

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI LODI

AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI

MEDICI di MEDICINA GENERALE

**IL DOLORE LOMBARE :
diagnosi e cura sul territorio per un
appropriato accesso al PRONTO
SOCCORSO ed urgenza differita**

DICEMBRE 2014

Finalità

La necessità di razionalizzare gli accessi al Pronto Soccorso permettendo un corretto utilizzo dei servizi di Emergenza - Urgenza, può essere affrontata attraverso la sempre più attenta gestione dei pazienti sul territorio.

A tale scopo, in ottemperanza a quanto indicato nella DGR X/1185 del 20/12/2013 all'allegato 3.2.3. "Regolamentazione degli accessi in Pronto Soccorso", l'ASL di Lodi ha costituito un gruppo di lavoro, con la partecipazione degli Specialisti Ortopedici e Radiologi della A.O. di Lodi ed i rappresentanti dei MMG, che ha definito un percorso di diagnosi e cura della lombalgia, una delle più comuni cause di accesso inadeguato al Pronto Soccorso. Per quanto riguarda la Lombalgia si sono inoltre recepite le raccomandazioni di prescrizione TC e RMN contenute nella DGR X/2313 del 1/8/2014, allo scopo anche di supportare il prescrittore nell'appropriato ricorso al bollino verde (Urgenza differita).

Il gruppo di lavoro, pur evidenziando che la quasi totalità degli accessi in P.S. per questa sintomatologia sono "autopresentazioni" dei cittadini, riconosce l'importanza che il MMG può ricoprire in tutti quei casi in cui il paziente, essendo già in cura per la comparsa della sintomatologia, può essere indirizzato al più appropriato set diagnostico terapeutico secondo il percorso qui delineato.

Il presente documento è rivolto ai MMG e di Continuità Assistenziale che, operando sul territorio, possono intercettare ed orientare i loro assistiti verso il corretto utilizzo dei servizi di Emergenza - Urgenza e specialistici in generale.

Introduzione

Si stima che il 50%-70% della popolazione abbia almeno un episodio di lombalgia.

Nel 90% si tratta di dolore lombare aspecifico che richiede il solo trattamento analgesico.

Sono i dati clinico-anamnestici, veri e propri segni di allarme, ad indirizzare verso un rapido approfondimento diagnostico alla ricerca di una patologia organica importante causa del dolore lombare.

Il dolore lombare semplice

Si considera un dolore lombare semplice quello che non si associa alla presenza dei segni di allarme riportati successivamente.

Solitamente l'anamnesi e l'esame obiettivo sono sufficienti per escludere forme di mal di schiena da cause gravi, ma non consentono di definire la causa della lombalgia non specifica.

E' molto importante raccogliere sintomi e segni del paziente con mal di schiena (low back pain) anche allo scopo di potergli fornire consigli comportamentali e di prevenzione secondaria.

Trattamento del dolore lombare semplice

La maggioranza delle linee guida afferma che il primo farmaco da prescrivere è il paracetamolo a dosaggi di 2-3 g/die. Se necessario, può essere utile associare un oppioide debole (codeina o tramadolo).

I FANS possono peggiorare patologie sottostanti come asma, ipertensione, insufficienza renale o cardiaca.

Solo due linee guida esprimono preferenza tra i diversi principi attivi dei FANS raccomandando l'utilizzo di Ibuprofene o Diclofenac.

Una revisione Cochrane ha riscontrato che i miorilassanti sono di poco superiori al placebo nel sollievo sul dolore.

Un recente studio indiano ha evidenziato che aminotriptilina, un antidepressivo triciclico, è efficace nella riduzione del dolore nella lombalgia cronica.

Riguardo ai cortisonici, le linee guida sono contrastanti. Le infiltrazioni peridurali di cortisonici potrebbero essere utili nella lombosciatalgia.

La posizione delle linee guida sull'uso degli oppioidi maggiori e degli antiepilettici è disomogenea.

Il riposo a letto è da sconsigliare nei casi di lombalgia acuta e cronica con o senza sciatica.

Sulle manipolazioni spinali non ci sono pareri concordi mentre i massaggi sembrano essere efficaci nella lombalgia cronica a condizione che vengano eseguiti da terapisti specializzati.

Sull'agopuntura i dati sono controversi.

Indagini radiologiche

Nel caso si ponga diagnosi di dolore lombare semplice il ricorso alla diagnostica strumentale deve considerare:

- L'esecuzione di esami radiologici tradizionali (Rx) può essere utile al fine di identificare lesioni ossee di origine traumatica
- TAC e RM non sono indicate a fini diagnostici
- TAC e RM non sono utili per identificare l'origine locale del dolore

Sono invece necessarie nel caso in cui sia presente almeno uno dei segni di allarme riportati più avanti.

Nei casi di lombalgia semplice si raccomanda di evitare il ricorso indiscriminato ad esami TC o RMN perché non esiste corrispondenza clinica diretta tra sintomatologia ed alterazioni discali.

Il ricorso a indagini radiologiche di primo livello (RX) o eventuale secondo livello (TC, RMN) è giustificato se la lombalgia perdura dopo 6 settimane di terapia convenzionale; in questi casi è indicata l'esecuzione di una indagine radiologica tradizionale che permette di ricercare fratture recenti, crolli osteoporotici e listesi, oppure di RMN o TAC secondo lo schema 1.

Va ricordato che la RMN è molto più accurata della TAC nella valutazione del conflitto disco-radicolare, mentre la TAC evidenzia meglio la componente ossea.

Raccomandazioni

E' molto importante che il MMG fornisca al paziente informazioni sulle possibili cause scatenanti, i fattori di rischio correlati al tipo di lavoro o attività ricreativa, sulla elevata possibilità di guarigione ma anche di recidive di queste forme semplici.

L'attività fisica è raccomandata per la prevenzione della lombalgia.

Supporti lombari, calzature, ortesi e materassi specifici non sono raccomandati.

Segni di allarme che richiedono un approfondimento diagnostico in tempi brevi

Alla prima valutazione clinico anamnestica è importante escludere la presenza di segni di allarme che richiedono un approfondimento diagnostico (visita Specialistica ed esami di Radiodiagnostica).

- -Dolore lombare irradiato all'addome (palpazione di massa pulsante)
- -Storia di neoplasia
- -Calo ponderale
- -Febbre di origine ignota
- -Deficit motori progressivi o disabilitanti o estesi multimetamerici
- -Ritenzione urinaria
- -Incontinenza fecale
- -Anestesia a sella
- -Osteoporosi
- Uso di steroidi
- Infezioni recenti
- Sciatica uni o bilaterale
- Area di provenienza geografica (sospetta TBC ossea)
- Evento traumatico

In assenza di uno di questi segni si porrà diagnosi di lombalgia semplice.

Quale unico quadro sintomatologico grave, che richiede un intervento urgente, è la sindrome della cauda (evento assai raro) causata da compressione midollare che determina dolore sciaticologico uni o bilaterale, deficit sensitivo-motorio, anestesia a sella, ritenzione urinaria e incontinenza fecale. In presenza di questi sintomi è urgente la consulenza specialistica neurologica.

Lombalgia cronica senza segni di allarme

Nel caso si sospetti la presenza di una lombalgia cronica secondaria ad un disagio di tipo psico-sociale (quindi nel caso che non si sia evidenziata una causa organica) deve essere utilizzato il Test di Waddel. Il test è positivo se almeno tre manovre sono positive.

1. Test distrazionali: distraendo il paziente la manovra di Lasègue risultata precedentemente positiva con il paziente attento, diviene negativa.
2. Test simulati: si simulano manovre semeiologiche che non accentuano il dolore (carico assiale, 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 all'occipite.
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.

RICORSO ALLA RMN E TC

Con la DGR n. X/2313 del 01/08/2014 la Regione Lombardia ha emanato raccomandazioni circa il ricorso alle indagini diagnostiche (RMN e TC) nel caso di dolore lombare semplice e lombosciatalgia.

La necessità è evidenziata dal frequente ricorso alla radiodiagnostica anche in casi in cui non esiste una chiara indicazione clinica (deficit neurologici o altri segni di allarme).

A tale proposito l'analisi di un campione di 110 prescrizioni (85 per RMN e 35 per TC) effettuate nel mese di maggio 2014 presso l'U.O. di Radiologia della A.O. di Lodi, ha confermato quanto riportato in letteratura.

	totali	appropriate	non appropriate	Non appropriate di cui con bollino verde
RMN	85	54	31	10
TC	20	18	2	0

Si sono considerate non appropriate quelle prescrizioni in cui nel quesito diagnostico era riportato esclusivamente "lombalgia" senza ulteriore specifica e con successivo esito radiologico negativo.

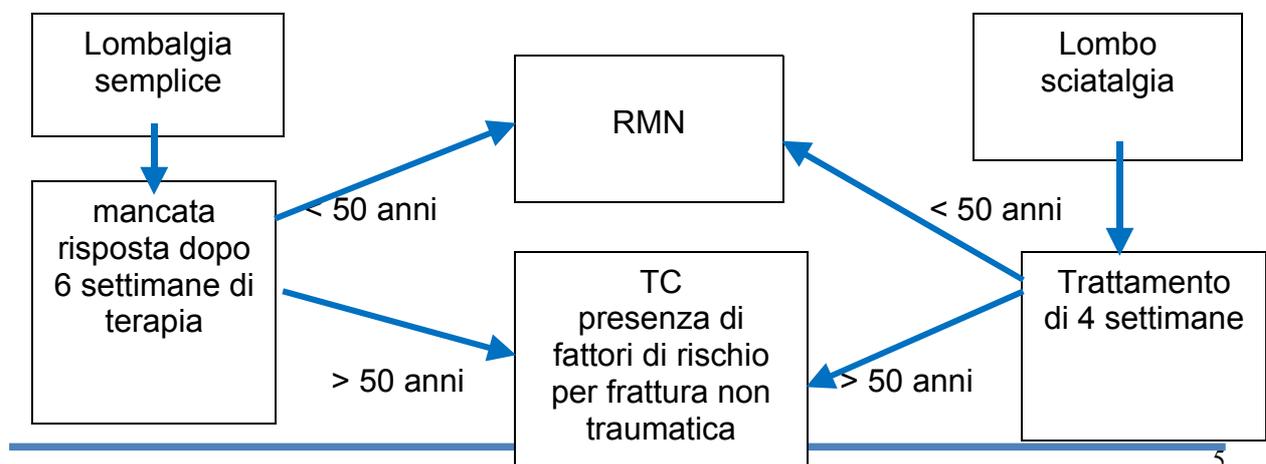
E' evidente come il ricorso alla RMN sia molto maggiore e come il ricorso alla TC sia tendenzialmente più appropriato.

Le indicazioni alla radiodiagnostica si possono quindi così riassumere semplicemente:

- in caso di lombalgia semplice (avendo escluso la presenza di segni di allarme) NON effettuare indagini radiologiche in prima battuta
- in caso di lombalgia semplice che non risponde al trattamento terapeutico protratto per 6 settimane è indicato eseguire indagini secondo lo schema 1
- in caso di lombosciatalgia o lombalgia con segni di allarme presenti è indicato eseguire indagini secondo lo schema 1

schema 1

indagini consigliate in caso di lombalgia semplice e lombosciatalgia NON traumatica



La richiesta di indagine con urgenza differita (bollino verde) per i casi di Lombalgia refrattaria alla terapia e Lombosciatalgia dovrebbe sempre essere accompagnata da una breve descrizione della sintomatologia e della mancata risposta alla terapia in atto da almeno 6 settimane.

Negli altri casi di Lombalgia sarà invece importante specificare il segno di allarme presente che induce alla richiesta di urgenza.

Una comunicazione il più completa possibile tra MMG e Specialista radiologo permetterà a quest'ultimo di valutare la possibilità di differenti accertamenti ovvero di suggerire/richiedere esami con mezzo di contrasto.

Bibliografia

1. P.D.T per l'assistenza a pazienti con mal di schiena (Giovannoni, Minozzi, Negrini) – Piccin Editore 2002
2. European Commission *Research Directorate General: European Guidelines for the management of acute non specific low back pain in primary care*-Marzo 2004
3. CEVEAS: *Lombalgia Acuta e Cronica. Sintesi Metodologico-clinica delle linee Guida Analizzate* – Marzo 2003

Gruppo di lavoro:

Medici di Medicina Generale :

dott. PIETRO BELLONI - Distretto del Basso Lodigiano

Azienda Ospedaliera della Provincia di Lodi:

dott. SERGIO BURLA – U.O. Ortopedia e Traumatologia

dott. PAOLO POGGI – Resp. USC - Radiologia

ASL di Lodi:

dott. GIUSEPPE MONTICELLI – Resp. USC Ass. Specialistica - Dip. Cure Primarie

dott. PASQUALE GIAMETTA – Resp. USS – Noc – Dip. Pac