

# Stenosi lombari: la sindrome di Verbiest

**Antonio Giovanni Roncallo**

Medico di medicina generale, Genova Valpolcevera

**Federica Roncallo**

Medico chirurgo, Genova Valpolcevera

Un uomo di 78 anni dal 2007 lamenta dolori alla schiena e ad entrambi gli arti inferiori, esacerbati dalla stazione eretta e dalla deambulazione e che sono diventati, col trascorrere del tempo, sempre più ingravescenti.

## ► Storia clinica

Il paziente ormai si spostava soltanto tra le mura di casa e, molto spesso, era costretto a stare seduto sul divano o su una sedia perchè solo in questo modo riusciva a non accusare dolore. Riferiva che avrebbe potuto tranquillamente usare, senza accusare il minimo fastidio, sia la cyclette sia l'automobile ma che il problema fondamentale sarebbe stato quello di riuscire a raggiungerla; faceva presente anche che il dolore compariva intensamente nella stazione eretta ma che se fletteva il busto in avanti il dolore scompariva.

## ► Indagini diagnostiche

Gli è stata prescritta una RNM che ha messo in evidenza, a livello L2/L3 e L3/L4, una discopatia degenerativa gassosa ed una protusione posteriore a larga base del disco

che improntava il sacco durale, che appariva stenosato in modo assoluto ad entrambi questi livelli.

Gli specialisti che lo avevano in cura non hanno ritenuto degno di nota il referto della RNM ed hanno preferito rivolgere la loro attenzione all'esito dell'elettromiografia degli arti inferiori, il cui referto era compatibile con una polineuropatia acquisita con iniziale demielizzazione. A nulla valsero le ripetute dichiarazioni del paziente che insisteva nell'affermare che lui si era sempre facilmente stancato ma da qualche anno a questa parte non

riusciva più a camminare per l'intenso dolore e non perché avesse meno forza rispetto ad un tempo.

## ► Terapia medica

Il paziente in tutti questi anni è stato trattato con immunoglobuline ed ha assunto ogni tipo di antidolorifici senza alcun risultato, se si esclude un fastidiosissimo prurito generalizzato come complicanza degli alti dosaggi degli analgesici.

## ► Visita in studio

All'esame obiettivo generale del paziente l'apparato respiratorio, l'apparato addominale e il fascio cardiovascolare apparivano indenni.

Per ciò che riguardava il sistema nervoso periferico i riflessi erano sostanzialmente nella norma e non erano evidenti deficit di forza; nella posizione seduta il paziente non accusava il minimo dolore mentre sia in ortostatismo sia soprattutto nella deambulazione compariva un intensissimo dolore che dalle natiche si propagava verso il basso. Tutto ciò obbligava il paziente a flettere in avanti il busto sul bacino perchè questo era l'unico modo per far scomparire del tutto il dolore.

Osservando attentamente la risonanza magnetica espressi alla collega tutti i miei dubbi sulla correttezza della diagnosi di polineuropatia: la mia attenzione si era

Figura 1

### RM lombosacrale



La risonanza magnetica lombare mostra la presenza di una stenosi spinale a livello L2/L3 e L3/L4

infatti soffermata sulla stenosi assoluta midollare che, a mio parere, era la sola responsabile di tutta la sintomatologia e che mi induceva a pensare, come prima ipotesi diagnostica, alla sindrome di Verbiest.

### ► Diagnosi

Consigliai alla collega di rivolgersi ad uno dei centri più prestigiosi per questo tipo di patologie, il centro di Chirurgia del rachide dell'università di Padova, dove confermarono la diagnosi di *pseudoclaudicatio spinalis*.

Un'ulteriore elettromiografia chiara che la polineuropatia responsabile dell'affaticamento del paziente non era di origine acquisita, ma si trattava di una rara forma congenita clinicamente stabilizzata che non necessitava di alcun trattamento terapeutico.

### ► Terapia chirurgica

Il giorno 23 aprile 2012 il paziente venne sottoposto a terapia chirurgica decompressiva che gli permise, dopo un congruo periodo di convalescenza, di tornare alle sue normali occupazioni.

### ► Approfondimento

Henk Verbiest fu uno dei principali fondatori della moderna neurochirurgia, particolarmente significativo è stato il suo contributo alla conoscenza della sindrome della stenosi spinale lombare che ancora oggi porta il suo nome.

La stenosi spinale lombare è dovuta ad un restringimento del canale spinale con conseguente compressione dei nervi che lo attraversano. Normalmente, la causa è da ricercarsi nel processo naturale dell'in-

vecchiamento che è responsabile sia dell'indurimento dei tessuti molli sia dell'instabilità della colonna sia ancora nell'esagerata ossificazione responsabile della formazione degli osteofiti che pare abbiano, unendo tra loro con ponti ossei le vertebre contigue, un'azione di compenso limitante la spondilolistesi.

Tra le principali cause di stenosi spinale si annoverano l'osteoartrite, i postumi di traumi spinali con frattura vertebrale, o di flogosi o di interventi chirurgici della colonna, le ernie discali e le malattie sistemiche e tumorali dell'osso. I più colpiti sembrano essere gli uomini dalla sesta decade di vita in poi ed in modo particolare chi nell'attività lavorativa ha svolto lavori particolarmente usuranti (faccini, scaricatori di porto, nonché lottatori e sollevatori di pesi).

Fortunatamente spesso un restringimento del canale vertebrale non provoca problemi rilevanti, i sintomi iniziano a fare la loro comparsa quando il restringimento provoca una strozzatura del midollo e/o delle radici nervose. In molti casi la sintomatologia si limita ad astenia, parestesie, dolori crampiformi degli arti inferiori aggravati dalla deambulazione.

Altre volte compare quello che è considerato il sintomo patognomonico della sindrome di Verbiest, la *pseudoclaudicatio intermittens spinalis*: il paziente lamenta dolore alla stazione eretta e durante la deambulazione, per cui è costretto a fermarsi e a mettersi in una caratteristica posizione che ricorda quella di chi si appoggia piegandosi in avanti sul carrello della spesa al supermercato.

Questa flessione del tronco in avanti provoca un aumento della distanza delle vertebre tra loro

e ciò comporta una riduzione della pressione sui fasci nervosi che scrono nel canale midollare. La diagnosi differenziale deve essere posta con la *claudicatio* vascolare ma, mentre in quest'ultima i sintomi aumentano nel camminare in salita fino a costringere il paziente ad arrestarsi, nella *claudicatio* spinale il paziente cammina più agevolmente in salita rispetto al piano o peggio ancora in discesa, proprio per quel sollievo che prova flettendo il busto in avanti caratteristico della marcia in salita.

Altro punto che le diversifica è il pedalare sulla cyclette: il paziente affetto dalla forma vascolare è obbligato ad interrompere la pedalata dopo un certo periodo di tempo, mentre nella forma spinale pedala tranquillamente come un individuo sano di pari età.

La conferma diagnostica della sindrome di Verbiest avviene tramite tomografia assiale computerizzata o meglio ancora con la risonanza magnetica nucleare.

La terapia della *claudicatio spinalis* è essenzialmente chirurgica, eventuali terapie farmacologiche hanno scarse probabilità di successo.

► Si ringrazia lo Studio Radiologico Manara di Genova Bolzaneto che ha gentilmente messo a disposizione le sue moderne attrezzature sia per la diagnosi che per la stesura di questo raro caso clinico.

► Un particolare ringraziamento va allo specialista neuroradiologo dr. Silvano Schiavoni che ancora una volta ha dimostrato con il suo accuratissimo referto, grande professionalità e competenza.