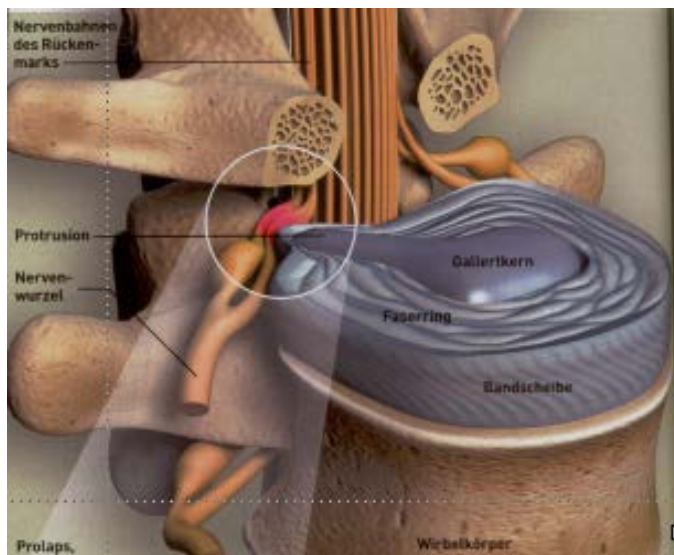
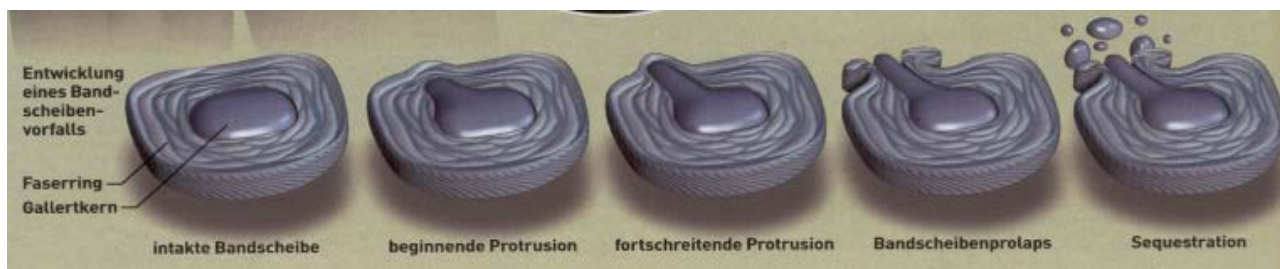


Informazioni per i pazienti dopo un intervento chirurgico al disco intervertebrale

Queste informazioni sono state concepite per aiutarla a comprendere meglio la malattia e il processo di guarigione dopo l'intervento. In primo luogo però ci preme fornirle una guida al trattamento dopo l'intervento alla schiena e al comportamento da tenere dopo la dimissione dall'ospedale.

L'ernia del disco

Tra due vertebre è sempre inserito un disco intervertebrale, che funge da ammortizzatore. Il disco è di forma relativamente piatta ed è caratterizzato da un robusto anello fibroso esterno (anello fibroso) e da un nucleo interno di consistenza gelatinosa (nucleo polposo). Nel quadro dei normali processi di invecchiamento, il nucleo polposo perde elasticità e l'anello fibroso tende ad allentarsi. Il carico fisico provoca una protrusione del disco in direzione del canale vertebrale e delle radici nervose spinali.



Se l'anello fibroso si lacera, il tessuto del disco intervertebrale può fuoriuscire nel canale vertebrale (prolasso discale). Ciò provoca uno schiacciamento (compressione) delle radici nervose presenti nel canale, con le possibili conseguenze:

- dolore che si irradia alle gambe e/o
- disturbi di sensibilità (intorpidimento, bruciore, formicolio) e/o
- paralisi
- eventualmente anche disturbi nell'urinare e della defecazione.

Nella grande maggioranza dei casi l'ernia si manifesta nell'ultimo o penultimo disco lombare, i livelli superiori sono colpiti più raramente.

La diagnosi esatta viene posta dal medico mediante l'esame clinico con l'aiuto della diagnostica per immagini (TAC / mielografia / RMN).

1. Tomografia assiale computerizzata: la tomografia assiale computerizzata (TAC) è una forma speciale di radiografia che in molti casi permette di confermare la diagnosi di ernia del disco. Infatti

consente di visualizzare le strutture nel canale vertebrale, come l'osso, il sacco durale, i nervi e nel caso l'ernia. La TAC raffigura meglio le ossa rispetto ai tessuti molli.

2. Mielografia: la mielografia consiste nell'iniettare del mezzo di contrasto nel canale che ospita il midollo spinale e in seguito vengono eseguite delle radiografie. Questo tipo di esame diagnostico è indicato soprattutto nei pazienti già operati o quando si è alla ricerca di un'instabilità. Il mezzo di contrasto viene eliminato dai reni entro le 6-8 ore. Dopo l'esame con mezzo di contrasto, il paziente deve stare sdraiato per 12 ore tenendo sollevata la parte superiore del corpo e nelle ore successive deve anche bere molto. Talvolta possono comparire complicazioni, come mal di testa, isolate contrazioni muscolari nelle gambe e molto raramente anche reazioni di ipersensibilità al mezzo di contrasto.

3. Risonanza magnetica nucleare (RMN): Il metodo diagnostico di prima scelta è la RMN, una procedura che si serve dei campi magnetici e quindi non comporta un'esposizione ai raggi X. La RMN inoltre fornisce le immagini più nitide delle strutture non ossee, come le radici nervose o l'ernia discale. I pazienti che soffrono di claustrofobia possono avere qualche difficoltà nello stretto apparecchio cilindrico.

L'intervento dell' ernia del disco

Lo scopo dell'intervento è eliminare il dolore alla gamba e recuperare la funzionalità dopo un'eventuale paralisi o un disturbo della sensibilità. Dall'introduzione del micrometodo (intervento al microscopio), l'operazione danneggia meno i tessuti, è più sicura ed ha un tasso di riuscita più elevato.

Di solito si esegue un'incisione della pelle di circa 3 cm. I muscoli dorsali vengono separati senza bisogno di inciderli. Utilizzando strumenti speciali viene creato un canale cilindrico di accesso alla colonna vertebrale, attraverso il quale si può aprire il canale vertebrale con l'aiuto del microscopio operatorio. Grazie al forte ingrandimento del microscopio, l'ernia del disco è ben visualizzabile e viene di conseguenza asportata; così facendo si rimuove la compressione dalla radice nervosa schiacciata e infiammata, che può quindi riprendersi. Nel filmato si vedono spezzoni di un intervento di ernia discale (vedi a pagina 5 «Film informativo»).

Con l'intervento viene asportato il materiale fuoriuscito dal disco intervertebrale. Poiché il disco perde tessuto a causa dell'ernia e della sua rimozione chirurgica, spesso lo spazio intervertebrale si assottiglia: di conseguenza le superfici di contatto delle piccole articolazioni vertebrali non combaciano più. Ciò significa che la funzionalità del segmento operato è ridotta, con o senza intervento chirurgico. Ne può risultare un mal di schiena che si manifesta sotto sforzo o eseguendo determinati movimenti. È un dolore che però in molti casi regredisce spontaneamente.

Il trattamento postoperatorio

Per i motivi appena descritti, la colonna vertebrale non può reggere il pieno carico dopo un intervento di rimozione parziale del disco intervertebrale. Subentra una fase piuttosto lunga di convalescenza e adattamento alle nuove circostanze. In questo periodo non bisogna sollecitare la schiena ma seguire scrupolosamente le prescrizioni mediche e fisioterapiche per recuperare gradualmente la resistenza della colonna.

L'usuale rapida scomparsa del dolore dopo l'intervento microscopico nasconde anche un pericolo: alcuni pazienti possono agire in modo sconsiderato e sovraccaricare troppo presto la colonna vertebrale, con il risultato di provocare un forte dolore locale che si attenua solo dopo un lungo

periodo di convalescenza. Perciò la invitiamo a seguire le istruzioni seguenti per ottenere una guarigione più rapida.

Comportamento in ospedale

Funzioni urinarie e defecazione: la sera dopo l'intervento dovrebbe riuscire a urinare spontaneamente. Se ciò le fosse impossibile a letto, potrà alzarsi brevemente facendosi aiutare dal personale di cura. Il secondo o terzo giorno dopo l'intervento dovrebbe anche ripartire l'attività intestinale, spontaneamente o con l'aiuto di farmaci. È un decorso analogo a tutti gli altri interventi in anestesia generale.

Degenza a letto: dopo l'intervento potrà rimanere coricato/a sulla schiena, sul fianco o, seguendo le istruzioni della fisioterapista, anche sul ventre. Il giorno dell'intervento, gli spostamenti (es. girarsi sul fianco) potranno essere eseguiti solo con l'aiuto del personale di cura. Nei giorni successivi potrà girarsi senza aiuto sul fianco, leggere, ecc.

Mobilizzazione: di solito è possibile alzarsi in piedi a partire dal primo giorno postoperatorio, con l'aiuto della fisioterapista o del personale di cura. Nei giorni successivi potrà aumentare gradualmente l'attività fisica. Nei primi due giorni è concesso stare seduti per 15 - 20 minuti (es. per mangiare), in seguito la durata potrà aumentare a seconda dei disturbi. Un cuscino a cuneo aiuta a mantenere la schiena dritta in posizione seduta. Appena potrà muoversi con sufficiente sicurezza, potrà camminare avanti e indietro nel corridoio. In linea di principio nelle prime 3 - 4 settimane è meglio stare sdraiati o camminare che star seduti o fermi in piedi.

Fisioterapia: il primo giorno dopo l'intervento le sarà spiegato come girarsi e spostarsi nel letto. Inoltre, la fisioterapista le mostrerà come sedersi sul bordo del letto senza sollecitare la schiena, e le farà vedere gli esercizi specifici da fare. Le consigliamo di imparare gli esercizi in ospedale, in modo da poterli eseguire autonomamente a casa.

In seguito le sarà anche mostrato come evitare di caricare in modo scorretto la schiena nelle attività quotidiane (vedi pag. 5 «Film informativo»).

Ferita: all'inizio la ferita chirurgica può ancora far male. Il filo di sutura sarà rimosso dopo 10 giorni (in caso di reintervento dopo 14 giorni). Se la ferita non presenta complicazioni, la doccia sarà concessa dal secondo giorno; il personale di cura coprirà la ferita con un cerotto impermeabile.

Sintomi di deficit neurologico: dopo l'intervento potrebbero ancora rimanere dei disturbi (paralisi, disturbi di sensibilità, dolore), causati dal danneggiamento del nervo da parte dell'ernia. Il processo di recupero ha un andamento individuale.

Comportamento dopo la dimissione

Il successo di un intervento di ernia discale dipende in misura fondamentale dal comportamento del paziente. Nei primi tre mesi dopo l'intervento lei dovrà evitare ogni carico eccessivo della schiena. Per esempio:

- trasportare carichi pesanti (vedi tabella sottostante)
- lavoro fisico pesante
- attività sportive intense
- ampi movimenti della schiena

Potrà effettuare brevi passeggiate, camminando lentamente e con prudenza possibilmente su terreni morbidi (sentieri boschivi), allungando il percorso di giorno in giorno. Inoltre raccomandiamo

di sdraiarsi regolarmente. Gli esercizi di fisioterapia che ha imparato in ospedale dovranno essere ripetuti anche a casa. Il medico e la fisioterapista stabiliranno se occorrerà un trattamento fisioterapico ambulatoriale dopo l'ospedalizzazione.

Prima della dimissione riceverà un appuntamento per una visita di controllo dal chirurgo, circa 6 - 8 settimane dopo l'intervento. In questa visita si discuterà della ripresa dell'attività lavorativa e di un'eventuale fisioterapia ambulatoriale.

Portare pesi	Nelle prime 6 settimane è concesso sollevare pesi fino a 3 – 4 kg (complessivi). Consigli generali: - sistemarsi davanti all'oggetto da sollevare - tenere l'oggetto vicino al corpo - distribuire il peso simmetricamente sulle due braccia (due borse invece di una)
Guidare l'automobile	Si consiglia di mettersi al volante solo dopo un mese.
Lavoro / capacità lavorativa	Si prevedono circa 6 settimane di incapacità lavorativa dopo la dimissione. Ciò vale anche per il lavoro casalingo e per le faccende familiari. Se dovessero esserci dei disturbi residui persistenti, forse sarà necessario adeguare la capacità lavorativa. La capacità lavorativa dipende molto dal carico fisico sul posto di lavoro. All'inizio la capacità è solo del 50 % e in seguito aumenta lentamente. Un lavoro pesante di solito impone un periodo più lungo di incapacità lavorativa. Solo in casi eccezionali è necessario ricorrere a una riforma professionale per svolgere un lavoro meno pesante.

Ferie

Nelle prime 6 settimane si sconsiglia di partire per lunghi viaggi. È poco indicata anche una lunga trasferta in automobile fino alla meta delle vacanze. Il tipo di vacanza preferibile è quello balneare (spiaggia di sabbia) in un paese caldo.

Sport

Tutte le attività vanno iniziate piano e aumentate gradualmente in modo da non scatenare dolore. È importante saper valutare in modo ragionevole le proprie capacità fisiche per evitare sollecitazioni eccessive.

La comparsa o l'aumento del dolore sono segni che la colonna vertebrale operata è stata sovraccaricata. In questo caso, dovrà osservare da 3 a 5 giorni di riposo. Gli antidolorifici possono essere impiegati solo come rimedi momentanei. Se il dolore è forte o persiste a lungo dovrà prendere contatto con il suo medico di famiglia.

Attività	Inizio dell'attività
Passeggiate / camminate leggere	Subito dopo l'intervento
Nuoto (dorso o rana, in acqua calda)	3 settimane dopo l'intervento
Andare in bicicletta su strade piane	4 settimane dopo l'intervento
Attività sportive leggere (senza movimenti ampi o bruschi della schiena)	3 mesi dopo l'intervento
Sport di contatto (calcio, karate, judo, ecc.)	6 mesi dopo l'intervento
Sci / snowboard	6 mesi dopo l'intervento
Sport di lancio	6 mesi dopo l'intervento

Sessualità

Potrà riprendere l'attività sessuale immediatamente dopo la dimissione dall'ospedale. Anche in quest'ambito però è importante proteggere la schiena. Si raccomanda di assumere all'inizio un ruolo piuttosto passivo (es. rimanendo sdraiati sulla schiena).

Disturbi residui

La regressione di paralisi e/o disturbi della sensibilità dipende dalla loro entità e durata prima dell'intervento e dal danno già subito dal nervo a causa della compressione dell'ernia. È quindi possibile che la regressione di tali disturbi non sia completa oppure che restino invariati. Bisogna tener presente che, malgrado i miglioramenti della tecnica operatoria, nel complesso circa il 10 % dei pazienti non riesce a liberarsi completamente dei propri disturbi.

Film informativo

A complemento di queste informazioni è stato girato un film, in cui oltre alla tecnica operatoria e alle attività quotidiane vengono mostrati anche gli esercizi di fisioterapia. Il film viene trasmesso sul canale 26, ogni giorno alle 8.00 e alle 14.00. La sua durata è di 30 minuti ed è disponibile anche in videocassetta o DVD (in lingua tedesca e francese), acquistabili nel nostro ospedale al prezzo di 25 franchi.

Indirizzi

Se vuole dedicarsi più intensamente alla salute della sua schiena, può chiedere alla “lega cantonale contro il reumatismo” informazioni sui corsi di ergonomia per la schiena (Back-Academy), o farsi consigliare sugli ausili specifici nei seguenti negozi specializzati di Berna:

<u>Informazioni generali:</u>	<u>Cuscini a cuneo:</u>	<u>Mobili:</u>
Lega bernese contro il reumatismo Consulenza reumatologica della Pro Infirmis Schwarztorstr. 32 Casella postale 3000 Berna 14 Tel.: 031 387 55 55 www.rheumaliga.ch/be	Physio Neuro Inselspital Bern	Rückenzentrum Bern Kurt Schneider Rodtmattstrasse 90 3014 Berna Tel. 031 331 44 88 www.rueckenzentrum.ch

Le auspichiamo che queste informazioni le saranno d'aiuto. Se dovesse avere ancora domande si rivolga al suo medico di famiglia, che in caso di problemi particolari si metterà in contatto con noi.

Le auguriamo una buona convalescenza e una piena guarigione.

Fisioterapia della Clinica universitaria di neurochirurgia, Inselspital di Berna
Telefono: 031 632 21 11 (centralino) + chiedere numero telefonico interno 6083
www.neurochirurgie.insel.ch

Dicembre 2008