

DIFERENȚIEREA GENEZEI RAHIALGIILOR – CRITERIU IMPERATIV PENTRU CHIRURGIA VERTEBRALĂ

DIFFERENTIATION OF THE PAIN GENESYS AS IMPERATIVE CRITERION FOR SPINE SURGERY

Oleg PULBERE

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N.Tesemițanu” Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Articolul este bazat pe experiența de 18 ani a tratamentului pacienților cu patologie vertebrală, precum și pe concepțiile contemporane de tratament a lor. Se atrage atenție asupra celor cauze, care pot declanșa durerea de spate-membre de diferite localizări, diferențierea lor de patologii cu mimicie simptomatică și în fond – alegerea algoritmului curativ corect.

Cuvinte-cheie: chirurgia vertebrală, rahialgii, discuri intervertebrale, sindromuri vertebrale neurale

Summary

In this article, based on 18-years experience of treatment of patients with vertebral pathology and also on contemporary conceptions the basic conditions of occurrence of spine pains are reflected. The purpose is differential diagnostic and to show a principal causes of diagnostic errors, the choice of correct algorithm of treatment.

Key-words: spine surgery, back pain, intervertebral discs, spine neurological syndroms

Introducere

Durerile de spate servesc o sursa variabilă de confundări de către specialiști de diferite profesii, inclusiv și ortopezi-traumatologi a diverselor cauze, care o declanșează. Aceste algii pot avea o proveniență diferită – secundară degenerescențelor segmentelor vertebrale, inflamatorii (specifică, reactivă, septică), neoplasme, traumatisme, miofascioze, etc. Totuși, de către majoritatea medicilor este admisă o hiperdiagnosticare a „osteocondrozei vertebrale” și indicat un tratament-standard. Însăși noțiunea de „osteocondroză” este vagă, discretă și nu este nicidecum faptul sclerotizării lamei discale hialinice motivul apariției durerilor. Mai mult ca atât, nu există o corelare veridică între profunzimea manifestărilor imagistice radiologice și paleta manifestărilor clinice. Totuși, ca punct de pornire în indicarea tratamentului este primită frecvent imagistica și prescrisă o polipragmazie curativă asociată medicamento-fizio-kinetoterapică. Și constatăm anumite succese, mai frecvent nu datorită medicului și diagnosticării perfecte, ci în pofida faptului - datorită acțiunii polivalente a AINS în prim rând, acțiunii factorilor fizicali asupra receptorilor pielii, mușchilor, etc. Dar sunt situații, când această schemă este inutilă, iar pacientul suferă de patologii, în care indicația anumitor remedii sau proceduri este contraindicată, chiar nocivă. Lombalgia de aceeași intensitate poate fi cauzată, spre exemplu, de: hernia discală, instabilitatea segmentară, artrita reactivă Reyster, tuberculoza Pott, patologia ginecologică, mts prostata și multe altele. Numai în primul caz va fi utilă administrarea AINS, pe când restul patologiilor enumerate necesită metode de tratament absolut diverse. Felcerismul sindromul este inadmisibil, trebuie de distins esența diagnostică, selectate schimbările organice de cele funcțional-reflectore secundare. Reușitele succesului pe de altă parte se datorează faptului, că din toate cauzele durerilor de spate circa $\frac{3}{4}$ sunt de origine disc-artrogenă. În acest areal AINS, miorelaxantele, reologicele și fizioreflexoterapia sunt benefice. Dar pentru restanta pătrime de cauze schema clasică nu este admisibilă. Îndeosebi inacceptabilă este incertitudinea diagnosticului în cazurile când se decide către procedeele chirurgicale de tratament.

Scopul lucrării

Este accentuarea atenției asupra celor cauze, care pot declanșa durerea de spate-membre de diferite localizări, diferențierea lor de patologii cu mimicie simptomatică și în fond – alegerea algoritmului curativ corect.

Material și metode

Acest articol este bazat pe sinteza bibliografică a concepțiilor referitor patologiilor vertebrogene și corelat cu experiența de 18 ani (1991-2008) a tratamentului diverselor patologii vertebrale – degenerative, displazice și traumatice, în secția vertebrologie și ortopedie a IMSP SCTO MS RM la 13076 pacienți, cărora li s-a efectuat 2970 intervenții chirurgicale. Din toți cei operați a fost necesară stabilizarea segmentelor rahidiene în 455 cazuri (15.3%). Traumatismele și sechelele lor au constituit aproape jumătate din aceste situații – 236 cazuri (51.9%). Stabilizarea segmentelor coloanei în stările degenerative, displazice, deși a constituit a doua jumătate (48.1%), dar a fost mult mai restrânsă în procentajul general (7.4%). Restul intervențiilor în fond au constituit cele de decompresie a formațiunilor neurale și/sau vasculare ale medulei sau caudei equine. Ceilalți pacienți de profil ortoped-vertebro-neurologic au beneficiat de tratament conservator.

Discuții

Rahialgia – cronică sau acută – este una din cele mai frecvente cauze de pierdere a capacității de muncă și diminuare a calității vieții. Necătând la investiții considerabile în țările occidentale, persistă tendința creșterii numerice a pacienților cu patologia dată. Decada 2001-2010 de către UNESCO a fost etichetată drept cea a chirurgiei curative osteoarticulare. Durerea acută și cronică vertebrogenă include un spectru larg de maladii cu dereglări structural-funcționale diverse, la baza cărora sunt traumatismele, maladiile distrofice-destructive, inflamația, anomaliile congenitale ș.a. Dar pe lângă genericul vertebral durerile de spate sunt asociate și cu multe alte patologii extravertebrale. Natura și răspândirea rahialgiilor depinde în multe de inervarea formațiunilor anatomice și de unii factori, neelucidați suficient. Astfel, chirurgii vertebrali nu au până astăzi un răspuns prompt la următorul fenomen: de ce după colectarea grefonului osos din creasta iliacă la pacienții cu boală displazică – scolioza, spre exemplu, durerile în zona donatoare sunt aproape absente, pe când la cei cu discartroză (sinonim – osteocondroza) sunt frecvente? Parțial motivarea a fost argumentată prin descoperirea genilor de un tip nou, care induc hipersensitivitatea țesuturilor zonei spatelui, oboseala muschilor lui. Celulele sensibilizate ale măduvei spinării pot genera durerea din țesuturile segmentului vertebral. O importanță majoră în geneza rahialgiilor o au factorii psio-sociali, precum ar fi: pesimismul către însănătoșirea proprie, perioada prelungită de invalidizare, tulburările anxietice, somnul prost, narcomania, subapreciere, celibatarul, lipsa lucrului ș.a. Acești factori reduc considerabil eficacitatea acțiunilor terapeutice și reîntoarcerea spre o viață decentă. Reamintirea principiilor medicinei tradiționale în defavorul chirurgiei în cazurile de dubii poate avea un efect mult mai benign, dar ele totuși necesită o argumentare logică în baza datelor contemporane de investigații.

O cauză evidentă și indiscutabilă a rahialgiilor este traumatismul coloanei și spatelui. Dar și în cadrul traumatismelor o cauză frecventă de diagnostic incorect este ceea, că unii medici nu sunt familiarizați cu patternele (tipurile) posibile de traumatism vertebral, unde pe lângă leziunea primară poate avea loc și o repercusiune traumatică distanțată. Uneori durerile traumatismului vertebral minor, secundar, sunt inhibitate de afecțiunile durabile generate din leziunea cu traumatismul major. Incidența statistică a prezenței acestor paterne variază între 25-35%, deci are o semnificație majoră. Economia în investigații – CT, RMN ș.a. îndeosebi, cu părere de rău, caracteristică medicinei noastre actuale în aceste cazuri nu are nici o îndreptățire.

În esență sa manifestările clinice ale maladiilor de geneză degenerativă, displazică sau distructivă ale coloanei vertebrale, conform clasificării renumitului neurolog Я.Ю.Попелянский (1985) se divizează în 2 grupuri mari:

- compresive, unde factorul etiologic nemijlocit este conflictul inițial mecanic între medula și/sau nervii spinali și fragmentele de disc sau os și hematome, și cele

- reflectoare, care se manifestă la iritarea ramurilor nervilor sinuvertebrali și meningeali, care inervează structurile vertebrale, drept răspuns apar în combinații diferite - durerea, miodefansul, angiospasmul și disfuncțiile vegetative locale.

Depistarea factorului primar este evident mai ușor în traumatismele vertebrale și vertebromedulare, dar nicidecum nu trebuie subapreciate prin simplificare. Algoritmul tratamentului chirurgical este indus de gesturile obligatorii de reducere a deplasărilor, decompresia structurilor nobile neurale și vasculare, relaxarea coloanei către configurarea curbării fiziologice și stabilizarea componentelor reduse. Ultimul moment pare a fi cel determinant în evoluția maladiei traumatice și la rând cu medicația și îngrijirea rațională va contribui la reabilitarea maxim posibilă, care ar putea fi distinsă, reieșind din gradul leziunilor organice a măduvei și nervilor în cazul concret.

În practica medicală dificultăți mai mari apar în cazul stărilor degenerative, lent distructive, distrofice. Manifestările clinice frecvent au un caracter intermitent, lent, asiduu, deseori mimicează sub aspectul patologiilor viscerale, sistemice. Algoritmul curativ, îndeosebi gestul chirurgical, trebuie ales cumpătat, cu o privire în perspectivă.

Să recurgem la o blitz-reamintire a nozologiilor concrete (hernii discale, instabilități, spondilartrite reactive și specifice, fibromialgii) și manifestările sindromale (cervicalgii, dorsolombalgii sindromul șarnierei dorso-lombare), care reprezintă cauzele rahialgiilor.

Discurile herniate:

Nu orișicare proeminare discală are manifestare clinică, majoritatea sunt clinic compensate. Experiența marelui ajotaj de herniectomii din anii 40-70 ai sec.XX a revelat eficacitatea lor doar în 47-65%, în restul cazurilor acuzele bolnavilor au cedat ne semnificativ sau chiar s-au accentuat. Nu trebuie dramatizat și faptul diagnosticării imagistice la RMN sau CT a herniei de disc – majoritatea lor sunt „mute”, fără răsnet clinic (circa 80%), rata intervențiilor chirurgicale argumentate în lume constituie 3-4%. De obicei 95% din problemele discurilor extruse le prezintă doar 5 discuri: cervicale C5, C6 și lombare L5, L4, L3. Real statistica chirurgicală depășește necesarul și unii pacienți constată absența ameliorării sau chiar și sechele postchirurgicale nedorite. Aceasta este rezultatul subaprecierii cauzei reale a maladiei. Majoritatea situațiilor clinice – peste 85% - sunt totuși reflectoare.

Instabilitatea degenerativă trebuie compensată atât prin ortezare (corsete lombostactice, cervicostate) cât și prin reeducarea musculo-posturală adecvată. Regiunea toracală nu se manifestă prin instabilități de origine degenerativă, de aceea, ca regulă, nu necesită imobilizare, excepție – distrucția traumatică și osteopatică (os bolnav dismetabolic, hormonal, tumoral). Instabilitatea majoră, rezistentă către tratamentul conservator necesită tratament chirurgical, metoda este aleasă după indicații certe.

Spondilartrita reactivă în prim rând necesită lichidarea infecției-trigger, asociativ va fi tratamentul spondilartropatiilor secundare. Spondilartrita ankilozantă Behterev necesită bazis-terapia și kinetoterapie continuă, ceea ce îndepărtează finalul ankilozic al coloanei. Tratamentul chirurgical nu este indicat, excepția o constituie lichidarea mai tardivă a sechelelor ortopedice a șoldului și coloanei.

Spondilopatiile tuberculoase și oncologice sunt un subiect de tratament aparte în instituțiile de profil, dar, deoarece clinica incipientă a lor este insiduoasă, lentă, în multe cazuri inițial tratamentul este dramatic incorect – cu fizioterapie, vitamine, hormoni, preparate biologice active, ba chiar și chirurgia discului (pseudoherniat).

Sindromurile de fibromialgie și miofascial, în multe comune între ele sunt, probabil, cei mai mari înșelători ai medicilor sub mimicria vertebrogenă, deși vertebrogenă poate fi numai inițializarea sindromurilor, în rest ele depind în toate de condițiile musculo-fascio-tendinoase locale și statuturile imunologice și psihologice al pacientului.

Cele mai tolerante către tratament sunt situațiile durerilor de spate induse de factorii fermentativi, dismetabolici, tulburări imune (fosfolipaza 2, substanța P, peptidul vasoactiv intestinal și cel reglat de genul calcitonin), durerile cu sprijin simpatic, secundare herpesului zoster, sindromul durerii cronice.

Durerile cervicale. Durerile cervicale sunt o acuză foarte frecventă, întâlnite în orișice vârstă uniform la ambele sexe. Cauzele de bază sunt discartroza (osteocondroza), preponderent formele instabile, sindromul miofascial și artroza apofizară a sectorului cervical al coloanei vertebrale. Surse de dureri în aceste situații pot fi articulațiile, discurile și ligamentele intervertebrale, precum și mușchii spatelui. Durerea, ca regulă, este localizată în regiunea cervicală posterioară, poate induce cefaleea în dermatomurile C1,C2, durerea de limbă, gât, umere și torace. În afara durerilor disc- și spondilartroza se manifestă prin defans muscular și limitări a mișcărilor cervicale. Informație utilă:

- În orișicare moment aparte fiecare al zecelea matur are dureri cervicale.
- Mai frecvent sunt afectate discurile cervicale inferioare, ca regulă, apare cervicalgie și brahialgie homolaterală.
- Frecvența disc- și spondilartrozei crește cu vârsta. Astfel, semne radiologice de discartroză cervicale sunt observate la 50% persoane peste 50 ani și 75% - peste 65 ani.
- Semnele radiologice de discartroză sunt observate la 40% bărbați și 28% doamne cu vârsta 55-64 ani în absența manifestărilor clinice.
- Pentru mecanismul de traumatism vertebral în flexie-extensie bruscă sunt caracteristice leziunea ligamentelor și fracturile apofizelor articulare. Aceste leziuni frecvent rămân nedepistate și pot fi cauza unei dureri de lungă durată.
- Spondilofitele discartrozice pot comprima nervii spinali (radiculopatii) și măduva spinării (mielopatii), dar, ca regulă, sunt supraapreciate.
- Cauzele de bază a radiculopatiilor sunt hernia discală, formațiunile de volum și spondilofitele.
- Cervicalgia frecvent se accentuează la scuturări, spre ex. în transport.
- În majoritatea cazurilor cervicalgia decurge 2-10 zile, pe parcursul unei luni regresează la 70% din bolnavi.
- În maladiile degenerative sarcina principală a tratamentului este restabilirea funcției articulare.
- Dacă sunt absente: tumoare, traumatism sau radiculopatie cu deficit neural – cele mai eficiente metode de tratament a cervicalgiilor sunt medicina manuală (hiropraxie) și kinetoterapia.

Durerea dorsală și dorso-lombară. În prim rand în acest context trebuiesc menționate ca surse de dureri și greșeli diagnostice sindromul fibromialgia și cel al șarnierei dorso-lombare. Fibromialgie – maladie extraarticulară, caracterizată prin algii difuze, oboseală a musculaturei scheletice și scăderea pragului dureros la palpare în zone caracteristice, definite ca puncte algice (trigger-points, miogeloză, sindrom miofascial, BMY, fibrozită - *William Gowers, 1904*, tendomiopatie generalizată, etc.). Durerile sunt axiale, caracterizate prin slăbiciuni matinale, rigiditate vertebrală, algii musculare îndeosebi cervicale, permanente, săcâitoare. Acutizarea survine la frig, umezeală, iarna, în astenie, stress, eforturi, dimineața, greu adorm, cefalee, dereglări intestinale. Este calificată drept una din cele mai răspândite maladii în practica ambulatorie, ocupă al 2-3 loc din toate cauzele adresării către reumatolog. Ca maladie a fost calificată în 1990 de către Asociația reumatologică americană (ARA). Factorii etiologici ai SF nu sunt cunoscuți. Există presupuneri despre asociere cu infecția virală cronică *Epstein-Barr*; SF se întâlnește în SIDA în 11%, la antecedente depresive, cu virusul herpesului tip 6, borreloză *Lyme*, ș.a. Semnele cele mai frecvente – dureri generalizate și oboseală a musculaturii scheletului, rigiditate, somn dereglat. Durerile mai des sunt localizate în regiunile cervicală, spate, lombară, mai rar în membre, perete abdominal anterior. Rigiditatea o menționează 90%, ea nu corelează cu gravitatea simptomaticeii. Din metodele de tratament la moment eficacitatea primordială o deține administrarea antidepresanților triciclici, kinetoterapia, mai puțin fizioterapia și fototerapia. Tratamentul chirurgical, efectuat după indicații incorecte, superficiale, ca regulă agravează starea acestor pacienți.

Sindromul șarnierei dorso-lombare (Ș.D.L.). Cu părere de rău, dar în fond este necunoscut majorității medicilor, care își asumă tratamentul durerilor de spate. Manifestarea cea mai frecventă este o lombalgie joasă simulantă în totul o lombalgie de origine lombo-sacrată sau sacro-iliacă, mai putem vorbi de dureri infero-abdominale pseudoviscerale, sau de dureri simulante de o bursită trohanteriană, sau, mult mai rar, o durere pubiană. În tratament au eficacitate deblocajul manual, blocajul intra-pararticular, fizio- și kinetoterapia individuală de susținere a tonusului muscular și mobilității articulare. Frecvențele erori curative constau în blocajele infiltrative ale crestei iliace cu steroizi, uneori, pe fundalul imagistic al unei hernii « mute » și în prezența unor cruralgii acești pacienți suportă intervenții chirurgicale de discectomii.

Durerea lombo-gluteo-crurală. Durerea gluteară mai frecvent este cauzată de maladiile regiunilor lombare și sacro-coccigee a coloanei, cea de femur – de maladiile articulației coxofemorale, șarniera lombosacrată și într-o măsură mai redusă de afecțiunea genunchiului. În afecțiunile articulației șoldului (inervate de nervii spinali L2 și L3) durerea poate iradia în șold și genunchi. În maladiile organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal durerea ingvinală și de șold este determinată de iritarea marelui psoas.

Recapitulând cele expuse, putem conchide, că tratamentul chirurgical are un areal cert distins și care nu are necesitate de a fi absolutizat în realitățile, pe care poate să le distingă. Scopul intervențiilor este destul de limitat în esență: decompresie în cazul prezenței factorului de strangulare, la necesitate neurotomie mecanică sau chimică, reducerea diformității și stabilizare prin anchilozare sau endoprotezare în cazurile precedent enumerate și în instabilitățile distrofic-degenerative. Aceste cazuri sunt: traumatismele, formațiunile de volum, degenerescențe cu manifestări compresive – hernii discale, instabilitate sechelară a lor, diformitățile displazico-anomalice.

Care măsuri se par a fi utile în investigația și tratamentul acestui contingent de pacienți ? Par utile următoarele:

- a poseda competență în anatomia și fiziologia coloanei
- a cunoaște semiologia neurologică
- a cunoaște imagistica normei și variantelor patologice ale coloanei
- a avea noțiuni despre biomecanica ergonomică
- a fi competent în farmacologie, esența interacțiunilor medicațiilor indicate, a exclude polipragmazia
- excluderea stereotipurilor zilei de ieri, precum: obligatoriile restricție la pat și administrare a AINS în toate cazurile, terapia manuală este inofensivă și are indicații largi în toate cazurile de rahialgii, tot așa ca și blocajele infiltrative a mușchilor cu steroizi.

Concluzie

Cele expuse sunt o reamintire a cauzelor de apariție a sindromului spatelui dureros, care ocupă stabil al doilea loc în cauzele adresărilor către medic. Și una din cauzele-lideri de diagnosticuri eronate, ulterior – de tratament incorect. Durerea de spate este un monitor semnificativ al majorității patologiilor, care reflectă situații atât organice, cât și cele funcționale vertebrale și somatice. Tratamentul chirurgical trebuie selectat riguros conform indicațiilor certe: compresiunea structurilor nobile, diformitate afiziologică reductibilă, instabilitate cu răsnet neural, recuperarea capacității de sprijin.

Bibliografie

1. ADAMS N, TAYLOR DN, ROSE MJ. *The psychophysiology of low back pain*. New York, Churchill Livingstone, 1997.
2. LEVIN K.H., COVINGTON E.C., DEVERAUX M.W. ET AL. *Neck and Back Pain*. CONTINUUM. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA 19106. 2000. p.204.
3. HALDEMAN S.D., KIRKALDY-WILLIS W.H., BERNARD JR.TN.N. *an Atlas of Back Pain*. The Parthenon Publishing Group. USA. p.93
4. MAIGNE R. - *Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs*. Sem. Hôp. Paris 1981, 57, 11-12, p. 545-554.
5. PULBERE O. *Durerile de spate*. Arta medica. Ediție specială. 2007. 15-18 ianuarie, p.43-47.
6. ГЭЛЛИ Р.Л., СПАЙТ Д.У., СИММОН Р.Р. *Неотложная ортопедия. Позвоночник*: пер.с англ.-М.:Медицина, 1995. с.432.
7. ДЖ. МЕРТА. *Справочник врача общей практики*. 1230 с., илл. Пер. с англ. М., “Практика”-McGraw-Hill, 1998 г.
8. МИРОНОВ С.П., БУРМАКОВА Г.М., ЦЫКУНОВ М.Б. *Пояснично-крестцовый болевой синдром у спортсменов и артистов балет*. - М.:»Новости», 2006.с.202.
9. ПОПЕЛЯНСКИЙ А.Я., ПОПЕЛЯНСКИЙ Я.Ю. *Пропедевтика вертеброгенных заболеваний нервной системыю* – Казань, КГМИб 1985, с.87 .
10. ТАБЕЕВА Г.Р., ЛЕВИН Я.И., КОРОТКОВА С.Б., ХАНУНОВ И.Г. *Лечение фибромиалгии*. Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова. 1998; 98 (4): с. 40-3.
11. ТРЕВЕЛЛИ ДЖ.Г., СИМОНС Д.Г. *Миофасциальные боли*: В 2 томах. Т.1. - М.: Медицина, 1989, с. 256.
12. УЛЬРИХ Э.В., МУШКИН А.Ю. *Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках*. Издание 2-е – СПб.:ЭЛБИ-СПб, 2005.с.187.
13. Хирургия позвоночника – полный спектр. Материалы научной конференции посвященной 40-летию отделения патологии позвоночника. Москва, 2007.-367 с.

SARCINILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL DE STABILIZARE ÎN TRAUMATISMELE COLOANEI CERVICALE

TASKS OF SURGICAL STABILIZATION TREATMENT IN CERVICAL SPINE TRAUMAS

Oleg PULBERE

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “N.Testemițanu” Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Lucrarea prezintă un studiu bibliografic al concepțiilor de tratament al leziunilor traumatiche a rahisului cervical și analiza retrospectivă a 161 intervenții chirurgicale de stabilizare prin diverse metode. Rezultate funcționale și cu aspect radiologic favorabile au fost obținute la întrebuițarea plăcilor înșurubate.

Cuvinte-cheie: vertebre cervicale, traumatism vertebro-medular, spondilodeză.