



CONSIGLI PER LA VITA QUOTIDIANA

Stenosi lombare sintomatica | Rachide lombare e bacino | 02/08/2026

* COMPRENDERE LA STENOSI LOMBARE

OK Il quadro è di natura compressiva e posizione-dipendente: i sintomi si riducono in flessione e con il riposo, e la condizione resta gestibile con il condizionamento e l'adattamento delle attività.

- Il canale si restringe soprattutto quando la schiena è estesa e si apre in flessione: per questo i sintomi compaiono camminando in piano o in discesa e si riducono piegandosi in avanti, in salita o in bicicletta.
- Il fatto che i sintomi compaiano dopo una certa distanza e passino con il riposo è caratteristico e rassicurante: significa che il problema è di afflusso e spazio, non di danno che avanza a ogni passo.
- La stenosi visibile in risonanza è comune con l'età e non sempre dà sintomi: il grado radiologico non predice quanto potrai camminare.
- L'obiettivo realistico non è eliminare il restringimento ma aumentare la distanza che riesci a percorrere prima che i sintomi compaiano.
- Le linee guida internazionali sulla stenosi lombare degenerativa indicano il trattamento conservativo come approccio iniziale nei quadri lievi e moderati, riservando la chirurgia ai casi non responsivi.¹

* STRATEGIE PER CAMMINARE DI PIÙ

- Usare le pause in flessione come strumento: sedersi o appoggiarsi in avanti per un minuto quando i sintomi compaiono, poi riprendere. Si percorre più strada in totale che tentando di resistere.
- Un carrello della spesa o dei bastoncini da trekking permettono di camminare leggermente flessi in avanti e allungano molto la distanza percorribile.
- La bicicletta, anche da camera, è spesso ben tollerata perché la posizione è già in flessione: è il modo migliore per mantenere la condizione cardiovascolare.
- Preferire i percorsi in leggera salita e la scala rispetto alla discesa, che accentua l'estensione lombare.

* ATTIVITÀ QUOTIDIANA

- Evitare di stare fermi in piedi a lungo, che è tipicamente peggio del camminare: se devi aspettare, appoggia un piede su un rialzo.
- Mantenere il peso sotto controllo riduce direttamente il carico sul canale e ha un effetto misurabile sulla distanza percorribile.
- La perdita progressiva di autonomia nel cammino è il parametro che seguo per capire se il quadro sta evolvendo: annotare la distanza percorsa senza fermarsi è più utile di descrivere il dolore.

ATTENZIONE Se la debolezza alle gambe compare a riposo, o se camminare diventa improvvisamente instabile, il quadro va rivalutato senza attendere.

* ESERCIZI DA FARE A CASA



- Flessione lombare da supino (10 ripetizioni, 2-3 volte al giorno): portare entrambe le ginocchia verso il petto e mantenere 10 secondi. Apre lo spazio nel canale e allevia i sintomi dopo il cammino.
- Cyclette a sella alta (15-25 minuti, 4 giorni a settimana): in posizione leggermente in avanti, resistenza moderata. È l'allenamento cardiovascolare meglio tollerato in questa condizione.
- Rinforzo dei glutei in appoggio (3 serie da 10 ripetizioni, a giorni alterni): ponte glutei o step su un gradino basso. La forza dell'anca influisce direttamente sulla resistenza nel cammino.

* SE IL DOLORE NON CAMBIA

- Questi consigli servono a farti muovere in sicurezza e a ridurre il ricorso ai farmaci, non a sostituire il trattamento.

ATTENZIONE Se dopo 5 giorni di applicazione costante il dolore è invariato o peggiorato, contattami per una rivalutazione: significa che il quadro richiede un intervento diretto.

Prenota una visita su WhatsApp

oppure Tel. 3200489973

* CONTATTA SUBITO, SENZA ASPETTARE

- Debolezza alle gambe presente anche a riposo o in rapido peggioramento
- Difficoltà a controllare urine e feci
- Perdita di sensibilità nella zona a contatto con la sella
- Riduzione improvvisa e marcata della distanza percorribile nel giro di pochi giorni
- Dolore notturno continuo con febbre o perdita di peso

* RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Kreiner DS, Shaffer WO, Baisden JL, Gilbert TJ, Summers JT, Toton JF, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis (update). Spine J. 2013;13(7):734-43.