Colonna

Categoria : RUBRICA MEDICA

Pubblicato da Dott. Giuseppe Arno in 9/3/2009

SPONDILARTROSI - E’ l'artrosi cronica primaria della colonna vertebrale con usura delle strutture cartilaginee e fibrocartilaginee vertebrali. Ha localizzazione intersomatica (anteriore), interapofisaria (posteriore).

manifesta con il mal di schiena.Interessa prevalentemente i segmenti più mobili e sottoposti a maggiore sollecitazione funzionale: cervi

Artrosi intersomatica

Alterazioni dei corpi vertebrali legati alla disidratazione, degenerazione e schiacciamento di uno o più dischi vertebrali adiacenti, ciò porta ad una concentrazione delle sollecitazioni sui bordi dei corpi vertebrali, con sclerosi, osteofitosi e riduzione dello spazio intervertebrale.

Artrosi apofisariaAlterazione a carico delle apofisi articolari posteriori→ dolore e rigidità articolare

TERAPIA OBIETTIVO:

ridurre o eliminare il dolore, la contrattura muscolare e la rigidità articolare.

TIPI DI TRATTAMENTO:

•FARMACOLOGICO

•ORTOPEDICO

•FISIOCHINESICO

1. Trattamento Farmacologico

-Analgesici

(paracetamolo, ha scarsa tossicità ma efficacia limitata).

-Antinfiammatori

(l’acido acetilsalicilico, ha potente attività antinfiammatoria ma alta tossicità).

-Miorilassanti, usati per ridurre la contrattura muscolare intorno all’articolazione colpita, che aumenta l’impotenza funzionale e la reazione dolorosa.

-Cortisonici, controindicati vista la natura cronica del processo.

2. Trattamento ortopedico

-Terapia incruenta (di ortesi):

Impiego di apparecchi per proteggere, correggere, far riposare le articolazioni (corsetti, apparecchi gessati, collari) e favorire anche la decompressione radicolare.

-Terapia cruenta (interventi chirurgici):

A livello lombare è indicata quando l’osteofitosi è così marcata da provocare compressione radicolare. Raramente usata a livello cervicale anche in corso di discopatie.

CERVICOARTROSI

Per CERVICOARTROSI si intende l’artrosi del primo tratto della colonna vertebrale.

L’ARTROSI CERVICALE è la causa più frequente di CERVICALGIA ossia dolore localizzato al collo che si può irradiare al livello cefalico o dorsale.

EPIDEMIOLOGIA

 Patologia molto frequente tra i 40-50ANNI per accumulo di:

-FENOMENI DEGENERATIVI dei dischi intervertebrali (perdita di elasticità e di acqua)

-ACCUMULO DI MICROTRAUMI può insorgere anche in ETÀ MEDIO -GIOVANILE in persone che svolgono lavori pesanti (magazzinieri,muratori,facchini..).

 Largamente diagnosticata anche in modo errato in età medio-giovanile come TUNNEL CARPALE

EZIOPATOGENESI

•I FATTORI DI INSORGENZA

 aumento dell’età media della popolazione

 l’incremento dell’uso dell’automobile

 lavoro sedentario con posizioni del capo obbligate

 posture sbagliate

 traumi- microtraumi accumulati

SINTOMATOLOGIA

 Può essere in forma ASINTOMATICA all’inizio

 Si manifesta con DOLORE al collo e alla nuca, difficoltà dei movimenti e aggiunta di complicanze-MAL DI TESTA-VERTIGINI

-DISTURBI NEUROLOGICI (della sensibilità - del movimento e dei riflessi)

-DOLORE CRONICO (mesi autunnali ed invernali -intervallati a periodi di benessere)

-LIMITAZIONE FUNZIONALE DEL COLLO.

L’artrosi può interessare le articolazioni della colonna cervicale in 2 zone:ANTERIORE quando interessa le articolazioni intersomatiche, cioè le articolazioni tra i corpi vertebrali, detta anche

“DISCOARTROSI” più comunemente chiamata “CERVICOARTROSI”.

 POSTERIORE quando interessa le articolazione interapofisiarie, cioè le apofisi articolari posteriori, detta anche “ARTROSI INTERAPOFISIARIA”.

DISCOARTROSI O CERVICOARTROSI

La “DISCOARTROSI” si instaura solitamente nelle unità funzionali-C5/C6- C6/C7 poiché le più MOBILI e sottoposte a SOLLECITAZIONI MECCANICHE. PROCESSO DEGENERATIVO

 DANNO E DEGENERAZIONE DEL DISCO INTERVERTEBRALE perdita della sua funzione di cuscinetto ammortizzante, trasmettendo le sollecitazioni meccaniche direttamente sulle vertebre.

 DISIDRATAZIONE DEL NUCLEO POLPOSO

 PERDITA DI ELASTICITA’ PER L’ANELLO FIBROSO con conseguente fissurazione

 I CORPI VERTEBRALI SI AVVICINANO FORMAZIONE DI OSTEOFITI con riduzione delle escursioni articolari dell’unità funzionale interessata e dei forami di congiunzione ,facilitando la compressione delle radici spinaliLa degenerazione a CATENA parte dal disco compreso fra C5/C6 per poi coinvolgere in alcuni casi tutto il rachide cervicale “EVOLUZIONE MULTISEGMENTARIA ASCENDENTE”. EZIOPATOGENESI

•I FATTORI DI INSORGENZA :

 MALFORMAZIONI VERTEBRALI

 FATTORE COSTITUZIONALE (minor compattezza e resistenza del tessuto fibroso)

 ANOMALIE POSTURALI(iperlordosi-scoliosi)

 ALCUNI SPORT (motocross –tuffi -attrezzistica-boxe-arti marziali..)

 TRAUMI-MISCOTRAUMI RIPETUTI (anche per attività lavorative -dattilografi-sarti-orologiai). SINTOMATOLOGIA

1- FASE INIZIALE •L’evoluzione è lenta è del tutto ASINTOMATICA•È caratterizzata da periodi di DOLORE ACUTO CERVICALE,“TORCICOLLO-RIGIDITÀ DEL COLLO” intervallato a periodi di QUIESCENZA.•Il DOLORE aumenta per movimenti di estensione del capo. 2-FASE EVOLUTIVA

•Il DOLORE può diventare CRONICO.

•Perdita di elasticità e degenerazione del disco intervertebrale.

•Limitazione dei movimenti cervicali e della mobilità del rachide.

•Prolificazione di OSTEOFITI che possono provocare:

 FENOMENI DI COMPRESSIONE delle radici nervose del midollo spinale con DOLORE costante al braccio NEVRALGIA BRACHIALE (fastidiosissime sensazione di punture di spillo alle dita delle mani) l’IRRADIAZIONE DIPENDE DALLA RADICE INTERESSATA.FENOMENI DI COMPRESSIONE delle arterie-nervi passanti per il forame inter- trasversario (SINDROMI).Le aree di distribuzione delle corrispondenti radici nervose sono:

C4= clavicolare/ C5=lati del collo fino alle spalleC6=parte esterna delle braccia/ C7=braccio interno e ascella.

DIAGNOSI

•DOLORE localizzato al collo e a volte alle spalle.

•DOLORE MECCANICO si accentua con il movimento del collo e si attenua con il riposo

•Al DOLORE è associata quasi sempre una contrattura muscolare RIFLESSA con secondari atteggiamenti viziati del rachide

•DOLORABILITÀ alla pressione sulle apofisi spinose e per movimenti di rotazione e inclinazione del capo

•La diagnosi è esclusivamente di tipo RADIOLOGICA

ARTROSI ITERAPOFISARIA

L’ ARTROSI INTERAPOFISIARIA si instaura solitamente tra- C2/C3- C3/C4 - PROCESSO DEGENARATIVO

•DANNO E DEGENERAZIONE DELLA CARTILAGINE

•SCLEROSI SUBCONDRALE

•PROLIFICAZIONE DI OSTEOFITI può essere esuberante da invadere il foro trasversario e arrecare danno alle strutture•SINOVITE DELLE ARTICOLAZIONI INTERAPOFISIARIE con processi degenerativi che possono portare allo scivolamento delle faccette articolari e la comparsa di SPONDILISTESI

EZIOPATOGENESI

•I FATTORI DI INSORGENZA:

 IPERLORDOSI provoca la concentrazione delle sollecitazioni meccaniche sulle articolazioni interapofisiarie,con processi degenerativi e infiammatori

 SCOLIOSI provoca alterazioni delle articolazioni posteriori, che con l’età maturano in artrosiSOGGETTI ANZIANI

 ALTERAZIONI DELLA STATICA

 MALFORMAZIONI VERTEBRALI SINTOMATOLOGIA

•È caratterizzata da periodi di DOLORE ACUTO

•Fasi di DOLORE ACUTO intervallato a periodi di QUIESCENZA

•Nelle forme più evolute il DOLORE diventa CRONICO

•DISTURBI UDITIVI,CEFALEA E VERTIGINI accentuati dai cambiamenti di posizione della testa (sindrome di Barrè Lieou)DIAGNOSI

•DOLORE CERVICALE di tipo MECCANICO si accentua con il movimento del collo e si attenua con il riposo•CEFALEA NUCALE e limitazione asimmetrica della MOTILITA’ del collo

•DOLORABILITÀ alla pressione sulle articolazioni interapofisiarie

•La diagnosi è esclusivamente di tipo RADIOLOGICA

TERAPIA RIABILITATIVA

UTILIZZARE UN TRATTAMENTO CONSERVATIVO2 OBIETTIVI:

 1 OBIETTIVO -ATTENUAZIONE DEL DOLORE- (come per la discoartrosi)2 OBIETTIVO -CORREGGERE LE ALTERAZIONI DELLA STATICA la alterazione più frequente è l’ IPERLORDOSI, per retrazione dei muscoli paravertebrali superficiali; sono utili esercizi capaci di ricreare il normale assetto posturale del rachide[redacted]
OTENZIAMENTO(per i muscoli paravertebrali profondi auto allungamento per appianare la lordosi cervicale)

-STRETCHING (per i muscoli paravertebrali superficiali –accorciati.

)ARTROSI DORSALE

•Il dolore solitamente è localizzato e può essere provocato dai colpi di tosse; a volte si irradia ai fianchi ed alle costole oppure alla parte anteriore del torace; •I processi osteofitari sono localizzati anteriormente;•L’assenza di nervi ed arterie e la presenza delle coste che stabilizzano la colonna portano a mantenere asintomatica l’artrosi dorsale.

ARTROSI LOMBARE

Il processo degenerativo artrosico a carico del segmento vertebrale lombare inizia precocemente, intorno alla terza decade di vita.

CAUSE D’INSORGENZA

•Fattore genetico•Sovraccarico funzionale•Malattie•Traumi•Invecchiamento•Infiammazioni

•Alterazioni morfologiche congenite

DISTINGUIAMO:

 FORMA ACUTA

 FORMA CRONICA

SINTOMI:

Dolore, Limitazione funzionale, Rigidità articolare

FORMA ACUTA•insorge bruscamente con fenomeni di blocco (solitamente dopo uno sforzo in flessione);•il dolore è a sbarra: trasversale nella parte lombare della schiena, con possibile irradiazione lungo il nervo sciatico (lombosciatalgia).

INDICAZIONI

Riposo a letto con le articolazioni delle anche e delle ginocchia flesse (riduzione delle pressione intradiscale e detensione del muscolo ileo-psoas ed appiattimento della lordosi).

LOMBALGIE -LOMBOSCIATALGIE-LOMBOCRURALGIE

LOMBALGIE

Sindrome lombare più frequente. Colpisce età adulta e sesso femminile.Caratterizzata da:

 Dolore spontaneo

 Contrattura delle masse muscolari

 Rigidità del tronco

LOMBALGIA

Fisiopatologicamente il dolore proviene dalla compressione del nervo del seno-vertebrale di Luschka, che si distribuiscono circonferenzialmente rispetto alla vertebra ed alle strutture annesse.DISTINGUIAMO:

 FORMA ACUTA

 FORMA CRONICA

LOMBALGIA ACUTA

Distensione acuta dell’anulus e distorsione delle articolazioni interapofisarie.Dolore e contrattura molto intensi. Rdx riduzione delle normale lordosi con deviazione laterale del rachide lombare da contrattura muscolare.

LOMBALGIA CRONICACronicizzazione di un quadro subacuto: •Protrusione dell’anulus •Artrosi anteriore e/o posteriore •Anomalie del limite lombo-sacrale •Squlibri statico-dinamici: scoliosi congenite o acquisite •Processi infettivi •Processi tumorali

LOMBOSCIATALGIASindrome dolorosa che dalla regione lombo-sacrale si irradia con distribuzione radicolare all’arto inferiore, nel territorio del nervo sciatico.

NERVO SCIATICOIl più grande nervo del corpo umano, derivante dalle radici L5, S1, S2, S3, S4. Ogni radice prende rapporto con il disco sovrastante la vertebra di pari numero L5 con disco interposto tra L4 e L5(anche se può essere compressa dal disco sottostante. Si divide in due rami terminali Tibiale Posteriore e Sciatico Popliteo Esterno.SINTOMATOLOGIA SCIANTALGICA

•L5 dolore lungo la faccia postero-esterna della coscia, laterale della gamba e dorsale del piede fino all’alluce

•S1 faccia posteriore della coscia, posteriore della gamba e plantare del piede fino alle ultime due dita del piede

TEST CLINICI

•Segno di Delitala, dolore paravertebrale in corrispondenza della radice interessata

•Segno di Lasegue,

•Segno di Valleix, L5 testa del perone e faccia esterna della gamba; S1 regione glutea posteriore, parte posteromediana della coscia

CAUSE LOMBALGIA

•Ernia discale •Artrosi •Anomalie congenite del rachide •Processi infiammtori

ERNIA DISCALE

•Più frequentemente il sesso maschile e l’ultimo disco lombare. Più frequente ernia postero-laterale(punto di minor resistenza alla fora espulsiva del disco).

TIPI DI ERNIA

•Ernia contenuta •Ernia protusa •Ernia espulsaSINTOMATOLOGIA

Dolore in sede lombare. Rigidità del rachide lombare. Contrattura muscolare. Sintomatologia periferica neurologicaSTENOSI LOMBARE

Soggetti tra i 50 ed i 70 aa è caratterizzata da un abnorme ristrettezza del canale vertebrale osseo e/o dei formai intervertebrali (o fori di coniugazione), responsabile di una compressione del sacco durale e/o delle radici spinali caudali.

SINTOMATOLOGIA

Radicolare, ma meno acuta, bilaterale e pluriradicolare alla quale si associano manifestazioni dette di claudicatio spinalis

SPONDILOLISI E SPONDILOLISTESI

Interruzione dell’istmo ossia della porzione ristretta dell’arco posteriore delle vertebre lombari che è compresa tra le apofisi articolari superiori ed inferiori.

SPONDILOLISI

•Può essere congenita o acquisita. Nella seconda varietà segue microtraumi causati da iperestensioni della colonna, con frequente iperlordosi.

•La Va vertebra è solitamente la più colpita

•Nel’80 % dei pz. si riscontra una contrattura dei flessori del ginocchio e anca ed una riduzione della flessibilità.

ATTEGGIAMENTO SCOLIOTICO

Deviazione della colonna vertebrale sul piano frontale, con conseguente formazione di una curva dorsale, lombare, dorso-lombare o combinata.

CARATTERISTICHE

Scarsa evolutività, assenza o minima presenza di alterazioni scheletriche, facile reversibilità, alto grado di mobilità.

EZIOLOGIA

Eterometria degli arti inferiori > 2-3 cm; ipocinesia; scarsa percezione spaziale del proprio corpo; scompensi posturali e/o dello schema corporeo.

TRATTAMENTO

Trofismo della muscolatura addominale e dorsale; mobilità articolare rieducazione dello schema

corporea; percezione e sviluppo del senso antigravitario.

SCOLIOSI IDIOPATICA

DEFINIZIONE

E’ una deformità tridimensionale della colonna vertebrale che origina con una estensione vertebrale sul piano sagittale, combinata ad una curvatura laterale e ad una rotazione sul piano orizzontale.CLASSIFICAZIONE:

 Curve uniche: a) dorsali (34%); b) lombari (16%); c) dorso-lombari.

 Curve doppie: a) dorsale dx lombare sx; b) dorsale sx lobare dx.

Nella curva unica le vertebre terminali superiore e inferiore sono poste all’estremità della curva. Sono le più inclinate rispetto all’orizzontale. Non giacciono sull’asse di simmetria.

La vertebra apicale invece è la più ruotata, la più deformata, la più lontana dall’asse di simmetriaNelle curve doppie abbiamo: la vertebra terminale superiore, la vertebra terminale inferiore, le due vertebre apicali, la vertebra di transizione (si trova sull’asse di simmetria ed è al tempo stesso la v. terminale inferiore della curva sovrastante e la v. terminale superiore della curva sottostante.CURVE DOPPIE: le due curve sono evolutive; la sovrastante è evolutiva e la sottostante è di compenso; la sottostante è evolutiva e la sovrastante è di compenso.

CARATTERISTICHE

 Eziologia multifattoriale.

 Presenza di alterazioni scheletriche→TORACE SCOLIOTICO caratterizzato da: emitorace CS (gibbo posteriore, depressione laterale, spinta costotrasversaria, coste verticalizzate), emitorace CV (sporgenza anteriore più arrotondata, depressione posteriore, spinta costovertebrale, coste orizzontalizzate). In tal caso gli esercizi iperventilanti sono fondamentali.

 Irriducibilità.

 Evolutività→scoliosi del neonato (da 0 ad 1 anno. Dorso lombaresx); scoliosi infantile (1-3 anni. Maggior percorso evolutivo); scoliosi giovanili (3 anni- pubertà); scoliosi adolescienziali (post-puberali. Lombari); scoliosi dell’adulto (dopo la maturità ossea. Dovute a peggioramento di quelle esistenti, antalgiche, da invecchiamento).

 Rigidità.

VALUTAZIONE CLINICA

Si valuta:

 POSTERIORMENTE: i triangoli della taglia, l’allineamento verticale dei processi spinosi, la presenza del gibbo, lo strapiombo.

 ANTERIORMENTE: depressione sottomamillare lato CV, obliquità linea intermamillare, assetto delle spalle e delle clavicole.

VALUTAZIONE RADIOLOGICA

Si valuta:

 la maturazione ossea secondo RISSER;

Risser 0: a livello dell’ala iliaca non compare alcun nucleo di ossificazione;

Risser 1: a livello della SIAS compare un piccolo nucleo di ossificazione;

Risser 2: l’ossificazione continua raggiungendo la metà della cresta iliaca;

Risser 3: l’ossificazione ricopre interamente la cresta iliaca;

Risser 4: inizio della saldatura con la fusione dall’interno;

Risser 5: la fusione epifisaria è uniforme su tutto l’arco;

Risser 6: fase di stabilizzazione della scoliosi che richiede

 rotazione: a risser 0 se la rotazione della vertebra apicale è 8° →preoccupante

 deviazione laterale: METODO COBB→100° Scoliosi gravissime.

QUADRI CLINICI

Abbiamo:

 Scoliosi compensate

 Scoliosi scompensate

FRATTURE VERTEBRALI

Abbiamo:

 Fratture meliche

 Fratture amieliche

FRATTURE DORSO-LOMBARI

80% di tutte le fratture vertebrali: I Lombare, XII Dorsale, II Lombare

Prevalenti nel sesso maschile e nella età adulta per la maggiore esposizione alla iperflessione, che comparta uno stress nel punto di maggior curvatura. Si possono associare fratture di strutture accessorie (peduncoli, lamine, apofisi articolari).

CLASSIFICAZIONE:

 Normale, concava, incastrata, schiacciata.

 Fratture anteriori (corpo vertebrale); Fratture posteriori (arco vertebrale).

FRATTURE ANTERIORI

-Fratture disco-articolari : limitatamente al disco ed al piano osteocartilagineo articolare.

-Fratture somatiche : piano articolare e disco indenni > deformazione a cuneo

Fratture disco-somatiche : disco e spongiosa

FRATTURE DA COMPRESSIONE

Più comune tipo di frattura dorso-lombare, origina da un carico assiale associato ad una flessione o ad una inclinazione laterale. Se la compressione riduce l’altezza della colonna anteriore di oltre il 50% > frattura instabile con eventuale trattamento chirurgico.

FRATTURE DA SCOPPIO

Rappresenta una frattura dai caratteri clinici ed evolutivi peggiori rispetto alla precedente. In base alla compressione si dividono in stabili ed instabili, il trattamento delle prime prevede un corsetto in iperestensione dai 3 ai 4 mesi.

FRATTURE DA FLESSIONE-DISTRAZIONE

FRATTURE-LUSSAZIONI

SINTOMATOLOGIA

Dolore locale spontaneo. Rigidità del rachide lombare. Contrattura muscolare antalgicaDeformità ad angolo acuto del rachide o gibbo

EVOLUZIONE

Discopatia degenerativa dovuta alla lesione del disco, mentre la lesione ossea guarisce entro i tre mesi dalla frattura.