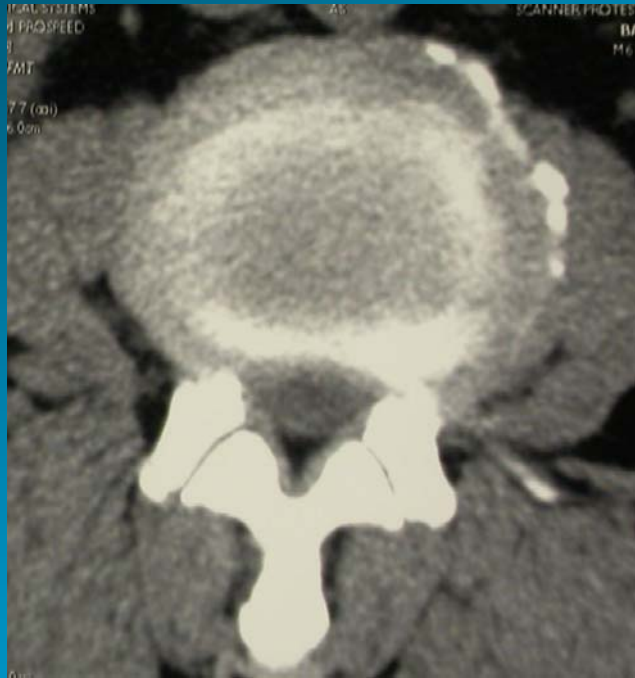


# **PATOLOGIA DEGENERATIVA DEL RACHIDE**

*PROSPETTIVE TERAPEUTICHE  
BASATE SULL'EVIDENZA SCIENTIFICA*

Pr. Francesco **SIGNORELLI**  
Cattedra ed U.O. Neurochirurgia  
Università “Magna Græcia”,  
Catanzaro

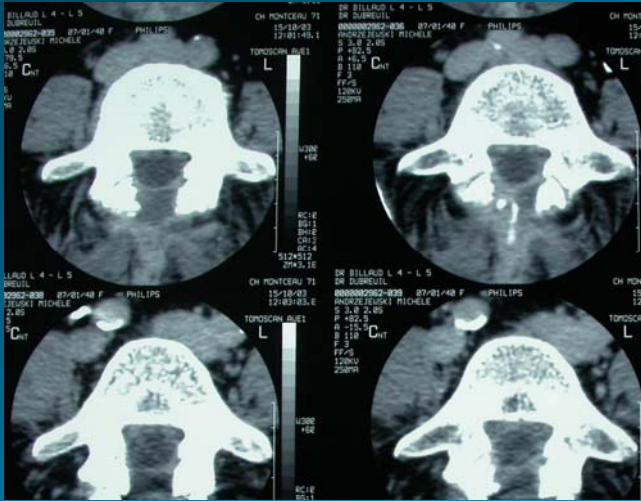
# SPONDILOSI LOMBARE



assenti studi case-control randomizzati metodologicamente  
validi paragonanti trattamento chirurgico e  
- storia naturale – placebo – trattamento conservativo



# SPONDILOSI LOMBARE



non vi è evidenza scientifica dell'efficacia di qualunque tipo di trattamento chirurgico rispetto a - storia naturale – placebo – trattamento conservativo



EXPERT OPINIONS

# DOLORE LOMBARE CRONICO

## 3 MESI TTT CONSERVATIVO

-analgesici, FANS, *miorilassanti*

-*infiltrazione trigger point e legamenti interspinosi, steroidi epidurali*

-riabilitazione fisica e psicosociale intensiva

- terapia comportamentale

-back school in ambiente di lavoro

-massaggi

evitare trazioni

riposo a letto

infiltrazione faccette art.

eccezione:

deficit

neuro

progressivi

## INTERVENTO CHIRURGICO

# INDICAZIONI ALLA FUSIONE (ARTRODESI) LOMBARE



*nessun  
intervento  
precedente*

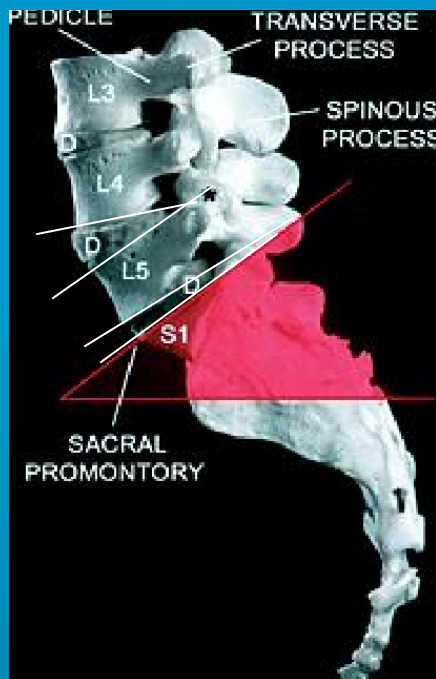
-dolore meccanico  
+ instabilità

*L3-4-5 traslazione AP  $\geq 4\text{mm}$*

*L5-S1 traslazione AP  $\geq 5\text{mm}$*

*opp.  $>11^\circ$*

**1 LIVELLO**



# INDICAZIONI ALLA FUSIONE (ARTRODESI) LOMBARE



*precedente  
intervento*

*senza  
fusione*

-dolore meccanico  
+ instabilità

*L3-4-5 traslazione AP  $\geq 4\text{mm}$   
L5-S1 traslazione AP  $\geq 5\text{mm}$   
opp.  $>11^\circ$*

-dolore meccanico  
+ pseudospondilolistesi  
opp. deformità rotazionale  
opp. altra deformità

-dolore radicolare-claudicatio  
+ reperto congruo TC RM

-perdita post-laminectomia  
di superficie di contatto  
delle faccette art.

*100% unilaterale  
50% bilaterale*

**1 o più LIVELLI**

# INDICAZIONI ALLA FUSIONE (ARTRODESI) LOMBARE

*precedente  
intervento  
con fusione  
al livello  
sintomatico*

- dolore meccanico e/o radicolare
- + pseudoartrosi e/o debricolage sistema
- dolore meccanico e/o radicolare
- + + reperto congruo TC RM

*precedente  
intervento  
con fusione  
a livello  
diverso da  
livello  
sintomatico*

- dolore meccanico
- + instabilità
- L3-4-5 traslazione AP  $\geq 4mm$*
- L5-S1 traslazione AP  $\geq 5mm$*
- opp.  $>11^\circ$*

**1 o più LIVELLI**

# CONTROINDICAZIONI

## ASSOLUTA

- **radicolopatia unilaterale da decomprimere**

da considerare (evidenze II-III)

- 32% lavoratori non più disabili a 2 anni
- > 50% lavoratori operati con fondi di assicurazione  
“né meglio, né peggio”
- 23% reinterventi a 2 anni (di più se fusione strumentata)
- fumo aumenta pseudoartrosi

## RELATIVE

- fumo
- spondilosi multilivello
- > 12 mesi di disabilità prima di considerare fusione
- periodo di recupero funzionale (ripresa lavorativa) < 6 mesi dopo ultima chirurgia
- fattori psicosociali indicativi di outcome povero:
  - abuso di droghe, alcool
  - alto livello di somatizzazione\*
  - disordini della personalità

# FOLLOW-UP

- controllo clinico ogni 2 mesi
- se a 6 mesi il dolore persiste:
  - es. neuro approfondito
  - TC thin slices (ricerca di pseudoartrosi)
  - Rx flex-estens. (ricerca di instabilità)

se bilancio negativo  $\Rightarrow$  raggiungimento di massimo miglioramento  
(disabilità parziale permanente eventuale)

# RADICOLOPATIA CERVICALE

6-8 settimane TTT CONSERVATIVO

-analgesici, FANS, *miorilassanti*

*-trazioni cervicali?*

-riabilitazione fisica e psicosociale intensiva

eccezione:

deficit

neuro

progressivi

(exp. midollari)

## INTERVENTO CHIRURGICO

# RADICOLOPATIA CERVICALE

## INDICAZIONI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO (EXPERT OPINIONS)

-ttr conservativo inefficace

E

-sintomi sensitivi distribuiti ad un metamero

*-dolore irradiato –parestesie (pizzicori, intorpidimento, sensaz. urente)*

E

-deficit sensitivo o deficit motorio o ROT anormali o EMG +

E

-risultati anormali di es. strumentali (RM o TC o mielografia), correlati con il livello della radice nervosa coinvolta, come da sintomi e segni

# RADICOLOPATIA CERVICALE

## TIPI DI INTERVENTO CHIRURGICO

<i>LAMINECTOMIA</i>	}	SENZA O CON FUSIONE
<i>DISCECTOMIA</i>		
<i>LAMINOTOMIA</i>		
<i>FORAMINOTOMIA CERVICALE</i>		

non vi è evidenza scientifica dell'efficacia di un tipo di trattamento chirurgico rispetto ad un altro

**(preferito approccio anteriore se presente compressione midollare anteriore associata)**

# FUSIONE



meno dolore  
cervicale fino a 6  
mesi p.o.  
in seguito nessuna  
differenza di  
outcome (evidenza  
classe III)

# RADICOLOPATIA LOMBARE

> 18 anni

10-12 settimane TTT CONSERVATIVO  
-analgesici, FANS, *miorilassanti*  
-riabilitazione fisica e psicosociale intensiva

evitare trazioni  
riposo a letto  
infiltrazione faccette art.

eccezione:  
deficit  
neuro  
progressivi  
(exp. cono-cauda)

**TECNICHE  
MINI-INVASIVE**

**INTERVENTO  
CHIRURGICO**

iniezione epidurale steroidi  
blocchi nervosi selettivi  
infiltrazione trigger points  
TENS  
ozonoterapia

