Ernia discale espulsa L4-L5 con frammento migrato ed ernia discale espulsa L5- S1 con sindrome della cauda e paraparesi

Trattatamento con infiltrazioni paravertebrali di ossigeno-ozono

G. TABARACCI

Centro Medico- Ortopedico San Rocco; Montichiari; Brescia

RIASSUNTO - L'Autore descrive il caso di un paziente affetto da ernia discale L4-L5 espulsa con frammento migrato associato e da ernia discale L5-S1 espulsa completamente risolto con trattamento infiltrativo con ossigeno-ozono secondo la"tecnica classica" intramuscolo paravertebrale.

A Case of L4-L5 Herniated Disc Protrusion with Migration of a Disc Fragment and L5-S1 Herniated Disc Protrusion Cured by Oxygen-Ozone Injections

Key words: ozone, herniated disc, medical ozone

SUMMARY – *A case report describing a male patient with L4-L5 herniated disc protrusion and a migrated disc fragment associated with L5-S1 herniated disc protrusion completely resolved by infiltrations of oxygen-ozone by the classical paravertebral intramuscular technique.*

Introduzione

L'Ossigeno-Ozonoterapia per il trattamento delle ernie discali è stata introdotta per la prima volta nel 1985 a due anni di distanza dalla costituzione della Società Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia [2,9,15,16]. Nel corso degli anni sono state presentate in letteratura numerose casistiche che riportano risultati positivi varianti dal 75% fino al 90% [1,3,5,6,7,8,10,11,12,13,14,17,18].

Le lombalgie e le lombosciatalgie sono patologie fortemente invalidanti, sempre più diffuse in ogni categoria sociale ed in età sempre più precoce. Insorgono acutamente a seguito di sforzi o movimenti inusuali o lentamente spesso con aggravamento progressivo. Possono avere numerose etiologie riferite a patologia vertebrale: malattie del disco, delle faccette articolari, spondilolisi-olistesi, stenosi del canale vertebrale, cisti radicolari, meningiomi, patologia tumorale primaria o metastatica ecc.

È fondamentale quindi una precisa diagnosi formulata dopo un attento esame obiettivo e confortata da idonei esami strumentali, in particolare oltre ai radiogrammi standard della colonna vertebrale risultano indispensabili per una corretta dia-

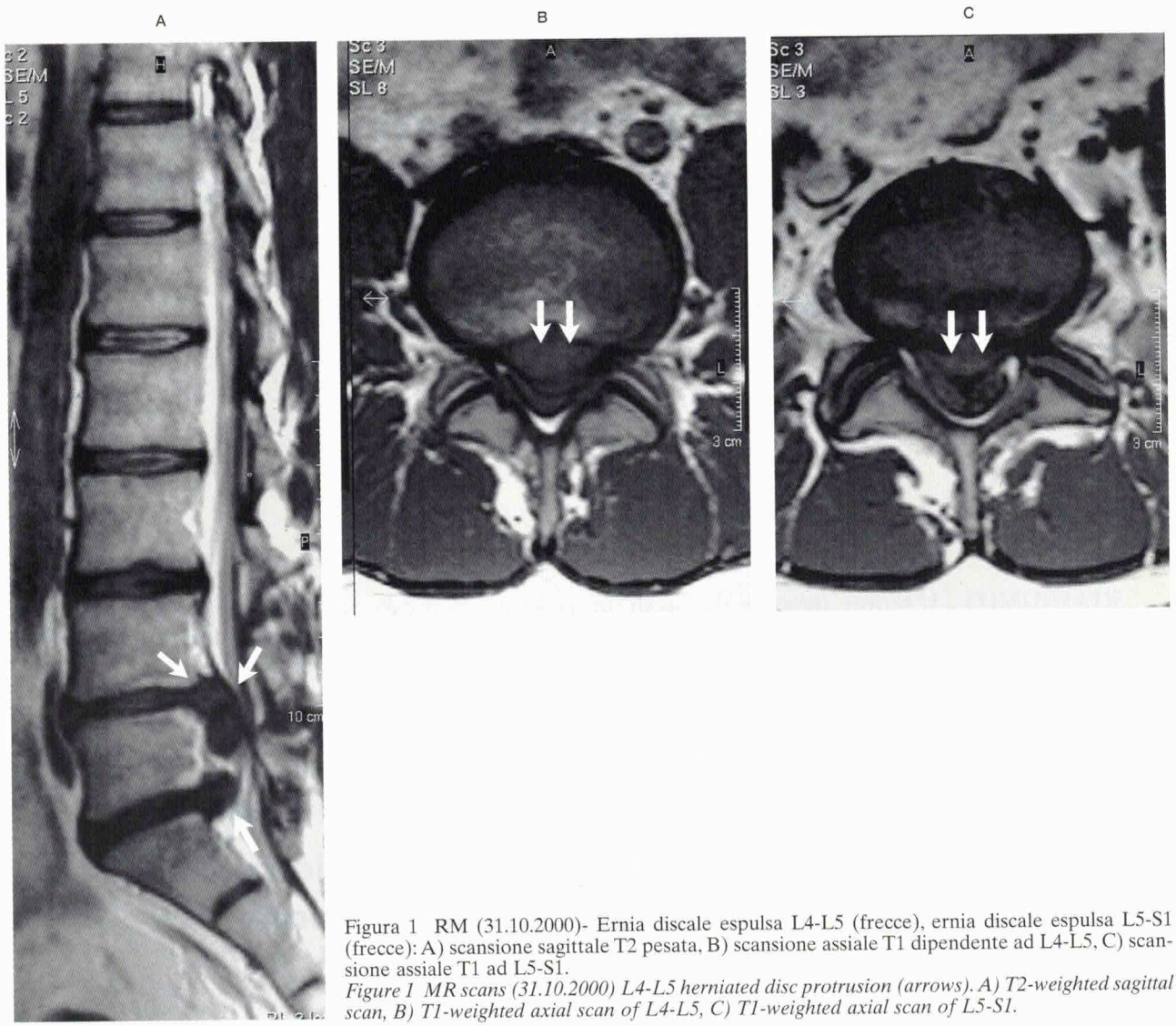


Figura 1 RM (31.10.2000)- Ernia discale espulsa L4-L5 (frecce), ernia discale espulsa L5-S1 (frecce): A) scansione sagittale T2 pesata, B) scansione assiale T1 dipendente ad L4-L5, C) scansione assiale T1 ad L5-S1.
Figure 1 MR scans (31.10.2000) L4-L5 herniated disc protrusion (arrows). A) T2-weighted sagittal scan, B) T1-weighted axial scan of L4-L5, C) T1-weighted axial scan of L5-S1.

gnosi la Tomografia Assiale Computerizzata e/o la Risonanza Magnetica Nucleare.

Eseguiamo presso il nostro centro Ossigeno-Ozonoterapia dal 1997 nel trattamento delle lombalgie e lombosciatalgie da conflitto disco-radicolare. In questa nota riportiamo il caso di un paziente portatore di due ernie discali espulse con associato frammento erniario migrato con quadro clinico di sindrome della cauda completamente risolto dopo ossigeno-ozono intramuscolo paravertebrale.

Caso clinico

P.F. di anni 35 giunge alla nostra osservazione riferendo sintomatologia lombosciatalgica bilaterale con perdita di forza agli arti inferiori complicata da disturbi minzionali e alla erezione da circa 15 giorni; clinicamente viene valutato deficit nel territorio di distribuzione di L5 con paresi del tibiale anteriore, dell'estensore lungo dell'alluce e dell'estensore comune delle dita prevalentemente a sinistra, e di S1 con ipostenia del tricipite surale bilateralmente, accompagnata da sindrome della cauda equina con perdita del controllo della minzione e deficit della erezione associata ad ipoestesia a sella.

Il paziente si presenta con una Risonanza Magnetica eseguita in data 30.10.2000 nella quale si segnala una grossa ernia espulsa L4-L5 con voluminoso frammento migrato verso il basso e una seconda ernia di discrete dimensioni espulsa ad L5-S1 (figura 1).

In prima istanza, valutando la gravità della sintomatologia soggettiva e dell'esame clinico e visionando la RM, seguendo i criteri logici della medicina classica, viene consigliato al paziente di sottoporsi ad intervento chirurgico con sollecitudine. Il

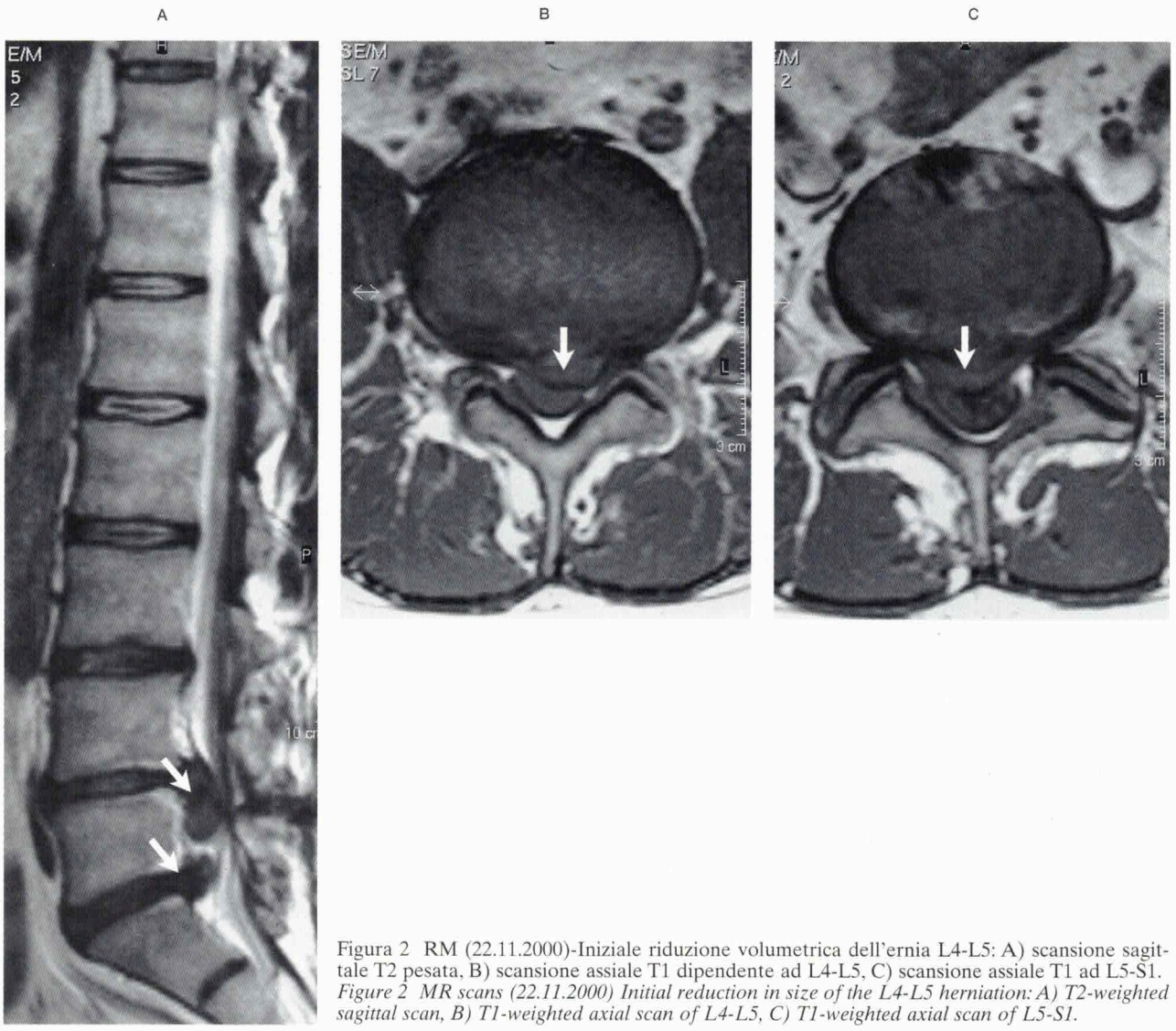


Figura 2 RM (22.11.2000)-Iniziale riduzione volumetrica dell'ernia L4-L5: A) scansione sagittale T2 pesata, B) scansione assiale T1 dipendente ad L4-L5, C) scansione assiale T1 ad L5-S1.
Figure 2 MR scans (22.11.2000) Initial reduction in size of the L4-L5 herniation: A) T2-weighted sagittal scan, B) T1-weighted axial scan of L4-L5, C) T1-weighted axial scan of L5-S1.

paziente, tuttavia, rifiuta l'intervento chirurgico proposto e si candida per il trattamento con ossigeno-ozono; dopo essere stato ampiamente edotto della gravità della patologia e dei rischi in cui incorreva nel non sottoporsi all'intervento chirurgico, liberamente opta per effettuare un tentativo con Ossigeno-Ozonoterapia (ovviamente firmando preventivamente il consenso informato per tale decisione). Si procede, pertanto, effettuando ciclo di ossigeno-ozono utilizzando ago da 23G infiltrando ad una concentrazione di 20 mg/ml somministrando 6 cc di miscela gassosa per ogni infiltrazione. Vengono trattati contemporaneamente sia il livello L4-L5 che L5-S1 iniettando bilateralmente.

Eseguita la prima seduta il paziente viene rivalutato clinicamente dopo sei ore e riferisce un netto miglioramento della sintomatologia algica lombare con iniziale aumento della forza degli estensori dei piedi e una scomparsa della sindrome della cauda (minzione ed erezione ritornano normali). Alla luce di questo iniziale dato estremamente incoraggiante si decide di proseguire nel trattamento, procrastinando l'intervento chirurgico. Dopo ulteriori due sedute (quindi dopo 10 giorni dall'inizio del trattamento) la sintomatologia soggettiva e motoria appare completamente regredita.

Il paziente non assume farmaci antidolorifici ed antiinfiammatori durante tutto il trattamento con O_2-O_3.

Si prosegue effettuando due sedute settimanali controllando clinicamente il paziente. In data 22.11.2000 viene effettuato un controllo con Risonanza Magnetica (figura 2) dove si apprezza una iniziale riduzione volumetrica dell'ernia discale L4-L5 in particolare appare parzialmente ridotta la componente migrata caudalmente.

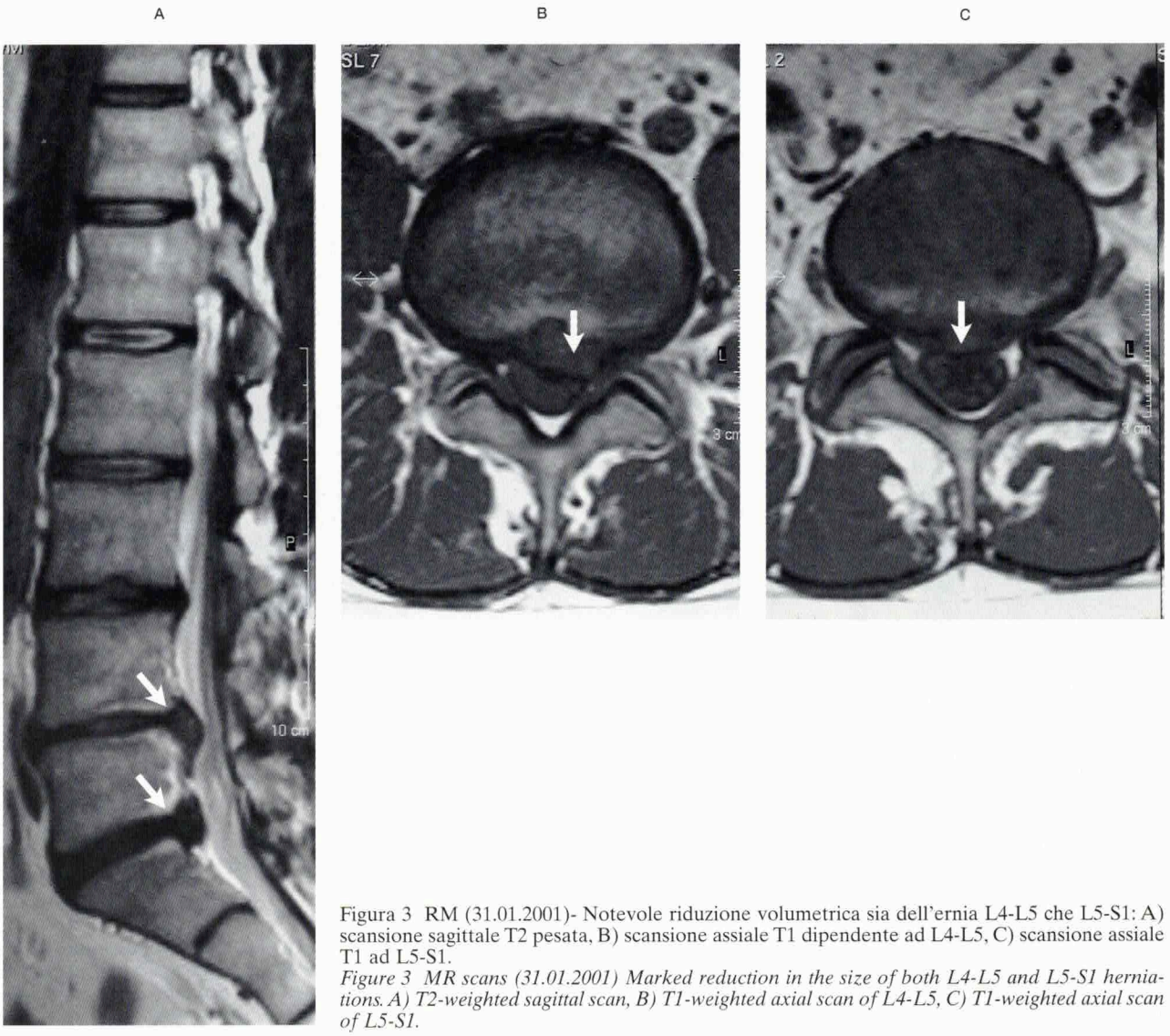


Figura 3 RM (31.01.2001)- Notevole riduzione volumetrica sia dell'ernia L4-L5 che L5-S1: A) scansione sagittale T2 pesata, B) scansione assiale T1 dipendente ad L4-L5, C) scansione assiale T1 ad L5-S1.
Figure 3 MR scans (31.01.2001) Marked reduction in the size of both L4-L5 and L5-S1 herniations. A) T2-weighted sagittal scan, B) T1-weighted axial scan of L4-L5, C) T1-weighted axial scan of L5-S1.

Vengono praticate complessivamente 14 sedute a cadenza bisettimanale. Il paziente durante il trattamento manifesta un progressivo miglioramento fino al completo benessere. In data 31.01.2001 viene effettuata una nuova RM di controllo (figura 3) dove si evidenzia una ulteriore riduzione volumetrica del materiale discale erniato.

Nei quattro mesi successivi viene praticata una infiltrazione a cadenza mensile. Il paziente non riferisce più alcuna sintomatologia algica né deficit motori e riprende normalmente la sua attività lavorativa.

In data 11.06.2001 viene eseguita una terza RM di controllo (figura 4) dove si evidenzia completa scomparsa delle ernie discali L4-L5 e L5-S1

Nei mesi successivi trascorsi senza praticare Ossigeno-Ozonoterapia (ultimo controllo clinico eseguito a fine novembre 2001) il paziente non ha mai avuto dolore e nessun deficit sensitivo e motorio tanto da potersi ritenere completamente guarito.

Discussione e Conclusioni

Il caso clinico presentato risulta di indubbia gravità sia da un punto di vista clinico che neuroradiologico, caratterizzato dalla presenza contemporanea di due ernie espulse responsabili di una importante sintomatologia algica, con deficit motori e sindrome della cauda equina tali da invalidare permanentemente il paziente. Nella pratica clinica di tutti i giorni di fronte ad un caso simile l'opzione terapeutica prevista è solo chirurgica e così è stato anche il nostro atteggiamento nei confronti del paziente. Tuttavia, vista l'insistenza del paziente ad effettuare un tentativo con ossigeno-ozono abbiamo voluto assecondare tale richiesta con la convinzione di rimandare solo di alcuni giorni l'eventuale soluzione microchirurgica. La realtà si è invece dimostrata ben diversa con una immediata risposta clinica del paziente alla terapia tanto da far scartare completamente nell'arco di pochi giorni

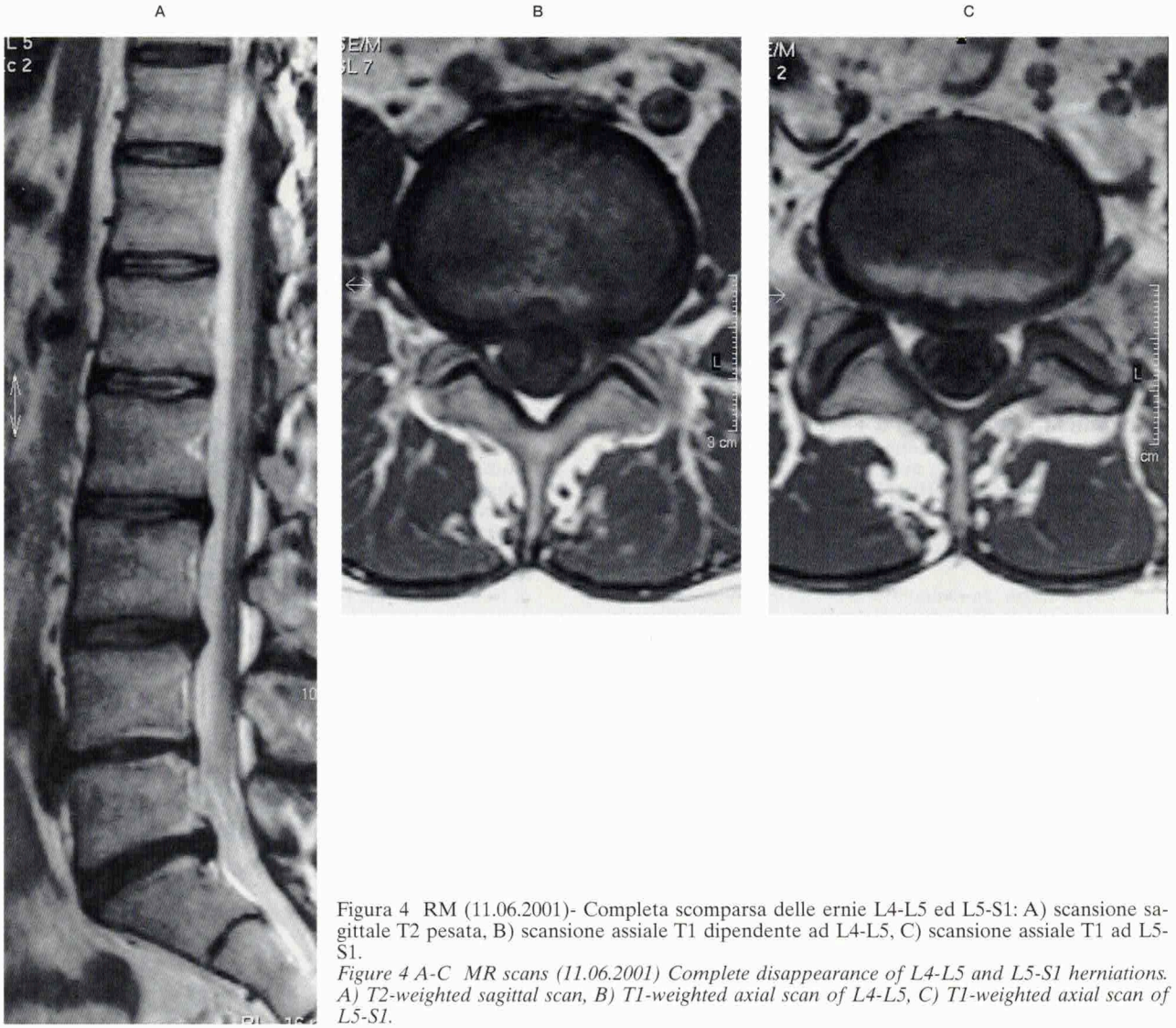


Figura 4 RM (11.06.2001)- Completa scomparsa delle ernie L4-L5 ed L5-S1: A) scansione sagittale T2 pesata, B) scansione assiale T1 dipendente ad L4-L5, C) scansione assiale T1 ad L5-S1.
Figure 4 A-C MR scans (11.06.2001) Complete disappearance of L4-L5 and L5-S1 herniations. A) T2-weighted sagittal scan, B) T1-weighted axial scan of L4-L5, C) T1-weighted axial scan of L5-S1.

l'opzione chirurgica. Con l'esperienza maturata nel trattamento di questo caso "limite", fino ad oggi non vi sono state segnalazioni in letteratura di risoluzioni di sindromi della cauda con Ossigeno-Ozonoterapia, si può affermare che l'Ossigeno-Ozonoterapia può essere efficace nel trattamento delle ernie discali espulse, anche multilivello, complicate da importante sintomatologia neurologica. La precocissima risposta alla terapia fa, inoltre, ipotizzare che l'azione dell'ozono sia molto più diretta e quindi più efficace e veloce nel trattamento di un frammento erniario espulso piuttosto che di una protrusione discale o di un'ernia subligamentosa (contenuta). A nostro avviso tale considerazione può essere supportata dal fatto che la miscela gassosa per poter interagire con il materiale discale erniato non debba superare il filtro del legamento longitudinale posteriore oramai ampiamente rotto in caso di ernia estrusa[4]. Alla luce del risultato da noi ottenuto va considerata, inoltre, la assoluta innocuità del trattamento al contrario dell'intervento di erniectomia che comporta possibilità di rischi anastesiologici, eventualità di recidive erniarie, sindromi aderenziali perimidollari e periradicolari e non ultimi una degenza ospedaliera ed una convalescenza non lavorativa più o meno lunga.

In conclusione abbiamo voluto segnalare questo caso clinico estremamente particolare per due motivi essenziali:

1) l'Ossigeno-Ozonoterapia intramuscolo paravertebrale trova indicazione anche nel trattamento di pazienti con erniazioni discali multiple e paretizzanti.

2) non si deve rinunciare al trattamento con ossigeno-ozono anche di fronte a pazienti con sindrome della cauda fino ad oggi ritenuto di esclusiva competenza chirurgica (a condizione che il paziente venga attentamente monitorato durante tutto il trattamento).

Bibliografia

1 Andreula C: Ernie discali lombosacrali e patologia degenerativa correlata. Trattamento interventistico spinale con chemiodiscolisi con nucleoptesi con O_3 e infiltrazione periradicolare e periganglionare. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1) 81-88, 2001.

2 Barbara C, Simonetti L et Al: Trattamento percutaneo dell'ernia discale con iniezione intradiscale di miscela di ozono. Risultati preliminari. Rivista di Neuroradiologia 12 (suppl 4): 39, 1999.

3 Bonetti M, Cotticelli B et Al: Ossigeno-Ozonoterapia vs infiltrazioni epidurali cortisoniche. Rivista di Neuroradiologia 13: 203-206, 2000.

4 Bonetti M, Cotticelli B et Al: Analisi dei risultati dopo trattamento con O_2-O_3 nelle ernie intra ed extraforaminali lombari. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 89-92, 2001.

5 Bonetti M, Cotticelli B et Al: La risonanza magnetica con gadolinio nella valutazione dell'efficacia terapeutica del trattamento con O_2-O_3 nelle ernie discali lombari. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 109-111, 2001.

6 Bonetti M, Valdenassi L: Oxygen-Ozone Therapy in percutaneous treatment of discal hernias. In atti "Unconventional medicine at the beginning of the third millenium", Pavia, 1998.

7 Cinnella P, Brayda-Bruno M: La nostra esperienza nel trattamento dei conflitti disco-radicolari e delle radicolopatie postchirurgiche con Ossigeno-Ozonoterapia infiltrativa paravertebrale. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1) 75-79, 2001.

8 D'Erme M, Scarchilli A et Al: Ozone Therapy in lumbar sciatica. Radiolol Med 95 (1-2): 21-24, 1999.

9 Fabris G, Tommasini G et Al: L'zonoterapia nel trattamento percutaneo dell'ernia discale lombare. Rivista di Neuroradiologia 12 (suppl 4): 23, 1999.

10 Fabris G, Tomassini G et Al: L'Ossigenoterapia intraforaminale. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 25-30, 2001.

11 Gualandi G, Bonetti M et Al: Ossigeno-Ozonoterapia nel trattamento della patologia dolorosa del rachide lombare: esperienza preliminare. Acta Toxicologica Therapeutica 17 (2-3): 261-264, 1996.

12 Iliakis E: Ozone treatment in low back pain. Orthopaedics 1: 29-33,1995.

13 Iliakis E: Utilizzo dell'Ossigeno-Ozonoterapia nella pratica ortopedica. Acta Toxicol Ther XVII (2-3): 249-253, 1996.

14 Iliakis E, Valadakis V et Al: Rationalization of the activity of medical ozone on intervertebral disc and histological and biochemical study. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 25-30, 2001.

15 Leonardi M, Barbara C et Al: Trattamento percutaneo dell'ernia discale lombare con iniezione intradiscale di miscela di ozono. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 51-53, 2001.

16 Leonardi M, Simonetti L et Al: Effetti dell'ozono sul nucleo polposo: reperti anatomo-patologici su un caso operato. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 57-59, 2001.

17 Tabaracci G: L'Ozonoterapia con "tecnica classica" intramuscolo paravertebrale. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 67-70, 2001.

18 Scarchilli A: Tre anni di follow-up nel trattamento delle lombalgie e lombosciatalgie con ozono intradiscale. Rivista di Neuroradiologia 14 (suppl 1): 39-41, 2001

Dr G. Tabaracci
Centro Medico-Ortopedico San Rocco
25018 Montichiari, Brescia
e mail: tabaracci@numerica.it