Il dolore cervicale

Il dolore cervicale è un evento assai comune nella popolazione e tende ad incrementarsi a seguito del sempre maggior uso di computer e di autoveicoli nella vita quotidiana.

Una ricerca del 2003 (1) riferisce la presenza di dolore cervicale della durata di almeno una settimana negli ultimi 6 mesi rispettivamente nel 16,5 % delle donne e nel 10,7 % degli uomini intervistati (5752 adulti) nel Regno Unito.

A ciò si aggiunga il ben noto aumento della vita media che porta ad una presenza sempre più consistente di soggetti della terza età con affezioni degenerative della colonna.

Altri dati sulla dimensione epidemiologica e sociale del problema sono riportati nella Tab. I.

L'attenzione della letteratura reumatologica sulle malattie della colonna vertebrale è molto più evidente per quelle del tratto lombare rispetto al cervicale, benchè la prevalenza dei soggetti colpiti sia del tutto analoga nei due segmenti.

Se è vero che gran parte dei problemi dolorosi cervicali sono legati a sofferenze muscolari e vizi di postura senza un equivalente anatomo-patologico (cosiddetto "neck pain" idiopatico), è altrettanto vero che tanto gli esiti traumatici (colpo di frusta) che i processi di deterioramento strutturale associati all'artrosi sono assai frequenti e, unitamente ai precedenti, rappresentano la maggior fetta di questa patologia. Inoltre è dimostrato da numerose ricerche epidemiologiche che tra 1/6 e 1/3 dei pazienti che riferivano disturbi inizialmente, li lamentavano ancora a distanza di 6-12 mesi (2).

Come per la dorso-lombalgia ("back pain") infine, una piccola , ma importante quota di pazienti con dolore cervicale presenta una malattia muscolo-scheletrica o di altri tessuti molli locali di natura infiammatoria, infettiva, oncologica o neurologica che va identificata rapidamente attraverso le cosiddette "bandiere rosse" al fine di conseguire una rapida diagnosi e impostare quanto prima la terapia più opportuna.

Una recente ricerca anatomo-patologica (3) sulla prevalenza delle lesioni degenerative nelle faccette intervertebrali, rispettivamente cervicali e lombari, nelle diverse fasce di età, ha documentato, oltre all'enorme diffusione nelle popolazione, una maggior prevalenza globale a livello cervicale.

Sulla natura del dolore cervicale esistono svariate modalità classificative. Noi abbiamo riportato in proposito due differenti tabelle (rispettivamente Tab. II e Tab. III). Una più completa, ma entrambe centrate sulla prevalente eziologia così come può presentarsi allo specialista dell'apparato locomotore non ortopedico. La casistica di quest'ultimo infatti può essere "viziata" dalla componente traumatologica della sua professionalità.

In ogni caso abbiamo voluto elencarle anche in base alla gravità per consentire soprattutto al giovane specialista un rapido orientamento in un settore sovente irto di difficoltà diagnostiche.

Sicuramente potrebbe anche essere opportuna una distinzione tra dolore cervicale idiopatico (senza substrato anatomico), artrosico, post-traumatico (colpo di frusta e sue sequele) e dolore proveniente da malattie infiammatorie, infettive, oncologiche, neurologiche, cardiovascolari o viscerali (locali o di regioni limitrofe).

Queste ultime, ancorchè più rare, richiedono una veloce e precoce capacità discriminatoria.

Quanto al dolore cervicale idiopatico, legato soprattutto a problematiche posturali e muscolari o ad una fibromialgia, è interessante ricordare come un recente lavoro di Grob et al, 2007 (4) sembrerebbe sfatare l'esistenza di una correlazione tra la presenza di dolore cervicale e la presenza di curvature anomale all'esame radiologico di questo segmento di colonna.

Nell'itinerario diagnostico dello specialista (come in quella di qualsiasi medico) vi è una fase preliminare nel rapporto col paziente che è quella anamnestica. Qui occorre prestare particolare attenzione ad alcuni elementi che abbiamo raccolto nella Tab. IV.

In particolare saranno alcune precise domande relative alle caratteristiche generali del paziente (personalità, precedenti morbosi, affezioni concomitanti, segni generali, ecc.) e a quelle dei sintomi lamentati (tipologia, sede, irradiazioni del dolore, sofferenze neurologiche, viscerali o vascolari, ecc.) a indirizzare gli approcci clinici e strumentali successivi.

La sintomatologia dolorosa immediatamente successiva ad un trauma cervicale è di regola valutata dall'ortopedico, tuttavia le sequele a distanza di un colpo di frusta possono richiedere anche una consulenza del reumatologo. In questo caso non sarà male ricordare che, contrariamente a un'opinione assai diffusa, la durata dei postumi non sembra correlata alla presenza di una nevrosi da risarcimento (5) e pertanto richiede sempre un'accurata valutazione.

Ricerche più recenti (6) suggerirebbero, anche a causa dell'ampio spettro clinico dei sintomi presentati e documentati nei singoli pazienti (cosiddetti WAD, o "whiplash associated disorders") a variabile distanza dal colpo di frusta, che si possa trattare di una sindrome dolorosa post-traumatica da tenere nosograficamente distinta dagli altri quadri dolorosi locali e da considerare una vera e propria malattia sistemica.

Come riportato nella Tab.V la "Quebec Task Force on WAD" ha pubblicato (7) una classificazione ormai condivisa sulla gravità del quadro citato anche per agevolarne le valutazioni medico-legali e gli approcci terapeutici.

Quanto agli aspetti clinici del dolore cervicale che occorre prendere in considerazione quando si visita il paziente, li riportiamo sommariamente e in dettaglio (per le cosiddette "bandiere rosse") rispettivamente nelle Tab. VI e VII.

In proposito è bene sottolineare alcuni punti sulla base delle linee guida e raccomandazioni riportate sulla monografia "Neck Pain" edita dalla Sezione Ortopedica della Associazione Americana della Terapia Fisica nel 2008 (8).

Oltre ad una anamnesi accurata si dovrà procedere come sempre a una visita medica completa e ad accertare in primo luogo la presenza o meno di segni neurologici di compromissione midollare o radicolare o di altri segni o sintomi classificabili tra quelli elencati come "bandiere rosse".

In presenza di interessamento neurologico accertato o sospetto, il parere confermativo del neurologo o del neurochirurgo dovrà essere richiesto quanto prima, possibilmente inviando il paziente corredato di un minimo di accertamenti (RX, TC, RM).

Per il Reumatologo l'evento può verificarsi nell'artrosi cervicale con interessamento discale o uncovertebrale, in corso di AR a localizzazione cervicale (cerniera atlo-occipitale e C1-C2) con sublussazione o altri tipi di lesioni potenzialmente compressive a livello midollare. Infine possono presentarsi complicanze neurologiche fortunatamente più rare, ma spesso assai gravi in caso di:

a) lesioni traumatiche cervicali in pazienti portatori di spondilite anchilosante a questo livello. La rigidità locale agevola infatti una risposta fratturativa mielica, anche per traumi relativamente lievi (colpo di frusta);

b) mielite trasversa; una rara complicanza neurologica del LES associata a lesioni vasculitiche o a sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi.

Una accurata visita medica dovrà valutare attentamente sia la forza che lo stato di tensione e la rigidità muscolare tanto a livello della muscolatura posteriore (paravertebrale e dei cigoli superiori) che laterale (SCM) e anteriore (muscolatura ioidea). Inoltre con un'attenta ispezione e palpazione si ricercheranno masse palpabili, linfonodi e tiroide.

Una spiccata rigidità con riduzione del ROM faranno sospettare una marcata artrosi, una DISH o una spondilite anchilosante.

Una polimialgia reumatica, una fibromialgia, un'AR o una SA con localizzazione cervicale dovranno sempre essere considerate dal reumatologo in presenza di dolore cervicale di lunga durata.

Il ricorso alle moderne tecniche di imaging (Tab. VIII) e agli esami di laboratorio è assai variabile e dipende dal sospetto diagnostico.

Poiché il primo argomento è oggetto di una presentazione a parte, qui ci limiteremo a ricordare soltanto che ogni richiesta in questo ambito deve essere motivata e associata ad un particolare quesito diagnostico onde agevolare lo specialista in immagini ed evitare spese inutili. Ricordiamo che, come già suggerito per la lombalgia, si ritiene superflua qualsiasi immagine (inclusa la semplice radiografia) se la durata della sintomatologia dolorosa non supera le due settimane.

Per il laboratorio, non esistono regole fisse, ma si richiederà di volta in volta l'esame o gli esami (o nessun esame) che dovranno confermare sospetti diagnostici di tipo flogistico, infettivo, oncologico o reumatologico. Fibromialgia e artrosi di regola non richiedono esami.

Quanto alla terapia, si tratta di un argomento che non si può trattare per esteso in questa sede e che pertanto ci limitiamo a riassumere nella Tab. IX. In proposito desideriamo soltanto sottolineare come oltre ad un trattamento sintomatico generale, i diversi approcci terapeutici dipenderanno dalla precisione diagnostica e il loro successo dalla costanza e dalla tipologia delle lesioni documentate.

Infine accennerò a un argomento oggi assai popolare e che si sta diffondendo sempre più in ogni settore medico. Quello delle linee guida e delle raccomandazioni condivise a livello internazionale per quanto riguarda diagnostica e terapia del dolore cervicale.

Contrariamente al "back pain" per il "neck pain" non si è trovato finora un accordo in proposito. Riportiamo comunque in bibliografia (8) l'unica pubblicazione reperita via Internet e pubblicata dagli Autori al termine di un' estesa analisi della letteratura ortopedica e fisiatrica Americana sull'argomento.

La Tab. X riassume il senso di questa relazione e ciò che non va dimenticato.

L'argomento come si è visto è solo apparentemente semplice, l'abilità clinica del reumatologo e la sua preparazione dovranno essere in grado in ogni caso di intuire e selezionare rapidamente i pazienti potenzialmente più seri dal grande gruppo dei soggetti con dolore cervicale. In ogni caso deve ricordarsi che anche un precedente traumatico apparentemente modesto o un quadro fibromialgico cervicale possono nascondere lesioni misconosciute strumentalmente documentabili.

Tabella I.- Epidemiologia

- 16,5% delle donne e 10,7% degli uomini hanno riferito dolore cervicale negli ultimi 6 mesi per almeno 1 settimana (5752 adulti UK secondo Webb et al, 2003)
- 12-18% dei pazienti riferiscono ancora sintomi 6 mesi dopo un colpo di frusta (Gotten, 1956; Pearce, 1989)
- 41% dei soggetti con cervicalgia la attribuiscono ad un infortunio precedente (Peterson et al, 2003)

Tabella II.- Principali tipi di dolore cervicale e di «neck pain» (in ordine di frequenza)

- Fibromialgico, posturale e professionale
- Artrosico e da stenosi del canale vertebrale
- Post-traumatico (distrazione, colpo di frusta)
- Nevralgico (incluse le cervicobrachialgie)
- Infiammatorio
  - AR, SA, AP, polimialgia reumatica, ecc.
- Infettivo (spondilodisciti specifiche e non, meningiti, malattie virali, ecc)
- Oncologico (tumori primitivi e secondari) e osseo (Paget, sarcoidosi, ecc.)
- Associato a cefalee, malformazioni o ad affezioni organiche del collo (faringe, laringe, tiroide, esofago, vasi, muscolatura striata, ecc.), ischemia miocardica, simulazione, ecc.

Tabella III.- Un elenco semplificato delle diverse cervicalgie in base a frequenza e gravità

Lievi e medie	Gravi
• Frequenti	• Frequenti
-Dolore colonna dndd	-Fratture
-Colpo di frusta	
-Dolore articolare	
-Dolore discale	• Rare
-Cefalee e nevralgie	-Tumori
• Rare	-Infezioni
-Artriti (AR, SA, AP, ecc)	-Aneurismi, ematomi, ecc
-Sindrome dello ioide	

(da Bogduk, 1999, modif.)

Tabella IV.- Dati anamnestici da raccogliere

- Data di inizio e relative concomitanze
- Sede del dolore ed eventuali irradiazioni
- Eventuali disturbi sensitivo-motori o turbe della deglutizione
- Presenza di rigidità e sua durata
- Precedenti morbosi di rilievo locali o generali
- Presenza di segni generali (febbre, calo ponderale, ecc)
- Componenti ansioso-depressive e altri fatti morbosi coesistenti

Tabella V.- Colpo di frusta («whiplash»)

- Diversi lavori hanno confermato che non vi è correlazione tra durata dei disturbi e coesistenza di nevrosi da risarcimento (Woolf, 1999)

- Grade 0 – Whiplash injury but no pain, symptoms or signs
- Grade I – Pain, stiffness, tenderness, no physical signs
- Grade II – Neck complaint & MSK signs (↓ ROM, & point tenderness)
- Grade III – Neck complaint & neurological signs (↓ or absent DTRs, weakness or ↓ sensation)
- Grade IV – Neck complaint & fracture or dislocation

(Quebec Task Force on WAD, Spine, 1995)

Tabella VI.- Elementi clinici da ricercare

- Bandiere rosse (v. oltre)
- Sede e irradiazione del dolore
- Ricerca di dolore alla pressione
- Rigidità e ROM
- Aspetto e reperti palpatori dei tessuti molli
- Coinvolgimento neurologico
- Valutazione muscolare

Tabella VII.- Bandiere rosse («Red Flags»)

- Long Tract Symptoms (myelopathy)
  - Numbness or weakness in the LEs or UEs
  - Saddle anesthesia
  - Bladder / Bowel dysfunction
  - Sexual dysfunction (↓ quality of orgasm may be 1st symptom)
- Tumour Symptoms
  - Night pain
  - Weight loss
  - Hx of CA
- Infection questions
  - Fevers / chills
  - IV drug use
  - Immunosuppression
  - Pain at rest
- Fracture questions (da Wolff, 2011)
  - Recent major trauma
  - Minor trauma or heavy lifting in the elderly

Tabella VIII.- Il ruolo dell'imaging

- Nessuna prescrizione (red flags non sospettate, ma evidenziate da Rx, inferiori allo 0,38%, secondo Johnson e Lucas, 1997)
- Rx standard + oblique (OA, traumi), transorale
- Rx dinamiche, transorale (AR)
- Ecografia (tiroide, linfonodi, ecc.)
- Indagini strumentali neurologiche (EMG, potenziali evocati, ecc.)
- TC (traumi, AR, SA, infezioni, ernie discali)
- RM o angio-RM (ernie discali, tumori, spondilodisciti, vasculopatie, ecc.)
- Scintigrafia (oncologia, infezioni)
- PET e SPECT (oncologia, vasculiti)

Tabella IX.- Approccio terapeutico generale

- Terapia farmacologica
  -analgesici, FANS, corticosteroidi, infiltrazioni
- Terapia non farmacologica
  -ausili ortopedici
  -mobilizzazioni e trazioni
  -esercizi
  -manipolazioni
  -cure fisiche
- Terapia chirurgica

Tabella X. Messaggi conclusivi

- Il dolore cervicale idiopatico è per lo più un'affezione benigna legata a sofferenza muscolare, vizi posturali o a processi degenerativi delle strutture vertebrali.
- Va distinto da quello post-traumatico a decorso sovente più protratto (colpo di frusta)
- Infine una piccola, ma importante frazione di casi, presenta bandiere rosse e/o problematiche infiammatorie, infettive, oncologiche, vascolari o traumatiche e, come tale, va più prontamente identificata e trattata

Bibliografia

1. Webb R, Brannah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D: Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. Spine 2003; 28: 1195-2002

2. Fischgrund J S, Editor: La cervicalgia. Neck Pain. American Academy of Orthopaedic Surgeons. CIC Edizioni Internazionali. Roma, 2009, pp 1-3

3. Manchikanti L, Manchikanti KN, Cash KA, Singh V, Giordano G: Age-related prevalence of facet-joins involvement in chronic neck and low back pain. Pain Physician 2008; 11: 67-75

4. Grob D, FrauenfelderH, Mannion AF: The association between cervical spine curvature and neck pain. Eur Spine J 2007; 16: 669-78

5. Bogduk N: The neck. Baillières Clin Rheum 1999; 13: 261-85

6. Ferrari R, Russell AS, Carol LJ, Cassidy JD: A re-examination of the whiplash associated disorders (WAD) as a systemic illness. Ann Rheum Dis 2005; 64: 1337-42

7. Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR, Cassidy JD, Duranceau J, Suissa S, Zeiss E: Scientific monograph of the Quebec Task Force on Whiplash Associated Disorders: redefining “whiplash” and its management. Spine 1995; 20 (Supp 8): 1S-73S

8. Childs JD, Cleland JA, Elliott JM, Teghen DS, Wainner RS, Whitman JM, Sopky BJ, Godges JJ, Flynn TW: Neck Pain: Clinical Practice Guidelines linked to the International Classification of Function, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther 2008; 38: A1-A34

Quesiti

1) Il dolore cervicale ha una prevalenza elevata nella popolazione generale; essa è:

- inferiore a quella del dolore lombare

- superiore

- pari

- contrariamente a quanto affermato ha una scarsa prevalenza

2) La causa più frequente di dolore cervicale nell’ambulatorio di reumatologia tra quelle elencate è:

- fibromialgia e problemi posturali

- polimialgia reumatica

- artrite reumatoide

- spondiloartriti

3) L’artrite reumatoide a livello cervicale può determinare più spesso:

- mielopatia cervicale

- compressione radicolare

- ernia discale

- dislocazione C1-C2

4) Quali tra le seguenti cause di dolore cervicale può non presentare alterazioni di immagine

- infezioni

- tumori

- spondiloartriti

- fibromialgia