in genere costituita dall'esordio, spesso improvviso, di una sciatalgia, destra o sinistra. A volte, il paziente riferisce di aver avuto in precedenza episodi più lievi, soprattutto di lombalgia. Non di rado, la comparsa del dolore coincide con uno sforzo fisico, che è l'elemento scatenante in una situazione di discopatia pre-esistente (magari ignorata). L'aspetto più importante, nella ricostruzione della storia, è capire la durata dei sintomi e se il paziente, dopo il loro inizio, ha avuto un miglioramento. Salvo casi particolari (presenza di una perdita di forza nel movimento del piede o deficit sfinterici), se la durata della sciatica è inferiore alle 6 settimane e il dolore è in diminuzione, è bene aspettare prima di pensare ad un intervento.

L'esame clinico è caratterizzato da una difficoltà o addirittura impossibilità nella deambulazione, che avviene con una zoppia e il busto piegato e dalla positività di alcuni test. Soprattutto, sono decisive le manovre con cui si "stirano" le radici dei nervi sciatici (sollevando la gamba tesa il paziente ha più dolore) e si verifica la forza nella flessione ed estensione dei piedi, facendo camminare il paziente sulle punte e sui talloni.

Gli esami strumentali sono la RMN, la TC, la radiografia e la EMGrafia. Non hanno la stessa importanza e non è necessario sottoporre il paziente a tutti.

La RMN è di gran lunga l'esame più importante. Ci dice se c'è un'ernia oppure una protrusione. A quale livello è localizzata e il lato. Quali sono le dimensioni e se è migrata, cioè completamente staccata dal disco e spostata nel canale. Per la diagnosi, è importante che ci sia una corrispondenza, di lato e di livello, tra l'immagine della RMN e il quadro clinico. Gli altri esami sono utili soprattutto per "completare" la diagnosi. La TC è necessaria quando un paziente non può essere sottoposto a RMN (portatori di pace-maker, claustrofobici). Sono comunque esami che possono darci informazioni su patologie ossee associate (scoliosi, anomalie congenite) oppure sul tipo di danno riportato dalle radici interessate.

Terapia non chirurgica

Visto che nella maggior parte dei casi, nell'arco di alcune settimane, si verifica un miglioramento o una guarigione in modo spontaneo, è ovvio che, in presenza di un'ernia del disco, non si debba pensare subito alla opzione chirurgica.

Quindi, inizialmente, è bene ricorrere al riposo, ai farmaci e alla terapia fisica e rieducativa. Non vi è alcuna evidenza che alcuni farmaci siano migliori di altri e, soprattutto, è bene ricordare che i farmaci (cortisonici, antinfiammatori e analgesici non steroidei, oppiacei, miorilassanti) hanno esclusivamente una azione sintomatica e non curativa dell'ernia. Infatti, il disco intervertebrale non ha vasi sanguigni. Quindi, le sostanze che assumiamo in caso di lombalgia e sciatgia non possono penetrare nel disco e, tantomeno, nell'ernia che è un frammento staccatosi dal disco. Servono ad eliminare o attenuare il sintomo dolore e, per così dire, a guadagnare il tempo necessario perché si verifichi la risoluzione spontanea (ricordiamo che avviene nel 70% dei casi).

L'uso di supporti, quali fasce elastiche e corsetti, può essere utile anche nella fase di ritorno alla normalità dopo la fase acuta e, ovviamente, non ha effetti collaterali.

Le tecniche fisiche e riabilitative disponibili sono diverse. Osteopatia: manovre manipolative e di trazione (che è bene però prendere in considerazione dopo aver verificato, anche con una radiografia, che non ci siano controindicazioni alla terapia manuale). Kinesiterapia: esercizi di stretching, decontrazione muscolare e rieducazione della postura.

Le tecniche riabilitative possono essere utili anche dopo la risoluzione del dolore (spontanea o chirurgica); così come, a guarigione avvenuta, è bene incoraggiare i pazienti ad evitare la sedentarietà e a svolgere una regolare attività fisica.

Terapia chirurgica

L'intervento più comune è la microdiscectomia. Si raggiunge il livello interessato dall'ernia (ad esempio, L4-L5 a dx) attraverso una piccola incisione cutanea e l'apertura del legamento giallo (un nastro fibroso che collega le lamine delle due vertebre fra cui si è sviluppata l'ernia). Passando appunto tra le lamine (si chiama approccio interlaminare), si rimuove l'ernia che preme sulla radice. L'intervento viene eseguito con il microscopio, dura circa 30-45 minuti e, generalmente, comporta una degenza di 2-3 giorni. La ripresa dopo l'intervento è in funzione anche della attività svolta ma, in linea di massima, in poche settimane si può tornare al lavoro.

Altre tecniche chirurgiche sono quelle in cui la rimozione dell'ernia avviene con un approccio mininvasivo, cioè riducendo l'ampiezza della apertura cutanea e muscolare. Questo si può realizzare utilizzando dei dilatatori cilindrici che vengono infilati nei muscoli per avere un "corridoio" verso la superficie della colonna oppure con un endoscopio con il quale il "danno" muscolare è praticamente assente. Il vantaggio di queste tecniche risiede nel minor dolore postoperatorio e in una ripresa più rapida per il minore o assente trauma muscolare. Va tuttavia precisato che non sempre queste tecniche sono utilizzabili e che, sul lungo periodo, i risultati della microdiscectomia e delle discectomie mininvasive sono analoghi.

Recidive

Quale che sia la tecnica chirurgica utilizzata, l'ernia del disco si può ripresentare. Sia perché può svilupparsi nuovamente nello stesso spazio già operato (dal 5 al 10% dei casi) sia perché la discopatia degenerativa tende ad interessare, nel tempo, più dischi. Quindi, ad esempio, in un paziente operato per un'ernia L5-S1 si può poi formare un'ernia in corrispondenza dello spazio L4-L5.

In caso di recidiva o di una nuova ernia, i criteri diagnostici e di scelta terapeutica sono gli stessi descritti nei paragrafi precedenti.

La SINch non sponsorizza trattamenti, procedure, prodotti o professionisti citati in questa scheda. Queste informazioni hanno solo fine illustrativo e non hanno valore di linee guida, non sono vincolanti per il medico, né possono sostituire in alcun caso il parere di un medico. Sono intese unicamente come informazione per i pazienti. Chiunque desideri consigli o assistenza neurochirurgica specifica si deve rivolgere ad uno specialista del settore.

Testo a cura del dott. **Gualtiero Innocenzi**