

Scheda

IL MAL DI SCHIENA: CAUSE, COSTI E TERAPIE

Può bastare un movimento fatto male (ma ci vuole sempre un fattore di predisposizione muscolare o discale) oppure la causa potrebbe essere più rara, grave e recondita, a scatenare il dolore rachideo, ossia il ben noto mal di schiena. Il dolore rachideo è una fra le patologie più diffuse e maggiormente invalidanti, quella per cui più spesso ci si rivolge a medici e specialisti, con il rischio di imbottirsi di farmaci e di avventurarsi in una interminabile “via crucis” tra medici e visite specialistiche alla ricerca della soluzione giusta.

Sporadico o cronico, il rischio è lo shopping sanitario

“Il dolore rachideo è un dolore complesso che colpisce quasi tutte le persone come episodio sporadico” dice il professor William Raffaelli, esperto in terapia del dolore e presidente della Fondazione ISAL. Fondata nel 1993 a Rimini, la Fondazione ISAL opera su tutto il territorio nazionale (è la prima in Italia per capillarità), promuovendo la conoscenza, la ricerca e la formazione medica nell’ambito della terapia del dolore.

Nel 90% dei casi, il mal di schiena si risolve entro un mese dall’insorgenza, indipendentemente dai trattamenti seguiti. A volte possono esserci ricadute, anche frequenti. Ma a volte il mal di schiena può durare oltre sei mesi e diventare cronico, specialmente nei casi in cui sia provocato da degenerazioni della colonna vertebrale oppure dopo interventi mal riusciti alla spina dorsale, quelli che la medicina definisce “Failed back surgery syndrome”.

“Il dolore cronico può persistere per anni, anche più di 10, minando la qualità complessiva della vita – continua Raffaelli –. È in questi casi che, spesso per disperazione, si fa ‘shopping sanitario’, si seguono errate terapie e si assumono farmaci che non servono o che addirittura possono peggiorare la situazione. Oppure ci si mette a letto, senza sapere che il riposo provoca danni alle fasce muscolari”. È invece da sfatare il tabù contro gli oppiacei, che nei casi di dolore grave sono considerati dagli specialisti il “farmaco di scelta” per efficacia e sicurezza. “Rimane però una certa riluttanza sia ad assumerli sia a prescriberli, e questa è una colpa della classe medica italiana” spiega Raffaelli.

Non tutti coloro che soffrono della “Failed back surgery syndrome” sanno, inoltre, che ci sono nuove terapie chirurgiche e analgesiche a loro disposizione. “Il trattamento più nuovo e duttile, indicato specialmente per le persone più giovani – spiega il professor Raffaelli – è la peridulisi endoscopica, ovvero la tecnica che permette di effettuare una pulizia del rachide con una strumentazione specifica, rimuovendole cicatrici presenti nel canale spinale, che spesso sono l’unica la causa del dolore. Per queste gravi malattie del rachide, vi sono inoltre delle procedure che prevedono l’impianto a livello intraspinale di protesi, che rilasciano analgesici direttamente nei nervi”.

Definizioni di mal di schiena

Per orientarsi tra i diversi dolori alla schiena è utile fare riferimento alla loro evoluzione nel tempo, distinguendo tra:

- il mal di schiena acuto (durata sino a 30 giorni): rappresenta la forma più frequente. Comprende il cosiddetto “colpo della strega”, si risolve entro qualche settimana anche senza trattamento e le eventuali terapie sono a scopo solo sintomatico (cioè dirette a controllare il dolore);
- il mal di schiena sub-acuto (durata da 30 giorni a 6 mesi): si verifica quando al dolore si aggiungono ulteriori complicanze (fattori costituzionali, cambiamenti d’umore, disturbi del sonno, stress in ambito lavorativo o l’impossibilità di lavorare), che ne impediscono la risoluzione spontanea. Può scomparire, ma anche evolvere in dolore cronico.
- il mal di schiena cronico o persistente (durata maggiore di 6 mesi): è l’evoluzione delle due tipologie precedenti. Fattori fisici, psicologici e sociali creano circoli viziosi che ne rendono difficile la risoluzione. L’approccio terapeutico diventa di conseguenza multidisciplinare.
- il mal di schiena secondario: è dovuto a una patologia specifica ed è molto più raro dei precedenti. Ha un’evoluzione e una terapia specifica a seconda della causa.

Diffusione ed epidemiologia

Secondo i dati raccolti dalla Fondazione ISAL, il mal di schiena colpisce almeno una volta nella vita fino all’80% della popolazione, con una prevalenza annuale del 40%. La fascia di età più interessata è quella da 30 a 45 anni.

Ufficio stampa AGENDA

[Manfredi Liparoti, tel. 051 330155, cell. 347 5027432, e-mail ufficiostampa@agendanet.it](mailto:ufficiostampa@agendanet.it)

Il più frequente dei mal di schiena è la lombalgia (o “Low back pain”), che riguarda la parte del corpo tra il dorso e i fianchi. Secondo diverse ricerche internazionali, nel corso di un anno 7 persone su 10 manifestano episodi isolati di lombalgia, mentre tra il 30 e il 40% degli adulti soffre di crisi tanto intense da indurli ad assumere farmaci o a chiedere sospensioni dal lavoro.

In Italia, secondo ripetute indagini Istat sullo stato di salute della popolazione, le sindromi artrosiche sono la seconda causa di invalidità civile e le affezioni croniche di gran lunga più diffuse. Nel 2011, interessavano il 17,1% degli italiani: il 12,2% degli uomini e il 21,8% delle donne.

Secondo un’elaborazione della Regione, in Emilia-Romagna il mal di schiena è la quarta causa di ricovero (considerando l’intera popolazione regionale ed escludendo l’ernia del disco) dopo le malattie dell’apparato digerente, l’insufficienza cardiaca e la calcolosi.

La lombalgia cronica

La lombalgia cronica è definita come il persistere di dolori lombari oltre i sei mesi, dopo l’insuccesso di due trattamenti, per lo più farmacologici e di fisiochinesiterapia. In Italia riguarda il 6% della popolazione. Di lombalgia cronica soffre fino al 40% delle persone sottoposte a interventi chirurgici alla colonna vertebrale. È la cosiddetta “failed back surgery syndrome”.

Le cause più comuni e la lombalgia senza cause

Secondo alcune valutazioni, sono 480 le possibili combinazioni di patologie muscolari, ossee o al sistema nervoso a causare il mal di schiena.

Le patologie dolorose più comuni, quelle con invalidità temporanea, sono determinate da distrazioni muscolari o da artrite della colonna lombosacrale. Solo in pochissimi casi il mal di schiena è provocato da infezioni, fratture vertebrali o neoplasie.

La causa più frequente (e resistente alle cure) è però l’ernia discale: ogni anno in Italia vengono effettuati 30 mila interventi chirurgici per ernia del disco, oltre 5 ogni 10 mila persone. La causa più rara (e più lenta a svilupparsi) è la stenosi spinale, ovvero il restringimento del canale vertebrale con conseguente pressione su nervi e midollo. In caso di stenosi spinale diventa indispensabile affidarsi a specialisti, tra cui i terapisti del dolore.

Esiste poi la cosiddetta “lombalgia aspecifica”, in cui manca una evidente causa scatenante, i sintomi sono “incoerenti” e non è possibile arrivare a una diagnosi certa. Nella lombalgia aspecifica il trattamento chirurgico rimane oggi l’ultima spiaggia, soprattutto in caso di dolore cronico. Fino agli anni Novanta, però, si è assistito a un vero e proprio boom di interventi più o meno invasivi, con un crescente riscontro di “Failed back surgery syndrome”.

Fattori di rischio

I principali fattori di rischio sono:

- lavori pesanti, che prevedono forti carichi sulla colonna vertebrale
- esposizione a vibrazioni, per esempio la guida di veicoli e mezzi pesanti
- vita sedentaria
- obesità in quanto causa un lavoro maggiore alle vertebre
- tabagismo: l’abuso di sigarette provoca colpi di tosse ripetuti e violenti, con ripercussioni sulla schiena
- pratica di sport che comportano forti sollecitazioni.

I costi

Nei Paesi maggiormente industrializzati il mal di schiena ha un ingente impatto economico sia in termini di costi diretti sia per la perdita di produttività causata da assenze per malattia, cure necessarie, ma anche da eventuali cambiamenti di mansione che si possono determinare, fino alle condizioni di invalidità permanente nei casi più gravi.

È stato inoltre dimostrato che le persone con dolore persistente sono più soggette a depressione e ad ansia rispetto alla popolazione generale. In uno studio statunitense condotto su 1072 persone affette da mal di schiena cronico, l’80% ha riportato effetti negativi su qualità della vita, lavoro, stato emotivo, attività sessuali, condizione economica e abilità nel prendersi cura della famiglia. Il 75% mostrava anche disturbi psicologici, quali irritabilità, ansia e depressione.

Un’altra ricerca su un campione di 200 pazienti ha rilevato come il 59% mostrasse sintomi per una diagnosi psichiatrica, i più comuni dei quali erano legati a depressione, abuso di sostanze e disturbi d’ansia.

In medicina del lavoro, il mal di schiena rappresenta il 13% degli infortuni e il 20% delle interruzioni delle attività lavorative. Negli Stati Uniti la lombalgia è la causa più comune di assenza dal lavoro per le persone al di sotto dei 45 anni, la seconda ragione più frequente per le visite dal medico, la quinta classe di motivi di ammissione in ospedale e la terza causa più comune di procedure chirurgiche. Determina una media di 28,6 giorni di assenza per malattia ogni 100 lavoratori.

Ufficio stampa AGENDA

[Manfredi Liparoti, tel. 051 330155, cell. 347 5027432, e-mail ufficiostampa@agendanet.it](mailto:ufficiostampa@agendanet.it)

I dati provenienti dagli altri Paesi sono simili. In Gran Bretagna si registra una media di 32,6 giorni di malattia ogni 100 lavoratori: fra questi il 4% cambia ogni anno lavoro per patologie della colonna vertebrale. Nei Paesi scandinavi la media di giorni di assenza per lombalgia è di 36 per 100 lavoratori. In Italia, secondo stime provenienti dagli Istituti di medicina del lavoro, le patologie croniche del rachide sono la prima ragione nelle richieste di parziale non idoneità al lavoro specifico.

Il percorso diagnostico e terapeutico

Un corretto approccio al mal di schiena, in grado di tenerne sotto controllo la sintomatologia dolorosa, si basa innanzitutto sull'individuazione delle cause (l'eziologia) e quindi su terapie conservative o invasive.

Nel caso di dolore acuto alla schiena (la sciatica, ovvero il classico colpo della strega), il riposo a letto è sconsigliato: il movimento, per quanto possa provocare dolore, evita infatti l'indebolimento precoce dei muscoli. Meglio, quindi, mantenere per quanto possibile le abitudini quotidiane, seguendo buone regole di comportamento (evitare i sollevamenti, le torsioni del busto e le posizioni ferme mantenute a lungo), programmi di riabilitazione e un piano di cure per controllare il dolore.

L'assunzione di farmaci va valutata insieme al medico: nei casi più gravi le medicine più efficaci sono gli analgesici della categoria degli oppioidi minori, associati se necessario ad anti-infiammatori (i Fans) e steroidi (il cortisone).

I cortisonici vanno usati solo per brevi periodi (massimo 8 giorni) e solo in quelle gravi lombosciatalgie resistenti ad altri trattamenti farmacologici e quando è evidente la componente infiammatoria o reumatologica. Nei pazienti osteoporotici, con diabete e con ulcera gastrica, non vanno mai somministrati insieme agli anti-infiammatori.

Nei più comuni traumi muscolo-scheletrici, sollievo lo possono dare anche massaggi e trazioni, ma a patto che siano eseguiti da medici e fisioterapisti competenti.

Ma se il dolore acuto persiste oltre le quattro settimane, occorre affidarsi a centri specialistici di terapia del dolore, e al contempo, indagare attraverso la radiodiagnosi (Tac, risonanze magnetiche, elettromiografia) la presenza di discopatie erniarie o di altre patologie spinali, ed eventualmente procedere con trattamenti analgesici a livello locale, fino a procedure chirurgiche più invasive.

Il trattamento farmacologico della lombalgia cronica

L'utilizzo di farmaci per il controllo del dolore cronico è attualmente guidato dalla "scala analgesica a tre gradini", elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1986. Prevede la somministrazione di:

- analgesici non oppioidi
- adiuvanti analgesici (antidepressivi e anticonvulsivanti)
- oppioidi analgesici.

Gli oppiacei: poco usati, nonostante la loro efficacia

"Gli oppiacei sono oggi considerati il 'farmaco di scelta' quando si ha a che fare con un dolore grave", spiega il professor Raffaelli, che nel 2004 ha condotto una ricerca su 566 pazienti attraverso cui ne ha dimostrato l'efficacia e la sicurezza nel trattamento a lungo termine della lombalgia cronica. "Senza alcun vero motivo né di rischio né di inefficacia – continua –, rimane però una certa riluttanza sia ad assumerli sia a prescriverli, e questa è una colpa della classe medica italiana".

Nelle persone che evidenziano una mancata risposta al trattamento per via orale, gli oppiacei possono essere somministrati per via intratecale, ovvero iniettando i farmaci direttamente nel sistema nervoso attraverso una pompa che può essere esterna o impiantata.

Tecniche conservative e interventi chirurgici

A seconda dell'origine della lombalgia cronica sono possibili diverse tecniche conservative e procedure chirurgiche a basso indice di rischio e di facile attuazione, che possono risolvere le situazioni di dolore acuto altrimenti non curabili con i farmaci.

L'elenco delle tecniche conservative va dalla terapia manuale ad approcci multidisciplinari. Tra queste rientrano anche:

- neurostimolazione spinale: è stato dimostrato che nel trattamento della lombalgia cronica una media del 59% dei pazienti ha ottenuto una riduzione del 50% del dolore
- neuromodulazione spinale: la somministrazione intratecale di farmaci a lungo termine, con sistemi totalmente impiantabili, è consigliata per il trattamento del dolore di origine non maligna, a patto che i pazienti siano accuratamente selezionati.

Ufficio stampa AGENDA

[Manfredi Liparoti, tel. 051 330155, cell. 347 5027432, e-mail ufficiostampa@agendanet.it](mailto:ufficiostampa@agendanet.it)

Tra gli interventi di natura invasiva ci sono:

- infiltrazione dei punti trigger: impiegata nelle sindromi miofasciali, prevede un'iniezione di analgesici nel punto di massimo dolore
- blocco anestetico delle faccette articolari: indicata per i casi di lombosacralgia causati da spondiloartrosi delle faccette articolari posteriori, che non rispondono a terapie conservative. In caso di buona risposta al blocco anestetico si può procedere alla guarigione effettuando una denervazione faccettale, simile a quella dei dentisti
- analgesia peridurale: l'iniezione locale di anestetico nella zona lombare, toracica o cervicale è una tecnica ambulatoriale efficace per le forme gravi di lombalgia refrattarie alla terapia farmacologica e per il dolore non trattabile chirurgicamente oppure causato da una chirurgia discale non riuscita.

Tra le tecniche di chirurgia mini-invasiva, utilizzate specialmente per le patologie al disco, ci sono:

- nucleoplastica e nucleo aspirazione: consiste nella aspirazione del nucleo polposo del disco
- posizionamento di strumentazione interspinosa: determina un innalzamento dei corpi vertebrali con decompressione discale
- chirurgia tradizionale: l'intervento chirurgico per le sciatalgie da compressione discale resta l'ultima scelta terapeutica per i pazienti refrattari a terapie conservative o alla nucleo plastica.

Per informazioni:

Fondazione ISAL, tel. 0541 725165, e-mail info@fondazioneisal.it, sito www.fondazioneisal.it