

CRITERII SPECIALE DE INDICAȚIE ȘI OBIECTIVE OPERATORII ÎN LOMBOSCIATALGII *

dr. I. Száva, dr. A. Kerekes

Simptomul dominant al sindromului lombosciatic îl constituie durerea. Manifestările clinice asociate în schimb, ne exteriorizează variate fenomene reflexe cît și simptomele specifice, respectiv tulburările funcționale, deseori ascunse, ale aparatului de susținere. În geneza acestora figurează în primul rînd leziunile coloanei și ale joncțiunii sacrolombare, mai rar bolile viscerale și cele nervoase.

Potrivit unor concepții recente sindromul lombosciatic, într-un procentaj de 80—90 % se identifică cu hernia de disc. Acumularea unui volum însemnat de cunoștințe contribuie astăzi, fără îndoială, la facilitarea precizării diagnosticului. Inci-

* Lucrarea a fost comunicată la Conf. Jud. cu tema „Lombosciatica vertebrală”, U.S.S.M. Tîrgu Mureș, la 30 octombrie 1970.

dență semnificativă a eșecurilor terapeutice în schimb, drept rezultat al unei lipse de cunoaștere deplină a intimităților fiziopatologice, legate de substratul lezional variat, trebuie să ne îndemne practic la luarea unei atitudini mult mai rezervate în privința stabilirii obiectivului terapeutic cauzal.

Având în vedere caracterul complex și polimorf al etiologiei sacrolombalgiilor și sciaticilor, stabilirea concretă a unei conduite terapeutice juste ne impune o circumspecție deosebită în problema precizării diagnosticului. Bazați pe considerente bine întemeiate, încadrăm cazurile de lombosciatică, generate de modificările coloanei, în următoarele categorii:

1. Grupa cazurilor la care durerea se asociază în mod obligatoriu maladiei de bază, cum ar fi osteita vertebrală și sacrală nespecifică, focarele bacilare circumscrise localizate în cvadrantul posterior al corpului vertebral, procesele neoplazice incipiente cu sediu juxtaradicular, pseudoartrozele postfracturale ale apofizelor transverse și articulare etc. Tot în această grupă se încadrează desigur și marele număr al stărilor algice consecutive degenerescenței și prolapsului discal.

2. În grupa doua, cea a modificărilor algogene ale coloanei, încadrăm leziuni ca: spondiloliza, spondilartroza, tulburările trofostatice ale joncțiunii lombosacrale etc., modificări care au devenit dureroase numai în urma suprapunerii unor fenomene reactive cu caracter inflamator.

3. În categoria treia înșirăm lombosacralgiile rezultate din „insuficiența coloanei”, fenomen determinat frecvent de prezența unor leziuni de genul spondilolizei, — listezei și — pseudolistezei, al hipotoniei musculare de ordin funcțional sau constituțional, al tulburărilor statice locomotorii etc.

Normele de indicații și de tratament în procesele inflamatorii, neoplazice sînt bine cunoscute și nu necesită, credem, nici un comentariu. În cele ce urmează ne-am permite să facem unele precizări succinte asupra complexului problematic al celorlalte categorii de leziuni și stări algice consecutive.

Concepția asupra rolului diferitelor modificări ale coloanei și ale aparatului de susținere în etiologia lombosciaticii, nici astăzi nu poate fi considerată unitară.

Malformațiile, cum ar fi de exemplu sacralizarea, lombalizarea, rahischiza, spondiloliza, hiperplazia apofizelor spinoase și transverse etc., cărora în trecut s-a acordat o importanță deosebită în patogenia sindromului algic lombosacral, potrivit datelor literaturii mai recente, în deplină concordanță cu experiența noastră, nu constituiesc decît factori predispozanți ai proceselor degenerative condroartrotice și discale, modificări care realmente nu sînt dureroase în mod obligatoriu; dar nici nu există un paralelism absolut între intensitatea acuzelor și aspectul radiologic al leziunilor incriminate. Boala de bază, de multe ori asimptomatică, devine dureroasă doar sub influența unor factori determinanți și declanșatori, respectiv prin supraadăugarea unor fenomene morbide secundare.

Avînd în vedere complexitatea leziunilor și a tulburărilor care generează sindromul dureros, considerăm ca neîntemeiată atribuirea de tablouri clinice unor leziuni lipsite de simptome sigure, așa cum încearcă unii să interpreteze majoritatea lombalgiilor drept „faza prodromală” a prolapsului discal. Bazați pe o serie de date clinice și observații intraoperatorii am ajuns la concluzia că sindromul discal nu poate fi limitat pur și simplu la manifestările dureroase ale compresiunii radiculare sau a filetelor nervului sinuvertebral.

Potrivit observațiilor noastre proeminarea discului în canalul rahidian nu constituie în mod necesar și nici nu este în majoritatea cazurilor unicul factor compresiv. Intraoperator am observat protruzii discale cît un bob de mazăre sau chiar mai mici într-un procentaj de 23 % cu crize neuralgice, uneori foarte violente, fără ca compresia discală a rădăcinii să fi fost evidentă. Dat fiind faptul că în urma unei rahianestezii sau al unui blocaj novocainic a rădăcinii interesate, respectiv al lanțului simpatic lombar, acuzele au cedat spectacular, se poate presupune că o dată cu dispariția reacției neu-

rotice (reacție vasomotorie la nivelul vasa nervorum) dispăre și turgescența discului prolabat. Aceasta, de altfel, ne face să credem că turgescența discului cu depolimerizarea substanței sale fundamentale evoluează paralel cu amplificarea capacității crescute a țesuturilor de a reține apa, în consecința unor fenomene reactive consecutive excitațiilor dureroase. Tot ca expresie a acestui mecanism ar putea fi concepută și osteorarefierea vertebrelor cointeresate, observată de noi în 25 % a cazurilor, precum și infiltrația edematoasă, respectiv ancorajul adezional al rădăcinilor atinse.

Cauza sindromului algic a fost reprezentată deseori de o discretă proeminență a discului și a ligamentului vertebral posterior, rezultând în compresia fiiletelor nervului sinuvertebral.

Modificările vasculare consecutive discopatiilor pot provoca de asemenea dureri lombosciatice sau pot accentua pe cele preexistente, chiar în absența unei compresii discoradiculare, cum ar fi de exemplu staza în plexul venos epidural și leptomeningean cu consecința unei radiculite de stază în faza precoce edematoasă, respectiv cu fibroză intra-periradiculară, într-o etapă mai tardivă. Procesul artritic și osteoperiostita productivă, drept consecințe ale congestiei, îngustează găurile de conjugare, fapt care contribuie la exacerbarea durerilor și la augmentarea stazei venoase.

Volumul crescut al articulațiilor apofizare, rezultat fie dintr-un proces artroartritic hipertrofizant, fie din încălecarea apofizelor în urma modificării condițiilor joncționale de sprijin ale coloanei, reduce de asemenea diametrul foramenului intervertebral, generând dureri, în special prin staza și iritația mecanică a rădăcinii. Încălecarea apofizelor articulare de altfel poate constitui și ea în sine — conform opiniei noastre — sursa unor dureri persistente în ortostatism și în poziția de reclinatie, în urma suferințelor de elongație a sistemului capsuloligamentar, a micilor articulații. Pensarea discului intervertebral, ori depresiunea concavă a platourilor vertebrale învecinate, constituiesc factori care creează condiții prielnice pentru încălecarea apofizară.

În contextul mecanismului cauzal al sindromului dureros discal dorim să subliniăm importanța dezechilibrului cinetic și de sprijin al joncțiunilor intervertebrale în segmentul mobil afectat al coloanei, care se exteriorizează printr-o mobilitate anormală și instabilitate în locul zonei lezionale. Fenomenul de față, observat de noi într-un procentaj de 80—85 % al cazurilor supuse intervenției, este conceput drept sursa durerilor reziduale postoperatorii. Instabilitatea sistemului joncțional intervertebral însă poate să fie exacerbată chiar și prin manopera noastră de descoperire și de deschidere a canalului rahidian cu ocazia curei radicale, în special când se efectuează laminectomia sau hemilaminectomia lărgite. Iată unul din considerentele de bază pe care nu-l pierdem niciodată din vedere cu ocazia intervențiilor noastre, căutând să menajăm în mod maxim posibil integritatea stabilității sprijinului posterior spinoarcual și apofizoarticular printr-un abord interlaminar, respectiv prin aplicarea tehnicii hemilaminectomiei economicoase. Când instabilitatea intervertebrală se manifestă în mod pronunțat, manopera cu care se termină cura radicală este cea a rahisintezei posterioare printr-un grefon tibial în formă de scară. Pe lângă blocarea sinostotică a segmentului lezat instabil, procedeul amintit mai prezintă și avantajul menținerii unei distanțe optime dintre vertebrele afectate, asigurând astfel diametrul fiziologic al găurii de conjugare și poziția fără încălecarea a apofizelor articulare.

Într-o proporție de 2/3 a cazurilor operate, factorul compresiv radicular a avut o poziție laterală juxtaforaminală în canalul rahidian. În constrângerea spațiului și determinarea compresiei, pe lângă proeminarea discului a participat și bombarea ligamentului galben, în urma îngroșării sale prin apropierea arcurilor.

Dat fiind caracterul genetic și causal atât de polimorf al sindroamelor lombosciatice, nici conduita terapeutică nu poate să fie alta decât una complexă, adaptată particularităților anatomice și evolutive ale cazurilor. Sindroamele dureroase generate de leziunile (afecțiuni) subacute și cronicizate ale sistemului musculofasciologic beneficiază preferențial de binecunoscutele măsuri terapeutice conservatoare, la fel și marea majoritate a bolnavilor suferinzi în urma unor modificări articulare și discale. Intervenția chirurgicală se impune cu imperiozitate când tratamentul conservator aplicat logic și consecvent a eșuat și există perspective promițătoare pentru lichidarea, pe cale operatorie, a factorului algogen.

Pe baza unor asemenea considerente intervenim în cazul pseudoartrozelor dureroase ale apofizelor transverse și articulare, în spondilolizeze și compresii radiculare refractare la tratamentul conservator. De asemenea procedăm la actul operator în unele modificări osteocondrotice, respectiv leziuni trofostatice ale joncțiunii sacrolombare, asociate de dureri tenace, frecvent recidivante; tot astfel și în cazul unor insuficiente dureroase ale coloanei, generate de alterările circumscrise ale sistemului joncțional intervertebral și de sprijin, cum ar fi de exemplu spondilolizele primare sau secundare.

În legătură cu problema mult controversată a neoartrozelor interspinale Bastroop, dorim să subliniăm necesitatea unui discernământ cu totul deosebit în materia indicațiilor operatorii. Entitatea sus-menționată va beneficia — conform experienței noastre — de rezecția apofizei spinoase doar în cazul neoartrozelor interspinale primare ale tinerilor adulți, instalate în urma unei apofize spinoase hipertrofice; renunțăm la intervenție în formele secundare, la care modificarea în cauză apare doar ca un epifenomen în noianul complexului lezional morbid staticodegenerativ vertebral.

Ceea ce privește modul de sancționare și detaliile tactico-tehnice aplicate de noi cu satisfacție în ultimele două decenii, pe un material clinic care totalizează multe sute de cazuri operate, ne vom rezuma la scoaterea în evidență a următoarelor:

1. Sine qua non-ul succesului terapeutic fiind lichidarea factorului causal, respectiv genetic al tulburărilor manifestate prin dureri, atribuim o importanță deosebită stabilirii obiectivului de atac operator, a priorității și ordinii de participare a variatelor modificări coexistente în determinarea sindromului algic; toate acestea cu ajutorul probelor și contraprobelor clinico-funcționale (inclusiv constatările intraoperatorii). În acest sens ni se deschide calea abordării simultane a tuturor obiectivelor terapeutice importante.

2. Obiectivul terapeutic major, și poate cel mai frecvent, îl constituie lichidarea sindromului radicular. În legătură cu aceasta subliniăm necesitatea explorării circumspecte atât a traiectului rădăcinilor spinale interesate, cât și a stabilității vertebrale cu menajarea maximă a integrității staticii coloanei. În acest scop evităm laminectomiile totale întinse, la fel și dezintegrarea fără motiv bine întemeiat a joncțiunilor apofizoarticulare. Discul degenerat prolabat urmează să fie extirpat radical, de asemenea și ligamentul galben cointeresat, pe care îl vom îndepărta în întregime. Exostoza osteofitică posterioară se îndepărtează și ea radical. Ne abținem de lărgirea, prin rezecție osoasă, a foramenului intervertebral îngustat. Rezolvăm acest deziderat conform tehnicii folosite de noi, prin angrenarea între apofizele spinoase ale vertebrelor interesate a unui grefon tibial în formă de scară, în poziție moderat cifotizată a coloanei. Manopera suprimă încălecare a apofizelor articulare, deschide gaura de conjugare și creează un blocaj imediat, situație care se consolidează pe parcurs prin sinostozare.

Procedăm de altfel la această rahisinteză posterioară în toate cazurile la care inspecția sîngerindă a coloanei explorate ne evidențiază prezența unei mobilități anormale din partea segmentului afectat al coloanei, cum ar fi în

cazul spondilolizelor, a pseudolistezelor, cit și în osteocondrozele dureroase circumscrise; toate acestea pretează prin excelență la stabilizarea coloanei insuficiente cu ajutorul tehnicii amintite. Spondilolisteza, generatoare de lombosciatică ne impune efectuarea spondilodezei anterioare, uneori completată cu rahisinteză posterioară, realizate prin grefe autogene tibiale.

Probleme speciale de indicație și de tehnică operatorie ne-au ridicat în practica noastră sindroamele lombosciatice instalate pe terenul unor rahischize. Rahischizelor minore practic nu le atribuim nici o importanță. Cele extinse în schimb, prin coarda fibroasă longitudinală din dehiscența spinorarcuală, aderentă frecvent la sacul dural, reprezintă adeseori cauza reală a durerilor sacrolombare sau radiculare. Durerile apar sau se exacerbează cu ocazia flexiei trunchiului, potrivit entității descrise de Rădulescu sub denumirea de rahischizalgie. Simpla extirpare a coardei fibroase nu lichidează în mod definitiv durerea; asocierea cu închiderea osteoplastică a defectului canalului rahidian, de asemenea nu rezolvă sindromul algic. Sancționarea acestor cazuri, pe lângă realizarea dezideratelor amintite, implică și un al treilea obiectiv terapeutic, anume: blocarea osoasă a segmentelor afectate în vederea suprimării instabilității coloanei de la acest nivel. În acest scop angrenarea încrucișată a două grefoane tibiale între masele laterale ale sacului și apofiza spinoasă intactă suprajacentă leziunii ni s-a dovedit a fi metoda aleasă.

În încheiere, referindu-ne la problema de indicație a corsetelor și lombostatelor în coloanele instabile, insuficiente, dorim să reținem următoarele: purtarea insuficient motivată a corsetelor constituie un remediu terapeutic cu dublu tăis, la fel și repausul mult prea îndelungat, deoarece condiționează atrofia musculară, redoarea articulară și agravează instabilitatea, cronicizând astfel stările algice de acest gen. Repausul bine calibrat, adecvat situației date, asociat cu hiperemizare, masaj și gimnastică activă de reconducere ni s-a dovedit a fi conduita cea mai potrivită pentru ameliorarea unei instabilități moderate. Cele grave în schimb necesită sancționarea operatorie prin sinostozare la pacienții tineri, rezervând purtarea corsetelor doar pentru bolnavii vîrstnici.

Sosit la redacție: 24 mai 1971.

Bibliografie

1. ARMSTRONG J. R.: J. Bone Jt. Surg. (1951), 33, B 8; 2. ARSENI C., SIMIONESCU M.: Patologia vertebro-medulară neurochirurgicală. Ed. Med., București, 1968; 3. BEAU A., LEMOINE A.: Rev. Chir. Orthop. (1959), 45, 547; 4. BONOLA A., BEDESCHI P.: Arch. Putti (1965), 21, 76; 5. BOSWORTH D. M., FIEDDING J. W., DESMARETH M., BONAQUIST M.: J. Bone Jt. Surg. (1955), 37, A 766; 6. CAPPELLINI O.: Chir. Org. Mov. (1959), 47, 120; 7. CHAPCHAL G., FRIES G., BAUMANN J. U., MÜLLER E.: Acta Orthop. Scandinav. (1966), 37, 255; 8. DEBEYRE J., DORAT J.: Rev. Chir. Orthop. (1969), 55, 499; 9. ECKERT C., DECKER A.: J. Bone Jt. Surg. (1947), 29, 447; 10. FINESCHI G., PANSINI A., SEBASTIANI C.: Arch. Putti (1963), 18, 479; 11. FRIBERT S.: Acta Chir. Scandinav. (1941), 85, supl. 64; 12. HARMON P. H.: Clin. Orthop. (1964), 37, 131; 13. MERLE D'AUBIGNÉ R., CAUCHOIX J., RAMADIER J. D.: Sem. Hôp. Paris (1949), 25, 1145; 14. MEYERDING H. W.: Surg. Gyn. Obst. (1947), 84, 50; 15. MIHĂILESCU M.: Chirurgia (1969), 4, 333; 16. OBLU N., RUSU M.: Rev. Med. Chir. (Iași) (1967), 4, 901; 17. RĂDULESCU A.: Ortopedia chirurgicală. Ed. Med. București, 1956; 18. SICARD A.: Journ. de Chir. (1949), 65, 5; 19. SICARD A.: Chirurgia (1964), 1, 7; 20. SZÁVA J., DARKÓ S., HIRSCH E., BOD S.: Rev. Med. (1959), 3, 241; 21. SZÁVA J., ÉGETŐ B.: Rev. Méd. (1960), 3, 319; 22. WERTHEIMER P.: Sem. Hôp. Paris (1953), 29, 1243.