

DUREREA LOMBARA - NU IGNORATI!

dr. Mutica Nicoleta

O durere lombară poate să apară brusc sau gradat. Ea este acută când durează câteva zile sau câteva săptămâni.

Durerea lombară cronică durează mai mult de 12 săptămâni, este suficient de importantă pentru afectarea funcției sau calității vieții, având evoluție ciclică cu exacerbări intermitente.

Dacă vă supără spatele, sa știți că nu sunteți singurul în această situație. Fiecare om are cel puțin o dată în viață asemenea durere. Mulți dintre ei au mai mult de un episod de durere acută. Între episoadele dureroase, majoritatea revin la activitățile lor cotidiene având simptomatologia diminuată sau absentă.

Ce este durerea lombară sau durerea de spate?

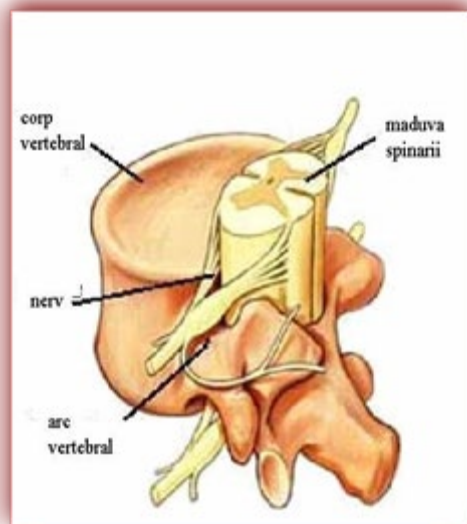
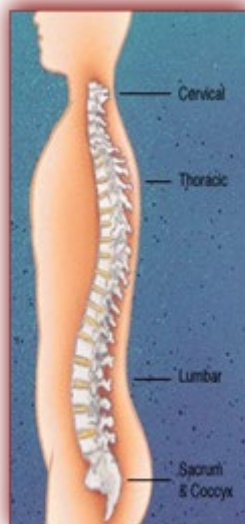
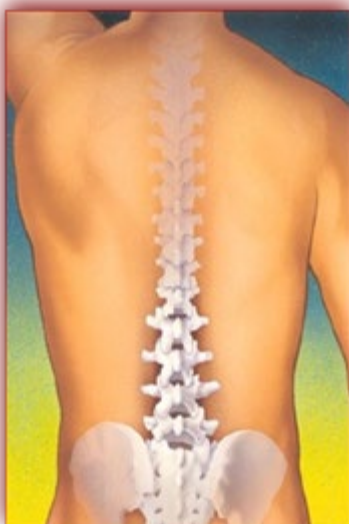
Durerea de spate sau lombalgia este un simptom ce indică de obicei o suferință a coloanei vertebrale lombare.

Durerea de spate mai poate fi cauzată de:

- afecțiuni renale (calculi, infecții)
- afecțiuni digestive (ex. ulcer perforat, pancreatită)
- afecțiuni genitale
- anevrism de aortă abdominală rupt

Ce este coloana vertebrală?

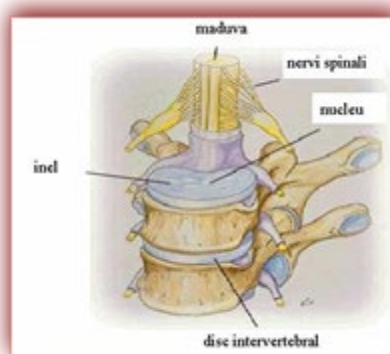
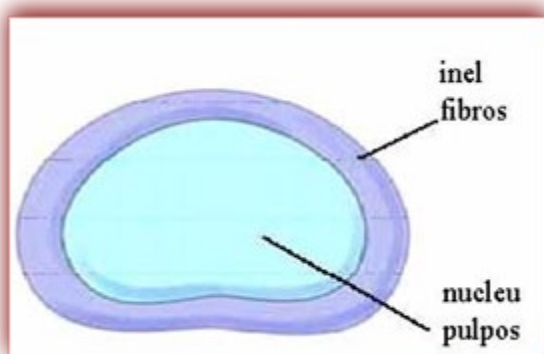
- este o tijă osoasă verticală, flexibilă și rezistentă
- constituie suportul trunchiului oferind sprijin pentru torace, bazin, membre
- coloana face posibilă mișcarea, asigurând totodată stabilitatea din profil, are 3 curburi ce contribuie la creșterea rezistenței (din legile fizicii se știe că rezistența unei tije e direct proporțională cu pătratul numărului curburilor)



- este formată din 33-34 piese osoase suprapuse numite vertebre
- vertebrele sunt legate între ele prin discul intervertebral
- canalul vertebral adăpostește măduva spinării și nervii spinali (ai trunchiului și membrilor)

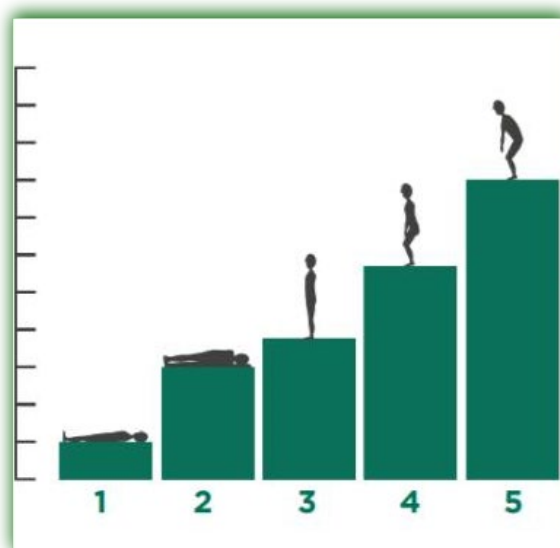
Discul intervertebral

- face legătura între 2 corpuri vertebrale
- la exterior are o "cămașă" (inelul fibros) iar în interior are un "sâmbure" (nucleul pulpos)
- discul este deformabil, elastic
- discul menține curburile coloanei
- discul amortizează șocul /presiunea și direcționează mișcarea



Mișcarea se realizează la nivelul segmentului mobil reprezentat de discul intervertebral și articulațiile ce unesc arcurile vertebrale învecinate. „Sâmburele” discului intervertebral se deplasează în sens invers mișcării corpului fiind cel care direcționează mișcarea. O mișcare este de fapt rezultatul însumării mișcărilor de la nivelul fiecărui segment mobil.

În diferite poziții, în interiorul discului se exercită presiuni foarte mari. Aceste presiuni sunt mai bine tolerate dacă avem o bună musculatură abdominală.



Ce determină durerea lombară/de spate?

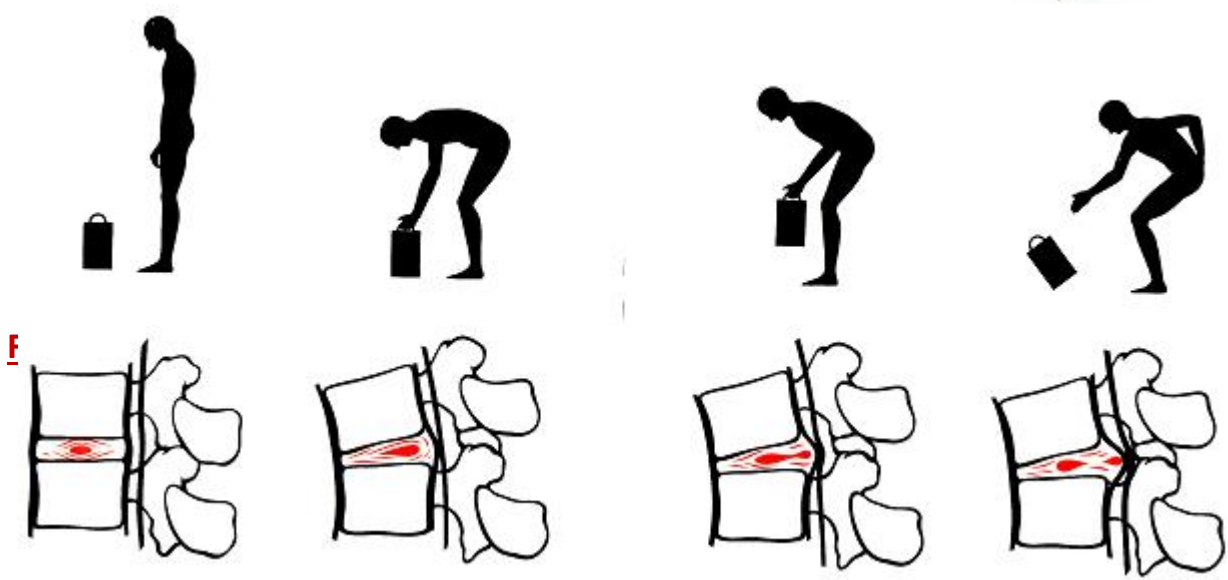
Durerea de spate este generată de cele mai multe ori de suferința discului intervertebral - cea mai fragilă și totodată cea mai sollicitată structură.

Și celelalte structuri - vertebrele, articulațiile, conținutul canalului vertebral - pot fi afectate de traumatisme, infecții, inflamații, tumori, reprezentând o sursă de durere.

Ce este hernia de disc?

Hernia de disc reprezintă fisurarea „cămășii” discului ceea ce permite deplasarea gradată a „sâmburelui” spre canalul vertebral. Odată migrat, „sâmburele” întâlnește și comprimă nervii care se distribuie membrilor inferioare (nervii sciatic sau crural).

Hernia de disc apare de obicei în urma unui efort fizic cum ar fi ridicarea unei greutăți în poziții inadecvate, efectuarea unor mișcări de torsiune bruscă, creșterea presiunii în canalul rahidian.



- descărcător, îngrijitoare, infirmiere, casier, secretari, operatori PC, curier)
- Sporturi – tenis, ski, ciclism
- Coloana vertebrală „vulnerabilă” -curburi anormale, anomalii de „șarnieră”
- Vârsta înaintată

Hernia de disc rămâne o problemă de actualitate, cu o frecvență deosebită, asociată cu costuri mari în asistența medicală și pierderi prin incapacitate temporară de muncă. Hernia de disc afectează persoanele active, cu frecvență maximă între vârstele 30-45 ani iar raportul barbati/femei este de 2/1.

În 95-98% din cazuri hernia este localizată în regiunea lombara (L4-L5, L5-S1, mai rar L2-L3, L3-L4). Herniile de disc cervicale apar cel mai frecvent la nivel C5-C6, C6-C7. Foarte rar herniile de disc apar la nivel dorsal.

Hernia de disc poate avea următoarele localizări : lateral, median sau bilateral.

Cum se manifestă hernia de disc?

- durere de spate intensă, accentuată de mișcare, tuse, stranut, defecație și calmată de repaus
- blocarea spatelui - datorită durerii mișcările sunt foarte limitate; uneori apare blocarea spatelui în poziții anormale, modificări de postură și de mers, atitudini antalgice
- atunci când „sâmburele” irită un nerv apar:
 - durere care coboară în membrul inferior
 - amorțeală, furnicături (parestezii) permanente sau intermitente ce însoțesc durerea
 - dificultate la mers și stat în picioare
 - ca semn de gravitate apare pierderea forței în piciorul respectiv ce se manifestă prin: „scăparea” piciorului la mers

Aceste manifestări (durere, furnicături etc.) apar în zone diferite ale membrului inferior în funcție de nervul afectat:

- nervul crural (**cruralgia**): partea din față a coapsei și a genunchiului
- nervul sciatic (**sciatica**): partea din spate a coapsei, gambei și piciorului



Afectarea rădăcinii **L5** prin hernie de disc **L4-L5** determină dureri în regiune lombo-sacrată, urmează traiectul nervului sciatic la nivelul fesei, coboară de-a lungul feței posterioare a coapsei, pe fața externă a gambei și la nivelul maleolei externe, trece pe fața dorsală a piciorului către haluce. Paresteziile apar pe fața externă a gambei și fața dorsală a piciorului și haluce. Flexia dorsală a piciorului și mersul pe călcâi devin dificile sau imposibile. Nu apar tulburări trofice sau afectarea reflexelor osteotendinoase.

Afectarea rădăcinii **S1** prin hernie de disc **L5-S1** determină dureri la nivelul fesei, coboară pe fața posterioară a gambei în regiunea retromaleolară externă, tendonul lui Achile, calcaneu și apoi pe marginea externă a plantei către degetele 3, 4 și 5. Tulburările de sensibilitate apar pe marginea laterală a plantei și ultimele trei degete. Flexia plantară a

picioarului și mersul pe vârfuri devin dificile sau imposibile. Reflexul achilian este diminuat sau abolit și pot apare atrofii ale musculaturii gambei.

În cazul herniei **L3-L4** durerea lombară iradiază pe fața antero-externă a șoldului, fața anterioară a coapsei, genunchiului și gambei până la glezna. În cazul herniei **L2-L3** durerea apare în regiunea superioară a coapsei. Herniile înalte se însoțesc de atrofia progresivă a mușchiiului cvadriiceps și diminuarea reflexului rotulian.

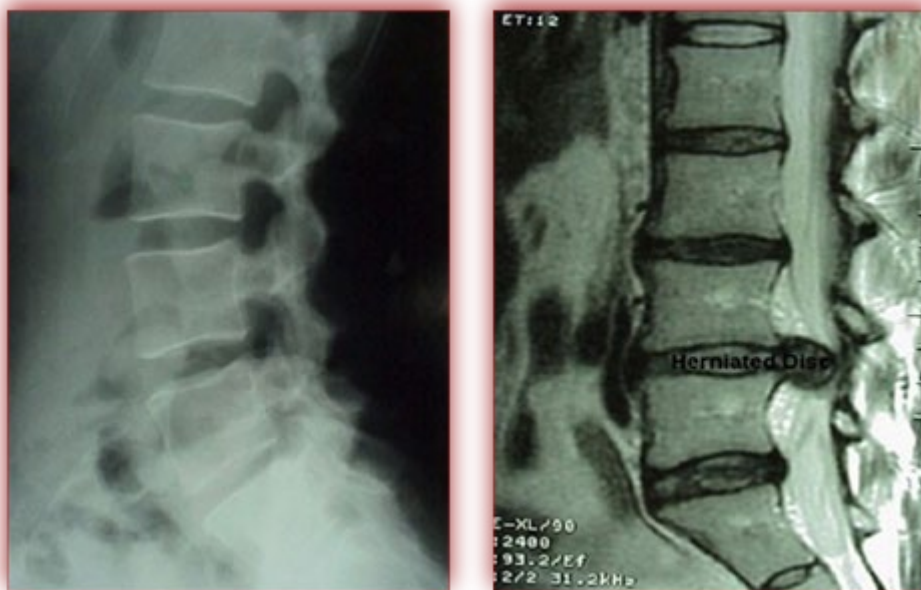
Afectarea discului **L1-L2** determină lombalgie, lombocuralgie, paraplegie, monopareză crurală, meralgie parestezică, sindrom de coadă de cal.

Cum se pune diagnosticul ?

Într-o primă etapă, diagnosticul este sugerat de descrierea bolii de către pacient : modul de apariție, sediul și caracterul durerii etc.

Ulterior, consultul medical confirmă suferința vertebrală lombară cu eventuala interesare a nervului crural sau sciatic, istoricul altor afecțiuni, identifică factorii de risc, identifică stările de urgență (instalarea acută a unor tulburări sfincteriene, a slabiciunii în picioare sau anestezie « în șa », deficitul neurologic progresiv, traumatismul recent, febra).

Radiografia de coloană lombară (față și profil) arată modificări ale coloanei vertebrale lombare sugestive pentru hernia de disc. Nu vizualizează discul intervertebral, măduva și nervii spinali. Discul intervertebral poate avea aspect normal radiologic chiar în cazul unei simptomatologii sugestive pentru hernie de disc. Semne radiologice ale leziunii degenerative discale nu demonstrează însă modul sigur că simptomele clinice sunt datorate caracterelor anormale ale herniei.



Rezonanța magnetică nucleară (RMN) permite observarea în condiții optime a structurii coloanei vertebrale, a herniilor și deformărilor posterioare ale discurilor. Este considerată o metodă de primă intenție pentru explorarea maduvei spinării. Este metoda de elecție pentru evaluarea pacienților cu simptomatologie persistentă sau recurentă după intervențiile chirurgicale pe coloana vertebrală. RMN este utilă în stabilirea diagnosticului diferențial. Folosirea substanțelor de contrast se face în funcție de cazul clinic. Examenul RMN se indică atunci când diagnosticul este nesigur, durerea nu cedează la tratamentul

medicamentos corect administrat timp de 4 săptămâni sau în vederea intervenției chirurgicale.

Tomografia computerizata (CT) evidențiază hernia, sediul sau/și eventual patologia asociată, iar prin injectarea substanțelor de contrast în sacul dural permite aprecierea modificărilor patologice din interiorul canalului rahidian. Dezavantajul metodei constă în imposibilitatea vizualizării leziunilor intradurale fără prezența substanței de contrast. Vizualizează toate componentele osoase și mai puțin conținutul coloanei vertebrale.

Electromiografia (EMG) are valoare când este interpretată în contextul clinic și împreună cu celelalte explorări. Precizează severitatea afectării nervoase și tipul de rădăcină nervoasă afectată, ajută la diagnosticul diferențial.

Celelate examene paraclinice de laborator sunt utile pentru excluderea sau confirmarea unei hernii discale secundare (VSH, hemoleucograma, calcemia, calciuria, electroforeza, fosfataza alcalina, fosfataza acida etc.) și determinarea agentului HLA-B27.

Dintre posibilitățile de evoluție anatomoclinică ale herniei de disc, se citează faptul că unele sunt reductibile spontan sau cu ocazia unor mișcări sub influența repausului și terapiei medicamentoase. La altele există resorbția fragmentului herniat prin reacții inflamatorii locale. În cazurile celor localizate anterior și lateral, care nu comprimă elementele nervoase, ci numai ligamentul longitudinal anterior, se constată intercalarea lor în zona interligamentară discomarginală, cu determinarea unei reacții proliferative conjunctive și osoase.

Durata unui puseu de sciatalgie / cruralgie în urma unei hernii discale este variată. Uneori, puseul acut trece în una, două sau trei luni în urma unui tratament fizioterapic și mai ales în urma unui repaus prelungit care favorizează reducerea herniei. Alteori, hernia devine ireductibilă, durerile persistă fără nicio tendință de ameliorare, conduc în timp la atrofii musculare și pareză, necesitând o intervenție chirurgicală.

TRATAMENTUL DURERII DE SPATE



TRATAMENT CONSERVATOR - eficient la 96% din pacienți prin resorbția (dizolvarea) fragmentului discal herniat

- ✓ repaus la pat
- ✓ tratament medicamentos
- ✓ metode fizical-kinetice

TRATAMENT CHIRURGICAL - necesar doar la 4% din pacienți

Repausul la pat - pe un plan dur (pat tare) pe durată variabilă între 5-7 și 10 zile, în poziția antalgică aleasă de bolnav în formele hiperalgice, dar de obicei decubit dorsal, cu genunchii flectați, în poziția “cocoș de pușcă”.

Purtarea unui lombostat (un brâu prevăzut cu lamele rigide) asigură o imobilizare bună a regiunii lombosacrate în cazurile acute sau în cazurile cu instabilitate vertebrală. Purtarea îndelungată a lombostatului favorizează atrofiile musculaturii paravertebrale și de aceea trebuie evitată, unele ghiduri de tratament (NICE) nerecomandând utilizarea lui.

Medicamente: antialgice, antiinflamatorii nesteroidiene și/sau steroidiene pentru calmarea durerii și inflamației care însoțește hernia de disc, decontracturant muscular pentru relaxarea musculaturii din jurul coloanei, neurotrofice (vitamine complex B) pentru hrănirea nervului.

Medicamentele se administrează sub supraveghere medicală având în vedere posibilele reacții adverse, uneori grave! Administrarea lor trebuie să respecte prevederile ghidurilor internaționale de tratament!

Gimnastica medicală - adaptată episodului dureros acut, mai ales pentru relaxarea musculaturii spatelui.

Fizioterapie - utilizează diferite forme de curenți pentru scăderea durerii și inflamației.

Tratament balnear (exemplu băi sulfuroase, sărate, termale etc.) indicat după calmarea inflamației.

Indicația de intervenție chirurgicală se stabilește atunci când:

- Durerea nu se ameliorează, se intensifică, în ciuda tratamentului corect efectuat timp de 6-8 săptămâni
- Scade forța în piciorul afectat (agravarea deficitului neurologic)
- Recurența dureroasă imposibil de evitat și de tratat
- Apar tulburări urinare sau de defecație
- Etiologia tumorală

Recomandări generale :

- Reîntoarcerea la activitățile zilnice odată cu cedarea sindromului dureros
- Reluarea activităților care nu agravează simptomele
- Exerciții fizice specifice ce antrenează coloana cervicală, dorsală și lombară – kinetoterapie controlată individuală sau de grup cu scopul tonifierii musculaturii și creșterii mobilității, conștientizarea pozițiilor corecte pentru coloană și bazin
- Evitarea eforturilor fizice intense de ridicare a greutăților la persoane cu risc, identificarea factorilor de risc
- Schimbarea locului de muncă dacă se impune
- Scădere ponderală la persoanele obeze
- Utilizarea medicamentelor conform recomandărilor și monitorizarea efectelor adverse, se vor lua în considerare dozele minime posibile și balanța risc/beneficiu pentru fiecare medicament
- Conștientizarea de către pacienți că simptomatologia poate avea evoluție remitentă, cu acutizări periodice care se vor trata prin reluarea planului anterior
- Monitorizarea factorilor de agravare pentru care se impune prezentarea la medic
- Poziții corecte ale coloanei în repaus sau în cursul diferitelor activități („școala spatelui”)



Documente de referință

1. Ionescu R. Esențialul în Reumatologie. Editura Amaltea. 2006. p.542 – 557, 133 – 160.
2. Paun R. Tratat de Medicina Interna Reumatologie volumul I. Editura Medicala Bucuresti. 1999. p.569 – 594, 1642-1676.
3. Zacharia Isaac, Jeffrey N. Katz. Lumbar spine disorders in Rheumatology Marc C. Hochberg, Fifth edition, Mosby Elsevier, 2011, p.659-681.
4. Kenneth K. Nakano. Neck pain in Kelley's Textbook of Rheumatology, Seventh. Elsevier. 2005, p.538-556.
5. Franco Prostacchini. Lumbar disc herniation. Springer Wien New York, 1999.
6. Forssell Marianne Zachrisson. The Back School. Spine. January-February 1981, Volume 6, Issue 1, p.104-106.
7. Karen P. Barr, Mark A. Harrast. Low Back pain in Randall L. Braddom Physical Medicine & Rehabilitation, Third Edition, Saunders Elsevier, 2007.