

SACRO-LOMBALGIA ȘI SCIATICA*

János Száva, S. Darko, E. Hirsch, S. Bod

Într-o comunicare anterioară, axată pe problemele de fizio-patologie ale sindroamelor de lombalgie și ischialgie am stabilit că starea dureroasă și diferitele îmbolnăviri ale aparatului de susținere, acceptate azi drept cauzele acestor sindroame, sînt într-adevăr două noțiuni diferite. Confundarea lor constituie un moment primejdios care duce ușor la neglijaarea unei analize minuțioase a cazurilor respective. Bolnavii sînt aruncați astfel, datorită unui diagnostic „promițător” în prăpastia insucceselor terapeutice.

Simptomul „dominant” al sindroamelor algice îl constituie durerea. Fenomenele asociate se compun, pe de o parte, din manifestările diferitelor procese reflexe, iar pe de altă parte, din simptomele specifice și tulburările funcționale, deseori ascunse ale aparatului de susținere.

Durerile provenite din leziunile aparatului de susținere, după cum se știe, au un caracter difuz, localizat în special în moderatul segmentului medular interesat (dureri segmentare). Ele pot fi asociate hiperesteziei, sensibilității dureroase a scleromiotomului segmentului medular interesat precum și anumitor tulburări viscerale. În general, situația e similară atît în cazul durerilor provenite cit și în leziunile viscerale.

Neuralgiile sînt intense, fulgerătoare cu iradiații de-a lungul trunchiului nervos interesat. Mișcarea și în special elongarea sau comprimarea nervului cauzează exacerbarea simptomelor. Dintre fenomenele de acompaniament putem menționa: spasmul muscular, tulburările de sensibilitate, hiper-, hipo- și parestezia, abolirea reflexelor tendinoase etc.

După cum se știe neuralgia constituie expresia unor stări de excitație cauzate de noxe mecanico-traumatice, inflamatorii etc.

În afară de varietățile menționate, literatura de specialitate relatează și alte tipuri de dureri ca: simpatalgia, mialgia, dureri psihogene reumatoide etc.

Simpatalgiile sau durerile transmise de sistemul simpatic sînt dureri vii, cu caracter arzător, pulsant, apărute în urma mișcărilor și asociate tulburărilor de vasomotricitate, fenomene reflectate de obicei pe teritoriul de inervație a mai multor segmente medulare. Fenomene de acest gen dar mai atenuate, pot fi întîlnite și în cazul unor dureri așa-zise segmentare și neuralgice. După părerea noastră ele apar în urma extinderii tulburărilor tisulare reactive asupra teritoriilor de inervație ale segmentelor medulare vecine, probabil și asupra lanțului simpatic. Considerăm totodată că nu există o diferență principală din punct de vedere patogenetic între simpatalgii și durerea segmentară.

Mialgia constituie expresia subiectivă și obiectivă a leziunilor musculare primare, dar în special a celor secundare. Apariția ei este în legătură cu contractura de durată a mușchilor, în cazul de față a musculaturii sacro-spinale. La palparea se constată o contractură spasmodică, sensibilitate palpatorie difuză și prezența unor noduli dureroși (noduli mialgici). Cele mai multe mialgii au un caracter secundar și constituie un fenomen aproape constant în stările sacro-lombalgice.

Majoritatea durerilor așa-zise psihogene sînt într-adevăr mialgii. Trebuie totuși ca aceste din urmă să fie diferențiate de durerile reumatoide, ce apar la

* Textul prescurtat al lucrării prezentate la cea de a II-a sesiune științifică din 1957 a I.M.F. din Tg.-Mureș.

bolnavii ne-eumatici, un fenomen care înseamnă după părerea noastră o manifestare caracteristică a fazei de fibrozare a leziunilor tisulare difuze, consecutive stărilor algice de lungă durată.

Atitudinea și tulburările de poziție și de mobilitate — aceste două simptome funcționale principale ale sacro-lombalgiilor — sînt consecințele directe ale spasmelor musculare și reflexelor de apărare și în parte ale leziunilor organice ale regiunii sacro-lombare.

Reflexul de apărare și spasmul muscular sînt fenomene de acompaniament din cele mai constante. Imobilitatea sau limitarea mișcărilor fiziologice ale segmentului vertebral interesat împreună cu diferitele atitudini anormale ale coloanei, pot fi considerate drept expresia gradului durerii. Rigiditatea circumscrisă a coloanei și sensibilitatea dureroasă la orice tentativă de mișcare constituie un simptom semnificativ care pledează pentru prezența unor leziuni traumatiche inflamatorii sau tumorale ale corpului vertebral, sau ale sistemului articular al coloanei. Examenul radiologic este metoda de investigație, care poate da un indiciu decisiv în asemenea cazuri.

Durerile care apar la primele mișcări ce urmează odihnei și dispar la odihnă sau la o activitate bine antrenată, denotă prezența unui proces artroitic.

În leziunile fascio-ligamentare, sînt dureroase numai mișcărilor de flexiune, adică acelea care produc elongarea elementelor menționate. În schimb, leziunile musculare sînt dureroase atît la elongare (flexiunea trunchiului) cît și la contracția musculară activă deci la extensie.

În leziunile circumscrise ale coloanei, am putut observa sensibilitatea palpatorie a ramurei dorsale a nervului spinal, la nivelul segmentului interesat. Acest fenomen constituie manifestarea unui proces de neurită, consecință directă a leziunilor tisulare difuze reactive.

Valoarea diagnostică a acestei sensibilități poate fi privită drept egală cu aceea a sensibilității punctelor lui Valeix.

Cînd examenul radiologic a pus în evidență prezența concomitentă la acest nivel, a mai multor leziuni, de partea aparatului de susținere, am apelat aproape totdeauna la „proba acului și a excluderii temporare” în scopul de a identifica leziunea ce cauzează durerea.

În cazul sindroamelor dureroase tipice, asociate hiperalgiei elementelor profund situate, comprimarea sau înțeparea elementelor devenite astfel hipersensibile, nu produce decît augmentarea durerii locale. Dimpotrivă excitarea leziunii primare duce la exacerbarea întregului cortegiu simptomatic, iar novocaminizarea lor este urmată de regresivitatea temporară a fenomenelor morbide. Anestezierea elementelor hiperalgice cauzează numai dispariția durerii locale.

Cea mai simplă metoda pentru excitarea punctiformă a focarului primar o constituie acupunctura. Infiltrația treptată a traiectului de înțepare exclude apariția tuturor fenomenelor secundare. După înregistrarea fenomenelor provocate cu virful unui ac astfel introdus, declanșînd exacerbarea întregului cortegiu simptomatic prin infiltrarea cu novocamină a focarului așa-zis primar, putem executa și contrariul excitației, adică proba excluderii temporare.

În practica noastră am fost nevoiți să apelăm la această metodă în cca 200 de cazuri, avînd ocazia să apreciem valoarea ei diagnostică.

Interpretarea corespunzătoare a imaginii radiografice constituie o problemă destul de delicată. În scopul de a ne forma o idee reală despre procentajul leziunilor coloanei, am procedat la evaluarea minuțioasă a datelor clinice și radiologice la un număr de 200 de cazuri neselectate. Analiza detaliată a radiografiilor a arătat o imagine negativă numai într-un procentaj de 16,56%, pe cînd la 83,44% din cazuri s-a putut constata prezența unor leziuni sau anomalii organice funcționale de o gravitate variabilă.

Apariția concomitentă a leziunilor cu o etiopatogenie comună sau diferită a fost un fenomen destul de frecvent. În astfel de condiții numai confruntarea tuturor datelor referitoare la cazul respectiv poate decide dacă e vorba de un fenomen morbid simptomatic, sau de o simplă coincidență ocazională. Leziunile traumatice inflamatorii și degenerative au fost identice cu diagnosticul clinic numai într-o proporție de 32%. Din numărul total al leziunilor musculo-ligamentare, în 86% s-a putut pune în evidență prezența concomitentă a diferitelor leziuni ale coloanei (în special anomalii congenitale, leziuni degenerative etc.) Semnele radiologice ale degenerescenței discale precum și ale stărilor algice de origine diferită au fost evidențiabile în proporție de 77,5%.

Am fost siliți deseori să procedăm la o verificare clinică repetată a tabloului radiologic



Având în vedere multiplicitatea cauzală a sacro-lombalgiilor și sciaticelor, stabilirea concretă a directivelor terapeutice constituie o problemă extrem de anevoioasă. În realitate, avem de-a face doar cu un singur fenomen care trebuie combătut: durerea.

După cum am arătat pe larg într-o comunicare anterioară persistența stărilor algice, nu constituie un fenomen obligatoriu al diferitelor îmbolnăviri ale aparatului de susținere, recunoscute azi drept cauze ale sindroamelor dureroase.

Leziunea de bază (condroma, spondilartroza), de altfel asimptomatică, devine dureroasă numai după supraadăugarea leziunilor secundare, ce apar sub efectul interacțiunii noxelor declanșatoare. Privită problema sub acest aspect, chiar dacă nu putem deocamdată vindeca modificările permanente ale maladiei de bază, prin recunoașterea fenomenelor morbide care cauzează stările algice, trebuie totuși să găsim modalitatea de a aplica un tratament patogenic, menit să suprimă evoluția procesului.

Aceasta e ideea de bază pe care am urmărit-o în cursul practicii noastre.



464, adică 36% dintre bolnavii noștri suferind de sacro-lombalgii au fost considerați pe baza datelor clinice că prezintă sindroame algice cu leziuni musculo-ligamentare. În aceste cazuri nu am putut aplica un tratament cauzal, ci am căutat să suspendăm fenomenele reflexe care susțin sau cronicizează stările dureroase.

În stadiul acut al bolii am prescris calmante și repaus absolut pentru a exclude excitațiile dureroase ce apar în cursul mișcărilor.

Pentru relaxarea spasmelor musculare concomitente am aplicat împachetări calde și comprese umede. Nu am recurs la fricțiuni cu histamină, alcool etc. decât în faza mai înaintată, de resorbție a bolii. Infiltrația subfacială cu novocaină a teritoriului dureros în primele 2 zile ale procesului, a dus deseori la ameliorarea completă și definitivă a acuzelor. Experiența noastră arată că infiltrarea lanțului simpatic pare a fi și mai eficace.

În cazurile în care după un repaus de 3—4 zile simptomele nu au prezentat o ameliorare satisfăcătoare am prescris o gimnastică moderată și bine proporționată, în scopul de a ameliora circulația regională și metabolismul tisular. Prin aceasta, am reușit să prevenim în majoritatea cazurilor instalarea adeziunilor interstițiale și tendința procesului la recidivă. Hiperemizarea energetică a cauzat exacerbarea fenomenelor morbide. Un efect favorabil al masajului s-a putut observa numai în ceea ce privește regresivitatea spasmului muscular al fazei subacute a bolii. Masajul în stadiul acut al sindromului a fost chiar dăunător, iar în formele cronice o rămas cu totul ineficace.

Adezioliza efectuată în cazurile cronice și subcronice sub anestezie locală, nu s-a dovedit a fi metoda cea mai corespunzătoare pentru suspendarea cercului vicios și eliminarea excitațiilor dureroase declanșate de tracționarea adeziunilor și a fasciculelor musculare fibrozate.

Radioterapia a dat rezultate bune numai în cazurile subacute. În mialgii asociate cu stări neurastenice, sedatia energetică cu preparate barbiturice și derivatele clorpromazinei s-au dovedit a fi un remediu adjuvant necesar. Corticoterapia cu Cortison și ACTH, a fost aplicată de noi cu succes în cazurile acute și subacute de mialgii și de așa-zise fibrozite, neinfluențabile pe altă cale.

Experiența noastră de pînă acum nu justifică nicidecum, rolul „herniilor paniculare” în susținerea sindroamelor algice cu toate că am descoperit aceste formații aproape în 33% din totalul bolnavilor noștri la locurile predilecte, semnalate de *Coreman* și *Ackermen*.

Durerile provenite din *leziunile coloanei și ale aparatului de susținere* rezultă în majoritatea cazurilor din manifestarea unor fenomene reactive sau din insuficiența funcțională secundară a aparatului de susținere.

Clasificarea cazurilor noastre din punct de vedere terapeutic a fost efectuată pe baza fenomenelor morbide ce stau la baza instalării stării dureroase.

1. În prima grupă au fost încadrate cazurile în care *durerea a fost consecința directă a maladiei de bază*.

Osteita sau osteomielita corpului vertebral și a sacrului constituie una din cauzele cele mai rare ale lombalgiilor și sciaticelor, fenomen observat de noi în 4 cazuri.

Stabilirea rolului pe care-l poate juca osteo-artita bacilară a articulației sacro-iliace în stadiul latent sau stabilizat din punct de vedere clinic, este o problemă deosebit de dificilă. Pe baza unei aprecieri a examenului radiologic și a simptomelor locale am intervenit în trei cazuri pentru a extirpa focarul. Vindecarea a fost completă.

Prezența unui proces bacilar circumscris în arcul dorsal al corpului vertebral, cauzînd fenomene radiculare acute, a fost descoperită de noi în 6 cazuri numai în cursul explorării chirurgicale. În urma extirpării focarului și datorită unui tratament adecvat, toate fenomenele morbide au dispărut.

Stabilirea diganosticului clinic, la procesele tumorale, depistate cu ocazia explorărilor chirurgicale n-ar fi reușit probabil nici atunci dacă am fi executat mielografii de fiecare dată. (1 caz de metastază adeno cc. a corpului vertebral, 1 caz de neurom și 2 cazuri de meningeoame).

Fractura înveterată a apofizei transverse a vertebrelor II—III. lombare a fost considerată drept cauza durerilor lombare în 2 cazuri. Dispariția acuzelor, după extirparea fragmentului, arată justetea diagnosticului.

Am intervenit în 3 cazuri pentru dureri cauzate de rahischize largi, situate în segmentul lombo-sacral. După extirparea țesutului adipos perodural abundent, defectul arcurilor a fost închis cu un transplant liber de fascie.

Unii autori vorbesc de posibilitatea unor *pansări ale sinovialei articulațiilor apofizare* și le consideră drept cauza unor stări algice. Noi nu am constatat în practica noastră cazuri similare și în lipsa unor argumente obiective trebuie să punem la îndoială existența reală a acestei entități.

Ca urmare a efectului compresiv, un rol direct se poate atribui și herniilor de disc în provocarea stărilor dureroase. Totuși, bazați pe o serie de date clinice și observații intraoperatorii culese în cursul studierii aprofundate a unui număr de peste 100 de cazuri, am ajuns la concluzia că „sindromul discal” nu poate fi limitat nici de cum la starea algică, cauzată de compresiunea radiculară sau la cea a filetelor nervului sinu-vertebral în pericondriul discului intervertebral. Odată cu aceasta trebuie să accentuăm, că bombarea discului nu constituie în fiecare caz și în majoritatea cazurilor nu este singurul factor compresiv. În cazurile noastre în care am intervenit cu diagnosticul de hernie discală am constatat că 23% au prezentat o proeminență de mărimea unui bob de mazăre sau chiar și mai mică. Se știe că în prezența unor astfel de condiții morfologice nu se poate vorbi încă de o încălcare mecanică propriu-zisă. Cu toate acestea, criza de sciatică poate să fie foarte trenantă. În schimb, întreruperea prin

calmante, rahianestezie, infiltrarea cu novocaină a radavinei sau a lanțului simpatic, provoacă deseori amendarea rapidă a acuzelor. Se poate presupune că în asemenea cazuri, odată cu dispariția reacției neuritice dispare și proeminența discului intervertebral. Acest fenomen ne îndreptățește să tragem concluzia potrivit căreia cauza verosimilă a tumefacției discului se află într-o strânsă legătură cu capacitatea crescută a țesuturilor de a reține apă, unul din fenomenele reactive ale excitațiilor dureroase. O expresie similară a acestui fenomen ar putea să prezinte și rarefierea substanței osoase a apofizelor și arcurilor vertebrale interesate (fenomen observat în 20—25% a cazurilor), precum și infiltrația edematoasă sau adeziunile perineurale ale rădăcinii în cauză.

Într-o proporție de 66% a cazurilor operate, factorul compresiv a fost situat în partea laterală a canalului rahidian pe porțiunea învecinată a canalului de conjugată, fiind reprezentat în aceste cazuri de proeminența discului și de ligamentul galben bombat înspre canalul rahidian. Volumul crescut al articulațiilor apofizare a fost un factor care a augmentat deseori constringerea spațiului la acest nivel. Cauza creșterii volumului articulațiilor apofizare a fost reprezentată pe de o parte, de leziunile articulare hipertrofice, pe de altă parte, de apropierea, mai bine zis, de încălcarea apofizelor articulare.

Pansarea discului intervertebral ori depresiunea concavă a platoului corpurilor vertebrale constituie factorul care creează condiții prielnice pentru acest fenomen. Factorul declanșant al neuralgiei în asemenea cazuri, nu e compresiunea, ci mai mult frecarea rădăcinii nervoase. Una din cauzele durerilor lombare în caz de pansare a discului sau în caz de corp vertebral biconcav o constituie supraîncărcarea articulațiilor apofizare în schimb în caz de iritații radiculare pe lângă posibilitatea unei hernii discale, trebuie să ținem seama și de interacțiunea complexului compresiv menționat. Trebuie să ne gândim la această eventualitate în special atunci când hiperextensiunea coloanei este tot așa de dureroasă ca și flexiunea.

Ca tratament conservativ, în afară de întreruperea medicamentoasă sau prin repaus absolut a arcului reflex vicios, trebuie să asigurăm degrevarea coloanei, prescriind o viață și condiții de muncă corespunzătoare, corsete ortopedice, iar la indivizii obeji un regim convenabil de slăbire.

În cazurile în care s-a impus intervenția chirurgicală, am procedat întotdeauna la o explorare interlaminoasă, pentru menajarea maximă a conexiunilor vertebrale. Sediul leziunii fiind elucidat am extirpat ligamentul galben în întregime, procedând apoi la îndepărtarea factorului compresiv. Ca un timp ultim al intervenției, am intercalat între apofizele spinoase ale vertebrelor IV. V. țombare și creasta sacrală un grefon osos în formă de scară. Prin aceasta am înlăturat pe de o parte posibilitatea de încălcare a apofizelor articulare, supraîncărcarea și degenerarea ulterioară a discurilor intervertebrale, iar de altă parte noxele mecanice ale rădăcinilor deja suferinde.

Necesitatea sinastoezi operatorii o justifică mobilitatea extrem de pronunțată (80- 85% din cazurile operate) a vertebrelor interesate. Aceasta e una din dovezile insuficienței totale de susținere a segmentului interesat.

La un număr de 317 condroze, ce au cauzat sacrolombalgii grave și sciatică, nu am intervenit operator decât în 118 cazuri. La reexaminarea tardivă a cazurilor operate am constatat în 48% un rezultat excelent și rezultat satisfăcător în 34%. Intervenția a dat un rezultat slab sau nesatisfăcător într-o proporție de 18%. Cauza insuccesului a fost atât prezența leziunilor tisulare ireversibile cât și indicația și tehnica necorespunzătoare.

2. În grupa a doua a leziunilor aparatului de susținere am încadrat îmbolnăvirile coloanei (spondiloliza, spondilartroza, tulburări trofostatice ale segmentului lombosacral, etc. care au devenit dureroase în urma suprapunerii fenomenelor reactive. Această reprezintă în realitate grupa în care tratamentul urmărește înlăturarea numai a stării dureroase, deci se îndreaptă spre patogenia sindromului algic (tratament patogenic).

Calmarea medicamentoasă a durerii, repausul, infiltrația cu novocaină a zonelor dureroase sau a lanțului simpatic, corticoterapia, radioterapia resorb-tivă, balneoterapia, hiperemizarea activă și pasivă etc. sînt remedii care corespund aceluiași scop.

Sinostoza vertebrală operatorie, în caz de leziuni circumscrise, sau aplica-re corsetelor ortopedice, în caz de procese cu o extindere mai mare, asigură eliminarea excitațiilor nocive, cauzate de noxele mișcărilor și ale supraincăr-cării.

Din numărul total de 353 de indivizi suferind de procese spondilozice sau spondiloartrozice, nu am procedat la imobilizarea chirurgicală a coloanei decît la un număr de 11 bolnavi. Rezultatul final a fost mulțumitor în toate cazurile.

Semnele radiologice ale neartrozei interspinale (boala lui Bastropp) au fost evidențiabile aproape la fiecare al 5-lea caz de sacrolombalgie, dar în total numai la 12 bolnavi leziunea a fost interpretată drept cauza stării dureroase. În 6 cazuri a trebuit să intervenim chirurgical. Rezultatul însă nu a confirmat justetea intervenției. Astfel fiind recomandabilă adoptarea unei atitudini ex-trem de rezervate în aprecierea rolului acestei entități.

3. Al treilea factor care poate să susțină stările algice, adică insuficiența coloanei, e unul din fenomenele care se asociază deseori spondilolizei, lizezei și pseudolizezei, hipotoniei musculare funcționale sau de constituție, defectelor d-statică etc. Acest fenomen are o gravitate diferită aproape în fiecare caz de leziune persistentă a coloanei. Experiența noastră arată că tocmai aceasta e împrejurarea pe care o pierdem din vedere cu ocazia tratamentului discopa-tiilor și a altor îmbolnăviri.

Repausul îndelungat, prin atrofia musculară pe care o cauzează la fel ca și purtarea insuficient motivată a corsetelor ortopedice constituie o metodă de tratament cu două tăisuri care agravează în mod hotărît sau cronicizează evo-luția stărilor algice.

Repausul bine dozat în funcție de situația existentă de la caz la caz, hiper-mizarea activă și pasivă a musculaturii, masajul și gimnastica activă sau dovedit cele mai indicate procedee pentru prevenirea și combaterea acestui factor.

În cazul unor leziuni osteo-articulare mai grave, cînd capacitatea de susține-re a coloanei și a trunchiului nu poate fi menținută timp îndelungat într-un stadiu compensat, am prescris la bătrîni corsete ortopedice corespunzătoare, iar la tineri am executat intervenții cu rezultate mulțumitoare (10 cazuri de spon-dilolistoză și pseudolistoză).

Bibliografia la autori.

Sosit la redacție: 5 iulie 1959.

САКРО-ЛЮМБАЛГИЯ И НИШИАЛГИЯ

Сава И., Дарко Ж., Гириш Е., Бод Ш.

Авторы докладывают опыт последних 8 лет; в принципах диагностики и ле-чения старались уделять внимание патофизиологическим выводам, которые уже сооб-щили в предыдущий раз.

Основы синдромов алгии составляют самые разнообразные нарушения, на ко-торые налагаются реактивные проявления.

Просят обратить внимание на оценку симптомов и патологических данных и необходимость установления причинной связи. Каждый случай нужно индивидуаль-но обсуждать, что является предпосылкой правильной диагностики.

По методу лечения все случаи делят на три группы.

К первой группе относятся те случаи, которые требуют этиологического лече-ния и, где непосредственная причина болей является основным нарушением.

Ко второй группе относятся те, которые требуют патогнетического лечения.

Наконец, обсуждают вопросы вторичной позвоночной недостаточности, которая требует этиопатогенетического лечения. Затем оценивают результаты лечения.

SACRO-LOMBALGIE ET SCIATIQUE

I. Szava, S. Hirsch, S. Bod

Les auteurs relatent leur expérience obtenue dans les 8 dernières années. Dans le domaine du diagnostic et de la thérapie ils ont appliqué les conclusions pathologiques formulées au cours d'une communication antérieure. Selon celles-ci la base objective des syndromes algiques est représentée par des manifestations réactives qui se surajoutent aux affections les plus diverses.

On souligne la nécessité de l'appréciation des symptômes et des signes maladifs ainsi que l'importance des corrélations causales.

En ce qui concerne le traitement, les auteurs divisent les cas suivis en trois groupes. Au premier groupe appartiennent les cas qui réclament un traitement causal, c'est-à-dire ceux où la maladie fondamentale constitue la cause directe des douleurs. Au deuxième groupe appartiennent les cas qu'on ne peut traiter éthyologiquement, de sorte qu'on doit combattre le processus réactif surajouté qui conduit à l'installation des douleurs (traitement pathogénique).

A la fin, on discute le problème des cas d'insuffisance vertébrale secondaire qui imposent un traitement éthyopathogénique. En même temps on analyse les résultats thérapeutiques obtenus.
