

Valutazione del paziente con lombalgia

La quasi totalità delle forme lombalgiche che si presentano all'osservazione del medico di medicina generale presentano una eziologia meccanica. Occorre però prestare attenzione alle possibili cause non meccaniche, in genere costituite da patologie serie

Il mal di schiena rappresenta il disturbo osteoarticolare più frequente nella popolazione generale. Ne è afflitto il 5.6% della popolazione adulta del mondo occidentale e circa l'80% a un certo punto della vita è destinato a presentare una lombalgia. È evidente come il mal di schiena possa essere una delle cause più frequenti di accesso diretto al medico di medicina generale: rappresenta infatti il 3.5% del totale degli accessi e quotidianamente un Mmg presta assistenza a 2-3 pazienti con mal di schiena. Va rilevato però che spesso i soggetti con lombalgia praticano l'automedicazione, anche senza interpellare il proprio Mmg, ricorrendovi dopo avere già provato terapie farmacologiche o dopo avere effettuato autonomamente esami strumentali nel tentativo di risolvere il disagio.

Un ruolo primario nella diagnosi e nel management della lombalgia è ovviamente rivestito dal medico di medicina generale. Va segnalato però che in uno studio (Negrini et al) è stato evidenziato che in circa il 50% dei casi i Mmg che effettuano un esame obiettivo completo nei pazienti con lombalgia acuta tralasciano la valutazione dei ROT (riflessi osteo-tendinei), della forza muscolare e della sensibilità, limitandosi alla palpazione e all'esecuzione della manovra di Lasègue. Lo stesso studio ha evidenziato anche un'alta percentuale di esecuzione di indagini radiografiche nelle lombalgie e lombosciatalgie acute.

■ Cause di lombalgia

Oltre il 95% dei pazienti ha una causa meccanica alla base del dolore lombare. La lombalgia meccanica può essere definita come dolore secondario ad un uso eccessivo o ad una abnorme

stimolazione di una normale struttura anatomica o dolore secondario a un trauma o a una deformità. Le cause più comuni sono le lesioni muscolo-legamentose e i processi degenerativi dei dischi intervertebrali e nelle faccette articolari. In circa l'1% dei casi la causa non è di origine meccanica (tumore, infezione, flogosi, aneurisma aortico, ecc) e nel 2% il dolore è di origine viscerale con irradiazione al rachide lombare o espressione di malattia sistemica.

■ Diagnosi differenziale

La diagnosi non può prescindere da un'anamnesi accurata, da un ampio esame clinico e da eventuali accertamenti strumentali atti ad escludere i casi (i cosiddetti "red flags", *tabella 1*) - evidenziandone le criticità - che devono essere individuate tempestivamente. Generalmente le notizie riguardanti il dolore, ovvero il tipo, la sede, l'intensità, l'insorgenza, la durata e la qualità, forniscono in gran parte le informazioni necessarie per operare una corretta diagnosi differenziale. Innanzitutto va indagata la durata del dolore: acuto, quando la sintomatologia non supera i tre mesi; cronico quando supera un arco di tempo che va da 3 a 6 mesi; persistente: nel periodo intercorrente. Va segnalato che il dolore cronico va inteso non solo in riferimento al fattore tempo, ma anche alla capacità o meno da parte dell'organismo di recuperare una condizione fisiologica. Questo non si verifica quando i fattori patogenetici che hanno scatenato il dolore non sono più direttamente correlati alla causa iniziale e il dolore diventa di per se stesso malattia. In questi casi l'attività dei neuroni di primo e secondo livello persiste anche quando il neurone danneggiato

è guarito o quando è venuta meno l'infiammazione dei tessuti circostanti. Secondo alcuni ricercatori questo fenomeno è legato a una sorta di interruttore generale del dolore nei nervi periferici mediato dall'enzima proteinkinasi G (PKG). La stimolazione di PKG nella microglia potrebbe giocare un ruolo benefico nella risoluzione della neuroinfiammazione rimuovendo le cellule morte e diminuendo i livelli di mediatori pro-infiammatori.

Una distinzione importante è la valutazione della lombalgia infiammatoria da forme meccaniche dovute a cause esterne, che solitamente presenta alcune tipiche caratteristiche: esordio insidioso, età <40 anni, durata per almeno 3 mesi, dolore notturno-mattutino, migliora con esercizio fisico, risposta ai Fans.

Una volta posta la diagnosi e individuati i casi critici da inviare a consulenza specialistica, va favorito un rapido ritorno del paziente alle normali attività. L'obiettivo primario del trattamento è rappresentato dalla riduzione del dolore con terapie conservative per mezzo di farmaci antidolorifici, Fans, miorilassanti, associati a fisioterapia e indicazioni educazionali per il recupero funzionale. Inoltre è necessario sapere se e quando utilizzare farmaci steroidei e oppioidi e per quanto tempo.

■ Raccomandazioni dalle linee guida

Una recente pubblicazione (Chou R et al) che ha preso in considerazione le linee guida sulla lombalgia dell'American College of Physicians e dell'American Pain Society, offre spunti pratici in tal senso: gli esperti hanno raccolto sette raccomandazioni che tengono conto della clinica, delle cause e del trattamento più adeguato che è

Tabella 1

Cause non meccaniche (red flags) di lombalgia

Patologia	Segni e sintomi	Strategia
> Neoplasie	Età >50-60 anni, storia di neoplasie, calo di peso, mancato miglioramento dopo 4-6 settimane, dolore ingravescente a riposo e notturno	RMN, controllo oncologico
> Frattura vertebrale	Età avanzata, dolore da carico, trauma, osteoporosi/osteomalacia, uso di corticosteroidi, precedenti fratture da compressione	Rx del rachide, invio a ortopedico (vertebroplastica?), reumatologo (diagnosi e terapia dell'osteoporosi), fisiatra (ortesi e terapia antalgica non farmacologica)
> Stenosi del canale vertebrale	Età avanzata, claudicatio neurologica, miglioramento del dolore in posizione seduta con tronco flesso	TAC o RMN, invio a fisiatra (ortesi, rieducazione), ortopedico (decompressione)
> Sindrome della cauda equina	Ritenzione urinaria, anestesia a sella, ridotto tono sfintere anale, sciatica uni o bilaterale, deficit sensitivo-motorio	Valutazione chirurgica urgente
> Infezioni	Dolore a riposo e notturno, febbre, recenti infezioni, storia di tossicodipendenza, HIV, terapie immunosoppressive	RMN, invio a reumatologo e/o infettivologo
> Spondiloartrite	Età <45 anni, dolore notturno/mattutino, rigidità, migliora col movimento, inizio subdolo, di durata superiore a 3 mesi, sensibilità ai Fans, storia di entesiti e/o mono-oligoartriti, familiarità per spondiloartriti, colite ulcerosa, morbo di Crohn, uveite anteriore acuta, psoriasi	Radiografia del bacino e del rachide dorso-lombare, invio al reumatologo
> Aneurisma dell'aorta addominale	Età >60 anni, aterosclerosi, massa pulsante addome, dolore notturno e a riposo, irradiazione sciatologica	Ecografia addome urgente e invio a valutazione chirurgica

possibile praticare nel setting delle cure primarie e nei casi che non richiedono intervento chirurgico.

1. L'esame obiettivo, l'anamnesi e la valutazione dei rischi psicosociali nei casi di lombalgia cronica sono indispensabili per inquadrare la patologia in tre categorie: lombalgia aspecifica; lombalgia potenzialmente associata a radiculopatia o a stenosi del canale spinale; lombalgia potenzialmente associata ad altre specifiche cause spinali.

2. Nella lombalgia aspecifica non sono raccomandati esami radiologici di routine (radiografia, TAC e RMN).

3. In presenza di deficit neurologici severi e progressivi o se c'è il sospetto diagnostico di altre patologie sottostanti si devono eseguire esami radiologici di routine e altri test specifici.

4. Valutare i pazienti con lombalgia cronica o persistente che presentano segni o sintomi di radiculopatia o stenosi del canale spinale preferibilmente con RMN o TAC solo se sono potenzialmente candidati alla chirurgia o all'esecuzione di iniezioni epidurali di steroidi per sospetta radiculopatia.

5. Fornire ai pazienti informazioni "evidence based" sulla lombalgia ri-

guardanti le loro aspettative, raccomandandogli di rimanere attivi e consigliandogli le migliori cure di automedicazione.

6. Nei pazienti con lombalgia severa, dolore cronico e deficit funzionali, considerare i rischi e i benefici di ogni terapia, valutando, prima di iniziare, efficacia e sicurezza dei farmaci assunti per lungo tempo. L'utilizzo di Fans e paracetamolo sono considerati opzioni terapeutiche di prima scelta, tenendo però conto della loro modesta efficacia nel lungo periodo.

7. Nei pazienti non responder va considerato l'uso di terapie non farmacologiche con provati benefici (manipolazioni vertebrali). Nelle lombalgie subacute o croniche sono raccomandate: riabilitazione intensiva interdisciplinare, ginnastica, agopuntura, massoterapia e tecniche di rilassamento.

Conclusioni

Nella valutazione complessiva dei pazienti con mal di schiena non andrebbero trascurati i fattori psicologici ed emozionali, che potrebbero avere anche un ruolo di analgesia del dolore.

Alcuni autori ipotizzano che un importante mediatore di analgesia indotta dallo stress potrebbe essere la potente modulazione effettuata dalla noradrenalina degli input dell'area pontina parabrachiale situata nel centro dell'amigdala, regione cerebrale nota per la processazione delle emozioni.

A questo va aggiunta l'azione terapeutica rassicurante da parte del Mmg, per ridurre lo stato di apprensione verso il problema, già di per se stesso responsivo di tensione e di ulteriore mantenimento della contrattura. Il Mmg dovrebbe anche rassicurare il paziente facendogli comprendere la causa che ha scatenato il mal di schiena e gli eventuali fattori di rischio connessi all'attività lavorativa e/o ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali, ad affaticamento fisico o a eccessivo sforzo mentale.

Note bibliografiche

- Chou R et al. *Ann Intern Med* 2007; 147: 478-91.
- Delaney AJ et al. *Neuron* 2007; 56: 880-92.
- Negrini S et al. *Spine* 2001; 26: 2727-33.
- Randolph DC et al. *Am Fam Physician* 2007; 76: 1497-1502.
- www.cumc.columbia.edu
- www.pnlg.it