

"Il ruolo dell'algologo nel trattamento non farmacologico del mal di schiena: quando richiedere l'intervento dello specialista in terapia del dolore"

La lombalgia da sindrome faccettale e SIJ

Dr. Giandomenico Babbolin

Già

Direttore di struttura complessa di Anestesia Rianimazione e

Terapia Antalgica Ospedale di Cittadella (PD)

MD FIPP n° 543 World Institute of Pain

Consulente accreditato in Terapia del Dolore

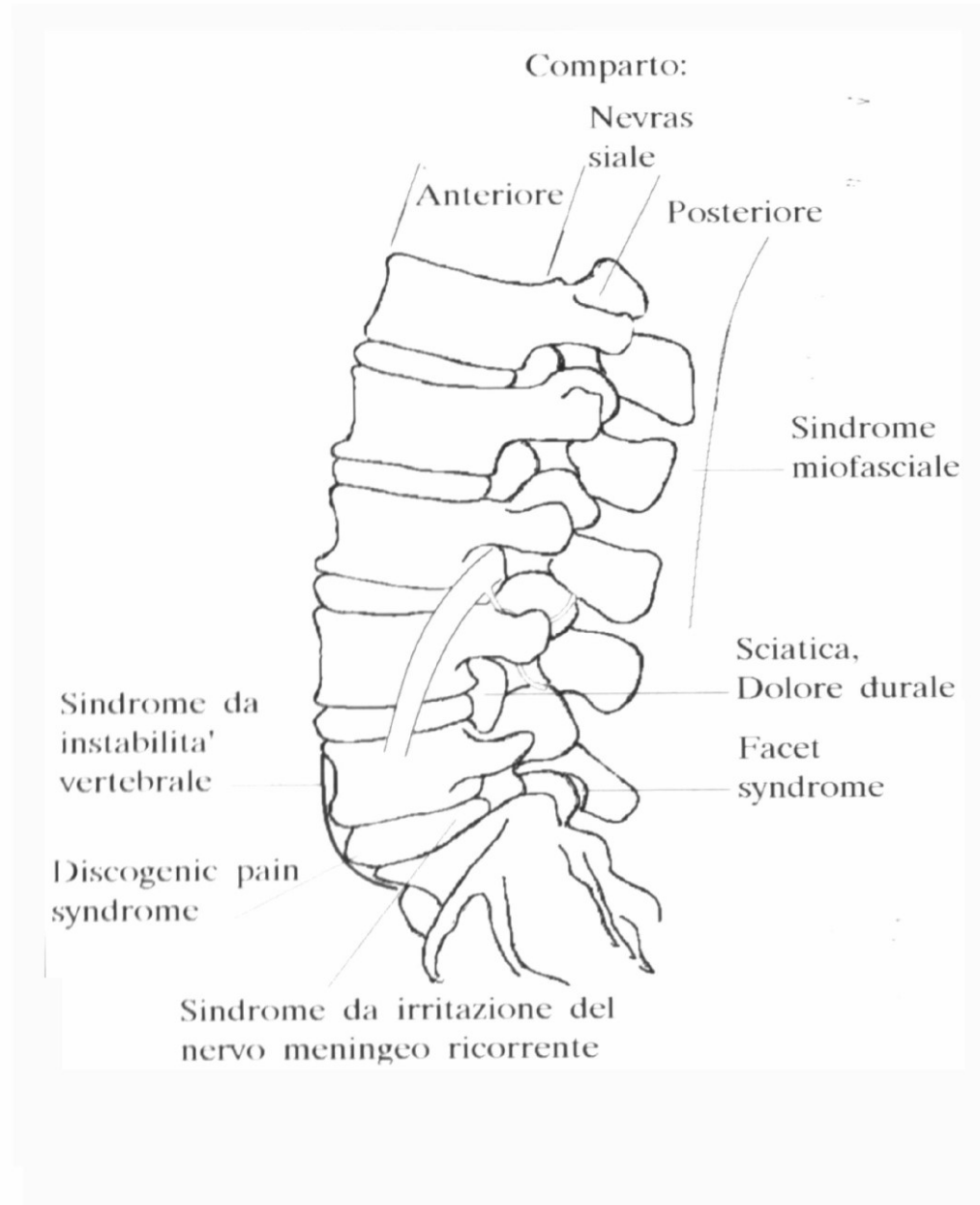
Ospedale Pederzoli Peschiera del Garda (VR)

Policlinico Città di Udine (UD)

Ospedale Giovanni XXIII Monastier (TV)

Lombalgie classificazione

- **Sindrome del comparto anteriore**
- **Sindrome del comparto nevrassiale**
- **Sindrome del comparto posteriore**



LA FACET SYNDROME CAUSE

Irritazione (artropatia) articolazioni zigopofisarie da asimmetria delle superfici articolari dei due lati IASP 1986.

Instabilità segmentale da degenerazione discale

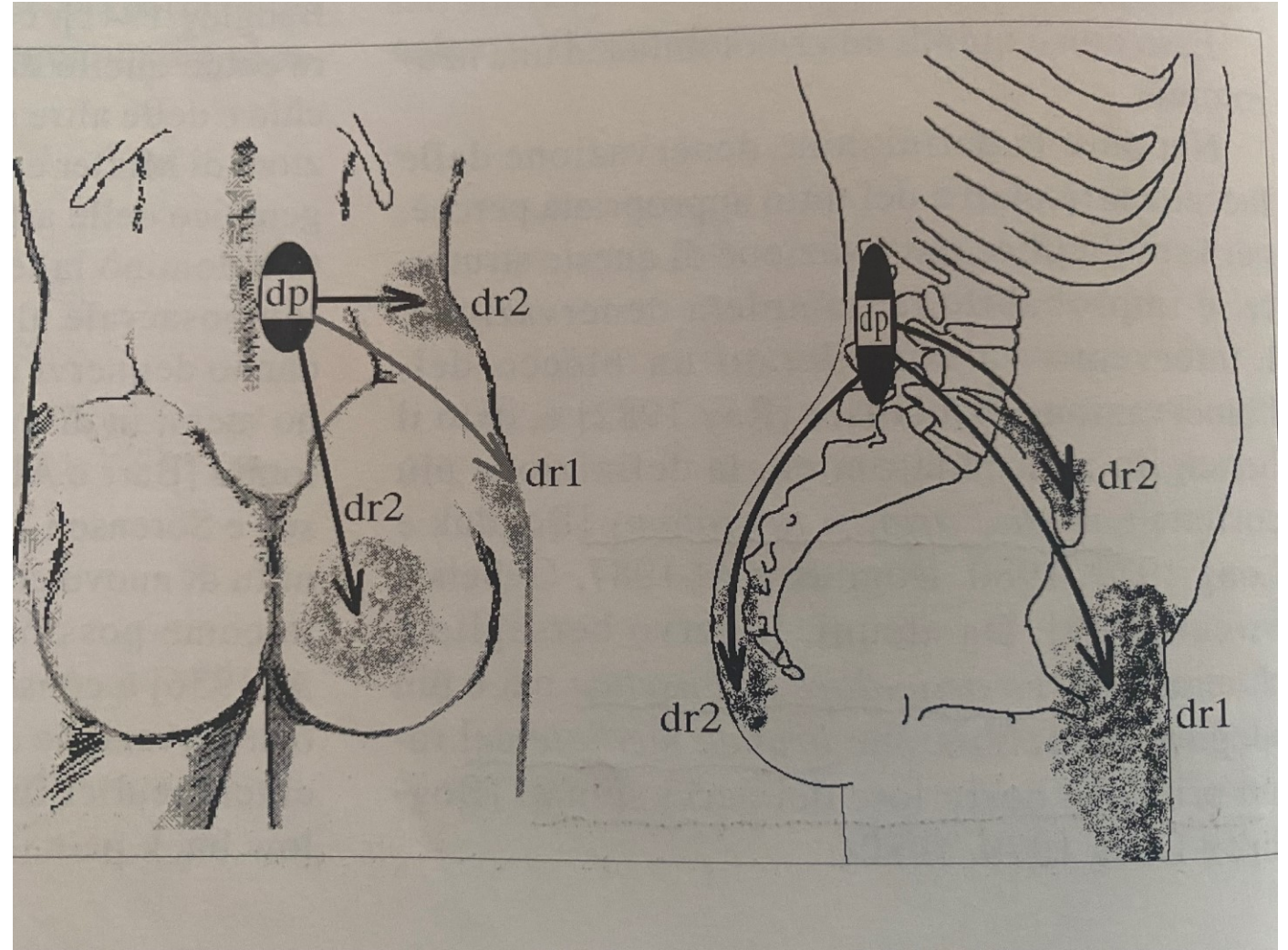
Dolore è dato dallo schiacciamento dei villi sinoviali tra le faccette

Dall'intrappolamento del meniscoide nella cavità articolare durante il suo rientro in articolazione con l'estensione della colonna

La diagnosi

1. DOLORE PRIMARIO IN SEDE LOMBARE (dolore profondo localizzato sopra le articolazioni zigoapofisarie)
2. DOLORE RIFERITO (inguine, coscia prossimale, natica, cresta iliaca)

La nocicezione ZA è condotta dal ramo primario sugli stessi neuroni centrali che ricevono le afferenze dal ramo primario anteriore



La diagnosi

1. **IPERALGESIA NELLA REGIONE PARAVERTEBRALE** (evocazione pressoria)

2. **PROVOCABILITA' DEL DOLORE**

(A) dolore aggravato dall'estensione

del tronco

(B) migliora con la flessione del tronco

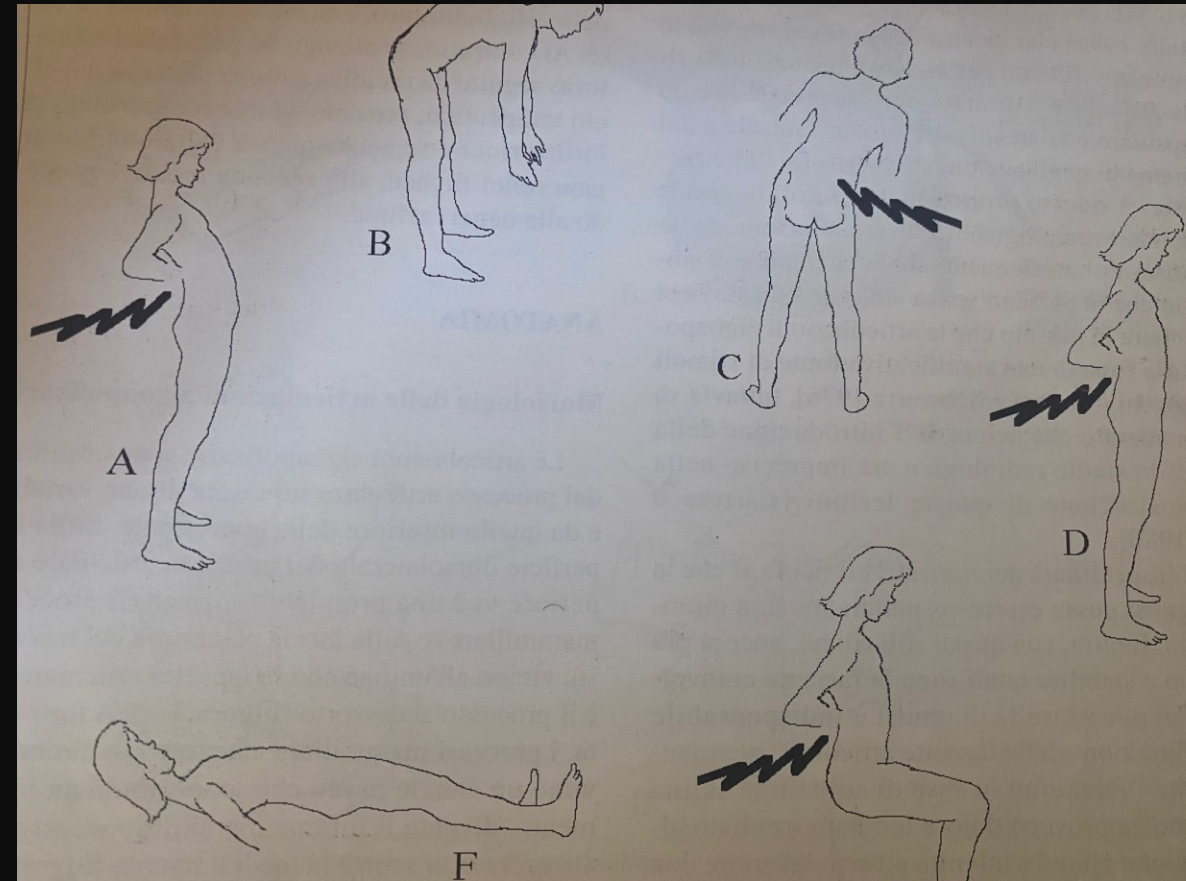
(C) aggravato rotazione verso il lato dolente

(D) protratto ortostatismo

(E) aggravato dalla posizione seduta

(F) migliora con riposo clinostatico

(G) rigidità della colonna lombare con flessione de tronco



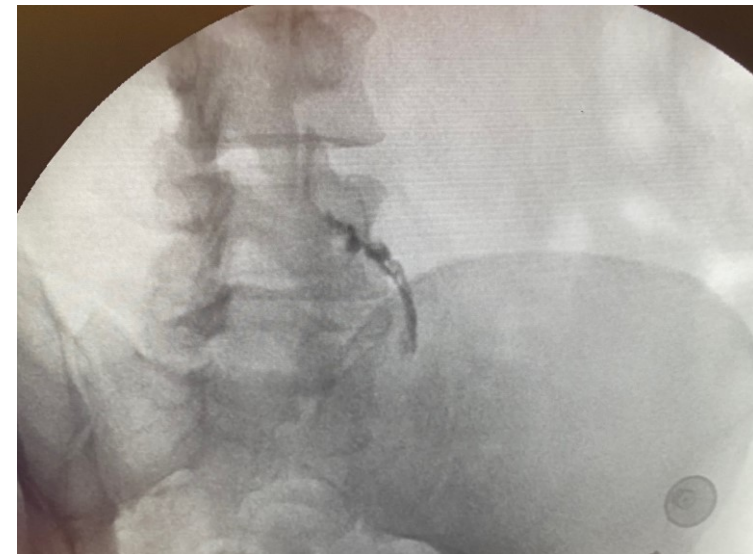
La diagnosi

- **ASSENZA DI DEFICIT NEUROLOGICI** (la manovra di Lasegue: dolore anca, natica, regione lombare mai alla gamba.
- **RIGIDITA' DELLA COLONNA LOMBARE** (non mantiene la lordosi in flessione)
- **IMMAGING TAC**
 - a) osteofitosi
 - b) spazio articolare ristretto per deformazione della rima
 - c) spazio articolare dilatato per lassità capsulare
 - d) ipertrofia faccettaria e stenosi canale centrale e laterale

La diagnosi

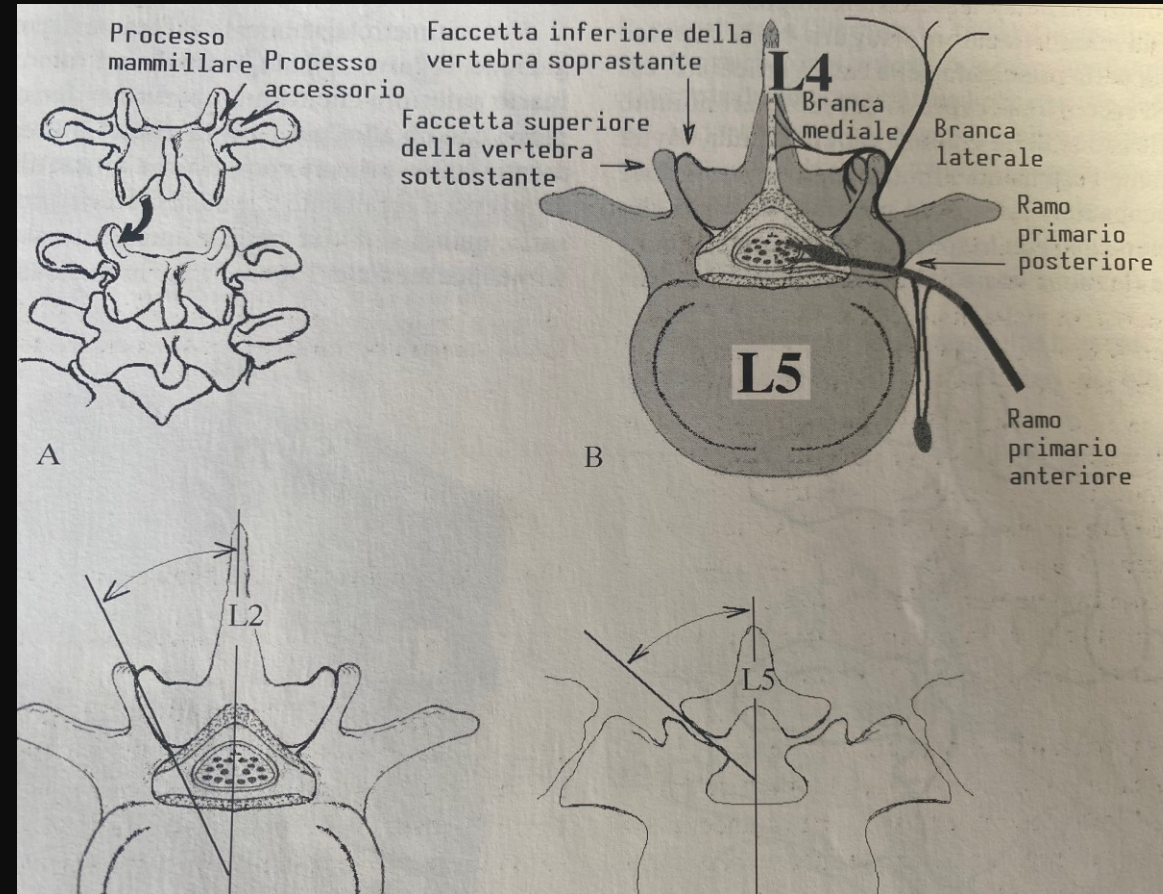
- Per accertare la diagnosi è indispensabile l'infiltrazione delle faccette articolari con anestetico locale infiltrando 1 o 2 faccette per volta
- Si può associare piccole dosi di cortisone valutazione del pain relief
- Può essere ripetuta la procedura se buon pain relief duraturo
- Se pain relief transitorio seguito a breve da recidiva dopo ciclo si propone denervazione.

La diagnosi



ANATOMIA

- Processo mamillare e processo accessorio formano un canale osseo coperto da un ligamento diventa il forame mamillo accessorio attraverso cui scorre la medial branch



anatomia

- Le articolazioni hanno una cavità articolare 1-3 ml di capacità
- Una membrana sinoviale (innervata)
- Un menisco
- Una capsula C (innervata)

Didascalia: C: capsula articolare

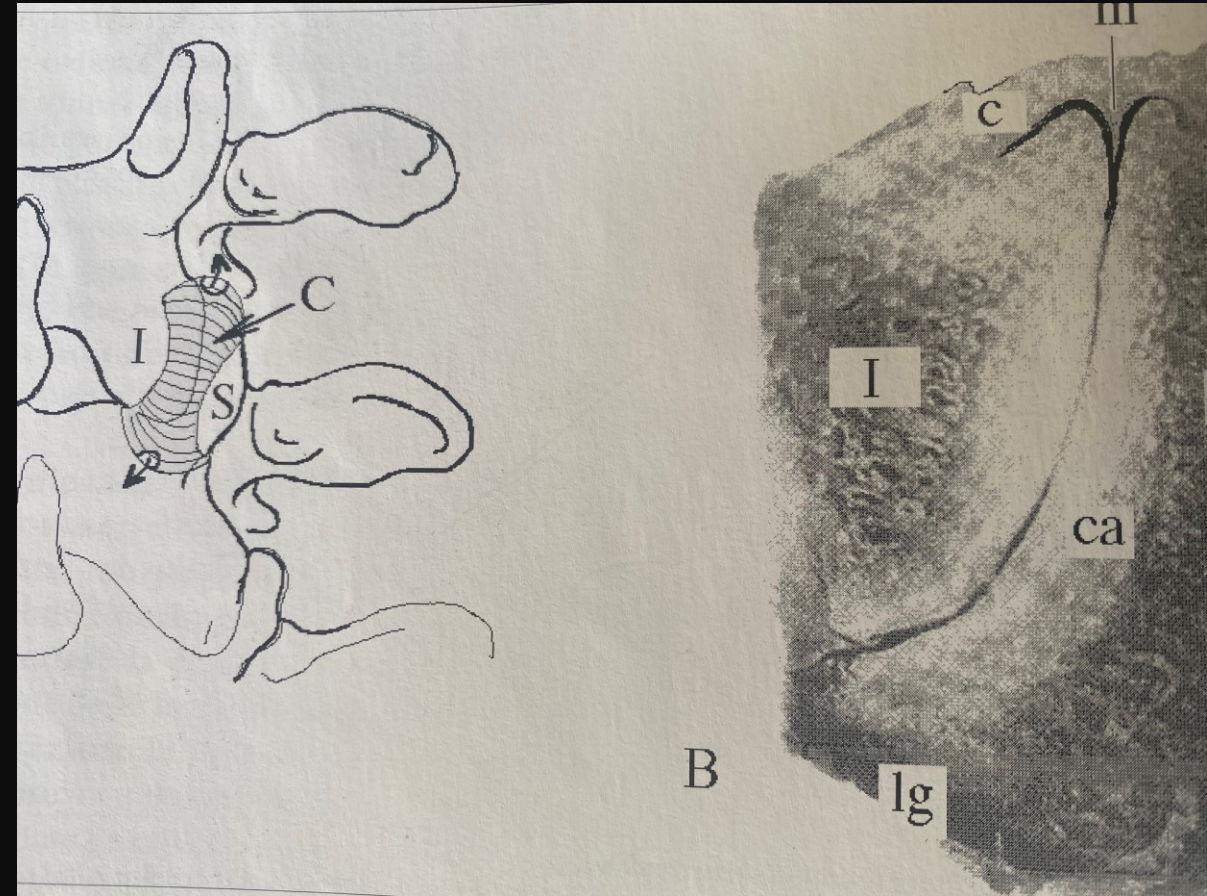
I: faccetta articolare inferiore

S: faccetta articolare superiore

m: menisco

ca: cartilagine articolare

lg: legamento giallo



anatomia

- Innervazione delle articolazioni zigoapofisarie lombari

Lb: branca laterale

lb: branca intermedia

margine superiore processo trasverso

vertebra sottostante va ai mm paraspinali e

alla cute del dorso.

Mb: branca mediale

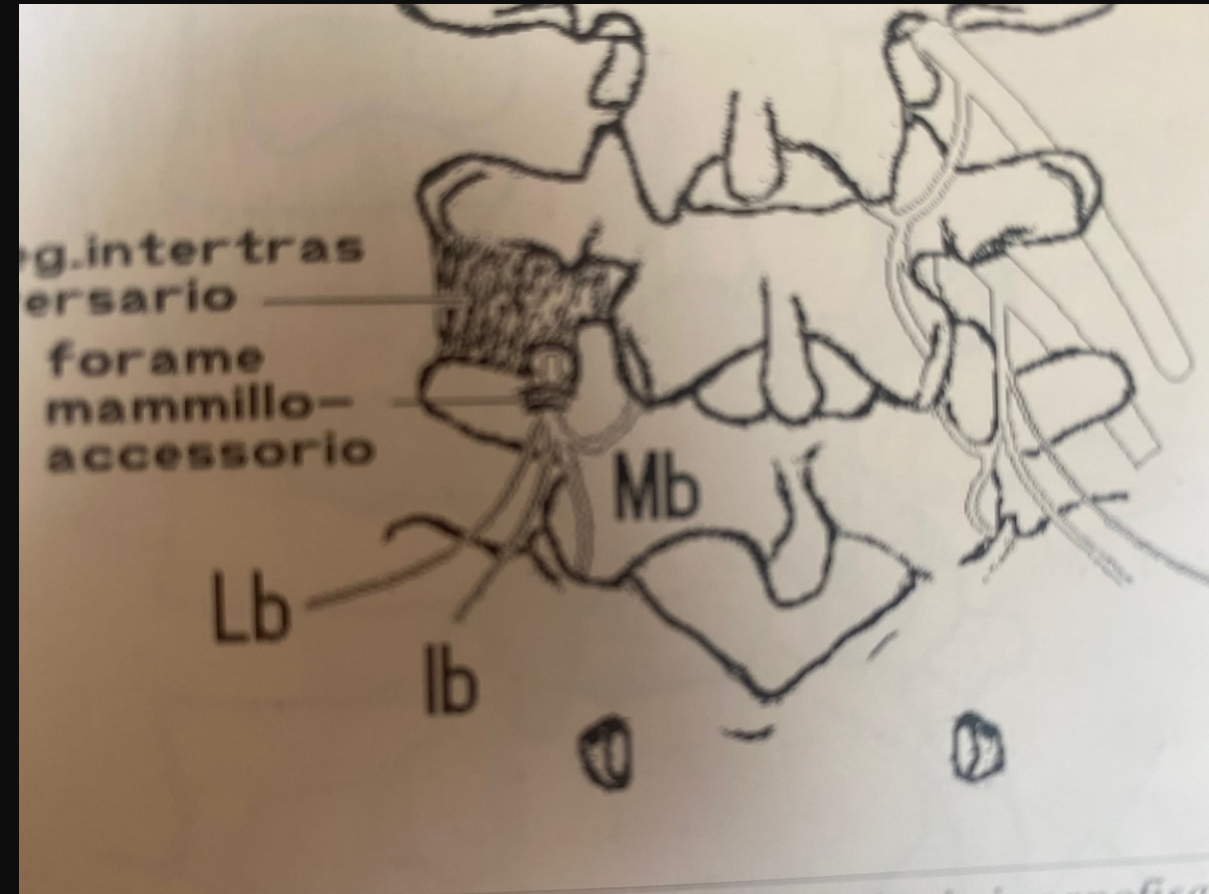
circonda la base del processo superiore, attraversa

il forame mamillo-accessorio e emersa dal forame dà rami alla

faccetta articolare superiore e scende lungo la lamina e va alla

faccetta articolare inferiore fornisce rami all'interspino e

multifido e al ligamento interspinoso



anatomia

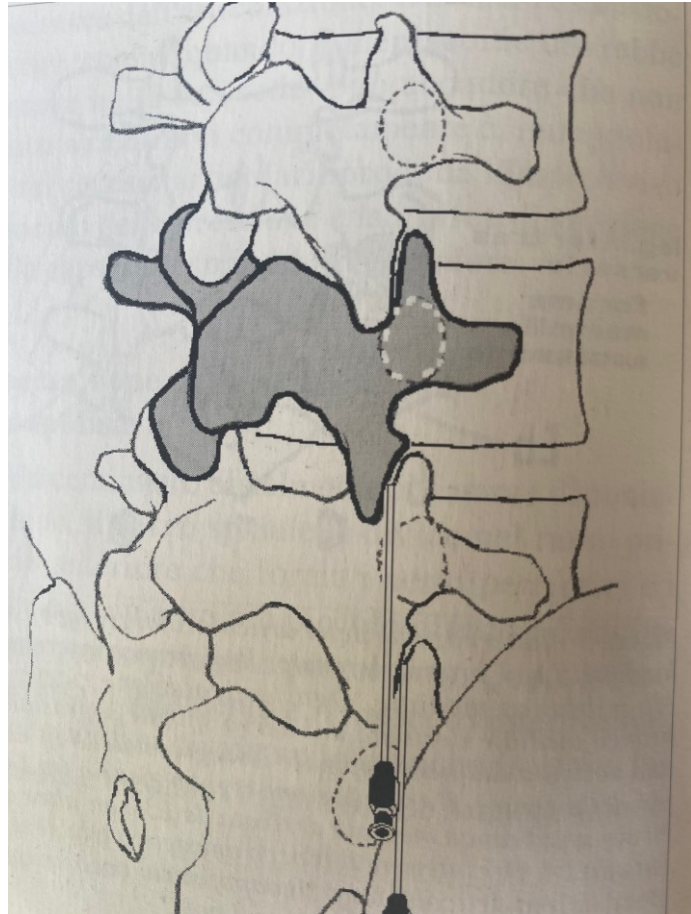
Ogni articolazione
zigoapofisaria è innervata
da due branche mediali

Una che deriva dal nervo
spinale soprastante

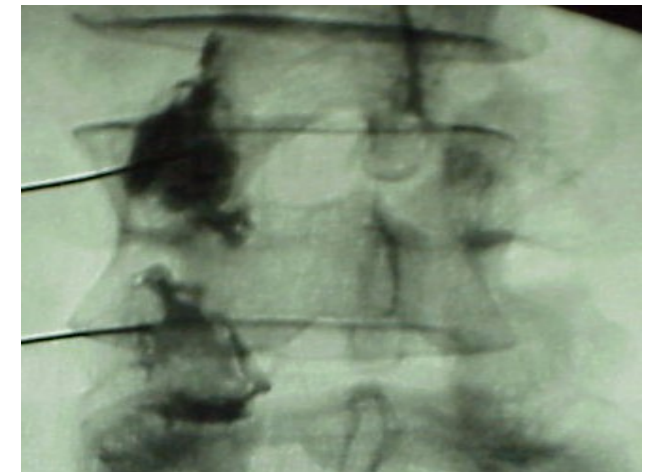
Una che deriva dal nervo
spinale isosegmentale

Questa patologia prevede trattamenti mini invasivi in mancanza di risposta alla terapia farmacologica e riabilitativa

Tecnica Infiltrativa

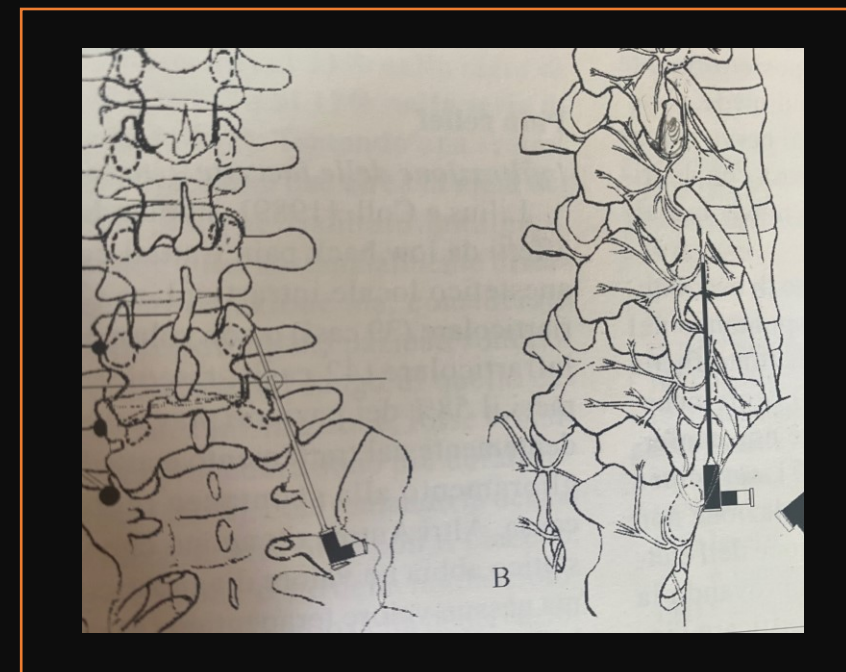
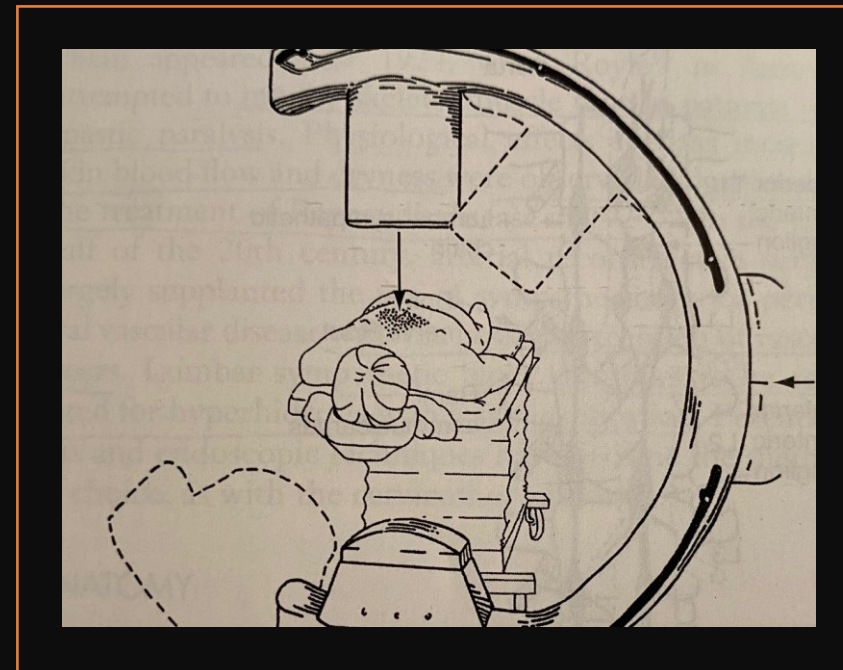


1. Test infiltrativo segmentale con anestetico
0.75-1 ml di bupivacaina 0,5%
2. Blocco intra articolare 0,25-0,5 ml di contrasto
segue 0,5 ml di triamcinolone (20 mg) e 1,5 ml
di bupivacaina 0,5%



La denervazione articolare

- Posizionamento del paziente
- Attrezzatura
- Visualizzazione del target
- Elettrostimolazione
- lesione



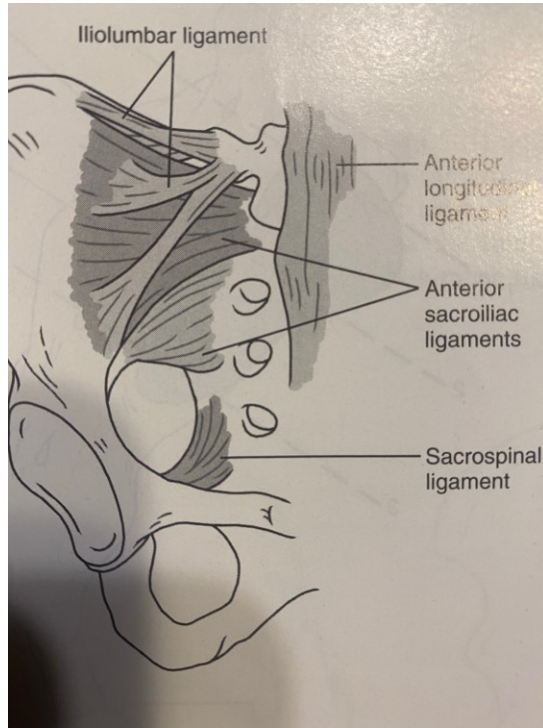
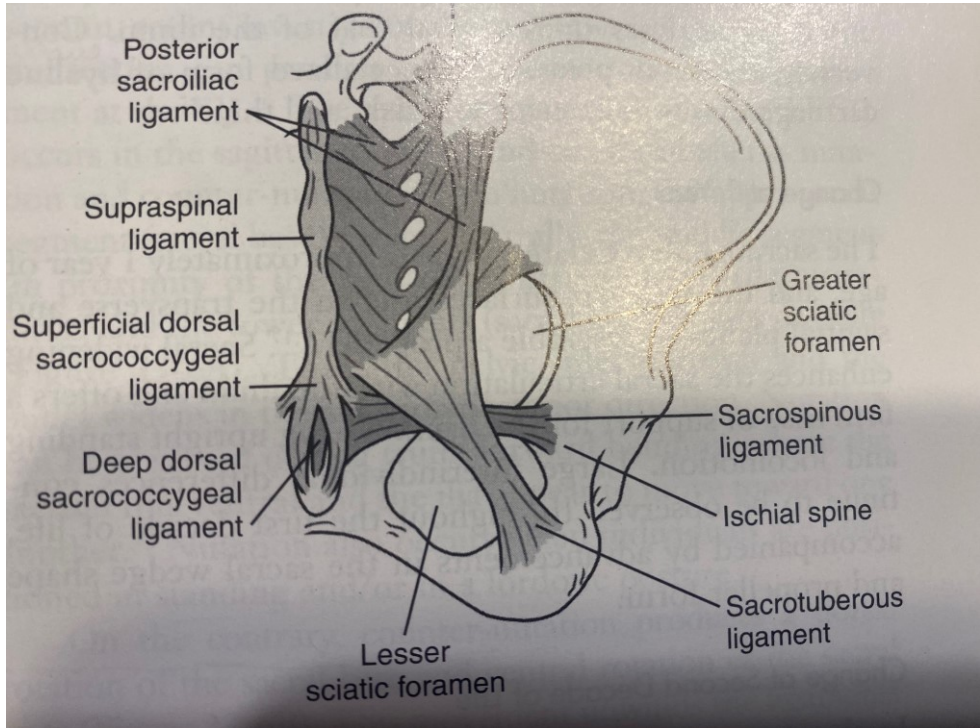
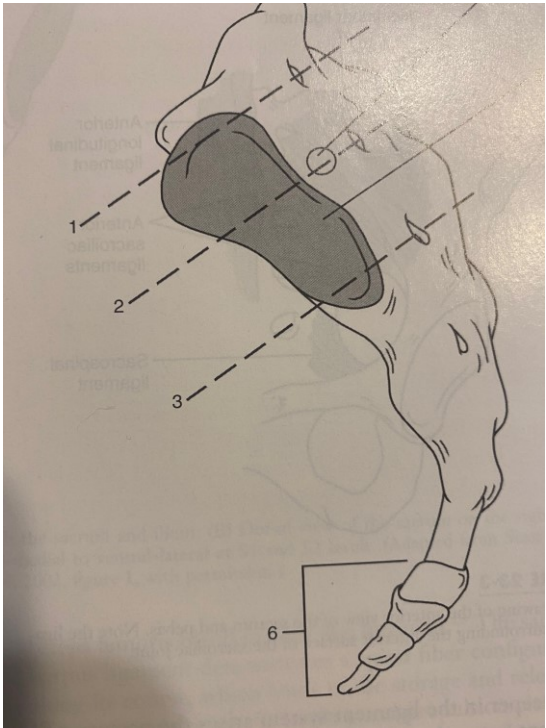
lombalgia da S. SIJ

- **Rappresenta il 30% del LBP tra i 40-60 anni può essere monolaterale o bilaterale**
- Dolore localizzato parte bassa della schiena e natiche
- Può irradiarsi anche dalle natiche alla parte superiore e posteriore della coscia
- Può essere aggravato da protratto ortostatismo, da carico su una sola gamba, da postura non adeguata
- Può essere confusa con la lombalgia la coxalgia e la S. del piriforme
- Può essere acuta o cronica

Le cause

- Infettive: da staffilo, strepto, entero e pneumococco (trasmissione attraverso il plesso venoso adiacente associato alla vescica)
tubercolosi
- Metaboliche: gotta
- Infiammatorie: psoriasi artrite reumatoide
- Neoplastiche
- Degenerative: spondilite anchilosante, artrosi
- Traumatiche
- Sindromi giunzionali

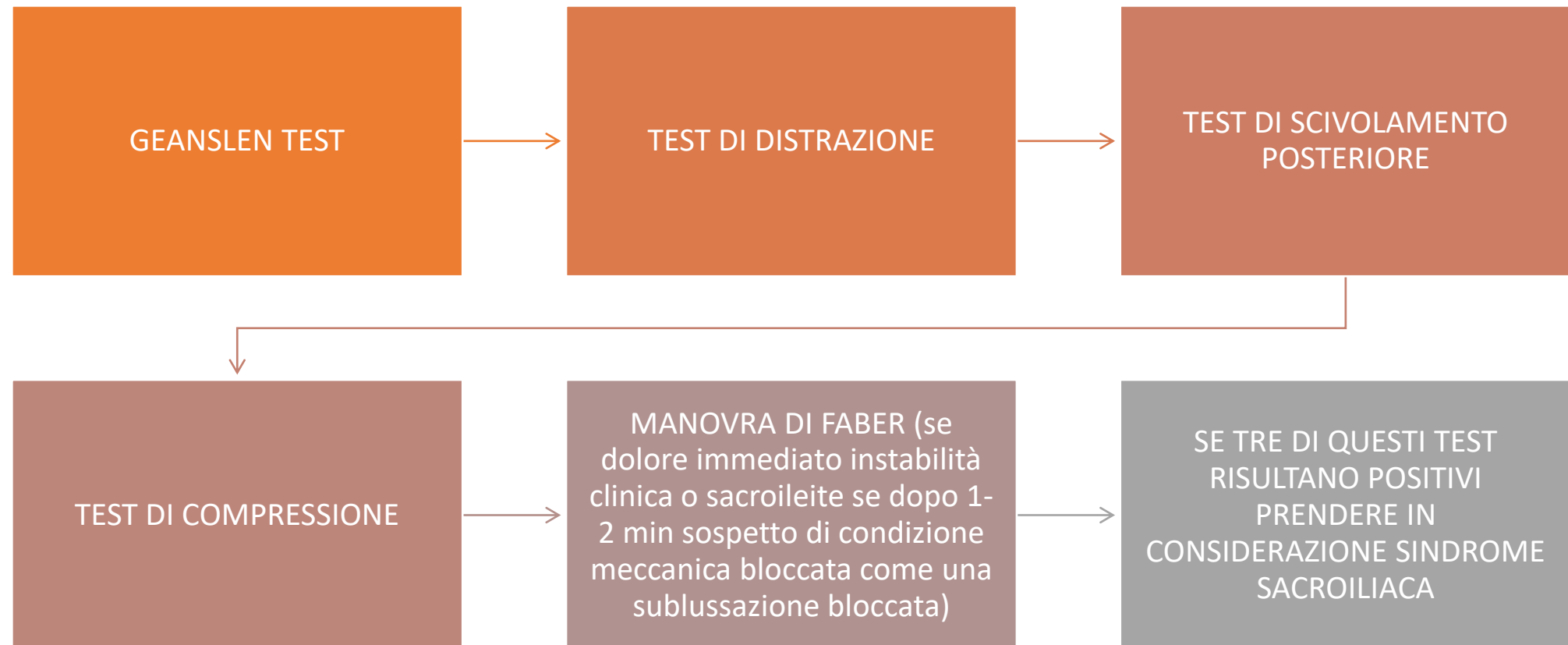
ANATOMIA



anatomia

- SIJ ha una complessa rete neuronale
- Porzioni del plesso sacrale S1-S2 innervano la parte posteriore
- Segmenti L3-S2 il lato ventrale
- I nocicettori sono derivati da L2-S4 contribuendo al dolore in questi dermatomi con problemi SIJ

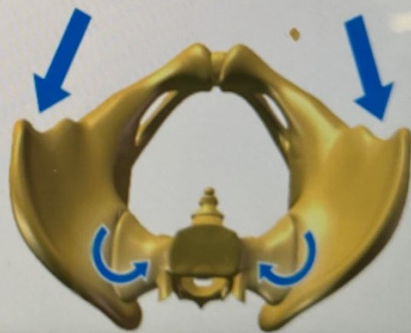
Diagnosi di SIJ: Test provocativi



Distrazione

Si applicano forze di trazione sull'aspetto anteriore delle articolazioni SI

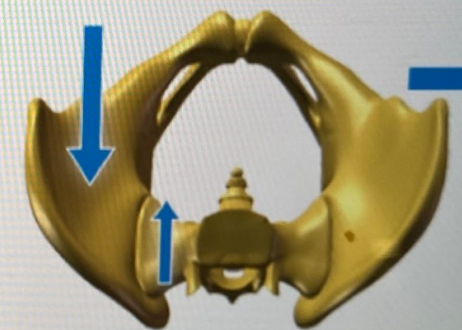
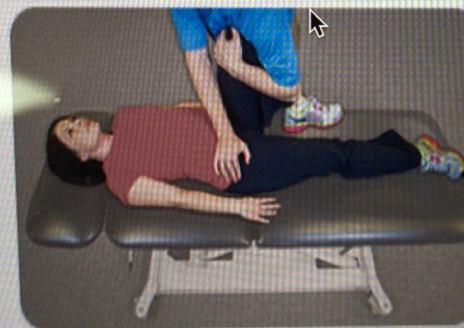
- Il paziente giace supino e gli viene chiesto di portare l'avambraccio sotto la parte bassa della schiena per mantenere la lordosi e per sostenere la colonna lombare.
- Un cuscino viene collocato sotto le ginocchia del paziente. L'operatore pone le mani sull'aspetto anteriore e mediale della spina iliaca anteriore-superiore sinistra e destra del paziente con le braccia conserte e i gomiti dritti.
- Una forza posteriore lenta e costante viene applicata mediante inclinazione in basso verso il paziente.



Scivolamento posteriore

Si applica una sollecitazione di taglio anteroposteriore sull'articolazione SI

- Il paziente è in posizione supina con un'anca flessa a 90 gradi. Il bacino è stabilizzato alla spina iliaca anteriore-superiore opposta grazie all'altra mano dell'operatore.
- L'operatore è in piedi dallo stesso lato della gamba flessa. Viene praticata una pressione, utilizzando l'asse del femore.



FABER - (Flessione, ABduzione, Esterna Rotazione)

Si applica una forza di trazione sull'aspetto anteriore dell'articolazione sul lato in esame

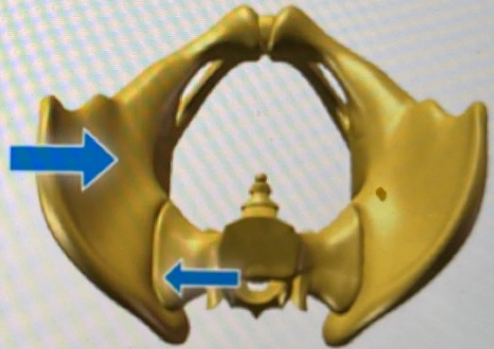
- Il paziente giace supino mentre l'operatore fa passare il piede del lato affetto oltre la coscia del lato opposto. Il bacino è stabilizzato alla spina iliaca anteriore-superiore opposta grazie all'altra mano dell'operatore.
- Una leggera forza verso il basso applicata sul lato affetto del ginocchio del paziente e viene costantemente aumentata, esagerando il movimento di flessione dell'anca, l'abduzione e la rotazione esterna.



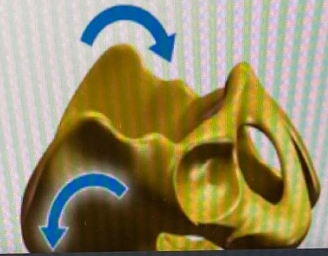
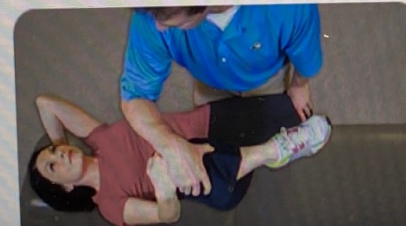
Compressione

Si applica una forza di compressione tra le articolazioni SI

- Il paziente è sdraiato sul lato, con il lato affetto in alto, rivolto lontano dall'operatore, con un cuscino tra le ginocchia.
- L'operatore esercita una pressione costante verso il basso attraverso l'aspetto anteriore dell'ileo laterale, tra il grande trocantere e la cresta iliaca

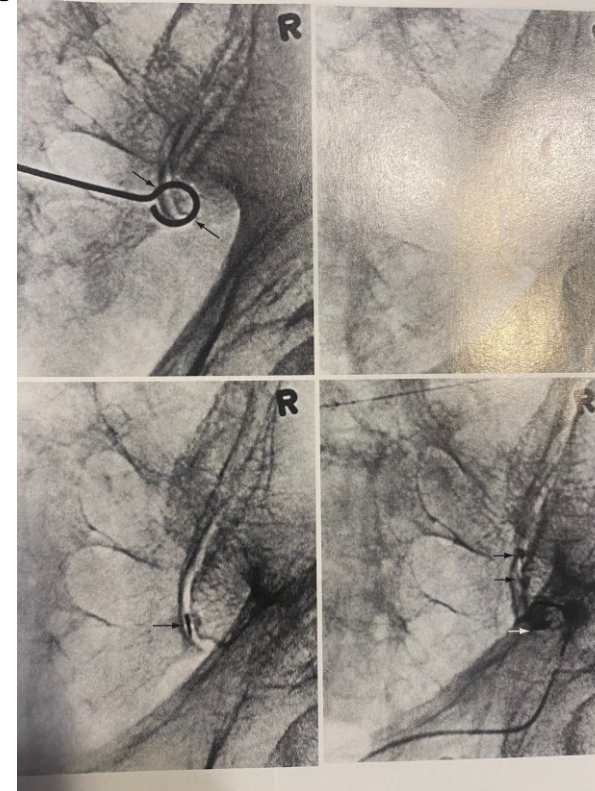
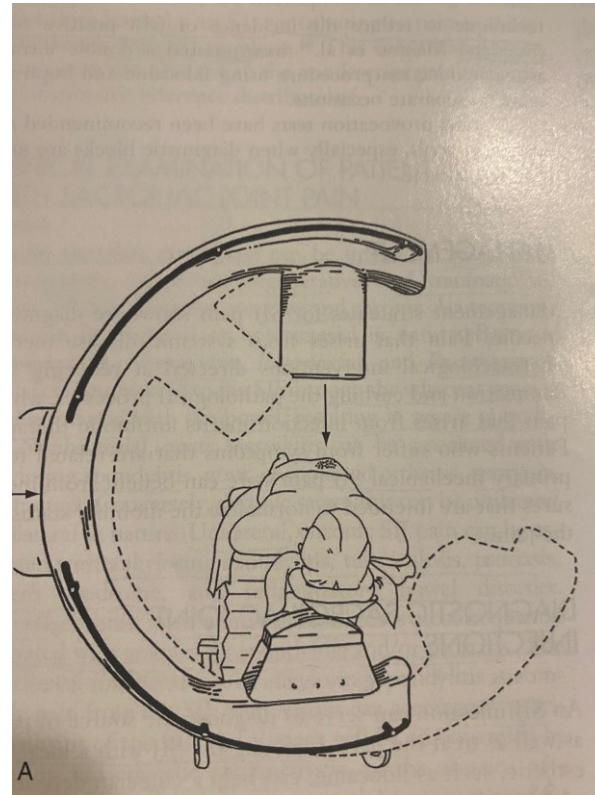
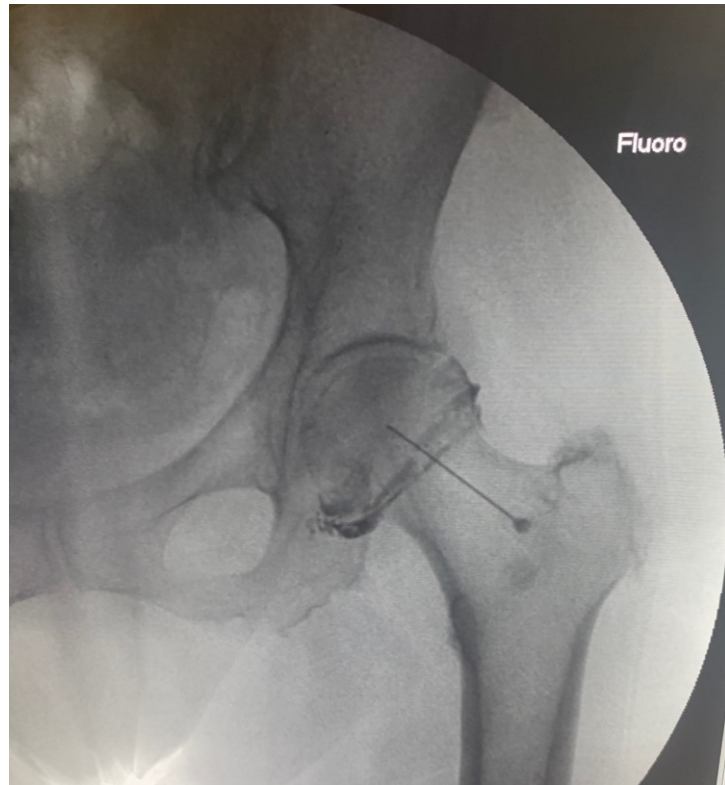


- Il paziente giace supino con la gamba del lato affetto vicino al bordo del lettino da visita. Per sicurezza, le spalle del paziente sono posizionate verso il centro del lettino da visita.
- Il paziente quindi porta la gamba laterale indenne in flessione totale e trattiene il ginocchio flesso. L'operatore stabilizza la gamba tenendo la mano sulla mano del paziente. Quest'azione mantiene l'ilio sul lato non in esame in una posizione leggermente posteriore e stabile durante la manovra.
- L'operatore sostiene la gamba prossimale mentre la fa scendere dal lettino da visita. L'operatore applica quindi una costante forza verso il basso sulla coscia distale del paziente sul lato affetto mentre simultaneamente fa flettere la gamba del lato indenne spingendo il ginocchio verso il petto.



GAENSLLEN

Diagnosi di SIJ test infiltrativo



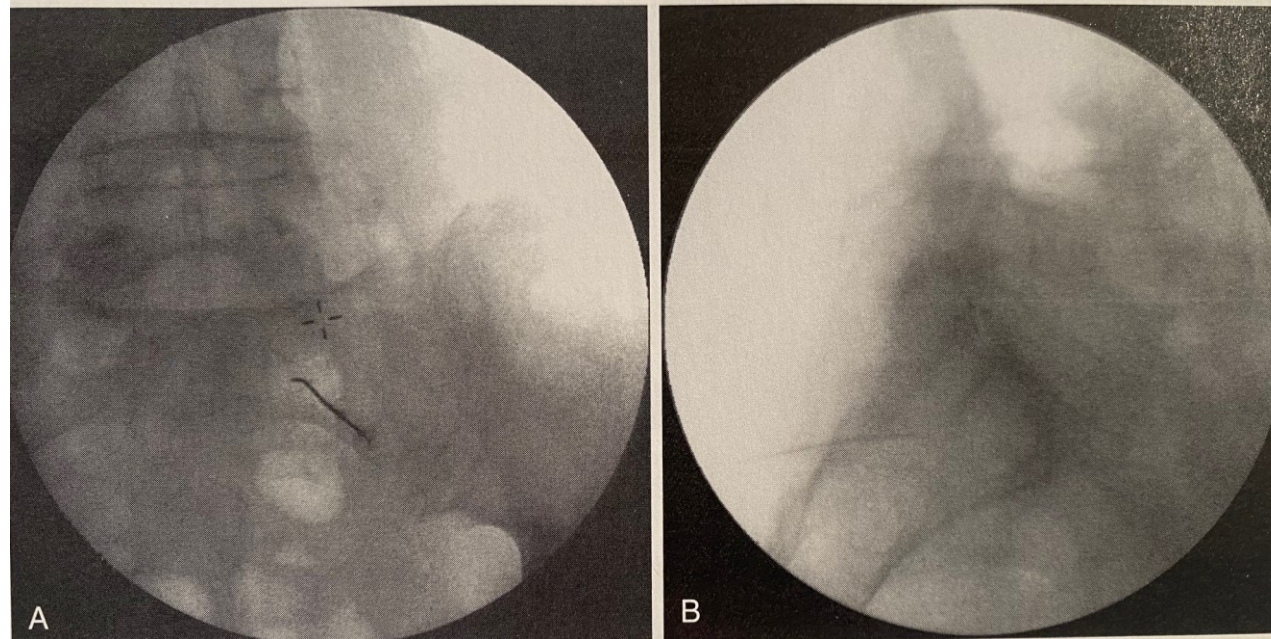
**Contrastografia
Infiltrazione con lidocaina**





TERAPIA

Infiltrazione con bupivacaina e steroide
Infiltrazione con acido ialuronico
Denervazione in R.F. o Criolesione



GRAZIE PER L' ATTENZIONE