

ÍNDICE DE OSWESTRY E MOBILIDADE LOMBAR APÓS DESCOMPRESSÃO DE RAÍZES NERVOSAS: 4 ANOS DE EVOLUÇÃO.

Ana Martha Krohling Costa, Maria Rita Masselli, Fabiana Paulino Lourenço, Manoel Ivanildo Silvestre Bezerra – Sub-área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Departamento de Fisioterapia – Faculdade de Ciências e Tecnologia- FCT/UNESP – Campus Presidente Prudente.

A compressão de raízes nervosas no forame de conjugação no segmento lombar provoca dor localizada e irradiada para membro inferior. Como as causas mais frequentes de lombociatalgias são de natureza mecânico-degenerativa, sua produção tem origem em desordens estruturais, desvios biomecânicos, ou na interação desses dois fatores. O tratamento da lombociatalgia a princípio é conservador e envolve repouso, medicamentos e escola de postura. Se o tratamento conservador falhar é improvável que ocorra uma resolução espontânea da crise e então a intervenção cirúrgica deve ser considerada. Os critérios eletivos para a cirurgia são: dor ciática intensa e sinais neurológicos, tais como parestesia, fraqueza muscular progressiva e diminuição ou ausência dos reflexos. Em caráter de urgência, quando há envolvimento neurológico da bexiga e intestino, além dos casos de ataques recorrentes de ciática que impedem o trabalho e a vida normal. Diferentes autores recomendam diferentes períodos de duração para o tratamento conservador antes de considerar cirurgia para os pacientes em crise de hérnia de disco lombar. Para estes autores, o tratamento conservador não pode ultrapassar dois meses de duração após o início dos sintomas e déficit sensitivo sob pena de obter uma pior evolução do quadro clínico do paciente. Com relação à fisioterapia, não existem evidências científicas de que os métodos físicos sejam absolutamente eficazes. Alguns são ligeiramente superiores aos placebos, em estudos controlados. Esperar muito deles, principalmente quando executados em serviços de atendimento massificado, é o primeiro erro. Entre fisioterapeutas, no entanto, é comum a cirurgia ser adiada indefinidamente ou até que o paciente não suporte mais a dor.

Para tratar com mais segurança de pacientes em crise de lombociatalgia o fisioterapeuta deve registrar periodicamente a intensidade da dor em escala visual analógica e aplicar questionário funcional para registrar a evolução do quadro dentro de algumas semanas. Com esta medida a situação fica sob controle e diminui o risco de resultado insatisfatório, no futuro, pelo fato de a cirurgia ter sido excessivamente protelada. Porém, quando a cirurgia torna-se necessária, é preciso conhecer os resultados em termos de função e mobilidade da coluna lombar.

Este estudo teve como objetivo analisar a evolução de pacientes que se submeteram à cirurgia para correção de hérnia de disco e estenose no segmento lombar, através do acompanhamento de suas evoluções em seguimentos de tempo pré-determinados. Foi iniciado há quatro anos a partir de uma casuística de apenas dez pacientes e por um período de 90 dias, quando eram coletados dados apenas de Índice Funcional de Oswestry (I.F.O.) e Escala Visual Analógica (E.V.A). Surgiu, então, a necessidade de continuar avaliando e cadastrando novos pacientes para um seguimento a longo prazo. O trabalho consistiu em visitar regularmente os pacientes submetidos à referida cirurgia em três hospitais de Presidente Prudente, já cadastrados, e submetê-los a avaliações periódicas. Atualmente são acompanhados 29 pacientes já cadastrados, dos quais onze já completaram quatro anos de P.O. e apresentam dados de todos os parâmetros descritos acima desde o primeiro mês de P.O. A faixa etária desta população variou entre 26 a 75 anos.

O desenvolvimento do Índice Funcional de Oswestry foi iniciado por John O'Brien em 1976, sendo publicado em 1980 e largamente disseminado a partir de 1981, com alto grau de confiabilidade demonstrada em pesquisas posteriores. O Questionário Funcional de Oswestry é constituído de 10 sessões que contém seis itens cada. O primeiro, tem sua pontuação igual a zero, descrevendo pequena ou nenhuma dor e/ou limitação funcional, enquanto que o sexto item apresenta pontuação igual a 5 indicando dor e/ou limitações extremas. Após somar o valor obtido em cada sessão, este será multiplicado por dois para se ter a porcentagem que revela o grau de dor e limitação do paciente com lombalgia. O questionário de Oswestry ainda não foi validado no Brasil, mas no Departamento de Enfermagem da UNICAMP o projeto de validação do referido questionário está em andamento. Segundo informações obtidas, estão seguindo as normas internacionais para a adaptação cultural do questionário, que envolve: tradução, *backtranslation*, comitê de juizes, pré-teste, validação e confiabilidade.

A mensuração da mobilidade da coluna lombar pode ser verificada através do flexímetro colocando-se a faixa de velcro do aparelho na altura do processo xifóide de maneira que o seu graduador fique na face lateral do corpo do paciente possibilitando que o avaliador posicionado frontalmente ao flexímetro possa obter a medida correta da flexo-extensão (flexão lombar: paciente sentado; extensão lombar: paciente em pé). A E.V.A. consiste em uma linha horizontal de 10 cm de comprimento com as seguintes expressões nas extremidades: sem dor, à esquerda, correspondendo ao zero e muita dor, à direita, correspondendo a 10.

O reflexo patelar é um reflexo profundo medido através dos nervos oriundos dos níveis neurológicos de L2, L3, e L4. O reflexo foi obtido mediante a percussão do tendão com o martelo de exame neurológico. O reflexo aquileu é um reflexo profundo, mediado pelos músculos sóleo e gastrocnêmio. Ele é predominantemente suprido pelos nervos oriundos do nível neurológico de S1. O reflexo foi obtido através de uma percussão do tendão para produzir uma flexão plantar involuntária. Os reflexos foram classificados como presentes ou abolidos.

Ao final do quarto ano, apenas cinco pacientes não apresentavam disfunção, quatro apresentavam disfunção mínima (1 a 20%), um disfunção moderada (21 a 40%) e um disfunção severa (41 a 60%), porém foi observada melhora entre o terceiro e quarto ano. Os resultados demonstram uma melhora significativa na evolução, que ocorre principalmente no período de até 6 meses após a cirurgia. Ao analisar a relação entre o I.F.O., a E.V.A. e a mobilidade da coluna lombar em quatro anos de P.O., pode-se observar que com o passar do tempo, ocorre alguma melhora da dor e grande melhora da função e mobilidade, demonstrando que estes três parâmetros estão relacionados. Os dois primeiros parâmetros estão diretamente relacionados entre si e inversamente relacionado com o último (Tabela I). A análise dos reflexos patelar e aquileu demonstra que há uma melhora até dois anos de P.O., sendo que após este período, o número total de pacientes os apresentam. Existe uma relação direta entre o grau de disfunção residual e a atividade laborativa do paciente antes da cirurgia, pois fatores ocupacionais parecem ter uma considerável influência na prevalência de sintomas residuais e em resultados clínicos. O trabalho do indivíduo, se requisitar significante desgaste físico, pode causar um resultado desfavorável. Assim, o paciente com atividade ocupacional leve tem uma evolução melhor.

Os resultados nos mostram que as evoluções dos pacientes não podem ser consideradas boas, pois a evolução é lenta e os pacientes, a partir de seis meses, demonstram melhoras não-significativas, sendo que a disfunção e algum grau de dor residual permanecem em quatro anos de pós-operatório. Entretanto, é importante salientar que a intervenção cirúrgica é realizada principalmente para aliviar a incapacitante dor ciática, porém a deficiência mecânica decorrente da patologia discal permanece.

Tabela I – Distribuição do I.F.O., E.V.A. e Flexo-extensão no período de 4 anos após cirurgia

Pacientes	I.F.O. (%)	E.V.A. (%)	Flexo-extensão(graus)
1	0	0	105
2	18	10	60
3	0	0	90
4	10	20	92
5	40	50	62
6	2	0	105
7	0	0	110
8	0	5	110
9	0	0	117
10	50	50	72
11	18	35	75

Questionário de Oswestry – Coluna Lombar

Nome: _____ Sexo: M/F Idade: _____ Data: _____ Nº de sessões _____
Profissão: _____ Afastado: Sim/Não Aposentado: Sim/Não Tratamento Anterior: Sim/Não

Este questionário foi planejado para dar informação sobre como sua lombalgia afeta sua habilidade para desempenhar suas atividades diárias. Por favor, responda todas as questões de cada sessão, e marque em cada sessão somente um quadradinho que mais se aplica a você. Nós acreditamos que você pode encontrar duas afirmações em cada sessão que se aplicam a você, mas por favor, marque apenas o quadradinho que mais corretamente descreve o seu problema.

Sessão 1 – Intensidade da dor

- € A dor vem e vai e é muito leve
- € A dor é leve e não varia muito
- € A dor vem e vai e é moderada
- € A dor é moderada e não varia muito
- € A dor vem e vai e é severa
- € A dor é severa e não varia muito

Sessão 2 – Cuidados pessoais

- € Eu posso cuidar de mim normalmente sem causar mais dor
- € Eu posso cuidar de mim normalmente, mas isso aumenta a dor
- € É doloroso cuidar de mim e eu faço devagar e cuidadosamente
- € Eu preciso de alguma ajuda, mas faço a maior parte dos meus cuidados pessoais
- € Eu preciso de ajuda diariamente na maioria de meus cuidados pessoais
- € Eu não consigo me vestir, me lavo cuidadosamente e fico na cama

Sessão 3 – Levantar pesos

- € Eu posso levantar grande peso sem causar mais dor
- € Eu posso levantar grande peso mas isso aumenta a dor
- € A dor me impede de levantar grande peso do chão, mas eu posso levanta-lo se ele estiver bem posicionado, por exemplo, sobre a mesa
- € A dor me impede de levantar grande peso, mas eu posso levantar pelo leve ou moderado se ele estiver bem posicionado
- € Eu posso levantar somente peso leve
- € Eu não posso levantar ou carregar peso de jeito nenhum

Sessão 4 – Caminhar

- A dor não me impede de andar qualquer distância
- A dor me impede de andar mais do que 1,5km
- A dor me impede de andar mais do que 800m
- A dor me impede de andar mais do que 400m
- Só posso andar usando bengala
- Eu fico na cama a maior parte do tempo e tenho que me arrastar para o banheiro

Sessão 5 – Sentar

- € Eu posso sentar em qualquer cadeira pelo tempo que desejar
- € Eu posso sentar somente na minha cadeira favorita pelo tempo que desejar
- € A dor me impede de ficar sentado mais do que 1 hora
- € A dor me impede de ficar sentado mais do que ½ hora
- € A dor me impede de ficar sentado mais do que 10 minutos
- A dor me impede completamente de sentar

Sessão 6 – Ficar de pé

- € Eu posso ficar de pé quanto tempo desejar sem causar mais dor
- € Eu posso ficar de pé quanto tempo desejar mas isto aumenta a dor
- € A dor me impede de ficar de pé mais do que 1 hora
- € A dor me impede de ficar de pé mais do que 30 minutos
- € A dor me impede de ficar de pé mais do que 10 minutos
- € A dor me impede completamente de ficar de pé

Sessão 7 – Dormir

- € A dor não me impede de dormir bem
- € Acordo no meio da noite por causa da dor, mudo de posição e volto a dormir
- € Acordo muito durante a noite por causa da dor
- € Só durmo bem (pelo menos 6 horas) se tomar remédio
- € Mesmo tomando remédio, eu durmo menos do que 4 horas
- € Mesmo tomando remédio, eu durmo menos do que 2 horas

Sessão 8 – Vida Sexual

- € Minha vida sexual é normal e sem causar dor
- € Minha vida sexual é normal mas causa um pouco de dor
- € Minha vida sexual é quase normal mas muito dolorosa
- € Minha vida sexual é severamente restrita por causa da dor
- € Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor
- € A dor me impediu qualquer relação sexual até agora

Sessão 9 – Vida Social

- € Minha vida social é normal e não me causa mais dor
- € Minha vida social é normal mas aumenta o grau de dor
- € A dor não afeta muito minha vida social a não ser limitando algumas atividades, por exemplo, dançar, etc.
- € A dor restringe minha vida social e eu não saio frequentemente
- € A dor restringe minha vida social a minha casa
- € Eu não tenho vida social por causa da dor

Sessão 10 – Viajar

- € Eu posso viajar a qualquer lugar sem causar mais dor
- € Eu posso viajar a qualquer lugar mas isto aumenta a dor
- € A dor é ruim mas eu posso viajar por duas horas
- € A dor restringe minhas viagens a menos do que 1 hora
- € A dor restringe minhas viagens – somente se for necessário e em até 30 minutos
- € A dor me impede de viajar, exceto para o médico ou hospital

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

-----|-----
Sem dor Muito dor

Referências Bibliográficas

1. CECIN, H. A. Proposição de uma reserva anatomofuncional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico-degenerativas. Revista da Associação de Medicina do Brasil, v. 43, n. 4, p. 295-310, 1997.
2. HOPPENFELD, S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. São Paulo: Atheneu, 1995.
3. LOUPASIS, G. A.; STAMOS, K.; KATONIS, P.G.; SAPKAS, G.; KORRES, D.S.; HARTOFILAKIDIS, G. Seven-to-20-year-outcome of lumbar discectomy. Spine, v. 24, n. 22, p. 2313-2324, 1999.
4. MASSELLI, M. R.; LOPES, M. M., SERILLO, T. B. Índice funcional de Oswestry de pacientes submetidos à cirurgia para descompressão de raízes nervosas. Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, v. 10, n. 2, p.70-76, 2003.