Sing

The journal of the Italian College of general practitioners

7

Ricerca

Stefano Giovannoni, Nedo Mennuti*meo Pulsoni**,

Coordinatore area

ortopedico-reumatologica SIMG

*Coordinatore area informatica SIMG

**medico generale, SIMG

Diagnosi: non dire lombalgia

I sintomi osteoarticolari sono fra le cause più frequenti di accesso all'ambulatorio del medico generale (MG) e, fra questi, la lombalgia ne rappresenta da sola quasi il 20%. Questo vuol dire che, mediamente, un MG si trova a dover assistere 2-3 pazienti affetti da mal di schiena (MDS) per seduta ambulatoriale e la diagnosi *tautologica* è spesso "lombalgia"... Si usa, cioè, un sintomo, lo stesso sintomo presentato dal paziente, per formulare una diagnosi, e questo porta da un lato a una genericità d'impostazione e quindi d'intervento e dall'altro al ricorso eccessivo alla diagnostica per immagini a cui viene ciecamente affidata una *delega diagnostica*, spesso priva di qualsivoglia ragionamento clinico. Questo accade nella medicina generale, ma molto di più nella medicina specialistica, che sempre di più deve servirsi di totem strumentali per accreditarsi. La moda ha preso così campo che addirittura il paziente chiede autonomamente la TC o la RMN al primo episodio lombalgico.

È evidente che a fare le spese di questo malcostume è il MG che spesso fra l'incudine di uno specialista e il martello di un paziente ("non avrò un tumore?..."; "non rimarrò paralizzato?...) si vede costretto a richiedere esami di diagnostica strumentale che nella maggioranza dei casi non apporteranno nessun dato nuovo in grado di modificare il suo comportamento diagnostico e terapeutico: se un esame possiede queste caratteristiche è implicito che diventa perfettamente inutile, oltre che molto costoso...

A complicare ulteriormente le cose è palese il fatto che non esiste uno specialista di riferimento per il MDS: l'ortopedico ha competenze chirurgiche, il neurochirurgo ne ha altre, il reumatologo si interessa di spondiliti, il fisiatra di riabilitazione, il neurologo di sciatalgie e così via: aspetti ben definiti e, tutto sommato, parcellari nel contesto della gestione del paziente lombalgico, specialmente se cronico. È quindi il MG, con la sua visione olistica dei problemi, la figura professionale che può gestire al meglio il paziente lombalgico, anche in considerazione del fatto che più di 70 patologie possono dare MDS, eventualmente ricorrendo a consulenze specialistiche di secondo livello, dopo aver prospettato una diagnosi funzionale del dolore lombare, ipotizzandone il meccanismo patogenetico e l'eventuale momento scatenante.

Un percorso formativo innovativo

Per far questo, il MG deve quindi acquisire specifiche competenze durante il suo processo formativo, per affrontare e gestire una patologia sempre più frequente, invalidante e ad alto costo sociale.

Oltre alla tradizionale metodologia dell'apprendimento attivo in workshop interattivi, e a integrazione di questa, è nostra intenzione sperimentare un *help* diagnostico *informatizzato* nella nostra cartella clinica computerizzata (Millewin), proponendo un diverso approccio al dolore lombare, basato sul riconoscimento delle strutture lombari algosensibili e sull'individuazione del meccanismo di produzione del dolore, che prevede una valutazione obiettiva, dinamica e posturale del rachide.

Ben consapevoli dei tempi e delle modalità di lavoro del MG, sappiamo che i riferimenti clinici da rilevare di fronte a un paziente con MDS devono essere immediati e fondarsi su clinica, anamnesi ed esame obiettivo, che da sempre contraddistinguono il nostro lavoro. Non abbiamo trovato in letteratura quei riferimenti analitici che, partendo dal problema presentato e dai segni clinici rilevati, possano portare a una probabilità di diagnosi, per cui il percorso diagnostico che proponiamo deve considerarsi sperimentale, una proposta di lavoro che nasce all'interno della medicina generale e che si rivolge ai MG per essere valutata, arricchita e condivisa.

Districarsi tra le lombalgie

Il nostro lavoro si pone l'obiettivo di distinguere una grave ma rara lombalgia "internistica" (di origine spondilitica, neoplastica, viscerale, fratturosa) da una di origine meccanica, estremamente più frequente ma con migliori implicazioni prognostiche, legata a sindrome delle faccette per interessamento delle articolazioni posteriori, a legamentite ileo-lombare, a ernia discale, a fibromialgia e così via.

Dopo aver individuato quegli aspetti della *storia personale* (tab. 1) che possono evidenziare particolari condizioni di rischio e le patologie concomitanti che devono essere prese in considerazione, vengono rilevate le *caratteristiche del dolore* (tab. 2) e ricercati i *segni clinici* (tab. 3) con l'esame fisico statico e dinamico e l'eventuale *esame neurologico* (tab. 4). L'integrazione, la reciproca inclusione ed esclusione dei parametri rilevati porta infine a una probabilità di diagnosi differenziale del MDS che, oltre al trattamento più idoneo, può orientare verso un uso razionale della diagnostica strumentale e verso una scelta oculata della consulenza specialistica. Oltre a questi aspetti vorremmo sottolineare che possedere una certa sicurezza

diagnostica dà quell'autorevolezza culturale che permette di non essere passivi esecutori di richieste che arrivano da certo mondo specialistico, se non dallo stesso paziente.

Si ringrazia il dr. Stefano Negrini, segretario del Gruppo di Studio della Scoliosi e delle patologie vertebrali, per il contributo fornito.

Ricerca

Tab. 1 - Storia personale (valutazione del rischio)

Rischio di lombalgia infiammatoria

· Storia familiare o presenza di:

Psoriasi, colite ulcerosa, m. di Crohn, uveiti anteriori acute ricorrenti, spondiloartriti nei consanguinei

Diarrea, uretrite, cervicite nel mese precedente

Mono-oligoartrite, preferenzialmente arti inferiori, asimmetrica

Entesiti, Specialmente se agli AAII, persistenti, ricorrenti, multiple

Età giovanile <45 anni

Rischio di tumore primitivo o secondario

- · Storia di neoplasia
- Febbre e/o perdita di peso e/o astenia marcata
- Età inferiore a 20 (osteoma osteoide) o superiore a 50 anni (mieloma, metastasi)

Rischio lombalgia infettiva

- · Febbre e/o perdita di peso e/o astenia marcata
- Terapia immunosoppressiva

Rischio lombalgia meccanica

- Carico sul rachide (lavoro e hobby negli ultimi anni)
- Presente (se seduto fisso, in piedi fisso, guida automezzi, sposta/solleva pesi, pratica hobby con carico rachide),
- · Scarsa attività motoria (vita sedentaria, uso eccessivo dell'auto)
- Fumo
- Precedenti chirurgici al rachide (emilaminectomia, discectomia, ecc.)
- Pregresse fratture (vertebrali, bacino, AAII)

Rischio lombalgia fratturosa

- Insorgenza dopo trauma e/o caduta
- Insorgenza dopo sforzo e/o attività prolungata in flessione anteriore
- Età superiore a 70 anni

Rischio lombalgia fibromialgica

- · Sesso femminile
- Alterazione tono dell'umore (distimia, nevrosi, ss.ansioso-depressive)
- Presenza di trigger point nelle sedi tipiche
- Metereopatia
- · Intolleranza al freddo, umido, vento

Rischio di lombalgia cronica

- · Scarsa cura di sé
- · Disagio lavorativo e/o familiare
- Scarsa attività motoria
- · Atteggiamento passivo verso il dolore
- · Dolore protratto oltre tre mesi
- · Episodi recidivanti che si avvicinano nel tempo

Tab. 2 - Definire il dolore

Insorgenza

Insidiosa (settimane, mesi) fibromialgia, lombalgia infiammatoria, tumori, cause viscerali (genito-urinarie, vascolari)

Acuta (concomitante sforzo fisico) F legamentite ileolombare, discopatia, s.faccette,

Acuta lacerante (non concomitante a sforzo) F rottura aneurisma aorta addominale

Trauma maggiore F frattura

Trauma minore o caduta in anziani e/o osteoporotici e/o cortisonati F frattura

Sede

Lombare F discoartrosi, s. faccette, fibromialgia, osteoporosi fratturativa

Lombare bassa e glutea F legamentite ileolombare sacroileite Dorsolombare F lombalgia infiammatoria, s. faccette

Irradiazione

Sotto il ginocchio F radicolopatia L4, L5, S1,

Faccia anteriore della coscia, F radicolopatia L2, L3, entraipment n. femoro cutaneo laterale, organi e affezioni retroperitoneali, ernia inguinale, dolore colico e genitale

Faccia posteriore della coscia F sacroileite, legamentite ileolombare, radicolopatia SI

Gluteo F legamentite ileolombare, radicolopatia D12,L1

Trocantere, pube F radicolopatia D12

Sintomi neurologici

Debolezza muscolare delimitata F radicolo/neuropatie

Parestesie F radicolo/neuropatia, fibromialgia (disestesie)

Anestesia a sella F s. cauda equina

Incontinenza urinaria e/o fecale F s.cauda equina

Piede cadente F radicolopatia L5

Claudicatio neurologica (dolore che insorge durante la deambulazione e cessa fermandosi e/o sedendosi) F stenosi vertebrale,

s. della cauda

Orario del dolore

Notturno (specialmente quando cambia posizione) * discopatia, s.faccette, fibromialgia

Notturno continuo F tumore

Notturno- mattutino (sveglia il paziente) F lombalgia infiammatoria

Alzandosi dal letto F legamentite ileo-lombare, fibromialgia

Diurno (aumentato da sforzi fisici) F legamentite ileolombare, s. faccette, discopatia

Rapporto postura-dolore

Atteggiamento in iperestensione del tronco F discopatia, frattura corpo

Atteggiamento in flessione del tronco F s.faccette, stenosi vertebrale

Peggiora in posizione seduta F discopatia, frattura corpo

Migliora in posizione seduta F stenosi vertebrale, s. faccette

Peggiora col clinostatismo F s.faccette, lombalgia infiammatoria, tumore

 ${\it Migliora\ col\ clinostatismo\ F\ discopatia, frattura,\ stenosi\ vertebrale}$

Continuo, non sollievo con riposo F tumore, infezione, origine viscerale

Caratteristiche del dolore

Urente F neuro / radicolopatia, stenosi vertebrale

 $Sordo,\, profondo\, F\, s. faccette,\, discopatia,\, legamentite$

 ${\it Trafittivo, colico, lacerante, variamente\ distribuito\ F\ origine\ viscerale}$

Variabile F fibromialgia

Esacerbazione con starnuti e tosse F radicolopatia, s. faccette

Rigidità mattutina

< mezza ora F discoartrosi, s.faccette, legamentite,

> 2ore F lombalgia infiammatoria

Tab. 3 - I reperti obiettivi

Dolore palpazione articolazioni posteriori -faccette- (2-3 cm a lato dei processi spinosi):

Presente: regione lombare bassa, alta, passaggio dorso-lombare F s.faccette

Dolore palpazione legamento ileo-lombare (alla spina iliaca posterosuperiore e tratto prossimale cresta iliaca)

Presente F legamentite i.l.

Dolore palpazione processi spinosi lombari

Presente F fibromialgia, legamentite inter-sovraspinosa, frattura

Dolore palpazione articolazioni sacroiliache

Presente F sacroileite \sim , legamentite sacroiliaca

Dolore alla pressione sul m. medio gluteo, bilateralmente

Presente F fibromialgia, spec. se associato a positività degli altri trigger point

Flessione attiva del tronco a paziente in piedi

Non evoca dolore F s.faccette, discopatia bassa

Evoca vivo dolore fin dai primi gradi con lordosi mantenuta F discopatia alta, frattura corpo vertebrale

Evoca dolore ai gradi estremi e/o se forzata F s.faccette, legamentite i.l.

Limitazione funzionale (rigidità) con lordosi mantenuta F discopatia, lombalgia infiammatoria

Limitazione funzionale (rigidità) con inversione lordosi F rigidità mm. posteriori cosce, coxopatie

Comparsa di scoliosi funzionale F dismetria AAII, s.faccette, discopatia

Riestensione attiva del tronco

Evoca vivo dolore con prematuro ristabilimento della lordosi F s.faccette Iperestensione passiva F s.faccette

Dismetria arti (allineamento creste iliache; misura diretta) ≥ 1.5 - $2cm\ F\ s. faccette,$ legamentite i.l.

Scoliosi

Dorsale, Lombare F s.faccette, legamentite i.l., Esordio improvviso di scoliosi antalgica sotto 20 anni F tumore (osteoma osteoide)

Lordosi lombare (normale con angolo lombosacrale di 30°)

Aumentata F s.faccette Ridotta F contratture muscolari

Distanza dita suolo

 $Molto\ distante\ da\ terra\ (20\text{-}30cm)\ F\ rigidit\`{a}\ lombare,\ coxopatie,\ lombalgia\ infiammatoria$

Tab. 4 - Esame neurologico (sospetta radicolopatia)

Manovra di Lasegue monolaterale

(dolore sotto il ginocchio fra 30° e 70°)

Positiva F radicolopatia L5, radicolopatia S1

Manovra di Lasegue controlaterale

(evoca dolore all'arto interessato)

Positiva F radicolopatia L5, radicolopatia S1

Manovra di Lasegue bilaterale

Positiva in entrambi i lati F s. cauda equina Positiva oltre 70° con elevazione contemporanea degli arti: Dolore faccia mediale gamba F radicolopatia L4 Dolore faccia anteriore coscia F radicolopatia L2, L3

Manovra di Wassermann

 $Presente\ F\ radicolopatia\ L2,\ L3, L4,$

Estensione del ginocchio

(a paz. seduto oppure accovacciato in appoggio monopodale)

Ipostenia F radicolopatia L4,

Dorsiflessione dell'alluce

(e del piede)

Ipostenia F radicolopatia L5, Piede cadente F radicolopatia L5

Flessione plantare del piede

(camminare sulle punte)

Ipostenia F radicolopatia S1

Riflesso rotuleo

 $Ridotto/assente\ F\ radicolopatia\ L4$

Riflesso achilleo

Ridotto/assente F radicolopatia S1

Ridotto/assente a dx e sn \hat{F} sindrome della cauda equina,