

## PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN DISCOPATIILE CU SINDROM SCIATIC BIRADICULAR

A. Máthé, S. Komjátszegi, Á. Szabó, L. Lázár

În elaborarea diagnosticului de localizare a herniilor de disc cu indicație operatorie, ne bazăm — cu rare excepții — pe simptomatologia clinică. În cazul sciaticilor monoradiculare problema este în general simplă. Cunoscând relațiile topografice disco-radiculare tipice, după care în canalul rahidian rădăcina  $L_5$  corespunde discului  $L_4$  și rădăcina  $S_1$  discului  $L_5$ , în marea majoritatea a cazurilor (aprox. 90%) putem deduce corect nivelul compresiunii discale.

Intr-un procent mai mic al cazurilor (aprox. 10%) relația disco-radiculară este atipică, datorită emergenței joase sau înalte a rădăcinilor. În aceste cazuri, dacă palparea ligamentului galben, la operație, nu ne permite stabilirea nivelului herniei, sau discul pe care-l abordăm prima dată nu-l găsim modificat, sîntem nevoiți să procedăm la o dublă explorare, interesînd nivelul supra- sau subiacent.

Sîntem în fața unor probleme deosebite în cazul sciaticilor unde simptomatologia este concomitent *biradiculară*. Intricarea simptomatologiei poate îmbrăca diverse forme: semne biradiculare tipice, de intensitate egală; semne biradiculare însă de intensitate diferită; simptomatologia tipică a unei rădăcini asociată cu simptomatologia parțială a celeilalte rădăcini, de ex. durere tipică  $L_5$  asociată cu areflexie achiliană. sau simptomatologie tipică  $S_1$  asociată cu pareza de tip peronier; mai frecvent remarcăm că simptomatologia nu este completă pentru nici una din rădăcini, dar tabloul clinic nu poate fi încadrat numai în simptomatologia unei rădăcini.

Se mai obișnuiește încă în aceste forme, ca hernia să fie localizată după rădăcina a cărei simptomatologie este preponderentă. În acest mod o bună parte din simptomatologie este explicată prin compresiunea unei rădăcini și se stabilește astfel nivelul compresiunii; iar pentru simptomele care nu se încadrează în tabloul tipic, se găsește o oarecare explicație teoretică.

Experiența operatorie ne-a convins însă că simptomatologia biradiculară este dată aproape întotdeauna de compresiunea celor două rădăcini, prin hernia unuia sau a două discuri. În baza observațiilor noastre se pare că primul mecanism este mai frecvent — mai ales în cazul herniilor mari ale discului  $L_5$ , care pătrund și în foramenul intervertebral.

În practica zilnică sîntem înclinați să considerăm datele topografiei disco-radiculară numai în raport intrarahidian, acolo unde ieșirea rădăcinii din *sacul dural* decide raportul cu discul respectiv, iar în caz de hernie relația între rădăcina și discul herniat. Aceasta este în general varianta tipică descrisă mai sus. Însă nu este permis să uităm ca relația disco-radiculară există nu numai în canalul rahidian și ci în *gaura de conjugare*, gaura în care relația — spre deosebire de cazul canalului rahidian — are întotdeauna un caracter invariabil datorită invariabilității nivelului de ieșire a rădăcinilor prin găurile de conjugare, deci corespondența numerotării disco-radiculară este concordanța la acest nivel (vezi schema).

Compresiunea biradiculară poate fi provocată de:

1. *Protrusie sau hernia monodiscală* mare, care în general prin localizarea laterală „*loco typico*” comprimă tipic, adică rădăcina cu un număr mai mare, iar prin partea care pătrunde în foramenul intervertebral comprimă rădăcina cu numărul similar discului („*hernii laterofoaminale*”). De ex. hernia discului L<sub>5</sub> comprimă tipic rădăcina S<sub>1</sub>, iar intraforaminal rădăcina L<sub>5</sub>.

2. *Protrusie sau hernie monodiscală* mare, care în general cu partea laterală comprimă „*loco typico*” rădăcina cu un număr mai mare, iar cu partea medială comprimă rădăcina care încă nu a părăsit sacul dural și are cifra cu două numere mai mare (Ex. hernia L<sub>4</sub> cu simptome patologice biradiculară L<sub>5</sub> și S<sub>1</sub>).

3. *Leziune bidiscală concomitentă* (polidiscopatia) în care există o hernie tipică la nivelul a două discuri, fiecare cu simptomatologia sa tipică.

*Cazuistică proprie*

Am prelucrat din punctul de vedere al problemelor mai importante, ridicate de compresiunile biradiculară, materialul nostru operator pe 2 ani (1960—1962): 191 hernii de disc din care 22 au prezentat simptomatologie biradiculară după cum urmează:

16 cazuri: Protrusie sau hernie L<sub>5</sub> (sindrom biradicular L<sub>5</sub> + S<sub>1</sub>)

2 cazuri: Protrusie L<sub>4</sub> (sindrom biradicular L<sub>4</sub> + L<sub>5</sub>)

1 caz: Polidiscopatie

Protrusie L<sub>1</sub> + L<sub>2</sub> cu sindrom biradicular L<sub>1</sub> + L<sub>2</sub>

3 cazuri: explorare discală negativă dar cu exprimate modificări epidurale și intraforaminale la nivelul spațiului intervertebral L<sub>5</sub> și al foramenului tot la acest nivel, cu simptomatologie clinică L<sub>5</sub> + S<sub>1</sub>.

*Vîrsta bolnavilor*

28—38 ani — 6 cazuri

39—49 ani — 8 cazuri

50—68 ani — 8 cazuri

Majoritatea cazurilor cu fenomene biradiculară au fost hernii monodiscale (18 cazuri), provocînd compresiune biradiculară. Analiza mai detaliată a datelor clinice și operatorii reliefează în aceste cazuri particularități față de cazurile obișnuite. În cele ce urmează vom insista în primul rînd asupra acestora.

Chiar și datele anamnestice conțin unele particularități prin care diferă de cazurile obișnuite: este de remarcat frecvența mică a momentului traumatic (a fost prezent numai în 4 cazuri). Debutul este insidios cu evoluție lentă, etalată de-a lungul a cîtorva ani, cu dezvoltarea progresivă a sindromului de lombalgie și sciatică; acuzele sînt accentuate de modificările atmosferice (în 14 din cele 22 cazuri), fapt pentru care bolnavii sînt considerați „reumatici”. Simptomul principal este sciatica la care adeseori se asociază lombalgia (17 cazuri), ra-reori sciatica nu este asociată de lumbago (4 cazuri). Durerea are următoarele caracteristici: durerea spontană e accentuată și permanentă, nu este ameliorată de repaus la pat, durerii „săgetătoare” cu caracter radicular i se asociază deseori durere cu caracter cauzalgic sub formă de arsură (10 cazuri). Durerea se accentuează la tuse și strănut (16 cazuri). Sînt frecvente paresteziile puternice (14 cazuri).

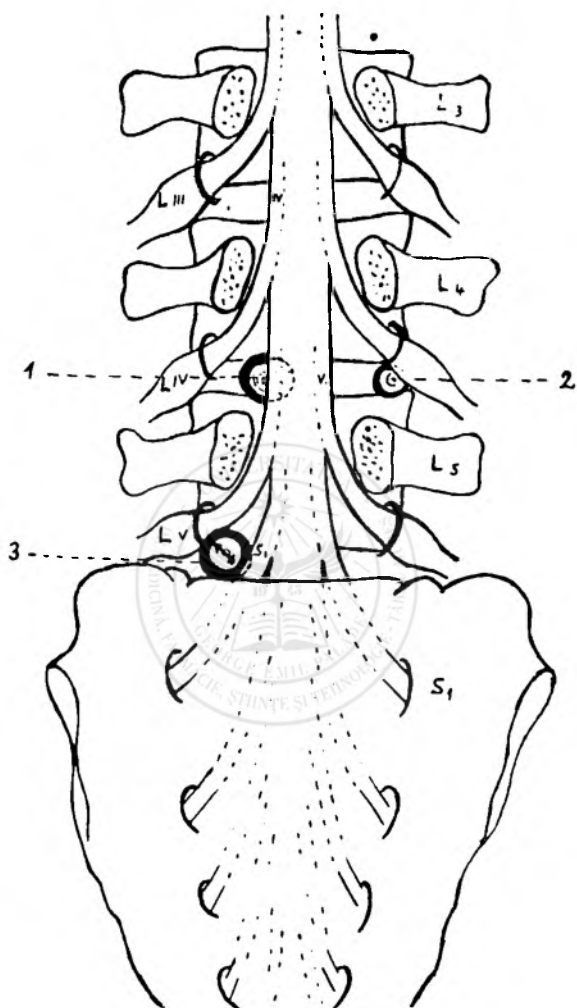


Fig. nr. 1.: 1. Hernie laterală care comprimă – „loco typico” – rădăcina cu un număr mai mare. 2. Hernie intraforaminală care comprimă – în gaura de conjugare – rădăcina cu numărul similar discului. 3. Hernie lateroforaminală care medial – „loco typico” – comprimă rădăcina cu un număr mai mare intraforaminal rădăcina cu numărul similar.

Este surprinzător că examenul local al rachisului furnizează simptome mai atenuate decât în mod obișnuit: contractura musculară paravertebrală sau sensibilitate la percucie am constatat numai în  $\frac{1}{2}$  din cazuri. Scolioza lombară ce se poate constata în cazurile de hernii tipice, este și mai rară (6 cazuri). Semnul lui Lasegue în cele mai multe cazuri este pozitiv (15 cazuri), rareori există semnul lui Lasegue contralateral (6 cazuri). Tulburări de sensibilitate obiectivă pot fi pe un singur teritoriu radicular (de tip  $L_5$  au fost 4 cazuri, de tip  $S_1$  în 5 cazuri), sau concomitent pe ambele teritorii radiculare (7 cazuri). Este frecventă diminuarea sau abolirea reflexului Achilian (15 cazuri) și pareza de tip peronier (8 cazuri). Această proporție este mult mai mare decât în cazurile de hernii  $L_4$  „*loco typico*”. Această împrejurare ne atrage atenția asupra cazurilor cu pareză peronieră la care explorarea discului  $L_4$  este neconcludentă, să explorăm discul  $L_5$ , chiar și în intraforaminal! Cauza frecvenței mari a parezelor peroniere, survenite în aceste cazuri de compresiune intraforaminală, se explică prin lipsa în spațiul de rezervă intraforaminal, probabil prin strîmtoarea canalului rahidian prin hernie, staza circulatorie, edem al țesuturilor epidurale și osteofitele, care împreună strîmtoează spațiul și probabil că intervine și un factor anoxic prin compresiune arterială.

Concomitanța areflexiei Achiliene și pareza de tip peronier formează semnul cel mai sigur al compresiunii biradiculare (4 cazuri).

La radiografii în 8 cazuri am găsit modificări spondiloizice cea mai mare parte la nivelul discului  $L_5$ .

În concluzie: discutind simptomele din punctul de vedere al inervației radiculare, se constată ca intricarea simptomatologiei nu sumează în general toate simptomele posibile ambelor rădăcini. Aceasta se referă atât la iradierea durerii (cu caracter biradicular în 15 cazuri) cât și la tulburările de sensibilitate obiectivă, la parezezii, modificări de reflexe etc. În general putem spune, că asemenea sindroame sciaticice sînt formate din elemente biradiculare care se intrică în forme variate.

*Materialul nostru operator* se împarte în felul următor: din 22 cazuri 16 au fost hernii  $L_5$ , 2 cazuri hernii  $L_4$ , 1 caz protrusie  $L_1 + L_2$ . În 3 cazuri nu am găsit hernie, însă explorarea nu a fost negativă, pentru că la nivelul discului  $L_5$  am găsit varicozități ale spațiului epidural cu staza accentuată, îngroșarea tecilor durale radiculare cu aderențe la canal.

Modificările discale în majoritatea cazurilor au fost protrusii mari (cu mult mai rar hernii propriu zise), inelul fibros nu era rupt. Marginile platourilor vertebrale ce vin în contact cu protrusia, prezintă osteofite accentuate. Țesutul epidural este edemațat, se constată stază venoasă, modificări fibrotice. Protrusia discală precum și celelalte modificări descrise, interesează nu numai canalul vertebral ci și gaura de conjugare ce corespunde discului alterat. Deci în afară de protrusie, formarea de osteofite și modificările secundare ale spațiului epidural contribuie la micșorarea spațiului epidural și intraforaminal, respectiv la menținerea compresiunii radiculare.

Principiul intervenției este eliberarea celor două rădăcini de toți factorii compresivi. Experiența noastră este ca pentru rezolvarea completă a compresiunii biradiculare prin hernii latero-foraminale nu este suficientă intervenția interlaminară care s-a dovedit atât de satisfăcătoare în cazurile tipice, ci este necesară îndepărtarea parțială sau completă a peretelui foraminal posterior prin așa-numită foraminotomie. Acest lucru îl realizăm în ultima vreme cu ajutorul frezelor dentare sferice de diverse dimensiuni — executînd lărgirea foramenului dinspre înăuntru, ceea ce permite expunerea fără sacrificarea totală a peretelui posterior. Explorarea interlaminară trebuie deseori completată cu hemilaminectomie, mai ales atunci cînd modificările epidurale sînt accentuate și extinse. După expunerea completă incizăm protrusia dis-

cului în „lărgimea“ acestuia deci și porțiunea intraforaminală, rezecăm osteo-platele platourilor, coagulăm plexurile venoase și țesutul epidural tumefiat și îndepărtăm din vecinătatea rădăcinilor.

După criteriul amplitudinii intervenției cazurile noastre sînt următoarele:

1. Explorare interlaminară completată cu foraminotomie  
la un singur disc: 7 cazuri  
la două discuri: 6 cazuri
2. Explorare interlaminară și foraminotomie completată cu hemilaminectomie: 7 cazuri.
3. Explorare interlaminară 2 cazuri.

*Rezultatele* au fost apreciate pe baza documentației catamnestică (întocmite pe baza unor formulare standard), astfel ca în perspectiva permisă de timpul de 2—3 ani de la intervenție, poate fi bine apreciată eficacitatea procedurii noastre. Menționăm că imediat după intervenție rezultatele sînt în fiecare caz foarte bune. Din răspunsurile primite rezultă că în 4 cazuri rezultatele sînt excelente, în 9 cazuri bune, bolnavii fiind fără sau aproape fără nici o acuză, se încadrează bine în muncă, numai cîțiva dintre ei cu ocazia variațiilor barometrice sau după eforturi fizice mari au lombalgii discrete, dureri sau parestezii trecătoare în picior. În 6 cazuri bolnavii consideră rezultatul satisfăcător — prezentînd încă unele acuze — însă comparativ cu starea preoperatorie se simt mai bine și, ducînd o viață cu regim de menajare, pot și lucra. Numai 3 bolnavi au declarat că operația nu a dat rezultatul dorit. Bilanțul operator este deci în 86% pozitiv.

### Concluzii

1. Din experiența noastră pe un material operator destul de bogat se impune importanța practică a cunoașterii sindromului biradicular, pentru că patogenia simptomelor biradiculară este aproape întotdeauna compresiunea biradiculară pe care trebuie să o punem în evidență operator și pe care trebuie să o înlăturăm. Considerăm deci ca foarte importantă interpretarea profundată a simptomelor obiective și subiective din punctul de vedere al inervației dermatomale; și este dimpotrivă greșit că în cazurile atipice monoradiculară să nu acordăm atenție acuzelor bolnavului și prin întrebări sugestive să dirijăm răspunsurile spre o desenare tipică; sau să interpretăm forma atipică prin oarecare ipoteze teoretice — neluînd în seamă caracterul biradicular al tabloului clinic.

2. Considerăm aceasta cu atît mai esențială cu cît literatura de specialitate nu acordă suficientă atenție acestei probleme. Sînt amintite în general numai sindroamele biradiculară cauzate de două hernii; se recomandă în cazul acestei simptomatologii explorarea la două nivele. Desigur aceasta este și poziția clinicii noastre: din cele 22 cazuri în 9 am executat foraminotomia numai după explorarea la două nivele.

3. În terapeutică punctul nostru de vedere este că în toate cazurile este de încercat tratamentul conservator și numai în caz de nereușită se pune problema tratamentului chirurgical. Fac excepții cazurile cu dureri insuportabile și formele paralizante, acestea din urmă constituind indicații operatorii absolute și imediate.

4. Experiența noastră în privința tehnicii operatorii ne arată că în cazul sindroamelor de compresiune biradiculară să explorăm în primul rînd discul L<sub>5</sub>, iar dacă rezultatul nu este concludent, să explorăm ambele nivele (L<sub>4</sub> și L<sub>5</sub>) iar la nevoie să completăm cu hemilaminectomie; dacă în baza explorării există cel mai mic dubiu de compresiune intraforaminală, executăm și foraminotomia L<sub>5</sub> (mutatis mutandis L<sub>4</sub>). După părerea noastră în asemenea cazuri este necesară o tactică operatorie elastică în funcție de constatările operatorii, constatările ce vor decide amploarea intervenției, avînd întotdeauna în vedere scopul: decomprimarea completă a ambelor rădăcini.

5. Explorarea completată cu eliberarea canalului radicular va duce la dispariția durerilor chiar și în cazurile în care nu vom găsi o hernie, ci numai modificările secundare amintite mai sus. Din 3 asemenea cazuri 2 s-au vindecat. Socotim drept regulă că nu este permis a considera explorarea ca negativă, pînă ce nu ne convingem de traiectul complet liber al celor două rădăcini suspecte din punct de vedere clinic.

6. Experiența noastră în cazul herniilor intraforaminale ne atrage atenția ca și în cazul îndepărtării unor hernii tipice paramediane sau laterale să excizăm cu atenție porțiunea cea mai laterală a herniei, a cărei rămînere pe loc poate duce prin pătrunderea în orificiul intraforaminal la persistarea sau recidiva precoce a durerii sciatică. Deci îndepărtarea cît mai laterală a discului herniat este o regulă importantă în prevenirea recidivelor.

*Sosit la redacție: 26 iunie 1965.*