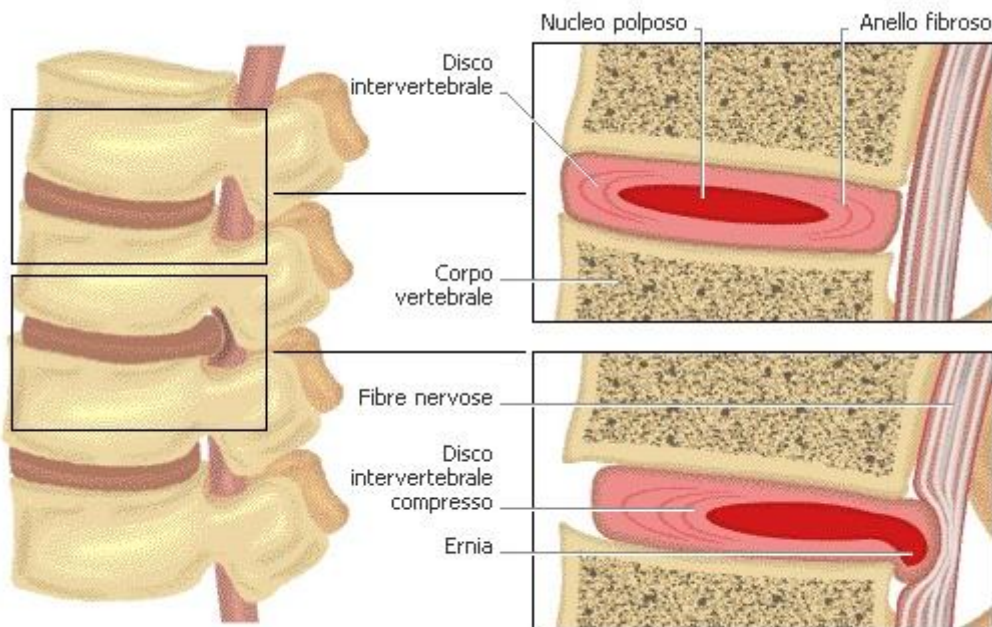


TRATTAMENTO DELLE ERNIE DISCALI LOMBARI: TECNICHE TRADIZIONALI E MININVASIVE PERCUTANEE

Dr. Vinicio Perrone

www.vinioperrone.com

Casa di Cura "S. Maria di Leuca" - Roma



La nostra colonna vertebrale è costituita dalle vertebre separate tra loro da un cuscinetto di materiale cartilagineo, il cosiddetto **disco intervertebrale**. E' grazie alla presenza dei dischi che la colonna vertebrale si muove in maniera armonica.

Per ernia del disco si intende la abnorme sporgenza del disco intervertebrale o la

protrusione del nucleo polposo nel canale vertebrale e la conseguente compressione delle strutture nervose li presenti.

Varie condizioni possono indebolire un disco intervertebrale: il sovrappeso, uno stile di vita sedentario, la guida prolungata di veicoli pesanti, le vibrazioni, i lavori a elevato impegno fisico soprattutto se comportano abitualmente il sollevamento manuale di pesi.

Si possono distinguere *l'ernia contenuta*, allorquando il tessuto discale erniato si fa strada attraverso l'anello fibroso, cioè la struttura più esterna del disco, e *l'ernia espulsa*, allorquando il materiale discale è migrato nel canale vertebrale.

SINTOMI

Clinicamente l'ernia discale può provocare una **lombalgia**, una **lombocruralgia** se il dolore è irradiato alla coscia, una **lombosciatalgia** se il dolore si irradia alla gamba ed al piede. Nel 75% dei casi si risolve spontaneamente entro 4 settimane, ma il tasso di ricaduta arriva al 60% nel corso dei due anni successivi. Se invece la lombalgia è sostenuta da una grave patologia discale, difficilmente diventa autolimitante e sfocia invece o verso la cronicità o verso il ripetersi incalzante di episodi acuti sempre più gravi.

CHIRURGIA

Se non vi è miglioramento e la sintomatologia è fortemente limitante per il paziente, è possibile ricorrere alle tecniche chirurgiche che, in base alle dimensioni del disco erniato, possono essere a cielo aperto o a cielo chiuso. Queste ultime, denominate anche **tecniche microinvasive percutanee**, riducono drasticamente l'atto chirurgico nonché le sue conseguenze. Ricordiamo la **coblazione**, tecnica che utilizza la radiofrequenz: attraverso una piccola sonda si riscaldano porzioni del disco facendolo evaporare, riducendone la sua tensione; la **nucleoaspirazione** invece prevede l'uso di una sottilissima sonda contenente una vite a doppia elica in grado, ruotando, di estrarre parte del nucleo, riducendo la pressione dell'ernia; la **discectomia laser percutanea**: l'azione del laser permette sia in una vaporizzazione, sia in una retrazione del tessuto erniato, con conseguente decompressione della radice nervosa; la **microdiscectomia endoscopica** prevede l'uso di una cannula endoscopica per visualizzare il disco erniato ed attraverso delle micropinze si apporta il materiale erniato.

Queste metodiche mininvasive si possono effettuare in anestesia locale, eventualmente con leggera sedazione endovenosa e sotto controllo radioscopico.

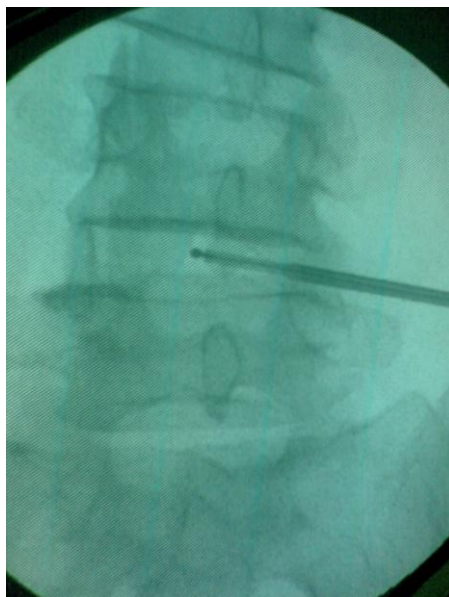
Allorquando l'ernia discale è di dimensioni più grandi o è in una sede difficile, si dovrà procedere con un intervento chirurgico *open*, tradizionale. Attraverso un'incisione cutanea di pochi cm si giunge sullo spazio vertebrale e, dopo l'asportazione del legamento giallo, si aggredisce il disco erniato che viene inciso e svuotato del suo contenuto. La chirurgia aperta richiede un'anestesia generale, il paziente si alza il giorno dopo e la dimissione sarà possibile il giorno successivo.

**PRIMA SI INTERVIENE PIÙ AUMENTA LA PROBABILITÀ
DI POTER USARE UNA TECNICA MININVASIVA**

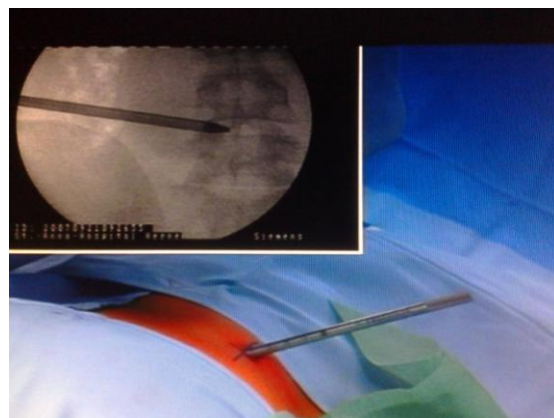
"MENO SI TAGLIA PIÙ SI RECUPERA VELOCEMENTE"



Coblazione



Nucleoaspirazione



Discectomia endoscopica

Le tecniche mininvasive percutanee rappresentano una opportunità nel trattamento delle ernie discali contenute sintomatiche resistenti alle comuni terapie mediche. Trovano l'indicazione principe nella cura delle ernie sintomatiche, non ancora espulse (ossia poco sporgenti) e pertanto non ancora indicate per un intervento di chirurgia maggiore.

Le tecniche percutanee non vanno considerate un'alternativa all'intervento chirurgico ma bensì un'opportunità per prevenire la chirurgia aperta.

VANTAGGI TECNICHE MININVASIVE

dolore lieve o assente già dopo 24 ore dall'intervento
nessun taglio muscolare, sanguinamento assente
cicatrice assente
velocissima ripresa del lavoro e dell'attività fisica
conservazione delle strutture anatomiche vertebrali
non controindicano un successivo intervento chirurgico

SVANTAGGI:

spazio discale L5/S1
ernia espulsa