

Failed Back Surgery Syndrome

Con “Failed Back Surgery Syndrome” (FBSS) si indica una condizione di sofferenza caratterizzata da persistenza o nuova insorgenza di dolori dopo uno o più interventi di chirurgia spinale.

L'espressione utilizzata non implica necessariamente che siano stati compiuti errori chirurgici né si riferisce ad una specifica complicanza. Semplicemente raggruppa situazioni eterogenee accomunate solo dalla persistenza di dolori alla schiena ed agli arti (simili o diversi da quelli precedenti) dopo uno o più trattamenti chirurgici attuati per risolverli.

Le cause di insuccesso, in chirurgia spinale, non sono sempre facili da individuare e la persistenza di dolore può essere dovuta ad una combinazione di fattori, come quelli appresso elencati.

Fibrosi epidurale

Una eccessiva risposta infiammatoria, dopo l'intervento chirurgico, può portare allo sviluppo di tessuto fibrotico nel canale vertebrale (fibrosi epidurale) con creazione di aderenze o compressioni sulle strutture nervose. Il paziente in tal caso, dopo un intervallo di benessere, avverte ricomparsa dei sintomi entro pochi mesi dal trattamento.

Aracnoidite

A seguito di lesione degli involucri meningei o come conseguenza di un'infezione, può svilupparsi un'infiammazione cronica, definita aracnoidite, a carico delle membrane che rivestono nervi e midollo spinale. Il dolore ad uno o entrambi gli arti inferiori è il sintomo più comune; possono associarsi formicolii, crampi, spasmi muscolari, alterazioni quantitative e qualitative della sensibilità, perdita di forza, disfunzioni vescicali o sessuali.

Instabilità vertebrale e sindrome giunzionale

L'asportazione di componenti ossee o legamentose può talvolta alterare l'allineamento, la stabilità o comunque la funzionalità del segmento vertebrale operato o di quelli adiacenti. Ciò può avvenire anche dopo interventi di artrodesi (impianto di mezzi metallici finalizzato ad abolire la mobilità del segmento sofferente).

I disturbi che ne conseguono possono manifestarsi nelle prime fasi di convalescenza o alla ripresa delle attività, tipicamente sono influenzati dai movimenti e dal carico mentre si attenuano o scompaiono a riposo.

Bisogna purtroppo anche considerare che molti casi di FBSS sono sfortunata conseguenza di interventi inappropriati, indotti da una errata interpretazione della sintomatologia di partenza. La diagnosi dei disturbi spinali richiede un'accurata analisi dei sintomi e segni clinici e la loro correlazione all'anatomia vertebrale; la decisione di effettuare un intervento chirurgico non può infatti basarsi sul semplice riscontro radiologico di una qualsivoglia alterazione.

Nella maggior parte dei casi di FBSS non è semplice trovare una soluzione. La difficoltà cresce con il numero degli interventi già effettuati. Gli esami radiologici permettono talvolta di riconoscere complicanze post-operatorie grossolane (recidive di ernia, mezzi di sintesi mobili o mal posizionati, alterata curvatura del rachide) o patologie a carico di segmenti vertebrali adiacenti. Le caratteristiche del dolore possono orientare l'interpretazione clinica: un dolore che prevale in prossimità del rachide, fortemente influenzato dalla posizione e dai movimenti, che si attenua o scompare a riposo, depone per una instabilità scheletrica o per un sovraccarico muscolare; un dolore prevalente agli arti, piuttosto costante, anche più feroce a riposo, avvertito come bruciore o elettricità ed associato ad alterazioni della sensibilità cutanea (percezioni termiche inappropriate, formicolii, dolori da sfioramento, insensibilità) depone per un danno alle fibre nervose (dolore cosiddetto “neuropatico”).

Mentre per il dolore scheletrico (cosiddetto "nocicettivo") può essere auspicata una soluzione "strutturale" (artrodesi di segmenti scheletrici instabili, sostituzione di mezzi di sintesi dislocati o malposizionati, correzione di posture non bilanciate, compenso muscolare), il dolore "neuropatico", se non attribuibile ad una compressione attuale di radici nervose, difficilmente risponde ad un nuovo trattamento chirurgico. Anche il trattamento farmacologico può essere deludente. Possono rivelarsi efficaci alcuni farmaci antidepressivi (semplicemente perché aumentano la disponibilità di serotonina nel sistema nervoso, non perché il dolore ha un'origine "psichica"), eventualmente in combinazione con analgesici GABA-ergici o oppioidi. Una temporanea efficacia viene riconosciuta anche agli anti-infiammatori, ma il loro utilizzo nel trattamento cronico è sconsigliabile.

Quando nessun trattamento farmacologico si rivela efficace, oppure effetti collaterali e tossicità obbligano ad interromperlo, è appropriato prendere in considerazione la neurostimolazione midollare.

L'impianto di elettrodi peridurali permette l'abolizione o una significativa attenuazione del dolore nella maggioranza dei casi, senza rischi di tossicità o effetti collaterali significativi. La maggior parte dei pazienti con FBSS che impianta un neurostimolatore, in poco tempo sospende o drasticamente riduce il consumo di farmaci antidolorifici e riprende quelle attività che la sofferenza fisica prima gli impediva.