

LOMBARTROZA – TRATAMENT
CHIRURGICAL SAU CONSERVATOR?

Oleg PULBERE,
Catedra Ortopedie și Traumatologie,
USMF Nicolae Testemițanu

Patogenia diverselor situații patologice ale coloanei vertebrale se manifestă aproximativ identic, etiologia fiind diversă. Cauzele instalării lombalgiilor reflectorii (miotonice, discirculatorii, vegetative, algice) pot fi diferite – protruzie discală, instabilitate segmentară, spondilolisteză, artroză sau artrită apofizară etc. În majoritatea cazurilor substratul receptibil al situației patologice este nervul sinuvertebral **Luschka**, care inervează periostul vertebrei, capsula și sinovia articulară, ligamentele, porțiunea dorsală a inelului fibros al discului și formațiunile din spațiul canalului vertebral [2, 3]. Iritarea ramurilor acestui nerv poate fi provocată de factori absolut diverși – tensionare, presiune, edemare, inflamație septică sau imună, pe când manifestările clinice prin răspuns neural reflectoriu rămâne, de regulă, același aproape în toate situațiile: hipertonus muscular paravertebral, algii vertebrale, radiculalgii pe aria dermatomului cointerestat, dereglări de senzitivitate. Nestabilind corect diagnosticul, direcția sanogenetică aleasă de medic devine și ea incorectă [6], fapt ce condiționează insuccesul tratamentului sau – paradoxal(!) – un efect pozitiv nu datorită, ci în pofida faptului (mai mult datorită acțiunii polivalente a AINS și procedurilor fizioterapice). Una dintre patologiile cu o astfel de „mimicrie” bogată este spondiloartroza.

Spondiloartroza, conform clasamentului Prodan-Radcenko [4], o divizăm în cea distrofic-degenerativă și inflamator-distructivă. Prima, la rândul său, include cea displazică, dishormonală și dislocațională. Cea mai frecvent întâlnită este cea dislocațională – în discartroză (sinonime: osteocondroză, spondilocondroză, discoză), spondilolisteză, scolioză, dereglări de ținută, sindrom generalizat de hipermobilitate, epifiziopatia Schoermann-Mau și în consecințele traumatismelor vertebrale. Stabilitatea articulară intervertebrală, de regulă, este păstrată în spondiloartroza de geneză inflamatoare și dismetabolică, restul reprezintă dereglări de stabilitate. Spondiloartroza are manifestări atât intraarticulare, cât și extraarticulare.

Manifestările intraarticulare se realizează pe contul modificărilor distructiv-degenerativ-distrofice ale cartilajului, sinoviei, capsulei – formațiunilor inervate de rămurile mediale ale ramurei dorsale a nervului medular. Intensitatea algii este determinată de activitatea procesului intraarticular, de gradul de distrucție tisulară, totodată depinde și de factorii extraarticulari.

Manifestările extraarticulare se dezvoltă, de regulă, în termene mai tardive, cu apariția hiperplaziei osteoarticulare care, în asociere cu concomitentă pensare a discului, duce la stenoza canalului rahidian și a găurilor de conjugare intervertebrale, constrângându-se aria spațiului de rezervă al sacului dural și nervilor medulari. Drept răspuns la această situație, treptat și lent apar dereglări alternante: claudicație intermitentă caudogenă și/sau mielogenă, radiculopatii.

De regulă, manifestările spondiloartrozei degenerative apar spre a patra decadă a vieții, însă pe un fundal displazic sau posttraumatic poate

Summary

Lombarthrosis – surgical or nonsurgical treatment?

This article is based on the experience of over 800 patients treated during the years 1991-2011 and bibliographic data on lumbar vertebral joints pathology, views on the conservative treatment or surgical indications are shown.

Резюме

Поясничный спондилоартроз – хирургическое или консервативное лечение?

На основании опыта лечения в период 1991-2011 годов, более 800 пациентов, а также библиографии по патологии суставов позвоночника указаны показания к консервативному либо оперативному лечению.

apărea și la o vârstă mult mai mică. Pacientul acuză dureri surde în coloană, rigiditatea ei matinală, o treptată ameliorare după exerciții de învioreare, „clacmente” vertebrale, dureri la palparea paravertebrală supraarticulară, limitarea amplitudinii mișcărilor, îndeosebi a torsiei vertebrale. Există o dependență de factorii meteo, hipotermia corpului. Acutizarea manifestărilor artrozice are loc pe fundalul scăderii imunității în infecții, spre deosebire de spondiloartrita reactivă, care se acutizează la sporirea activității autoimune.

Cea mai mare cotă a manifestărilor clinice îi revine spondiloartrozei segmentelor **L 4-5, L 5-S1** și artrozei sacroiliace, toate prezentând o paletă bogată de algii iradiate în membrele inferioare, deseori confundate cu manifestările radiculare ale discului herniat, coxartroza, sindromul **Hip-Spine** („șold-spate”), gonartroza, miozita, vasculita etc. Spondiloartroza cervicală poate simula apofizitele osoase, sindroamele miofasciale și cele de tunel; cea toracală – pseudosindroamele viscerale.

Stabilirea diagnosticului necesită o sinteză din acuzele subiective ale pacientului, datele obiective clinice (palpare, amplitudinea mișcărilor, senzitivitate, forța musculară, reflexe osteotendinoase) și cele paraclinice (roentgenografie, contrastograme pozitive vertebrale, inclusiv artrografia vertebrală sub controlul fluoroTV, tomografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară). Cu excepția spondiloartritelor reactive, celor inflamatoare și dishormonale, schimbări în hemograme și în analizele biochimice, de regulă, nu se depistează.

Tratamentul spondiloartrozelor nu are drept scop principal acțiunea asupra factorilor etiologici, deoarece manifestările clinice apar pe un fundal vechi de modificări morfologice atât extraarticulare (dezaxări de coloană, în primul rând), cât și parțial intraarticulare în stadiul de sub- sau decompensare. Tratamentul adecvat este cel sindromologic și unele dintre cele mai de forță remedii sunt blocajele medicamentoase. Blocajele articulare după **Mooney-Robinson** [3], **Radcenko** [5] și cele ale ramurii articulare a nervului **Luschka**, pe lângă efect curativ, au și un efect de diagnostic cert – dispariția durerilor „pe vârful acului” mărturisește despre veridicitatea diagnosticului. În „coctailul” curativ se includ anestezicele eterice sau amizi (lidocain, novocain, lignocain etc.), corticosteroizi cristaloiizi cu acțiune rapidă și prelungită (diprofos, diprospan, triamcinolon etc.) și/sau alte remedii; în stadiile incipiente artrozice –

condroprotectori, antifermenți, vitamine, dextrane ș.a. Denervarea chimică, termică sau electrocoagulatoare a ramurilor articulare ale nervilor duce la o ameliorare în circa 70% cazuri chiar după prima manoperă.

Arsenalul tipurilor de blocaje nu se limitează la cele enumerate. În practica noastră (care include peste 800 de pacienți pe parcursul anilor 1991-2011, tratați în secția de ortopedie-vertebrologie a IMSP SCTO) sunt pe larg întrebuițate conform indicațiilor stricte și alte blocaje: epidurale, paravertebrale, intradiscale, ale nervului medular, intracutanate, în punctele-trigger. Fizioterapia și kinetoterapia, relaxarea postizometrică, terapia manuală – toate aceste metode sunt pe larg aplicate în tratamentul complex al spondiloartrozei. Corsetele sau ortezele sunt indicate numai în acutizare până la perioada diminuării durerilor, în cea de compensare și subcompensare nu recomandăm întrebuițarea lor.

Nu toate situațiile pot fi rezolvate conservator, ca în cazurile stenozei pronunțate a canalelor rahidian și celui al nervului medular, al recesului lateral al arcului vertebral, al instabilității segmentare. În aceste cazuri se recurge la tratament chirurgical, din arsenalul căruia fac parte intervenții cu următoarele sarcini: decompresie (fasetectomii parțiale sau totale, laminectomii, hemilaminectomii), stabilizare (somatodeza, artrodeza selectivă, rahisinteza posterioară) sau asocierea lor.

Astfel, recapitulând cele expuse, se poate conchide că această categorie de bolnavi numeroși și de vârstă tânără-medie poate fi tratată destul de efectiv. Totodată, arsenalul metodelor de tratament poate și trebuie să fie modificat printr-o conlucrare științifico-curativă a ortopezilor, neurologilor, neurochirurgilor, reumatologilor și reabilitologilor.

Bibliografie

1. Anusca D. *Artroza – ghid clinic și terapeutic*. Craiova, 2000, 200 p.
2. Bogduk N. *The innervation of the lumbar spine*. In: *Spine*, 1983, 8: 286.
3. Mooney V., Robertson J. *The facet syndrome*. In: *Clin. Orthop.*, 1976, 115: 149.
4. Продан А.И., Пащук А.Ю., Радченко В.А. *Поясничный спондилартроз*, Харьков, 1992.
5. Радченко В.А. *Диагностика и лечение артроза дугоотростчатых суставов*. Дисс. канд. мед. наук, 14.00.22, Харьков, 1988, 211 с.
6. Продан А.И., Сиренко А.А., Колесниченко В.А. *Денервация суставов позвоночника: pro et contra*. В журнале: *Хирургия позвоночника*, 2005, 3: 78-86.