Mal di Schiena - Clinica e Linee Guida terapeutiche 2017

* + tratto da Univadis
*

A cura di:  Paolo Spriano e Marco Cambielli - MMG Milano e Varese

Key words:  linee guida, terapia, medicina generale

Il mal di schiena (MdS) rappresenta una condizione comune che ogni giorno affligge il 5.6% della popolazione adulta degli Stati Uniti così come in Europa. Spesso i pazienti si trattano da soli e solo il 25-30% si rivolge al proprio medico di famiglia (MMG). L’obiettivo primario del trattamento è rappresentato da una riduzione del dolore che permette al paziente di ritornare il più rapidamente possibile alla sua normale attività lavorativa quotidiana. Quasi sempre il MdS è gestito direttamente dal MMG senza ulteriori richieste di consulenze dell’ortopedico, del fisiatra  o del neurochirurgo.

Questa condizione, nel 70% dei casi, è causata da una contrattura dolorosa secondaria ad un trauma distorsivo dei muscoli paravertebrali lombari e solo marginalmente da altre condizioni che comunque vanno considerate in diagnosi differenziale. La storia naturale del mal di schiena generalmente ha un decorso favorevole, con il 30-60% dei pazienti che guariscono in una settimana, 60-90% in sei settimane e 95% in 12 settimane. Nell’arco di 6 mesi nel 40% dei pazienti si presentano recidive o episodi ricorrenti di MdS. Nel contesto dell’evolutività temporale, le sei settimane di durata dei sintomi sembrano definire un’ideale linea di confine tra un banale mal di schiena gestibile con terapia conservativa e una problema più complesso, meritevole di un approfondimento diagnostico-terapeutico (1).

L’esame fisico è in grado di discriminare i soggetti che richiedono una valutazione immediata nel sospetto di una indicazione chirurgica urgente, come i pazienti con sindrome della coda equina, sciatalgia bilaterale e progressivo deficit neurologico periferico con interessamento degli sfinteri.  E’ importante saper individuare fra la quasi totalità di casi banali i casi critici attribuibili a un mal di schiena da *“codice rosso”*  e prendere una decisione corretta e tempestiva. Solo il 4% dei soggetti con sciatalgia ha un’ernia del disco intervertebrale, mentre il 2% presenta gradi variabili di spondilolistesi. Il 95% di coloro che hanno un’ernia del disco hanno una sciatalgia e la probabilità che un disco erniato sintomatico dia solo mal di schiena senza sintomi di sciatica è di 1 a 500.  Quindi il tipo di dolore è un sintomo che identifica con buona accuratezza una sofferenza radicolare lombo-sacrale secondaria all’ernia del disco intervertebrale .

L’approccio al trattamento non invasivo del MdS è stato oggetto della pubblicazione delle nuove linee guida 2017 (**2**) redatte dall’*American College of Physicians* (ACP) con lo scopo di fornire indicazioni, sulla base dell’efficacia, efficacia comparativa e la sicurezza riguardo ai trattamenti farmacologici e ai trattamenti non farmacologici per la lombalgia in fase acuta (<4 settimane), subacuta (da 4 a 12 settimane) e cronica (> 12 settimane) gestita nel contesto delle cure primarie. Le raccomandazioni di maggior rilievo sono applicabili nella pratica clinica dei MMG con particolare attenzione al trattamento conservativo.

Nello specifico la terapia di prima linea dovrebbe prevedere le terapie non farmacologiche. Gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e/o i miorilassanti dovrebbero essere utilizzati quando l’approccio non farmacologico è inefficace e viene scoraggiato in prima battuta l'uso di oppioidi.

Dall’analisi delle evidenze disponibili è emerso che: nessuna terapia è stata nettamente migliore rispetto alle altre; si sono evidenziate nuove prove a supporto del tai chi nel dolore lombo-sacrale cronico e dell'agopuntura nel dolore lombo-sacrale acuto; nuove prove suggeriscono la mancanza di beneficio per l’acetaminofene nel dolore lombo-sacrale acuto e supportano l'uso di duloxetina nella lombalgia cronica; gli antidepressivi triciclici non sembrano essere migliori del placebo. In generale l’efficacia degli interventi sul dolore è modesta o lieve e generalmente essa è a breve termine.

In sintesi le raccomandazioni forti delle linee guida ACP 2017 sono le seguenti:

* La maggior parte dei pazienti con dolore lombare acuto può migliorare nel tempo indipendentemente dal trattamento e può evitare trattamenti potenzialmente dannosi e test.
* La terapia di prima linea dovrebbe includere la terapia non farmacologica, come il calore superficiale (prove di qualità moderata), i massaggi, l’agopuntura o le manipolazioni al rachide LS (prove di bassa qualità).
* Quando la terapia non farmacologica fallisce, sono da considerare i FANS o i farmaci mio-rilassanti a breve termine (prove di moderata qualità).Gli steroidi sistemici non sembrano essere efficaci. Occorre considerare le possibili reazioni avverse ai diversi farmaci usati.
* Per il dolore lombare cronico, considerare la terapia non farmacologica, come: esercizio fisico moderato, riabilitazione, agopuntura (prova di moderata qualità), tai chi, yoga, esercizi di controllo del movimento, rilassamento progressivo, biofeed-back, terapia laser a bassa intensità, terapia cognitivo-comportamentale o manipolazione spinale (prova di bassa qualità).
* Per la lombalgia cronica che non risponde alla terapia non farmacologica, considerare i FANS come terapia di prima linea. Per la seconda linea, sono da considerare il tramadolo o la duloxetina. Le benzodiazepine non hanno alcun effetto sulle radiculopatie. Tenere in debito conto le possibili reazioni avverse dei vari farmaci somministrati. Valutare l’impiego degli oppioidi solo in quei pazienti dove la terapia farmacologica di prima e di seconda linea non è stata efficace, tenendo presente che i rischi superano i benefici e solo dopo averne discusso con il paziente.