

Doc, con l'ernia del disco posso correre?



Quante volte ho sentito questa domanda! Purtroppo tantissime, poiché la lombalgia, o mal di schiena, è una patologia che può manifestarsi a qualsiasi età, spesso molto invalidante e

Attenzione al "colpo della strega"

frequentissima nei piloti di fuoristrada. E' una manifestazione dolorosa localizzata alla regione lombo sacrale, generalmente diffusa verso i glutei da una parte o da entrambe, che colpisce soggetti di ambo i sessi in tutti i periodi della vita. Nella lombosciatalgia/cruralgia il dolore lombare si associa ad una netta irradiazione nell'arto inferiore nei territori rispettivamente del nervo sciatico (posteriormente alla coscia con irradiazione possibile anche fino al piede) e del nervo crurale (anteriormente alla coscia e a livello inguinale).

Considerando la lombalgia si può dire che l'80% della popolazione ne soffre almeno una volta nella vita, che solo nel 15% dei casi la sintomatologia clinica dura oltre le 2 settimane e solo nel 5% diventa cronica.

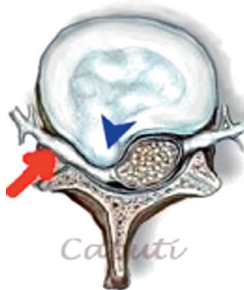
Le cause di lombalgia si possono suddividere in:

- patologia discale (ernia del disco, protrusione, discoartrosi)
- patologia articolare (difetti intervertebrali minori, sindrome delle faccette articolari, manifestazioni artrosiche)
- patologie muscolari, ligamentose e fasciali (contratture, sindrome del piriforme, disfunzione del muscolo ileopsoas)
- patologia congenita (spondilolisi con listesi, sacralizzazione della 5.a lombare)
- patologia meningo-radico-midollare (infiammatorie, infettive, tumorali, post-traumatiche)

E' quindi necessaria una diagnosi accurata, l'indagine diagnostica più importante è l'esame clinico e la storia del paziente che soffre di lombalgia. La visita inizia dall'anamnesi, ovvero la raccolta di tutta una serie di informazioni utili per arrivare alla diagnosi.

Osservando la schiena in varie posizioni ed effettuando alcune manovre il medico è in grado di distinguere una semplice lombalgia da una radicolite o un'ernia del disco.

In moto l'utilizzo di una buona fascia lombare è consigliato per "scaricare" la colonna dolorante e proteggerla da movimenti potenzialmente nocivi. Personalmente consiglio una specifica fascia con doppio incrocio anteriore, particolarmente avvolgente in modo da sostenere la colonna e allo stesso tempo aiutarne i meccanismi di percezione del movimento, che offra comunque una buona traspirazione.



Le radiografie nelle proiezioni standard non vanno mai omesse, soprattutto dopo un trauma; anche se non possono dimostrare la presenza di una protrusione discale, rappresentano il primo orientamento diagnostico per escludere altre patologie (artrosi, processi infiammatori ecc.). La tomografia assiale computerizzata (TAC) e la risonanza magnetica nucleare (RMN) sono diventati negli ultimi anni gli esami non invasivi più affidabili per confermare la diagnosi. Più precisamente la TAC può dare maggiori informazioni sulla patologia ossea associata (osteofiti, faccette articolari) oltre che sul disco erniato, mentre la RMN è più dimostrativa nella patologia disco-articolare. L'elettromiografia viene impiegata in presenza di una sofferenza manifesta delle radici nervose.

La lombalgia acuta dopo uno sforzo o un movimento inconsulto rappresenta il cosiddetto "colpo della strega", un mal di schiena improvviso e violento che può bloccare il soggetto con il busto semiflesso in avanti. Questo stato doloroso può persistere per diversi giorni e attenuarsi con il riposo a letto e la terapia medica.

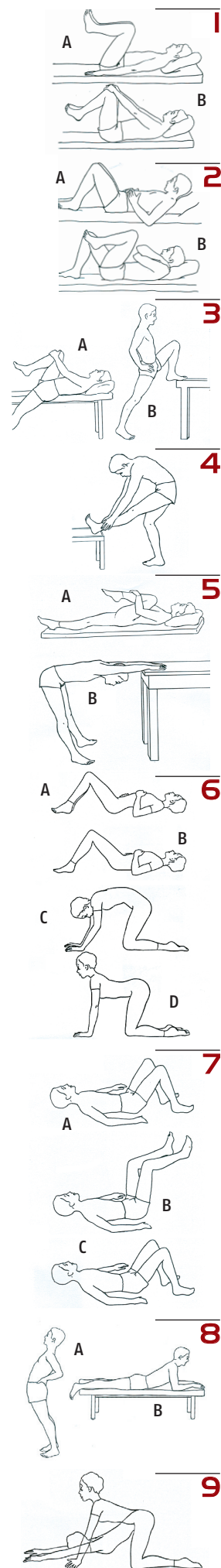
La sciatica, ovvero un dolore che parte dal gluteo e scende lungo l'arto, esprime la sofferenza radicolare di L5 (quinta lombare) o S1 (prima sacrale), con prevalenza dei sintomi al lato esterno della gamba e al malleolo e alla pianta del piede quando si tratta di S1. Il dolore inguinale o cruralgico indica la sofferenza di L4, ed è localizzato alla parte anteriore della coscia.

Il dolore dell'ernia discale peggiora con i movimenti della schiena, le posizioni protratte (es. stare a lungo in piedi o in posizione seduta), la tosse o gli starnuti. Segno tipico della radicolite di S1 è il cosiddetto Lasegue, ovvero forte dolore avvertito quando viene alzato l'arto esteso verso l'alto.

L'ernia discale può essere associata a parestesie (sensazioni di formicolio della gamba) e deficit sensitivi oltre ad alterazioni dei riflessi e diminuzione della forza.

L'ernia del disco (freccia blu) e il suo rapporto col nervo (la radice, freccia rossa) è rappresentata nella figura qui a sinistra. Il disco sporge dal margine vertebrale e schiaccia la radice nervosa (il cordoncino bianco nella figura a sinistra) provocando dolore, spesso la sciatica.

Tratto da F. Caputi
www.neurochirurgi.com



1) Questo esercizio è importante per il rinforzo della muscolatura addominale nelle sue porzioni inferiori. Nella posizione A si attua la contrazione isometrica della parte inferiore della muscolatura addominale; in B la posizione di riposo è ottenuta con l'intervento delle mani che sostengono gli arti inferiori.

2) **Esercizi di rinforzo della muscolatura obliqua (A).**

Nella rotazione del tronco verso destra (B) si ottiene il rinforzo dell'obliquo esterno di sinistra e dell'obliquo interno di destra. Le ginocchia vengono tenute flesse per evitare che la contrazione dello psoas determini un'accentuazione della lordosi lombare.

3) **Esercizi di stretching del muscolo psoas.**

Esercizi di allungamento dello psoas eseguiti a paziente supino (A) ed in ortostatismo (B). Lo psoas è molto importante nella stabilizzazione della porzione anteriore del tratto lombare.

4) **Esercizi di stretching della muscolatura posteriore arti inferiori.**

Gli esercizi di stiramento della muscolatura della catena cinetica posteriore, in particolare degli ischio-crurali, assumono molta importanza in quanto una loro retrazione comporta difficoltà nel movimento di ante retroversione pelvica.

5) **Esercizi di mobilità articolare.**

Al risveglio in posizione supina due o tre serie di esercizi di flessione alternata delle anche sul bacino.

L'esercizio (A) è utile nei pazienti che presentano caratteristiche del dolore insorgente nelle posture estensorie ed è in grado di vincere la dolorosa rigidità lombare mattutina, prevenendo la retrazione della fascia dorso-lombare.

Altra modalità di esecuzione dell'esercizio di stretching del muscolo pettorale è rappresentata nella figura B dove si nota che il paziente spinge il dorso verso il basso mantenendo fermo l'appoggio degli avambracci su un tavolo posto dinanzi e mantenendo la testa fra gli arti superiori in posizione neutra.

6) **Esercizi di ante retroversione pelvica.**

In posizione supina a ginocchia flesse si ruota il bacino in avanti inspirando. La manovra viene facilitata dalla presenza della mani posta l'una in regione sternale, l'altra in regione pubica che durante (A) l'inspirazione si allontanano, mentre durante l'espiazione si avvicinano (B) facilitando così la scomparsa della lordosi lombare.

In posizione quadrupedica si alterna il movimento di "insellamento" lombare (B) e di inarcamento in alto (A) facilitando il movimento attraverso l'inspirazione e l'espiazione.

7) **Esercizi di rinforzo muscolare.** Occorre tuttavia sottolineare che alcuni autori, fra i quali Nachemson, negano l'utilità degli esercizi tendenti al potenziamento della muscolatura addomino-spinale.

Tecniche di rinforzo della muscolatura addominale inferiore.

Anche se recentemente si sono sollevati dubbi sull'utilità del rinforzo della muscolatura addominale, finora una parte importante del programma rieducativo prevedeva l'impiego di tali tecniche. In A si nota la posizione di partenza dell'esercizio; in B il paziente solleva gli arti inferiori mantenendo le ginocchia flesse in sospensione per un tempo di circa 8 secondi e successivamente si ritorna alla posizione di riposo C.

8) **Estensione lombare.** Sono posizioni che determinano un'estensione del tratto lombare a paziente in decubito prono (B) ed in ortostatico (A). L'estensione viene attuata in rilassamento, senza partecipazione attiva della muscolatura estensoria in modo lento e progressivo.

9) **L'esercizio raffigurato è utile** in quanto associa il basculamento pelvico alla distensione vertebrale eseguita in modo progressivo e lento.

La terapia conservativa

Il trattamento della lombalgia varia in funzione della sua fase clinica, cioè se acuta, subacuta o se la lombalgia è presente da qualche tempo (cronica).

Nella fase acuta sicuramente può essere indicata la terapia medica con la somministrazione di farmaci miorelassanti, antinfiammatori, analgesici e riposo relativo. In un secondo tempo (differisce da caso a caso secondo giudizio medico) si comincia la fisiochinesiterapia e si decide il programma di rieducazione che mira ad un riequilibrio posturale e a costituire una muscolatura che assicuri una buona protezione del rachide. **Nella fase subacuta o comunque presente da più tempo si può eventualmente omettere la terapia medica e intraprendere subito la fisiochinesiterapia.**

Le manipolazioni chiropratiche hanno un ruolo determinante nella risoluzione della lombalgia quando questa è di origine articolare (DIM, sindrome delle faccette articolari, blocchi delle articolazioni sacro iliache con disfunzioni meccaniche del bacino) e nelle lombalgie di origine discale dove è necessaria comunque un'attenta valutazione clinica. **In linea generale la manipolazione è un approccio terapeutico all'interno di un più ampio spettro curativo che, come già accennato, include la fisiochinesiterapia e la rieducazione.**

Consigli utili

Per chi soffre di lombalgia bisogna innanzitutto cercare di evitare i movimenti o le attività (es. certi esercizi in allenamento) che si ritiene possano essere causa scatenante della lombalgia. Poi non farsi prendere dal panico per il dolore lombare, anche se può essere invalidante, perché se non è causato da patologia importante con un'adeguata terapia e riposo nel giro di due settimane nella maggior parte dei casi si risolve. **Soprattutto nello sportivo è fondamentale rivolgersi al proprio medico e, successivamente, a un centro specializzato di fisiochinesiterapia per trattare adeguatamente la lombalgia e non tergiversare abusando di terapie farmacologiche che riducono solo la sintomatologia e permettono momentaneamente di praticare l'attività sportiva specifica. Questo comportamento potrebbe prolungare l'eventuale guarigione se non, a volte, peggiorare il quadro clinico.**

La chirurgia

Quando in presenza di un'ernia discale la terapia conservativa non ha purtroppo successo è necessario ricorrere all'intervento chirurgico che consiste nell'asportazione della parte erniata del disco intervertebrale.

Oggi le tecniche microchirurgiche permettono di ingrandire tutte le strutture coinvolte, consentendo al

chirurgo di essere più delicato nei movimenti e di operare in spazi minimi, quindi con scarsa cicatrice sul nervo. L'ernia viene rimossa per via interlaminare, con la radice bene in vista.

L'incisione cutanea di pochi centimetri e solo pochi millimetri vengono liberati attorno alla radice nervosa ottenendo così una cicatrice post-operatoria minima, specie se viene rispettato il grasso periradicolare e peridurale, e il legamento giallo. La percentuale di "successo" con questa metodica è superiore al 95%. L'endoscopia permette un accesso ancora più ridotto, ma non consente la visione tridimensionale e risulta più difficile la rimozione delle parti ossee e legamentose. Il dolore radicolare scompare subito dopo l'intervento mentre la regressione degli altri sintomi avviene con gradualità.

Il recupero motorio è in genere buono, la persistenza del dolore subito dopo l'intervento può essere sinonimo di una decompressione insufficiente, mentre la ricomparsa del dolore dopo una settimana dall'intervento è solitamente dovuta ad un processo infiammatorio conseguente all'intervento e in genere regredisce con terapia cortisonica.

La ripresa dello sport deve avvenire dopo un adeguato periodo riabilitativo e il recupero di un buon tono muscolare.

La prevenzione

E' sicuramente un aspetto molto importante per quanto riguarda la lombalgia, poiché il problema in genere è evitare le recidive. La prevenzione mira ad ottenere un equilibrio muscolare adeguato che assicuri una buona protezione della colonna vertebrale, grazie all'acquisizione di automatismi che permettano di rispondere a sollecitazioni impreviste. **Per ottenere questo è necessario acquisire dagli arti inferiori il massimo della capacità di reazione e forza in modo da eseguire correttamente il gesto sportivo senza sovraccaricare la schiena.**

Per questo è necessario mobilitare le anche, le ginocchia, i piedi con mobilizzazioni passive, posture e rinforzare i muscoli degli arti inferiori, soprattutto i quadricipiti. Inoltre è importante allungare i muscoli, particolarmente gli ischio-crurali (posteriori della coscia), spesso contratti nei lombalgici. Sono poi fondamentali le posture per la muscolatura posteriore (se retratta), imparare bene gli esercizi per rinforzare gli addominali in maniera selettiva senza gravare sulla schiena ed acquisire automatismi che permettano ai muscoli di rispondere a situazioni di disequilibrio, mantenendo la protezione del rachide.

A tal proposito abbiamo allegato qui a fianco alcuni semplici esercizi da svolgere prima di allenamenti e gare.

Le collaborazioni speciali di

Motocross

a cura del

Dr. ALBERTO GOBBI
info@oasiortopedia.it

MEDICAL CORNER