

Linee guida per la valutazione e il trattamento di lombalgia e sciatalgia

Antonino Cartabellotta^{1*}, Stefano Salvioli²

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Fisioterapista, Università di Genova

La lombalgia è la principale causa di disabilità a lungo termine nel mondo¹; la sua incidenza nel corso della vita è del 58-84%² e l'11% degli uomini ed il 16% delle donne sono affetti da lombalgia cronica³. Il 7% dei consulti dei medici di medicina generale (MMG) è riferibile alla lombalgia, che ogni anno determina la perdita di 4,1 milioni di giornate lavorative². Oltre il 30% dei pazienti con sciatalgia presentano sintomi clinicamente significativi ad un anno dall'insorgenza⁴.

Questa linea guida (LG) del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) aggiorna la precedente espandendone l'ambito e sintetizza le raccomandazioni per la valutazione e il trattamento di lombalgia e sciatalgia negli adulti⁵. La LG mira a superare la variabilità dei percorsi assistenziali per la lombalgia e la gestione del dolore⁶, oltre che la loro limitata implementazione dovuta alla convinzione dei medici che le precedenti raccomandazioni fossero troppo restrittive⁷.

Le raccomandazioni del NICE sono basate su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili e sull'esplicita considerazione della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza del gruppo che ha prodotto la linea guida — *Guidelines Development Group* (GDG) — e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Valutazione di lombalgia e sciatalgia

Porre diagnosi di lombalgia e sciatalgia in presenza di sintomi e segni clinici e utilizzare i test di imaging solo in setting specialistici quando il loro risultato può influenzare il trattamento. Considerare la possibilità di una patologia grave e la stratificazione del rischio per informare la discussione sulle opzioni terapeutiche.

- Considerare diagnosi alternative in sede di valutazione o rivalutazione dei pazienti con lombalgia, soprattutto in caso di modifica della sintomatologia o di insorgenza di nuovi sintomi. Escludere cause specifiche di lombalgia (es. neoplasie, infezioni, traumi, malattie infiammatorie quali spondiloartriti). *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Al fine di informare il processo decisionale condiviso, considerare la stratificazione del rischio con strumenti validati — es. STarT Back (box 1) — in occasione del primo consulto di ogni nuovo episodio di lombalgia con o

senza sciatalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- In relazione alla stratificazione del rischio, considerare:
 - supporto semplice e meno intensivo per i pazienti con lombalgia ± sciatalgia che potrebbero migliorare rapidamente ed avere un esito favorevole (es. rassicurare, consigliare di mantenersi in attività, fornire indicazioni per il self management);
 - supporto complesso e intensivo per i pazienti con lombalgia ± sciatalgia con un rischio più elevato di esito sfavorevole (es. programmi di esercizio ± terapia manuale o approccio psicologico).

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Non prescrivere di routine esami strumentali in setting non specialistici per i pazienti con lombalgia ± sciatalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial randomizzati controllati e studi di coorte e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Spiegare ai pazienti con lombalgia ± sciatalgia che, in caso di consulto specialistico, le indagini strumentali potrebbero non essere necessarie. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial randomizzati controllati e studi di coorte e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

2. Trattamenti non invasivi per lombalgia e sciatalgia

2.1. Programmi di esercizio fisico

Ai pazienti con prognosi favorevole può essere offerto un supporto semplice e meno intensivo, come il consiglio

Citazione. Cartabellotta A, Salvioli S. Linee guida per la valutazione e il trattamento di lombalgia e sciatalgia. *Evidence* 2017;9(4): e1000165.

Publicato 28 aprile 2017

Copyright. © 2017 Cartabellotta et al. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

Box 1: STarT Screening Tool (creato dalla Keele University)

Per gli items 1-8, assegnare 1 punto in caso di accordo, 0 in caso di disaccordo:

1. Il dolore alla schiena si è diffuso alla/e gamba/e nelle ultime 2 settimane
2. Ho avuto dolore alla spalla o al collo nelle ultime 2 settimane
3. Riesco a camminare solo per brevi tratti a causa del mal di schiena
4. Nelle ultime 2 settimane a causa del mal di schiena mi sono vestito più lentamente
5. Non ritengo del tutto sicuro per una persona affetta da una condizione come la mia effettuare attività fisica
6. La mia mente è stata attraversata più volte da pensieri preoccupanti
7. Sento che il mio mal di schiena è terribile e che non migliorerà mai
8. In generale non riesco ad apprezzare tutte le cose che solitamente apprezzo
9. Nel complesso, quanto è stata fastidiosa la tua lombalgia nelle ultime 2 settimane?

Per nulla (0), leggermente (0), moderatamente (0), molto (1), in maniera estrema (1)

Score STarT Back: 0-3 basso rischio; > 3 medio rischio; ≥ 4 agli item da 5 a 9 alto rischio

di rimanere attivi e raccomandazioni per il self management. I programmi di esercizio fisico costituiscono la base dei trattamenti raccomandati dal GDG, per la loro efficacia e per la possibilità di essere protratti oltre l'episodio di lombalgia in quanto offrono benefici a lungo termine, a differenza di quelli passivi come la terapia manuale. Trattamenti più intensivi potrebbero includere un approccio cognitivo-comportamentale, la terapia manuale, e componenti educazionali per integrare l'esercizio fisico.

- Fornire ai pazienti consigli e informazioni adeguati alle loro esigenze e capacità, per migliorare il self-management di lombalgia ± sciatalgia, in tutte le fasi del percorso di trattamento, includendo:

- informazioni sulle cause di lombalgia e sciatalgia;
- incoraggiamento a continuare le normali attività.

[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Considerare un programma di esercizi di gruppo (biomeccanici, aerobici, mente-corpo, o una loro combinazione) per i pazienti con specifico episodio o riacutizzazione di lombalgia ± sciatalgia. Scegliere il tipo di esercizio considerando le specifiche esigenze del paziente, le sue preferenze e capacità. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Considerare la terapia manuale (manipolazioni, mobilizzazioni o tecniche sui tessuti molli come il massaggio) o la psicoterapia con approccio cognitivo-comportamentale, o entrambe, per gestire la lombalgia ± sciatalgia, ma solo in associazione agli esercizi. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da alta a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Considerare un programma di trattamento fisico e di psicoterapia che includa un approccio cognitivo-comportamentale (preferibilmente in un contesto di gruppo che tenga in considerazione le esigenze e le capacità del singolo) per i pazienti con lombalgia ± sciatalgia persistente:

- in caso di rilevanti ostacoli psicosociali al recupero (es. pazienti che evitano le normali attività per false convinzioni sulla loro condizione);
- in caso di fallimento dei trattamenti precedenti.

[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Non prescrivere l'agopuntura per il trattamento della lombalgia ± sciatalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da alta a molto bassa da trial randomizzati controllati]*

2.2. Farmaci

Rivalutare periodicamente l'analgesia, mantenendo solo i farmaci efficaci, minimizzando gli effetti collaterali — es. tossicità gastrointestinale, cardiaca e renale nel caso di farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS), confusione o dipendenza per gli oppiacei.

- Considerare i FANS per via orale per il trattamento della lombalgia, tenendo conto delle potenziali differenze nella tossicità gastrointestinale, epatica, cardiaca e renale e i fattori di rischio individuali inclusa l'età. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Considerare oppiacei deboli (con o senza paracetamolo) per il trattamento della lombalgia acuta solo se i FANS sono controindicati, non tollerati o sono risultati inefficaci. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Non prescrivere oppiacei per il trattamento della lombalgia cronica. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial randomizzati controllati]*

- Non prescrivere paracetamolo in monoterapia per trattare la lombalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial randomizzati controllati]*

3. Ulteriori trattamenti per la sciatalgia

Il percorso assistenziale per la sciatalgia prevede ulteriori opzioni terapeutiche rispetto ai trattamenti non invasivi di cui sopra. Tempi e sequenza delle seguenti opzioni dipendono dalle variabili cliniche.

- Considerare:
 - trattamento farmacologico della sciatalgia, come sintetizzato nella LG NICE sul dolore neuropatico negli adulti⁸;
 - infiltrazioni epidurali di anestetico locale e steroidi nei pazienti con sciatalgia acuta e severa.

[Raccomandazioni basate su evidenze di qualità da alta a molto bassa da trial randomizzati controllati e sull'esperienza e l'opinione del GDG]

- Decompressione spinale per i pazienti con sciatalgia quando gli interventi conservativi non hanno migliorato il dolore o la funzione e i risultati dei test di imaging sono compatibili con i sintomi della sciatalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da trial randomizzati controllati e studi di coorte e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

- Non lasciarsi influenzare dall'indice di massa corporea del paziente, dalla sua assuefazione al fumo o dallo stress psicologico per decidere se richiedere un consulto chirurgico per la sciatalgia. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da bassa a molto bassa da studi di coorte e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

4. Ulteriori trattamenti per la lombalgia

La denervazione con radiofrequenza è efficace per i pazienti con lombalgia severa localizzata derivante da strutture innervate dai nervi del ramo mediale, quando altre terapie conservative non sono risultate efficaci.

- Considerare il consulto specialistico per l'utilizzo della denervazione con radiofrequenza nei pazienti con lombalgia cronica. *[Raccomandazione basata su evidenze di qualità da moderata a molto bassa da trial randomizzati controllati, su un'analisi costo efficacia e sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

5. Lombalgia persistente

Ad un anno dall'episodio di lombalgia circa il 20% dei pazienti sono ancora sintomatici² e il 3% si assenta dal lavoro⁹. La LG raccomanda di ponderare adeguatamente rischi e benefici e di continuare approfondimenti diagnostici e trattamenti in caso di benefici limitati. In questi casi, i pazienti dovrebbero essere gestiti nell'ambito delle cure primarie, facendo ricorso alla terapia del dolore se necessario.

6. Raccomandazioni per la ricerca futura

Il GDG ha identificato le seguenti priorità di ricerca:

- Nei pazienti con lombalgia aspecifica in fase acuta qual è l'efficacia e la costo-efficacia delle benzodiazepine?

- Nei pazienti con lombalgia aspecifica in fase acuta qual è l'efficacia e la costo-efficacia della codeina con o senza paracetamolo?

- Nei pazienti con lombalgia aspecifica cronica qual è l'efficacia a lungo termine e la costo-efficacia della denervazione con radiofrequenza?

- Nei pazienti con sciatalgia acuta qual è l'efficacia e la costo-efficacia delle infiltrazioni epidurali guidate con tecniche di imaging vs quelle non guidate?

- Nei pazienti con lombalgia aspecifica quali sono il ruolo, i tempi e la costo-efficacia della fusione spinale?

BIBLIOGRAFIA

1. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;356:1545-602.
2. Parson S, Ingram M, Clarke-Cornwell AM, Symmons DPM. A Heavy Burden: the occurrence and impact of musculoskeletal conditions in the United Kingdom today. Manchester: Arthritis Research UK Epidemiology Unit; 2011. Disponibile a: www.escholar.manchester.ac.uk/api/datastream?publicationPid=uk-ac-man-scw:123774&datastreamId=FULL-TEXT.PDF. Ultimo accesso: 28 aprile 2017
3. Bridges S. Chronic pain. In: Craig R, Mindell J, eds. Health Survey for England 2011 Health, social care and lifestyles. 356. Health and Social Care Information Centre, 2012: 1-33. Disponibile a: www.content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB09300/HSE2011-Ch9-Chronic-Pain.pdf. Ultimo accesso: 28 aprile 2017
4. Weber H, Holme I, Amlie E. The natural course of acute sciatica with nerve root symptoms in a double-blind placebo-controlled trial evaluating the effect of piroxicam. *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;356:1433-8.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. November 2016. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/ng59. Ultimo accesso: 28 aprile 2017
6. Carvell J, Stirling A, Greenhough C, et al. Commissioning spinal services—Getting the service back on track. National Spinal Taskforce, 2013. Society of British Neurological Surgeons, 2013. Disponibile a: www.sbns.org.uk/index.php/download_file/view/438/87. Ultimo accesso: 28 aprile 2017
7. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the Management of Low Back Pain: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. *Clin J Pain* 2016;356:800-16.
8. National Institute for Health and Care Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. November 2013; Last updated: February 2017. Disponibile a: www.nice.org.uk/guidance/CG173. Ultimo accesso: 28 aprile 2017
9. Clinical Standards Advisory Group for Back Pain. Back pain report of a CSAG Committee on Back Pain. HMSO, 1994.