con il contributo incondizionato di

Overview Patologia

Focus sul dolore lombare

In tutto il mondo il **mal di schiena** rappresenta la maggiore causa di disabilità.

Prevalenza:

- aumenta con l'avanzare dell'età, in particolare dopo i 60 anni
- è più alta nei nell'Europa Occidentale[1]
- si stima che almeno l'80% degli individui nel corso della loro vita viene colpito da dolore in uno o più tratti della colonna vertebrale e tra questi la regione lombare è di gran lunga più frequentemente interessata

Cause del mal di schiena

Le cause del mal di schiena sono molteplici e a seconda della causa è necessario il consulto con specialisti diversi.

Si distinguono 3 grossi gruppi di cause di dolore lombare:

meccaniche

infiammatorie

neoplastiche

Tabella 1

Cause più frequenti di dolore lombare meccanico, infiammatorio e neoplastico

Cause di dolore meccanico	Cause di dolore infiammatorio		Cause di dolore neoplastico
• Tensione muscolare • Artrosi • Patologie del disco intervertebrale • Spondilolistesi • Deformità della colonna vertebrale • Stenosi del canale vertebrale • Esiti di fratture vertebrali traumatiche e non (Es. Osteoporosi)	*Infezioni a carico di vertebre, disco intervertebrale, art. sacro-iliache*	*Patologie autoimmuni*	*Neopasie benigne*
	Batteri:stafilococchi, streptococchi, brucella	**Spondiloartriti**	Osteoma osteoide
	Tubercolosi Micobatteri atipici		Osteoblastoma
	Funghi		Tumore a cellule giganti
	Spirochete		Cisti aneurismatica ossea
	Parassiti		Emangioma
			Granuloma eosinofilo
			Lipoma sacroiliaco
			Neurofibroma
			Meningioma

Durata del dolore

Sulla base della durata nel tempo il dolore viene distinto in:

acuto

se insorge rapidamente e non dura da più di 3 mesi

cronico

se persiste da più di 3 mesi

Nella maggior parte dei casi il dolore acuto è da riferire a cause meccaniche mentre quello cronico riconosce più spesso cause di tipo infiammatorio.

Nella maggior parte dei casi il **dolore meccanico** richiede una valutazione da parte dello **specialista ortopedico o fisiatra**, mentre il **dolore di tipo infiammatorio** ha come specialista di riferimento il reumatologo. Entrambe le tipologie presentano caratteristiche cliniche assai differenti che permettono di intuire quale sia lo specialista giusto da consultare.

Tabella 2

Caratteristiche cliniche del dolore di tipo meccanico ed infiammatorio

Dolore meccanico (Es. Discopatia, Artrosi)	Dolore infiammatorio (Es. Spondiloartriti)
Esordio più spesso acuto	Esordio più spesso subacuto-cronico
Età più avanzata (>45 anni)	Età più giovanile (<45 anni)
Scatenato o aggravato dal movimento	Presente a riposo
Migliora con il riposo	Presente nelle ore notturne con esacerbazione nelle prime ore del mattino
Assente nelle ore notturne	Migliora con il movimento
Rigidità all'inizio del movimento di breve durata (5-10 minuti)	Rigidità all'inizio del movimento di lunga durata (>30 minuti)

Nel tempo, per il dolore lombare di tipo infiammatorio sono stati formulati dei criteri diagnostici.

Criteri per la diagnosi di dolore lombare

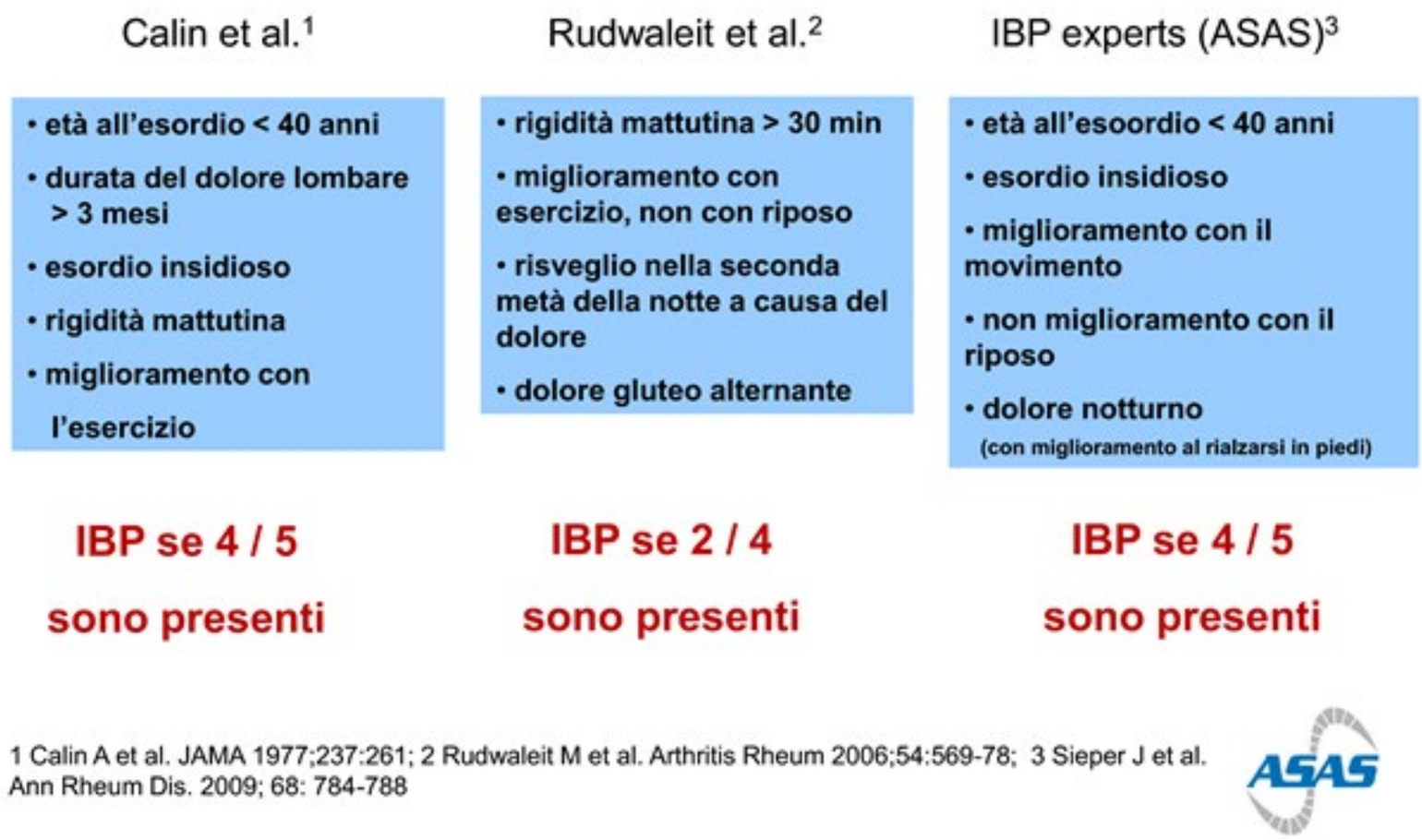

Figura 1. Criteri per la diagnosi di dolore lombare infiammatorio.

Su queste basi, in presenza di un paziente con dolore in regione lombare è opportuno rivolgergli le seguenti domande:

- **Il dolore è iniziato all'improvviso o gradualmente?**
- **E' iniziato da più di 3 mesi?**
- **Avverte il dolore anche a riposo, nelle ore notturne ed al risveglio?**
- **Ha dolore in regione glutea con alternanza a destra e sinistra e con irradiazione alla radice posteriore della coscia?**
- **Ha rigidità del rachide al mattino?**
- **Dopo quanto tempo sente i movimenti più sciolti?**
- **Il dolore migliora durante la giornata?**

Cos’è la spondiloartrite assiale

Le spondiloartriti (SpA) sono un gruppo di malattie reumatiche che comprendono:

- **la Spondiloartrite assiale senza evidenza radiografica (nr-axSpA)**
- **la Spondilite Anchilosante**
- **la Spondiloartrite psoriasica**
- **la Spondiloartrite associata a Malattia di Crohn e Rettocolite Ulcerosa (di solito indicate come IBD dal termine inglese “inflammatory bowel diseases”)**
- **la Spondiloartrite reattiva (conseguente ad infezioni intestinali e genito-urinarie)**
- **le Spondiloartriti Indifferenziate.**

Le SpA condividono caratteristiche cliniche, radiologiche e genetiche che hanno permesso di classificarle in un unico gruppo:

- Sono patologie frequenti che insorgono in **soggetti di giovane età**. Infatti, si registra almeno un caso ogni 100 abitanti e la fascia di età più colpita è quella che va dai 20 ai 35 anni.
– La loro insorgenza è favorita dalla **predisposizione genetica**: nella maggioranza dei casi infatti i pazienti hanno nel loro codice genetico la presenza dell'antigene **HLA-B27**.

L'associazione con il B27, così come l'età d'insorgenza, varia a seconda della forma considerata. La positività per il B27 predispone anche allo sviluppo di patologie non strettamente reumatiche quali l'Uveite anteriore acuta (Iridociclite), nonché turbe di conduzione e patologie delle valvole cardiache quali il blocco atrio-ventricolare e l'insufficienza aortica.
Queste condizioni, dette appunto patologie B27 correlate, possono insorgere isolatamente o far parte delle manifestazioni extra-articolari delle SpA alla diagnosi o come complicanza durante il decorso.

Attualmente la loro classificazione comprende:
– **le forme assiali**, a loro volta distinte in forme *non-radiografiche e radiografiche*
– **le forme periferiche**

In tutte le forme oltre all'interessamento articolare, è frequente il coinvolgimento infiammatorio di entesi (50%-70% dei casi) e dei tendini (50%-70% dei casi).

Tabella 3

Inquadramento classificativo delle SpA dell'adulto

Patologia	Età (anni)	B27	Coinvolgimento articolare predominante	Manifestazioni cliniche
SpA assiali: -SpA pre-radiografica -SpA radiografica	20-30	90%-95%	**Art.S-I, Rachide**	**Lombalgia infiammatoria**
SpA Psoriasica: -Periferica (70%) -Assiale (15%) -Mista (15%)	30-50	30%-50%	**Art.periferiche** **Art. S-I, rachide**	**- Artrite asimmetrica, più spesso degli arti inferiori** **-Lombalgia infiammatoria**
IBD-SpA -Periferica -Assiale -Mista	20-50	30%-50%	**Art.periferiche** **Art. S-I, rachide**	**-Artrite asimmetrica, più spesso degli arti inferiori** **-Lombalgia infiammatoria**
Artriti reattive	20-40	70%-90%	**Assiale e periferico**	**-Lombalgia infiammatoria** **-Artrite asimmetrica, più spesso degli arti inferiori**
SpA periferica	20-30	95%	**Art. periferiche**	**Artrite asimmetrica, più spesso degli arti inferiori**
Uveite B27 correlata	20-40	100%		
Blocchi A-V B27 correlati	30-60	100%		

Il processo infiammatorio delle spondiloartriti, di natura autoimmune, interessa:

- la colonna vertebrale
- le articolazioni sacro-iliache,
- le grosse articolazioni periferiche (ginocchia, caviglie, polsi, etc.),
- i tendini e le sedi di inserzione tendinea sull'osso,
- gli occhi,
- e più raramente i polmoni e la valvola aortica.

Con il tempo il processo infiammatorio provoca una reazione anomala dell'osso con formazione di ponti ossei tra le vertebre fino alla fusione delle stesse con grave danno funzionale della colonna vertebrale.

Nei casi più gravi infatti, per la fusione (anchilosi) di più vertebre, i pazienti hanno grave difficoltà a compiere qualsiasi movimento della colonna lombare e cervicale. In almeno la metà dei casi i danni si affermano in circa 10 anni e l'evoluzione di queste malattie è appunto verso l'invalidità con impossibilità a chinarsi a terra, a girare il collo e a compiere i movimenti e le comuni attività quotidiane.

La giovane età dei soggetti affetti e l'evoluzione sfavorevole in almeno la metà dei pazienti lascia facilmente intuire quale sia il peso sanitario e socio-economico di queste patologie.

axSpA senza evidenza radiografica o spondiloartite anchilosante?

Le articolazioni sacro-iliache rappresentano la sede “bersaglio” del processo infiammatorio delle spondiloartriti.

La **flogosi** interessa la sinovia articolare che è presente nei 2 terzi inferiori delle articolazioni.

In fase iniziale il processo infiammatorio causa versamento intra-articolare ed edema dell’osso subcondrale dal versante iliaco e da quello sacrale ben evidenziabile mediante RMN.

In fase più tardiva compaiono lesioni radiologiche quali le erosioni articolari, la sclerosi dell’osso subcondrale fino ad arrivare alla fusione completa (anchilosi) dell’articolazione.

Figura 4. Articolazioni sacro-iliache: sede anatomica della membrana sinoviale

Figura 5. Evoluzione del danno radiologico in corso di SpA assiale. In corso di SpA assiale (Spondilite anchilosante e SpA assiale pre-radiografica) il processo infiammatorio inizia a carico delle articolazioni sacro-iliache e nel punto di inserzione sul margine vertebrale dell'anulus fibroso del disco intervertebrale. Radiologicamente si osserva una progressiva alterazione dell'osso sottostante con erosioni, ponti ossei (sindesmofiti) ed anchilosi. Un aspetto di rilievo è dato dall'interessamento flogistico delle articolazione sacro-iliache e del danno conseguente: dall'inizio dei sintomi occorrono di solito 3-5 anni per l'affermarsi della sacroileite bilaterale di grado 2 o unilaterale di grado 3: in questo modo si soddisfa il criterio obbligatorio previsto dai criteri classificativi per la spondilite anchilosante (criteri di New 1984 modificati).

Tra le SpA, la Spondilite Anchilosante (SpA radiografica) e la SpA pre-radiografica sono certamente le forme maggiormente rappresentative.

Tabella 4

Caratteristiche cliniche delle SpA assiali (Ax-SpA)

	Rx-Ax-Spa A	Non-Rx-Ax-SpA
Età d'esordio	**20-30 anni**	**20-40**
B27	**95%**	**80%**
Sesso	**M:F=5:3**	**M:F=4:5**
Sintomo d'esordio	**Lombalgia**	**Lombalgia**
Cronologia del dolore	**Infiammatoria**	**Infiammatoria**
Irradiazione del dolore	**Posteriore ai glutei e radice della coscia**	**Posteriore ai glutei e radice della coscia**
Entesite	**Frequente**	**Frequente**
Tenosinovite	**Frequente**	**Frequente**
Dattilite	**Frequente**	**Frequente**
Manifestazioni extra-articolari	**Uveite anteriore 30% dei casi**	**Uveite anteriore 15% dei casi**
Diagnosi radiologica	**Rx Bacino**	**RMN art. sacro-iliache**
Indici di flogosi	**Aumentati nel 50% dei casi**	**Aumentati nel 50% dei casi**
Efficacia dei FANS	**Buona**	**Buona**
Decorso	**Cronico invalidante**	**Cronico, ma talora con remissione stabile**