

MAL DI SCHIENA

Il mal di schiena, o lombalgia, è un disturbo molto frequente: ogni anno colpisce il 40-50 % circa delle persone adulte e una percentuale assai più elevata di soggetti (dal 75 al 90% a seconda delle statistiche) ne è vittima almeno una volta nella vita. Rappresenta uno dei motivi che più frequentemente conducono ad una visita medica e comporta un elevato costo sociale per le giornate di lavoro perse. A volte si presenta improvvisamente e con intensità tanto forte da costringere all'immobilità: in questo caso si usa comunemente indicarlo col termine *colpo della strega*.

Il mal di schiena ha spesso un andamento ricorrente con fasi acute, di solito di breve durata e autolimitanti; in una parte di pazienti i sintomi diventano cronici.

La lombalgia comprende una gran varietà di quadri clinici, che riconoscono cause diverse e meccanismi patogenetici spesso variamente intersecantesi tra loro. Ogni singolo componente della colonna vertebrale può subire danni più o meno consistenti: i legamenti e i muscoli dorsali sono soggetti a stiramenti, contratture e strappi; le articolazioni possono andare incontro a malattie di natura infiammatoria (artriti) o di natura degenerativa (artrosi). Il disco intervertebrale può anch'esso provocare disturbi alla schiena. Si parla di ernia del disco quando la parte centrale del disco fuoriesce dalla sua sede naturale. Questa condizione tuttavia, contrariamente a quanto si crede, si riscontra in un numero ridotto di pazienti e solo in una piccola percentuale di casi l'ernia va a comprimere le radici dei nervi e determina la comparsa di sciatica (con dolore che si irradia lungo il decorso del nervo sciatico localizzato posteriormente alla regione glutea, nella parte posteriore della coscia, fin sotto alla fossa poplitea), di formicolii alle gambe associati a disturbi della sensibilità. Tutte queste alterazioni hanno in comune un sintomo, il dolore, che comporta difficoltà nell'esecuzione dei movimenti e rigidità della colonna vertebrale nel suo complesso, presente soprattutto al mattino e che si attenua col movimento. Nella maggioranza dei casi non si riesce ad individuare quale parte della colonna vertebrale provoca il dolore e non è possibile porre una diagnosi precisa, né serve sottoporsi a radiografie a meno che non si siano superati i 50 anni, si sia riduci da malattie recenti di una certa gravità, in caso di dimagrimento accentuato o di dolori insorti dopo un trauma (incidente o caduta).

La maggior parte degli episodi di mal di schiena di norma si risolve spontaneamente nell'arco di una decina di giorni. In alcune persone dura più a lungo ma scompare comunque in un paio di mesi senza che se ne sia trovata la causa apparente. Se dopo tale periodo il dolore non si è attenuato, può essere necessario ricorrere ad approfondimenti diagnostici (TAC, RMN).

Le cause del mal di schiena

La comparsa di un dolore acuto a volte può essere indotta dall'esecuzione di un movimento scorretto o da uno sforzo eccessivo: in questo caso la causa scatenante è ovvia. Il più delle volte, però, il mal di schiena deriva da un uso scorretto della colonna vertebrale protratto nel tempo. Questo vale sia per chi svolge una attività in piedi sia per chi è costretto a stare seduto per molte ore. In alcuni casi la causa è da attribuire ad una posizione scorretta, altre volte ad un lavoro pesante. Anche una pratica sportiva inappropriata (es. sollevamento di pesi eccessivi) o con modalità inadeguate (es. numerose flessioni della schiena) può essere all'origine del disturbo. Il mal di schiena può essere un sintomo della dismenorrea: in questo caso il dolore si irradia alla schiena dall'addome, da dove di solito origina, ed è legato alla comparsa del ciclo (come del resto il mal di schiena tipico della sindrome premestruale); quando è un sintomo di una colica renale il dolore è intermittente, lancinante, in genere dalla regione renale si irradia anche all'addome ed è spesso accompagnato da sintomi gastrointestinali, brividi e febbre. Come nel caso precedente, in genere è facilmente riconoscibile.

I possibili interventi

Sino ad ora, il trattamento della fase acuta, oltre al ricorso a farmaci analgesici o antiinfiammatori, si è basato sul riposo a letto oppure sull'esecuzione di leggeri esercizi fisici di estensione dorsale, se tollerati. Alcuni studi recenti hanno portato però una piccola rivoluzione concettuale e pratica. In uno studio condotto su 3 gruppi di pazienti con dolore acuto o esacerbazioni di dolore cronico, sono stati infatti messi a confronto gli effetti del riposo a letto, dell'esercizio

fisico e la prosecuzione delle normali attività, compatibili con l'intensità del dolore, evitando sia il riposo a letto che gli esercizi fisici. Contrariamente a quanto si è sempre ritenuto, il mantenere l'usuale attività fisica si è rivelato l'intervento che ha consentito il miglioramento più rapido. Anche due soli giorni a letto hanno provocato un rallentamento del recupero e l'immobilità si è dimostrata controproducente per la struttura muscolare. Una seconda ricerca ha convalidato l'ipotesi che mantenere l'attività fisica normale sia la raccomandazione migliore per i pazienti con lombalgia acuta.

Il ricorso a **farmaci** può essere di grande aiuto nel ridurre il sintomo dolore ma va ricordato che essi non intervengono sulle cause del mal di schiena, non sono cioè risolutivi del problema e garantiscono semplicemente un beneficio di breve durata. Spesso è sufficiente un semplice analgesico come il paracetamolo (es. *Tachipirina*, *Efferalgan*) somministrato a intervalli regolari (es. ogni 6-8 ore e non al bisogno); in alcuni casi, come ad esempio in chi soffre o ha sofferto di ulcera gastroduodenale e di asma e in gravidanza, è l'analgesico di scelta. Anche gli antiinfiammatori non steroidei si dimostrano utili soprattutto nella fase acuta e quando sia presente una componente infiammatoria (evidenziata da dolore a riposo alleviato dal movimento). I principi attivi che, ad oggi, si sono dimostrati meno dannosi per lo stomaco sono l'ibuprofene (es. *Moment*, *Nurofen*), il diclofenac (es. *Novapirina*) e naprossene (es. *Naprosyn*, *Xenar* con ricetta medica). Creme e pomate producono in generale risultati trascurabili. Il benessere soggettivo che si avverte deriva, oltre che da un effetto "psicologico", dal massaggio richiesto per la loro applicazione. Nel caso delle preparazioni revulsive, inoltre, il calore generato attenua il dolore causato dall'infiammazione e riduce la rigidità articolare e la contrattura muscolare. Il calore può essere prodotto anche da lampade a raggi infrarossi, ultrasuoni o semplici cuscini termici. Le nuove preparazioni di FANS in cerotti, realizzando un bendaggio occlusivo, sotto il profilo farmacocinetico dovrebbero garantire un assorbimento ottimale dell'antiinfiammatorio in sede locale ma, a tutt'oggi, non esistono dati clinici che confermino in modo convincente questo vantaggio. E' da tenere presente che la maggiore sicurezza delle preparazioni topiche rispetto a quelle sistemiche non va ritenuta assoluta: esistono in letteratura segnalazioni di effetti indesiderati verificatisi in pazienti in trattamento topico con FANS: questo impone anche per i prodotti topici il rispetto delle stesse controindicazioni previste per la somministrazione sistemica (pazienti asmatici, con storia di ulcera, con problemi renali, ecc).

La **terapia chirurgica** può essere utile e risolutiva in casi specifici ma presenta indicazioni limitate e poco frequenti (es. ernia del disco); così dicasi del busto (ortesi) il cui impiego serve solo nelle situazioni in cui si debba "mettere a riposo" la schiena. Non è curativo ed è scomodo da portare.

Esiste poi una serie di terapie come la **marconiterapia**, la **radarterapia**, la **laserterapia** che, provocando calore, hanno una buona azione sul dolore e sulla infiammazione e, pur non assicurando risultati molto duraturi nel tempo, possono dare qualche beneficio soggettivo, soprattutto quando gli episodi dolorosi tendono a ripetersi. Molti pazienti trovano beneficio dalla **massoterapia** (massaggi): grazie al rilasciamento della contrattura muscolare che accompagna il mal di schiena, il dolore si attenua. La cosiddetta **TENS** (Stimolazione Nervosa Transcutanea) si basa sul principio di produzione e somministrazione locale di particolari correnti elettriche. Non è ancora ben chiarito il meccanismo con cui in alcuni soggetti questo comporti una riduzione della percezione dolorosa e, complessivamente, non tutti concordano sulla sua efficacia. Il massiccio ricorso alla ionoforesi non trova riscontro nei dati della letteratura scientifica più accreditata. Come già ribadito, nella maggior parte dei pazienti il mal di schiena tende a ridursi e a scomparire spontaneamente nell'arco di breve tempo. Questa sua breve durata sarebbe la spiegazione più plausibile della "guarigione" che a volte viene invece attribuita ad interventi poco documentati o ad atteggiamenti irrazionali come l'uso di braccialetti in rame, placchette magnetiche e similari. E spiegherebbe anche per quale ragione hanno saputo conquistarsi la fiducia della gente metodi di cura di dubbia validità come la pranoterapia su cui non esistono prove scientificamente attendibili di efficacia. L'aiuto che possono offrire queste pratiche "alternative", tutte molto diverse tra loro, è legato soprattutto ad un effetto di suggestione.

La **ginnastica riabilitativa** rappresenta una terapia più attiva, capace di dare un benessere più duraturo. Dopo una accurata visita medica e, normalmente, dopo aver superato la fase acuta, la corretta e costante esecuzione di alcuni esercizi di rilassamento, stiramento e potenziamento muscolare consente un miglioramento generale della funzionalità della schiena. Molto diffuse all'estero, cominciano ora ad affermarsi anche nel nostro paese le cosiddette "back school", corsi normalmente tenuti in palestre dove questi esercizi vengono insegnati e praticati sotto la supervisione di personale esperto.

Estrema importanza riveste inoltre **l'educazione al movimento ed alla postura**. L'adozione di alcuni importanti accorgimenti di "risparmio" della schiena anche nelle comuni attività della vita quotidiana, vale a dire i gesti e le posizioni del corpo che dobbiamo assumere sul lavoro o nel tempo libero, consente di prevenire o ridurre il rischio di mal di schiena.

Bibliografia

- 1) Malmivaara A et al. The treatment of acute low back pain - bed rest, exercises or ordinary activity? *New Engl J Med* 1995;332:351. 2) Indahl A et al. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995; 20:473. 3) Gillette RD. A practical approach to the patient with back pain. *Am Fam Phys* 1996;53:670. 4) McNaughton H. Managing acute low back pain. *New Zel Med J* 1996; 109:175. 5) Wheeler A. Diagnosis and management of low back pain and sciatica. *Am Fam Phys* 1995; 52: 1333. 6) Figueras A et al. Spontaneous reporting of adverse drug reactions to non steroidal antiinflammatory drugs, including an early analysis of topical and enteric coated formulations. *Eur J Clin Phaemacol* 1994; 47: 297. 7) Evans MMJ Topical non-steroidal antiinflammatory drugs and admission to hospital for upper gastrointestinal bleeding and perforation: a record linkage case-control study. *Br Med J* 1995;311:22.

A cura della Dott.ssa Zanfi D., Farmacie Comunali Riunite, Reggio Emilia.