

Ernia del disco lombare asintomatica: oggi c'è... domani chissà

L'ernia discale può ridursi o scomparire spontaneamente in pazienti migliorati con trattamento conservativo

"Ho sempre detto che l'area più difficile della neuroradiologia sono la valutazione e la diagnosi delle sindromi di dolore lombare e sciatico". Così esordiva un editoriale dell'American Journal of Neuroradiology del 1989 (7). Forse esagerava, e forse no: sia per i radiologi, sia per i clinici, la correlazione fra anatomia radiologica e proposte terapeutiche nell'ernia del disco lombare è stato sempre un problema di

tutto rispetto. Il nodo del problema, evidentemente, è il peso da attribuire al quadro radiologico nel porre l'indicazione ad intervento chirurgico.

Sappiamo infatti che ci sono lombosciatalgie non discali ed ernie discali che sono o diventano asintomatiche (5). Sappiamo anche che è la correlazione fra dimensioni dell'ernia del disco lombare e la gravità complessiva del quadro clinico è scarsa. Dunque, definire un rapporto causa-effetto fra ernia discale e quadro clinico è una cosa semplice soltanto all'apparenza.

Visto dal paziente, invece, il problema suona più o meno così: "se il problema consiste in un'ernia che comprime terminazioni nervose, l'unica soluzione razionale è quella chirurgica; se anche guarissi con un trattamento conservativo, correrei pur sempre il rischio di una recidiva."

Pare proprio, invece, che l'ernia divenuta asintomatica giochi un grande "bluff": è possibile, ed anzi probabile, che essa vada in atrofia nel giro di alcuni mesi.

Un gruppo di reumatologi e radiologi francesi ha seguito 74 pazienti con dolore nel territorio sciatico o femorale, e con ernia del disco lombare, senza concomitante canale ristretto, verificata con tomografia assiale computerizzata (1). Il dolore perdurava da 2-24 settimane, con una media di 8. I pazienti sono stati

trattati con riposo a letto per 8-10 giorni, farmaci analgesici ed antiinfiammatori, e farmaci steroidei per iniezione intra- ed epidurale. Sessantanove migliorarono, e fu loro prescritto un corsetto lombare per 3-4 settimane. Dopo un periodo variabile fra 7 e 38 mesi (valore mediano 9) i pazienti furono contattati per lettera: 19 erano stati operati, 4 erano stati ulteriormente trattati altrove, 18 non erano rintracciabili e 8 continuavano ad avere dolori. Ne restavano dunque 21, circa il 30% dei 69 pazienti migliorati dopo il trattamento conservativo, e che mantenevano i benefici ottenuti: tutti si prestarono ad eseguire una seconda TAC lombare. L'ipotesi sperimentale era che il secondo esame TAC mostrasse una riduzione dell'ernia.

I radiogrammi furono eseguiti in modo da essere confrontabili, quanto a livelli e sezioni, con quelli pre-trattamento. Per quanto riguarda le ernie discali si chiese a 3 radiologi di riferirne livello, localizzazione (mediana, posterolaterale, laterale), dimensione su tre piani. Si fissarono criteri rigorosi per la definizione di ernia espulsa. Si definì ernia "grossa" quella che desse un prodotto delle sue dimensioni -esprese in millimetri- nei tre piani pari ad almeno 1000.

Circa il confronto fra radiogrammi pre-trattamento e di controllo, si chiese ai radiologi di esprimere un giudizio di "scomparsa, ovvia riduzione, modesta riduzione, non significativa riduzione". Un radiologo era messo fin da subito a conoscenza della sequenza cronologica degli esami, mentre altri due esprimevano prima anche un giudizio provvisorio senza conoscere la sequenza. In caso di discordanza fra i giudizi definitivi si accettava la decisione meno favorevole all'ipotesi di una riduzione dell'ernia.

Le TAC di controllo furono eseguite fra 6 e 27 mesi (media 13 mesi) dopo il primo esame. In 15 dei 21 pazienti l'ernia era scomparsa (5 casi, Fig.3) o mostrava una ovvia riduzione (10 casi). In 7 casi si apprezzavano riduzioni minime o nulle. In questi dati è già compreso il declassamento di tre ernie da "scomparse" a "ovvia riduzione", e di altre 3 da "minima riduzione" a "non significativa riduzione", causa il disaccordo fra decisioni prese conoscendo e non conoscendo la

sequenza cronologica degli esami.

Un giudizio di scomparsa od ovvia riduzione risultò più frequente nei casi in cui l'ernia era stata definita grossa, e si osservò anche in tutti i 5 casi di ernia espulsa.

Gli esaminatori (dobbiamo presumere che fossero i reumatologi) espressero poi un giudizio sul quadro clinico complessivo dei pazienti, definito "eccellente" o "buono". Un esito "eccellente" risultò più frequente nei casi di completa scomparsa radiologica dell'ernia.

Vediamo subito i limiti di questo lavoro, prima di discuterne i punti di interesse. Lo studio si presta a critiche metodologiche. Perché non si è condotta una refertazione sempre "cieca" rispetto alla sequenza (pre-trattamento verso controllo a distanza) degli esami? Due dei tre radiologi esprimevano un giudizio anche su esami in sequenza ignota, ma il loro giudizio definitivo si basava poi anche su un riesame a sequenza nota. La disponibilità a smentire se stessi influiva dunque sul giudizio finale. Per "disaccordo", poi, si intendeva quello eventuale fra due "gruppi": l'insieme di questi due radiologi ed il singolo terzo radiologo. Non si ipotizzava la possibilità di disaccordo fra i primi due: forse perché concordavano un giudizio comune? E in questo caso, perché lo strano criterio di "due esaminatori contro uno"?

Infine, il giudizio di "accordo" o "disaccordo" non subiva alcuna

valutazione statistica. E poi un'obiezione etica: non si fa alcun accenno all'eventuale consenso dei pazienti ad un esame radiologico per loro evidentemente inutile.

E ancora: nemmeno si accenna ai criteri di definizione del risultato clinico (qual'è la differenza fra "eccellente" e "buono"?), né a chi e come rilevasse questo risultato, né ad un eventuale disaccordo fra rilevatori.

Il pregio del lavoro non sta certo nelle percentuali (poco affidabili) di riduzione dell'ernia, né nella correlazione approssimativa fra riduzione dell'ernia e quadro clinico. A noi è parso interessante che il lavoro dimostrasse chiaramente che la scomparsa o la riduzione dell'ernia discale sono possibili e non eccezionali, quale che sia il suo aspetto radiologico, e quale che sia la gravità del quadro clinico iniziale.

L'osservazione non è nuova. Ricordiamo, per citare soltanto lavori recenti, due casi in cui il confronto fra TAC eseguiti in fase acuta e già dopo 3-4 mesi dimostrava la scomparsa di una voluminosa ernia del quinto disco lombare (2). E ricordiamo anche 11 casi (6) in cui la TAC eseguita in fase acuta fu messa a confronto con una risonanza magnetica nucleare (RMN) eseguita dopo 8 mesi- 6 anni. La RMN aveva l'ovvio svantaggio di produrre immagini meno direttamente confrontabili con quelle TAC, ma presentava due vantaggi. Il primo era quello di non irradiare i pazienti. Il secondo era quello di consentire una più affidabile analisi morfologica dei

tessuti molli. Lo studio consentì di escludere che la riduzione dell'ernia fosse in realtà il riassorbimento di un ematoma epidurale, e che la mancata asportazione chirurgica avesse favorito l'evoluzione in fibrosi del tessuto erniato. Inoltre, esso evidenziò che sul piano sagittale si ha una riduzione anche maggiore di quella che si osserva sul piano orizzontale. Come può ridursi l'ernia discale? L'ipotesi prevalente (6) è che al volume iniziale concorra un alto grado di idratazione transitoria. Disidratazione e processi di digestione fagocitaria produrrebbero poi riduzione e scomparsa dell'ernia

Ma veniamo alle ricadute cliniche. Prima osservazione: come gli stessi Autori francesi non dimenticano di sottolineare, comunque nel 35% dei loro pazienti clinicamente migliorati persisteva un'immagine di ernia discale. Cio' non stupisce se si considera che il un'ernia è riscontrabile anche nel 10-20% dei pazienti che non hanno mai avuto problemi lombari (1). Inutile dunque -se non per scopi sperimentali- eseguire un controllo radiologico su pazienti clinicamente migliorati: poco cambia, nella loro prognosi, il fatto che ci sia ancora oppure no un'immagine di ernia discale. Seconda osservazione: è giustificato tentare un trattamento conservativo prima di quello chirurgico (fatte salve situazioni di urgenza) anche nel caso in cui sia stata dimostrata un'ernia discale. Terza osservazione: in molti casi, nel sospetto di ernia discale il trattamento conservativo può iniziare anche senza la conferma radiologica della diagnosi: se ciò che ci si aspetta è un'ernia discale, tanto vale comportarsi come se ve ne fosse già conferma, e procedere ad esame radiologico soltanto in caso di fallimento. Quarta osservazione: la riduzione dell'immagine erniaria non vale gran che come argomento a favore della superiorità di un trattamento. La chemonucleolisi (l'iniezione all'interno del disco di un enzima che ne "digerisce" il nucleo polposo) si associa a riduzione della massa erniaria nell'arco di qualche mese, ma in una percentuale di casi analoga a quella che abbiamo visto valere anche dopo trattamento conservativo (1).

Dunque, la scelta a favore di un trattamento conservativo della lombosciatalgia non deve

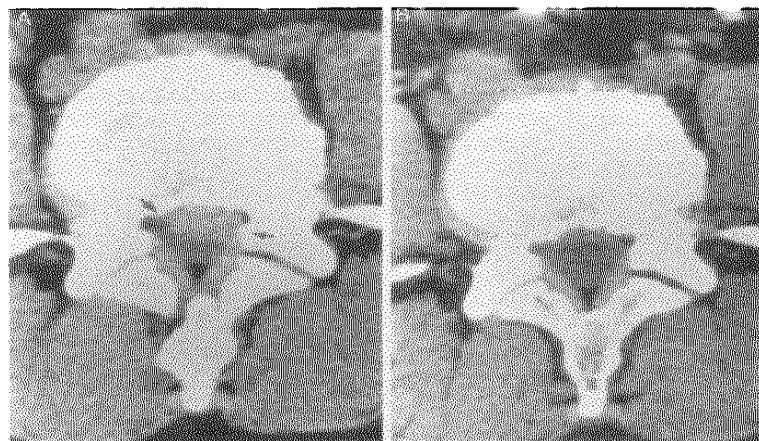


Fig. 3.A: Grossa ernia posterolaterale del quartodisco lombare.
B: Completa scomparsa dell'ernia 8 mesi dopo (da Delauche-Cavallier MC, 1)

farsi inibire dalla presenza di un'ernia, né il trattamento non è legittimo solo se pretende di modificarne forma e dimensioni.

Il razionale di un trattamento conservativo sta nella sua capacità di produrre miglioramenti clinici superiori a quelli ottenibili con placebo o per evoluzione spontanea.

Durante l'applicazione delle classiche trazioni lombari si può osservare una marcata riduzione della protrusione discale (4); e tuttavia, manca una convincente dimostrazione della loro efficacia terapeutica. L'autotrazione vertebrale Natchev, al contrario, ha dimostrato la sua efficacia (8), anche se alla TAC il trattamento non sembra in grado di modificare il profilo erniario (3).

E' evidente che il meccanismo di insorgenza del dolore lombosciatico può essere molto più complesso di un conflitto meccanico disco-radicolare.

La riabilitazione del dolore lombosciatico discale, dunque, ha tutte le ragioni di esistere, e potrebbe dormire sonni tranquilli se i suoi problemi fossero costituiti soltanto dalle appariscenti TAC dei suoi pazienti. Ben più insidiose critiche la aspettano al varco.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Delauche- Cavallier MC, Budet C, Laredo JD, Debie B, Wybier M, Dorfman H, Ballner I. Lumbar disc herniation. Computed tomography scanchanges after conservative treatment of nerve root compression. Spine 1992; 17, 8:927-933.
- 2) Ellenberg M, Reina N, Chodoroff G, Honet JC, Gross N. Regression o herniated nucleus polposus: two patiens with lumbar radiculopathy. Arch Phys Med Rehabil 1989;70:842-844
- 3) Gillström P, Ericson K, Hindmarsh T. Computed tomography examination of influence of autotraction on herniation of lumbar disc. Arch Orthop Trauma Surg 1985;104:207-210
- 4) Onel D, Tuzlaci M, Sari H, Demir K. Computed tomographic investigation of the effect of traction on lumbar disc herniations. Spine 1989;14,1:82-90
- 5) Redazionale. Mixer e Barr, 1934: quando l'ernia del disco adottò la lombosciatalgia. Ricerca in Riabilitazione 1992, 2:11-12
- 6) Saal JA, Saal JS, Herzog RJ. The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively. Spine 1990; 15, 7:683-686

7) Taveras J M. Radiologic aspects of low back pain and sciatic syndromes (Editorial). AJNR 1989; 10:451-452

8) Tesio L, Merlo A. Autotraction vs. passive traction: an open controlled study in lumbar disc herniation. Arch. Phys Med Rehabil 1993 (in press)