

SPONDILOLISTESI DEGENERATIVA L3-L4

Una donna di 62 anni si presenta alla nostra osservazione in seguito alla comparsa, da circa 1 anno, di una sintomatologia dolorosa lombare accentuata durante il cammino e gli sforzi fisici. Uno studio radiologico del rachide lombo-sacrale evidenziava una condizione di spondilolistesi degenerativa L3-L4 di I grado (Fig.1)



Trattata per alcuni mesi farmacologicamente e con fisioterapia mirata con un discreto successo, negli ultimi 3 mesi la sintomatologia si sarebbe aggravata associandosi alla cosiddetta "claudicatio midollare" ovvero la paziente accusava, durante il cammino, dolore lombare ed ipostenia agli arti inferiori dopo distanze sempre minori. Otteneva sollievo all'interruzione della marcia. Inoltre riferiva un dolore continuo irradiato dalla regione lombare alla faccia interna della coscia sn. Al momento del ricovero l'esame neurologico non evidenziava deficit di forza. Si notava esclusivamente una ipoestesia in territorio L4 Sn.

Figura 1 : Rx lombo-sarale laterale.

La pz veniva sottoposta ad ulteriori accertamenti neuroradiologici (Rm e Tc) (Fig.2 , 3 e 4) che, oltre a confermare la presenza della spondilolistesi, evidenziavano la presenza di una formazione erniaria associata che aggravava ulteriormente la stenosi del canale. La paziente veniva quindi trattata chirurgicamente. L'intervento è consistito nella decompressione del canale, riduzione della listesi e stabilizzazione con viti peduncolari e barre. E' stata inoltre praticata una fusione intersomatica per via posteriore ed una fusione postero-laterale.

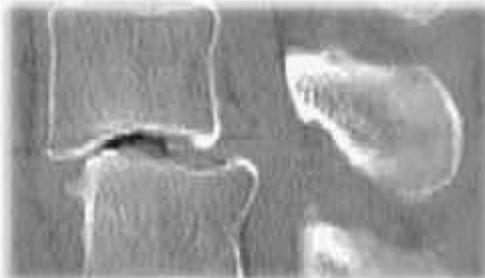


Figura 2 : Tc spirale L3-L4. Ricostruzione sagittale

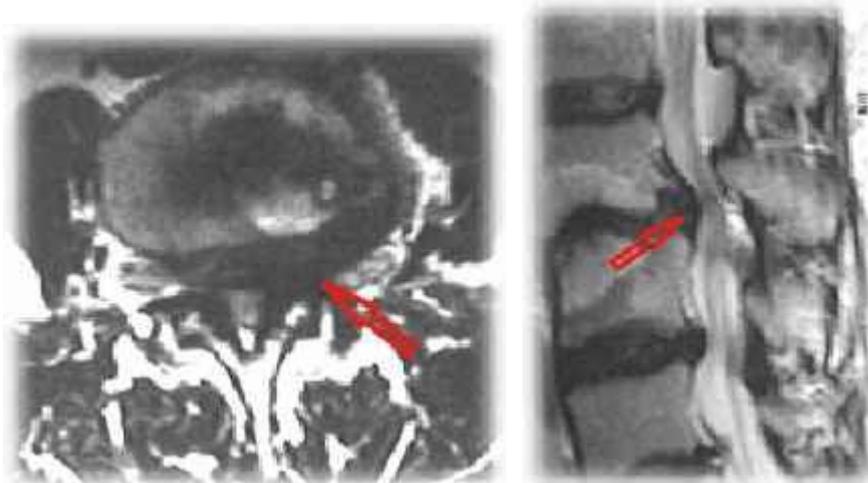


Figura 3 e Figura 4 : Rm lombo-sacrale. A Sequenza T2 pesata, sezione sagittale. B Sequenza T2 pesata, sezione assiale passante per L3-L4. L'ernia discale associata (freccia rossa) contribuisce alla ulteriore riduzione di calibro del canale vertebra



Figura 5 : Tc spirale L3-L4. Ricostruzione sagittale. Fusione intersomatica (freccia rossa)

A 48 ore dall'intervento, eseguito il controllo radiologico post-operatorio (Fig.5) di routine, la paziente, ha iniziato a deambulare. Dimessa a 7 gg dall'intervento, la paziente ha dovuto indossare un busto per ca. 60 gg.

A distanza di 3 mesi la paziente ha ripreso le sue normali attività quotidiane riferendo la completa risoluzione della sintomatologia pre-operatoria.

DISCUSSIONE

La spondilolistesi è una condizione patologica caratterizzata dallo "scivolamento" di una vertebra rispetto all'altra. Tale scivolamento può avvenire per diversi motivi che sono alla base della classificazione delle spondilolistesi:

- Congenita
- Istmica
- Degenerativa
- Traumatica
- Patologica
- Post-chirurgica

In grassetto sono evidenziate le più frequenti.

La spondilolistesi istmica è causata dalla lisi della pars interarticularis (o istmo).

È tipica del livello L5-S1 e sembra presentarsi con maggiore frequenza negli sportivi che hanno condotto attività fisiche coportanti stress importanti (sollevamento pesi, football americano etc.). Tali stress determinano una progressiva riduzione di spessore degli istmi sino a determinarne la frattura. L'assenza degli istmi consente a due vertebre contigue di scivolare l'una sull'altra essendo questa componente vertebrale il "ponte" che garantisce la continuità tra le componenti posteriori di due vertebre contigue.

La spondilolistesi degenerativa è secondaria a quei fenomeni degenerativi progressivi a carico del nostro rachide. A livello delle faccette articolari lombari si determina lo spianamento della componente coronale della faccetta stessa predisponendo alla listesi. Si presenta più frequentemente a livello L4-L5 e maggiormente nella donna.

Le altre forme di spondilolistesi sono assai più rare. Quella traumatica si può osservare a distanza di tempo da un trauma con frattura vertebrale trattata conservativamente, quella patologica è secondaria a spondilodisciti o lesioni neoplastiche vertebrali solitamente secondarie ed infine quella post-chirurgica si può osservare come effetto a lungo termine di laminectomie più o meno estese.

Le spondilolistesi, di qualsiasi natura siano, vengono classificate in base alla percentuale di corpo vertebrale scivolato: I Grado (<25%), II Grado (25-50%), III Grado (50-75%) e IV Grado (>75%).

IL TRATTAMENTO

Il trattamento può essere conservativo o chirurgico. Il trattamento conservativo consiste in una fisioterapia mirata. Le percentuali di successo di tale terapia non sono trascurabili tant'è che viene utilizzata come prima opzione laddove non siano presenti già deficit neurologici o il quadro clinico non sia di particolare gravità ab initio.

Il trattamento chirurgico invece è il trattamento elettivo laddove sia fallito quello conservativo o laddove il quadro clinico consigli un trattamento più aggressivo fin dall'inizio. Esso consiste di tre momenti fondamentali:

- 1) La decompressione delle strutture nervose: sacco durale e radici. Tale decompressione deve essere quanto più ampia possibile per evitare fenomeni di compressione durante la riduzione della listesi.
- 2) La riduzione della listesi. Questa avviene attraverso strumentari dedicati i quali utilizzano viti peduncolari e sistemi di distrazione e riallineamento applicati sulle viti stesse.

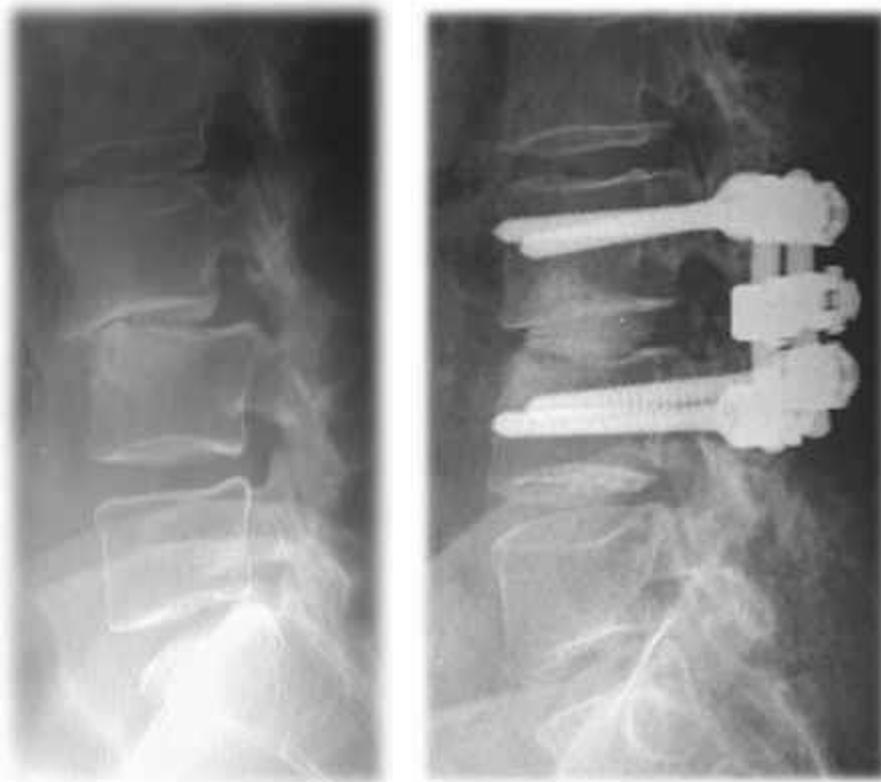


Figura 6 e Figura 7

3) La stabilizzazione. Avviene per via posteriore con le barre longitudinali applicate sulle viti peduncolari. A questo viene aggiunta una "colata" ossea che favorisce una fusione postero-laterale assai importante nel risultato a lungo termine. Ultimamente in alcuni centri, e fra questi il nostro, viene praticata anche la fusione intersomatica per via posteriore. Nello spazio discale, dopo asportazione del disco, viene introdotta una rete biocompatibile all'interno della quale viene posizionato, a pressione, del materiale osseo. Lo scopo è duplice: prima di tutto si ottiene la riespansione dello spazio discale, quindi viene favorita la fusione intersomatica. Con ciò si riesce ad ottenere una stabilizzazione anteriore e posteriore. Le percentuali di successo di tale tipo di trattamento si aggirano intorno al 80%. Le complicanze sono minime. E' tipico di questo tipo di trattamento il dolore post-operatorio che viene però trattato preventivamente con farmaci antidolorifici somministrati in infusione endovenosa continua.