

Lombalgia nell'ambulatorio del MMG



Dr. Valentino Colombi
MMG

Definizione

- “Il dolore è un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale”.

Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)

- “Il dolore è quello che esprime il paziente ed esiste ogni volta che il paziente lo esprime”.

Mc Caffery, 1976

Prevalenza

- 60% delle richieste di consultazione in MG riguarda un problema legato al DOLORE ACUTO
- 75% degli accessi per dolore nell'ambulatorio di MG ha cause osteoarticolari
- 15% cefalee
- 5% dolore viscerale
- 5% altro

Conosci il tuo nemico...

- **A) su criteri temporali**

I. Dolore acuto: a inizio recente, di durata limitata, correlato ad un evento lesivo (trauma, intervento chirurgico, etc)

II. Dolore cronico: persistente da 3-6 mesi, comunque oltre il periodo previsto di risoluzione del danno iniziale

- **B) su criteri clinici e semeiologici:**

I. Dolore Nocicettivo:

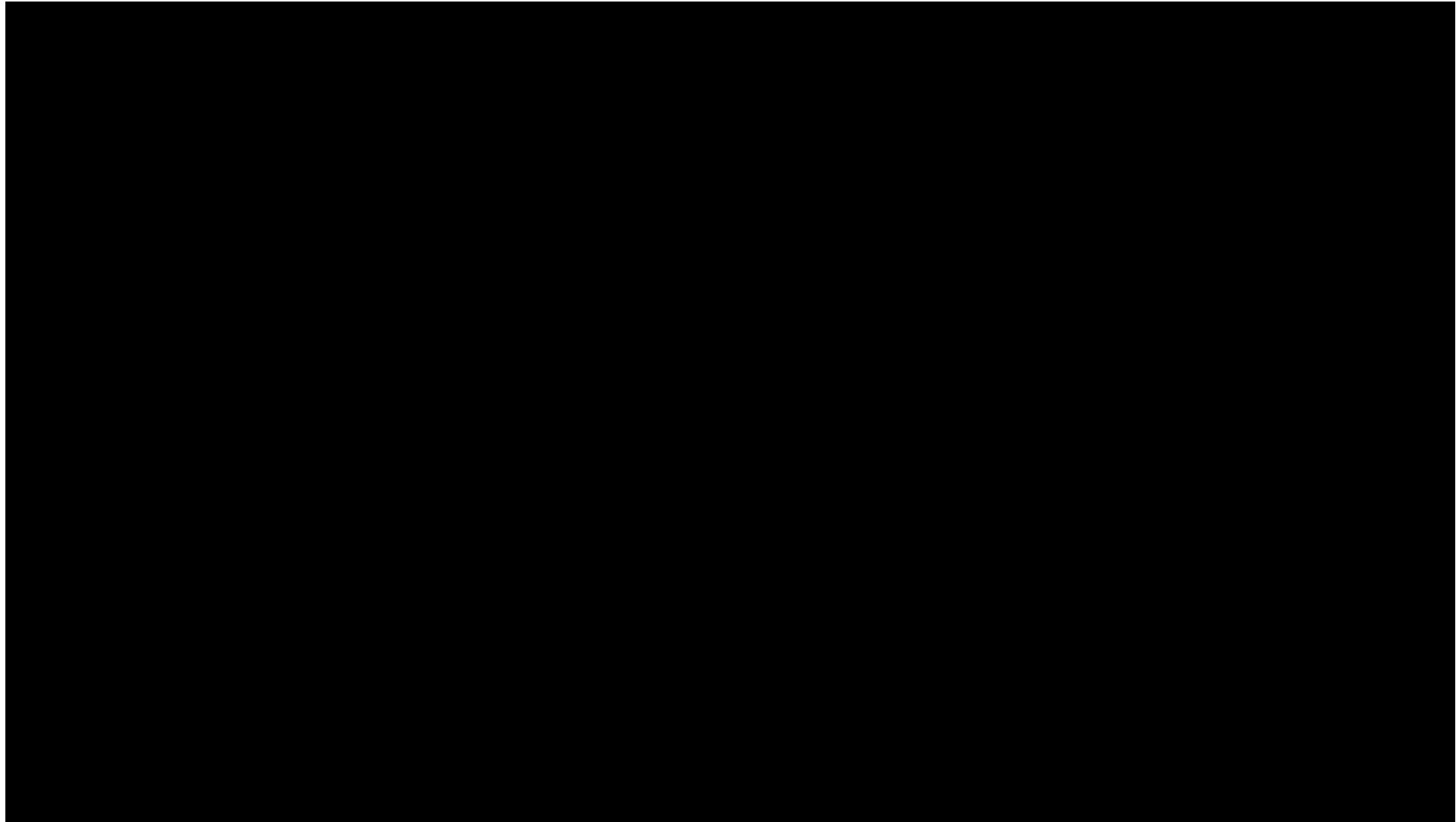
1. Dolore somatico: localizzato, penetrante, urente (lesioni traumatiche /infiammatorie/infettive cute, ossa, muscoli, articolazioni)

2. Dolore viscerale: poco localizzato, sordo crampi forme (distensione visceri cavi, danno/distensione di membrane periviscerali)

II. Dolore Neuropatico: danno o disfunzione del tessuto nervoso periferico o centrale (nevralgia post-erpetica, neuropatia diabetica, neuropatie post-chemioterapia, sclerosi multipla, dolori post-ictus). Ricercare scosse parossistiche, iperalgesia, allodinia

III. Dolore Misto Nocicettivo-Neuropatico : presente in oltre il 45% dei pazienti con dolore cronico di origine neoplastica, ischemica e da intrappolamento

...e la vittoria è assicurata



Quantificare il dolore

- **Nel Paziente competente** si consiglia di utilizzare la scala NRS (Numerical Rating Scale) : è una scala unidimensionale “Self Report” in cui viene chiesto al paziente di valutare “quanto dolore ha da 0 a 10 se 0 è nessun dolore e 10 il peggior dolore immaginabile”
- **Nel Paziente con deficit cognitivi** si consiglia di utilizzare la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia): è una scala Osservazionale in cui viene dato un punteggio da 0 a 2 su 5 items. Ha un intervallo da 0 a 10

PAINAD

	0	1	2
Respiro (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato. Iperventilazione. Cheyne-Stokes
Vocalizzazione	Nessuna	Occasionali lamenti. Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami. Lamenti. Pianto
Espressione facciale	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta.	Smorfie.
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso. Movimenti nervosi. Irrequietezza	Rigidità. Agitazione. Ginocchia piegate. Movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

CASO CLINICO 1

Sig.ra G

70 anni discrete condizioni generali affetta da connettivite e fibromialgia (solo diagnosi anticorpale mai tp eccetto venlafaxina)

Da alcuni anni lombalgia NRS 4-5/10 senza segni di compressione radicolare (RMN solo discopatie e protrusioni discali) utilizza fans ab

Da luglio NRS 8-9/10 con glutalgia e lombosciatalgia dx
fans e nuova RMN per sosp sacroileite

Sig.ra G

A ottobre RMN con evidenza di crollo L1 e voluminosa ernia L5 dx con frammento migrato dietro il sacco durale

Prescritto steroide ad alto dosaggio insieme a tapentadolo e inviato da specialista

CASO CLINICO 2

Sig. O

60 anni ciclista da 1 anno lombalgia invalidante che limita le attività e riduce la Qol

NRS 6-7/10 non segni di irradiazione radicolare, dolore peggiora marcatamente in estensione lombare

Trattato inizialmente con fans, per mancata risposta passa a tramadolo-dexketoprofene e richiesta RMN

Sig. O

RMN rachide lombare evidenzia discopatie e importante edema delle faccette articolari L4 L5

Inviato da specialista

CASO CLINICO 3

Sig. L

30 aa in abs eccetto ernia dicale L5.

Lombalgia e sciatalgia sx da 3 gg

Segni di compressione radicolare e sintomi che peggiorano con valsalva

Si somministra diclofenac-tiocolchicoside im perché secondo il paziente è l'unica terapia che funziona

Sig. L

Sincope vaso-vagale con successivo trauma cranico ed ematoma epidurale trattato successivamente con drenaggio NCH

CASO CLINICO 4

Sig.ra M

45 anni sovrappeso in abs

da alcuni mesi lombalgia

Non segni di compressione radicolare ma spiccato dolore a livello del bacino a dx

Fans e RMN

Sig.ra M

RMN lombosacrale e bacino ndp

Stress test positivo per artrosi sacroiliaca

Sentito specialista per diagnosi e tp

CASO CLINICO 5

Sig. F

63 aa iperteso

Da 2 mesi lombalgia con sintomi anche notturni

Non segni di radicolopatia ma dolore alla pressione sui processi spinosi L1 L2

Fans

Sig. F

Rx rachide lombosacrale urgente

Evidenza di aree osteo addensative da neoplasia prostatica

Contattato oncologo

SIMONA CAMMAROTA¹, VALERIA CONTI², ANTONELLA GUIDA³, TERESA IANNACCONI², RAFFAELE PISCITELLI⁴, ALFREDO VALENTE¹, LUIGI DI GREGORIO⁵, VINCENZO PASSARO⁵, ANNA CITARELLA¹

- **Risultati.** Sono stati identificati 2555 soggetti: il 28,7% riportava dolore lieve (NRS 0-3), 55,6% dolore moderato (NRS 4-6) e 15,7% dolore severo (NRS 7-10). Solo il 35% dei pazienti riceveva una prescrizione per la terapia del dolore (24,5% nel dolore lieve, 34,1% nel dolore moderato e 57,1% nel dolore severo); i farmaci antinfiammatori non steroidei in monoterapia erano la categoria terapeutica più prescritta indipendentemente dall'intensità del dolore (61,1% nel dolore lieve, 65,1% nel dolore moderato e 57,6% nel dolore severo, $p=0,099$), seguiti dagli oppioidi forti (17,2%, 15,3% e 24,5%, $p=0,011$)
- **Conclusioni.** I risultati di questo studio evidenziano che la lombalgia è una condizione altamente invalidante, probabilmente ancora sottotrattata o trattata inadeguatamente dal MMG

LOMBALGIA



...no grazie, possiamo fare di meglio