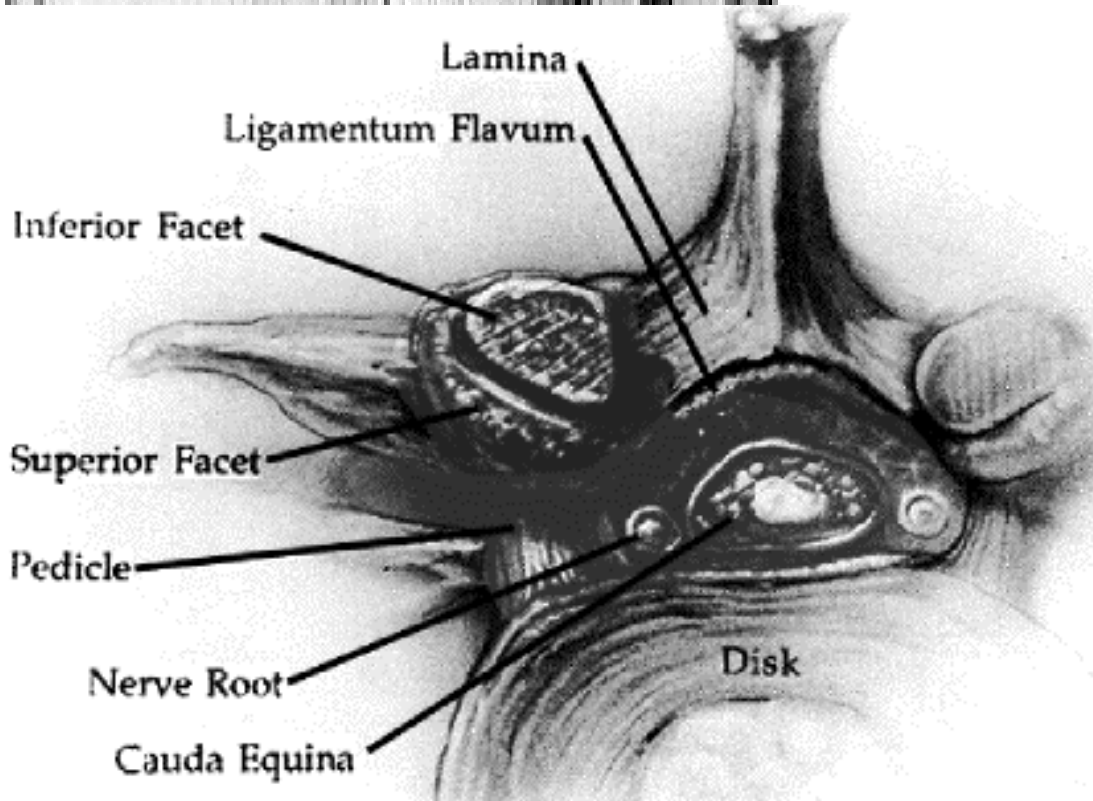
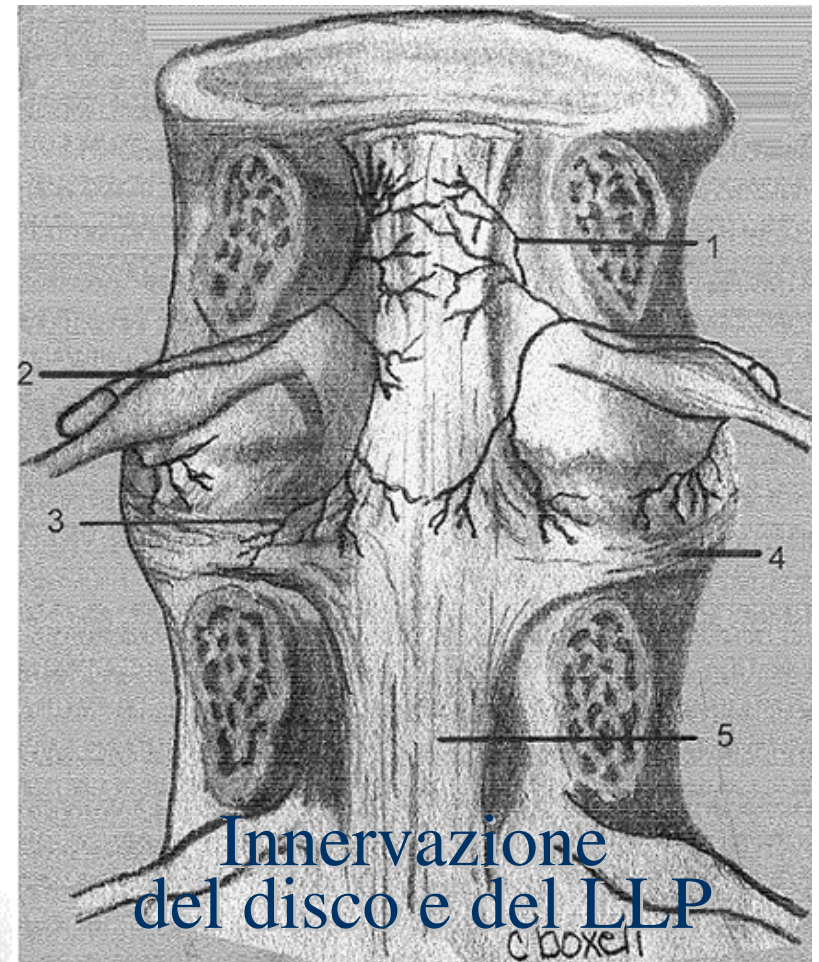


*Luciano Mastronardi*



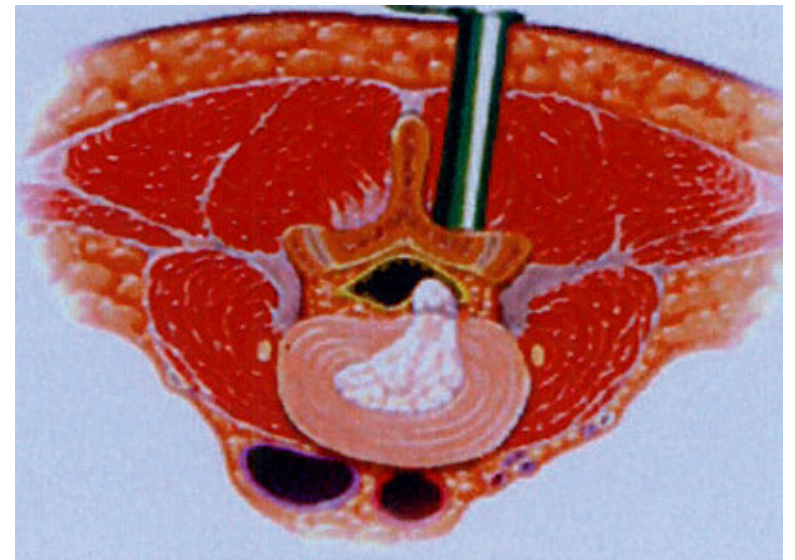
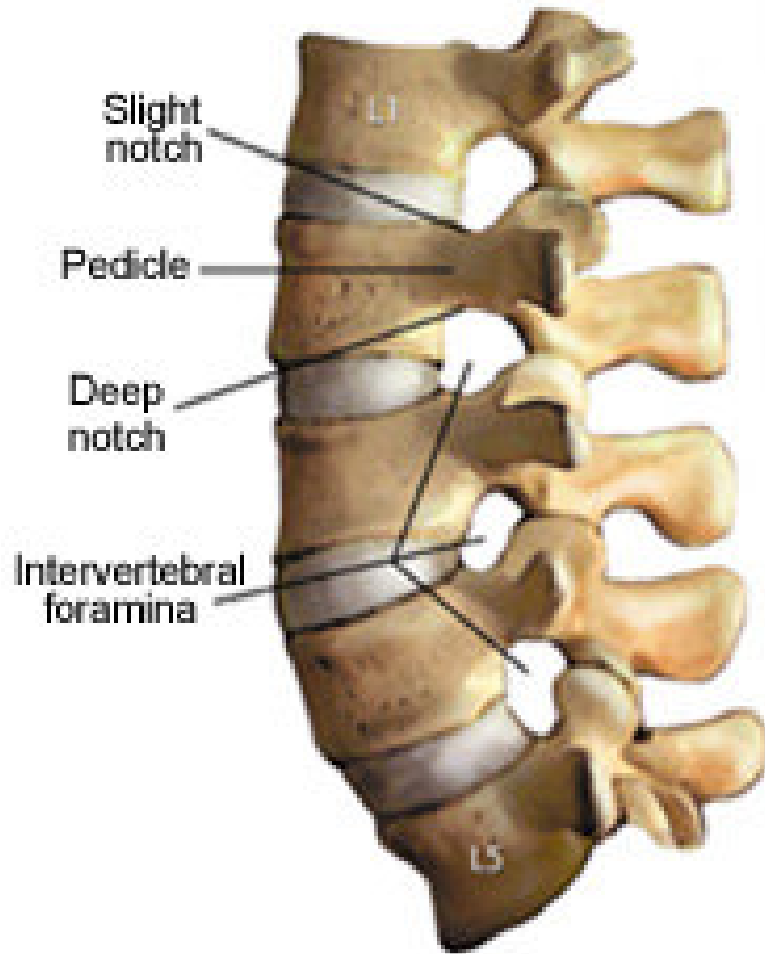
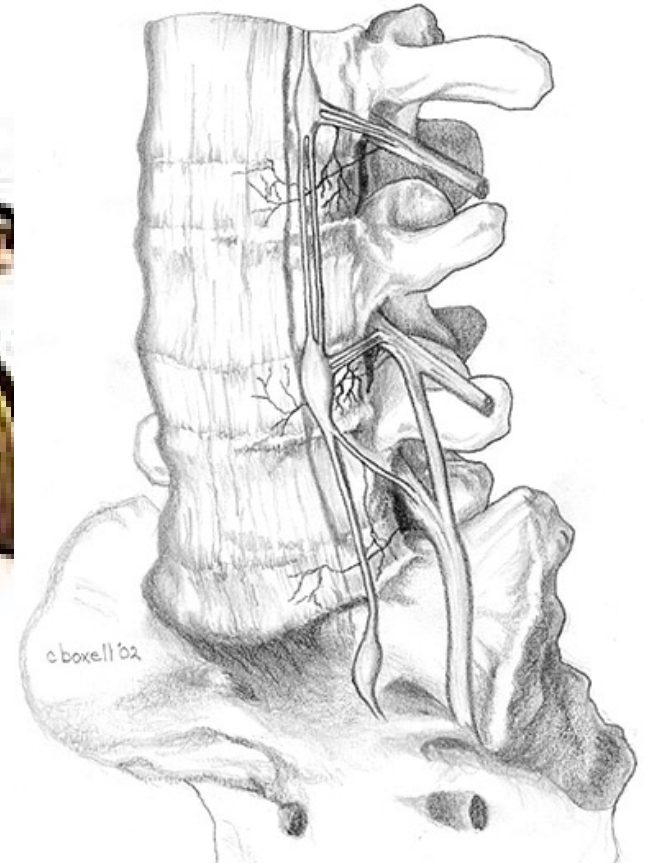
*Ernia discale  
lombare*





# Anatomia vertebrale

# Anatomia vertebrale



# Definizione

L'ernia discale (EDL) rappresenta la fuoriuscita o l'*erniazione* posteriore del nucleo polposo attraverso una lacerazione dell'anello fibroso, con conseguente compressione delle radici dei nervi spinali e/o del midollo.





# Classificazione 1

In base al grado ed alle modalità di migrazione del nucleo polposo è possibile distinguere le EDL in:

- *contenute*: che non hanno superato il legamento longitudinale posteriore;



- *espulse*: in gran parte o del tutto fuoriuscite nello speco vertebrale

# Classificazione 2

Inoltre, è possibile distinguere le EDL in:

1. *mediane*,

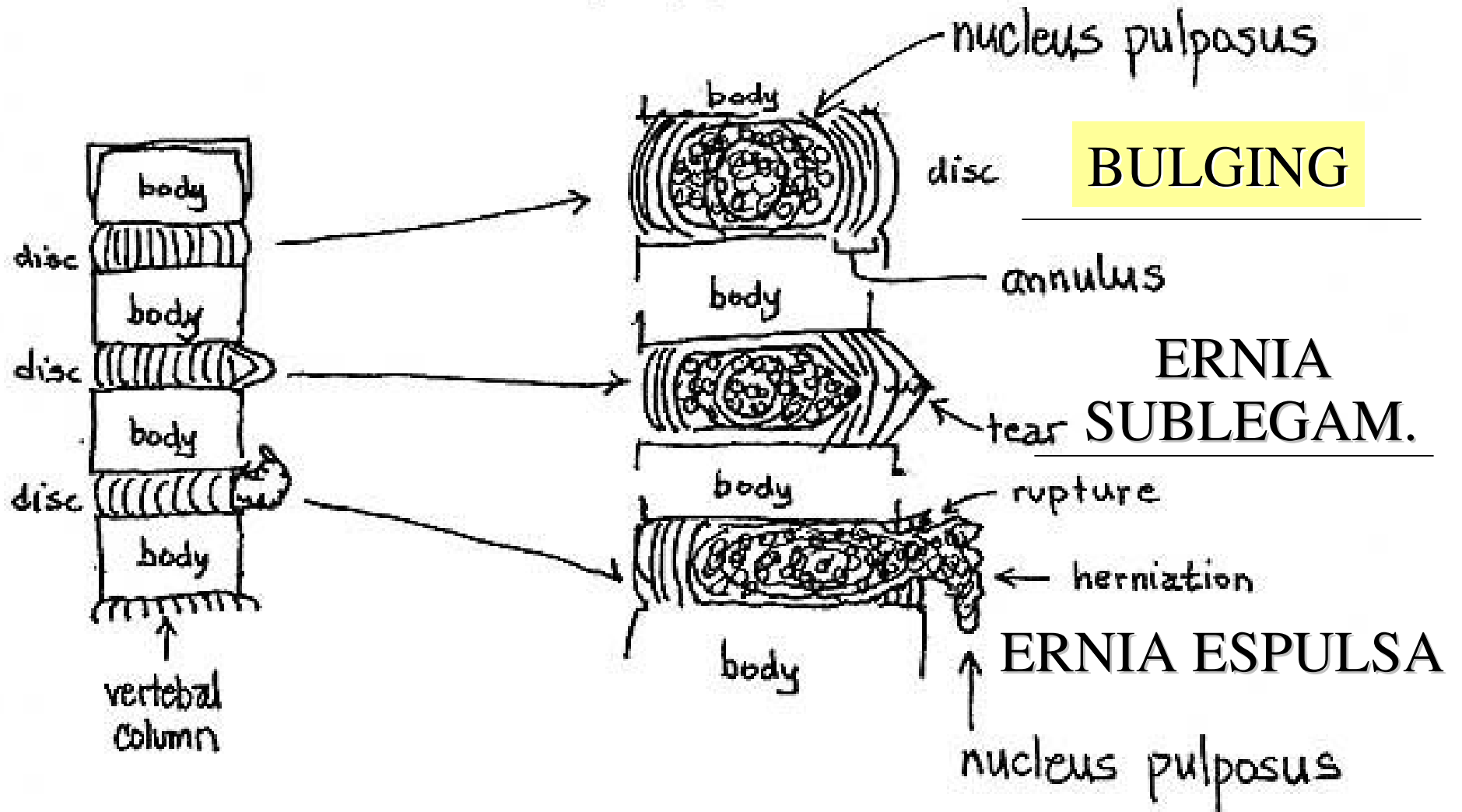
2. *paramediane*,

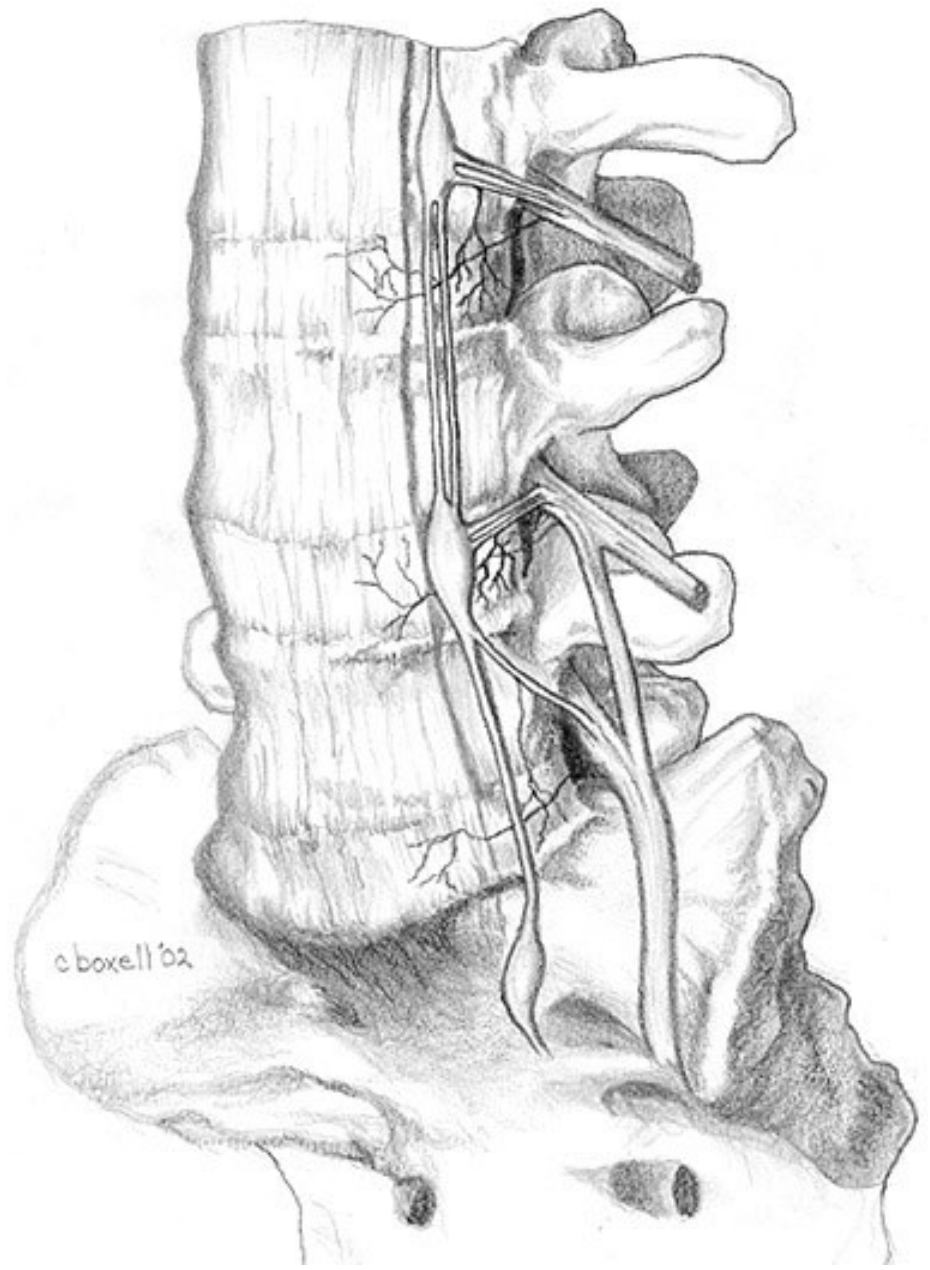
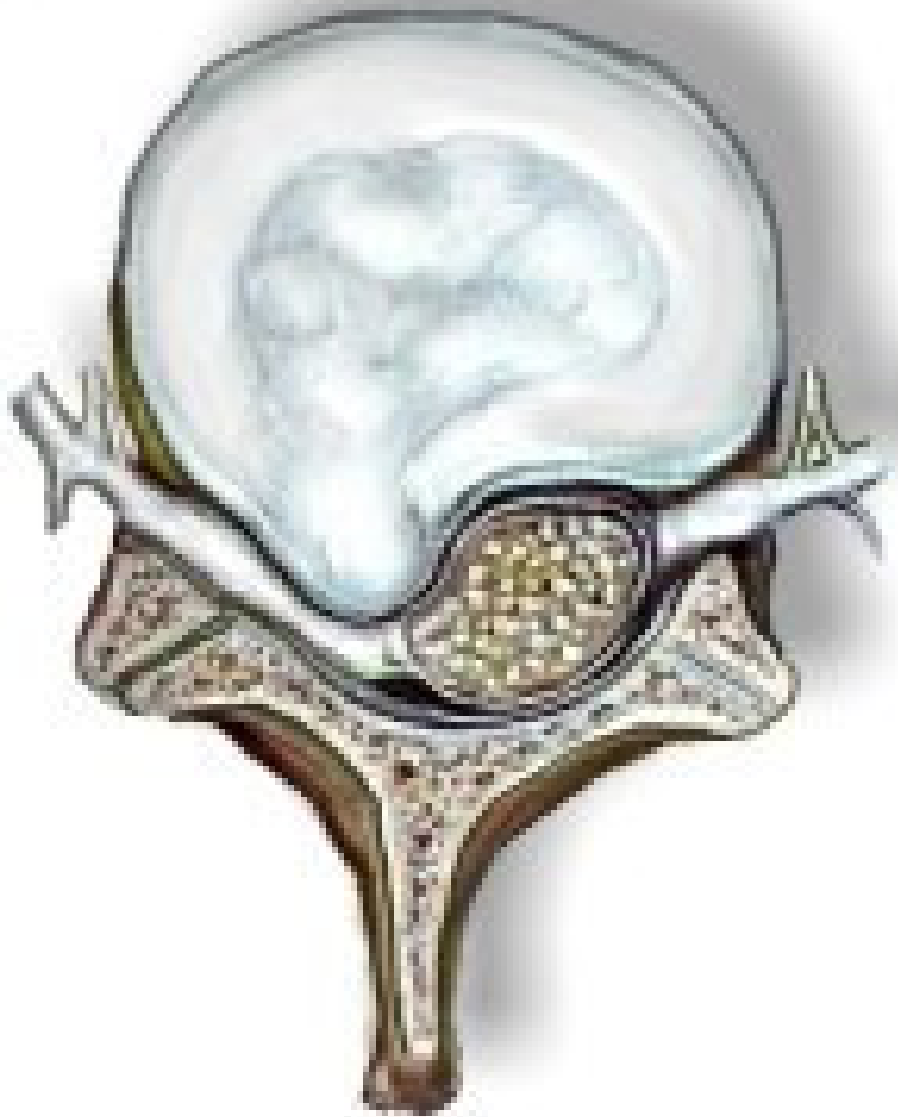
3. *intraforaminali*, che occupano il canale di coniugazione

4. *extraforaminali*, migrate oltre il canale di coniugazione

Bulging vs. Herniated

# NUCLEUS PULPOSUS







# Sintomi

Variano a seconda della sede, del tipo e del grado dell'ernia. I sintomi sono generalmente di tipo *radicolare* (conseguenti alla compressione e/o irritazione di una radice nervosa), anche se in alcuni particolari casi di voluminose ernie mediane alte, è possibile l'associazione di una compromissione midollare.

I disturbi più frequenti sono:

- *dolore*: per lo più irradiato lungo il territorio di distribuzione del nervo interessato;
- *parestesie*: come sensazioni di formicolio, addormentamento, etc;
- *ipo-anestesia*: diminuzione o perdita della sensibilità nel dermatomero corrispondente alla radice interessata;
- *disturbi vegetativi*: con distribuzione metamERICA.

# Segni obbiettivi

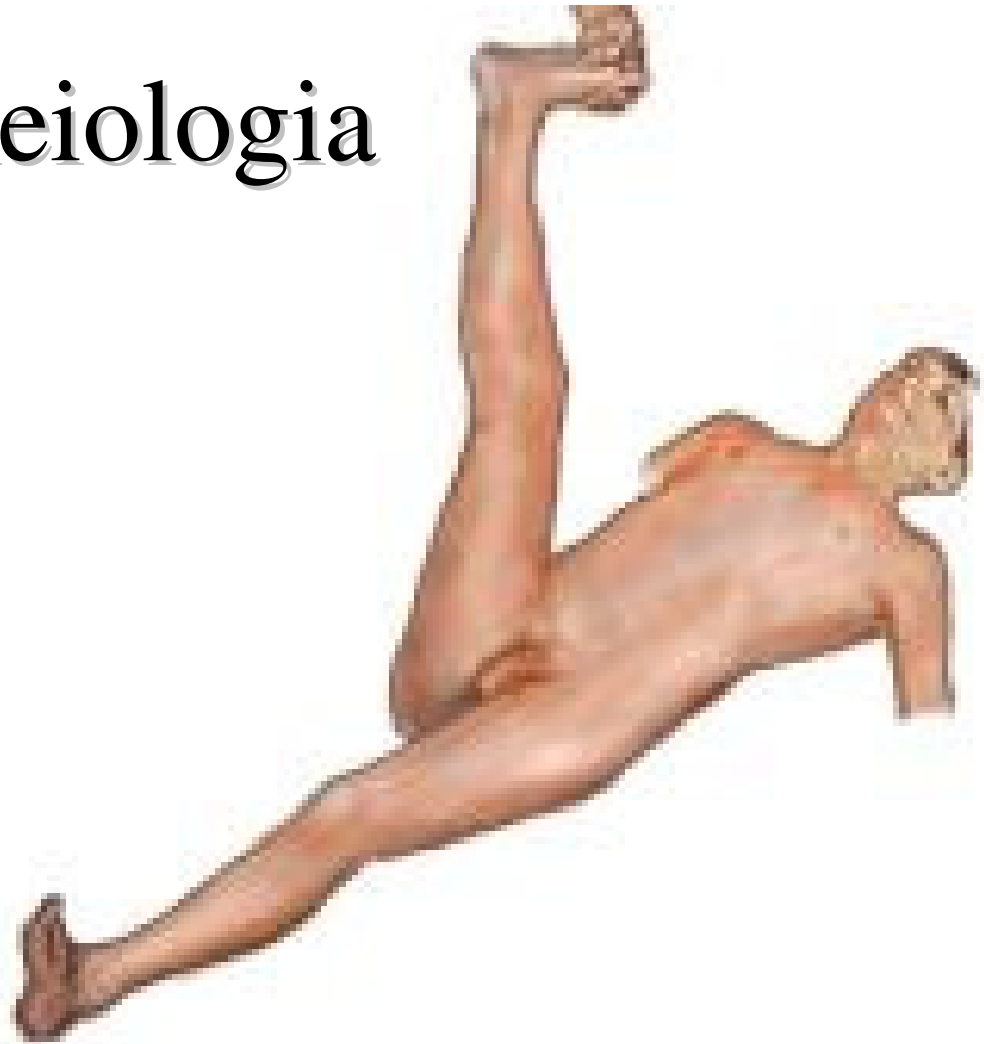
I segni obbiettivi rilevabili alla visita neurologica sono di tipo sensitivo e motorio:

- *ipo-anestesia* metamERICA: tutti tipi di sensibilità sono in vario grado compromessi, senza dissociazioni;
- *ipostenia* più o meno grave, limitata a singoli muscoli o segmenti di un arto;
- *atrofie muscolari* più o meno gravi;
- *fascicolazioni*;
- *riduzione o scomparsa dei riflessi osteo-tendinei*.

# Semeiologia



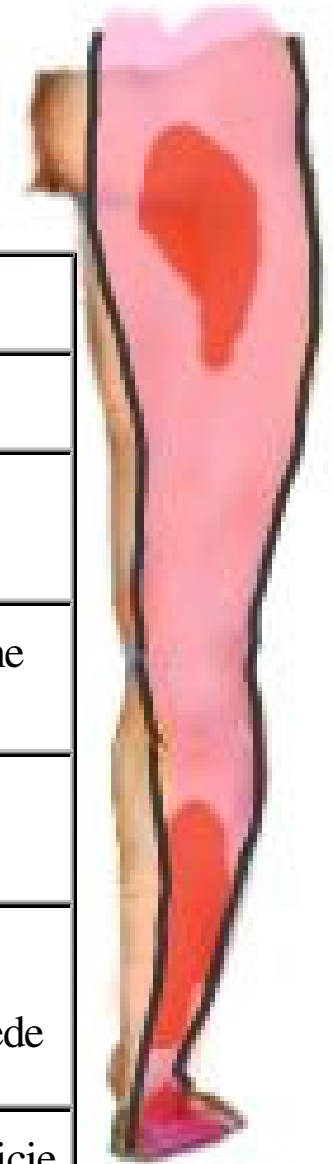
Lomsciatalgia dx S1



Manovra di Lasegue

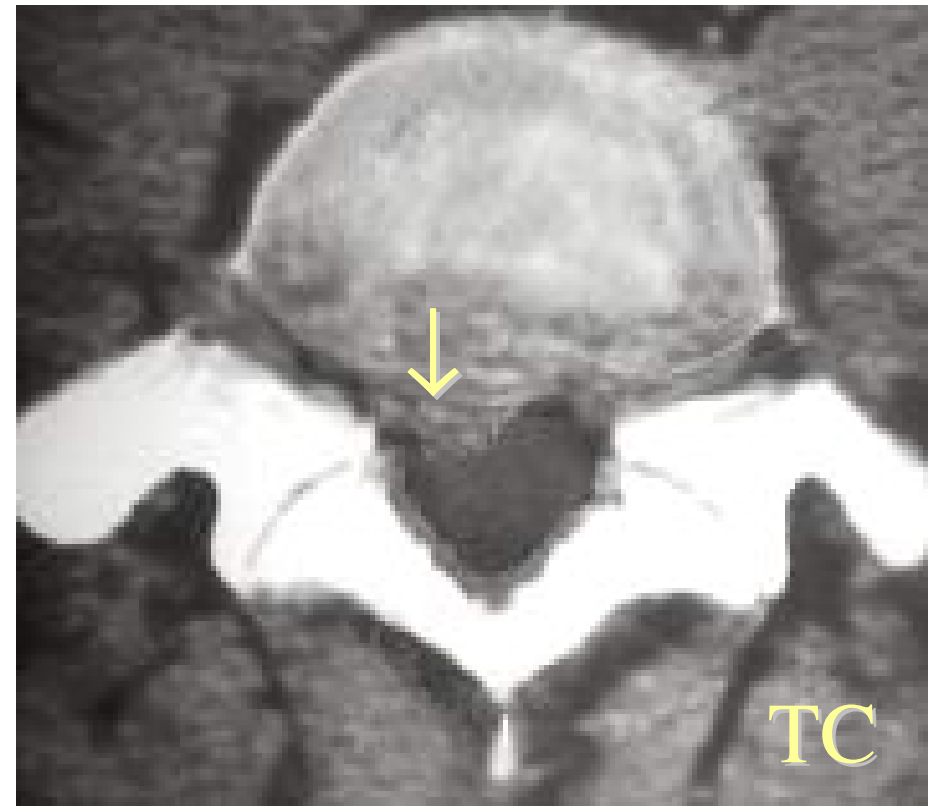
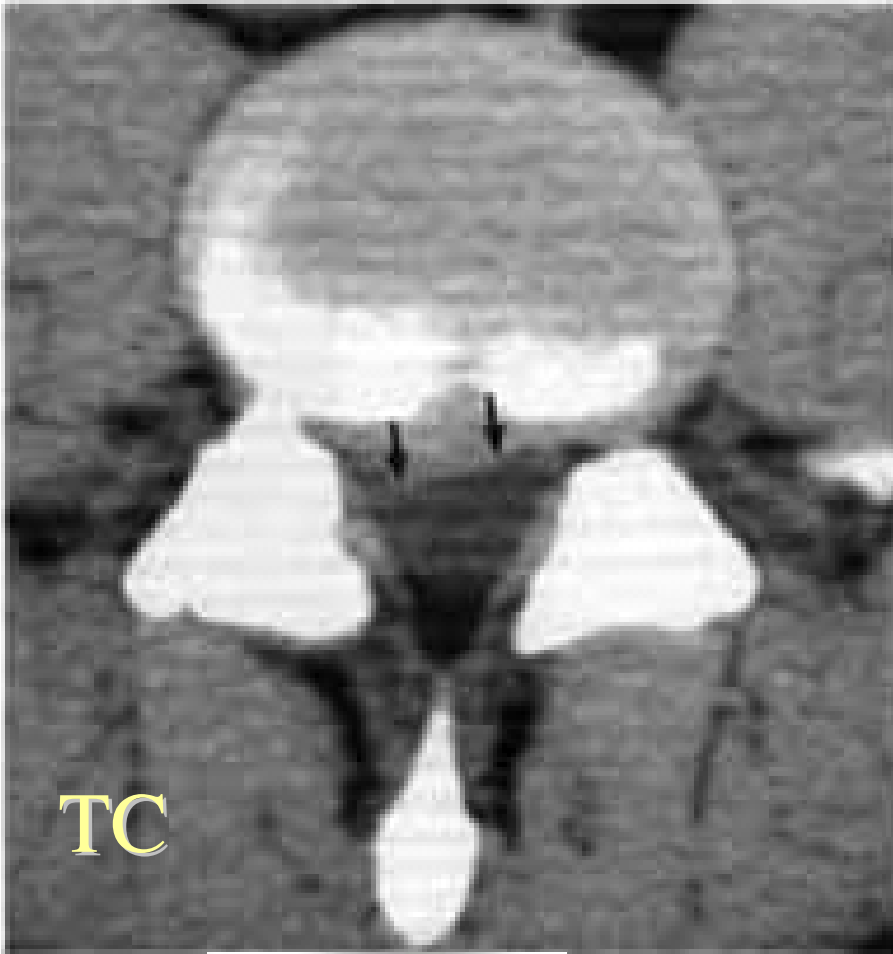
# Manifestazioni cliniche in rapporto alla sede

	Livello dell'EDL		
	L3-L4	L4-5	L5-S1
Radice compressa	L4	L5	S1
Ipostenia	Quadricipite e tibiale anteriore	Estensore lungo dell'alluce e peroniero ( flessione dorsale)	Gastrocnemio (flessione plantare)
Riflesso alterato	Rotuleo	non significativo	Achilleo
Deficit sensitivo	Superficie mediale della gamba	Superficie laterale della gamba, dorso del piede ed alluce	Polpaccio, superficie laterale e pianta del piede
Distribuzione del dolore	Coscia superficie anteriore	Coscia e gamba superficie laterale, dorso del piede	Coscia e gamba superficie posteriore, pianta del piede



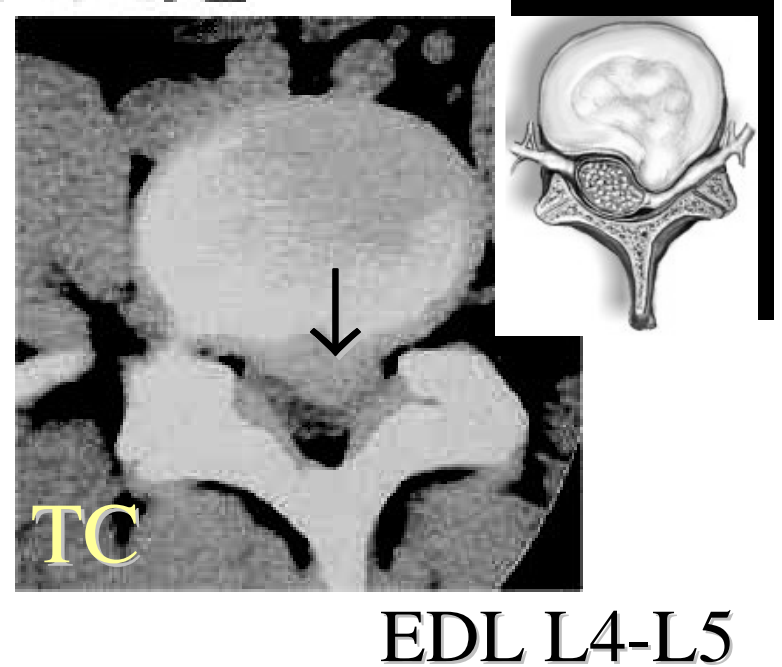
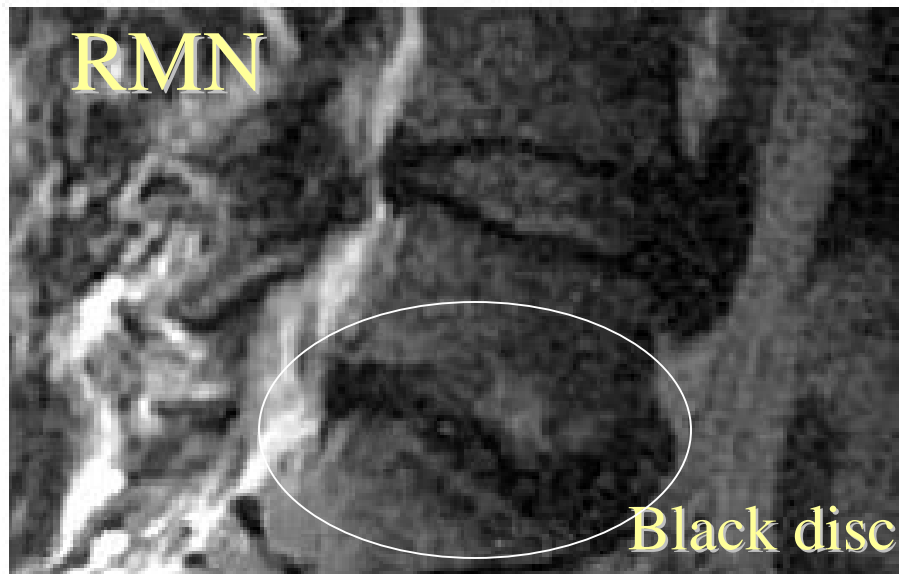
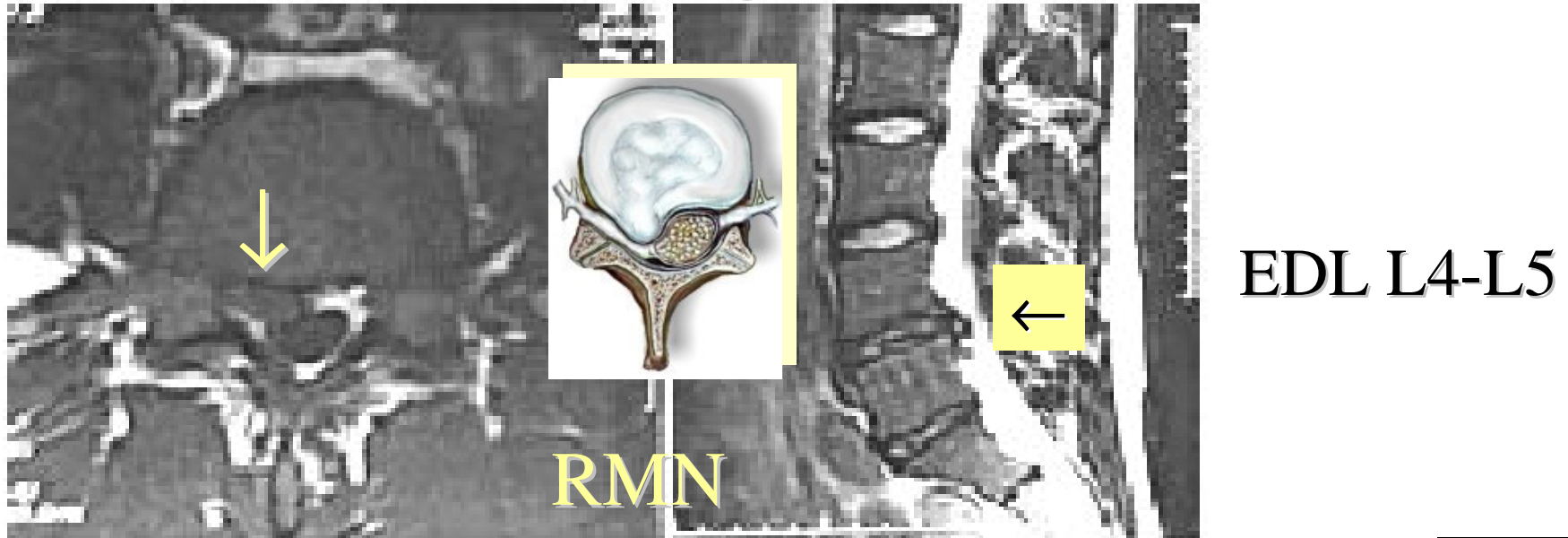
EDL L3-L4

# Neuroradiologia



EDL L5-S1

# Neuroradiologia

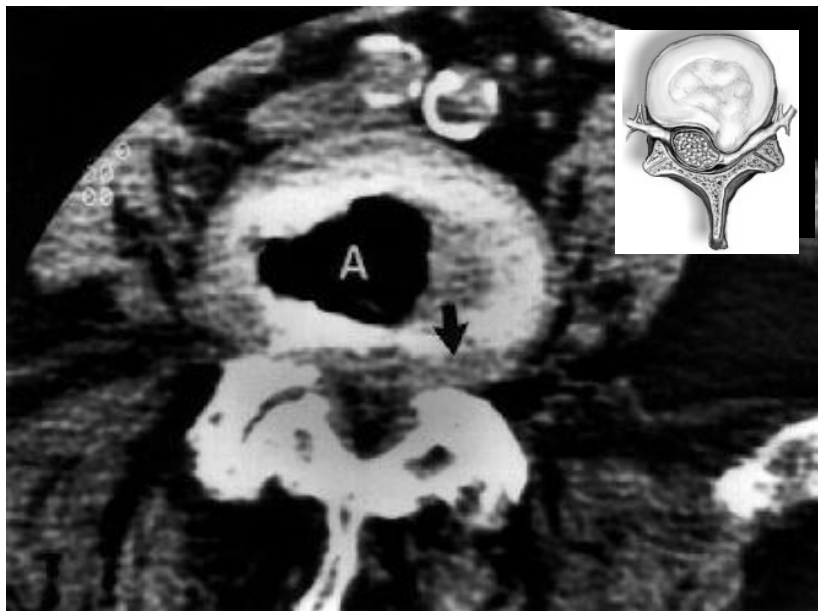




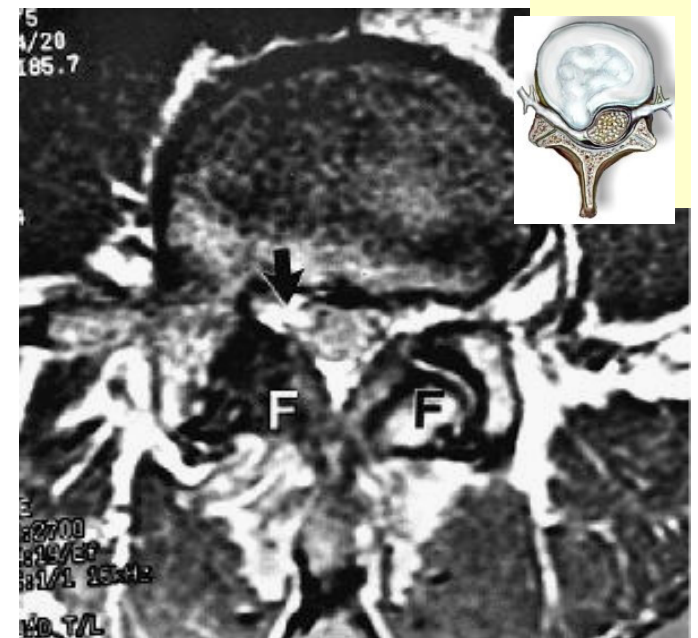
# Neuroradiologia



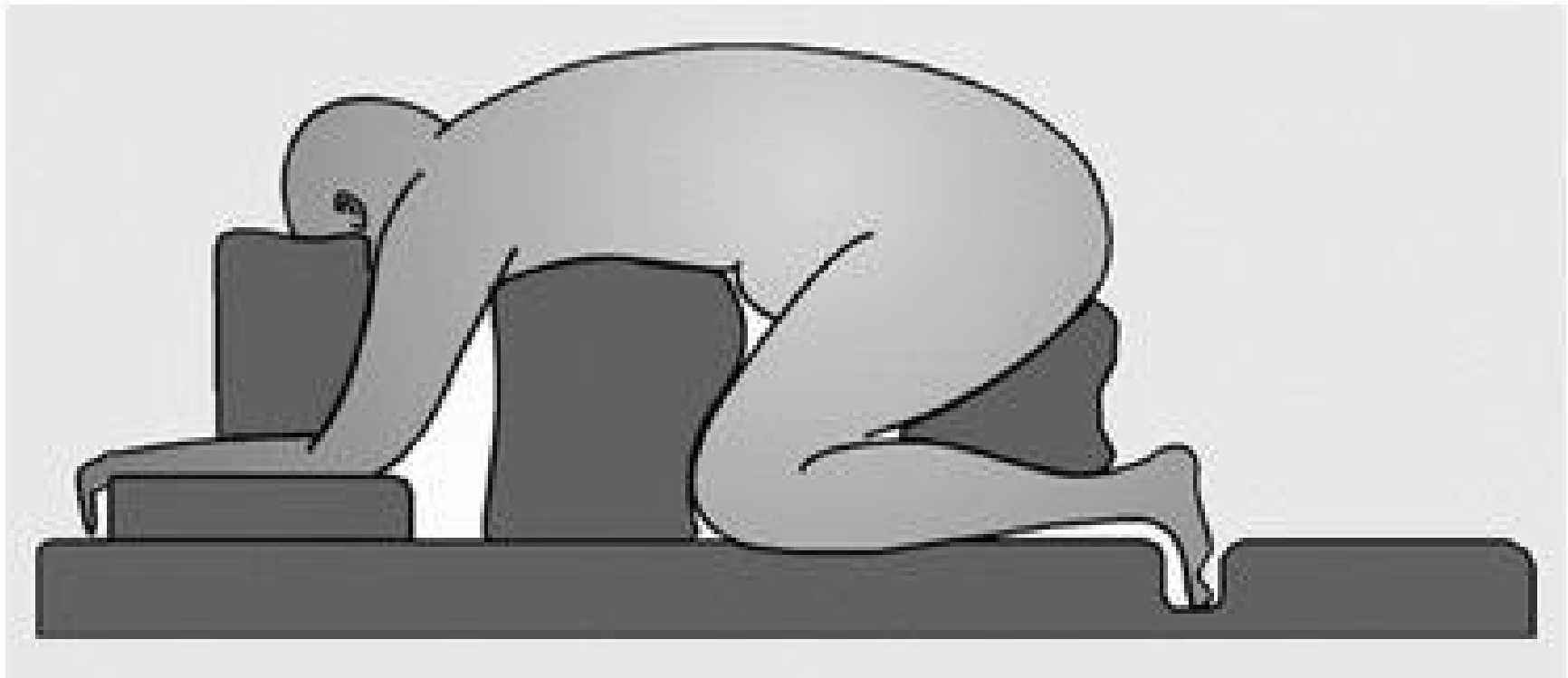
EDL L5-S1



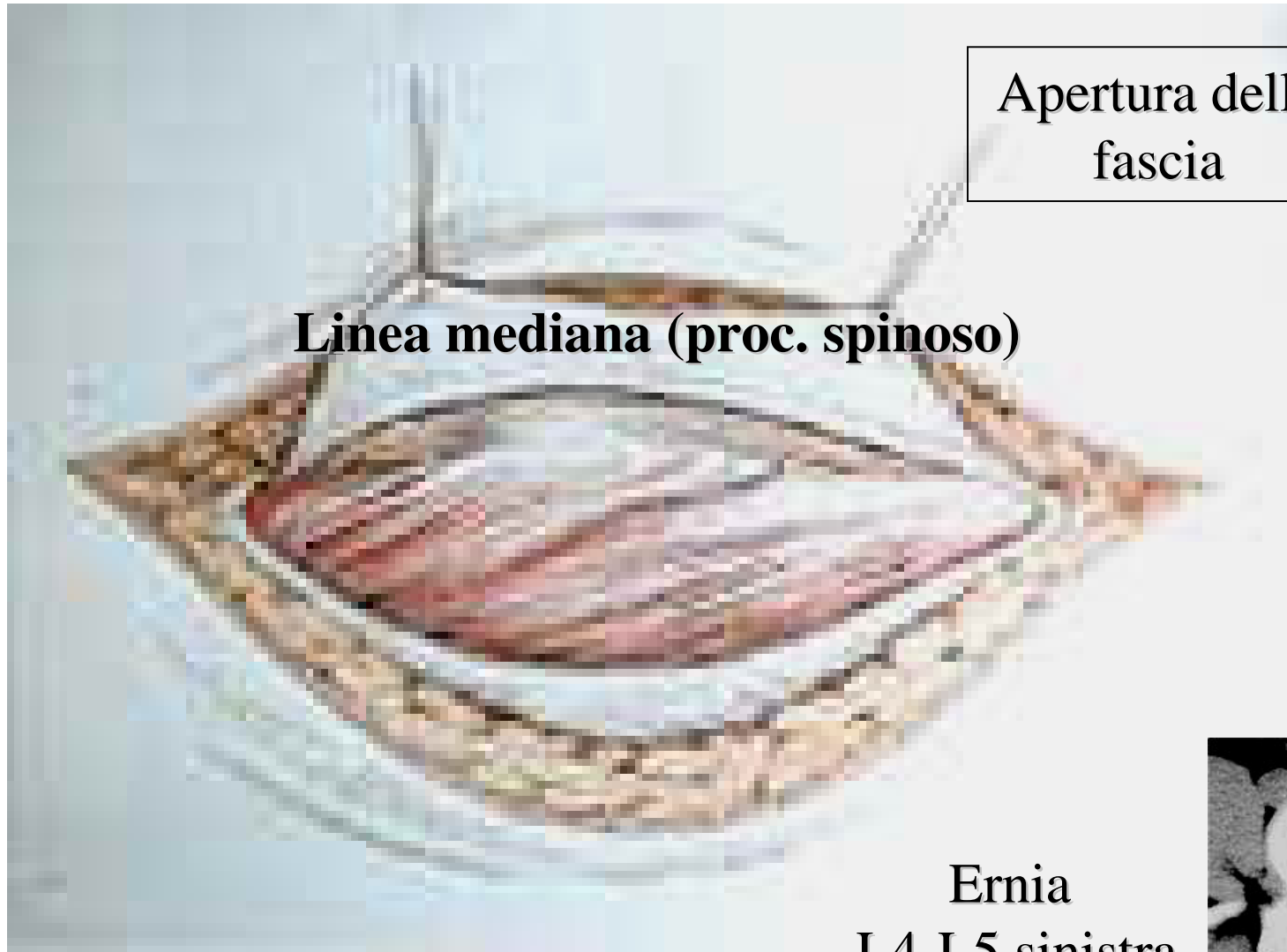
EDL L4-L5  
in stenosi



## *Posizione operatoria preferibile*



# Microdiscectomia 1



Apertura della fascia

**Linea mediana (proc. spinoso)**

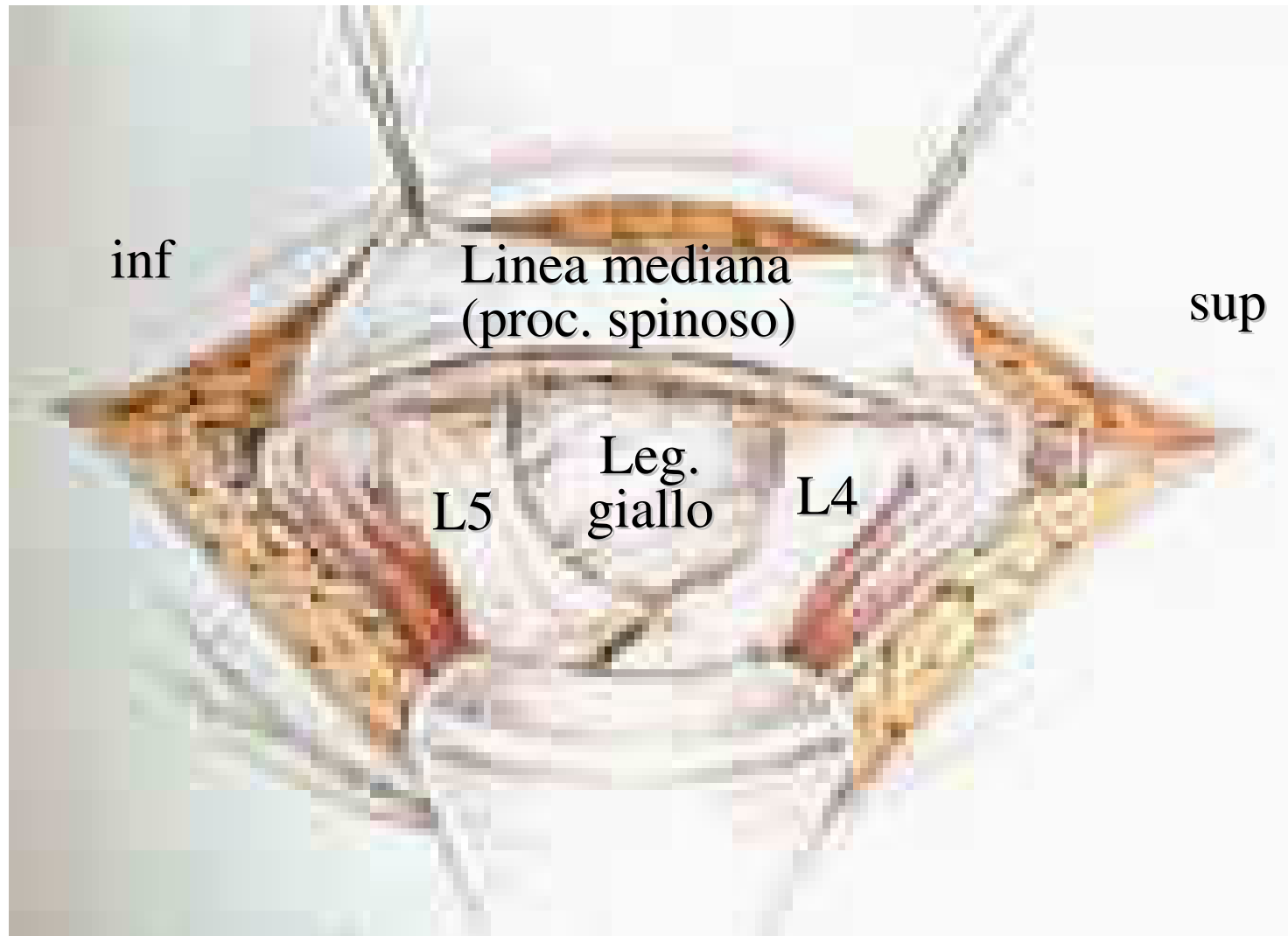
Ernia  
L4-L5 sinistra



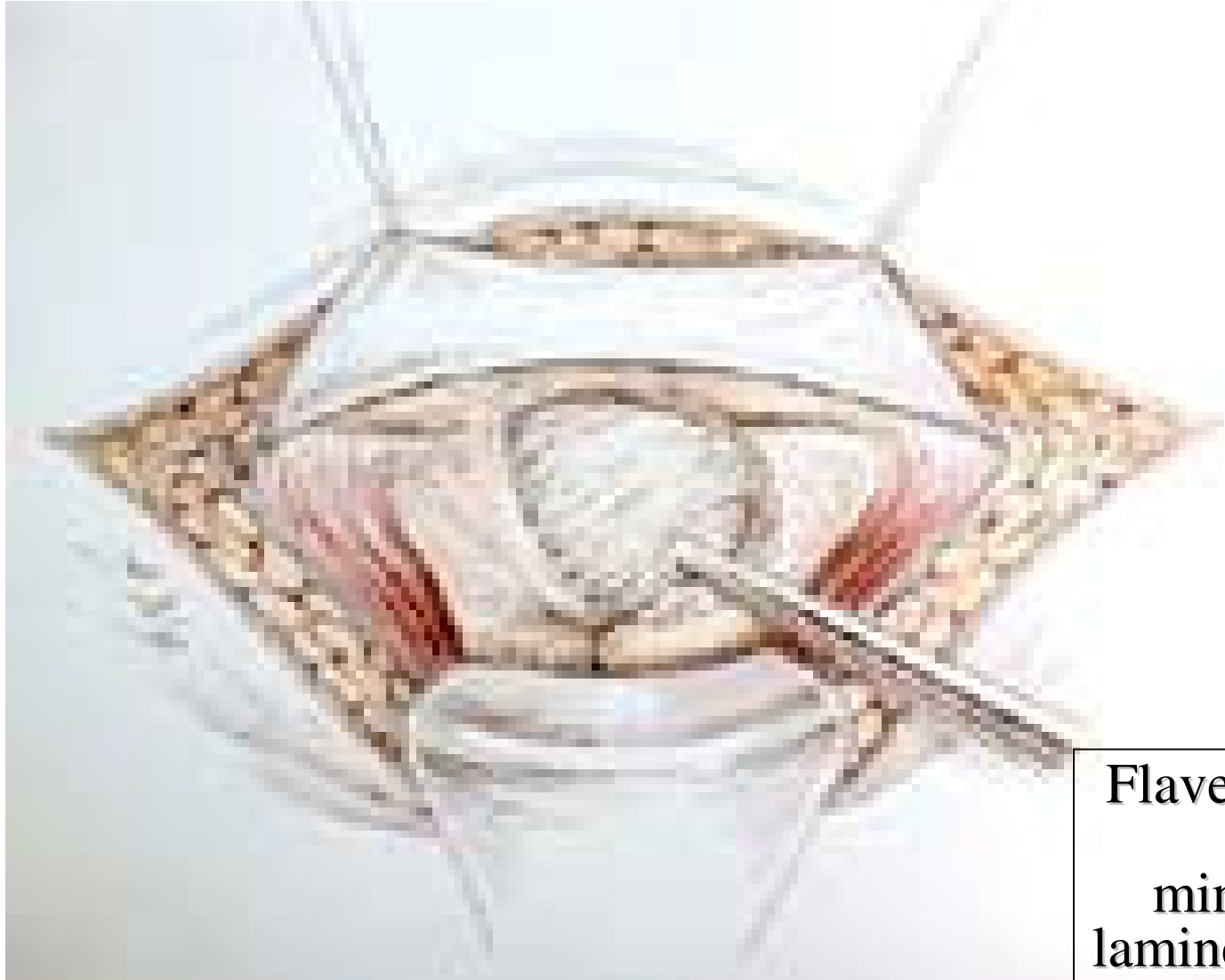
# Microdiscectomy 2



# Microdiscectomia 3



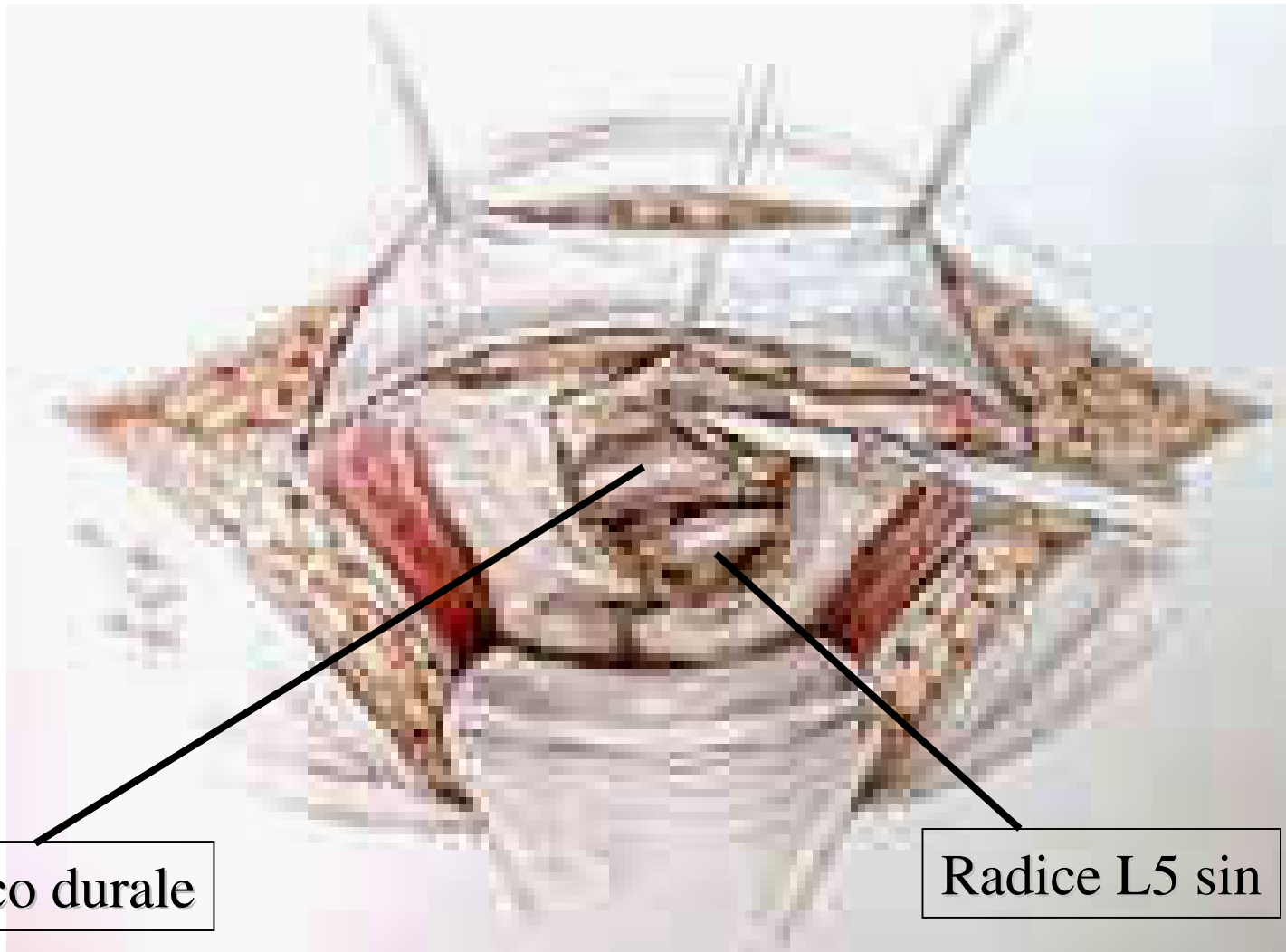
# Microdiscectomy 4



Flavectomy  
+  
minima  
laminectomy



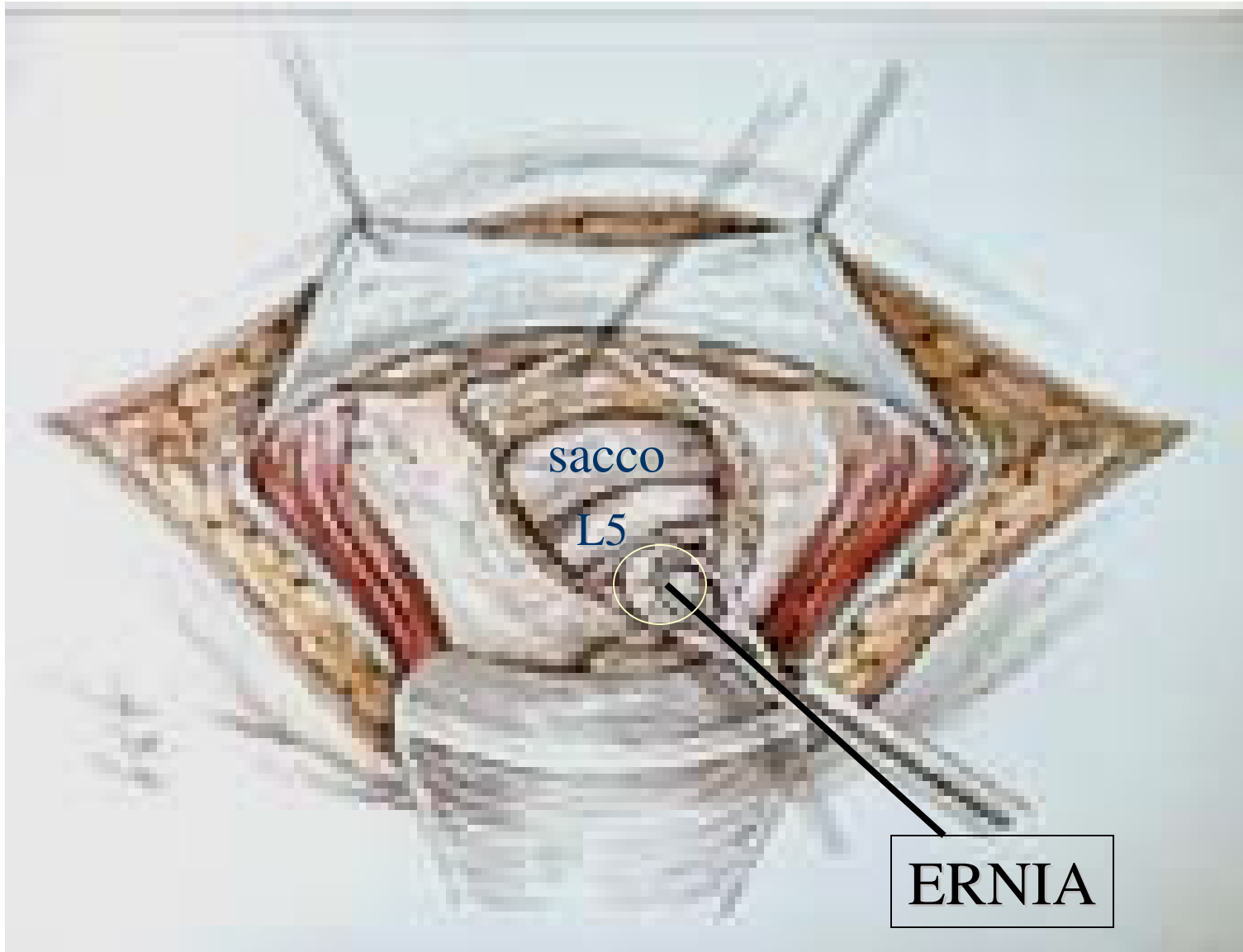
# Microdiscectomia 5



Sacco durale

Radice L5 sin

# Microdiscectomia 6



**Chiusura: ferita ca 3-4cm**

