

Raccomandazioni sulla gestione del paziente con lombalgia.

(CM Peruzzini, G Rigon, L Scilanga.
Dialogo sui farmaci.
Numero 2
2008)

La lombalgia ha una prevalenza nella popolazione generale stimata tra il 12% e il 35%, mentre il 49-70% della popolazione generale presenta almeno un episodio di lombalgia nel corso della vita.

Sebbene anche patologie importanti possano esserne la causa, in circa il 90% dei casi il dolore lombare è aspecifico, benigno e autolimitante.

Le Linee Guida non sono concordi sulla distinzione tra lombalgia **acuta** e lombalgia **subacuta**.

Alcune di queste differenziano la lombalgia acuta da quella subacuta per la durata inferiore o superiore alla 4 settimane, mentre altre definiscono come lombalgia subacuta, quella che si verifica dopo 6 settimane.

Tutte sono invece concordi nel definire la lombalgia **cronica** come dolore lombare persistente oltre le 12 settimane (3 mesi).

Alcuni dati clinico-anamnestici, denominati “**red flags**” (cartellino rosso), devono indirizzare verso un rapido approfondimento diagnostico perché possono essere spia di una patologia organica importante che necessita di una diagnosi rapida.

L'unico quadro sintomatologico che, sebbene estremamente raro, tutte le linee guida raccomandano di escludere immediatamente nella valutazione iniziale del paziente è la **Sindrome della Cauda Equina**, poiché essa rappresenta l'unica possibile vera emergenza associata alla lombalgia.

La sintomatologia, derivante da una compressione midollare, comprende dolore sciatalgico unilaterale o bilaterale, deficit sensitivo-motorio, anestesia a sella, ritenzione urinaria, incontinenza fecale.

In presenza di questi sintomi il paziente va immediatamente inviato ad una consulenza neurochirurgica.

Per tutti gli altri segni e sintomi citati di seguito è indicato un approfondimento diagnostico in tempi brevi.

“Red Flags (segni di allarme) che impongono un approfondimento diagnostico in tempi brevi e che sono riportate da tutte le linee guida:

- Età di insorgenza maggiore di 55 anni
- Storia di neoplasia
- Calo ponderale
- Febbre di origine ignota
- Deficit motori estesi (multimetamerici)
- Deficit motori progressivi o disabilitanti
- Ritenzione urinaria
- Incontinenza fecale
- Anestesia a sella
- Osteoporosi e/o fratture osteoporotiche
- Uso di steroidi
- Trauma maggiore

Red Flags riportate solo da alcune Linee Guida:

- Età di insorgenza <20 anni
- Infezioni recenti
- Rigidità mattutina
- Risveglio notturno per il dolore
- Dolore costante e/o progressivo (non sollievo a letto)
- Immunosoppressione/HIV
- Deformità strutturali
- Dolore da carico, accentuato dalle variazioni di posizione
- Sciatica uni/bilaterale
- Area di provenienza geografica (ad es. TBC ossea)
- Storia di entesiti, mono-oligoartriti, uveite anteriore

Si raccomanda di evitare il ricorso indiscriminato di indagini diagnostiche strumentali perchè **non esiste una corrispondenza clinica diretta tra sintomatologia e alterazioni discali.**

TC e RMN reperiscono ernie discali asintomatiche in circa il 20% degli individui sotto i 60 anni e in circa il 33% di quelli sopra i 65.

Le indagini radiologiche sono raccomandate in regime di **urgenza** nel caso in cui siano presenti “cartellini rossi” e in regime di **prestazione programmabile** nei pazienti in cui la sintomatologia perdura dopo 4 settimane di terapia convenzionale.

La **radiologia tradizionale** può essere sufficiente per valutare pazienti con “cartellini rossi” come fratture recenti, crolli osteoporotici e listesi in pazienti con età superiore a 70 anni.

La scelta di sottoporre il paziente a TAC o RMN dovrebbe essere presa, secondo alcune linee guida **solo in previsione dell'intervento chirurgico.**

La RMN rispetto alla TAC fornisce una minor risoluzione dell'**osso** mentre è molto più accurata nella valutazione dei **tessuti molli**, quindi nella migliore definizione del conflitto disco-radicolare e delle patologie intradurali. Essa ha inoltre il vantaggio non trascurabile di evitare l'esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sebbene *Clinical Evidence* riporti unicamente i **FANS** come trattamento di efficacia dimostrata rispetto a placebo nella lombalgia acuta, una recente revisione *Cochrane* conclude che “esiste una modesta evidenza che in questa condizione clinica i FANS non sono superiori al **Paracetamolo**.”

Su 8 linee guida che trattano l'argomento 6 affermano che il trattamento di prima linea è Paracetamolo, altre 2 propongono come prima linea o Paracetamolo o FANS.

La dose raccomandata è di 2-4 g/die, tuttavia a dosaggi di 4 g/die si è riscontrato un aumento dei livelli di aminotransferasi tre volte al di sopra dei limiti considerati normali in soggetti sani. Tale aumento è considerato clinicamente significativo.

Nel caso di non perfetto controllo del dolore può essere utile associare un oppioide debole come **Codeina** o **Tramadolo**, considerando che ciò può produrre maggiori effetti collaterali come stipsi e sonnolenza.

La prescrizione di FANS dovrebbe essere preceduta dalla attenta valutazione della **possibilità di peggiorare patologie sottostanti** come asma, ipertensione, insufficienza renale, insufficienza cardiaca.

In questo è fondamentale l'**anamnesi**.

E la contemporanea presenza di altri farmaci in terapia
Particolarmente ACE inibitori, Sartani, Risparmiatori di Potassio e diuretici.

Solo **due** linee guida esprimono una preferenza tra i diversi principi attivi die FANS, raccomandando

- **Ibuprofene,**
- **Diclofenac,**
- Naprossene.

Una revisione *Cochrane* ha riscontrato che la classe dei **farmaci rilassanti la muscolatura scheletrica** è di poco superiore al placebo nel sollievo a breve termine del dolore lombare acuto e che non ci sono attualmente evidenze per ritenere un miorilassante superiore agli altri.

Tiocolchicoside non è stato considerato da nessuna Linea Guida.

Le evidenze esistenti non supportano l'uso di **Cortisonici per via sistemica** nella lombalgia e/o lombosciatalgia.

Tuttavia le raccomandazioni delle Linee Guida sono contrastanti riguardo il loro uso: mentre alcune non raccomandano l'uso dei cortisonici sistemici in nessun caso, altre lo trovano razionale per brevi periodi in modo specifico nella lombosciatalgia.

Le infiltrazioni peridurali di Cortisonici potrebbero essere utili nella lombosciatalgia.

Solo una linea guida prende in considerazione l'utilizzo della **vitamina B12** nella terapia del dolore lombare.

Pur considerando un trial in cui la vitamina B12 associata a Tiocolchicoside ha avuto sul dolore lombare risultati significativamente migliori di quelli di Tiocolchicoside da sola, considerata la scarsa qualità metodologica del trial e della sua ridotta dimensione campionaria, conclude che le evidenze a supporto della vitamina B12 sono insufficienti a raccomandarne l'utilizzo.

La posizione delle linee guida relativamente all'utilizzo degli **Oppioidi Maggiori** è disomogenea e 3 revisioni sistematiche che hanno preso in considerazione tali farmaci non hanno dimostrato inequivocabilmente la loro efficacia.⁷

La maggior parte delle Linee Guida sono concordi nel ritenere che attualmente le evidenze disponibili siano insufficienti a raccomandare a favore o contro l'utilizzo degli **antiepilettici** nel trattamento della lombalgia con o senza sciatalgia.

Tuttavia alcune linee guida sottolineano che **Gabapentin** a dosi crescenti fino a 900 mg/die potrebbe portare ad una diminuzione dell'intensità e della durata del dolore.

L'efficacia di **Pregabalin** nella terapia della lombalgia non è supportata da studi randomizzati controllati.

Gli **Antidepressivi Triciclici** (Amitriptilina fino a 75 mg/die) sono ritenuti efficaci dalla maggior parte delle linee guida.

Per quanto riguarda gli altri antidepressivi (**SSRI** e **NSRI**) l'uso è sconsigliato per evidenze insufficienti.

Una recente revisione sistematica *Cochrane* che ha incluso 10 RCT, di scarsa qualità e su un numero limitato di pazienti sull'utilizzo degli antidepressivi (triciclici, SSRI e trazodone) per la terapia della lombalgia cronica, ha concluso che non esiste evidenza che gli antidepressivi siano più efficaci del placebo nel dare sollievo dal dolore.

Attualmente nessun antidepressivo ha in Italia l'indicazione specifica per la terapia della lombalgia (**Clomipramina** però è indicata "negli stati dolorosi cronici").

Una revisione *Cochrane* che confrontava il **riposo a letto** con il rimanere attivi, ha concluso che rimanere attivi è più efficace del riposo a letto nella risoluzione del dolore nei pazienti con dolore lombare ma non in quelli con lombo-sciatalgia. Per la ripresa funzionale invece la differenza è in ogni caso non significativa.

Se inevitabile, il riposo a letto non dovrebbe superare i 2-3 giorni perché non c'è differenza tra un riposo di questa durata e uno di durata superiore sia in termini di risoluzione del dolore che di recupero funzionale.

Le Linee Guida sono tutte concordi nel raccomandare che il riposo a letto è da sconsigliare in tutti i soggetti con lombalgia sia acuta che cronica con o senza sciatica.

L'applicazione locale e continua di calore riduce il dolore e la disabilità a breve termine in pazienti con lombalgia acuta.

L'efficacia dell'applicazione locale di calore non è stata valutata per la lombalgia cronica.

L'efficacia dell'applicazione di fonti di freddo è supportata da evidenze insufficienti.

Una revisione sistematica *Cochrane* ha riscontrato che le **Manipolazioni spinali** sono lievemente superiori alle manipolazioni simulate, con un guadagno medio nel dolore di 10 punti su 100 in scala VAS per la lombalgia acuta e 19 punti per la lombalgia cronica. Non sono state riscontrate differenze tra l'uso di manipolazioni spinali rispetto ai trattamenti consueti o al trattamento con analgesici, o alla terapia con esercizi e le “back schools” sia per la lombalgia acuta che cronica.

La sicurezza delle manipolazioni spinali sembra essere elevata e il rischio di eventi avversi gravi è stimato in 1 su 1 milione di visite, mentre effetti indesiderati, come peggioramento dell'ernia del disco o insorgenza di sindrome della cauda equina, sono ritenuti molto rari.

Per la lombalgia acuta non ci sono dati sufficienti per determinare l'efficacia del trattamento con **massaggi**, mentre per la lombalgia cronica una revisione *Cochrane* ha riscontrato che é superiore a pratiche inerti come la simulazione laser.

Due recenti revisioni confermano quanto rilevato dalla revisione precedente e riscontrano che gli effetti dei massaggi sono migliori se eseguiti da terapisti specializzati.

L'agopuntura per la lombalgia acuta non è raccomandata da nessuna Linea Guida mentre il suo utilizzo per la lombalgia cronica è controverso: alcune linee guida ne Raccomandano l'utilizzo in caso di risultati insoddisfacenti con la terapia farmacologica in aggiunta a questa, mentre altre la sconsigliano.

L'intervento chirurgico trova indicazione assoluta entro le 24-48 ore dall'insorgenza dei sintomi solo in pazienti con sospetta sindrome della cauda equina.

In tutti gli altri casi le varie linee guida concordano sulla indicazione a non trattare chirurgicamente i pazienti con lombalgia acuta in assenza di segni di radicolopatia e comunque **non prima** di un periodo di terapia conservativa prolungata, variabile da un mese a due anni.

In presenza di diagnosi certa di ernia discale, l'indicazione all'intervento chirurgico può essere posta anche prima di questo limite **nel caso in cui il deficit motorio sia progressivo** e si evidenzi con piede cadente o ipotrofia della coscia. Per alcune linee guida, nei casi di **sciatalgia iperalgica intrattabile**, resistente a tutte le terapie antidolorifiche, anche la sola scelta informata del paziente può giustificare l'intervento prima del periodo di terapia conservativa.

In termini di efficacia delle tecniche chirurgiche, la **discectomia standard** e la **microdiscectomia** hanno efficacia simile e sono indicate nei pazienti con ernia del disco e radicolopatia, ma alcune patologie della colonna (stenosi midollare, spondilolistesi, instabilità della colonna) sono elementi che dovrebbero far propendere nell'indicare la discectomia standard associata a tecniche chirurgiche volte a curare la patologia di base.

La chirurgia del rachide non è esente da **complicanze** intra e postoperatorie temibili, quali la discite, il danno alle radici nervose, le complicanze vascolari immediate o tardive e l'instabilità vertebrale.

Complessivamente l'**incidenza** delle complicanze operatorie è pari al 3-6%, il rischio di reintervento al 3-15%, mentre il rischio di mortalità a 30 giorni dall'intervento varia tra 0,5 e 1,5 per 1.000 pazienti operati.

Vi è buona evidenza che la **discectomia standard** sia più efficace rispetto al trattamento conservativo per la risoluzione del dolore ma **l'effetto è limitato nel tempo e tende ad annullarsi a quattro anni dall'intervento.**

La **microdiscectomia** è di efficacia pari alla discectomia standard.

Considerando che l'effetto della discectomia a distanza di tempo è sovrapponibile ai trattamenti conservativi e che le ernie discali si riassorbono guarendo spontaneamente con elevata frequenza, è fondamentale che il **paziente** sia **informato** esaustivamente sulla storia naturale della condizione, sulla migliore efficacia limitata nel tempo del trattamento chirurgico rispetto ai trattamenti conservativi, sui rischi legati all'intervento chirurgico.

Alcuni dati clinico-anamnestici, definiti “**yellow flags**” (cartellino giallo) sono indicativi di pazienti che presentano un elevato rischio di cronicizzazione del dolore lombare, nei confronti dei quali dovrebbero essere adottati trattamenti specifici e intensivi per **prevenire la persistenza a lungo termine della sintomatologia.**

“YELLOW FLAGS” (CARTELLINO GIALLO): FATTORI DI RISCHIO PSICOSOCIALI PER CRONICIZZAZIONE DEL DOLORE LOMBARE.

Convinzioni

- Credere che il dolore sia inabilitante e conseguente comportamento evitante (paura verso il movimento)
- Credere che il dolore debba scomparire completamente prima di tentare il ritorno al lavoro
- Aspettarsi un aumento del dolore con l'attività o il lavoro

Comportamenti

- Riposo protratto
- Livello di attività ridotto e significativo abbandono delle attività quotidiane
- Eccessivo bisogno di aiuti e presidi
- Qualità del sonno ridotta dall'inizio del dolore
- Incremento del consumo di alcool o altre sostanze dall'inizio del dolore

Fattori di scarsa compensazione

- Mancanza di stimolo economico per tornare al lavoro
- Presenza di contenziosi
- Linguaggio contraddistinto da drammatizzazione (per esempio timore di finire su una sedia a rotelle)
- Elevata aspettativa negli interventi tecnologici
- Mancata soddisfazione per trattamenti precedenti

Emozioni

- Ansia o depressione

Famiglia

- Coniuge con atteggiamento iperprotettivo, sollecitante o punitivo
- Membri della famiglia che concordano sul rinvio del ritorno al lavoro

Lavoro

- Lavoro manuale
- Difficoltà relazionali sul posto di lavoro
- Basso livello d'istruzione e stato socioeconomico
- Mansioni lavorative biomeccanicamente impegnative
- Orari di lavoro atipici.

Un ruolo particolare nella individuazione di pazienti con forte componente psicosociale è riservato al **Test di Waddel**, costituito da una serie di 5 manovre: il test risulta positivo se 3 o più manovre sono positive. La positività al test indica che la lombalgia ha con elevata probabilità un'origine **non organica**.

TEST DI WADDEL

1. **Test distrazionali:** distraendo il paziente la manovra semeiologica (generalmente viene effettuata quella di Lasegue) risultata precedentemente positiva con il paziente attento, diviene negativa.
2. **Test simulati:** si simulano manovre semeiologiche che di per sé non accentuano il dolore (test del carico assiale, test della rotazione del tronco).
3. **Test della dolorabilità:** nel paziente con lombalgia non organica non c'è distribuzione metamERICA del dolore: la cute è dolorabile per lieve pizzicamento anche fino alla regione scapolare, la dolorabilità alla pressione sulle prominenze ossee è estesa dal coccige alla regione occipitale.
4. **Test delle alterazioni distrettuali:** in presenza di sintomi non organici l'alterazione della forza e della sensibilità non ha corrispondenza neurofisiologica: deficit di forza improvviso o a scatti; alterazione della sensibilità senza distribuzione dermatomerica ma a calzino o interessamento a circonferenza di un arto.
5. **Test dell'iperattività:** si valuta la verbalizzazione, la mimica, la tensione muscolare, il tremore, la sudorazione, la facilità allo svenimento.