

Update reumatologia 2025

**Per meglio comprendere
le patologie della colonna vertebrale**

Lega svizzera contro il reumatismo
Il movimento è salute



Sommario

1	Nomenclatura	3
1.1	Acuto – subacuto – cronico	3
1.2	Sindromi vertebrali – spondilogene – neurogene	3
2	Diagnosi differenziale del mal di schiena	4
3	Diagnostica	5
3.1	Anamnesi	5
3.1.1	Indicazioni per la differenziazione tra mal di schiena meccanico e infiammatorio	5
3.1.2	Red flags	5
3.1.3	Yellow flags	5
3.2	Quadro clinico	6
3.2.1	Ispezione	6
3.2.2	Palpazione	6
3.2.3	Esame reumatologico orientato ai problemi	6
3.2.4	Esame neurologico orientato ai problemi	6
3.3	Radiologia	8
3.3.1	Termini radiologici convenzionali	8
3.3.2	Diagnostica per immagini	9
3.4	Laboratorio	10
4	Terapia	11
4.1	Mal di schiena acuto	11
4.2	Mal di schiena cronico	11

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

- Vertebrali (solo dolore assiale)
Dolore non irradiato
Dolore nell'area della colonna vertebrale e della regione lombare
- Spondilogene (dolore riferito, dolore pseudoradicolare, «referred pain»)
Dolore irradiato, senza distribuzione dermatomera, disturbi derivanti dalla colonna vertebrale. Molteplicità di disturbi sensitivi, motori, vasomotori o vegetativi, soprattutto «sintomi positivi» (formicolio, parestesie); i «sintomi negativi» (intorpidimento, anestesia/ipoestesia) sono perlopiù indice di una sindrome radicolare.
- Neurogene (radicolari)
Irradiazione tipicamente dermatomale del dolore/formicolio; attenzione alla variabilità individuale dei dermatomi! In aggiunta a questi sintomi radicolari si possono manifestare disturbi sensitivi (anestesia, ipoestesia) nel dermatoma corrispondente, disturbi/riduzione dei riflessi osteotendinei, deficit motori del muscolo indicatore (paralisi/debolezza).
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 agli 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*

Le seguenti sindromi cliniche possono indicare specifiche cause strutturali:

	Sintomi cardinali	Risultati diagnostici
Discogenica	<ul style="list-style-type: none">● Intensificazione del dolore con flessione o posizione seduta● Dolore locale al colpo di tosse	<ul style="list-style-type: none">● Provocazione del dolore con flessione● Provocazione del dolore con sit up test (sollevamento del tronco da posizione sdraiata senza l'aiuto delle braccia)
Origine dalle faccette articolari	<ul style="list-style-type: none">● Dolore con carattere occasionale simile all'artrosi attivata (dolore a riposo che diminuisce con il movimento)● Irradiazione verso i glutei, l'inguine o, più raramente, il lato posteriore della coscia oppure la nuca e gli arti superiori	<ul style="list-style-type: none">● Provocazione del dolore con combinazione di estensione, rotazione e flessione laterale (colonna lombare e cervicale), cosiddetto «test del quadrante»● Provocazione del dolore con il sollevamento del tronco da posizione prona● Reperti segmentali
Instabilità	<ul style="list-style-type: none">● Provocazione del dolore con urti e movimenti bruschi	<ul style="list-style-type: none">● Ritmo spinale anormale o riflesso di supporto con il sollevamento da posizione china● Dolore notturno (prima metà della notte)
Articolazione sacroiliaca	<ul style="list-style-type: none">● Dolore nella regione lombare e glutea● Irradiazione in direzione dorsale● Ev. dolore inguinale	<ul style="list-style-type: none">● Test per articolazione sacroiliaca (stress test positivi, blocco)● Test di Mennell positivo

2 Diagnosi differenziale del mal di schiena

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)

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)

Altre patologie vertebrali

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

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 (soprattutto nella seconda metà della notte, dolori da instabilità più frequenti nella prima metà della notte), dolore 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 richiedono quindi un rapido accertamento

- 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 arti 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

Dolenza alla pressione, tono muscolare, trigger point

Sindrome dolorosa miofasciale

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

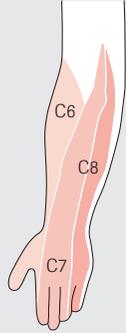
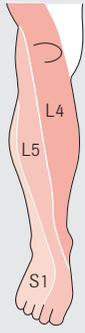
3.2.3 Esame reumatologico orientato ai problemi

- Posizione del cinto scapolare e pelvico: 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 agli arti in presenza di stenosi vertebrale
- Inclinazione colonna cervicale: il formicolio alle braccia e alle mani indica possibili mielopatie cervicali
- Dolenza alla percussione e/o alla compressione assiale: 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 dermatomeri (attenzione: i dermatomeri presentano una certa variabilità individuale!), incl. anestesia a sella e riduzione del tono sfinterico e del riflesso anale
- Forza muscoli innervati (classificazione M0 – M5)

Attenzione: iperreflessia degli arti inferiori, spasticità ed ev. segno piramidale (Babinski) in caso di mielopatie cervicali.

	Radice	Sensibilità	Muscolo segmentale	Riflesso
Colonna cervicale	C6		M. biceps brachii	Riflesso bicipitale
	C7		M. triceps brachii	Riflesso tricipitale
	C8		Mm. interossei	Riflesso tricipitale
Colonna lombare	L4		M. quadriceps femoris	Riflesso rotuleo (Quadricepsreflex)
	L5		M. extensor hallucis longus M. gluteus medius	Riflesso del M. tibiale posteriore
	S1		M. triceps surae	Riflesso achilleo (Triceps-surea-Reflex)

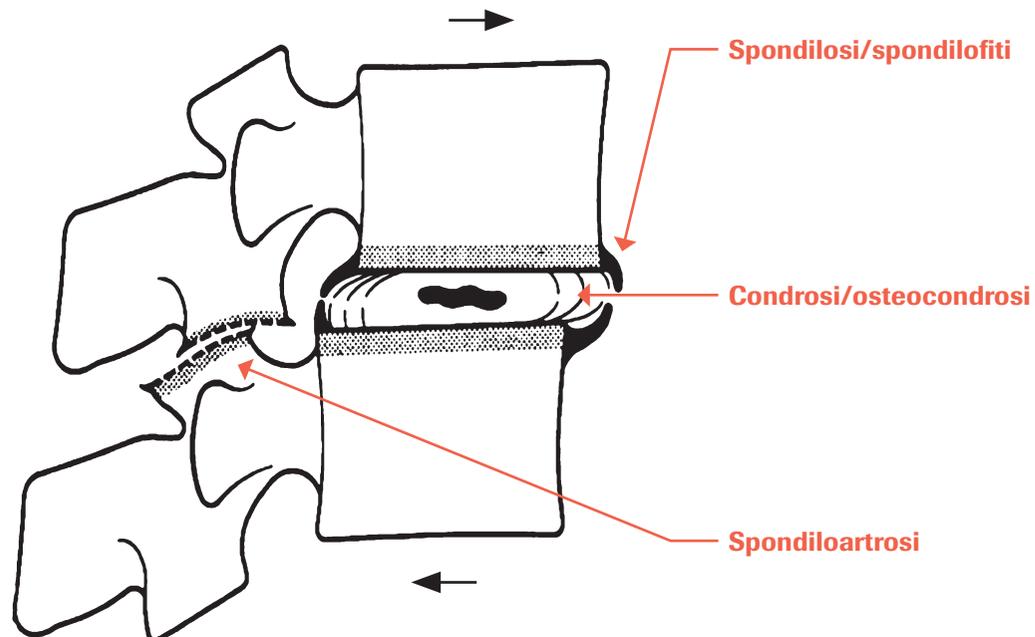
3.3 Radiologia

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)

3.3.1 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)



3.3.2 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, di 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 all'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 (crowned 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 diagnostica degli autoanticorpi non è significativa per l'accertamento del mal di schiena.

4 Terapia

4.1 Mal di schiena acuto

Principi terapeutici

- Informazione, soprattutto riguardo alla prognosi positiva
- Stimolazione a svolgere attività (evitare il riposo a letto); continuare per quanto possibile a svolgere le consuete attività, non abusare di congedi di malattia (max. 7 giorni)
- Trattamento efficace del dolore, analgesici fissi per 3-14 giorni, spezzare la spirale negativa «dolore-tensione-postura scorretta»

Misure farmacologiche

- In assenza di controindicazioni, prima scelta: antireumatici non steroidei; seconda scelta in assenza di controindicazioni per FANS e/o in aggiunta a FANS: analgesici puri (paracetamolo, metamizolo)
- Steroidi in caso di compressione radicolare
- Ev. miorilassanti per un periodo breve (max. 1 settimana)

In caso di mal di schiena cronico di norma non è indicata una terapia a base di oppiacei (tutt'al più per un periodo breve in caso di dolori radicolari, ma non per il mal di schiena senza dolori radicolari).

Misure non farmacologiche

- Indicazioni comportamentali
- Applicazione autonoma di freddo o calore
- Eventuale 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

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 (eventuale coinvolgimento di psichiatria, psicologia, consulenza sociale, ecc.)
- Trasmissione di strategie di superamento del dolore

Non aspettare troppo a iniziare una terapia multidisciplinare!

Colophon

Responsabilità scientifica 2025

Dott.ssa med. Nicole Egloff, Zurigo

Dott. med. Ralph Melzer, Lucerna

Dott.ssa med. Yvonne Peter, Adligenswil

Segretariato

Stefanie Wipf, Lega svizzera contro il reumatismo

Marina Frick, Lega svizzera contro il reumatismo

Organizzazione

Lega svizzera contro il reumatismo

Josefstrasse 92, 8005 Zurigo

Tel. 044 487 40 00

update@rheumaliga.ch

Lega svizzera contro il reumatismo
Il movimento è salute

