

La lombalgia: come definire, affrontare e prevenire il comune “mal di schiena”



Dott.ssa Alice Re, specialista in Medicina Fisica e Riabilitativa
Dott. Emanuele Dall'Aglio

Villar Dora, 13 ottobre 2018

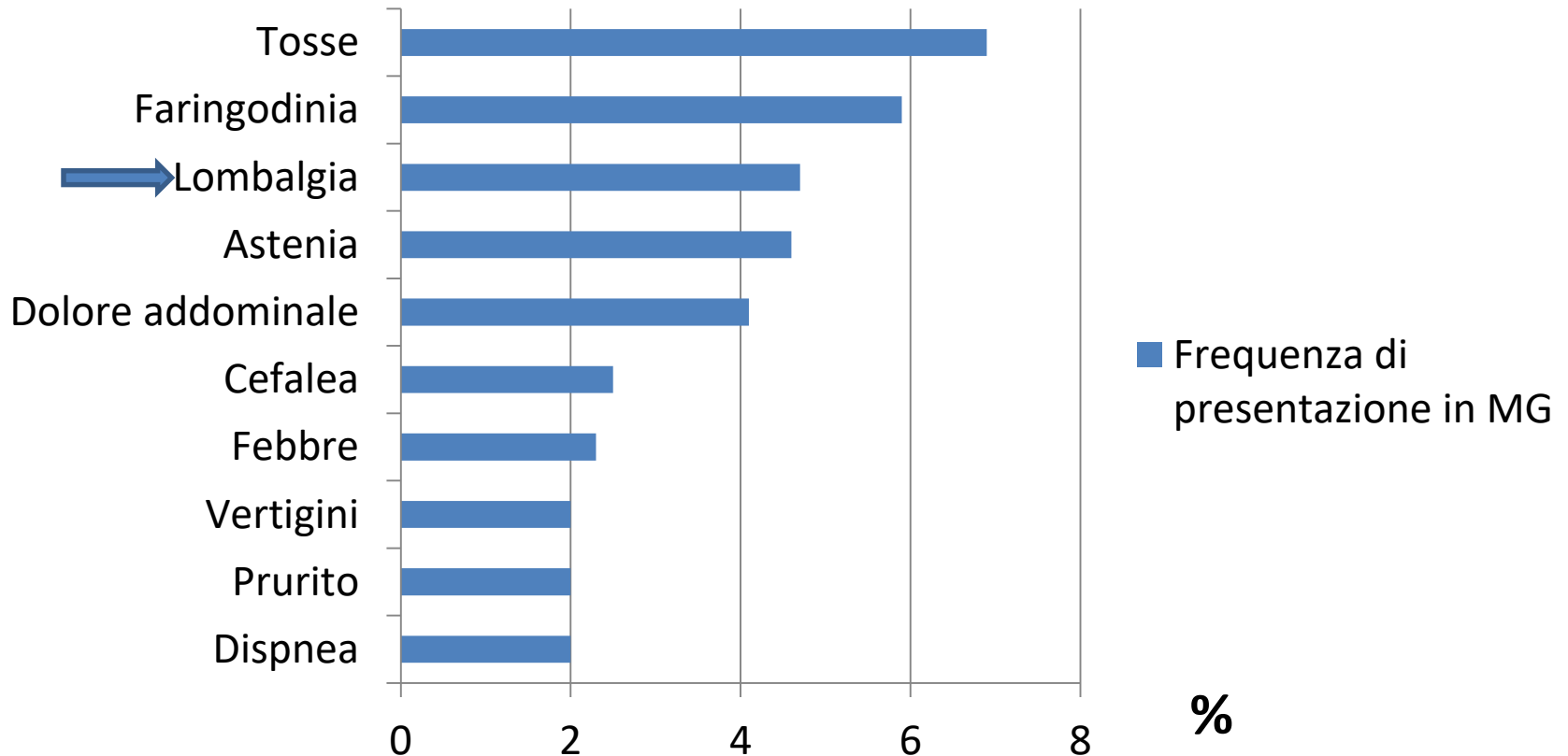
Programma della serata

- Definizione di Lombalgia
- Cause
- Terapie
- Prevenzione
- Discussione e domande

Definizione

- Sensazione dolorosa a livello della colonna lombare (L1-L5) ossia della parte bassa della schiena quale sintomo unico o predominante, con o senza irradiazione agli arti inferiori o all'addome, acuta o cronica, che interferisce con le attività quotidiane
- DOLORE – LIMITAZIONE FUNZIONALE
- LOCALIZZATO – DIFFUSO
- ACUTO O PERSISTENTE NEL TEMPO

FREQUENZA DI PRESENTAZIONE DEI SINTOMI NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI FAMIGLIA



*Terza causa di consultazione del Medico di Famiglia
dopo tosse e mal di gola*

Dimensioni del problema

- 75 persone su 100 nel corso della vita lamentano un episodio di lombalgia
- 20 persone su 100 lamentano almeno un episodio in un anno
- 4 persone su 100 soffrono di lombalgia cronica
- Una persona su 300 è destinata alla neurochirurgia
- Il 90% delle lombalgie ed il 50% delle lombosciatalgie regrediscono spontaneamente
- Rapporto Cervicobrachialgia/Lombalgia: 1/15
- Una delle principali cause di limitazione funzionale ed assenza dall'attività lavorativa!

The approach of physiatrists to low back pain across Europe.

Dincer F¹, Kesikburun S², Ozdemir O¹, Yaşar E², Munoz S³, Valero R³, Juocevidius A⁴, Quittan M⁵, Lukmann A⁶, Winkelman A⁷, Vetrá A⁸, Gerdle B⁹, Kiekens C¹⁰, Branco CA¹¹, Smith E¹², Delarqy M¹³, Ilieva E¹⁴, Boyer FC¹⁵, Grubisic F¹⁶, Damian H¹⁷, Krüger L¹⁸, Kankaanpää M¹⁹, Dimitrova EN²⁰, Delic M²¹, Lazovic M²², Tomic N²³, Roussos N²⁴, Michail X²⁵, Boldrini P²⁶, Negrini S²⁷, Takac P²⁸, Tederko P²⁹, Angerova Y³⁰.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Low back pain (LBP) is the most common type of musculoskeletal pain, thus it is one of the most commonly encountered conditions in Physical and Rehabilitation Medicine. The physicians who are primarily responsible for the nonsurgical management of LBP are physiatrists.

OBJECTIVE: The present study aimed to investigate the approaches of physiatrists to low back pain across Europe. Preferences, tendencies, and priorities in the diagnosis, management, and treatment of LBP, as well as the epidemiological data pertaining to LBP in PRM practice were evaluated in this Europe-wide study.

METHODS: The study was conducted under the control of the European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM) Musculoskeletal Disorders Research Committee. A total of 576 physiatrists from most European countries participated in the survey.

RESULTS: The results show that physiatrists frequently deal with patients with LBP in their daily practice. Most patients are not referred to other departments and are treated with various conservative methods. Less than one-fifth of patients are primarily referred for surgery. The physiatrists believe that a clear diagnosis to account for cases of low back pain is rarely established. The most common diagnosis is discopathy. History and physical examination remain the most valuable clinical evaluation tools for low back pain according to physiatrists. Less than half the patients require a magnetic resonance imaging. Non-steroidal anti-inflammatory drugs are the most commonly prescribed drugs for low back pain. Exercise, back care information, and physical therapy are the preferred conservative treatments. More than half of the physiatrists offer interventional treatments to patients with low back pain.

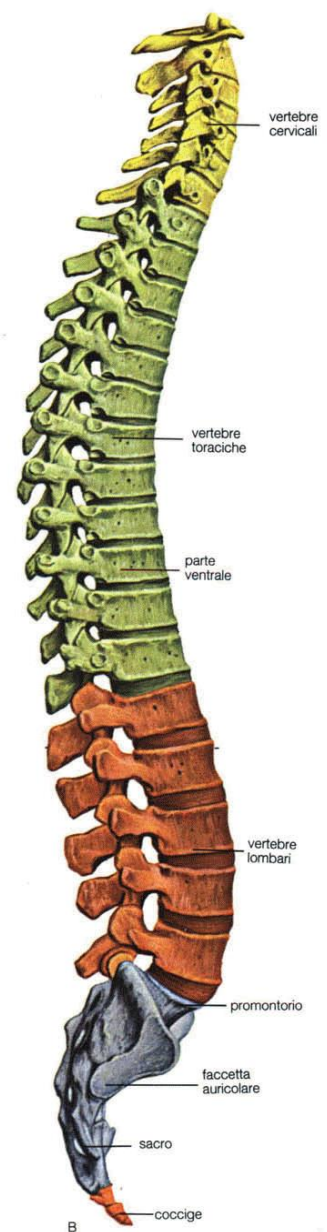
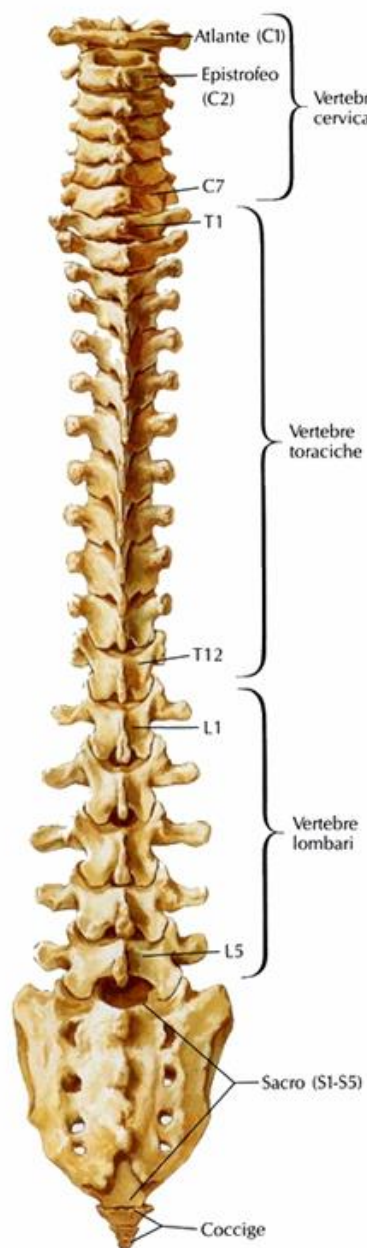
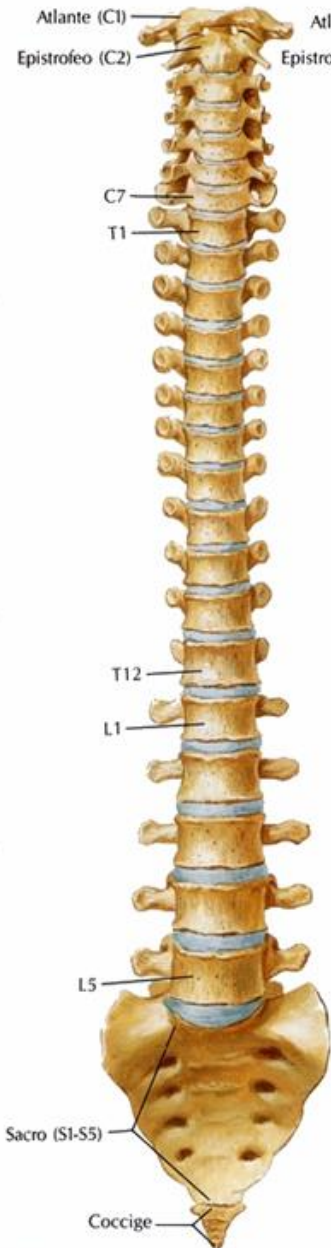
CONCLUSION: The present study is a preliminary report that presents the attitudes of European physiatrists in the management of low back pain. Further researches are warranted to standardize the conservative management of LBP.

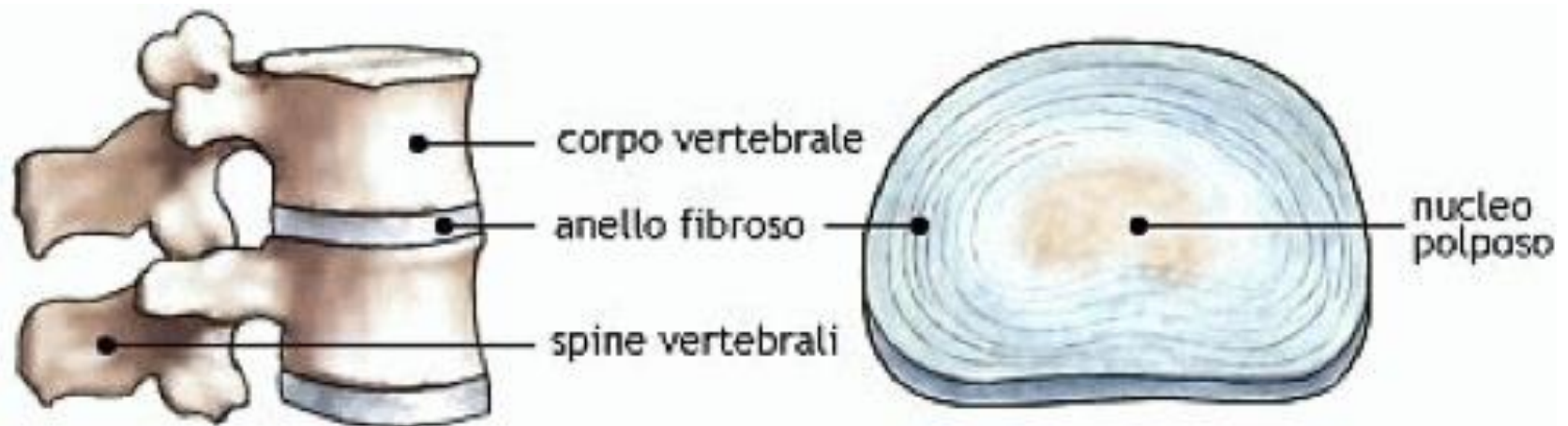
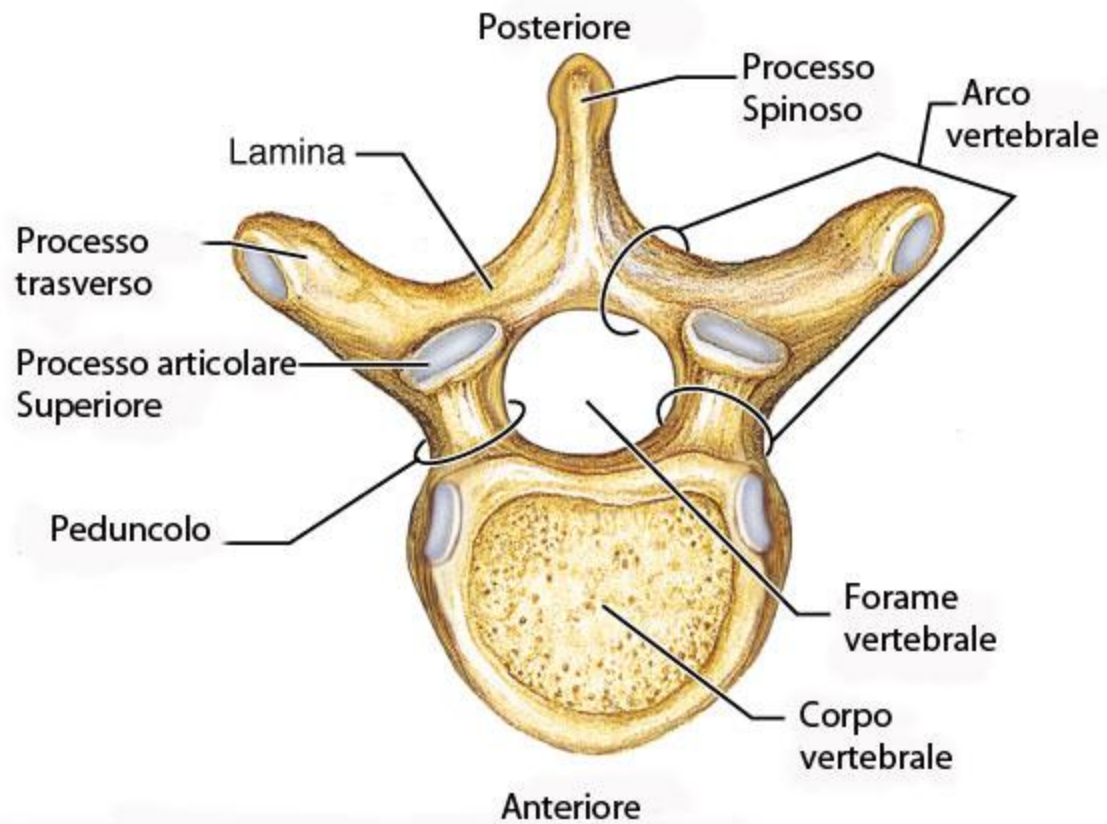
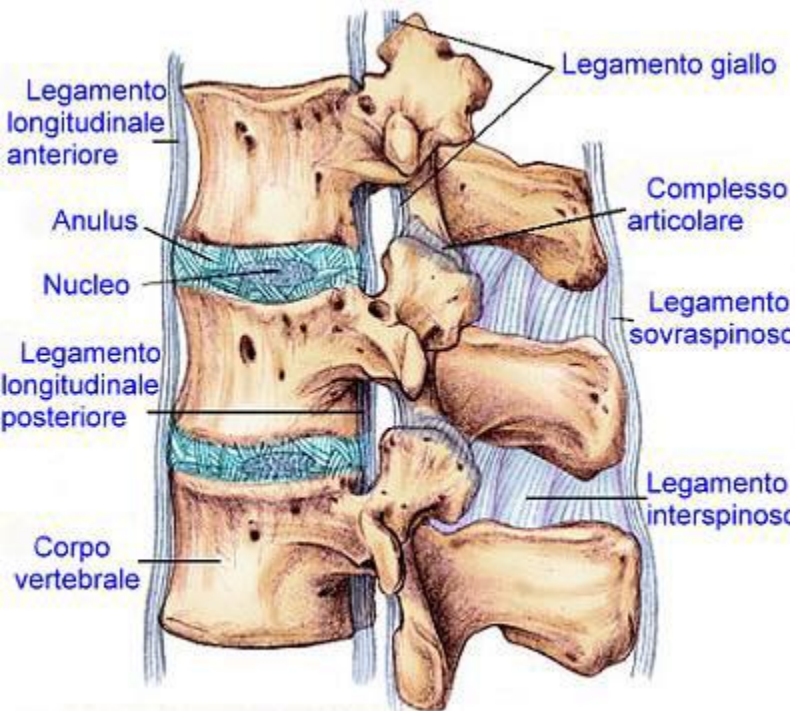
La colonna lombare

Vista anteriore

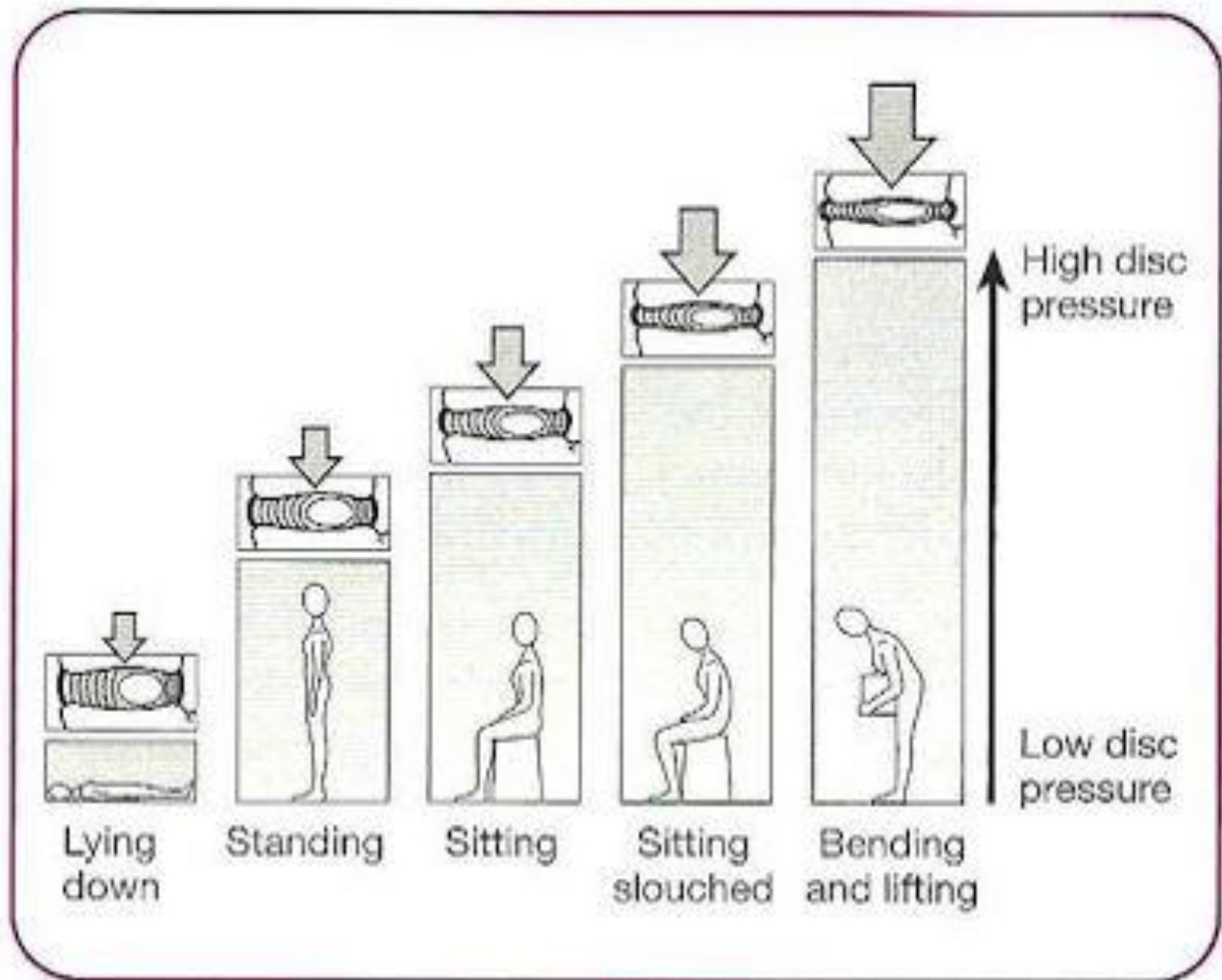
Vista laterale da sinistra

Vista posteriore

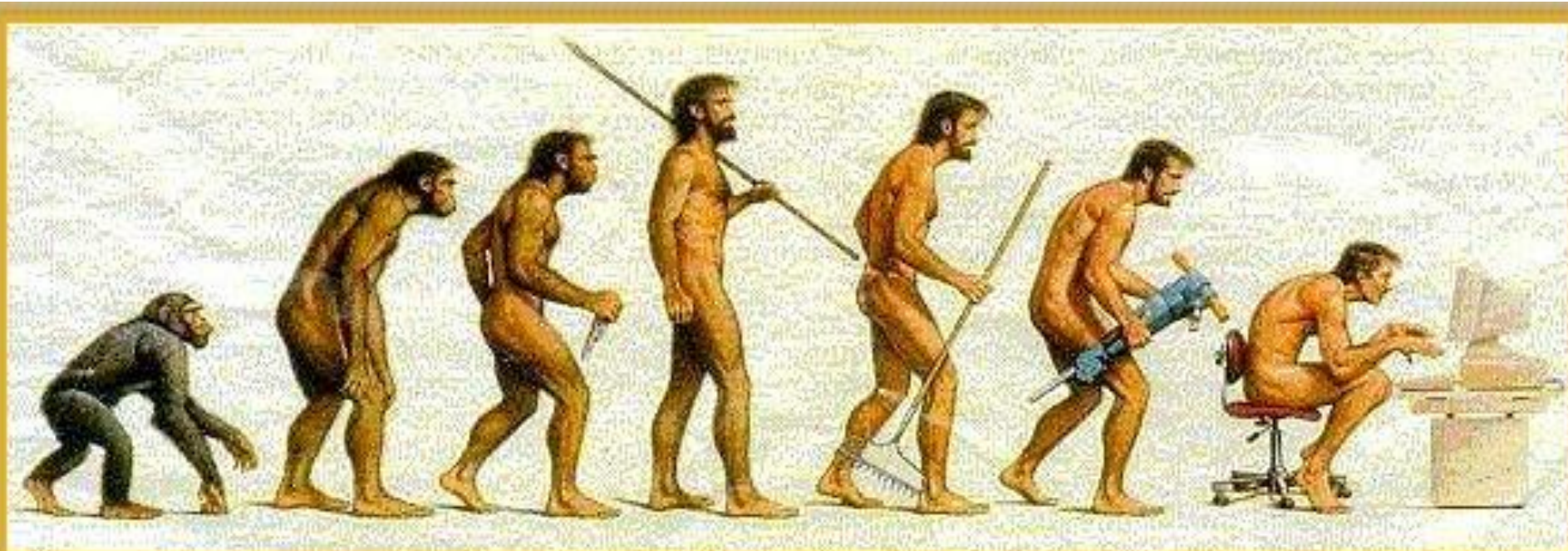




Pressioni sul disco intervertebrale



Attenzione alla sedentarietà!



Classificazione della lombalgia

- Temporale
- Clinica
- Etiologica

Non è sempre artrosi o ernia del disco!

Classificazione temporale

- ACUTA: il dolore persiste per meno di 4 settimane. Frequentemente insorge in modo acuto, talvolta improvviso, associato a movimenti bruschi di flessione o rotazione del tronco
- SUBACUTA: dolore per più di 4 settimane ma meno di tre mesi
- CRONICA: dolore persiste per più di tre mesi. Tipica dell'anziano o in situazioni di sforzi ripetuti.
- RICORRENTE: accessi di lombalgia acuta intervallati da periodi di benessere

La lombalgia acuta può diventare cronica!

Classificazione clinica

- LOMBALGIA LOCALIZZATA alla colonna, con possibile irradiazione a glutei o logge renali
- LOMBALGIA IRRADIATA all'arto inferiore ma senza segni di radicolopatia (interessamento delle radici dei nervi spinali destinati agli arti inferiori)
- LOMBOCRURALGIA: dolore irradiato sulla faccia anteriore della coscia e della gamba
- LOMBOSCIATALGIA: dolore irradiato lungo la faccia posteriore della coscia e la faccia posterolaterale della gamba

Classificazione etiologica: le cause

- ORIGINE VISCERALE: la lombalgia è la proiezione del dolore che origina da una lesione addominale (aneurisma aorta addominale, ulcere)
- ORIGINE MUSCOLO TENDINEA: in seguito a sollecitazioni acute o croniche dell'apparato muscolo-tendineo-legamentoso lombare. Tipica la presenza di trigger point che se sollecitati esacerbano il dolore.
- ORIGINE VERTEBRALE: da patologia sistemica oppure localizzata
- IDIOPATICA: da causa (ancora) sconosciuta

LOMBALGIA DI ORIGINE VERTEBRALE

PATOLOGIA SISTEMICA

- Malattie infettive
- Malattie tumorali
- Malattie metaboliche
- Malattie reumatiche

PATOLOGIA DISTRETTUALE

- Traumi
- Malformazioni
- Sindrome delle faccette
- Ernia discale
- Sindromi degenerative (artrosi)
- Instabilità

Ernia discale: cos'è?

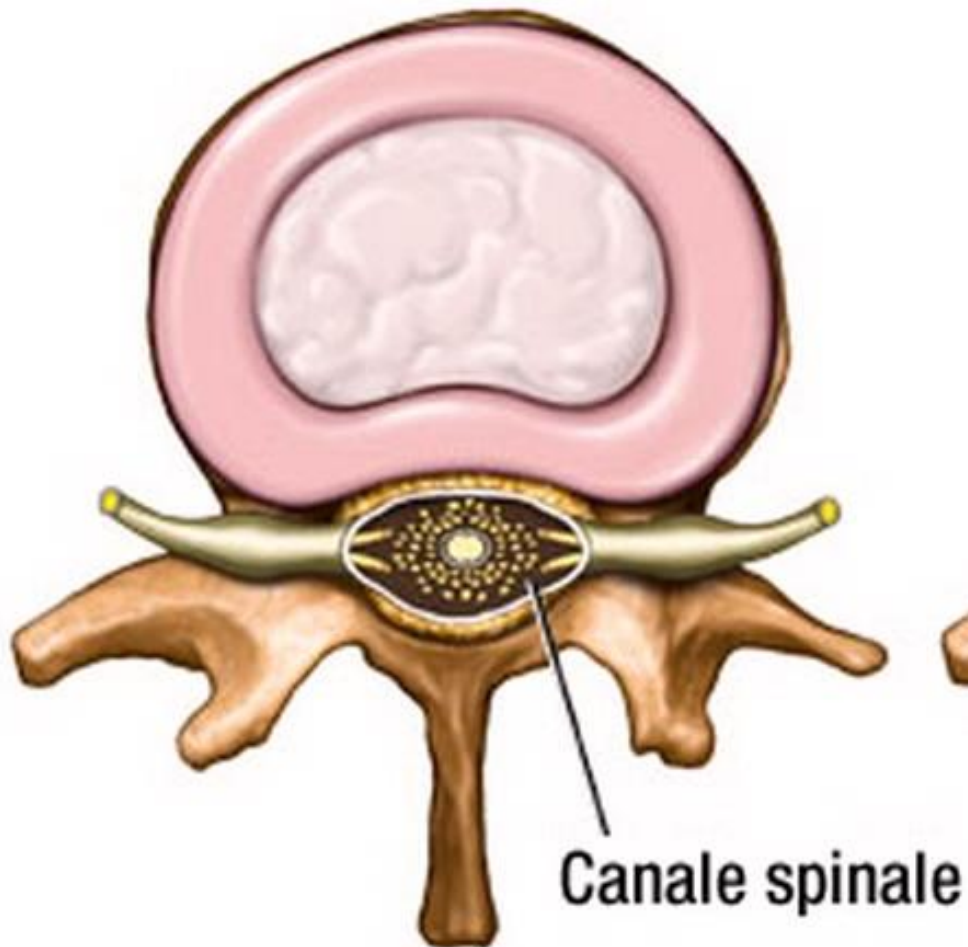
- Riguarda il **nucleo polposso**, che a causa della rottura delle fibre dell'anulus fuoriesce dalla sua sede e può esercitare pressione sulle radici nervose corrispondenti o sul midollo spinale.
- Non è da confondere con la protrusione discale, nella quale il nucleo polposso protrude ma non è erniato in quanto l'anulus non è rotto ma "sfiancato" (situazione comune)
- In base all'evoluzione l'ernia si distingue in: PROTRUSA, ESPULSA, MIGRATA
- In base alla localizzazione: POSTERIORE, POSTEROLATERALE (la tipica ernia discale), INTRAFORAMINALE (spesso dopo i 60 anni), EXTRAFORAMINALE (quella che causa meno problemi clinici)
- Non confondere ernia con discopatia!

Ernia discale: epidemiologia

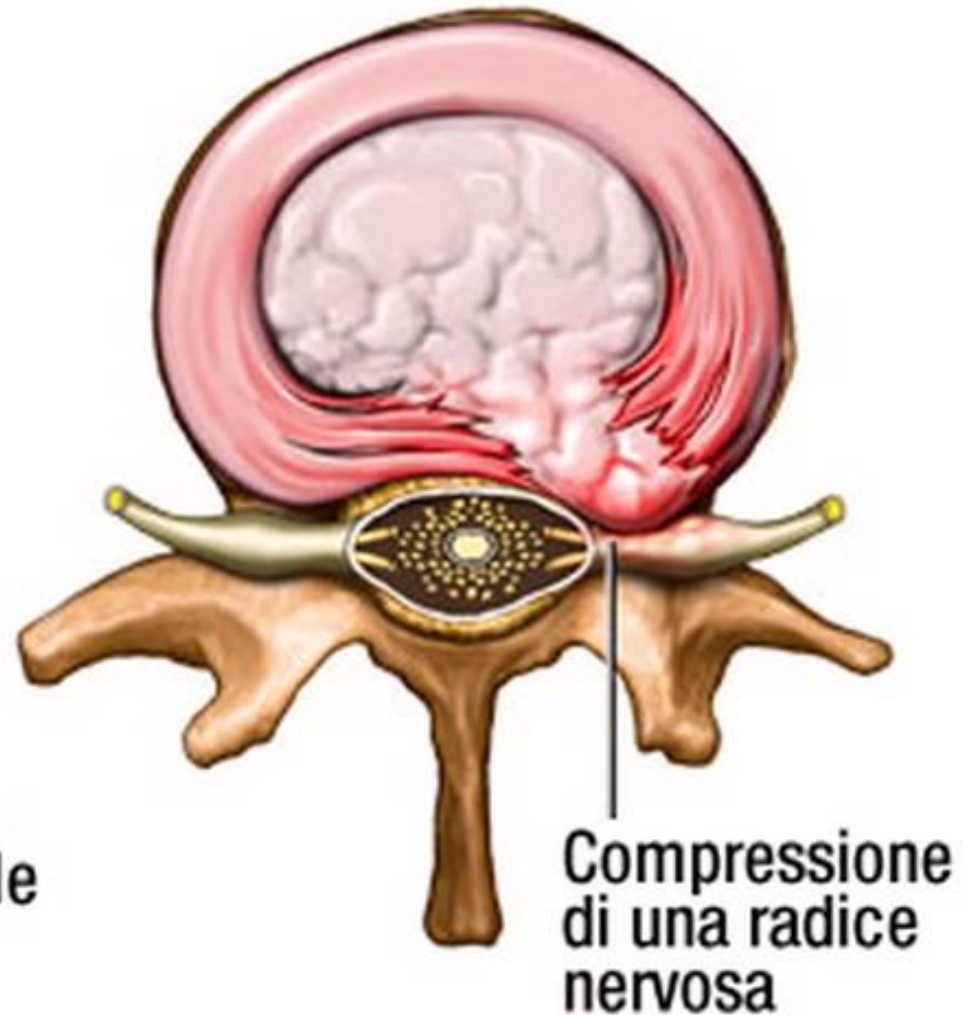
- Difficile stimarne la prevalenza per la presenza di una non trascurabile percentuale di ernie asintomatiche
- 1-3% della popolazione
- 5-10% dei soggetti colpiti da lombalgia
- Fascia di età più colpita: 30-50 anni, con picco intorno ai 40 anni
- Più frequente e precoce nei maschi
- 90% delle ernie riguardano il disco intervertebrale L4-L5 ed L5-S1
- L4-L5: lombocruralgia
- L5-S1: lombosciatalgia, la famosa “sciatica”

Ernia del disco

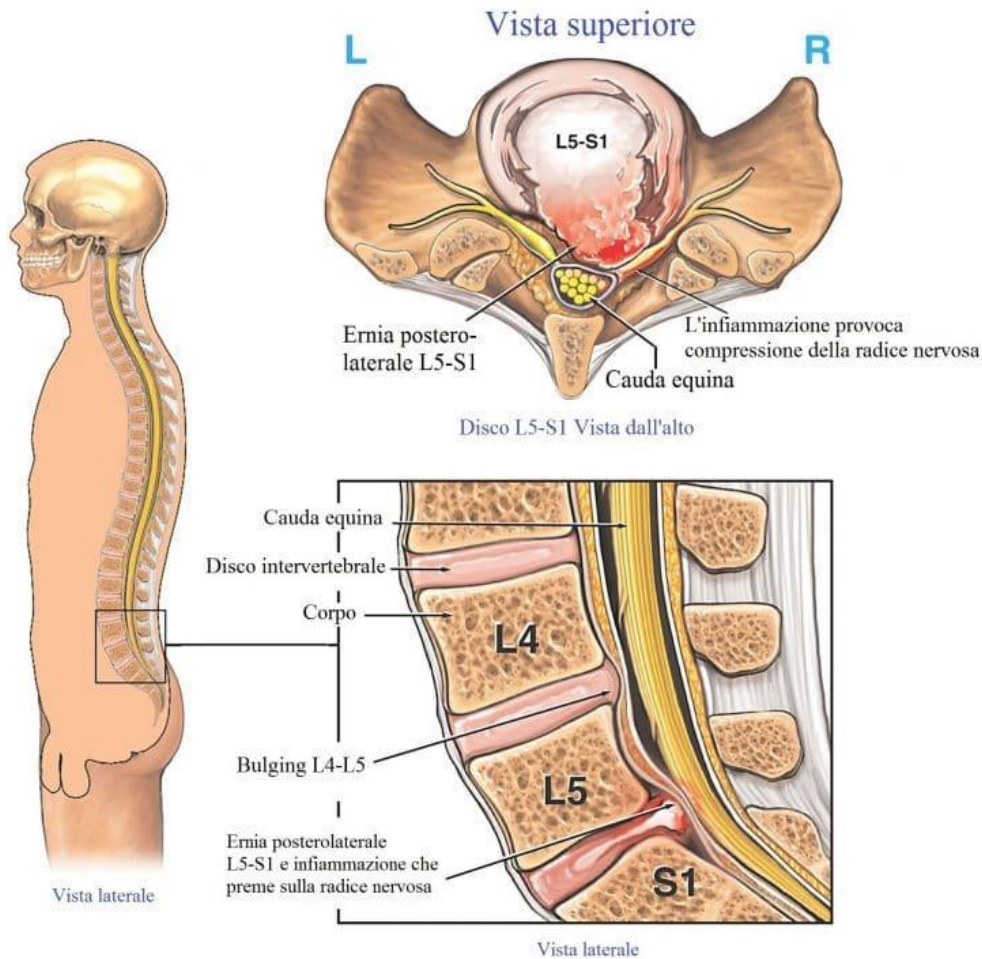
Disco Normale



Ernia del Disco



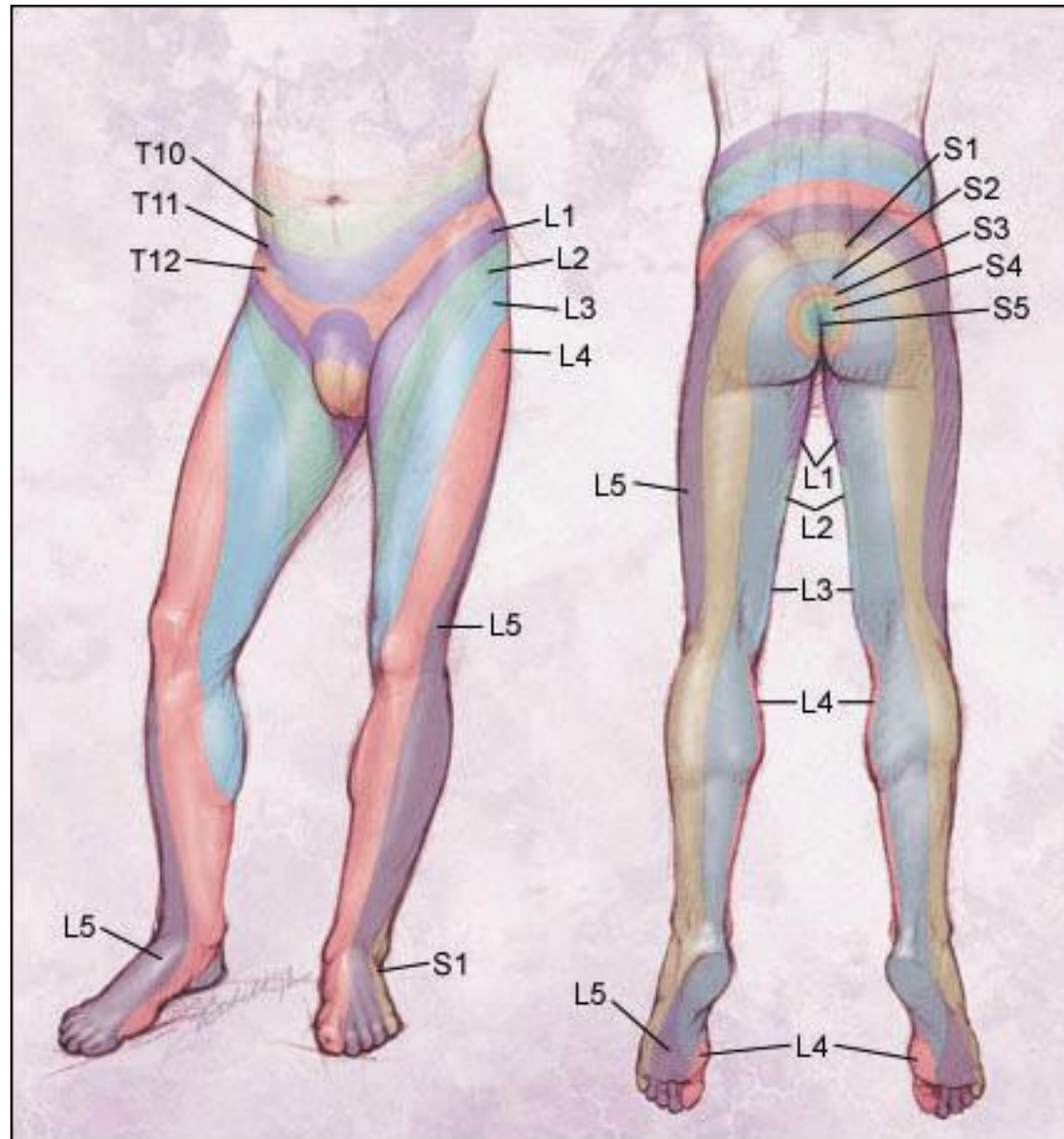
Ernia discale



L4-L5: lombocruralgia

L5-S1: lombosciatalgia, la famosa “sciatica”

Territori cutanei di distribuzione del dolore lombare

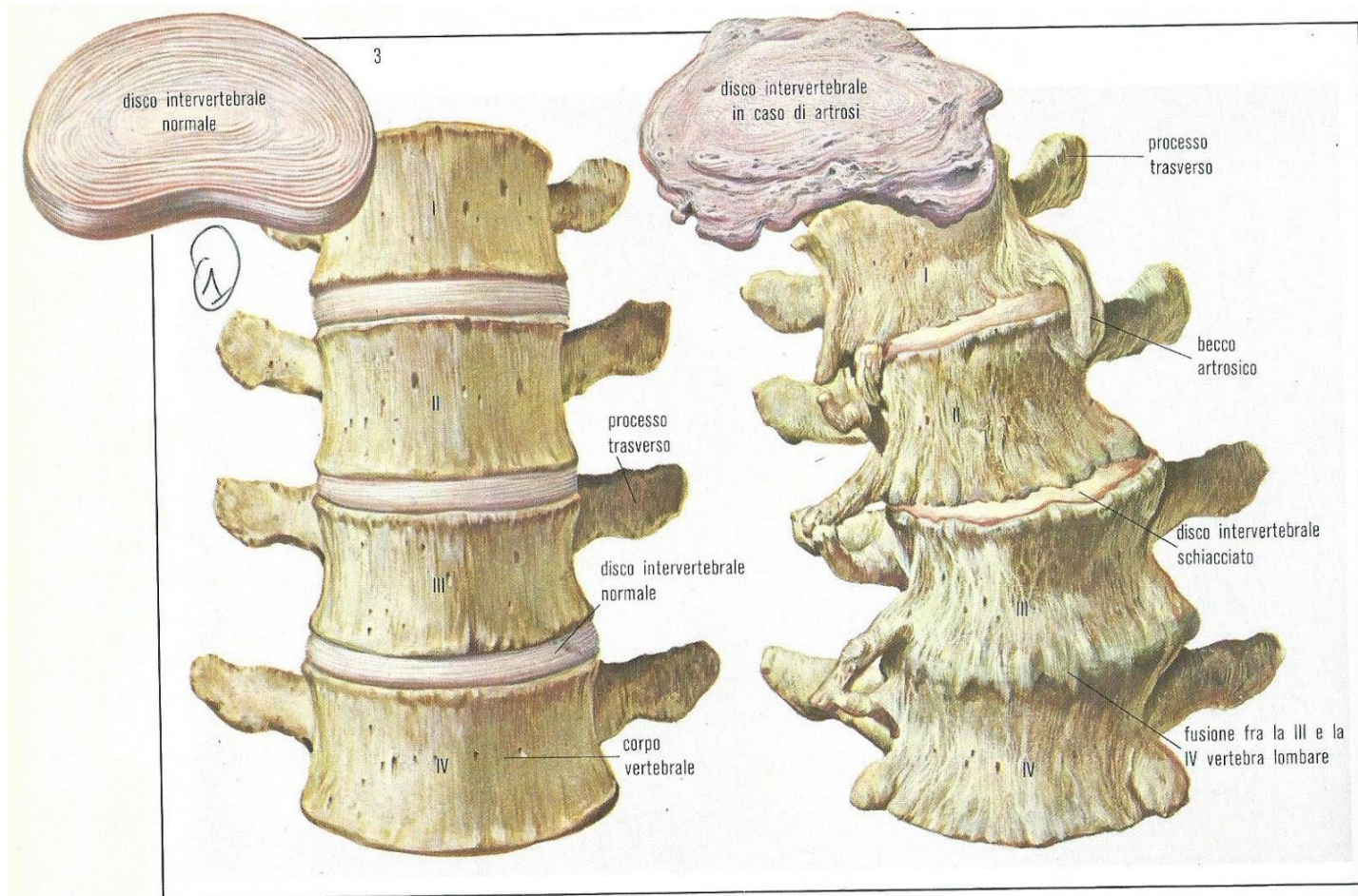


Situazione legate all'età: l'artrosi

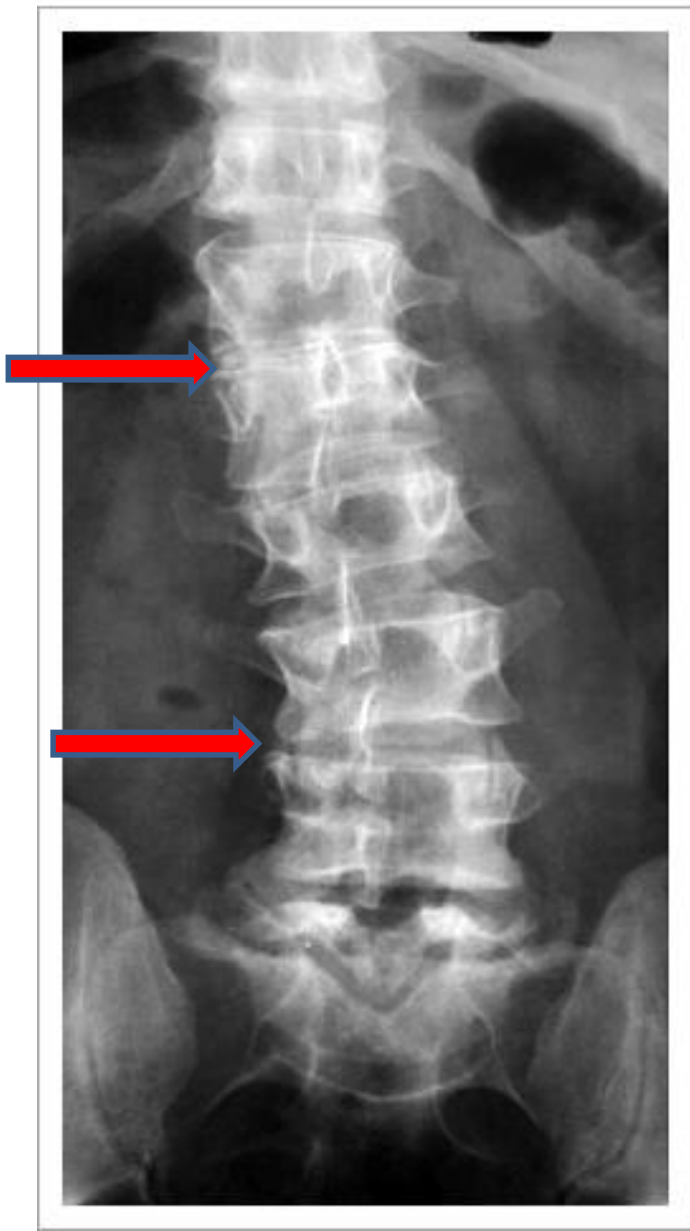
- SPONDILOARTROSI: squilibrio nel rapporto tra sintesi e degradazione della cartilagine articolare che subisce fenomeno di rimaneggiamento e consumo
- DEGENERAZIONE DISCALE: il disco intervertebrale subisce fenomeni di disidratazione
- L'osso reagisce apponendo OSTEOFITI ("escrescenze" e becchi ossei) a partire dalle faccette articolari e dalle lamine limitanti dei corpi vertebrali
- Fattori di rischio: età, attività lavorative, eccesso ponderale, statura elevata, presenza di deviazione della colonna (scoliosi, cifosi, lordosi)

Artrosi

- Riduzione degli spazi articolari
- Instabilità articolare
- Dolore
- Nell'anziano: STENOSI VERTEBRALE da protrusione dei becchi osteofitici nel canale midollare (claudicatio, zoppia)



A livello radiografico



Come affrontare la lombalgia?

Anamnesi del dolore!

- Informazioni fondamentali per il medico di famiglia e per lo specialista!
- MODALITA' DI COMPARSA?
- SEDE ?
- VARIAZIONI NEL TEMPO?
- Esame obiettivo: la visita!

Il medico può consigliare esami strumentali

- **RADIOGRAFIE:** proiezione anteroposteriore e laterolaterale. Mostra eventuali curvature della colonna, allineamenti delle vertebre, morfologia dei corpi vertebrali, spazi intervertebrali.
- **TC:** ottima per indagare l'osso ed eventuali fratture o stenosi. Spesso richiesta in urgenza
- **RISONANZA MAGNETICA:** ottima per lo studio dei dischi intervertebrali (ernie), dei legamenti, delle parti molli (versamenti, emorragie)

Terapia!

- FARMACOLOGICA: cura il sintomo e talvolta la causa (nella spondilodiscite)!
- FISIOTERAPIA: cura il sintomo e la causa!
- CHIRURGICA: nei casi più gravi, cura la causa!

Il riposo a letto non trova evidenza scientifica!

TERAPIA FARMACOLOGICA

- **Analgesici:** paracetamolo, paracetamolo+codeina, ibuprofene+codeina
- **Anti-infiammatori:** FANS, coxib, corticosteroidi.
I farmaci vanno assunti per un tempo adeguato, in media 10 giorni
- **Analgesici oppioidi:** singoli o associazioni (tapentadolo, ossicodone con o senza naloxone)
- **Miorilassanti:** tizanidina, eperisone, tiocolchicoside (orale ha bassissima biodisponibilità, il beneficio non ha elevata evidenza scientifica)
- **Benzodiazepine** hanno evidenza sia come miorilassanti che come sedativi
- **Anestetici locali:** infiltrazioni sui trigger point (mesoterapia e iniezioni peridurali)

Dott. Google? No grazie



FISIOTERAPIA - FISIOCHINESITERAPIA TERAPIA RIABILITATIVA



**TERAPIE FISICHE
TRADIZIONALI**



**Ultrasuoni, TENS,
Magnetoterapia, Ionoforesi**

**TERAPIE FISICHE
AVANZATE**



**Laser HP-YAG
Tecarterapia**

**RIEDUCAZIONE
FUNZIONALE**



**Kinesiterapia propriocettiva
Stretching
Ginnastica posturale (metodi di
Meziers e Souchart)
Idrokinesiterapia**

TERAPIA MANUALE



**Shiatzu
Kinesiotaping
Massoterapia decontratturante
Osteopatia**

MEDICINE ALTERNATIVE



**Agopuntura
Ossigeno-Ozono Terapia**

La PREVENZIONE

- **FONDAMENTALE!**
- INDIVIDUALE e DI GRUPPO
- Concetto di CORE STABILITY



La PREVENZIONE

- Proteggiamo la schiena fin dall'età scolare!
- Corretta postura, distribuzione simmetrica dei carichi che portiamo a spalle (zaini e cartelle!)
- Correzione di curvature della colonna (scoliosi)
- Calzature adeguate
- Controllo del peso corporeo!
- Corretto sollevamento e trasporto dei pesi!
- Attività fisica costante!

L'IMPORTANZA DEL CORE-STABILITY

Un inadeguato livello di Core Stability può condurre con il tempo a infortuni a vari livelli (lombalgie, pubalgie, problemi alle ginocchia, sindrome della bandelletta tibiale)



IL SEGRETO DELLA PREVENZIONE STA NEL "CORE"

= complesso muscolare pelvi-schiena-anche, una zona fondamentale per lo svolgimento delle attività sportive ma anche di molte attività del vivere quotidiano. Questa regione del corpo è formata da due sistemi:



SISTEMA STABILIZZATORE

MUSCOLI

- trasverso dell'addome
- obliquo interno
- multifido (muscolo del dorso)
- trasverso spinale lombare.

MUSCOLI

- retto dell'addome
- obliquo esterno
- erettore spinale
- quadrato dei lombi
- adduttori e quadricipite
- ischio-crurali e grande gluteo

SISTEMA SDI MOVIMENTO

LA PIRAMIDE DELL'ESERCIZIO



**RIDURRE
LA
SEDENTARIETA'**

RIDURRE LA SEDENTARIETA'

Cerco di evitare di stare seduto più di un'ora per guardare la TV, giocare con i videogiochi.



2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA

2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA

Mi diverto così: 1 ora di tennis o di calcetto, gioco a pallavolo con gli amici. Vado a giocare a bowling, faccio arti marziali, mi diverto ballando.



3-5 VOLTE ALLA SETTIMANA

3-5 VOLTE ALLA SETTIMANA

Faccio esercizi aerobici: camminare velocemente, correre, andare in bici, pattinare, nuotare.



OGNI GIORNO

OGNI GIORNO

Passeggio con il mio cane, percorro tratti di strada a piedi, uso le scale, scendo dall'autobus un po' prima della mia fermata, faccio i lavori domestici.



Nel sollevare carichi...

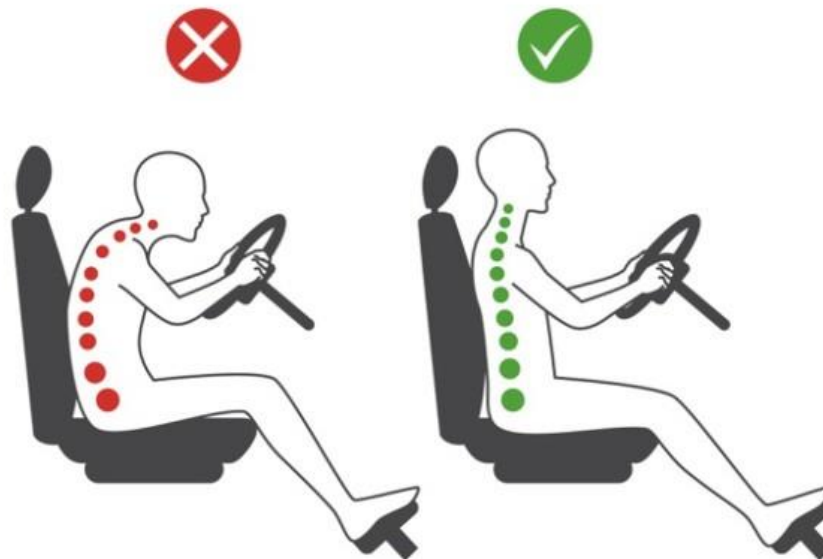
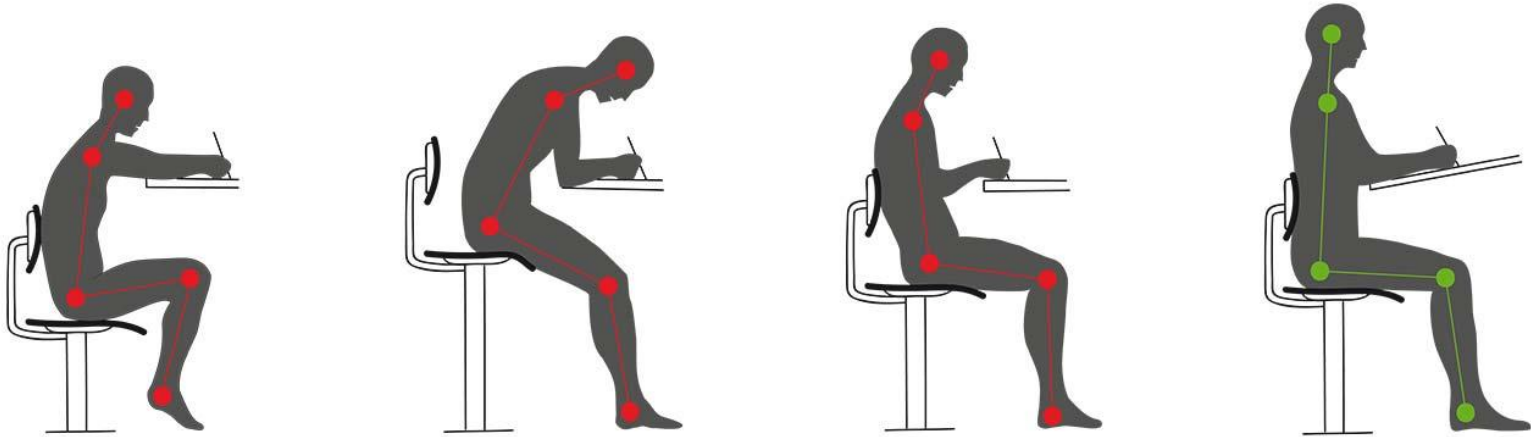
**FLETTERE LE GAMBE ANZICHE'
LA COLONNA!**



**TRASPORTARE I PESI IL PIU'
POSSIBILE VICINO AL CORPO**



Corretta postura da seduti!



L'IMPORTANZA DEL CORE STABILITY – Postura ed ergonomia

**ERGONOMIC
KNEELING CHAIR**

VS

REGULAR CHAIR



Mantenere un adeguato tonotrofismo e controllo posturale del “core” previene le recidive della lombalgia.



L'IMPORTANZA DEL CORE STABILITY - Esercizi e attività di mantenimento



ATTIVITA DA EVITARE: corsa, salti, nuoto tipo rana e delfino, sport asimmetrici

ATTIVITA CONSIGLIATE: Yoga (evitando alcune posizioni), Thai Chi, nuoto dorso e acquagym

Iniziative di comunità

- Gruppi di cammino
- AFA “Attività Fisica Adattata”: progetto nazionale per promuovere salute e benessere e attuato in collaborazione con Medici di Famiglia e Specialisti Fisiatri

Discussione finale e domande



Grazie dell'attenzione e buonanotte!

