

La lombalgia all'interno di un disastro naturale

Low back pain in a natural disaster.

Angeletti C, Guetti C, Ursini ML, Taylor R Jr, Papola R, Petrucci E, Ciccozzi A, Paladini A, Marinangeli F, Pergolizzi J, Varrassi G

Pain Pract. 2014 Feb;14(2):E8-16. doi: 10.1111/papr.12087. Epub 2013 Jun 14.

Abstract

La lombalgia è generalmente limitata. Il passaggio dalla LBP acuta a quella cronica è influenzato da fattori sia fisici che psicologici. L'approccio migliore consiste nell'individuazione di tutti i fattori che entrano in gioco in un ambiente di emergenza, e nella distinzione tra le forme di LBP primarie e quelle secondarie potenzialmente letali. Lo studio si propone di stimare la prevalenza della LBP in una popolazione afferente a quattro presidi medici avanzati (AMPs) durante un periodo di emergenza post-sismica e di valutare la frequenza di utilizzo, i tipi di antidolorifici somministrati ai pazienti e la loro efficacia a breve termine. **Metodi:** lo studio è stato condotto in quattro AMPs durante le prime 5 settimane dal terremoto. Sono stati registrati tipo e localizzazione di eventuali traumi, e intensità del dolore durante gli episodi di LBP mediante scala numerica verbale (vNRS). La diagnosi di LBP primaria o secondaria è stata effettuata sulla base delle caratteristiche cliniche ed è stato analizzato il trattamento terapeutico. **Risultati:** la prevalenza di LBP è risultata del 4,9% (IC 95%, da 3,7 a 6,4) tra i 958 primi accessi agli AMP, corrispondente al 14,1% (IC 95%, da 10,8 a 18,3) dei casi sul totale dei 322 pazienti trattati per tutte le condizioni dolorose. Gli episodi di LBP recidivante in pazienti con LBP cronica pre-esistente corrispondevano al 40% (n = 19) dei casi mentre il primo episodio ha riguardato il 60% dei pazienti (n = 28). Il trattamento del dolore si è dimostrato efficace con una riduzione significativa alla valutazione vNRS a breve termine. **Conclusioni:** lo stress emotivo causato da un disastro naturale tende ad innalzare i livelli di norepinefrina e ad aumentare l'attività del sistema nervoso simpatico, con una possibile amplificazione della nocicezione attraverso i meccanismi centrali o periferici: la conseguenza è una coerente prevalenza di NSLBP e un potenziale fattore di rischio di cronicizzazione del dolore.

Commento

Salvatore Atanasio

I dati statistici ed epidemiologici relativi alle varie malattie fanno di solito riferimento alla vita "normale": impegni lavorativi, famigliari, eventuale attività nel tempo libero. Come cambiano i vari parametri epidemiologici in situazioni eccezionali ed inusuali, e come può e/o deve cambiare l'approccio medico in queste condizioni? In questo caso ci occupiamo di una patologia comunissima e studiata, il mal di schiena, analizzata nei giorni immediatamente successivi l'infausto terremoto che ha colpito la città de L'Aquila nell'aprile 2009.

Scopo dello studio era quello di stimare la prevalenza della lombalgia nelle prime cinque settimane dopo il sisma e valutare le cause di mal di schiena, la sua gestione clinica e terapeutica da parte del personale sanitario delle AMPs (Advanced Medical Presidium) allestiti dalla Protezione Civile già poche ore dopo il

terremoto. I dati provengono da 4 degli 11 presidi sanitari approntati per una popolazione complessiva di 2412 individui (1777 civili e 635 volontari). Nelle cinque settimane di durata dello studio sono stati registrati 958 primi accessi, circa un terzo dei quali (332) per sintomatologia algica aspecifica, fra questi 47 casi di mal di schiena, che rappresentano il 14,1% delle affezioni dolorose. È stata calcolata quindi una prevalenza di mal di schiena del 4,9%, dato superiore alla prevalenza quantificata (3,15%) nel 2010 negli USA per pazienti afferenti alle strutture di pronto soccorso per la medesima patologia. Nel 60% di casi si trattava del primo episodio lombalgico, nel 40% ci si trovava di fronte ad una ricaduta. Le condizioni del tutto peculiari in cui si sono venuti a trovare sia i pazienti che gli operatori sanitari hanno determinato alcune differenze rispetto alla comune pratica clinica. Innanzitutto la mancanza di strumentazione diagnostica, se non in strutture relativamente lontane e con le difficoltà logistiche di un territorio terremotato, ha reso ancora più importante la raccolta dei dati anamnestici e l'accuratezza dell'esame clinico al fine di determinare quei pochi casi di lombalgia specifica, secondaria a patologie potenzialmente gravi, da approfondire in ambiti ospedalieri.

La maggior parte dei mal di schiena, come sappiamo, sono definiti come aspecifici e in massima parte (90% o più) autorisolventi entro quattro settimane. Ma come si fa a mettere in atto l'abituale e corretta condotta terapeutica relativa alla lombalgia cosiddetta semplice basata su rassicurazione, incoraggiamento a continuare con la normale attività fisica e lavorativa e uso facoltativo di analgesici o antiinfiammatori nei riguardi di un soggetto che ha visto crollare la propria casa, che ha avuto parenti o conoscenti deceduti o feriti, che vive in tenda, che ha visto così profondamente sconvolta la propria vita?

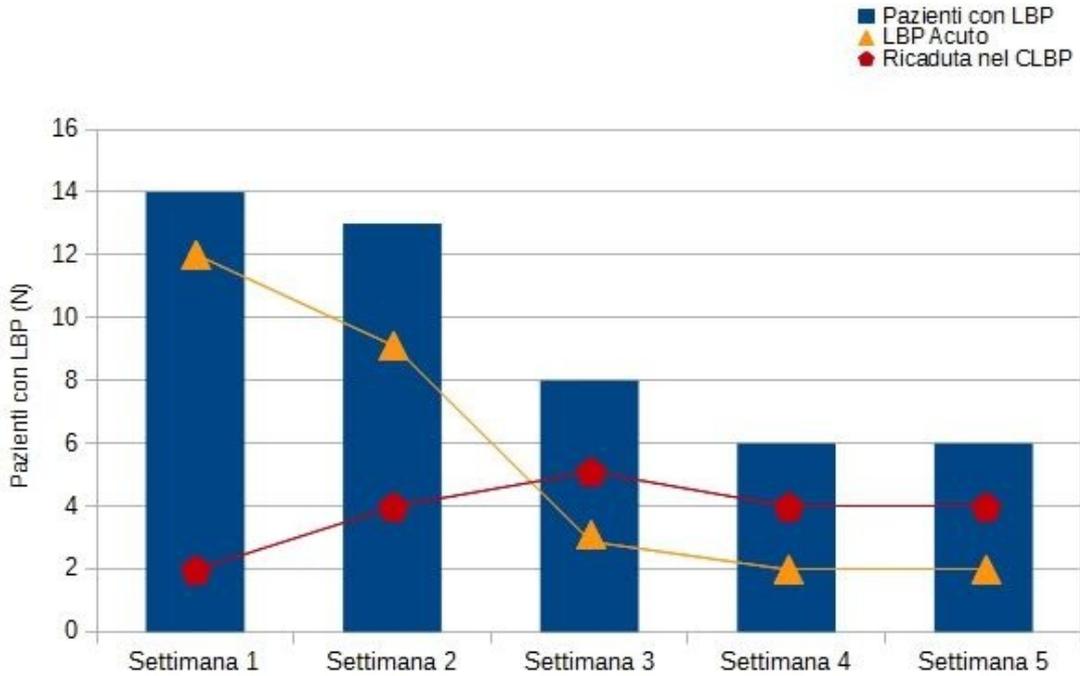
Giustamente il protocollo di trattamento è stato volto a determinare un rapido ed efficace trattamento del dolore (valutato con scala analogica visuale al tempo 0, dopo 1-6 ore e dopo 24-48 ore) con terapia farmacologica che andava dal semplice paracetamolo o FANS, ad antiinfiammatorio più miorellassante, a blandi oppioidi (tramadolo) e, nel 6% dei casi, oxicodone o morfina. Ancora più appropriata appare questa condotta terapeutica se si pensa che in questi soggetti erano presenti tutti i fattori di rischio psico-sociali di cronicizzazione del dolore: ansietà, depressione, insonnia, insoddisfazione per il proprio stato e timore per il futuro.

Infine gli autori ci fanno notare che, comunque, il dato relativo al numero di casi di sintomatologia dolorosa in generale (332 su 958) sono sensibilmente più bassi rispetto agli accessi alle strutture di pronto soccorso in situazioni "normali". Come se di fronte a catastrofi e a grandi dolori dell'animo si fosse meno sensibili e meno preoccupati rispetto al dolore fisico.

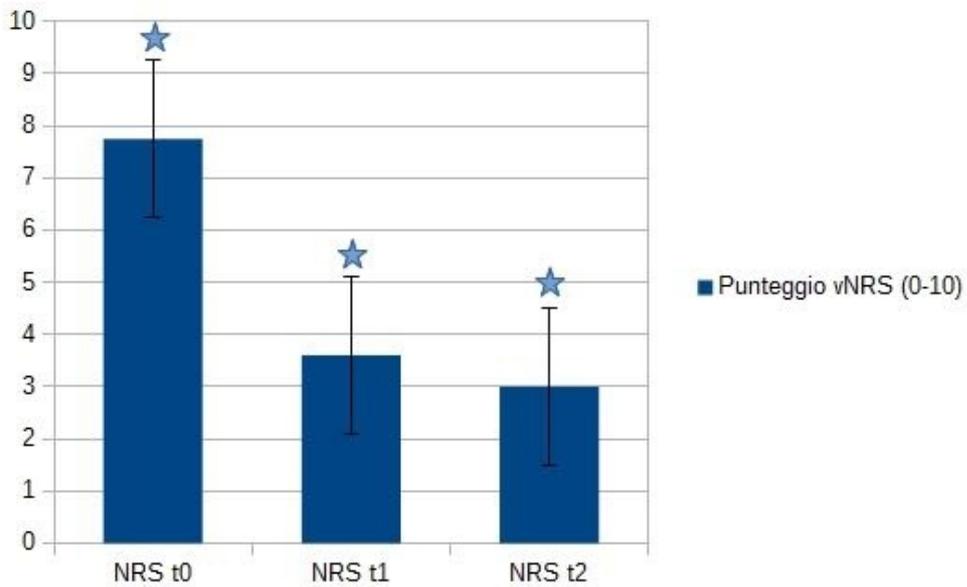
| | LBP (n. = 28) | CLBP recidivante (n. = 19) |
|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Sesso | Femminile: 10 Maschile: 18 | Femminile: 7 Maschile: 12 |
| Età | 45.2 ± 9.8 | 64.8 ± 14.1 |
| vNRS | 7.7 ± 1.4 | 7.35 ± 1.7 |
| Ernia del disco | = | 9 |
| Stenosi spinale | = | 2 |
| Osteoporosi | = | 3 |
| Fratture | 1 | = |
| Metastasi | = | 2 |
| Lasègue positivo | 6/28 (21%) | 10/19 (53%) |
| Non specificato | 26 | 4 |

I dati sono espressi come media, deviazione standard, numero di casi e percentuale

Dati antropometrici e anamnestici, segni neurologici e punteggi relativi al dolore in pazienti con LBP acuta al primo accesso ai presidi medici avanzati



Tendenza della LBP nelle prime 5 settimane dopo il terremoto.



Valutazione del punteggio vNRS ed efficacia del trattamento del dolore T0: punteggio vNRS al basale all'arrivo presso gli AMPs (n = 47), T1: valore del punteggio vNRS dopo trattamento del dolore (1-6 ore) (n = 47); T2: valore del punteggio vNRS dopo trattamento del dolore (24-48 ore) (n = 37); *T0 vs. T1 P < 0,001; T0 vs. T2 P < 0,001.

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2015-F2-32-1) Prevalenza di lombalgia nelle prime 5 settimane dopo il terremoto:

- a. 4.1%
- b. 4.9%
- c. 3.15%
- d. 5,9%

2015-F2-32-2) Trattamento della lombalgia per pazienti afferenti ai presidi sanitari in zona terremotata:

- a. rassicurazione e raccomandazione di attività sportiva regolare
- b. terapia farmacologica modulata in base alla sintomatologia dolorosa
- c. fascia elastica dorso lombare e nuoto
- d. rassicurazione e raccomandazione di non sospendere l'attività lavorativa

*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*