

Mal di schiena infiammatorio

Inflammatory back pain.

Burgos-Vargas R, Braun J

Rheum Dis Clin North Am. 2012 Aug;38(3):487-99. doi: 10.1016/j.rdc.2012.08.014. Epub 2012 Sep 14.

Abstract

La lombalgia (LBP), una sottocategoria del mal di schiena (BP), interessa il segmento lombare della colonna vertebrale e costituisce uno dei sintomi muscolo-scheletrici più comuni che affliggono gli esseri umani. In qualche momento della vita, circa l'80% della popolazione sperimenta almeno un episodio di LBP acuta, il quale sfocia spesso in un consulto medico. Molti pazienti, tuttavia, non sembrano chiedere alcuna assistenza medica e la maggioranza dei soggetti che sono in cura presso le strutture sanitarie di prima assistenza non ricevono una diagnosi precisa; ciò spiega la non specificità del termine LBP. La LBP è definita cronica quando i sintomi perdurano per oltre 3 mesi. La prevalenza di LBP cronica nella popolazione spesso dipende dall'età, dal sesso, dai fattori meccanici quali attività con carichi pesanti o eccezionali, dalle condizioni patologiche quali distorsioni e strappi muscolo-legamentosi, da ernie del disco e spondilolistesi oltre che da fattori psicosociali. Indipendentemente dal trattamento effettuato, oltre il 90% dei pazienti ottiene una riduzione completa del mal di schiena entro 6 settimane. L'interesse dei reumatologi nei confronti della LBP è rivolto in primo luogo all'individuazione dei pazienti con malattie reumatiche, in particolare quelle connesse alle artriti infiammatorie che colpiscono la colonna vertebrale e le articolazioni sacroiliache come la spondilite anchilosante (AS). Attualmente, la AS fa parte di un più ampio spettro di spondiloartriti (SpAs), il cui sottoinsieme prende il nome di SpAs (axSpAs). Il termine include la AS e la forma non radiografica che si caratterizza per l'assenza di cambiamenti strutturali. Questo articolo si concentra principalmente sulla AS dal momento che la maggior parte degli studi pubblicati ne utilizzano i criteri. Per individuare nelle strutture ospedaliere i pazienti affetti da AS e da altre SpAs è fondamentale acquisire informazioni riguardo ai segni e sintomi che distinguono il coinvolgimento infiammatorio della colonna vertebrale da quello non infiammatorio, ma principalmente meccanico che caratterizza altre condizioni. Infatti, il mal di schiena si presenta anche nelle malattie reumatiche quali osteoartrite, osteoporosi e artrite reumatoide. Riguardo alla localizzazione, il coinvolgimento della colonna vertebrale in pazienti affetti da AS e da altre SpAs solitamente non è circoscritto alla regione lombare ma si estende alle articolazioni sacroiliache fino a raggiungere i segmenti toracici, lombari e cervicali. Al posto del termine LBP, il quale costituisce la scelta più comune per indicare il gruppo di condizioni meccaniche e non infiammatorie, il coinvolgimento della colonna vertebrale in pazienti con AS è solitamente definito come mal di schiena infiammatorio (IBP).

Commento

Salvatore Atanasio

Sappiamo tutti che la stragrande maggioranza dei mal di schiena possono essere definiti come lombalgia comune, lombalgia aspecifica o lombalgia meccanica, una entità nosologica non ben precisata riguardo ai fattori eziologici e alle strutture anatomiche da cui origina il dolore, ma che possiede delle caratteristiche cliniche e prognostiche precise: normalmente autorisolvibile, può dare delle disabilità temporanee che possono in alcuni casi tendere alla cronicizzazione e lo sforzo del medico e del terapeuta

deve massimamente essere mirato ad evitare questa infausta evoluzione. Accanto a queste esistono un ristretto numero di rachialgie che sono legate ad una patologia spinale grave che il medico dovrebbe essere in grado di individuare perché ovviamente in questi casi sono diversi l'approccio clinico-diagnostico, quello terapeutico e la prognosi. Le rachialgie infiammatorie (IBP - Inflammatory Back Pain) rappresentano la parte più numerosa di questo ultimo gruppo, costituite dalla spondilite anchilopoietica e dalle varie altre spondiloartriti (artriti aspecifiche, artriti reattive, artriti psoriasiche, artriti legate a patologie infiammatorie intestinali quali la colite ulcerosa). Le IBP sono caratterizzate da insorgenza in età relativamente giovane (< 40 anni), dolore che perdura da oltre tre mesi, rigidità mattutina per più di trenta minuti, dolore e rigidità migliorano con l'attività fisica e peggiorano con il riposo. Non di rado questi pazienti si svegliano nella seconda parte della notte per il disagio e per il dolore e sono costretti ad alzarsi e muoversi per stare meglio. Negli anni il concetto di rachialgia infiammatoria si è andato precisando e definendo al fine di avere dei criteri diagnostici il più possibile affidabili in termini di specificità e sensibilità così da consentire di separarla dalla comune lombalgia meccanica e avviare per questi pazienti un percorso terapeutico appropriato. Oltre ai parametri clinici sopra riportati devono essere presi in considerazione parametri ematochimici (positività al HLA B27 e indici infiammatori) e radiografici (sacro ileite) (Brandt 2007). Nel 2011 Braun ha introdotto un ulteriore criterio di giudizio: la risposta positiva entro 48 ore a terapia con FANS. Basandosi su criteri esclusivamente clinici la prevalenza delle IBP negli Stati Uniti è stimata fra il 5% e il 6%. Le spondiloartriti e la spondilite anchilopoietica compiutamente diagnosticate hanno una prevalenza del 1%. Nello scarto fra l'una e l'altra stima si celano delle patologie diverse o sono forme evolutive della stessa patologia? Comunque sia, anche se la prevalenza fosse solo del 1% si tratta di numeri considerevoli se pensiamo che è pur sempre da cinque a dieci volte più frequente rispetto all'artrite reumatoide (rispetto alla fascia di età < 40 anni).

In definitiva da tenere a mente: le caratteristiche cliniche peculiari delle IBP che devono condurre già dall'anamnesi a differenziarle dalla lombalgia comune per una corretta impostazione della terapia.

Età di insorgenza inferiore a 40 anni
Insorgenza insidiosa
Durata minima: 3 mesi
Associazione con rigidità mattutina
Miglioramenti con l'esercizio fisico
Criteri di Calin e colleghi relativi al mal di schiena infiammatorio

Test di screening per la spondilite anchilosante

1. Età di insorgenza: 40 anni
2. Insorgenza insidiosa
3. Miglioramenti con l'esercizio fisico
4. Nessun miglioramento a riposo
5. Dolore nelle ore notturne (miglioramenti alzandosi)
Criteri degli esperti ASAS relativi a IBP

Parametri degli esperti relativi al mal di schiena infiammatorio

1. Età di insorgenza: ≤ 35 anni
 2. Risveglio nella seconda metà della notte
 3. Dolore ai glutei alternato
 4. Miglioramenti con FANS entro 48 ore o nessuna assunzione di FANS
 5. Miglioramenti con il movimento e non a riposo
- Per i valori diagnostici di ciascun item fare riferimento a Braun e colleghi*

Criteria per il riconoscimento della spondiloartrite assiale in assistenza sanitaria di base

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F1-21-1) Caratteristiche specifiche delle IBP:

- a. dolore che perdura da oltre 3 mesi, migliora con l'attività fisica e peggiora con il riposo
- b. rigidità mattutina di breve durata (<5 minuti)
- c. insorgenza dopo i 45 anni
- d. tutte le precedenti

*Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD*