



Nuove linee guida sulla lombalgia: ce n'era bisogno?

Data 16 maggio 2008
Categoria ortopedia

L'American College of Physicians e l'American Pain Society hanno pubblicato congiuntamente le linee guida sulla lombalgia, ma non sembra ci siano novità di rilievo rispetto a quanto dovrebbe già essere noto ai medici pratici.

L'American College of Physicians e l'American Pain Society hanno pubblicato congiuntamente le linee guida sulla diagnosi e sul trattamento della lombalgia.

Secondo il panel di esperti che le ha elaborate negli USA circa il 25% degli adulti riferisce di aver sofferto di mal di schiena nei tre mesi precedenti mentre il 7,6% riporta almeno un episodio di lombalgia nell'anno. In molti casi la sintomatologia migliora entro un mese, indipendentemente dal trattamento effettuato.

Di seguito sono riassunti i punti principali affrontati dalle nuove linee guida.

1) La lombalgia può essere classificata in 3 sottogruppi: lombalgia non specifica (circa 85% dei casi), lombalgia potenzialmente associata a condizioni patologiche a livello vertebrale (stenosi spinale, ernia del disco, frattura vertebrale), lombalgia potenzialmente associata a una causa specifica (neoplasia, infusione, sindrome della cauda equina)

2) E' importante durante la visita valutare eventuali fattori psicosociali che potrebbero portare a cronicizzazione dei sintomi

3) Nei casi di lombalgia non specifica non si dovrebbe prescrivere di routine esami radiologici, compresi TAC e RMN, o altri test; questi dovrebbero essere richiesti solo nei casi con deficit neurologici ingravescenti subito importanti oppure se si sospetta una causa potenzialmente grave come una neoplasia, una infusione, una frattura vertebrale o un aneurisma dell'aortaaddominale

4) Per lo studio radiologico della colonna vertebrale la RMN è preferibile alla TAC

5) Il medico dovrebbe istruire il paziente sulla evoluzione spesso spontanea del quadro clinico nel giro di alcune settimane e consigliargli di rimanere attivo nonostante il dolore

6) Se si prende in considerazione una farmacoterapia questa dovrebbe essere associata alla cosiddetta "back care education". Ogni farmaco possiede effetti collaterali e non vi sono forti evidenze di un beneficio nel lungo termine. Come farmaci di prima scelta vengono consigliati paracetamolo e FANS.

Anche se il paracetamolo è di solito ben tollerato potrebbe essere meno efficace dei FANS mentre questi possono essere associati a rischi gastrointestinali e cardiovascolari

7) Se la terapia farmacologica e comportamentale non ottiene risultati si può ricorrere ad opzioni non farmacologiche. Per la lombalgia acuta l'unica opzione che si è dimostrata efficace è la manipolazione vertebrale. Per le forme croniche possono risultare efficaci la riabilitazione intensiva multidisciplinare, l'esercizio, l'agopuntura, i massaggi, la manipolazione vertebrale, lo yoga, la terapia comportamentale, il rilassamento. Tuttavia va considerato che le evidenze a favore di queste alternative sono di qualità non ottimale.

8) Gli oppioidi e i muscolorilassanti (per es. benzodiazepine) possono essere utili nelle forme gravi di dolore ma i loro benefici devono essere pesati con i rischi. Per la lombalgia cronica possono essere di qualche beneficio gli oppioidi o gli antidepressivi.

Fonte:

1. Chou R et al. Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007 Oct 2; 147:478-491
2. Chou R et al. Nonpharmacologic Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2007 Oct 2; 147:492-504
3. Chou R et al. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2007 Oct 2; 147:505-514

Commento di Renato Rossi

Queste linee guida costituiscono una specie di "summa" sulla lombalgia ma francamente non aggiungono nulla di nuovo a quanto già non si sapesse, dalla raccomandazione di evitare il riposo eccessivo a quella di non prescrivere accertamenti radiologici nei casi di lombalgia non specifica, a meno che non esistano sospetti circa una forma potenzialmente grave sottostante o, ancora, nei casi che non migliorano (una raccomandazione che è più facile scrivere che seguire nella pratica di tutti i giorni, con il paziente che preme perché vuol sapere "subito" da cosa dipende il suo mal di schiena).

Sembra che la letteratura, in questi ultimi tempi, sia inflazionata da linee guida, pubblicate e aggiornate di continuo un po' da tutte le Società Scientifiche, anche senza che ce ne sia un reale bisogno. Qualche volta viene il sospetto che questa smania sia più legata ad una ricerca di "visibilità" scientifica che ad una reale necessità dei medici ad essere aggiornati.