

LA LOMBALGIA

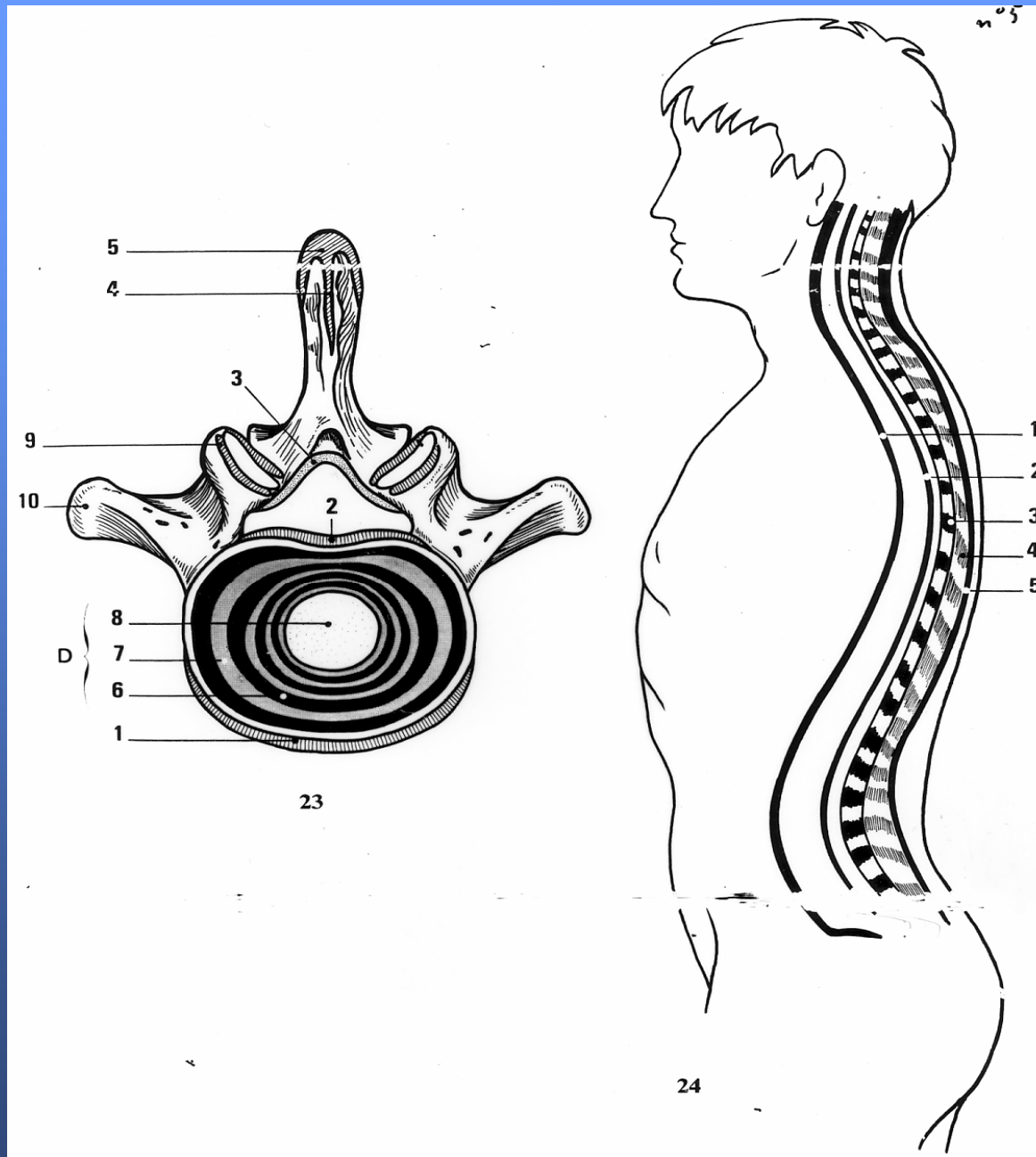
www.fisiokinesiterapia.biz

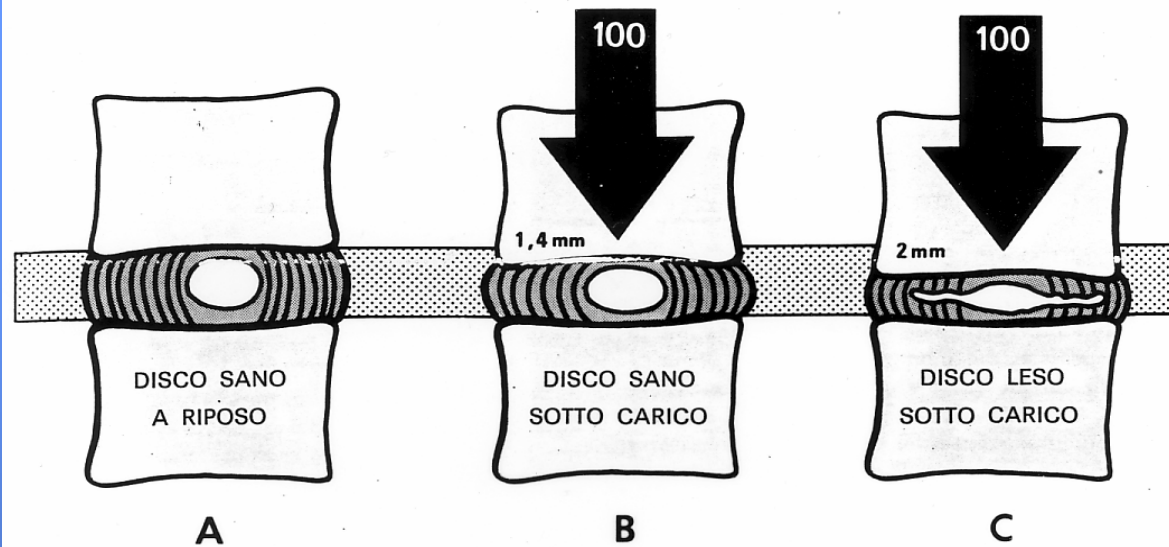
Siti algici:

- L.L.A. L.L.P.
- Anulus
- Gangli e radici nervose
- Meningi
- Fasce- Muscoli
- Periostio
- Faccette articolari

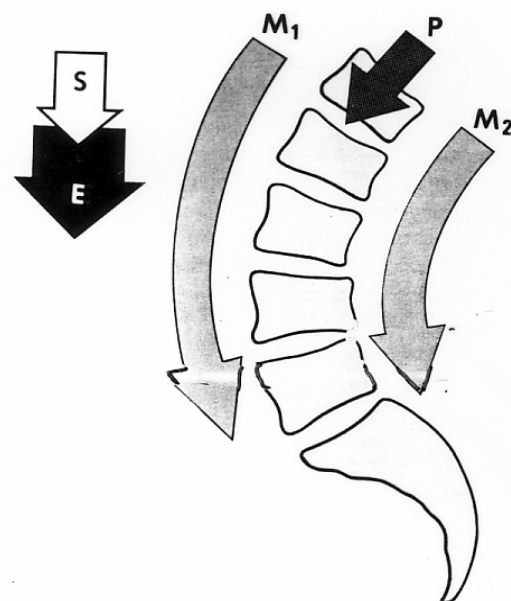
Cause del dolore lombare (vertebrali)

- Immunitarie
- Infettive
- Vascolari (ischemia-stasi)
- Chimiche
- Meccaniche sono le più frequenti (posture, scoliosi $> 30^\circ$ Cobb, traumi, microtraumi, zainetti scolastici, discopatia, ED $\rightarrow$ legge 626)

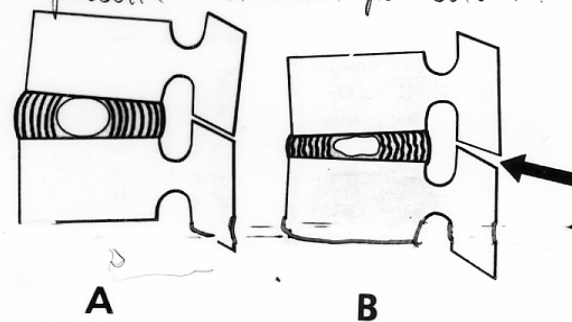




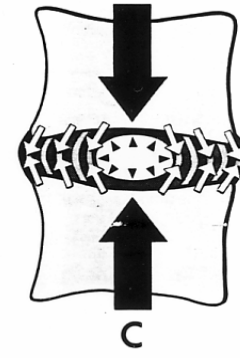
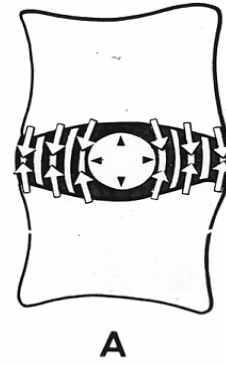
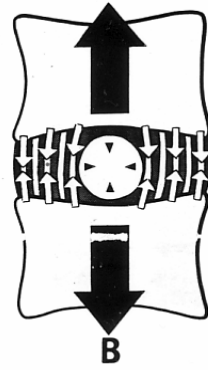
39



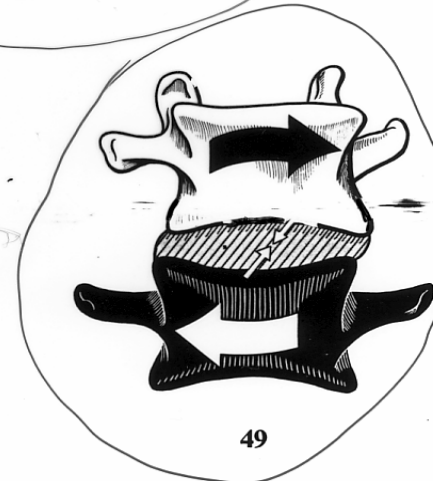
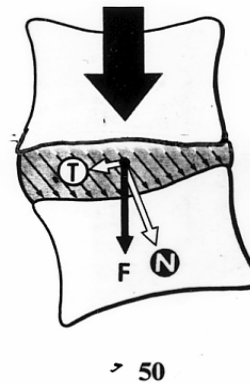
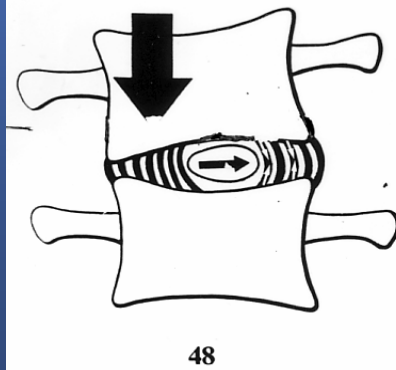
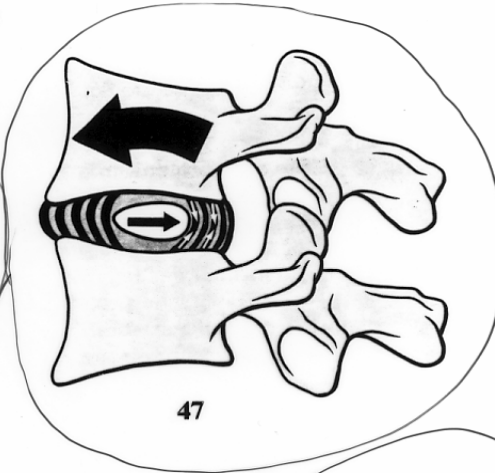
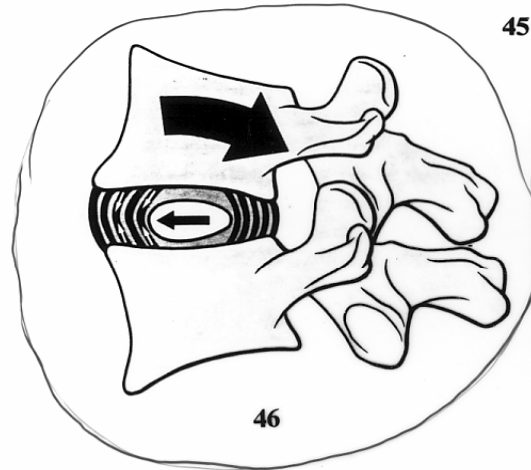
Col peso e il disco alterato in
ha < lordosi e apertura delle
fauvette articolari posteriori.



40



45



colonna vertebrale, si ripercuotono sull'anello fibroso periferico deformandolo. Di conseguenza: quando la colonna vertebrale viene compressa a livello del nucleo polposo mette in tensione le fibre dell'anello dal lato convesso della curva; quando i corpi sono premuti uno sull'altro, l'aumentata pressione nucleare è contenuta dall'anello tutto intorno mediante un aumento della tensione delle fibre; quando i corpi vengono allontanati tra di loro, le fibre dell'anello si oppongono direttamente al movimento (Fig. 9).

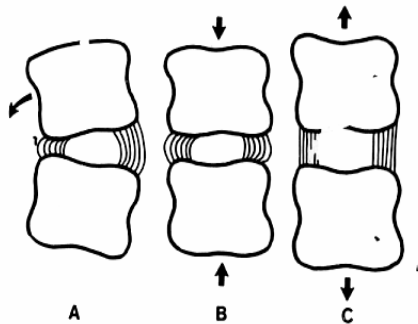


Fig. 9: Comportamento del disco intervertebrale quando la colonna viene compressa (a) o stirata (b) od a stiramento (c).

La patologia discale può essere fonte di dolori, sia al distretto interessato (cervicalgia, lombalgia) sia irradiati agli arti superiori e inferiori (cervicobrachialgia, lombosciatalgia) (Fig. 10).

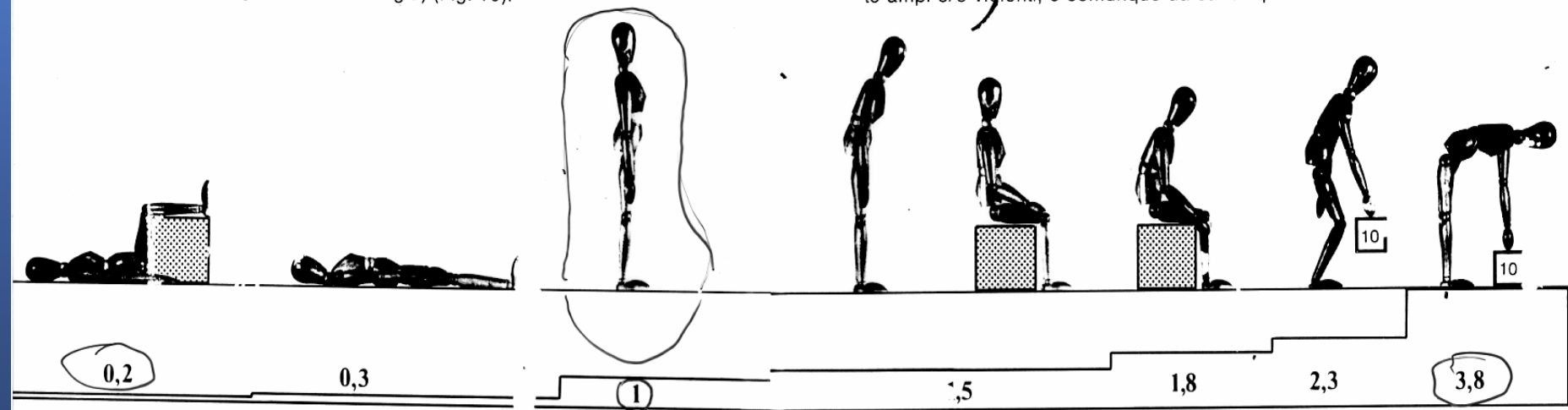


Fig. 10: La pressione discale varia in funzione delle posizioni e dei movimenti della colonna vertebrale - viene presa come riferimento la pressione discale in stazione eretta (valore 1). Si riduce

un'ernia del nucleo polposo discale, è possibile che si arrivi a comprimere ed a ledere una o più radici nervose che escono dal midollo spinale e passano attraverso i forami intervertebrali per poi distribuirsi nei nervi che raggiungeranno le varie parti del corpo (in tal caso i dolori potranno anche essere riferiti a distanza dalla colonna, a livello di un braccio, o di una mano, o della coscia, della gamba, od anche del piede) (Fig. 11 a,b).

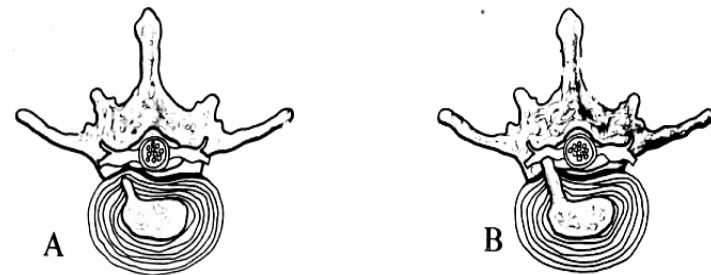
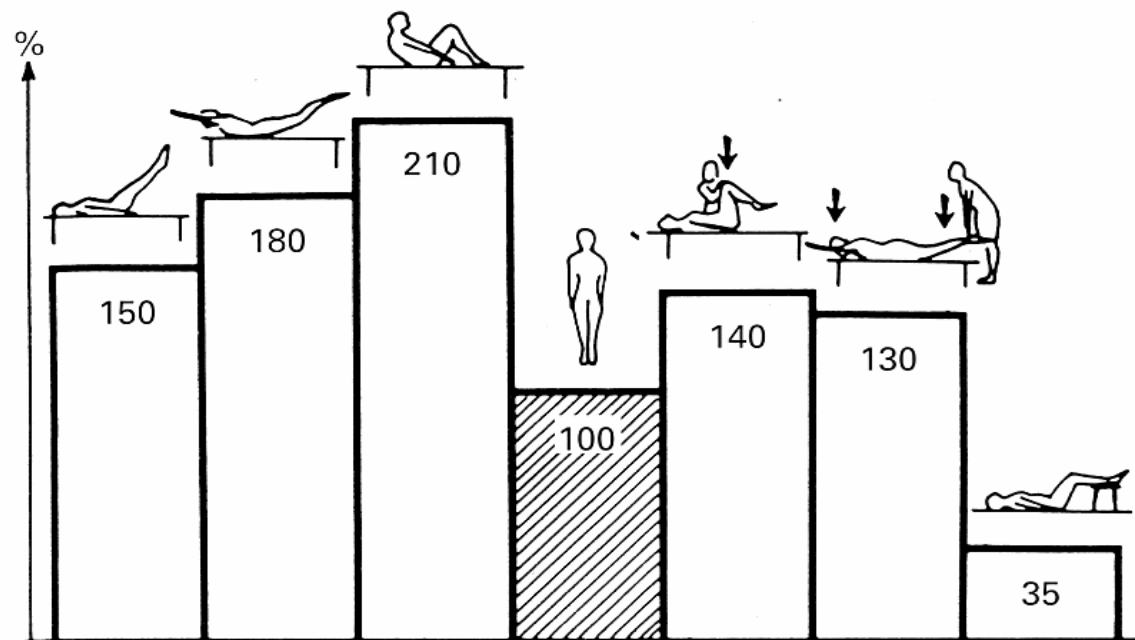
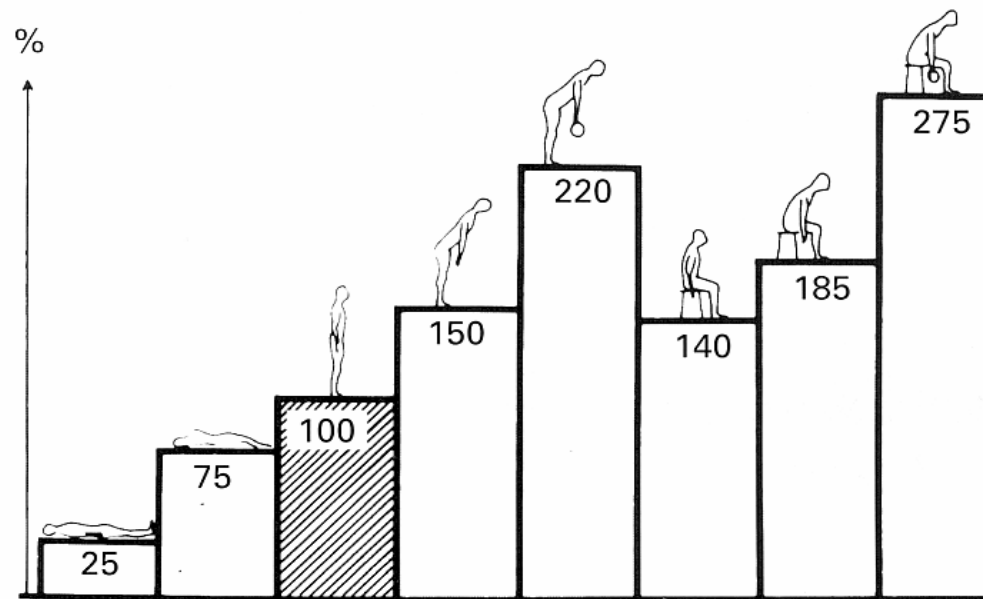


Fig. 11a, b: Danneggiamento parziale dell'annulus (a) fino alla protrusione dell'ernia discale (b) che può comprimere la radice nervosa

La patologia discale è per lo più acquisita ed è legata ad eccessive sollecitazioni meccaniche imposte a queste strutture da movimenti particolarmente ampi e/o violenti, o comunque da carichi particolarmente intensi.

nettamente in posizione supina ma può aumentare di quasi 4 volte sollevando "male" un peso modesto.



Movimentazione dei carichi

- Entità del carico 20 Kg donna 30 Kg uomo
- Prese corrette
- Distanza dell'oggetto
- Forma dell'oggetto
- Frequenza del movimento
- Stabilità del sistema

- Rachide dritto (non flesso, non ruotato)
- Piedi distanziati
- Sistema paziente-operatore stabile
- Il 43% degli infermieri ha lombalgia recidivante clinicamente significativa

Quindi tutto semplice?

Cause del dolore lombare (extravertebrali)

- 3%- 10%
- Calcolosi, dolori viscerali, ematomi ileo-psoas, aneurismi aorta, prostatiti, neoplasie, vescicoliti.....
- Psicologiche: importante componente affettiva, emotiva (studio Marines.....)

Solo 1 su 100 o secondo altri
autori 1 su 300 ha cause gravi

Diagnosi?

- Oltre 650 cause differenti di lombalgia
- 80%-90% delle lombalgie non è correlabile a una causa definita
- Spesso la diagnosi dipende dallo specialista (posturologo, manipolatore....)
- Scarsa corrispondenza tra sintomi ed esami strumentali. Il 30%-70% (in base al reclutamento) di persone asintomatiche sono portatori di ED secondo i vari autori

- I sintomi paiono più connessi alla presenza di discopatie multiple con lesioni dell'anulus e alla presenza di un canale vertebrale ristretto

Epidemiologia

- L'80-90% della popolazione ha almeno un episodio di lombalgia acuta protratto
- Età più colpita 40-60 anni
- La lombalgia rappresenta il 70% delle assenze lavorative
- Costi sociali elevatissimi

Fattori di rischio

- Rischio genetico (studi su gemelli)
- Lavori gravosi (legge 626)
- Lavori troppo sedentari (postura seduta)
- Posture scorrette prolungate
- Vibrazioni del corpo protratte (autisti
utilizzo di strumenti vibranti, calzature.....)
- Forma fisica scadente (catene cinetiche)

- Sovrappeso (incide sia sul numero degli episodi che sull'entità del peggioramento)
- Dismetabolismo (artrosi delle mani)
- Fumo di sigaretta (su base ischemico- metabolica)
- Iperutilizzo articolare (sport)
- Scoliosi (sptt. Scoliosi gravi, non trattate) poco significative in termini di disabilità e assenza lavorativa. Gravidanza in paziente con scoliosi?
- Clima?

Stress psicologici

- Scarse relazioni umane
- Insoddisfazione lavorativa
- Disagio emotivo
- Forse queste le cause dell'aumento esponenziale della lombalgia nei paesi industrializzati dopo gli anni 60

Prognosi

- Artrosi generica: 8% peggiora rapidamente, 65% peggiora lentamente, 27% stabile
- Lombalgia acuta: 90% guariscono spontaneamente entro 1-2 mesi indipendentemente dalle terapie praticate (accertamenti in assenza di bandierine rosse?)
- Stenosi vertebrali: 70% stabili, 15% migliora 15% peggiora (chirurgiche)

- Dopo un primo episodio di lombalgia acuta il 40%-60% di episodi di recidiva spesso meno intensi (prevenzione)
- Il 10% delle lombalgie acute cronicizza forme sub croniche se i dolori persistono 3-6 mesi, forme croniche oltre i 6 mesi. Di queste solo il 10% guarisce.

Terapia

- Visita medica: terapeutica e necessaria per la ricerca delle “bandierine rosse”

Bandierine Rosse

- Età di insorgenza primo episodio algico < 20 o > 55 anni (neoplasia?)
- Caratteri del dolore: nuovo, progressivo, non meccanico, sedi atipiche o multiple, prevalentemente notturno
- Perdita di forza muscolare (antalgica?)
- Claudicatio neurogena significativa
- Patologie sfinteriche associate (s. della cauda)

Bandierine rosse

- Trauma violento (da correlare all'età)
- Terapia steroidea protratta (crolli?)
- Pregressa storia di neoplasia (astenia associata, progressivo calo ponderale)
- Intensità del dolore: nessuna riduzione del dolore dopo 30 gg di terapia adeguata, grave limitazione funzionale che si protrae oltre le 6-8 settimane

Bandierine Rosse

- Malattie reumatologiche e neurologiche associate
- Rischio HIV
- Frequenti episodi infettivi urinari associati (disciti?)

Terapia

- Le più disparate, nessuna evidenza ebm
- Inutili con ragionevole certezza (ebm):
terapie fisiche (tens?), ozonoterapia,
allettamento oltre 2-3 gg (dannoso),
infiltrazioni delle faccette articolari, uso di
busti(?) peridurali(?)

Terapia

- Utili con ragionevole certezza: FANS, Paracetamolo, miorilassanti, steroide (?), manipolazioni, back-school, agopuntura, Kinesi L-S aspecifica, praticata con regolarità per 4-6 mesi, Mc Kenzie, utilizzo del calore e del freddo, programmi terapeutici multidisciplinari (psicologo, kinesi, educazionali, terapia occupazionale) per approccio cognitivo-comportamentale

Approccio cognitivo-comportamentale

- Recente modalità di approccio per lombalgia cronica, in équipe, con importante valenza psicologica per una riabilitazione bio-psico-sociale: ascolto ed accoglienza , come e cosa dire al paziente, gestire e non subire la patologia, interazione importante nella sua quotidianità, evitare i comportamenti da malato cronico

- E' trattamento che considera la lombalgia come crisi d'organo come rottura del punto debole di un sistema più ampio dove la psiche ha ruolo importante. Per questo in molti studi fare qualcosa, qualsiasi cosa per il paziente ha valenza terapeutica (coffee-group-concept)

- Le terapie vanno adeguate non solo al momento clinico ma anche al paziente, la sua compliance, la sua forma fisica, l'età, il lavoro....

Quando la terapia chirurgica?

- La prima ernia discale fu descritta nel 1934 in Inghilterra suscitando un progressivo entusiasmo per la chirurgia che negli ultimi anni si è nettamente ridotto
- Attualmente solo 1%-3% delle ernie necessitano della chirurgia

- Documentati importanti riduzione di volume dell'ernia discale: il 90% va incontro a significativo calo del volume . Entro due-cinque mesi dalla diagnosi riduzioni definite rilevanti (disidratazione, rottura) fino alla scomparsa dell'ernia. In altri lavori riduzione del volume dell'ernia del 50%-70% dopo due anni dalla diagnosi

- Spine 96: “Dopo un anno i pazienti operati di ernia discale e i non operati presentano i medesimi sintomi”
- Vi sono studi anche sui sei mesi dall'intervento chirurgico

Pazienti da avviare alla chirurgia

- Deficit neurologico importante o progressivo
- Sindrome della cauda
- Dolore invincibile e persistente (raramente indicazione dopo i 6 mesi)
- Riduzione o perdita del cammino per stenosi del canale

- Precisa corrispondenza tra dato clinico e strumentale
- Valutazione psicologica?

Dopo la chirurgia

- Busto elasticizzato per 15-30 gg in base all'intervento ch.
- Si insegna al paziente la corretta ergonomia
- Mobilizzazione arti inferiori (radice adesa)
- Rieducazione neuro-motoria ed elettrostimolazione se c'è deficit di forza
- Trattamento delle contratture muscolari

Dopo la chirurgia

- La rieducazione si fa sempre guidare dal sintomo dolore
- Graduale ripristino della lordosi ed esercizi di rinforzo dei m. stabilizzatori del rachide già pochi gg (3-4) dopo l'int.ch.
(addominali e multifido in isometria)
- A ferita chiusa utile iniziare attività in acqua

Dopo la chirurgia

- Graduale aumento della resistenza globale e della forma fisica (cammino, cyclette, nuoto)
- Alla rimozione del busto graduale ripristino del movimento con esercizi di movimento a basso carico
- Abitualmente consentita la ripresa della postura seduta prolungata e del lavoro dopo 30 gg
- Pesi ed attività di medio impegno fisico dopo sei settimane

Dopo la chirurgia

- Attività impegnative e lunghi viaggi in auto concessi dopo tre mesi
- Dopo un primo intervento, in assenza di complicanze, si può presumere la ripresa normale di qualsiasi attività lavorativa

Prevenzione

- Attività lavorative adeguate (626)
- Fumo, controllo del peso, posture corrette anche notturne
- Buona forma fisica, vita attiva
- Pratica regolare di attività fisica dolce, aspecifica, gradita, adatta all'età e alla forma fisica (30-60 min cammino 3-6 volte la settimana) o 20 min di corsa leggera al dì

Prevenzione

- Utilizzo di fasce elastiche in attività ad alto rischio
- Calzature morbide con suola in materiale assorbente e tacco di 2-3 cm.
- Valutazione dello stress in particolare la soddisfazione lavorativa e il livello di impegno
- Evitare posture prolungate specie la posizione seduta

Sport

- Fa male se praticato: in modo troppo intenso, o poco e male
- L'agonismo deve essere considerato una vera attività lavorativa
- Nuoto: non ci sono evidenze che sia meglio di altre attività
- Corsa: non aumenta il rischio lombalgia
- Equitazione: non aumenta il rischio lombalgia
- Tennis: consentito con gestualità corretta (Borg)

- Molto importante la gradualità della preparazione fisica, la schiena soffre per quello che non è abituata a fare
- Se dopo attenta e graduale preparazione (mesi) il dolore non si risolve ed è correlabile all'attività si consiglia il cambio di attività

Ultimi studi sulla lombalgia

- In tutti i pazienti lombalgici cronici anomalie dell'EMG in molteplici gruppi m. (multifido e addominali) con assenza del riflesso del rilassamento
- Reazioni muscolari più lente sia agli arti superiori che inferiori
- Maggior faticabilità
- Maggior instabilità

- Difficoltà in alcune prove di controllo posturale
- Difficoltà al controllo motorio del rachide
- Questi dati orientano verso una possibile alterazione del movimento e un possibile sovraccarico articolare (reversibile con esercizi?)