

La sciatica di interesse chirurgico non causata da ernia del disco

di Dr. Giovanni Migliaccio

Lo sviluppo delle tecniche di imaging radiologico ha notevolmente accresciuto le probabilità di porre una corretta diagnosi preoperatoria delle cause di dolore lombare e sciatico. La causa di gran lunga più frequente di questo corollario sintomatologico è rappresentata dall'**ernia discale lombare** (90-95% dei casi), ma è grande anche il numero di processi patologici che possono causare una **sintomatologia sovrapponibile** a quella dell'ernia del disco lombare.

Alcune di queste sindromi sono di interesse neurochirurgico, altre coinvolgono nel processo diagnostico-terapeutico altre discipline mediche.

Le principali cause di sciatalgia non di origine discale sono:

DA LESIONI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

- *NEOPLASIE* (GLIOMI, MENINGIOMI, METASTASI) localizzate in una zona della corteccia cerebrale che si chiama Lobulo Paracentrale.
- *NEOPLASIE, EMATOMI INTRAMIDOLLARI* per lesione delle Vie Sensitive Midollari (nel midollo spinale, quella struttura che è contenuta nella colonna vertebrale e protetta dai corpi e dalle lamine osse vertebrali, è costituita, tra l'altro, di fasci, denominati anche vie, che trasportano le sensazioni dalla periferia del corpo al cervello. Queste vie sono riunite in una zona longitudinale che è denominata "Cordoni Posteriori").

CAUSE PSICOGENE DA LESIONI RADICOLARI

- *PATOLOGIA DEGENERATIVA* (Instabilità, Stenosi spinale, Deformità spinale, Sindrome della cresta iliaca, differenza lunghezza degli arti, sindrome della faccetta articolare, spondiloso e spondilolistesi)
- *PATOLOGIA TRAUMATICA* Trauma vertebro-spinale.

- *PATOLOGIA NEOPLASTICA* (Neoplasie ossee, Neoplasie midollari, extradurali e intradurali, cisti aracnoidee, tumori e fibrosi retroperitoneali)
- *PATOLOGIA INFETTIVA* (Mieliti, Osteomieliti, Disciti)

DA LESIONE PERIFERICA

- *PATOLOGIA DEL PLESSO LOMBARE* (Gravidanza, Tumori pelvici ed endometriosi, aneurismi dell'arterie iliaca ed ipogastrica, ematomi)
- *PATOLOGIA DEL TRONCO DEL NERVO SCIATICO* (sindrome piriforme, meralgia parestesica, Neurite ileoipogastrica, ileofemorale, genitofemorale, neuropatie femorale, otturatoria e sciatica)

DA PATOLOGIE INFIAMMATORIE E METABOLICHE

- *INFIAMMATORIE* (m. di Paget, Artrite Reumatoide e varianti, Borsiti)
- *METABOLICHE* (Gotta e pseudogotta, Osteoporosi ed osteoartrite)

ALTRE CAUSE

- *IATROGENE* (ovvero causate da terapie): Terapia Radiante.

Si riportano qui di seguito i casi di sciatica non discale osservati nella Divisione di Neurochirurgia dell'Ospedale Fatebenefratelli, su circa **600 casi** nel periodo dal 1992 al 1998 (è in corso una revisione e un aggiornamento della casistica):

- **LESIONE CENTRALE** (2 casi)
- **LESIONE CORDONALE** (5 casi)
- **LESIONE RADICOLARE** (67 casi): stenosi del canale (23), stenosi occulte meccaniche (22), stenosi occulte non meccaniche (12), patologia extra-intradurale (3), lesione tronculare (3)

per un totale complessivo di 70 casi.

Il dolore sciatico può quindi essere causato da:

- Interessamento del lobulo paracentrale e/ del talamo (rarissime)
- Lesioni a livello dei cordoni posteriori (2%)
- Lesioni radici nervose (1-3%)
- Lesioni del plesso lombosacrale (1%)

Interesse principale del medico che si confronta con un paziente affetto da sciatica è quello di possedere elementi clinici per indirizzare correttamente il processo diagnostico.

Nelle sciatiche di **origine parietale** si osserva un'accentuazione dei riflessi, non si osserva ipotrofia muscolare (cioè "dimagrimento" del muscolo), il dolore non è mai intensissimo (salvo che la lesione non interessi il talamo).

Nelle sciatiche da **lesione dei cordoni posteriori del midollo**, manca il segno di Valsalva e di Lasègue (segni che il medico ricerca con la visita del paziente), mentre è caratteristico lo scatenamento del dolore in seguito a bruschi cambiamenti di posizione della testa e del collo, frequenti anche disturbi sfinterici e sessuali.

Nelle sciatiche di **origine radicolare non discali**, la forma più frequente è rappresentata dalla stenosi del canale. Il decorso clinico non si discosta molto da quello dell'ernia discale salvo la maggior durata dei sintomi, la frequente mancanza di positività alla manovra di Lasègue. Altri segni sono la claudicatio neurologica (il paziente ha un'autonomia deambulatoria inferiore ai 70-100 mt, dopo di che compaiono stanchezza, formicolii), dolore a riposo.

Nelle sciatiche ad **origine da lesioni a carico dei tronchi nervosi**, la sintomatologia si differenzia poco da quella causata dalla compressione delle radici nervose salvo la distribuzione pluriradicolare, ovvero i sintomi dolore e le alterazioni della sensibilità interessano praticamente tutto l'arto interessato.

La diagnosi di tali forme scaturisce da un'attenta valutazione clinica del paziente e dei suoi sintomi.

Al giorno d'oggi la più sofisticata tecnologia radiologica ha soppiantato i vecchi, dolorosi e pericolosi esami quali erano la sacculoradicolografia e la mielografia (si doveva introdurre nel canale spinale un mezzo di contrasto iodato non privo di rischi, a volte gravi).

L'intervento chirurgico deve mirare alla **risoluzione dei sintomi** e deve essere il **più conservativo possibile** dal punto di vista anatomico. A tale scopo le tecniche chirurgiche oggi consentono di limitare gli interventi cosiddetti a cielo aperto.

Nel nostro Reparto da circa 4 anni utilizziamo tali tecniche come per esempio l'artrodesi lombare per via percutanea.

Tale metodica esula dall'argomento fin qui trattato e pertanto rimando a prossime eventuali "news".

Publicato in:

MinForma, Neurochirurgia, www.medicitalia.it, articolo on line dal 10/03/2008.