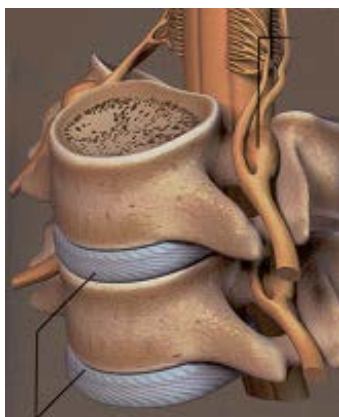
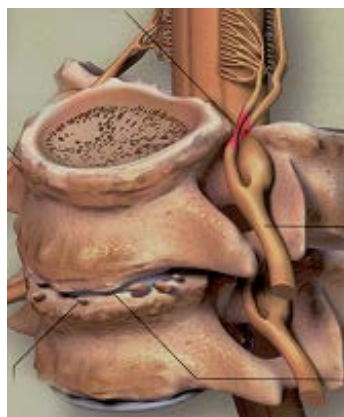


Informazioni per i pazienti dopo un intervento di stabilizzazione

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.



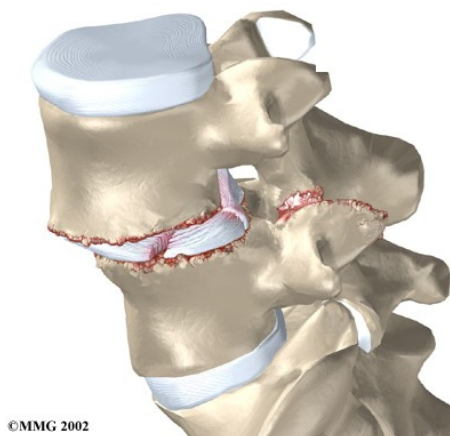
Colonna vertebrale sana



Alterazioni degenerative del corpo vertebrale



L'instabilità lombare



©MMG 2002

Un'instabilità della colonna vertebrale può verificarsi in seguito a un disturbo dell'ossificazione durante la crescita, per lo più della quinta vertebra lombare, o a causa dei processi degenerativi della colonna in età avanzata. L'instabilità comporta lo scivolamento di una vertebra sull'altra. Ciò può causare mal di schiena, ma anche la comparsa di dolore che si irradia ad una o a entrambe le gambe. Esaurite le opzioni di intervento conservativo o minimamente invasivo, spesso l'unico rimedio è un intervento di stabilizzazione della vertebra colpita. In casi eccezionali, la stabilizzazione può essere indicata anche in pazienti che continuano a soffrire di disturbi dopo un intervento di ernia del disco.

L'instabilità può provocare i seguenti sintomi: mal di schiena, dolore che si irradia alle gambe, disturbi della sensibilità (intorpidimento, bruciore, formicolio), paralisi, disturbi nell'urinare e della defecazione.

La diagnosi esatta viene posta dal medico mediante l'esame clinico con l'aiuto della diagnostica per immagini.

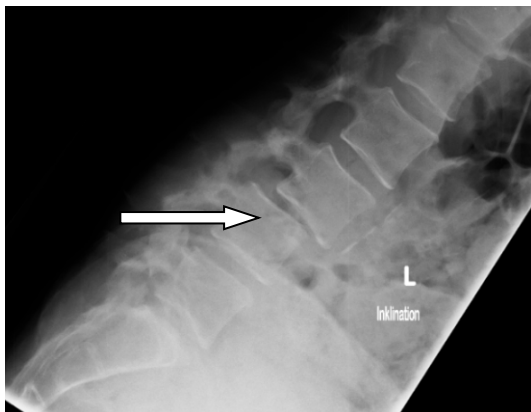
1. Tomografia assiale computerizzata: la tomografia assiale computerizzata (TAC) è una forma speciale di radiografia che in molti casi permette di confermare la diagnosi di instabilità. Infatti consente di visualizzare le strutture nel canale vertebrale, come l'osso, il sacco durale, i nervi e nel caso un'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 e quando si è alla ricerca di un'instabilità. Il mezzo di contrasto viene eliminato in 6-8 ore dai reni. Dopo l'esame con mezzo di contrasto, il paziente deve stare sdraiato per 12 ore tenendo sollevata la parte superiore del corpo; 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 un'ernia del disco. I pazienti che soffrono di claustrofobia possono avere qualche difficoltà nello stretto apparecchio cilindrico.

L'intervento di stabilizzazione

Lo scopo dell'intervento è fissare il segmento articolare instabile, per ridurre o eliminare il dolore.



Segmento articolare instabile



Viti di stabilizzazione

Attraverso un'incisione lungo la linea mediana della schiena, separando la muscolatura dorsale si raggiungono le strutture posteriori della colonna vertebrale (processi spinosi, archi vertebrali, articolazioni e processi trasversi). Sotto controllo radiologico, le viti vengono posizionate nelle vertebre. In seguito, con una barra o una placca si uniscono le viti situate sullo stesso lato. Per migliorare la stabilità viene aggiunto altro tessuto o materiale osseo alla colonna vertebrale. (vedi pag. 5 «Film informativo»).

Il trattamento postoperatorio

Dopo l'intervento la resistenza al carico della colonna vertebrale è temporaneamente ridotta. Subentra una fase piuttosto lunga di convalescenza e adattamento alle nuove circostanze. In particolare, stare seduti può risultare difficile e doloroso nelle prime settimane. In questo periodo non bisogna sollecitare la schiena ma seguire esattamente le prescrizioni mediche e fisioterapiche per recuperare gradualmente la resistenza della colonna.

Alcuni pazienti sovraccaricano la colonna vertebrale troppo presto, con il risultato di provocare un dolore locale che si attenua solo dopo una fase di riposo. Perciò la invitiamo a seguire le istruzioni delle pagine 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 non le fosse possibile 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. Sedersi non è vietato, ma spesso è doloroso. All'occorrenza, 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.

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 fare ancora male. Il filo di sutura sarà rimosso dopo 10 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). La loro regressione può durare da settimane a mesi e, a seconda della loro entità, può non essere garantita. L'infiammazione causata dall'intervento si attenua lentamente.

Comportamento dopo la dimissione

Il risultato della stabilizzazione dipende in misura fondamentale dal comportamento del paziente. Nei primi tre mesi dopo l'intervento dovrà evitare ogni carico eccessivo della schiena. Per esempio:

- trasportare carichi pesanti (vedi tabella sottostante)
- lavoro fisico pesante
- attività sportive
- 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. A seconda del decorso dopo l'ospedalizzazione, il medico potrà prescrivere un trattamento fisioterapico ambulatoriale.

Prima della dimissione riceverà un appuntamento per una visita di controllo dal chirurgo, che sarà eseguita circa 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 (appena sarà di nuovo in grado di sedersi comodamente).
Lavoro / capacità lavorativa	In media, l'incapacità lavorativa postoperatoria dura 6-8 settimane, a seconda della pesantezza del lavoro. Spesso la ripresa del lavoro avviene gradualmente, partendo da una capacità parziale e aumentandola in seguito.

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 ai 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)	2 mesi dopo l'intervento
Andare in bicicletta su strade piane	2 mesi 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 imperativo proteggere la schiena. Si raccomanda di assumere all'inizio un ruolo piuttosto passivo (es. rimanendo sulla schiena).

Disturbi residui

La regressione di paralisi e/o disturbi della sensibilità dipende dalla loro entità e durata prima dell'intervento. È quindi possibile che la regressione di tali disturbi non sia completa oppure che restino invariati.

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 10.00 e alle 16.00. 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 informazioni alla "lega cantonale contro il reumatismo" sui corsi di riabilitazione dorsale (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 interno 6083
www.neurochirurgie.insel.ch

Novembre 2008