

## Stenosi del canale lombare

### Cos'è la stenosi del canale?

La stenosi del canale lombare è una malattia consistente in un restringimento del canale spinale del tratto lombare. All'interno del canale lombare sono situate le radici dei nervi diretti alle gambe (nervi sciatici). Quando il canale diventa stretto, queste radici nervose sono compresse e i pazienti lamentano dolori alla schiena, ai glutei e alle gambe, sensazione di intorpidimento, difficoltà nel camminare anche per brevi distanze.

### Cause

Si tratta di una malattia dovuta alle alterazioni artrosiche che si sviluppano, anche in funzione della età, a carico delle pareti del canale che, per così dire, si ispessiscono, causando una riduzione dello spazio disponibile. In particolare, anteriormente si sviluppano degli speroni ossei sui bordi dei corpi vertebrali (spondilosi); lateralmente, si verifica un aumento delle dimensioni delle articolazioni fra le vertebre (ipertrofia dei massicci articolari) e, posteriormente, si sviluppa un ispessimento del legamento giallo che è la struttura tesa posteriormente fra due vertebre. Questo è il meccanismo comune che porta allo sviluppo progressivo della stenosi del canale. Tuttavia, in alcune persone, un tratto del canale spinale può essere stretto dalla nascita. In questi pazienti, i sintomi tendono a manifestarsi più precocemente.

### Frequenza

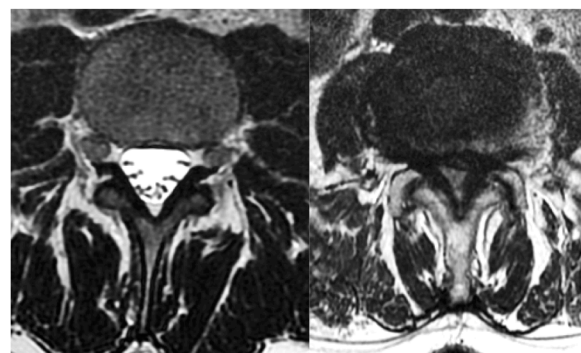
È una malattia frequente e nelle persone al di sopra dei 60-70 anni è di gran lunga la malattia più frequente della colonna vertebrale. In uno studio epidemiologico prospettico (cioè nel quale una popolazione viene seguita per molti anni), il Framingham Study, è stato rilevato che la prevalenza della malattia era del 32%; quindi circa un terzo di tutte le persone analizzate. Tuttavia, mentre nelle persone al di sotto dei 50 anni era intorno al 15%, dopo i 60 anni saliva progressivamente fino a superare il 50%.

### Sintomi

Sono dovuti al progressivo danneggiamento delle radici nervose contenute nel canale. Generalmente, la sintomatologia si sviluppa gradualmente e, all'inizio, i disturbi non sono gravi: mal di schiena, dolore ai glutei che aumenta quando si sta in piedi fermi o si cammina, crampi notturni alle gambe. Nei mesi e negli anni successivi, si sviluppa una riduzione della autonomia nella marcia (che viene indicata con il termine di "claudicatio"): i pazienti riferiscono di doversi fermare spesso, per qualche minuto, per far cessare una sensazione di addormentamento doloroso delle gambe (dicono di stancarsi presto quando camminano). Nelle fasi avanzate della malattia, l'autonomia nel camminare può essere ridotta a 10-20 metri! Oltre alla sosta, in piedi o seduti, un'altra cosa che attenua il dolore è il piegarsi in avanti. Infatti, quando ci pieghiamo in avanti, il diametro del canale aumenta del 10% circa e quindi questa posizione allevia la compressione delle radici nervose. Da questo fatto deriva anche un fenomeno curioso. I pazienti che vanno in bicicletta

(quando si pedala si sta semiseduti) raccontano che, mentre a piedi possono camminare poche decine o centinaia di metri, in bicicletta possono percorrere decine di chilometri!

Alle difficoltà nel camminare che abbiamo descritto, spesso non corrispondono segni importanti nell'esame obiettivo che può risultare addirittura normale.



### Esami strumentali

L'esame fondamentale nella diagnosi è la **RMN** del tratto lombare che permette di valutare l'entità e la estensione della stenosi (che può interessare uno solo o più livelli della colonna lombare) e la presenza di eventuali altre patologie associate: ernia discale, spondilolistesi (cioè slittamento di una vertebra), cisti sinoviale.

È sempre opportuno sottoporre il paziente anche ad una **radiografia** della colonna, sia in condizione statiche (cioè da fermo) che dinamiche (flessione ed estensione del busto).

La **TAC** può essere utile, specialmente se si vogliono avere informazioni sulla qualità delle componenti ossee (corpi vertebrali, peduncoli, faccette articolari). Considerando però la notevole radioesposizione che comporta è bene che venga richiesta solo se strettamente necessaria.

La **EMG-ENG** (elettromiografia) è un esame neurofisiologico che serve a misurare la velocità e la qualità della conduzione degli impulsi nervosi lungo i nervi. È bene

precisare che la EMG non misura il dolore. Questo esame ci fornisce informazioni su quali sono le radici nervose danneggiate (ad esempio L4, L5, S1; bilateralmente o solo da un lato) e, soprattutto, se la sofferenza è di vecchia data (cronica) o recente (acuta) e se ci sono problemi di altra natura. Quest'ultimo punto è importante perché nei pazienti diabetici ci può essere una neuropatia periferica, cioè una alterazione delle fibre nervose causata dal diabete, che contribuisce alla sintomatologia.

## Diagnosi

La diagnosi si basa sul quadro clinico e sugli esami strumentali. È necessario comunque prendere in considerazione anche altri eventuali fattori che possono influire sulle condizioni del paziente e che spesso si associano alla stenosi, specialmente nei pazienti più anziani: spondilolistesi, scoliosi, patologie articolari (artrosi dell'anca e del ginocchio), obesità, diabete. La valutazione di queste condizioni è molto importante anche per la scelta del percorso terapeutico da intraprendere.

## Terapia non chirurgica

Prima di prendere in considerazione l'intervento chirurgico, a meno che il paziente non sia già in una fase avanzata e presenti una grave difficoltà nella deambulazione, è opportuno tentare un trattamento conservativo.

La terapia non chirurgica non è codificata. Si tratta di una combinazione di modificazioni comportamentali, terapia fisica e farmacologica.

Il controllo del peso, l'adozione di uno stile di vita non sedentario (iniziare a praticare una regolare attività fisica), la cessazione del fumo possono migliorare le condizioni del paziente. Alle modificazioni dello stile di vita deve essere associato un programma riabilitativo personalizzato. Terapie manuali e posturali; idrokinesiterapia e svolgimento di attività in acqua; stretching e cyclette; esercizi per potenziare i muscoli del tronco, del bacino e delle gambe; terapie strumentali. Le tecniche a disposizione sono molte ma non vi è la evidenza che una di esse sia migliore delle altre. Adattarle all'età e alle condizioni del paziente sembra essere la scelta più ragionevole.

La terapia farmacologica si basa sull'impiego di farmaci antinfiammatori-analgesci e miorilassanti. Anche su questo piano, non ci sono opzioni codificate poiché non c'è la evidenza che un farmaco produca effetti migliori di altri. Si possono impiegare i FANS (antiinfiammatori non steroidei: tra i più noti, diclofenac, naprossene, nimesulide), analgesici non oppioidi (il più noto è il paracetamolo), analgesici oppioidi, farmaci miorilassanti (centrali o periferici). Naturalmente, tutti questi farmaci, specie se

assunti per lungo tempo, possono avere effetti collaterali.

Per quanto riguarda altre sostanze, spesso usate, quali vitamine e "integratori", va detto che sono prive di qualsiasi effetto.

Un'altra opzione terapeutica è costituita dalle iniezioni epidurali (cioè fra la parete ossea del canale e la superficie della meninge che avvolge le radici). Possono essere somministrati per questa via analgesici locali e cortisonici, singolarmente o in associazione. In alcuni studi, viene riportato un miglioramento del dolore che persiste per due settimane; in altri, i risultati sono simili al placebo.

## Terapia chirurgica

Il trattamento chirurgico consiste nell'allargamento del canale stretto. Sono disponibili diverse tecniche. Prima di esaminarle brevemente, è opportuno sottolineare che, come sempre in neurochirurgia, i risultati di un intervento dipendono, prima ancora che da una buona esecuzione, da una corretta indicazione e dalle condizioni preoperatorie.

L'ampliamento del canale si ottiene rimuovendo, in modo completo o parziale, la parete posteriore del tratto stenotico (le lamine vertebrali). Questo si può realizzare attraverso un approccio bilaterale (laminectomia) o unilaterale (emilaminectomia). Le tecniche mininvasive possono permettere, attraverso l'impiego di dilatatori, una decompressione con un minor trauma a carico dei muscoli. In ogni caso, è importante che vengano rispettate le articolazioni posteriori (faccette articolari) la cui rimozione può compromettere la stabilità della colonna.

Negli ultimi anni, è stata introdotta anche una tecnica di decompressione endoscopica. Il vantaggio è ovviamente l'assoluta limitazione dei danni "collaterali" (non danno muscolare, non perdita di sangue, recupero più rapido). Tuttavia, si tratta di una procedura che non può essere impiegata in ogni tipo di stenosi.

Se alla stenosi si associa una instabilità (ad esempio nel caso di una spondilolistesi) o vi è il rischio che la laminectomia (soprattutto in presenza di gravi alterazioni delle faccette articolari) possa compromettere la stabilità del tratto operato, si associa alla decompressione un osteosintesi. Si inseriscono delle viti nei peduncoli, collegandole con delle barre per "fissare", cioè bloccare quel tratto di colonna. Al fissaggio si possono associare altre manovre chirurgiche per favorire la fusione tra le vertebre operate, come l'inserimento tra le vertebre di cages (gabbiette), cioè spessori che stimolano lo sviluppo di tessuto osseo tra le vertebre.

Dopo l'intervento chirurgico è opportuno che i pazienti svolgano un ciclo di FKT.

**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**