

GESTIONE del PAZIENTE CON LOMBALGIA ACUTA

Raccomandazioni elaborate sulla base delle linee-guida presenti in letteratura
per l'adozione nella realtà locale

**Percorso diagnostico-terapeutico tra Territorio/Ospedale
approvato con delibera ASL BG n.634 del 19/11/2003
- revisione settembre 2012 -**

Il problema lombalgia è uno dei più frequenti motivi di consultazione del Medico di Assistenza Primaria Generale oltre ad essere spesso causa di accesso improprio al Pronto Soccorso e quindi allo Specialista Ortopedico.

Si intende per lombalgia il *dolore localizzato al di sotto del margine costale e al di sopra della piega glutea*; la lombalgia è *acuta* quando la durata dell'episodio non supera le 6 settimane; *sub-acuta* se la durata è compresa tra le 6 e le 12 settimane; *cronica* se la durata supera le 12 settimane. Questo PDT è raccomandato per la lombalgia acuta e sub-acuta.

Nei paesi industrializzati l'incidenza della lombalgia è intorno al 5% nella popolazione adulta per anno con un picco di prevalenza tra i 35 e i 55 anni.

Si tratta, nel 90% dei casi, di patologia benigna che si risolve spontaneamente entro le 6 settimane (mentre il 2%-7% delle persone colpite sviluppa una lombalgia cronica) e che richiede, dopo una attenta valutazione clinico-anamnestica, misure di carattere educativo sulla corretta postura e sulla attività fisica, l'uso di farmaci antidolorifici di 1° livello (se richiesti dal paziente) ed una importante opera di rassicurazione da parte del medico.

La richiesta di accertamenti diagnostici (Rx - Tac - Rmn - esami di laboratorio, ecc.) viene riservata a quei casi in cui l'anamnesi e l'esame obiettivo fanno sospettare la natura infettiva, neoplastica o traumatica della lombalgia, e andrebbe riservata quindi solo ad un numero limitato di casi (circa il 4% dei pazienti presenta fratture, circa l'1% tumore; l'ernia del disco intervertebrale interessa dal 1% al 3% dei pazienti con lombalgia mentre la spondilite anchilosante e le infezioni sono rare).

Malgrado queste premesse, su cui esiste in letteratura consenso unanime, nella pratica la prescrizione di indagini diagnostiche in assenza di segni o sintomi di allarme è pratica abituale sia da parte del MMG sia dello Specialista. L'accertamento strumentale viene usato per "rassicurare" il paziente sulla benignità della patologia e quindi diventa un momento della gestione del paziente in attesa che la sintomatologia dolorosa si esaurisca spontaneamente.

Un simile iter diagnostico è gravato, come è ben comprensibile, da un ingiustificato ed alto costo in termini sia economici sia di una irradiazione della popolazione. Bisogna infatti tenere presente che una Rx rachide lombo-sacrale equivale alla somministrazione di radiazioni corrispondenti a 10 Rx torace, mentre una Tac di due spazi equivale a 60 Rx torace.

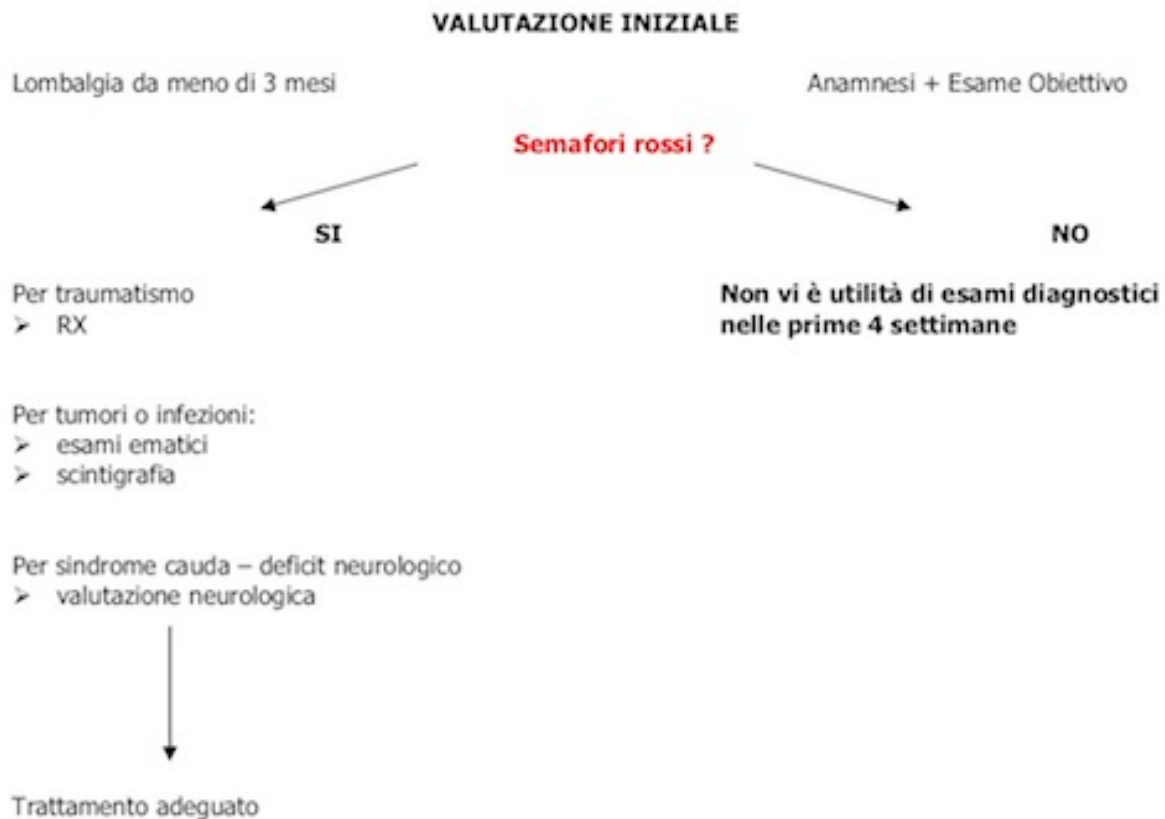
A tale proposito il Decreto Legislativo 26.5.2000, in materia di radioprotezione del paziente, in attuazione della direttiva 97/43 EURATOM, vieta l'esposizione ingiustificata alle radiazioni ionizzanti e precisa che *"le esposizioni mediche ... devono mostrare di essere sufficientemente efficaci mediante la valutazione dei potenziali vantaggi diagnostici o terapeutici complessivi da esse prodotti..."*

Questo Percorso Diagnostico-Terapeutico è condiviso con gli Specialisti delle Strutture Erogatrici della ASL di Bergamo, che hanno partecipato ad un tavolo di revisione sia del PDT sia degli indicatori di monitoraggio e che sono citati tra i componenti del Gruppo di Revisione.

Segni e sintomi di allarme

Semafori rossi all'anamnesi

- Sindrome della cauda equina (sindrome dovuta a compressione o lesione del fascio di fibre nervose al termine del midollo spinale caratterizzata da deficit motorio arti inferiori, ipo-anestesia "a sella", disturbi sfinterici)
- Traumatismo
- Febbre
- Rapida perdita di peso
- Tumore precedente
- Patologia autoimmune - abuso di droghe - HIV
- Uso prolungato di cortisone
- Età d'insorgenza < 20 anni o > 55
- Deficit neurologico sensitivo-motorio



**Adulti con lombalgia acuta e
nessun dato evidente di sottostante condizione patologica specifica**



Rassicurare Educare Rivalutare

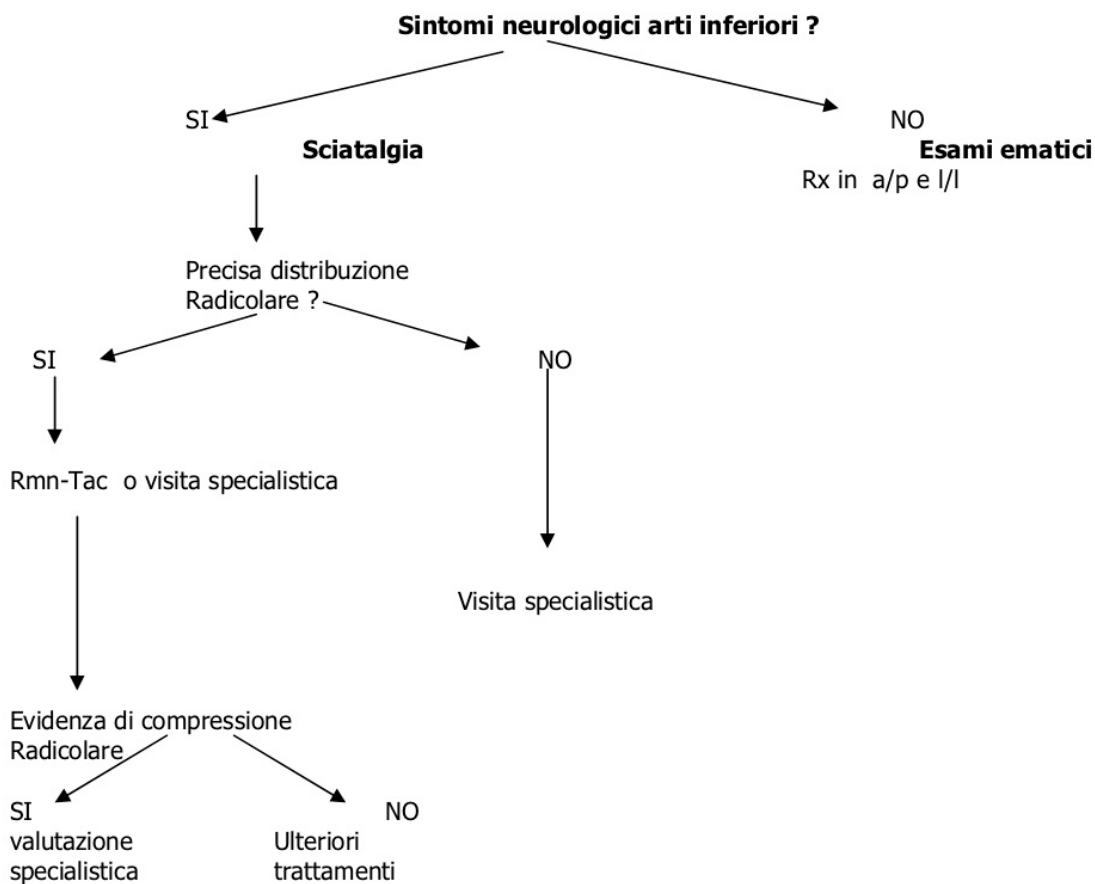
- ✓ Corretta postura, evitare sovraccarichi funzionali
- ✓ Invitare alla ripresa lavorativa prima possibile
- ✓ Incoraggiare alle attività aerobiche a basso impatto
- ✓ Farmacoterapia sulla base delle caratteristiche del paziente e del rapporto rischio-beneficio
- ✓ Invitare a ricontattare il medico in caso di comparsa di nuovi sintomi



Ritorno alle attività lavorative

Valutazione del paziente che recupera lentamente

- ✓ I sintomi non migliorano dopo 4 settimane



Ulteriori trattamenti

Adulti con disturbi alla schiena di durata >4 settimane e < 3 mesi

- ✓ Rassicurare il paziente
- ✓ Stabilire un piano di esercizi per ridare tolleranza all'attività voluta.

Il Paziente è convinto che riuscirà a tollerare le attività volute?

⇒ SI
Continuare a incoraggiare gli esercizi quotidiani per incrementare la tolleranza e ridurre le ricadute.

⇒ NO
Aiutare il paziente a valutare le varie opzioni terapeutiche.
Condurre una valutazione psicosociale

COSA FARE (E NON FARE) DI FRONTE AD UNA LOMBALGIA ACUTA

Lombalgia acuta

Interventi educativi informativi rivolti al Paziente o mediante informazioni verbali o tramite opuscoli sulla storia naturale della malattia (è probabile che vi sia un rapido miglioramento della sintomatologia che tuttavia potrà recidivare in futuro).

Consigliare modificazioni della attività fisica e modalità per limitare le recidive.

Spiegare l'inutilità di speciali esami diagnostici in assenza di segni o sintomi di grave patologia spinale.

Riposo a letto

Il riposo a letto oltre le 48 ore non è efficace. Se protratto può portare a debilitazione e rendere più difficoltosa la riabilitazione.

Se inevitabile non deve essere considerato come una terapia ma come una conseguenza indesiderata e potenzialmente dannosa della lombalgia.

Manipolazioni

Possono essere utili nella lombalgia senza segni radicolari; sono controindicate in caso di sospetta lesione radicolare o ernia discale.

Devono essere somministrate da personale Medico qualificato.

Se ne raccomanda la sospensione se non beneficio dopo 4 settimane.

Tens

Non vi è prova di efficacia

Mezzi fisici (crioterapia radar marconi ultrasuoni)

Sono terapie a basso impatto terapeutico; hanno una modesta efficacia sulla contrattura muscolare.

Trazioni vertebrali

Non vi sono dati conclusivi sulla efficacia della trazione a causa dello scarso numero di studi.

Corsetti

Non se ne raccomanda l'uso

Esercizio

Il medico deve consigliare al Paziente il mantenimento dell'attività quotidiana.

L'esecuzione di specifici esercizi per la schiena in fase acuta non è consigliata. Superato il dolore più forte che limita l'attività, è raccomandata la pratica di una attività motoria a basso impatto (camminare, nuoto).

Terapia farmacologica:

Il Paracetamolo è il farmaco di prima scelta per il dolore di intensità lieve per gli scarsi effetti collaterali.

La posologia corretta è 500-1000 mgr. ogni 6-8 ore.

In caso di inefficacia possono essere utilizzati i Fans dopo aver attentamente valutato la presenza di controindicazioni dal momento che possono avere gravi effetti collaterali; essi debbono essere usati al più basso dosaggio efficace e per breve tempo.

Per il dolore moderato-severo considerare le opzioni terapeutiche secondo la scala OMS per la terapia antalgica.

I miorilassanti sono farmaci di seconda scelta di non sicura efficacia nel ridurre il dolore nella lombalgia; possono avere effetti collaterali come sonnolenza anche se usati per brevi periodi.

Antidepressivi: non vi sono studi che ne mostrino l'efficacia nella lombalgia.

Gli steroidi possono essere utilizzati in caso di interessamento radicolare; in tal caso, devono essere usati a dose piena per un breve periodo.

Infiltrazioni intraarticolari

Non sono raccomandate per la loro invasività

Mesoterapia

Vi sono pochi studi che valutano l'efficacia e con risultati contrastanti.

Legenda:

FANS = Farmaci anti-infiammatori non steroidei

RMN = Risonanza magnetica nucleare

TAC = Tomografia Assiale Computerizzata

TENS = Stimolazione Nervosa trans-epidermica

INDICATORI DI MONITORAGGIO per i Report all'ASL (vedi scheda allegata)

Autori e Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Elena Maria Abati – Fisiatra – Humanitas Gavazzeni

Dott. Enzo Angeli – Resp. UO Radiologia – Humanitas Gavazzeni

Dott.ssa Daniela Arnoldi – Neuroradiologa – Casa di Cura Hability Sarnico

Dott. Luigi Bellini – Resp. UO Motoria e Respiratoria – AO Bolognini - Seriate

Dott. Dario Buffoli – Resp. UO Riabilitazione – Policlinico San Pietro

Dott. Domenico Casanova – Resp. UO Radiologia – AO Bolognini -Seriate

Dott. Stefano Dova – Radiologo – Policlinico San Pietro

Dott. Marco Incerti – Resp. UO Ortopedia – Policlinico San Pietro

Dott. Alfredo Mangili – Dir. Medico UO Ortopedia e Traumatologia – AO Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott.ssa Francesca Marchesi – Medico di Assistenza Primaria – ASL di Bergamo

Dott. Guido Molinero – Direttore USC Medicina Fisica e Riabilitazione - AO Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Paolo Moro – Resp. UO Riabilitazione - Policlinico San Marco - Zingonia

Dott.ssa Giovanna Perugini – Dir. Medico USC Radiologia - AO Ospedali Riuniti di Bergamo

Dott. Emiliano Petrò – Dir. Medico UO Riabilitazione - Policlinico San Pietro

Dott. Vincenzo Russo - Medico di Assistenza Primaria – ASL di Bergamo

D.ssa Maria Rosaria Rutili – Medico di Assistenza Primaria – ASL di Bergamo

Dott.ssa Anna Spinetti – Direttore di Presidio – Casa di Cura San Donato – Osio Sotto

Dott. Pierluigi Vaj – Dir. Medico UO Radiologia – Casa di Cura Hability Zingonia

Coordinatore del Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Maria Rosaria Rutili

Responsabile di Processo:

Dott.ssa Laura Perego - Direttore Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale - ASL di Bergamo

Bibliografia

1. CSAG Committee on back pain, *Management guidelines for back pain*. HMSO, London 49-68, 1994.
2. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, *Acute low back pain problems in adults*. Clinical practice guidelines n.14. AHCPR Publication n. 95-0642. Rockville 1994.
3. European Commission Research Directorate General: *European Guidelines for the management of acute non specific low back pain in primary care*- Marzo 2004
4. Agenzia Per i Servizi Sanitari Emilia Romagna: *Linee Guida Cliniche per la Diagnostica e la Terapia della Lombalgia Acuta e Cronica* – anno 2000
5. CEVEAS: *Lombalgia Acuta e Cronica. Sintesi Metodologico-clinica delle Linee Guida Analizzate* – Marzo 2003
6. Guidelines Advisory Committee –Ontario Medical Association and Ontario Ministry of Health- *Acute Low Back Pain* – dicembre 2006
7. Royal College of General Practitioners, Chartered Society of Physiotherapy, Osteopathic Association of Great Britain, British Chiropractic Association, National Back Pain Association, *Clinical Guidelines for the management of acute low back pain*, 1996.
8. Decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187 in materia di radioprotezione del paziente, pubblicato sulla G.U. 7.7.2000.

