

**Relazione sul mal di
schiena ai medici
specializzandi in ortopedia
Milano, maggio 2015**

**Università degli studi di Milano,
Scuola di specializzazione in ortopedia,
direttore prof. Corradi**

TRATTAMENTO CONSERVATIVO DELLA LOMBALGIA NELL'ERA DELLA MEDICINA DELL'EVIDENZA

Alessandro Aina

fisioterapista, dip MDT

RM RACHIDE LOMBOSACRALE

Motivazione d'indagine: lombalgia.

Esame eseguito con tecnica Spin Echo mediante sezioni sagittali ed assiali pesate in T2 ed in T1.

È stato studiato il segmento di rachide compreso fra gli ultimi elementi dorsali ed il sacro. In questo tratto l'allineamento vertebrale è normale. Iniziale disidratazione dei dischi intersomatici compresi fra L3 ed S1.

In L4 - L5 vi è un'accentuata protrusione discale mediana con impronta sul sacco durale. I forami di coniugazione sono pervi.

In L5 - S1 vi è un'ernia discale mediana e paramediana sinistra con netta impronta sul sacco durale e possibile interessamento della radice S1. Modesto l'interessamento dell'adiacente forame di coniugazione.

Il canale spinale è di normale ampiezza. Normali i forami di coniugazione.

Conclusioni: discopatie fra L4 ed S1 con una più accentuata ernia L5 - S1 con lateralizzazione verso sinistra.

“Il mal di schiena è il disastro della medicina del XX° secolo”

G. Waddell, The back pain revolution 1996

“Abbiamo mandato uomini sulla luna,
Svelato i segreti del genoma umano,

**Ma continuiamo a soffrire
per
il mal di schiena.”**

G. Waddell, The back pain revolution 1996

“Nonostante gli sforzi della ricerca e la messa a punto di esami sempre più sofisticati, non ci sono evidenze di cambiamenti nella prevalenza del mal di schiena”

G. Waddell, The back pain revolution 1996

IN COMPENSO:

“Aumento di:

- . disabilità cronica
- . certificazioni mediche
- . assenza dal lavoro,

associati a mal di schiena non specifico.”

G. Waddell, The back pain revolution 1996

Quanti tra voi **NON** hanno
valutato un paziente
con dolore alla schiena?

A quanti pazienti
con dolore alla schiena
NON avete prescritto esami
(Rx, Tc, Rmn, Emg...)?

Che indicazioni,
a fini diagnostici,
vi hanno dato gli esami
che avete prescritto?

Quanti pazienti,
che vi hanno consultato per
un dolore alla schiena.....

sono usciti dal vostro studio
con la diagnosi di:

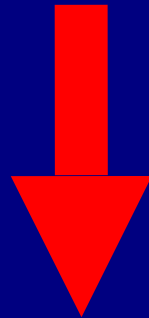
LOMBALGIA

IL PROBLEMA DELLA

DIAGNOSI

nella lombalgia

Ricerca della struttura che
causa dolore



PROBLEMI!!!

Tutte le linee guida, iniziando
dalla QTF 1987:
“gli Rx non hanno valore
diagnostico o terapeutico,
in assenza di red flags”

Nachemson, Jonnson 2000

Molti studi che utilizzano la RMN
dimostrano alta incidenza di
anormalità in pazienti senza dolore
lombare o radiculopatia

tanto che:

Roland e van Tulder 1998,
raccomandano ai radiologi
di aggiungere ai referti:

“questi risultati possono **NON**
essere collegati ai sintomi
del paziente, poiché spesso
si trovano in soggetti
ASINTOMATICI”

CHE FARE??

Quebec Task Force 1987

1e linee guida

Tra l'85 ed il 90% dei mal di schiena
Sono "a specifici"

Circa il 10% sono legati a: tumori,
Infezioni, infiammazioni, traumi:
le cause specifiche

Classificazione della Quebeck Task Force (Spitzer, 1987):

Razionalizzazione, non ultimo il problema spesa

- ‡ **Classi 1, 2, 3: localizzazione dei sintomi**
- ‡ **Classe 4: localizzazione + segni neurologici**
- ‡ **Classe 5, 6, 7: entità patologiche specifiche**
- ‡ **Classe 8, 9: post chirurgici (<, > 6 mesi)**
- ‡ **Classe 10: sindrome cronica**
- ‡ **Classe 11: altro**

Triade del mal di schiena:



Red flags (2%) – possibile
Patologia “seria”



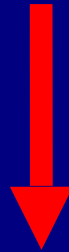
Sciatica vera (10%)



Mal di schiena a specifico
(TUTTI GLI ALTRI: 90%)

Diagnosi:

Da ricerca della struttura che
produce i sintomi a



Esclusione red flags

Problema:

che indicazione mi dà questa
classificazione (o altre)

al fine del trattamento?

**Il panorama delle algie
vertebrali è un insieme
unico o, al suo interno
esistono dei sottogruppi
che mi permettono un
trattamento più mirato?**

SOTTOGRUPPI – SOTTOGRUPPI

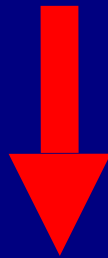
Cosa significa?

Pazienti con sintomi eguali,
possono avere una causa
diversa del dolore

esempio della gonalgia a-specifica o dolore al torace

Il trattamento che avete
prescritto ai vostri
pazienti che rationale
aveva?

E quando avete prescritto un trattamento, avete trattato tutti i pazienti come se appartenessero ad un sottogruppo unico?



Tutte le gonalgie a fare la stessa cosa, tutti i dolori al torace a fare la stessa cosa

**COSA DICE
LA MEDICINA
DELLE PROVE?**

PAZIENTI ACUTI:

RIPOSO A LETTO: prove forti
della non efficacia

CONSIGLIO DI STARE ATTIVI:
prove forti che acceleri il
recupero

PAZIENTI ACUTI:

ESERCIZI SPECIFICI: prove forti che non siano più efficaci del non intervenire

MOBILIZZAZIONI E MANIPOLAZIONI: modeste prove che siano più efficaci del placebo

PAZIENTI ACUTI:

TERAPIA FISICA (ghiaccio, calore, diatermia, massaggio, US): **nessuna prova di efficacia**

TENS: prove conflittuali (due studi)

TRAZIONE: non ci sono studi, impossibile trarre conclusioni

CORSETTI: non ci sono studi

CHE FARE??

RACCOMANDAZIONI (ACUTI):

NO riposo a letto

CONSIGLIARE DI STARE ATTIVI

analgesici (paracetamolo x iniziare)

MANIP. - MOBILIZZ.: per chi
ha problemi o non riesce a rientrare
al lavoro

RACCOMANDAZIONI
(SUB ACUTI 6 settimane):

CONSIGLIO STARE ATTIVI

**ESERCIZI per incrementare
funzionalità**

analgesici

PAZIENTI CRONICI:

ESERCIZI: evidenza forte che siano efficaci, modesta evidenza che siano (diversi tipi di esercizi) egualmente efficaci

BACK SCHOOL: prove conflittuali dell'efficacia

PAZIENTI CRONICI:

**TRATTAMENTI
MULTIDISCIPLINARI:** evidenza forte
che siano efficaci

TERAPIA MANUALE: prove limitate di
effetti a lungo termine

PAZIENTI CRONICI:

TRAZIONI: evidenza forte che non sia efficace

CORSETTI: prove limitate che produca miglioramenti soggettivi

RACCOMANDAZIONI (CRONICI):

**INFORMARE-EDUCARE: per evitare
il F.A. – B.**

**EVITARE FARMACI E LUNGO TERMINE
usarli per aiutare incremento attività**

**TERAPIA MANUALE: per riduzione
del dolore**

RACCOMANDAZIONI (CRONICI):

ESERCIZI: per aumentare funzionalità

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE:
per ripresa funzionale,
gestione comportamentale,
gestione del dolore

PIUTTOSTO
DEPRIMENTE!
NON SI RIESCE
A DIMOSTRARE CHE
VI SIA UN TRATTAMENTO
DA PRIVILEGIARE E
PER CHI?

Il problema della ricerca:

Popolazione: LBP “non specifico”
risultati equivoci o contraddittori
(gonalgia aspecifica)

Koes '95, Abenhaim '00, van Tulder '00

Popolazione: sottogruppi “specifici” LBP
dimostrata efficacia del trattamento
(gonalgia da 1, 2, 3 etc.)

Delitto '93, Spratt '93, O'Sullivan '97

L'approccio McKenzie

1. riconosce che, a fianco dei problemi infiammatori (pochi) vi sono anche i **PROBLEMI MECCANICI** (tanti!!!!)
2. si occupa di questi ultimi

L'approccio McKenzie

All'interno delle
problematiche meccaniche,
persone con sintomi eguali,
possono avere cause diverse:

L'approccio McKenzie

Cause diverse che vengono svelate usando un esame clinico che studia la risposta sintomatica e meccanica a **movimenti ripetuti e/o posizioni mantenute** a fine arco di movimento

L'approccio McKenzie

LE TRE SINDROMI:

1. **Sindrome da postura**
2. **Sindrome da disfunzione**
3. **Sindrome da derangement**

L'approccio McKenzie

**Non tutti i pazienti
possono essere
aiutati!**

CONTROINDICAZIONI

L'approccio McKenzie



L'approccio McKenzie

SINDROME DA POSTURA: definizione

“deformazione meccanica di origine posturale
che causa un dolore
di tipo esclusivamente intermittente, che compare
quando i tessuti molli attorno ai segmenti lombari
subiscono una sollecitazione prolungata.”

(R. McKenzie “Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare”
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda , 1980)

L'approccio McKenzie

SINDROME DA POSTURA:

**SOLLECITAZIONE ECCESSIVA
SU STRUTTURA SANA**

(R. McKenzie "Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare"
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda , 1980)

L'approccio McKenzie



L'approccio McKenzie

SINDROME DA DISFUNZIONE definizione:

“si sviluppa come conseguenza di abitudini posturali scorrette, spondilosi, trauma o derangement ed è la condizione in cui avviene una prematura comparsa del dolore a causa dell'accorciamento adattivo e della conseguente perdita di mobilità, cioè prima che si arrivi alla normale, completa escursione del movimento.”

(R. McKenzie “Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare”
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda , 1980)

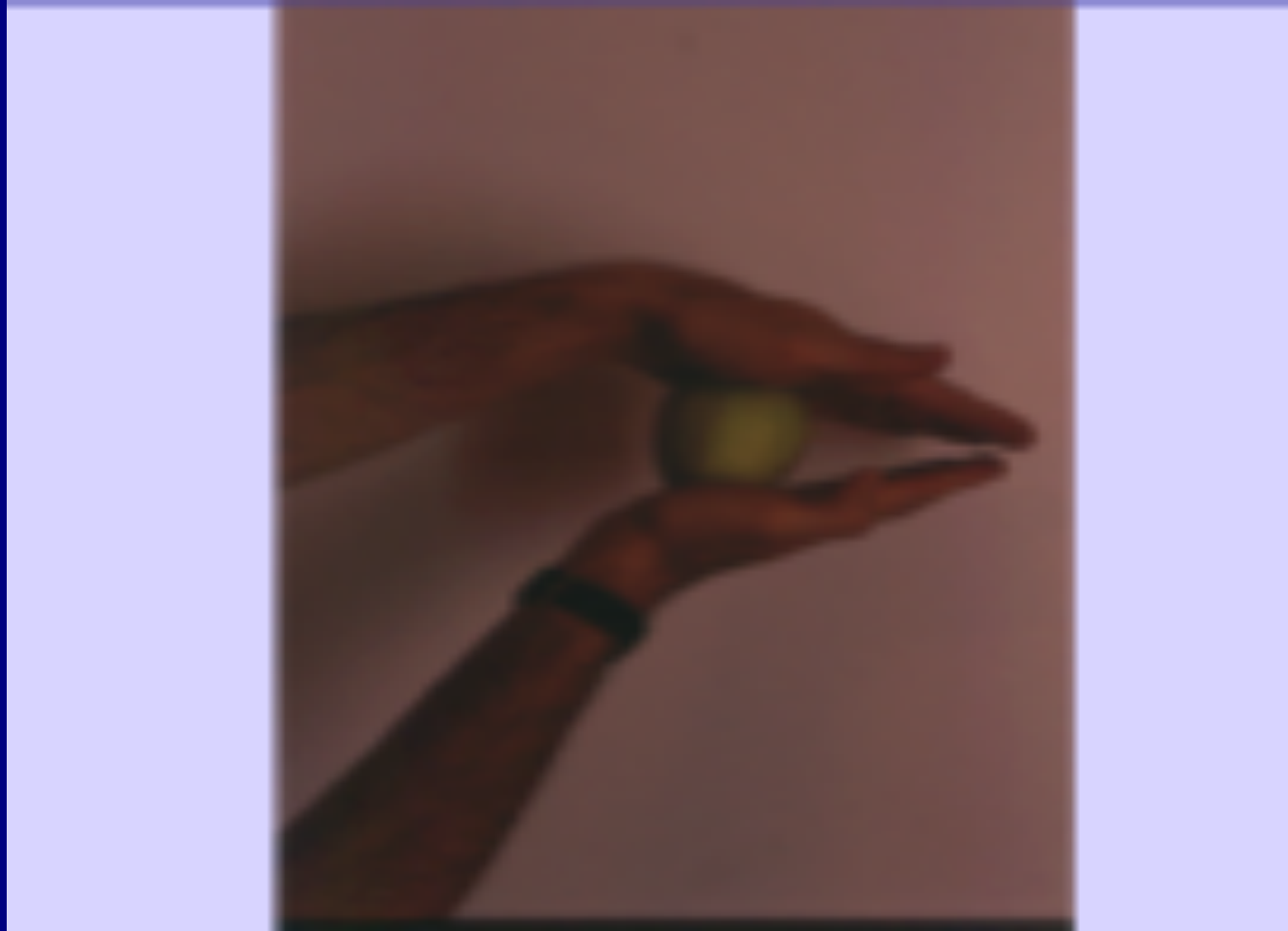
L'approccio McKenzie

SINDROME DA DISFUNZIONE

SOLLECITAZIONE NORMALE SU
STRUTTURA ADATTIVAMENTE
ACCORCIATA

(R. McKenzie "Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare"
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda , 1980)

L'approccio McKenzie



L'approccio McKenzie

SINDROME DA DERANGEMENT: definizione

“situazione in cui la normale posizione di riposo delle superfici articolari di due vertebre adiacenti è disturbata a causa di un cambiamento di posizione del nucleo fluido tra queste due superfici”

(R. McKenzie “Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare”
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda , 1980)

L'approccio McKenzie

SINDROME DA DERANGEMENT:

**SOLLECITAZIONE NORMALE SU
UN GIUNTO ARTICOLARE NON IN ASSE**

(R. McKenzie "Diagnosi e Terapia Meccanica: La colonna lombare"
Spinal Publications Italia 1998, Nuova Zelanda 1980)

VIDEO DERANGEMENT

L'approccio McKenzie

Se preliminarmente non so a che sindrome appartiene il paziente, come posso mettere a punto una terapia?

TORNIAMO AL
PROBLEMA DEI
SOTTOGRUPPI

La valutazione meccanica identifica sottogruppi riproducibili e validati

Movimenti o posizioni specifiche ed a fine arco, modificano localizzazione ed intensità dolore

McKenzie '81 – '03, Donelson '90

Stabilita riproducibilità inter esaminatori

Razmjou '00, Werneke '99, Kilpikoski '02

Ben provata validità predittiva outcome

Donelson '90, Sufka '93, Long '95, Karas '97, Werneke '99 – '01

**SOTTOGRUPPI CREATI
IN RELAZIONE A:**

CENTRALIZZAZIONE O NO

**PREFERENZA DIREZIONALE
O NO**

SOTTOGRUPPI IN RELAZIONE ALLA CENTRALIZZAZIONE



Centralizzazione – valore prognostico di un fenomeno clinico

Alessandro Aina – Milano, Italia

Stephen May – Sheffield Hallam
University, UK

Helen Clare – Sydney University

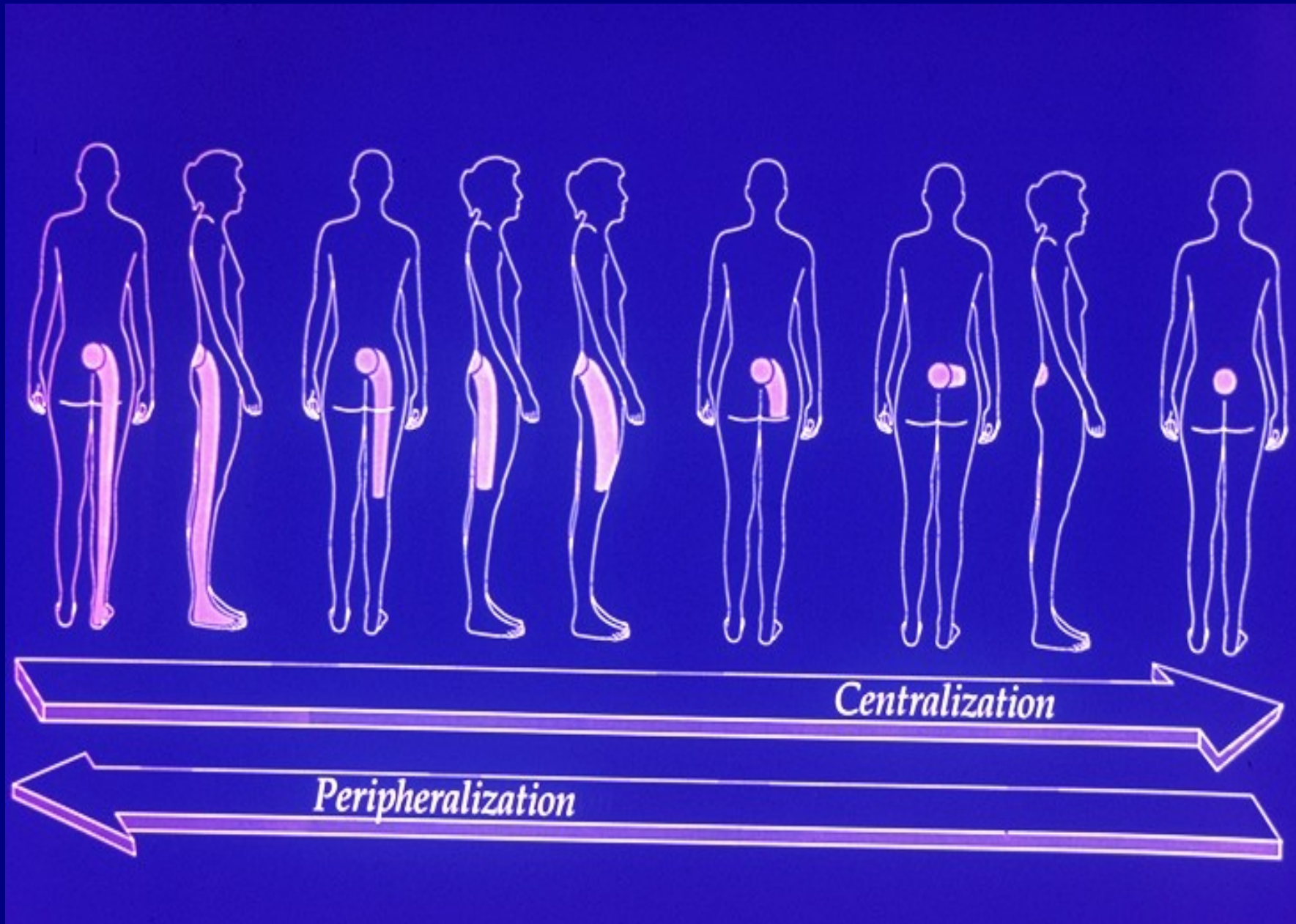
Centralizzazione

- Riconosciuta dal fisioterapista Robin McKenzie negli anni '50
- Descritta, dopo molte sperimentazioni e verifiche nel 1981
- Dal 1990 sono stati pubblicati molti lavori sull'argomento

Centralizzazione – definizione

- Processo mediante il quale il dolore riferito viene abolito sequenzialmente, dalla periferia verso la colonna, in risposta a posizioni o movimenti diagnostici o terapeutici
- Include riduzione & abolizione del dolore percepito sulla colonna

Centralizzazione – periferalizzazione



Scopi della revisione

Revisione della letteratura per rispondere alle seguenti domande:

1. La centralizzazione definisce un sottogruppo specifico?
2. Se così fosse, che valore prognostico implica?

Risultati

- 14 lavori che studiano o si riferiscono alla centralizzazione
- Kilby et al 1990, Donelson et al 1990, Donelson et al 1991, Williams et al 1991, Delitto et al 1993, Erhard et al 1994, Long 1995, Karas et al 1997, Donelson et al 1997, Sufka et al 1998, Werneke et al 1999, Fritz et al 2000, Werneke & Hart 2001, Kilpikoski et al 2002

Risultati – prevalenza

- In > 1.000 pazienti in 9 studi prevalenza media = 58% (31% to 87%)
- 731 pazienti sub-acuti – 70%
- 325 pazienti cronici – 52%

Risultati – riproducibilità

- 5 studi considerano la riproducibilità della valutazione di centralizzazione
- Accordo – 88% to 100%
- Kappa – 0.51 to 0.96
- Kappa – 4/5: > 0.70
- Riproducibilità da moderata ad eccellente

Risultati – prognosi

- 6 lavori comparavano la prognosi tra chi centralizzava e chi no
- Centralizzazione associata a prognosi decisamente favorevole in tutti gli studi

Risultati – prognosi

- C & outcome buono/
eccellente (0.001)
- Minor dolore, più
funzionalità (< 0.001)
- Ritorno al lavoro più alto
(0.03)
- Non-C & outcome scarso/
mediocre (0.001)
- Ad 1 anno: stato lavorativo,
funzionalità, utilizzo di cure,
intensità del dolore,
PEGGIORE nei Non-C

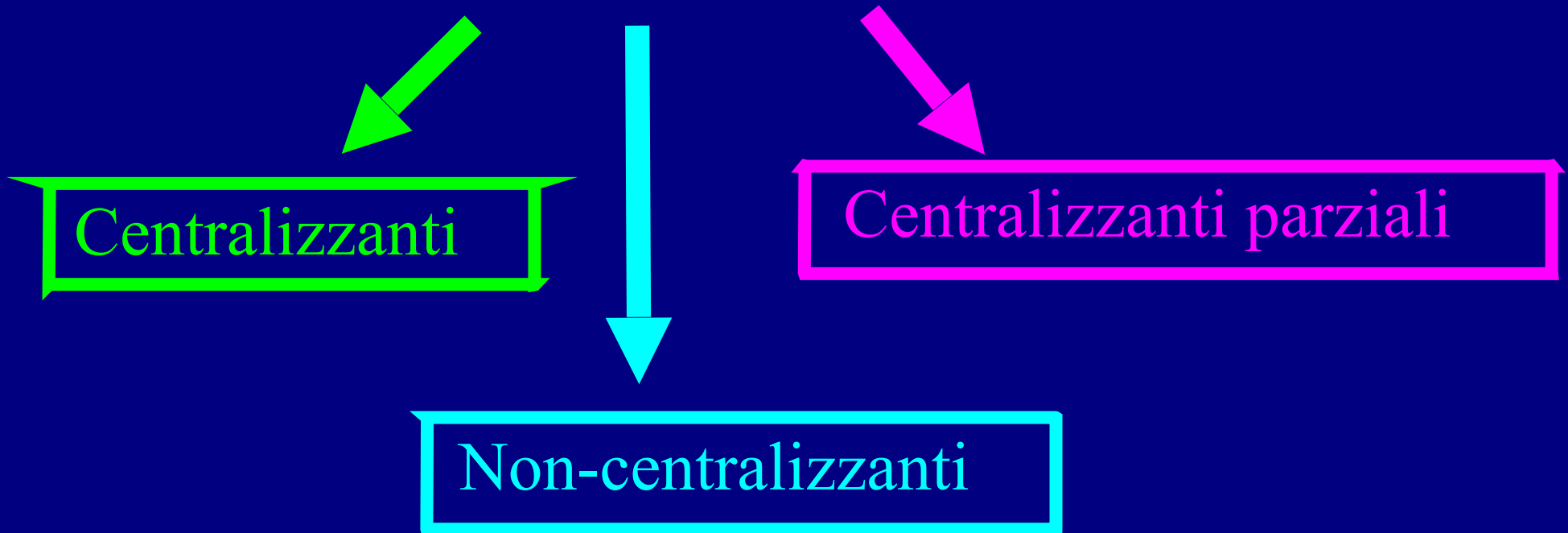
Risultati – prognosi

Werneke (1999, 2001) studi di qualità elevata, 1 anno follow-up, numero elevato:

- Baseline per la prognosi formato da variabili multiple incluse Fear Avoidance Behaviour, soddisfazione lavorativa
- Utilizzo di una definizione stretta di centralizzazione per assicurarsi che le modifiche fossero indotte in clinica

Risultati – prognosi

Werneke et al (1999): la risposta all'esame McKenzie permette l'individuazione dei seguenti sottogruppi:



Resultati – prognosi

Werneke et al (1999)

Centralizzanti (1) / centralizzanti parziali (2) / non-centralizzanti (3)

- **Visite:**

4 rispetto a 7 ed 8 (SD, 1 vs 2 & 3)

- **Dolore & disabilità:**

SD, (1 & 2) vs 3

Resultati – prognosi

Werneke 2001

- Per predittività analizzate ad 1 anno 22 variabili indipendenti
- Outcome: dolore, ritorno al lavoro, assenza per malattia, attività, ricerca di cure, 9 variabili dipendenti considerate
 - **Analisi multivariata: significative solo la non centralizzazione ed il dolore sotto il ginocchio all'inclusione**

Centralizzazione: conclusioni

- Ha elevata PREVALENZA
- Viene identificata IN MODO RIPRODUCIBILE da clinici esperti
- STRUMENTO DIAGNOSTICO per differenziare sottogruppi con risultati diversi

Centralizzazione: conclusioni

- STRUMENTO DI GESTIONE per identificare esercizi , mobilizzazioni o posture SPECIFICHE

Sottogruppi in relazione a PREFERENZA DIREZIONALE:

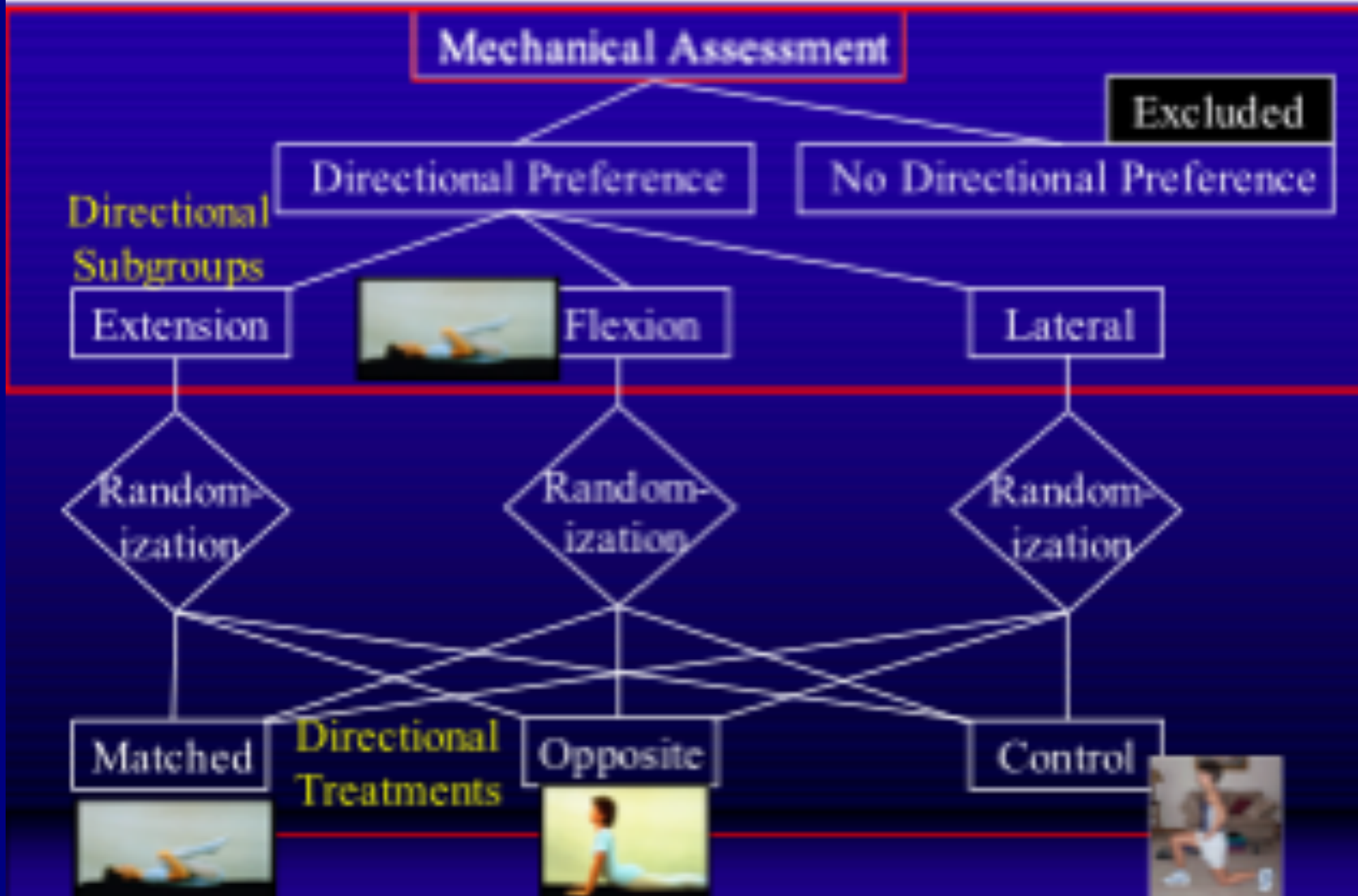
Direzione specifica di movimento che DIMINUISCE
ABOLISCE O CENTRALIZZA i sintomi ed
elimina le precedenti limitazioni articolari

Movimenti o posture nella direzione opposta
spesso causano un peggioramento di segni e sintomi

Riproducibilità: Kappa 0.9

McKenzie '03, Donelson '91
Kilpikovski '02

Our Study Design



Cortesia di A. Long che ringrazio

Il Gruppo di Controllo NON è un gruppo “senza trattamento”

Consiglio di restare attivi
Camminare, andare in bici o nuotare
Ritornare alle attività precedenti

Consigli messi a punto dalla
letteratura

Misura dei risultati

All'entrata e dopo due settimane

Outcome principali

- Mal di schiena 0-10
- Male alla gamba
0-10

Outcome secondari

- Roland Morris
- Ricorso a farmaci
- Soddisfazione del pz
- Attività disturbate
- Classificazione di
● severità della QTE
- Scala di depressione

Conclusioni

Importa quali esercizi? SI'

1. Una valutazione meccanica che identifica la “PREFERENZA DIREZIONALE” del paziente, stabilisce sottogruppi direzionali, per i quali esistono esercizi **efficaci, non efficaci ed anche controproducenti**
2. **La riduzione precoce del dolore**, usando esercizi con direzione paziente-specifica diminuiscono significativamente l'uso di farmaci, incrementando anche tutte le altre variabili
3. Necessitiamo di più studi sul ruolo dei **sottogruppi direzionali nella gestione del mal di schiena**

CONCLUSIONI GENERALI:

1. La medicina dell' evidenza non riesce a provare un trattamento efficace e per chi
2. il problema sembra quello di considerare un insieme unico le lombalgie non specifiche

CONCLUSIONI GENERALI:

3. La metodologia di diagnosi e terapia meccanica secondo McKenzie è in grado di dividere in sottogruppi ad elevata riproducibilità interesaminatori, le algie vertebrali non specifiche

CONCLUSIONI GENERALI:

4. i diversi sottogruppi hanno un trattamento specifico e prognosi migliore

5. esiste una percentuale di pazienti (25%) che sfuggono a questa classificazione (NON RESPONDERS)

CONCLUSIONI GENERALI:

3. sono i pazienti a più alto rischio di cronicità e chirurgia

4. perchè non far precedere alla valutazione classica la valutazione dinamica secondo McKenzie, riservando la prima ai
NON RESPONDERS?

GRAZIE A TUTTI VOI,

grazie al prof.

CORRADI