

Quali segni e sintomi possono indicare la presenza di patologie serie, nei soggetti con mal di schiena?

S.F e C.V.

Le patologie importanti del rachide rappresentano solo l'1% dei casi di dolore vertebrale nella popolazione generale, ma può capitare di incontrarne. La possibilità di individuare segni e sintomi espressione di problematiche importanti è una necessità primaria per il fisioterapista che si occupa del trattamento del mal di schiena (LBP). Non sempre vengono ricercati regolarmente.

Occorre essere *ragionevolmente sicuri* che è proprio del trattamento fisioterapico che ha bisogno in questo momento. Così come, durante il suo svolgimento, occorre chiedersi continuamente se la risposta al trattamento è quella che ci si aspetta.

Non è la *gravità* del quadro clinico il principale elemento che indica di iniziare un trattamento fisioterapico, ma la *consapevolezza* di trovarsi di fronte ad un quadro clinico correlato ad una condizione patologica e/o disfunzionale che non controindica il trattamento stesso.

E' soprattutto nell'esame soggettivo che si individuano le indicazioni più chiare di serie patologie.

Durante l'anamnesi il fisioterapista deve porre domande appropriate, rilevanti, empatiche, utili a chiarire se è opportuno il trattamento. L'esame oggettivo è invece rivolto a completare ed approfondire gli aspetti che hanno catturato l'attenzione del fisioterapista durante il colloquio iniziale. Si considerano in particolare l'aspetto fisico generale, la presenza di deformità acute associate a spasmi muscolari, le marcate restrizioni articolari, le masse palpabili, l'incapacità di stare supino, la presenza di deficit neurologici insoliti, di disturbi del cammino, di clono.

Esiste una gerarchia dei segni pericolosi: i probabili segni pericolosi (positività al Babinski, segni neurologici a livelli multipli, anestesia a sella), i possibili segni pericolosi (dolore notturno costante, segni bilaterali agli arti inferiori) e infine i probabili segni non pericolosi (dolore locale molto forte, perdita dei riflessi ad un livello, sciatica unilaterale con sintomi sotto il ginocchio).

Quando si invia il paziente ad un ulteriore consulto, è quindi necessaria una comunicazione empatica e sensibile. Alla domanda del paziente: "Pensa che io abbia qualcosa di ben più grave?", il fisioterapista può rispondere: "Penso che dobbiamo vedere meglio nel problema, in modo da capire più chiaramente cosa sta succedendo. Dobbiamo essere assolutamente sicuri di fare il trattamento più appropriato. Una piccola ulteriore indagine ci permetterà di farlo, senza tralasciare nulla".

CSAG (1994)	AHCPR (1994)
Età di insorgenza < 20 o > 55	Età di insorgenza < 20 o > 50
Trauma violento come una caduta dall'alto o un incidente stradale	Trauma violento come una caduta dall'alto o un incidente stradale
Dolore costantemente progressivo, non meccanico	Dolore costantemente progressivo, non meccanico
Dolore toracico	Dolore toracico
Storia di carcinoma	Storia di carcinoma
Assunzione sistemica di steroidi	Assunzione sistemica di steroidi
Abuso di droghe, HIV	Abuso di droghe, HIV
Stato continuo di malessere	Stato continuo di malessere
Perdita di peso	Perdita di peso
Persistente severa restrizione della flessione lombare	Persistente severa restrizione della flessione lombare
Deficit neurologico molto diffuso	Deficit neurologico molto diffuso
Deformità strutturale	Deformità strutturale
	<i>Dolore che peggiora da supino</i>
	<i>Dolore notturno severo</i>

Tab.I – Il gruppo di esperti che ha utilizzato per primo il termine “Red Flags” è stato il Clinical Standards Advisory Group (CSAG), attivato dal Ministero della Salute del Regno Unito nel 1994. Sempre nello stesso anno, in USA, la United States Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), ha approntato le Linee Guida per la valutazione ed il trattamento della lombalgia acuta nell’adulto. In colore blu sono evidenziate le differenze.

ETA' DEL PAZIENTE	RILEVANZA DELLE RED FLAGS
< 10 anni	+++
11 -19 anni	++
20 – 50	
> 51 anni	+++

Tab. II – Rilevanza delle Red Flags in rapporto all’età del soggetto (da: Greenhalgh S, Selfe J. Red Flags: a guide to identifying serious pathology of the spine. Churchill Livingstone – Elsevier, Edinburgh, 2006)

DATI ANAMNESTICI	SENSIBILITA'	SPECIFICITA'
- età > 50 anni	0.77	0.71
- precedente storia di tumore	0.31	0.98
- inspiegabile perdita di peso	0.15	0.94
- fallimento dopo un mese della terapia conservativa	0.31	0.90
- nessun sollievo dal riposo a letto	> 0.90	0.46
- durata del dolore > 1 mese	0.50	0.81
La concomitanza di: un'età maggiore di 50 anni, una storia precedente di tumore, una inspiegabile perdita di peso, insieme al fallimento della terapia conservativa attuata per un mese comporta valori di	1.00	0.60

Tab. III - Accuratezza diagnostica dei dati anamnestici per la diagnosi di tumore. Da: Deyo RA, Diehl AK Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation and diagnostic strategies. Journal of General and Internal Medicine. 1988;3:330-38 e da: Henschke N, Maher CG, Refshauge KM. Screening for malignancy in low back pain patients: a systematic review. Eur Spine J 2007;16(10):1673-9

PERDITA DI PESO	RILEVANZA DELLE RED FLAGS
Perdita di peso < 5% del peso corporeo	+
Perdita di peso 5-10% del peso corporeo	++
Perdita di peso > 10% del peso corporeo	+++

Tab. IV – Rilevanza delle Red Flags in rapporto alla perdita di peso (3-6 mesi) (da: Greenhalgh S, Selve J. Red Flags: a guide to identifying serious pathology of the spine. Churchill Livingstone – Elsevier, Edinburgh, 2006)

DATI ANAMNESTICI	SENSIBILITA'
Ritenzione urinaria	= 0.90
Sciatica unilaterale o bilaterale	> 0.80
Deficit sensomotorio e SLR ridotto	> 0.80
Anestesia a sella	> 0.75

Tab. V - Accuratezza diagnostica dei dati anamnestici per la diagnosi di sindrome della cauda equina (da: Deyo RA, Rainville J, Kent D. What can the history and physical examination tell us about low back pain 1992 JAMA 268 (6):760-65.)

SEGNI E SINTOMI	PERCENTUALE
Intorpidimento perineale	86%
Perdita di sensazione urinaria	57%
Incontinenza urinaria	45%
Assenza di tono anale	38%
Macchie di feci negli slip	15%
Ritenzione dolorosa	11%
Incontinenza fecale	9%

Tab. VI- Percentuale di presenza dei vari sintomi nei pazienti con sindrome della cauda equina (da: Ng LCL, Tafazal S et al. Cauda equina syndrome: an audit. Can we do better ? Journal of Orthopaedic Medicine 2004;26(29):98-101)

RED FLAGS DI RILEVANZA ++++	RED FLAGS DI RILEVANZA +++	RED FLAGS DI RILEVANZA ++	RED FLAGS DI RILEVANZA +
età > 50 anni + storia pregressa di tumore + inspiegabile perdita di peso + fallimento di un miglioramento dopo un mese di trattamento conservativo	età < 10 o > 51	età 11- 19 anni	perdita di peso < 5 % del peso corporeo (in 3-6 mesi)
	storia medica presente o passata di tumore, tubercolosi, HIV/AIDS o abuso di droghe per endovena, osteoporosi	perdita di peso dal 5 al 10% del peso corporeo (in 3-6 mesi)	paziente fumatore
	perdita di peso > 10% peso corporeo (in 3-6 mesi)	dolore costante e progressivo	malessere generale
	sindrome della cauda equina	dolore addominale con cambiamenti della normale funzionalità intestinale, in assenza di variazione dei farmaci assunti	presenza di traumi
	dolore notturno importante	incapacità a stare supini	formicolii bilaterali agli arti inferiori
	perdita del tono sfinterico e alterata sensazione nel territorio di S4	deficit neurologici inusuali (es. segni bilaterali)	fallimento dei trattamenti precedenti
	risposta positiva al Babinski	spasmo	dolore toracico
	Segni neurologici da più livelli	disturbi del cammino	atteggiamento fisico dimesso e sofferente
		assunzione continuata di steroidi	

Tab VII – Prospetto generale sulla rilevanza delle Red Flags.

