

UNELE ARGUMENTE  
PRIVIND SELECTAREA  
BOLNAVIILOR CU PATOLOGIE  
VERTEBRALĂ PENTRU  
TRATAMENT CHIRURGICAL

Oleg PULBERE,  
Universitatea de Stat de Medicină  
și Farmacie Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Some arguments about selection of patients to spine surgery*

*In this article, based on 22-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.*

**Keywords:** spine surgery, back pain, intervertebral discs, spine neurological syndroms.

### Резюме

#### *Некоторые аргументы относительно отбора больных с патологией позвоночника для хирургического лечения*

*Статья основана на 22-летнем опыте лечения пациентов с патологией позвоночника, а также на современных концепциях их лечения. Указаны причины, способные вызвать позвоночные и отраженные боли, дифференциация от патологий, вызывающих схожую симптоматику, что позволяет выбрать правильный алгоритм лечения.*

**Ключевые слова:** хирургия позвоночника, боли в спине, межпозвоночные диски, вертебрально-невральные синдромы.

### Introducere

Durerile de spate au o multitudine de diverse cauze care le declanșează. Acestea pot avea proveniență diferită: secundare degenerescențelor vertebrale, inflamatorii, neoplasmelor, traumatismelor, miofasciozelor etc. Majoritatea medicilor admit o hiperdiagnosticare a „osteochondrozei vertebrale” și indică un tratament-standard. Însăși noțiunea de *osteochondroză* este vagă, discretă și nicidecum faptul sclerozării lamei discale hialinice nu este motivul apariției durerilor. Mai mult ca atât, nu există o corelare veridică între profunzimea manifestărilor imagistice și paleta manifestărilor clinice. Totuși, drept argumentare a prescrierii tratamentului este indicată, de regulă, imagistica. Aproape tuturor pacienților le este prescrisă o polipragmazie curativă asociată medicamento-fiziokinetoterapică. Și constatăm anumite succese mai curând nu datorită diagnosticării corecte de către medic, ci în pofida faptului – datorită acțiunii polivalente a AINS (în primul rând), acțiunii factorilor fizici asupra receptorilor pielii, mușchilor etc.

Dar sunt situații în care 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, cancer de prostată și multe altele. Numai în primul caz va fi utilă administrarea AINS, pe când restul patologiilor enumerate necesită metode de tratament absolut diverse.

Felcerismul sindromal este inadmisibil, trebuie distinsă esența de diagnostic, diferențiate schimbările organice de cele funcțional-reflectoare secundare. Reușitele totodată se datorează faptului că, din toate cauzele durerilor de spate, circa  $\frac{3}{4}$  sunt de origine degenerativă disc-artrogenă și/sau fibromialgică. În acest areal AINS, miorelaxantele, reologicele și fizioflexoterapia sunt benefice. Dar pentru o pătrime de cauze schema clasică nu este valabilă. Este inacceptabilă îndeosebi incertitudinea diagnosticului în cazurile în care se decide aplicarea procedeelor chirurgicale de tratament.

Scopul acestei lucrări este accentuarea atenției asupra cauzelor care pot declanșa dureri de spate/membre cu diferite localizări, diferențierea lor de patologii cu mimicrie simptomatică, adică alegerea algoritmului curativ corect.

### Material și metode

Acest articol este bazat pe sinteza bibliografică a concepțiilor referitor la patologiile vertebrogene și e corelat cu experiența de 22 de ani (1991-2013) de tratament al diverselor patologii vertebrale – degenerative, displazice și traumatice, în secția de vertebrologie și ortopedie a IMSP SCTO MS RM, la 16253 de pacienți, cărora li s-au efectuat 3674 intervenții (incidența chirurgicală a constituit 22,6%). Din toți cei operați, stabilizarea segmentelor rahidiene a fost necesară în 577 cazuri (15,7%). Traumatismele și sechelele lor au constituit aproape jumătate din aceste situații – 298 cazuri (51,6%). Stabilizarea segmentelor coloanei în stările degenerative, displazice, deși a constituit a doua jumătate (48,4%), a fost totuși mult mai restrânsă în procentajul general (8,1%). Restul intervențiilor în fond au fost de decompresie a formațiunilor neurale și/sau vasculare ale medulei sau caudei equine. Ceilalți pacienți de profil ortopedo-vertebroneurologic au beneficiat de tratament conservator.

## Discuții și rezultate obținute

Rahialgia – cronică sau acută – este una dintre cele mai frecvente cauze de pierdere a capacității de muncă și de diminuare a calității vieții [10, 11]. Este evidentă tendința creșterii numerice a pacienților cu patologia dată. Durerea acută sau 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 [4]. Natura și răspândirea rahialgiilor depinde mult de inervarea formațiunilor anatomice și de unii factori neelucidați suficient. O importanță majoră în geneza rahialgiilor o au factorii psihosociali, precum pesimismul în privința însănătoșirii, perioada prelungită de invalidizare, anxietatea, somnul prost, narcomania, subaprecierea, celibatul, lipsa unui loc de muncă etc. [1]. Acești factori reduc considerabil eficacitatea acțiunilor terapeutice și împiedică reîntoarcerea spre o viață normală.

O cauză evidentă a rahialgiilor este traumatismul coloanei și spatelui. Dar și în cadrul traumatismelor o cauză frecventă a diagnosticului incorect este faptul 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 de durere generate de leziunea din traumatismul major. Incidența statistică a prezenței acestor patterne variază între 25 și 35%, deci are o semnificație majoră. Economia în investigații – CT, RMN etc. –, îndeosebi (cu părere de rău!) caracteristică medicinei noastre actuale, în aceste cazuri nu are nicio îndreptățire.

Mai obscură se pare a fi simptomatologia rezultată din microtraumatisme, frecvent asociate aptitudinilor și stereotipurilor habituale sau profesionale.

În esența lor, manifestările clinice ale maladiilor de geneză degenerativă, displazică sau distructivă ale coloanei vertebrale se divizează în 2 grupe mari [13]:

- *compressive*, unde factorul etiologic este nemijlocit conflictul inițial mecanic dintre medulă și/sau nervii spinali și fragmentele de disc sau os și hematom;
- *reflectoare*, care se manifestă la iritarea ramurilor nervilor sinuvertebrali și meningeali, care inervează structurile vertebrale; drept răspuns apar asocieri de durere, miodefans, angiospasm și disfuncții vegetative locale.

Depistarea factorului primar al disfuncției vertebrale este mai simplă în traumatismele vertebrale și vertebromedulare, dar acestea nicidecum nu trebuie

subapreciate. Algoritmul tratamentului chirurgical este determinat de gesturile obligatorii de reducere a deplasărilor, decompresia structurilor nobile neurale și vasculare, reaxarea coloanei spre configurarea curburii fiziologice și stabilizarea componentelor reduse [7]. Ultimul element pare a fi determinant în evoluția maladiei traumatice și, împreună cu medicația și îngrijirea rațională va contribui la reabilitarea maxim posibilă, care ar putea fi distinsă reieșind din gradul leziunilor organice ale 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 mimicrează sub aspectul patologiilor viscerale, sistemice [12, 14, 15]. Algoritmul curativ, îndeosebi intervenția chirurgicală, trebuie aleasă cumpătat, cu o privire în perspectivă [8, 9].

Să recurgem la o reamintire a nosologiilor concrete (hernii discale, instabilități, spondilartrite reactive sau specifice, fibromialgii) și a manifestărilor sindromale (cervicalgii, dorsolombalgii, sindromul șarnierei dorsolombare), care reprezintă cauzele rahialgiilor:

- Discurile herniate
- Instabilitatea degenerativă
- Spondilartrita reactivă
- Spondilopatiile distructive (specifice, nespecifice și oncologice)
- Sindroamele de fibromialgie și miofascial
- Sindromul șarnierei dorsolombare
- Cervicobrahialgiile secundare
- Durerile lombo-gluteocurale secundare.

Recapitulând cele expuse, putem conchide că tratamentul chirurgical are un areal cert distins: decompresie în cazul prezenței factorului de strângulare, la necesitate – neurotomie mecanică sau chimică, reducerea diformității și stabilizare prin anchilozare sau endoprotezare în cazurile enumerate și în instabilitățile distrofice-degenerative [2, 3, 5, 6, 17]. Aceste cazuri sunt: traumatisme, formațiuni de volum, degenerescențe cu manifestări compresive – hernii discale, instabilitate sechelară a lor, sechelele diformităților displazico-anomale.

În investigația și tratamentul acestui contingent de pacienți, par a fi utile sau chiar imperative următoarele:

- a poseda competență în anatomia și fiziologia coloanei;
- a cunoaște semiologia neurologică;
- a cunoaște imagistica normei și a variantelor patologice ale coloanei;
- a poseda noțiuni despre biomecanica ergonomică;

- a fi competent în farmacologie, în esența interacțiunilor medicațiilor indicate;
- a exclude polipragmazia.

### Concluzie

Cele expuse sunt o reamintire a cauzelor de apariție a sindromului spatelui dureros, care ocupă stabil al doilea loc în cauzele adresărilor la medic, fiind una din cauzele-lideri de diagnosticuri eronate, ulterior – de tratament incorect. Durerea de spate este un însoțitor semnificativ al majorității patologiilor, care reflectă situații atât organice, cât și funcționale vertebrale și somatice.

Competența are valoare! Tratamentul chirurgical trebuie selectat riguros, conform indicațiilor certe: compresiunea structurilor nobile, diformitate afiziologică ireductibilă, instabilitate cu răsunet neural, recuperarea capacității de sprijin.

### Bibliografie

1. Adams N., Taylor D.N., Rose M.J. *The psychophysiology of low back pain*. New York, 1997.
2. Bartleson J. D., Deen H.G. *Spine Disorders. Medical and Surgical Management*. New York: Cambridge University Press, 2009, 292 p.
3. CONTINUUM. *Neck and Back Pain*. Levin K.H., Covington E.C., Deveraux M.W. et al. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, PA19106, 2000, 204 p.
4. Haldeman S.D., Kirkaldy-Willis W.H., Bernard jr. Tn. N. *An Atlas of Back Pain*. USA: The Parthenon Publishing Group, 93 p.
5. Maigne R. *Le syndrome de la charnière dorso-lombaire. Lombalgies basses, douleurs pseudo-viscérales, pseudo-douleurs de hanche, pseudo-tendinite des adducteurs*. Paris: Sem. Hôp. 1981, vol. 57, nr. 11-12, p. 545-554.
6. *Manual of Spine Surgery*. Editors U. Vieweg, F. Grochulla. Berlin. Heidelberg, 2012, 405 p.
7. Patel V.V., Burger E., Brown C.W. (Editors). *Spine Trauma. Surgical Techniques*. Berlin. Heidelberg, 2010, 413 p.
8. Pulbere O. *Durerile de spate*. În: *Arta medica*. Ediție specială. 2007, nr. 15-18 ianuarie, p. 43-47.
9. Pulbere O. *Diferențierea genezei rahialgiilor – criteriu imperativ pentru chirurgia vertebrală*. În: *Arta medica*, nr. 1 (34), 2009 (supliment). Materialele Conferinței XI Naționale a ortopezilor-traumatologi din Republica Moldova. Chișinău, 17 aprilie 2009, p. 96-99.
10. Гэлли Р.Л., Спайт Д.У., Симмон Р.Р. *Неотложная ортопедия. Позвоночник*: пер. с англ. М.: Медицина, 1995, 432 с.
11. Дж. Мерта. *Справочник врача общей практики*. Перевод с английского. М.: Практика-МcGraw-Hill, 1998 г., 1230 с.
12. Миронов С.П., Бурмакова Г.М., Цыкунов М.Б. *Пояснично-крестцовый болевой синдром у спортсменов и артистов балета*. М.: Новости, 2006, 202 с.
13. Попелянский А.Я., Попелянский Я.Ю. *Пропедевтика вертеброгенных заболеваний нервной системы*. Казань: КГМИ, 1985, 87 с.
14. Табеева Г.Р., Левин Я.И., Короткова С.Б., Ханунов И.Г. *Лечение фибромиалгии*. В: *Журн. невропатол. и психиатр. им. Корсакова*, 1998; № 98 (4), с. 40-43.
15. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. *Миофасциальные боли*. В 2 томах. Т. 1, М.: Медицина, 1989, 256 с.
16. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. *Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках*. Издание 2-е, СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005, 187 с.
17. *Хирургия позвоночника – полный спектр*. В: *Материалы научной конференции, посвященной 40-летию отделения патологии позвоночника*. Москва, 2007, 367 с.

