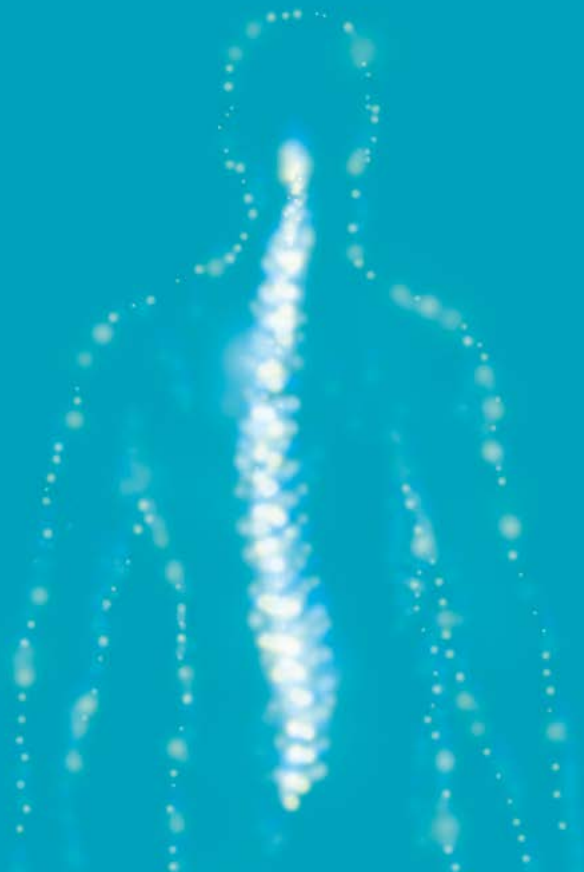


# Mal di schiena

Diagnosi clinica in 15 minuti



# Indice

<b>1</b>	<b>Nomenclatura</b>	
1.1	Acuto – subacuto – cronico	3
1.2	Sindromi vertebrali – spondilogene – neurogene	3
1.3	Mal di schiena aspecifico/specifico	3
<b>2</b>	<b>Diagnosi differenziale del mal di schiena</b>	
2.1	Statico-meccanico (non infiammatorio)	5
2.2	Inflammatorio	5
2.3	Altre patologie vertebrali	5
2.4	Altro	5
<b>3</b>	<b>Diagnostica</b>	
3.1	Anamnesi	6
3.2	Quadro clinico	7
3.3	Radiologia	9
3.4	Laboratorio	11
<b>4</b>	<b>Terapia</b>	
4.1	Mal di schiena acuto	12
4.2	Mal di schiena cronico	12
4.3	Mal di schiena specifico	13

# 1 Nomenclatura

## 1.1 Acuto – subacuto – cronico

- Acuto: meno di 6 settimane; ristabilimento per il 90%, attenzione alle red flags
- Subacuto: da 6 settimane a 3 mesi; obiettivo classificazione diagnostica, attenzione alle yellow flags
- Cronico: più di 3 mesi

## 1.2 Sindromi vertebrali – spondilogene – neurogene

- Vertebrale (solo dolore assiale)
  - Dolore non irradiato
  - Dolore nell'area della colonna vertebrale e della regione lombare
- Spondilogeno (dolore riferito, dolore pseudoradicolare, «referred pain»)
  - Dolore irradiato, senza distribuzione dermatomericale, disturbi derivanti dalla colonna vertebrale.
  - Molteplicità di disturbi sensitivi, motori, vasomotori o vegetativi
- Neurogeno (radicolare)
  - Le sindromi radicolari associate al mal di schiena (ca. 5-15%) non derivano solo da una compressione meccanica ma anche da un'irritazione chimica (ad es. rottura anello).
  - Per questo le sindromi radicolari spesso rispondono bene a steroidi sistemici o, meglio, locali.
  - Possibili cause:
    - *Ernia del disco*
    - *Stenosi spinale (iperplasia delle faccette articolari e dei legamenti gialli, ernie del disco, spondilolistesi), a livello cervicale associata anche a mielopatia cervicale*
    - *Spondilofiti*
    - *Aracnoidite, adesioni epidurali ed ernie recidive nella sindrome da fallimento chirurgico spinale («Failed back surgery syndrome»)*
    - *Radicolite (per es. Herpes zoster, radicolonevrite da Borrelia, neuropatia femorale in caso di diabete)*
    - *Cauda equina*
    - *Ganglio faccette articolari*

## 1.3 Mal di schiena aspecifico/specifico

**Mal di schiena aspecifico:** il termine mal di schiena aspecifico, usato frequentemente, andrebbe evitato il più possibile perché in genere un accertamento accurato permette di individuare una causa meccanico-statica. Inoltre questo termine è pregiudizievole dal punto di vista legale: il diritto delle assi-curazioni sociali non considera il mal di schiena aspecifico una patologia.

**Mal di schiena specifico:** evidenza clinica o radiologica di disturbi/patologie. Si tratta per lo più di cause funzionali e biomeccaniche (ad es. blocco intervertebrale) e alterazioni degenerative (osteocondrosi, spondiloartrosi, ernia del disco, stenosi vertebrale o foraminale). Meno frequentemente sono presenti patologie reumatiche infiammatorie e metaboliche, fratture (osteoporosi o trauma), neoplasie o infezioni.

Le seguenti sindromi cliniche possono indicare specifiche cause strutturali:

	<b>Sintomi cardinali</b>	<b>Risultati diagnostici</b>
Discogenico	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intensificazione del dolore con flessione o posizione seduta</li> <li>■ Dolore locale al colpo di tosse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provocazione del dolore con flessione</li> <li>■ Provocazione del dolore con sit up test (sollevamento del tronco da posizione sdraiata senza l'aiuto delle braccia)</li> </ul>
Origine dalle faccette articolari	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dolore con carattere occasionalmente simile all'artrosi attivata (dolore a riposo che diminuisce con il movimento)</li> <li>■ Irradiazione verso i glutei, l'inguine o, più raramente, il lato posteriore della coscia oppure nuca ed estremità superiori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provocazione del dolore con combinazione di estensione, rotazione e flessione laterale (colonna lombare e cervicale)</li> <li>■ Provocazione del dolore con il sollevamento del tronco da posizione prona</li> <li>■ Reperti segmentali</li> </ul>
Instabilità	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Provocazione del dolore con urti e movimenti bruschi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ritmo spinale anormale o riflesso di supporto durante il sollevamento da posizione chinata in avanti</li> </ul>
Articolazione sacroiliaca	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dolore nella regione lombare e glutea</li> <li>■ Irradiazione in direzione dorsale</li> <li>■ Ev. dolore inguinale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tests per articolazione sacroiliaca (stress test positivi, blocco)</li> </ul>

## 2 Diagnosi differenziale del mal di schiena

### 2.1 Statico-meccanico (non infiammatorio)

- Sindromi muscolari (miofasciali), ad es. deficit posturale, «sindrome del piriforme»
- Disfunzioni segmentali
- Sindrome delle faccette articolari
- Sindrome dell'articolazione sacroiliaca
- Instabilità segmentale (ad es. spondilolistesi in seguito a spondilolisi)
- Alterazioni vertebrali degenerative
  - *Stenosi vertebrale, stenosi foraminale, osteocondrosi erosiva (attenzione: causa sintomi infiammatori)*
- Ernia del disco sintomatica
- Deformità vertebrali (ad es. scoliosi idiopatica, conseguenze di fratture, postinfettive)
- Sindrome da ipermobilità
- Iperostosi scheletrica idiopatica diffusa (DISH)

### 2.2 Infiammatorio

- Spondiloartriti
  - *Spondilite anchilosante (morbo di Bechterew)*
  - *Spondiloartrite psoriasica*
  - *Artrite reattiva (sindrome di Reiter)*
  - *Spondiloartriti enteropatiche*
    - *Morbo di Crohn*
    - *Colite ulcerosa*
  - *Spondiloartrite indifferenziata*
- Artrite reumatoide (colonna cervicale)

### 2.3 Altre patologie vertebrali

- Fratture osteoporotiche o traumatiche
- Tumori/metastasi, plasmocitoma
- Patologia da deposito di pirofosfato (condrocalcinosi), ad es. sindrome del «dente incoronato» (crowned dens), gotta
- Spondilodiscite
- Osteomalacia
- Iperparatiroidismo
- Morbo di Paget (osteite deformante)

### 2.4 Altro

- Affezioni neurologiche (radicolite, processo a carico del midollo spinale, mielopatie)
- Cause viscerali
  - *Affezione aortica (infiammazione/aneurisma)*
  - *Affezioni pancreatiche*
  - *Origine cardiaca*
  - *Origine polmonare*
  - *Origine ginecologica (endometriosi, disturbi mestruali)*
  - *Origine urologica (nefrolitiasi)*
- Mal di schiena psicosomatico

## 3 Diagnostica

### 3.1 Anamnesi

#### 3.1.1 Indicazioni per la differenziazione tra mal di schiena meccanico e infiammatorio

Meccanico	Infiammatorio
Dolore all'inizio del movimento	Rigidità mattutina > 30 minuti
Dolori intermittenti/recidivanti	Dolore notturno, a riposo
Dolore in seguito a carico	Miglioramento con il movimento
Derivante dal movimento e dalla posizione	Non derivante dal movimento e dalla posizione
Nessun sintomo di infiammazione	Sintomi di infiammazione sistemica come peggioramento delle condizioni generali, perdita di peso, sudorazione notturna
Nessun disturbo complementare	Disturbi complementari (articolazioni periferiche, cute, occhi, sintomi gastrointestinali [diarrea] e urogenitali)

#### 3.1.2 Red Flags

**Definizione:** Le red flags indicano che il mal di schiena può derivare da una grave causa organica e sono quindi necessari accertamenti rapidi.

- Esordio del mal di schiena a un'età < 20 anni, > 50 anni
- Perdita di peso inspiegabile
- Tumore maligno nell'anamnesi
- Trauma
- Febbre, sudorazione notturna
- Dolore notturno
- Osteoporosi nota
- Immunosoppressione (farmacologica, legata a una malattia), assunzione di droghe per via endovenosa
- Terapia con glucocorticoidi
- Disfunzioni neurologiche (paresi estremità inferiori, disfunzione della vescica e del retto, anestesia a sella = sindrome della cauda equina)
- Dolore da scossa

#### 3.1.3 Yellow Flags

**Definizione:** Le yellow flags indicano fattori di rischio relativi a una possibile cronicizzazione del dolore.

- Convinzione di soffrire di una grave malattia
- Paura del movimento e attività ridotta (kinesiofobia)
- Tendenza agli sbalzi d'umore (instabilità emotiva) e isolamento sociale
- Dolore esteso e mancanza di modulazione del dolore
- Diffusi fenomeni sensitivi e motori
- Disturbi funzionali aggiuntivi (vertigini, mal di testa, colon irritabile)
- Problematiche lavorative, formative, finanziarie
- Problematiche relazionali
- Background migratorio

## 3.2 Quadro clinico

### 3.2.1 Ispezione

Andatura, postura, simmetria, assi, scoliosi, cifosi, lordosi

### 3.2.2 Palpazione

Dolenzia alla pressione, tono muscolare, trigger point

#### **Sindrome dolorosa miofasciale**

Dolenzia alla pressione delle strutture extra-articolari; maggiore è la superficie, maggiore è la probabilità di una sensibilizzazione centrale. Possibile localizzazione di trigger point (dolore locale e irradiato in seguito a pressione concentrata, localizzazioni riproducibili nel muscolo).

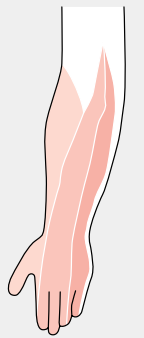
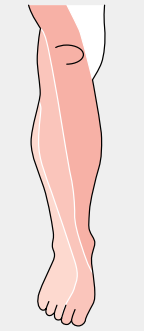
### 3.2.3 Esame reumatologico orientato ai problemi

- Posizione della cintura scapolare e del bacino: accorciamento gamba o obliquità del bacino
- Mobilità: flessione (laterale) (distanza mento-sterno, distanza occipite-parete, distanza dita-pavimento anteriore e laterale, Schober modificato), rivelazione scoliosi con sporgenza costole
- Estensione, rotazione
- Estensione incl. rotazione e flessione laterale (test di provocazione faccette)
- Mantenimento estensione: irradiazione alle estremità in presenza di stenosi vertebrale
- Inclinazione colonna cervicale: il formicolio alle braccia e alle mani indica possibili mielo-patie cervicali
- Dolenzia alla percussione, dolore da compressione: segni di causa infiammatoria, frattura
- Test di Matthiass (sollevamento braccia): segno di deficit muscolare
- Test di forza e resistenza (test globale)
- Test di lunghezza muscolare
- Esaminare anche le articolazioni delle spalle e delle anche

### 3.2.4 Esame neurologico orientato ai problemi

- Lasègue, Lasègue inverso, Lasègue incrociato: indicatori di sindromi rad.
- Riflesso bicipitale, tricipitale, patellare, tibiale posteriore, achilleo (simmetria)
- Test di Spurling colonna cervicale: retroflessione e rotazione sul lato interessato con leggera pressione assiale: positivo in presenza di dolori radicolari al braccio
- Sensibilità in base a dermatomi, incl. anestesia a sella e riduzione del tono sfinterico e del riflesso anale
- Forza muscoli innervati (classificazione M0 – M5)

**Attenzione:** iperreflessia delle estremità inferiori, spasticità ed ev. segno piramidale (Babinski) in caso di mielopatie cervicali.

	Radice	Sensibilità	Muscolo segmentale	Riflesso
Colonna cervicale	C6		M. biceps brachii M. brachio-radialis	Riflesso bicipitale
	C7		M. triceps brachii M. pronator teres M. pectoralis major	Riflesso tricipitale
	C8		Mm. interossei	Riflesso tricipitale
Colonna lombare	L4		M. quadriceps femoris	Riflesso rotuleo
	L5		M. extensor hallucis longus M. gluteus medius	Riflesso del M. tibiale posteriore
	S1		M. triceps surae	Riflesso achilleo

### 3.2.5 Segni di Waddell

I segni di Waddell possono indicare una causa non organica del dolore:

- **Sensibilità alla pressione**
  - *In superficie: oltre l'area sensibile*
  - *In profondità: non solo nella zona lombare ma anche bacino, ecc.*
- **Manovra di simulazione**
  - *Compressione: leggera pressione sulla testa*
  - *Rotazione del corpo: bacino e spalle contemporaneamente*
- **Distrazione**
  - *Segno di Lasègue in posizione seduta*
- **Neuroanatomia**
  - *Debolezza: motoria senza distribuzione dermatomerica*
  - *Disturbo della sensibilità: sensibilità senza distribuzione dermatomerica*
- **Iperreattività**
  - *Appoggio, sfregamento, lamento*

Sospetto di espansione dei sintomi se sono positivi più di 3 punti



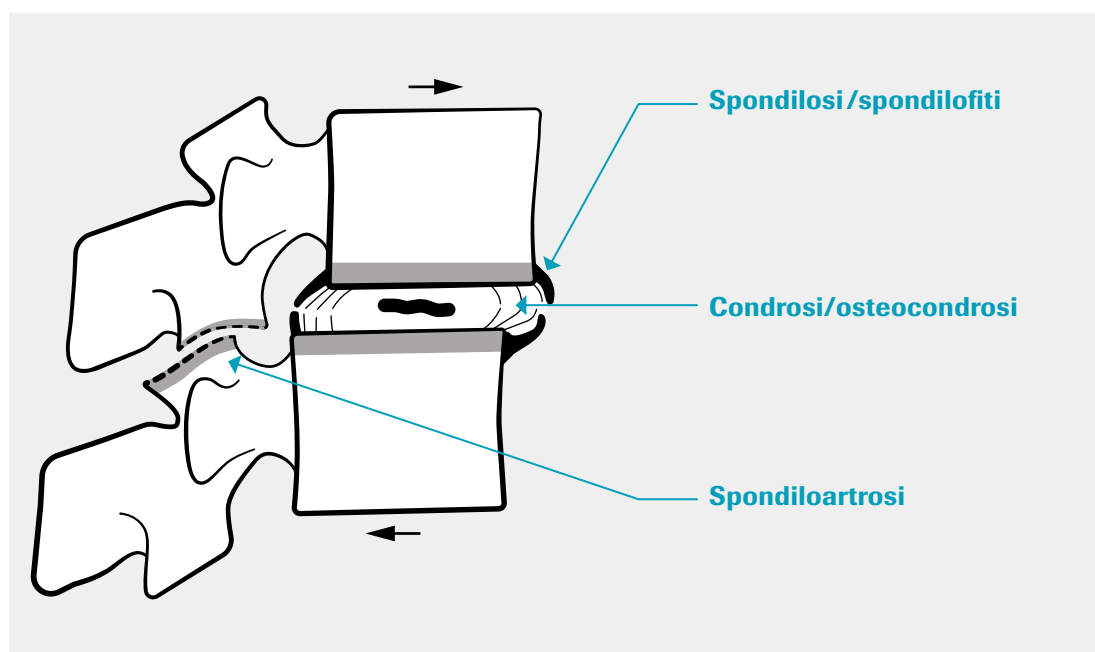
### 3.3 Radiologia

#### 3.3.1 Checklist per la valutazione delle immagini (non esaustiva):

- Forma (scoliosi, cifosi, iperlordosi)
- Allineamento (spondilolistesi, spondilolisi)
- Anomalie transizionali
- Corpi vertebrali (forma, altezza, differenza di densità, placche superiori e inferiori)
- Peduncoli dell'arco della vertebra (attenzione tumore maligno)
- Spazio intervertebrale (altezza, aria [fenomeno del vuoto], calcificazione)
- Faccette articolari
- Articolazione sacroiliaca
- Processi spinosi vertebrali (Baastrup)
- Spondilosi, spondilofiti, sindesmofiti
- Tessuti molli (ombra dello psoas, calcificazioni, clip)
- Calcificazioni vascolari (aneurisma dell'aorta)

#### 3.3.2 Termini radiologici convenzionali

- Condrosi:
  - *Riduzione dello spazio intervertebrale*
- Osteocondrosi:
  - *Riduzione dello spazio intervertebrale – più alterazioni delle placche superiori/inferiori adiacenti*
- Spondilosi/spondilofiti/sindesmofiti:
  - *Formazioni ossee sui bordi delle vertebre*
- Spondiloartrosi:
  - *Artrosi delle faccette articolari*
- Spondilolisi: interruzione della porzione interarticolare dell'arco vertebrale
- Spondilolistesi (scivolamento vertebrale in caso di instabilità)
- Sindrome di Scheuermann (alterazioni dei corpi vertebrali)



### 3.3.3 Diagnostica per immagini

- Radiologia convenzionale (colonna lombare, toracica e cervicale in due proiezioni, in presenza di scoliosi attenzione al percorso dei raggi: direzione dei raggi nella concavità)
- Proiezioni funzionali, proiezioni oblique solo con quesito specifico (instabilità, stenosi foraminale)
- Radiografia transorale (dente dell'epistrofeo) in caso di anamnesi con trauma o, soprattutto, artrite reumatoide

Diagnostica per immagini di norma a partire da 6 settimane dopo l'inizio del dolore.  
Eccezione: in caso di red flags accertamenti immediati e mirati.

- RM prima scelta con quesito mirato
  - Risultato non chiaro nelle radiografie convenzionali in caso di conseguenze terapeutiche
  - Persistenza dei sintomi in presenza di radicolopatia dopo 4 settimane, in caso di procedura invasiva pianificata
  - Spondiloartriti
  - Malattie infettive
  - Sospetto di tumore
  - Persistenza o nuova insorgenza di disturbi radicolari dopo intervento all'ernia del disco
  - Sindrome della cauda equina (sempre emergenza)

Rilevanza RM in caso di mal di schiena:

Risultati in persone **senza dolore** < 60 anni

- Discopatie incl. protrusioni > 50 %
- Ernie del disco incl. compressione della radice nervosa 20-30 %
- Alterazioni degenerative molto frequenti a partire dai 50 anni

Risultati in persone **senza dolore** > 60 anni

- Alterazioni degenerative 100 %
- Protrusioni discali > 80 %
- Ernie del disco > 30 %
- Stenosi vertebrale 20 %

Pensare a osteoporosi se gli esami radiologici evidenziano corpi vertebrali con forme sospette (vertebra cuneiforme e a spina di pesce, avvallamento placca superiore e inferiore) ed è stata documentata una riduzione delle loro dimensioni – DEXA.

- TAC se RM controindicata, in traumatologia o soprattutto in caso di condrocalcinosi (crowded dens, «dente incoronato»)
- Scintigrafia incl. SPECT, mielografia e mielo-TAC, discografia in caso di quesito specifico

### **3.4 Laboratorio**

Esami di laboratorio per escludere un processo infiammatorio e per distinzione nell'ambito della diagnosi differenziale.

■ **Esami di laboratorio** a seconda del quadro clinico

- *VES e/o PCR*
- *Hb, Lc, Tc ev. Lc-diff*
- *Creatinina*
- *Fosfatasi alc., GPT o yGT per distinzione da una patologia epatica*
- *Calcio (corretto per albumina)*
- *Elettroforesi proteica o immunoelettroforesi*
- *Esame delle urine*

HLA-B27 solo per ricerca mirata di spondiloartriti.

In linea di massima, la sierologia non è significativa nel chiarimento del mal di schiena.

## 4 Terapia

### 4.1 Mal di schiena acuto

#### 4.1.1 Principi terapeutici

- Informazione, soprattutto riguardo alla prognosi positiva
- Incoraggiamento a svolgere attività (evitare il riposo a letto); continuare per quanto possibile a svolgere le attività abituali
- Trattamento efficace del dolore

#### 4.1.2 Misure farmacologiche

- Analgesici (paracetamolo, Novalgin®, codeina, tramadolo e altri oppiacei con riserva in caso di dolori muscoloscheletrici)
- Antireumatici non steroidei
- Steroidi in caso di compressione radicolare
- Ev. miorilassanti

Il mal di schiena cronico di norma non richiede una terapia a base di oppiacei.

#### 4.1.3 Misure non farmacologiche

- Indicazioni comportamentali
- Applicazione autonoma di freddo o calore
- Eventualmente mobilizzazione o manipolazione
- In genere la fisioterapia non è necessaria subito

**Abilità al lavoro:** per quanto possibile, solo brevi interruzioni del lavoro per alcuni giorni. Evitare lunghe interruzioni del lavoro.

### 4.2 Mal di schiena cronico

#### Principi terapeutici del mal di schiena cronico

- Informazioni al paziente (diagnosi, prognosi, obiettivi della terapia)
- Guida chiara del paziente
- Attivazione del paziente
- Evitare misure farmacologiche superflue

#### 4.2.1 Metodi di trattamento e consulenza

- Informazioni ripetute al paziente
- Rivalutazione del trattamento del dolore (attenzione escalation oppiacei), riduzione in caso di inefficacia, ev. valutazione di psicofarmaci per la modulazione del dolore
- Rafforzamento della muscolatura di schiena e tronco, idealmente con istruzioni e attrezzi (MTT)
- Rivalutazione della fisioterapia; attiva, nessuna terapia passiva
- Miglioramento della forma fisica generale (per es. nordic walking)
- Terapie rilassanti (rilassamento muscolare, training autogeno, QiGong, ecc.)

- Ottimizzazione ergonomica della postazione di lavoro e durante il tempo libero
- Valutazione della situazione lavorativa (eventualmente mettersi in contatto con il datore di lavoro)
- Riconoscimento di comorbidità psichiche e disagi sociali, vedi yellow flags (eventualmente coinvolgimento di psichiatria, psicologia, consulenza sociale, ecc.)
- Trasmissione di strategie di superamento del dolore

**Non aspettare troppo a iniziare una terapia multidisciplinare!**

## **4.3 Mal di schiena specifico**

### **4.3.1 Misure terapeutiche (esempi):**

- Degenerazione:
  - *Fisioterapia stabilizzante*
  - *Infiltrazioni in caso di spondiloartrosi sintomatica e di sindromi neurogene (ad es. infiltrazione epidurale transforaminale, infiltrazione faccette articolari)*
  - *Spondilodesi in caso di sindrome da instabilità con risposta insufficiente alle misure conservative*
- Infiammazione:
  - *Ginnastica mobilizzante, antireumatici non steroidei e, in caso di insufficiente efficacia, terapia a base di farmaci biologici in caso di spondiloartrite assiale attiva*
- Osteoporosi:
  - *L'osteoporosi causa dolore solo in caso di fratture e di conseguenze di fratture*
  - *Frattura fresca: mobilizzazione proporzionale ai disturbi, analgesici, calcitonina e, in caso di efficacia insufficiente, vertebroplastica/cifoplastica; ulteriori accertamenti e valutazione di una terapia specifica per l'osteoporosi*

## **Colophon**

### **Responsabilità scientifica 2019**

Dr. med. Thomas Langenegger, Baar (direzione)

Dr. med. Adrian Forster, Zurigo

Dr. med. Wolfgang Czerwenka, Wettingen

### **Segretariato**

Valérie Krafft, direttrice, Lega svizzera contro il reumatismo

Cornelia Schwager, Lega svizzera contro il reumatismo

### **Organizzazione**

Lega svizzera contro il reumatismo

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00

[update@rheumaliga.ch](mailto:update@rheumaliga.ch)

In collaborazione con la Società svizzera di reumatologia



**Lega svizzera  
contro il reumatismo**  
Il movimento è salute