

TERAPIA PERSONALIZZATA PER IL DOLORE LOMBARE

10 COSE FONDAMENTALI DA SAPERE

01. Ogni soggetto con dolore lombare è diverso
02. Il dolore lombare non è sempre lo stesso
03. Le terapie dovrebbero mirare ad alleviare il dolore e recuperare la funzionalità
04. Trattamenti diversi sono efficaci per diversi tipi di dolore, in momenti differenti ed in soggetti diversi
05. Qualcuno è più predisposto a sviluppare effetti collaterali
06. Non tutti i trattamenti sono accessibili e adatti a tutti i soggetti
07. Non è possibile prevedere con certezza l'esito in ogni singolo soggetto
08. Cure personalizzate e diversificate non sono la stessa cosa: cure diversificate possono ridurre i costi; cure personalizzate potrebbero aumentare la soddisfazione
09. Le terapie sono efficaci se effettivamente applicate, ed una scelta condivisa con il paziente può essere di gran lunga più efficace
10. La scelta di un trattamento adeguato necessita che si forniscano informazioni personalizzate che guidino la scelta tra rischi e benefici

Il dolore lombare è un problema complesso che dipende da multipli meccanismi biologici, fisici e sociali. Diversi tipi di patologie possono essere associate al dolore lombare sebbene possa essere difficile individuare il preciso meccanismo in uno specifico individuo ed in un determinato momento. A volte potrebbe anche non essere associato alcun tipo di patologia specifica. Nei bambini potrebbero essere individuate patologie specifiche, come la spondilosi, ma non sempre. Alterazioni radiografiche possono indicare la presenza di patologie ed essere associate a dolore, come per esempio spondilosi. Alterazioni radiografiche complesse presenti nella spondilosi, come l'assottigliamento degli spazi intervertebrali, o ridotta intensità di segnale nelle sequenze T2 pesate alla RMN, protrusioni o ernie discali, sclerosi dei piatti vertebrali, alterazioni tipo Mobic, osteofitosi marginale, artrosi delle faccette, potrebbero tutte indicare la presenza di patologie associate al dolore. Purtroppo queste alterazioni possono essere trovate in pazienti che non lamentano dolore e sono scarsamente associate alla severità del dolore. I reperti radiografici variano poco, nonostante ampie variazioni di intensità e tipo di dolore. La maggior parte dei dolori lombari dipende da spasmi muscolari o disfunzione neuronale periferica con amplificazione della sensazione dolorosa (sensitizzazione). Processi di amplificazione della sensazione dolorosa tramite sensitizzazione centrale (nel midollo spinale e cervello) potrebbero contribuire alla percezione della severità della sensazione dolorosa, o alla estensione percepita della sua localizzazione. Inoltre, cambiamenti nella funzione cerebrale potrebbero determinare cambiamenti emotivi, cognitivi e difficoltà motorie legate al dolore lombare. Il dolore può

essere innescato da stimoli meccanici durante i movimenti o riacutizzarsi in seguito a lesioni acute, o anche senza una ragione evidente. Il dolore può essere localizzato alla colonna, irradiato o anche riferito in zone non strettamente legate alla colonna vertebrale ad esempio in caso di compressione o irritazione delle radici nervose o in seguito a una rappresentazione somatotopica imprecisa delle strutture spinali profonde. Depressione, ansia, stati di evitamento della paura, catastrofismo, alterazioni cognitive, credenze e altri fattori psicologici sono tutti componenti della esperienza dolorosa. Segni e sintomi che potrebbero riflettere i meccanismi di insorgenza del dolore, potrebbero cambiare durante il giorno e nel corso delle settimane in caso di lunga persistenza della sintomatologia. Ogni singolo paziente può presentare diverse comorbidità e fattori di rischio.

Le linee guida suggeriscono trattamenti che sono risultati efficaci per gruppi di pazienti con la stessa diagnosi. Sono possibili diversi trattamenti terapeutici (medici, fisioterapici, psicologici, ecc.), sebbene l'attività fisica sia raccomandata per tutti i pazienti con dolore lombare, pochi trattamenti specifici sono risultati veramente efficaci in studi randomizzati controllati di elevata qualità. I pazienti che si rivolgono a una figura sanitaria sono solo la punta di un iceberg di una popolazione con dolore lombare, riflettendo la sfiducia nella possibilità di ricevere un trattamento efficace. Attraverso terapie diversificate e personalizzate si tenta di applicare trattamenti realmente efficaci per ogni singolo individuo e quindi migliorare la prognosi. Sono state tentate diverse strategie per descrivere statisticamente gruppi omogenei di pazienti che potessero beneficiare di interventi mirati per il dolore lombare, per esempio la chirurgia decompressiva potrebbe essere indicata se le immagini patologiche alla RMN concordano con segni e sintomi di sofferenza neuropatica.

Il questionario STarTBack [1] è diventato uno strumento diffuso per la stratificazione dei pazienti attraverso l'individuazione di fattori di rischio modificabili per scarsa prognosi.

In seguito alla compilazione del questionario al primo accesso presso strutture sanitarie, per dolore lombare, vengono indirizzati verso semplici consigli, fisiochinesiterapia, o verso trattamenti fisioterapici più avanzati (e costosi) e terapie cognitivo-comportamentali. Tutto ciò al fine di evitare trattamenti costosi per quei casi in cui si potrebbe assistere a un miglioramento anche spontaneo [2]. L'utilizzo dello STarTBack necessita ancora di validazione per la sua applicazione in pazienti con dolore subacuto o cronico. Le terapie personalizzate implicano che non esistono due individui uguali e richiedono un processo decisionale condiviso tra paziente e sanitario. La scelta del trattamento dipenderà dalla probabilità di successo, dal rischio di insorgenza di eventi avversi e dalle aspettative del paziente. Il dolore lombare con i suoi molteplici trattamenti rappresenta una condizione ideale per creare terapie personalizzate.

Certamente, un processo decisionale e terapeutico che si basi su una reale condivisione di informazioni ed esperienze fra Medico e Paziente richiede tempo. Sono disponibili, sul web o a stampa, valide risorse informative (ad esempio <https://www.eurospinepatientline.org>, <https://www.versusarthritis.org/about-arthritis/conditions/back-pain>). Analogamente, il supporto fornito al Paziente dall'interazione con team multidisciplinari rende più efficace un approccio realmente personalizzato, e che permetta alla Persona malata di dolore di poter intraprendere un percorso di "autogestione". In definitiva, una terapia personalizzata, basata sulle reali volontà e scelte del Paziente, dovrebbero sempre vertere al promuovere l'attività fisica ed il movimento, senza suggerire strategie sicuramente meno efficaci.

La pianificazione di terapie personalizzate richiede che il Medico abbia il maggior numero possibile di informazioni, al fine di aiutare i Pazienti a dismettere convinzioni personali errate e scegliere un percorso terapeutico appropriato. Considerazioni importanti quando si considerano varie opzioni di cura comprendono l'efficacia attesa (funzionerà?, quando? e quanto?) e il rischio o la natura degli eventi avversi. Importanti sono anche gli aspetti logistico/organizzativi per l'accesso alle cure. Individui di diverse età, sesso, etnie e background culturale aderiscono e reagiscono alle cure in modo diverso. Le risposte alle terapie e gli eventi avversi potrebbero differire in base alla genetica del paziente, alla costituzione fisica, comorbidità o trattamenti concomitanti. Ad esempio, farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) potrebbero statisticamente risultare efficaci negli studi randomizzati controllati, con – però – diversi Pazienti che non ottengono risultati distinguibili dal placebo. I FANS potrebbero funzionare meglio nelle persone senza Sensitizzazione centrale [3]. Gli eventi avversi gastrointestinali possono essere più comuni nei soggetti di età superiore ai 50 anni e che non assumono gastroprotettori (come inibitori di pompa protonica), e vi è maggiore rischio cardiovascolare in soggetti con ipertensione, iperlipidemia o precedenti eventi cardiovascolari. La popolazione affetta da lombalgia è, nei fatti, molto eterogenea. Il sollievo dal dolore può essere considerato la caratteristica più importante di un trattamento medico [4], mentre il raggiungimento di obiettivi funzionali è fondamentale per coloro il cui dolore non può essere alleviato in modo ragionevolmente efficace.

Prevedere benefici e danni da trattamenti individuali per la lombalgia cronica è una "scienza imprecisa".

La stratificazione "meccanicistica", basata su diagnosi, esami clinici, di diagnostica per immagini o di laboratorio è di aiuto e permette di realizzare un contesto di alleanza terapeutica atta a migliorare e motivare l'adesione alle cure, e facilitare a discernere l'effettiva efficacia dei farmaci. Se un approccio terapeutico si rivela non efficace, potrebbe esserne intrapreso uno diverso, e se i meccanismi del dolore o le prospettive del paziente cambiano, i trattamenti che hanno precedentemente "fallito" potrebbero essere di aiuto in un tempo successivo. Tuttavia, questo approccio "prova e vedi" potrebbe causare un abbandono delle terapie (vanno considerati anche gli aspetti di impegno finanziario da parte dei Pazienti (questo può variare

da nazione a nazione, ndr), minando la loro volontà di proseguire nelle cure. Sono quindi necessari strumenti di previsione più efficaci per aiutare a scegliere gli approcci più affidabili, quanto più personalizzati, e che diano risultati nel breve termine. Occorrono studi randomizzati-controllati che possano con sempre maggior precisione confermare il beneficio ottenuto del paziente dalla terapia personalizzata (basata anche su adeguate stratificazioni e descrizioni statistiche) rispetto ad altre modalità di assegnazione dei trattamenti. Al momento attuale, unire i dati clinico-diagnostici alle opzioni terapeutiche riconosciute come efficaci in un determinato contesto di popolazione è ciò che possiamo fare per aiutare realmente le persone affette da mal di schiena.

Bibliografia

- [1] Keele University. STarTBack: <https://startback.hfac.keele.ac.uk/> Accessed 4th December 2020
- [2] Hill JC, Whitehurst DGT, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560–71.
- [3] Edwards, RR, Dolman, AJ, Martel, MO et al., Variability in conditioned pain modulation predicts response to NSAID treatment in patients with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:284.
- [4] Turk, DC, Boeri, M, Abraham, et al. Patient Preferences for Osteoarthritis Pain and Chronic Low Back Pain Treatments in the United States: A Discrete-Choice Experiment. *Osteoarthritis Cart.* 2020;28:1202-13.

Autore

David Andrew Walsh, PhD, FRCP

Director Pain Centre Versus Arthritis, Academic Rheumatology, University of Nottingham Clinical Sciences Building, City Hospital, Hucknall Road, Nottingham, NG3 5DU, UK
Director UKRI/Versus Arthritis Advanced Pain Discovery Platform
Honorary Consultant Rheumatologist, Sherwood Forest Hospitals NHS Foundation Trust, Mansfield Road, Sutton in Ashfield, NG17 4JL, UK
David.walsh@nottingham.ac.uk

Declaration of relevant interests: none

Declarations of interests outside of this work: Since 2015 DAW has undertaken consultancy through the University of Nottingham to AbbVie Ltd, Pfizer Ltd, Eli Lilly and Company, Galapagos, Reckitt Benckiser Health Limited, Love Productions and GSK Consumer Healthcare (non-personal pecuniary interests). He accidentally received speaker fees from the Irish Society for Rheumatology (personal pecuniary). Educational materials prepared through University of Nottingham (non-personal pecuniary) EPG Communication Holding Ltd, WebMD Global (Medscape). Investigator-led research grants (non-personal pecuniary) from Pfizer Ltd, Eli Lilly and Company, Versus Arthritis, UKRI.

Revisori

Federico Balagué

Associate Director Department of rheumatology, physical medicine & rehabilitation HFR-Hôp. Cantonal, Fribourg, Switzerland

Dr. Stéphane Genevay

Attending Physician and Senior Lecturer Hôpitaux Universitaires de Genève | HUG
·Service de rhumatologie MD, PD, CC

Traduzione a cura di

Dr. I. Raffaele, A. Digerardo, G. Liso, D. Maiorano

Centro di Terapia del Dolore – P.O. Bisceglie AslBt

Revisione a cura di

Dr. Fabrizio La Mura - Anestesista Rianimatore, Asl BAT – Referente regionale AISD Puglia