

CASO CLINICO

Lombosciatalgia destra da protrusione discale?

Anamnesi Fisiologica

Paziente di sesso femminile, di anni 61. Nulla di particolare nella fisiologica, abitudini di vita regolari, non fuma, non esegue attività fisica o sportiva. Tre gravidanze a termine con parti spontanei, di professione fisioterapista.

Anamnesi Patologica Remota

In passato episodi ripetuti di lombalgia e più recentemente, di ischialgia sinistra e, nel giugno 2012, destra, trattata con successo con Autotrazione secondo Lind-Natchev, e riferita a una protrusione 4-5 L.

Anamnesi patologica prossima

Due mesi e mezzo prima della consultazione, la Paziente è caduta accidentalmente sulla regione lombosacrale, con insorgenza di dolore diffuso durato circa 10 giorni, seguito da completo benessere. Circa 30 giorni prima della consultazione, improvvisamente, e senza cause apparenti, ha accusato un violentissimo dolore continuo alla regione lombare bassa e sacrale destra, che si irradiava al gluteo e alla coscia destra, lateralmente. Il dolore era presente soprattutto durante il decubito notturno, meno in stazione seduta, e si accentuava ancora di più con la deambulazione. La Paziente ha consultato un algologo che ha richiesto una RMN lombo-sacrale, e ha eseguito una iniezione peridurale presumibilmente con anestetici e cortisonici, che ha dato buon esito, con buona remissione del dolore, seguita da un'altra dopo 15 giorni, che non ha modificato ulteriormente il quadro, ma che anzi ha lasciato postumi di parestesie all'arto inferiore. Ha prescritto terapia con cortisonici, gabapentin e paracetamolo+ codeina.

Recentemente la Paziente ha subito dolorosi eventi familiari, prolungati e molto coinvolgenti emotivamente.

Diagnosi

Evidentemente l'algologo, sulla scorta di una precedente RMN lombosacrale (06.06.12), dell'anamnesi di precedenti sciatalgie e dell'irradiazione del dolore, ha ritenuto che si trattasse di una recidiva di sciatica e ha praticato le iniezioni peridurali.

Motivo della nostra

Nonostante le iniezioni peridurali e la terapia, la Paziente continuava ad avere dolore con la deambulazione, mentre il dolore si è attenuato durante la notte. Abbiamo quindi eseguito un attento esame clinico codificato del rachide.

ESAME CLINICO CODIFICATO DI MEDICINA MANUALE

Esame Statico: la colonna appare in asse, priva di modificazioni patologiche delle curve.

Esame Dinamico: i movimenti sono liberi e indolori in tutte le direzioni.

Esame Segmentale: Netta evidenza di DDIM a livello L2-L3 destro. Nettamente dolente alla palpazione:

il m. medio gluteo e piriforme Dx, il “punto di cresta mediale”

non zone di cellulalgia lombo-sacrale, ma dolente alla palpazione tutta la regione sacrale destra.

Non altri livelli dolorosi

Segni della dura madre e radici spinali:

Assente Neri 1°, Neri 2°, Lasègue, accennato Wasserman-Boschi a destra

Segni neurologici:

Assenti.

Sintesi dell'esame clinico codificato

In sintesi, sulla base del nostro Esame clinico codificato, abbiamo quindi appurato:

1) Movimenti liberi e indolori in tutte le direzioni

2) DDIM L2-L3 Dx +++

3) Dolore regione sacrale Dx, irradiato alla regione glutea e laterale coscia Dx, contrazione mm. gluteo medio e piriforme Dx

4) I test per la sacro-iliaca mostravano una discreta positività del test di Gaeslen a destra.

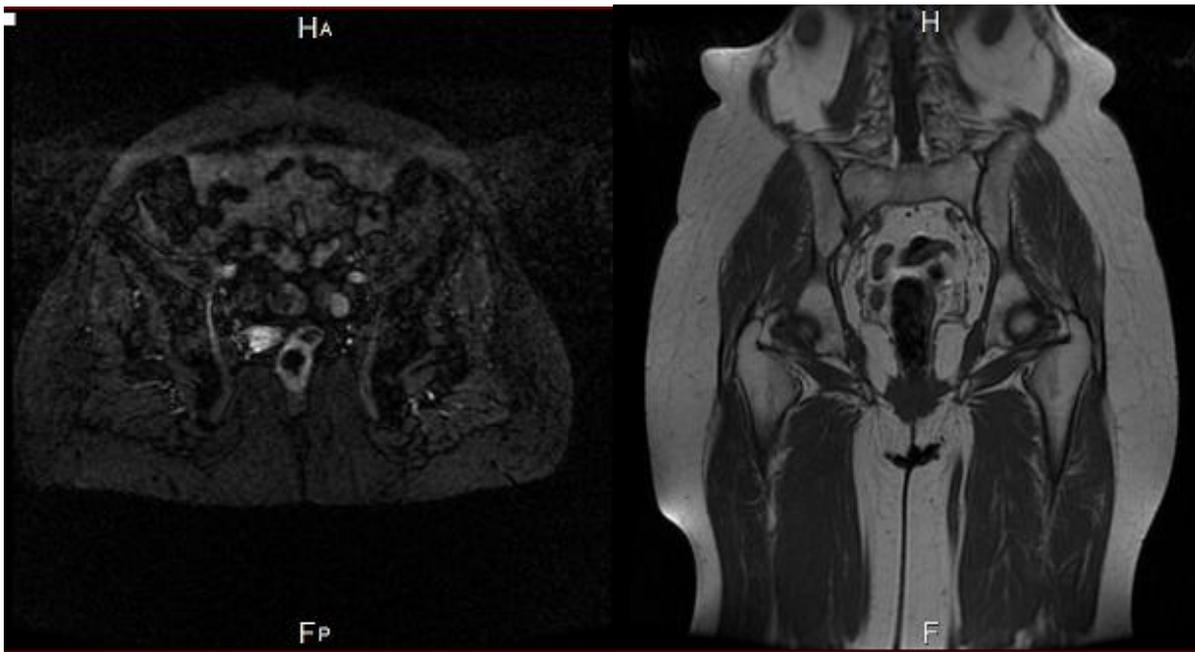
5) Non segni durali e radicolari

6) Non segni neurologici

La nostra diagnosi clinica, come dai punti suesposti, fa notare che mancano tutti i segni di sofferenza radicolare e durale, le limitazioni dei movimenti, e gli altri segni di una patologia discale.

Il campo si restringe a una sofferenza a livello del bacino, della sacroiliaca o dei tessuti adiacenti

Abbiamo quindi richiesto una RMN del bacino, in aggiunta a quella del rachide LS già precedentemente richiesta, che ha dimostrato una zona di edema para-articolare della spongiosa dell'ala sacrale destra.



RM BACINO eseguito in data 18.03.2013:

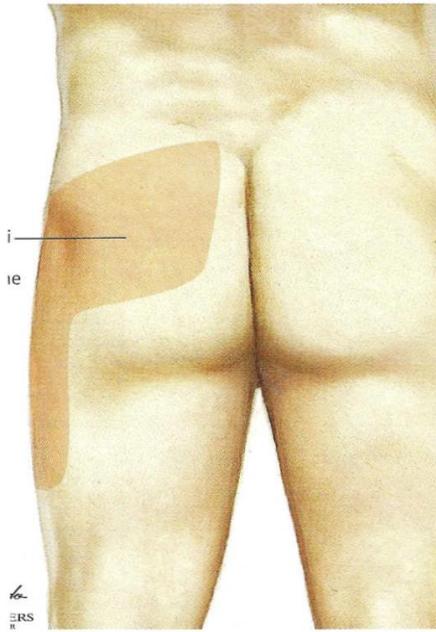
Acquisizioni assiali e coronali mediante apparecchiatura ad alta intensità di campo.

Il rilievo più significativo è costituito dalla presenza di patologico segnale caratterizzato da ipo-iperintensità rispettivamente nelle acquisizioni Spin Echo T1-STIR in corrispondenza dell'aletta sacrale destra riferibile a locale edema della spongiosa para-articolare su possibile base meta-traumatica in considerazione dei dati anamnestici. Nei limiti della norma l'intensità del segnale proveniente dal restante ambito esaminato. Non immagini riferibili a processi ischemico-necrotici a carico delle teste femorali che conservano normali rapporti articolari e morfologia.

Esame refertato in data: 19.03.2013

Il Medico Radiologo

Dr. Cesare Ottonelli



Proiezione del dolore sacro-iliaco

Il quadro radiologico e il quadro clinico depongono per una affezione del sacro e della sacroiliaca Dx. L'intensità del dolore, la sua insorgenza distanza di un trauma diretto a distanza di due mesi e la sua persistenza fanno fortemente sospettare l'insorgenza di una "Complex Regional Pain Syndrome" o "Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome" post-traumatica una volta denominata Algo-distrofia post-traumatica o morbo di Sudeck del sacro. (Sintzoff et al. Used MRI to detect what was believed to be bone marrow edema and then equated bone marrow edema to Reflex Sympatetic Dystrophy (RSD).)

Abbiamo pertanto richiesto una Scintigrafia ossea trifasica "Total body", che sfortunatamente non è stata ancora eseguita. La scintigrafia trifasica mostra di solito, dopo 2 -3 mesi dall'esordio, un'iper captazione a livello delle aree colpite presente in tutte le fasi. Per questa patologia la sensibilità della metodica scintigrafica è maggiore del 90%.

Attualmente la Paziente è in terapia con bifosfonati, beta-bloccanti, pregabalin, paracetamolo.

CONCLUSIONI

La patologia disco-radicolare è certamente un grave e diffuso problema, ma non dobbiamo dimenticare che non tutti i dolori agli arti inferiori che sembrano sciatiche hanno origine discale.

E non dobbiamo nemmeno dimenticarci della sacroiliaca, che ha una patologia difficile da diagnosticare clinicamente, ma che esiste e va conosciuta e trattata.

Guido Brugnoli

(Testo della relazione svolta al Congresso " Rome Rehabilitation 2013", Roma, 20-22 giugno 2013)