



Diagnosi differenziale del dolore lombare meccanico, infiammatorio e centrale

Casa per la Salute sabato 19 OTTOBRE 2013

Il mal di schiena è una condizione molto frequente nella popolazione generale ed è il primo responsabile di perdita di giornate di lavoro e impegna notevolmente le risorse sanitarie. Le cause di mal di schiena sono molteplici e sono molte le figure mediche coinvolte nella sua gestione.

Il "forum bresciano sul mal di schiena" rappresenta un'occasione di confronto culturale, scientifico e pratico tra Medici di Famiglia, Ortopedici, Fisiatristi, Neurochirurghi, Radiologi e Neuroradiologi, Terapisti del Dolore, Psichiatri e Reumatologi che operano nelle strutture pubbliche e private accreditate della provincia di Brescia.

[Le linee guida](#)

["Percorsi diagnostico terapeutici per l'assistenza ai pazienti con mal di schiena"](#)

[PROGRAMMA delle tavole rotonde](#)

Dal punto di vista clinico la lombalgia può essere classificata come acuta, subacuta, cronica.

## Lombalgia e sciatica

	<b>Epidemiologia (giorni)</b>	<b>Eziologia Patogenesi</b>	<b>Prognosi</b>
<b>Acuta</b>	0-30	<b>Biologica</b>	<b>Buona</b>
<b>Subacuta</b>	30-90	↓	↓
<b>Subcronica</b>	90-180	<b>Bio-psico-sociale</b>	<b>Cattiva</b>
<b>Cronica</b>	>180		

La lombalgia acuta riconosce spesso cause anatomico-funzionali e, tra queste, vanno riconosciute le condizioni più gravi (red flags). Il ragionamento diagnostico differenziale del dolore acuto e subacuto deve sempre considerare queste situazioni gravi.

<b>Lombalgia acuta: le condizioni più gravi (Red Flag)</b>	
○ dolore ingravescente, continuo, a riposo e notturno: escludere <b>Neoplasia</b> (storia tumore, perdita peso età>50 aa, non miglioramento dopo 4-6 settimane)	
○ dolore notturno, a riposo in età > 60anni: pensare anche a <b>Aneurisma aorta</b> (massa pulsante addome, irradiazione sciatalgica, aterosclerosi)	
○ dolore anche a riposo, notturno, febbre, recenti infezioni: escludere <b>Infezione</b> (tossicodipendenza, HIV, terapia immunosoppressiva, soggiorni tropicali)	
○ dolore notturno/mattutino mal definito, età <45 anni, sensibilità ai FANS, migliora col movimento, inizio subdolo, rigidità, durata superiore a 3 mesi: pensare a <b>Lombalgia Infiammatoria</b> (storia di entesiti e/o mono-oligoartriti, uveite, familiarità per spondiloartriti, colite ulcerosa, m.d Crohn, psoriasi)	
○ dolore da carico: escludere <b>Frattura</b> (trauma, precedenti fratture compressione, età avanzata o uso cronico di steroidi, sesso femminile, osteoporosi già nota)	

In oltre il 90% dei casi l'acuzie si risolve e la prognosi è quindi benigna, senza necessità, nella maggior parte dei casi, di eseguire accertamenti laboratoristici-strumentali.

La cronicizzazione del dolore può esitare in una sindrome bio-psico-sociale, indipendente dalla causa biologica della fase acuta, che rappresenta una sfida di difficile gestione da parte del medico e del paziente. La cronicizzazione del dolore determina un significativo peggioramento prognostico della patologia-lombalgia e produce alterazioni comportamentali che minano il ruolo sociale dell'individuo e ne alterano l'equilibrio psicofisico (disabilità e perdita di qualità di vita). Nella fase di cronicità non vi è la necessità di precisa definizione diagnostica mediante esecuzione di esami strumentali, ma il paziente va guidato al decondizionamento mediante un opportuno controllo del dolore e riabilitazione posturo-funzionale.



Le figure mediche chiamate ad affrontare e gestire la lombalgia hanno spesso una diversa percezione del problema che dipende in larga parte dalla diversità della fase di malattia. Mentre ortopedici e neurochirurghi affrontano in maggior misura pazienti in fase acuta (> 60%) ed hanno quindi la necessità di precisa definizione diagnostico-anatomica del problema per l'atto chirurgico, il medico di famiglia ed il fisiatra affrontano e gestiscono la cronicità (> 90%) e la sindrome bio-psico-sociale.

### Il dolore lombare infiammatorio: le spondiloartriti

Dolore	Infiammatorio	Meccanico
<b>Esordio</b>	<b>Insidioso</b>	<b>Acuto</b>
<b>Età</b>	<b>&lt;45 aa (♂)</b>	<b>&gt;45 aa</b>
<b>Durata</b>	<b>Lunga</b>	<b>Anche breve</b>
<b>Dolore notturno</b>	<b>++</b>	<b>+/-</b>
<b>Rigidità mattutina</b>	<b>+++</b>	<b>+</b>
<b>Con il riposo</b>	<b>Peggiora</b>	<b>Migliora</b>
<b>Con il movimento</b>	<b>Migliora</b>	<b>Peggiora</b>
<b>Risposta ai FANS</b>	<b>+++</b>	<b>+</b>

Differenziare il dolore infiammatorio dal dolore di natura meccanica è il primo passo per definire la corretta prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico.

La lombalgia infiammatoria è il sintomo che caratterizza le spondiloartriti sieronegative che comprendono: la spondilite anchilosante, la spondiloartrite psoriasica e quella correlata alle malattie infiammatorie croniche intestinali (m. di Crohn e Rettocolite Ulcerosa). Queste sono condizioni sistemiche infiammatorie croniche (< 1 % della popolazione) che, se non curate, possono esitare nell'anchilosi vertebrale e determinare significativa disabilità.

Le spondiloartriti colpiscono spesso soggetti giovani minandone la qualità di vita, la capacità funzionale e la produttività. La diagnosi è spesso troppo tardiva ed il danno anatomico irreversibile.

Grazie oggi alla disponibilità di terapie innovative (farmaci biologici anti-TNF) e a una più efficace gestione complessiva di questi malati, è possibile, se diagnosi e terapia vengono attuati precocemente, arrestare l'infiammazione e prevenire l'instaurarsi del danno anchilosante. La presenza di un dolore notturno, mal definito e gravativo, con rigidità del rachide che migliora con il movimento, in soggetti giovani, deve indurre al sospetto di spondilite e all'invio precoce allo specialista reumatologo con indici di flogosi e, non necessariamente, esami di secondo livello, come HLA B27 e RMN delle sacroiliache.

### Le possibili conseguenze psicologiche del dolore cronico



Nella lombalgia inveterata, così come in tutte le condizioni croniche, il sintomo dolore non riveste significati di monito o di difesa, tipici del dolore acuto, ma rappresenta una minaccia crescente per il vissuto del soggetto. Da esso derivano demoralizzazione, rassegnazione, impotenza e uno stato di grave disagio che mina l'integrità della persona. È per questo motivo che nell'analizzare il dolore è importante capire, non solo quali sono gli agenti che lo provocano, ma anche scoprire in che modo il soggetto fa fronte al problema. Solo attraverso la valutazione dei singoli fattori in gioco è possibile identificarne i nessi, scoprirne le cause. L'obiettivo come in tutte le condizioni di dolore cronico è quello di interrompere la "viziosità" psicologica e comportamentale che sta alla base della cronicità del disagio, scardinare i fattori "cristallizzano" la sindrome dolorosa e impedire la cronicizzazione, bloccando la spirale che trasforma il sintomo in malattia.