

■ PATOLOGIE DELLA SCHIENA

Gestione della lombalgia nel setting delle cure primarie

Secundo il Global Burden of Disease la lombalgia (low back pain - LBP) non specifica è la principale causa globale degli anni vissuti con disabilità.

La sua incidenza nel corso della vita è del 58-84%; l'11% degli uomini e il 16% delle donne presentano lombalgia cronica. Oltre il 30% dei pazienti con sciatalgia presenta sintomi clinicamente significativi ad un anno dall'insorgenza. Il 7% dei consulto dei Mmg è riferibile alla lombalgia, che ogni anno determina la perdita di 4.1 milioni di giornate lavorative. Nell'ultimo decennio la ricerca ha supportato alcuni importanti cambiamenti nella gestione della LBP. Un recente articolo ha valutato le più recenti linee guida (LG) pubblicate (Regno Unito, Danimarca, Belgio, Stati Uniti), per fornire un aggiornamento sulla gestione di LBP non specifica nelle cure primarie.

► Classificazione e diagnosi

Le LG confermano l'utilizzo della valutazione clinica per triage. L'approfondimento diagnostico è suggerito per pazienti con sospetta patologia di origine extraspinale: dissezione aortica o renale, deficit neurologici (radiocolopatia, stenosi del canale spinale, sindrome della cauda equina), grave

patologia spinale (tumore, infezione, frattura), spondiloartrite. Viene scoraggiato l'uso dell'imaging di routine nei casi di LBP non specifica.

Due sono gli approcci per guidare la sua gestione. Quello tradizionale (raccomandato dalle LG danesi e statunitensi) stratifica i pazienti sulla base della durata della sintomatologia: acuta (<6 settimane), subacuta (tra 6 e 12 settimane), cronica (>12 settimane) quindi suggerisce di utilizzare un approccio graduale, iniziando con terapie semplici per poi progredire verso trattamenti più complessi, nel caso non vi siano miglioramenti. Un approccio più recente suggerito dal NICE e dalle linee guida belghe prevede l'uso di semplici strumenti prognostici validati e in relazione alla stratificazione del rischio, considerare un supporto semplice e meno intensivo per i pazienti che potrebbero migliorare rapidamente e avere un esito favorevole o un supporto complesso e intensivo per i pazienti con un rischio più elevato di esito sfavorevole.

► Messaggi chiave

Poiché molti pazienti con LBP non specifica a basso rischio migliorano nel tempo indipendentemente dal trattamento, viene raccomandato un trat-

tamento minimo di prima linea (consulenza, assicurazione e autogestione) e un follow-up a 1-2 settimane.

Se i pazienti necessitano di cure di seconda linea i trattamenti non farmacologici (terapie fisiche e psicologiche) devono essere prescritti prima delle terapie farmacologiche, in questo caso devono essere utilizzate alla dose efficace più bassa e per il più breve periodo di tempo possibile.

Per i pazienti con LBP cronica sono raccomandati esercizio e/o terapia comportamentale cognitiva, con trattamento multidisciplinare per presentazioni più complesse.

► Realtà italiana

Queste raccomandazioni sono in linea con quanto sottoscritto in Italia dalla Simg e da Slow Medicine: "la lombalgia è nella maggior parte dei casi benigna e a risoluzione spontanea. L'anamnesi e l'esame obiettivo, anche con ricerca di segni neurologici, permettono di escludere situazioni cliniche gravi. In tali casi le tecniche di imaging sono inappropriate, almeno per le prime 6 settimane, poiché non modificano l'approccio terapeutico. Inoltre il riscontro di reperti incidentali induce ansia e ricorso ad ulteriori inutili esami, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo ingiustificato per la collettività".

Bibliografia

- Almeida M et al. Primary care management of non-specific low back pain: key messages from recent clinical guidelines. *Med J Aust* 2018; 208: 272-75.
- Cartabellotta A et al. Evidence 2017; 9 (4): e1000165 doi: 10.4470/E1000165
- www.slowmedicine.it