



## Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico per *ernia del disco lombare*



### Informazioni generali

L'**ernia del disco lombare** sintomatica è una patologia degenerativa del disco intervertebrale che si manifesta con un quadro clinico caratterizzato da mal di schiena, radicolopatia compressiva (= *sofferenza da compressione di una radice nervosa*) sciatica o crurale e limitazione o impotenza funzionale. Gli studi di storia naturale indicano che le ernie del disco intervertebrale si riassorbono spesso - del tutto o in parte - e che la sintomatologia a essa associata **regredisce di frequente** con i trattamenti conservativi. Ernie del disco lombare vengono riscontrate grazie alla diagnostica per immagini con frequenza elevata anche in persone del tutto prive di sintomi. L'ernia discale è dunque un fenomeno dinamico, nonché una condizione relativamente comune e presenta una **prognosi favorevole** nella maggior parte dei casi.

### Informazioni per il Paziente

#### Diagnosi

I Pazienti che presentano, oltre al **dolore lombare** irradiato o meno, i cosiddetti “*semafori rossi*” devono effettuare uno studio di diagnostica per immagini.

I segni e sintomi definiti “semafori rossi” sono rappresentati da:

- **deficit neurologico** esteso e/o progressivo;
- **calo di peso** non spiegabile;
- **astenia** (= *debolezza*) protratta;
- **febbre**;
- **dolore che aumenta di gravità**, continuo, a riposo e notturno;
- **traumi** recenti, assunzione protratta di cortisonici;
- **osteoporosi**;
- quadro clinico della **sindrome della cauda equina**: un insieme di disturbi sensitivi e motori che provocano senso di anestesia nella regione perineale, ritenzione o incontinenza urinaria e/o fecale, ipostenia bilaterale degli arti inferiori;
- **grave deficit motorio dell'arto inferiore** di recente insorgenza, quasi sempre dei movimenti del piede, ma talvolta anche della coscia per interessamento del muscolo quadricipite o del muscolo psoas (interno all'anca).

La diagnostica per immagini prevede **TC** (tomografia computerizzata) e **RMN** (risonanza magnetica nucleare).

#### Indicazioni all'intervento chirurgico

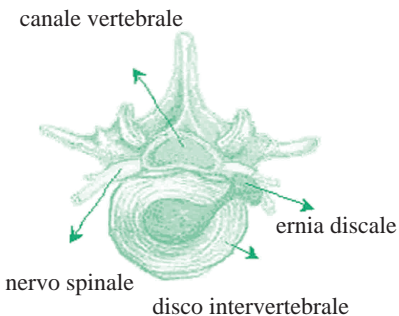
La **sindrome della cauda equina**, da ernia del disco intervertebrale, rappresenta un'indicazione assoluta all'intervento di discectomia (cioè al disco), da effettuare con urgenza entro 24 ore dall'insorgenza della sintomatologia.

L'intervento chirurgico in **elezione** è indicato in presenza di tutti i seguenti criteri:

- durata dei sintomi superiore a **sei settimane**;
- **dolore persistente** non rispondente al trattamento analgesico;
- **fallimento di trattamenti conservativi** adeguatamente condotti.

#### Intervento chirurgico

I trattamenti utilizzati per l'ernia del disco lombare sintomatica includono gli interventi di **discectomia**, gli **interventi mini-invasivi** – quali la chemonucleolisi (= *scioglimento del nucleo polposo mediante iniezione di sostanze chimiche*) e le iniezioni di farmaci epidurali – e i trattamenti conservativi.





La **discectomia standard** è più efficace rispetto al trattamento conservativo per la risoluzione del dolore, ma l'effetto è limitato nel tempo e tende ad annullarsi a quattro anni dall'intervento. La **microdiscectomia** è di efficacia pari alla discectomia standard. Considerando che l'effetto della discectomia a distanza di tempo è sovrapponibile ai trattamenti conservativi e che le ernie discali si riassorbono guarendo spontaneamente con elevata frequenza, è fondamentale una corretta informazione sulla storia naturale della malattia in quanto la motivazione del Paziente (principalmente in rapporto al grado di compromissione della qualità della vita), migliora la prognosi complessiva del trattamento.

I **trattamenti conservativi**, in alternativa alla chirurgia, sono rappresentati da:

- terapia farmacologica con **FANS** (antinfiammatori non steroidei), raccomandati per controllare il dolore, ma solo per periodi di tempo non prolungati, considerato il rischio di effetti indesiderati soprattutto nei soggetti anziani;
- il **paracetamolo** – da solo o in associazione con oppioidi deboli – e il tramadolo rappresentano l'alternativa ai FANS;
- gli **steroidi** per via sistemica possono essere usati per brevi periodi;
- programmi di **riabilitazione** multimodali basati su esercizi posturali o su altri tipi di esercizi che non richiedono l'impiego di macchine.

#### **Decorso postoperatorio**

La **fisioterapia postoperatoria** va iniziata rapidamente e comunque entro 4-6 settimane dall'intervento. Oltre alla terapia manuale, a scopo antalgico, possono essere usate tecniche di fisioterapia strumentale e agopuntura, nell'ambito di programmi riabilitativi multimodali.

Si raccomanda di limitare il riposo a letto allo stretto tempo necessario e ritornare attivi non appena possibile.



#### Rischi generici

L'intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all'età del Paziente e alle sue condizioni generali.

#### Rischi specifici

La chirurgia del rachide non è esente da complicanze durante e dopo l'operazione, quali:

- **la discite** (che consiste nell'infiammazione del disco e delle vertebre adiacenti, talora estesa anche ai tessuti molli circostanti, spesso di natura infettiva);
- **infezione** della ferita chirurgica;
- il **danno alle radici nervose** o lacerazione delle meningi (dura madre);
- le **complicanze vascolari** immediate o tardive (danno all'aorta, alla vena cava, all'arteria o alla vena iliaca);
- l'**instabilità vertebrale**, caratterizzata dal movimento irregolare tra una o più vertebre che può causare compressione radicolare intermittente.

Complessivamente, l'incidenza delle complicanze operatorie è pari al 3-6%; il rischio di **nuovo intervento** al 3-15%, mentre il rischio di **mortalità** a 30 giorni dall'intervento varia tra 0,5 e 1,5 per 1.000 Pazienti operati.