

Articolo Inedito:**Il Dolore Lombo-Sacrale...una Guida per districarsi**

A cura di

Mariangela Caroli ©

Stefano Spaccapanico Proietti ©

*Maggio 2012***INTRODUZIONE:**

Il **Low Back Pain** (LBP) o lombalgia è un disturbo caratterizzato da un **dolore generalmente non specifico, avvertito nella regione postero-inferiore della colonna vertebrale, nel tratto compreso tra il margine costale e la piega glutea, che abbia una durata minima di 24h.**

È un fenomeno molto diffuso nei paesi industrializzati, dal quale dipendono elevati costi sociali, assenza dal lavoro e che presenta evidenti difficoltà di trattamento.

Le statistiche ci segnalano **numeri allarmanti**^{1,2}:

- dal 1994 al 2007 le RMN sono aumentate del 307%, gli interventi di fusione spinale sono aumentati del 204%, le iniezioni spinali sono aumentate del 629% e l'uso di oppiacei è aumentato del 423%.
- Durante lo stesso periodo si è verificato un incremento della corrispondente popolazione di pazienti solo del 12%.

Nonostante questi numeri preoccupanti, **gli outcome dei pazienti stanno peggiorando** e le conseguenze del LBP stanno aumentando su diversi fronti, interessando inesorabilmente tutta la collettività.

Malgrado molta ricerca sia stata condotta per migliorare la cura del LBP, un recente raduno dei principali esperti da tutto il mondo ha raccolto l'opinione generale che la situazione sia degenerata. Infatti, **la disabilità cronica da LBP è aumentata circa 5 volte negli ultimi 15 anni**³.





Esiste un gap tra ciò che, attraverso la ricerca conosciamo riguardo la gestione del dolore lombare, e quello che abitualmente facciamo.

Frequentemente prodotti di mercato, farmaci, mezzi d'informazione ed i nostri stessi desideri sembrano promettere quella panacea desiderata dal paziente.

Clinici e Pazienti hanno bisogno di **aspettative più realistiche, di un linguaggio più accurato e di una più chiara condivisione delle decisioni gestionali**³.

Sappiamo che la maggior parte dei pazienti riferisce un **miglioramento sostanziale della sintomatologia dalle 2 alle 4 settimane**, ritornando presto alle normali attività indipendentemente da qualsiasi trattamento ricevuto. I casi di remissione spontanea sono riferiti al singolo episodio di lombalgia, tuttavia **non bisogna trascurare la percentuale di pazienti lombalgici (5-10%) che, invece, va incontro a dolore cronico e disabilità**. In particolare questi pazienti iniziano quella tremenda via crucis che li porta a peregrinare dal medico di medicina generale, al radiologo, all'ortopedico, al neurologo, al fisiatra, al fisioterapista, all'osteopata e via dicendo sino ad arrivare agli approcci 'non convenzionali'.

Il dolore lombare ha acquisito i caratteri di un'epidemia, multidimensionale, complessa, a tratti enigmatica e certamente costosa per la collettività.

Un'appropriata gestione del LBP, un approccio serio, ragionato ed evidence informed ha l'obiettivo di diminuire sostanzialmente la disabilità cronica e di ridurre, così anche l'impatto, personale, sociale ed economico del LBP.

Esistono **numeroso classificazioni delle Lombalgie** su base anatomica, eziologica, relative alla sede del dolore alla disabilità del soggetto, all'evidenza di riscontro radiologico, alla risposta al trattamento o alla presenza o meno di una patologia specifica.

Esistono anche **differenti parametri temporali** anche se non vi è omogeneità tra i vari Autori rispetto alla durata di ogni fase.

Tuttavia è opportuno sapere che:

- Ad oggi, esistono **poche evidenze a supporto di specifici fattori fisici che possano essere considerati accurati elementi predittivi di disabilità**^{4,5}
- Ad oggi, **nessun sistema di classificazione diagnostica si è dimostrato superiore ad altri**^{6,7}
- Spitzer ha evidenziato che **la maggior incidenza di LBP non ha patologie di base**



identificabili e dimostrabili⁸

- Spesso, **processi patologici ipotizzabili e/o riscontrabili possono non essere la causa del dolore del paziente, o possono non verificarsi isolatamente⁸**

In merito all'eziologia del LBP, alcuni Autori hanno riportato dati statistici da analizzare e tenere in considerazione:

Bogduk:

- **39 % Disco**
- **15% Zigoapofisi**
- **13% Sacro/Iliaca**
- **33% Causa Indefinita**

Laslett:

- **15-40% Zigoapofisi**

Le principali **Linee Guida Internazionali** prevedono, l'individuazione di due categorie di LBP:

1. ASPECIFICO

2. SPECIFICO

In questo senso, l'**obiettivo principale nella valutazione** dei pazienti con LBP è poter **escludere gravi patologie**, sebbene solo una bassa percentuale dei pazienti presenterà tale condizione.

Le comuni **Red Flags** includono:

- età superiore a 50 anni,
- storia di cancro,
- sintomi della cauda equina,
- ritenzione urinaria,
- pregresso uso di steroidi,
- inspiegabile perdita di peso,
- dolore notturno,
- etc.
- In questi rari casi sono richiesti quadri di imaging avanzati ed un ulteriore approfondimento

clinico, volti ad escludere patologie specifiche quali spondiloartriti sieronegative, spondilite anchilosante, spondiloartrite psoriasica, osteocondrite dissecante, patologie viscerali, patologie di natura infettiva (ag. piogeni, salmonella, brucellosi, etc) o tumorale (neoplasie primitive, metastasi).

Le lombalgie aspecifiche vengono anche definite meccaniche, è infatti ***nella genesi meccanica e nella sua influenza sull'evoluzione del quadro clinico che ritroviamo la caratteristica più tipica della stragrande maggioranza delle Lombalgie*** (Deyo 1996, Nachemson 1996, Spitzer 1987).



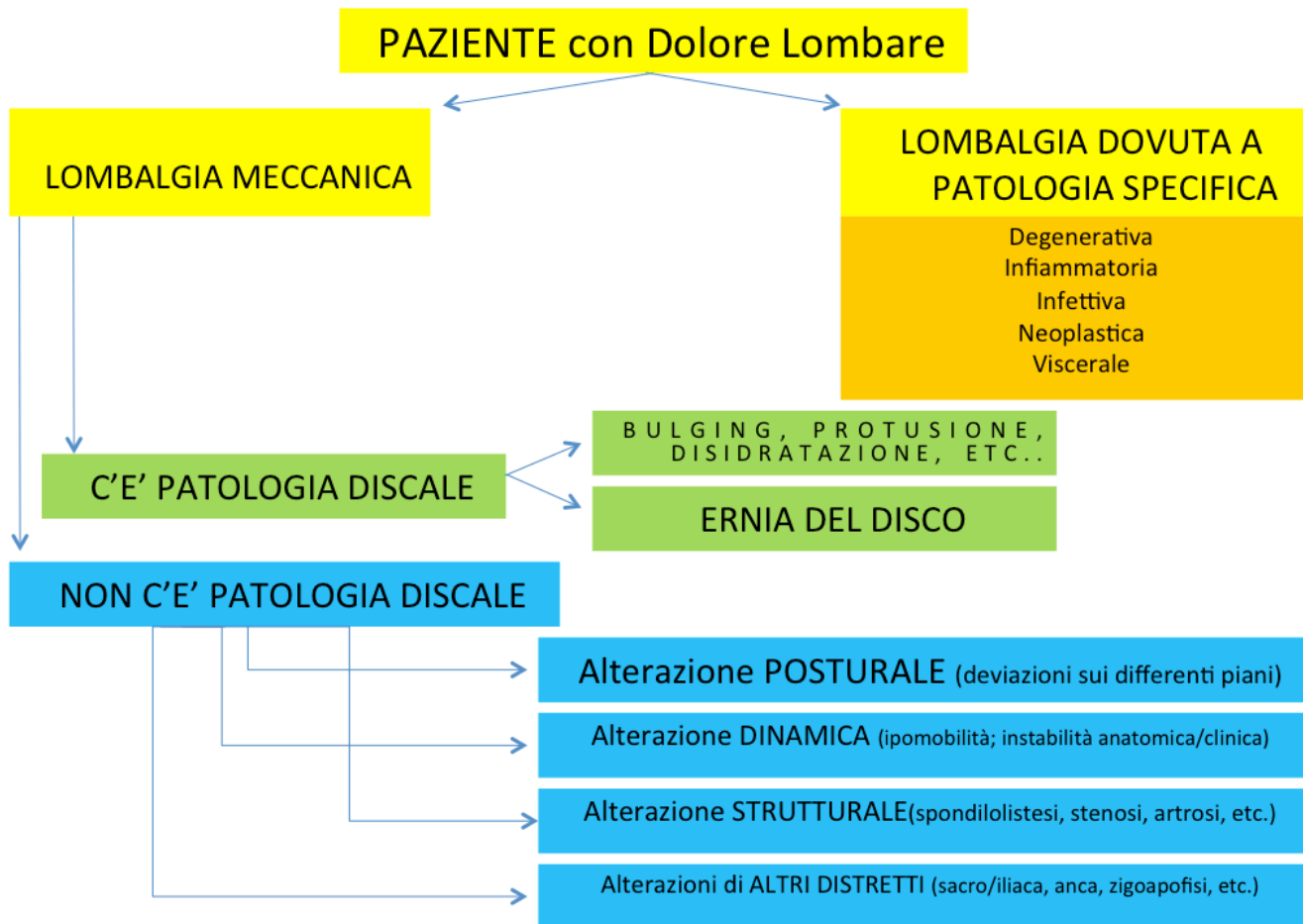
Lo stress meccanico ripetitivo, è **solitamente asintomatico in una prima fase** (sollecitazioni anomale su strutture indenni); **diventando sintomatico in una fase successiva, quando le strutture colpite non rispondono più adeguatamente a sollecitazioni fisiologiche** (Cailliet 1977)

Differenti strutture possono essere responsabili della sintomatologia del soggetto (disco, radice, zigoapofisi, legamento longitudinale posteriore, muscoli, etc...)

Pertanto, essendo la lombalgia una **sindrome funzionale multifattoriale** (Negrini 1994), **non può esistere un unico responsabile, ma solo un elemento prevalente o un fattore scatenante la sintomatologia del paziente in un dato momento.**

L'individuazione del principale fattore causale i disturbi del paziente facilita l'individuazione degli obiettivi terapeutici da perseguire ed i relativi strumenti per il raggiungimento degli stessi.

A questo scopo può essere utile cercare di utilizzare una valutazione inclusiva/esclusiva di cui inseriamo un algoritmo.



Analizziamo alcuni punti fermi che la ricerca ha evidenziato in merito agli approcci utilizzati nella valutazione e nel trattamento del LBP:

IMAGING:

La maggior parte dei risultati delle indagini diagnostiche, in particolare dei cambiamenti degenerativi, sono scarsamente correlati con la presentazione clinica del paziente.

Nonostante questo, radiografie ed altri esami di imaging avanzate sono la routine in quanto prescritte già in un primo approccio clinico per molti pazienti con LBP¹⁰

In una lista di attività cliniche sovra-utilizzate, recentemente pubblicata, è stato stimato, per l'imaging in caso di LBP, un costo di oltre 175 milioni di dollari solo negli Stati Uniti¹¹

Pertanto esami di imaging strumentale non sono raccomandati a meno che i pazienti non rispondano alla terapia conservativa.

Raccomandazioni per la valutazione ed imaging¹

Giungere ad una diagnosi in corso di esame.

Non prescrivere radiografie del rachide lombare in caso di LBP non-specifico.

Considerare la Risonanza Magnetica quando sono sospettati disordini di altra natura:

- Tumori
- Infezioni
- Crollo osteoporotico
- Fratture
- Sindrome della Cauda Equina
- Spondilite Anchilosante e altre malattie infiammatorie

Consigliare la RM solo in caso di LBP non-specifico che faccia sospettare una fusione spinale.

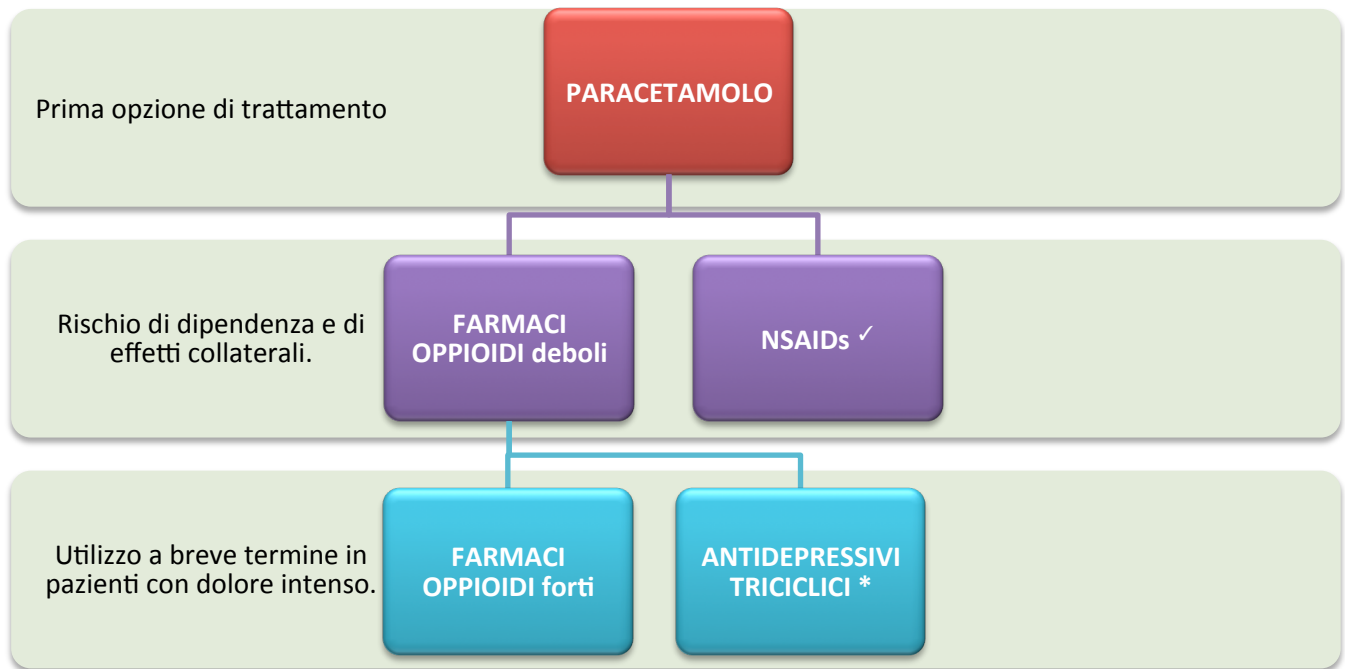
¹Low Back Pain: full guideline (May 2009)

FARMACI:

Oggi gli **oppioidi** rappresentano la categoria di farmaci più comunemente prescritta negli Stati Uniti e sono molto utilizzati per il LBP.

Gli indici di prescrizione di questi farmaci continuano a salire, malgrado **essi non siano, in maniera evidente, superiori a farmaci più economici e più sicuri come i FANS**^{12,13}

Anche gli **anti-depressivi** sono comunemente prescritti per il LBP cronico, **nonostante le convincenti e consistenti evidenze di alto livello, mostrino che gli stessi non inducano risultati superiori ai placebo e probabilmente non riducano nemmeno i sintomi depressivi associati al LBP**^{12,13}



* Sono prescritti solo se gli altri farmaci risultano essere insufficienti ✓ Rischio effetti collaterali e co-prescrizione di PPI per gli over 45



APPROCCI TERAPEUTICI STANDARD:

L'errore comune da parte di molti clinici è trattare tutti i pazienti con LBP allo stesso modo, come se la lombalgia si manifestasse in ognuno con le stesse caratteristiche.

Ciò accade nonostante prove evidenti suggeriscano l'esistenza di sottogruppi di pazienti ben distinti e la loro risposta preferenziale a differenti trattamenti (vd. Importanza della Clinical Prediction Rule).

Tutti gli operatori sanitari hanno l'obbligo di comunicare l'evidenza o l'assenza dei risultati nella ricerca ai loro pazienti, riguardo i diversi approcci terapeutici, in modo da facilitare le loro decisioni "informate".

Il LBP è un problema di grande rilevanza clinica, epidemiologica ed economica, perciò **negli ultimi anni sono state elaborate diverse linee guida, al fine di rendere maggiormente realistico l'approccio terapeutico e diagnostico.**

Come districarsi...

LINEE GUIDA PER LA PRATICA CLINICA

Come ***intervento primario***, attualmente, le LG nazionali ed internazionali consigliano :

- Di **restare attivi**, ossia non ridurre completamente le attività della vita quotidiana. Puntare su un'*attività fisica globale* in modo da promuovere un'efficace autogestione del disturbo oltre che conservare la funzionalità del rachide¹⁴;
- La **terapia cognitivo - comportamentale**: informare e rassicurare i pazienti circa il loro problema. La rivalutazione di credenze errate, il confronto con le proprie paure e la consapevolezza del circolo vizioso instauratosi, conducono un miglior controllo del dolore, una riduzione della percezione di impotenza e della disabilità¹⁵;
- Un **trattamento conservativo farmacologico** è differente a seconda dei casi. La TENS non fornisce prove di efficacia, per cui non è raccomandata dalle LG;
- **Manipolazioni Spinali**: movimenti ad alta velocità e di piccola ampiezza al limite del range parafisiologico;
- **Evitare il riposo a letto**, perché non contribuisce alla risoluzione del quadro clinico, anzi le condotte di evitamento contribuiscono alla cronicizzazione del disturbo¹⁶;
- **Esercizi fisici, agopuntura e massaggi potrebbero** aiutare a migliorare la sintomatologia.^{17,18}



Una valutazione soggettiva e funzionale è essenziale per identificare il vissuto doloroso del soggetto, le sue alterazioni funzionali e le strategie di adattamento.

Il clinico deve **“sotto-classificare il paziente”**, perciò dovrà somministrare non solo test standardizzati, ma anche test funzionali, affinché possa essere indirizzato o meno verso un ***programma d'intervento secondario***, il quale includerà:

- un approccio multidisciplinare,
- tecniche cognitivo-comportamentali,
- analgesici più potenti,
- iniezioni di steroidi (efficacia controversa),
- decompressione chirurgica (solo in casi appropriati).

Come l'esperienza clinica dimostra, non tutti i pazienti presentano segni e sintomi simili e non tutti rispondono ad un unico metodo di trattamento: la **Clinical Prediction Rule (CPR)**, può essere considerata una **guida** valida per l'adozione di un programma di intervento adatto per il paziente.

Si tratta di uno **studio di ricerca medica in cui i ricercatori provano ad identificare la combinazione migliore tra segni, sintomi ed altri risultati, identificando dei gruppi di fattori che possano far predire un'eventuale risposta positiva ad un trattamento**. Questo originale sistema di classificazione, fu pubblicato per la prima volta nel 1995 ed era rivolto esclusivamente a pazienti con lombalgia acuta o che avessero una lombalgia pre-esistente con esacerbazioni, fortemente invalidante e limitante nelle attività della vita quotidiana.

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno aggiornato i contenuti della CPR, che tuttavia non deve essere considerata l'unica strategia d'intervento.

Attraverso l'individuazione di elementi caratteristici (evidenziati analizzando segni, sintomi, test clinici e questionari di valutazione funzionale), la CPR permette di **collocare ciascun paziente in una delle quattro categorie di trattamento considerate più idonee, ovvero trattamento tramite manipolazioni, training di stabilizzazione, esercizi specifici (flessione, estensione o lateralshift) e trazione**.

Ciascuna categoria presenta delle **key-directions** da considerare, per poter indirizzare un paziente verso un metodo di trattamento piuttosto che un altro.

I vantaggi di tale approccio sono l'alta affidabilità e il miglioramento dei risultati clinici.

Una scelta appropriata per il trattamento aumenta sicuramente la nostra probabilità di successo.



La CPR stabilisce *quattro categorie di trattamento*

CATEGORIE DI TRATTAMENTO	CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Manipolazione	<ul style="list-style-type: none"> - assenza di sintomi distali fino al ginocchio- recente comparsa dei sintomi (<16 giorni) - FABQ*score <19 - ipomobilità del rachide lombare - rotazione interna dell'anca <35° <p>*Fear Avoidance Beliefs Questionnaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sintomi al di sotto del ginocchio - aumento della frequenza degli episodi - sintomi periferici con i <i>motion tests</i> - nessun dolore con lo <i>spring test</i>
Stabilizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - età inferiore ai 40 anni - maggiore flessibilità generale (SRL > 91°) - "instability catch" - positività del prone instability test - aumento della frequenza degli episodi 	<ul style="list-style-type: none"> - Disuguaglianza dell' SLR > 10° tra i due arti inferiori - FABQ score < 9
Esercizio specifico^(*)	<p>ESTENSIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> - sintomi distali fino alla regione glutea - centralizzazione^(**) dei sintomi con l'estensione lombare - sintomi periferici con la flessione lombare - preferenza direzionale per l'estensione - sintomi periferici con i <i>motion test</i> <p>FLESSIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> - età superiore ai 50 anni - preferenza direzionale per la flessione - indagini diagnostiche rivelano una stenosi a livello del rachide lombare <p>LATERALSHIFT</p> <ul style="list-style-type: none"> - deviazione sul piano frontale della bisacromiale rispetto alla bisiliaca - preferenza direzionale per movimenti di traslazione laterale della pelvi 	<ul style="list-style-type: none"> - LBP senza sintomi distali - sintomatologia invariata con ogni tipo di movimento
Trazione^(***)	<ul style="list-style-type: none"> - segni e sintomi che presagiscono la compressione di una radice nervosa- nessun movimento che centralizza i sintomi 	

* Questo approccio rispecchia la " *Mechanical Diagnosis and Therapy*" di McKenzie.

** La *centralizzazione* è l'abolizione del dolore e delle parestesie in seguito ad una specifica posizione del rachide (flessione o estensione), mentre la *preferenza direzionale* è definita come una situazione dove un movimento in una certa direzione migliora la sintomatologia dolorosa e le limitazioni dei ROM.

*** A causa della carenza di evidenze che supportino questo tipo di trattamento nel LBP, l'attenzione della CPR è maggiormente concentrata sulle prime tre categorie.

CONCLUSIONI:

De Rosa e Porterfield nel 1996 affermavano:

'Le terapie utilizzate nelle lombalgie sembrano contenere, più di quelle utilizzate in qualsiasi altra regione corporea, note di innovazione, ingenuità ed in qualche caso, di misticismo. Forse considerando quali sono gli obiettivi che si prefigge il trattamento delle lombalgie, l'intervento terapeutico dovrebbe basarsi su criteri logici e scientifici'

Esiste ancora oggi, un gap significativo tra ciò che la ricerca ci permette di sapere e ciò che quotidianamente facciamo come clinici.

Occorre utilizzare un approccio terapeutico basato sul modello dell'Evidence Based Medicine ovvero un approccio su tre fronti verso la pratica clinica e la cura del paziente che includa parti contribuiti da:

1. la migliore evidenza possibile
2. la preferenza del paziente
3. l'esperienza del clinico

Considerata la complessità delle Lombalgie è necessario elaborare un **percorso terapeutico integrato** che presupponga l'utilizzo di approcci, metodiche o tecniche scelte mediante l'utilizzo di un metodo ragionato che preveda il perfezionamento delle proprie competenze cliniche individuali con i risultati della letteratura scientifica.

Attività Fisica		Manipolazione Spinale		Radiofrequenza		Antidepressivi, Oppiacei, Noradrenergici o Serotoninergici	
Yoga		Ter. Cognitivo Comportamentale		Iniezioni Epidurali di Steroidi			
Rilassamento Progressivo		Back School		Tossina Botulinica			
Supporti Lombari		Trattamento Multidisciplinare		Stimolazione dei Trigger Point / Midollo			
Terapia Fisica / Tens		Agopuntura		Antidolorifici			
Massaggio		Blocco Nervoso Locale		Miorilassanti			

Schema Riassuntivo Riportante i più comuni Trattamenti utilizzati nella gestione del LBP analizzati nelle principali Linee Guida Internazionali

Trattamento Consigliato

Trattamento Sconsigliato

Trattamento Controverso



References

1. Martin BI, Deyo RA, Mirza SK et al. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. *JAMA* 2008; 299: 656-64.
2. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? *Journal of the American Board of Family Medicine* 2009; 22: 62-8.
3. Pransky G, Borkan JM, Young AE & Cherkin DC. Are we making progress? The Tenth International Forum for Primary Care Research on Low Back Pain. *Spine* 2011; 36(19): 1608-1614
4. Werneke M et Al. Centralization phenomenon as a prognostic factor for chronic low back pain. *Spine*. 2001; 25:758-764]
5. Frymorer J. Predicting disability from low back pain. *Clin Orthop*. 1993; 279:101-109
6. Peterson et Al. Diagnostic classification of non specific low back pain: A new system integrating patho-anatomic and clinical categories. *Physiother Theory Pract*. 2003; 19:213-237
7. Peterson et Al. Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. *Aust J Physioter*. 2004; 50:85-94
8. Spitzer W. Diagnosis of the problem [the problem of the diagnosis]. *Spine* 1987; 12 (suppl): S16-S21
9. Bogduk N. The anatomical basis for spinal pain syndromes. *J Manipulative Physiol Ther*. 1995; 18(9):603-605
10. Flynn TW, Smith B & Chou R. Appropriate use of diagnostic imaging in low back pain: A reminder that inappropriate imaging may do as much harm as good. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2011; 41(11): 838-846.
11. The Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med*. 2011; 171(15): 1385-1390.
12. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubenstein SM et al. A systematic review of the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low back pain. *European Spine Journal* 2011; 20: 40-50.
13. White AP, Arnold PM, Norvell DC et al. Pharmacologic management of chronic low back pain: Synthesis of the evidence. *Spine* 2011; 36(21S): S131-S143
14. S.D. Liddle, J.H. Gracey, G.D. Baxter. Advice for the management of low back pain: a sistematic review of randomised controlled trials. *Manual Therapy* 12(2007) 310-327.
15. Bronfort G et al. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *Chiropratic& Osteopathy* 2010; 18:3.
16. Fritz JM, Cleland JA, Childs JD. Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy. *Journal of orthopaedic & sports Physical Therapy* 2007; 37(6):290-302.
17. *Massage for Low Back Pain: An Updated Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Back Review Group*. A. D. Furlan, M. Imamura, T. Dryden, E. Irvin. *SPINE* Volume 34, Number 16, pp 1669–1684
18. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, Van Tulder MW. *Eur Spine J*. 2011 Jan;20(1):19-39