

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Master in Riabilitazione dei Disordini Muscolo-Scheletrici

**LINEE GUIDA INTERNAZIONALI EVIDENCE BASED
SULLA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA
LOMBALGIA ASPECIFICA (ACUTA, SUBACUTA,
RICORRENTE, CRONICA): RACCOMANDAZIONI
UNIVOCHE?**

Referente:

Ciuro Aldo

Tesi di:

Minervini Mariangela

Giugno, 2007

INDICE.

○ Abstract.....	3
○ Introduzione.....	4
○ MATERIALI E METODI.....	8
○ RISULTATI:	
○ Linee guida sulla prevenzione della lombalgia aspecifica.....	23
○ Linee guida sul trattamento della lombalgia aspecifica.....	26
○ Conclusioni.....	30
○ Bibliografia.....	33

ABSTRACT

L'obiettivo di questo lavoro è verificare l'uniformità delle forze delle raccomandazioni provenienti dalle linee guida internazionali evidence based riguardanti la prevenzione e il trattamento della lombalgia aspecifica.

A tal fine ho utilizzato Trip database introducendo quali parole chiave: low back pain, not surgery, chronic low back pain, acute low back pain, prevent low back pain, management, intervention.

Tra le guidelines internazionali presenti ho scelto quelle tra il 2002 e il 2007 in lingua inglese.

Le guidelines valutate propongono punti chiave comuni nella prevenzione della lombalgia aspecifica (regolare attività fisica, informazioni ed educazione degli individui nelle attività di vita quotidiana e durante l'attività lavorativa con l'apprendimento di strategie necessarie alla riduzione di incidenti che possano produrre dolore lombare) nonostante la diversità delle forze di raccomandazioni e insufficienza di evidenze.

Il punto di partenza nel caso di lombalgia è l'identificazione della tipologia della lombalgia e il suo relativo trattamento:

- acuta (che prevede la conservazione delle attività di vita quotidiana, trattamento della sintomatologia, esercizi e training di attività fisiche);
- subacuta (che prevede rassicurazione ed informazione del paziente, esercizi attivi, programmi multidisciplinari);
- ricorrente (che prevede il medesimo piano di trattamento della lombalgia acuta con maggiore considerazione dell'aspetto psicologico, potenziale causa di cronicità);
- cronica (che prevede un approccio specialistico multidisciplinare basato su interventi cognitivi, comportamentali e lavorativi).

Le LG valutate pur presentando gli stessi protocolli riabilitativi evidenziano forze di raccomandazioni differenti.

INTRODUZIONE

Essendo la lombalgia aspecifica una patologia in continua progressione, diffusione in tutto il mondo, risulterebbe di notevole importanza verificare se è presente una uniformità di approccio internazionale a tale patologia e se il trattamento è supportato dalle stesse forze di raccomandazioni.

Importante prima di affrontare e verificare le informazioni provenienti dalle guidelines internazionali fornire informazioni sulla lombalgia aspecifica.

La lombalgia rappresenta un problema molto diffuso: oltre l'80% delle persone e soffrirà di lombalgia durante la sua esistenza, con una prevalenza annuale che sfiora il 50%.

Di questi, il 15-20% ricorrerà a cure mediche, in particolare in ambito di medicina generale. L'attuale consensus scientifico internazionale definisce la lombalgia una patologia "bio-psico-sociale", evidenziando che oltre ai fattori meccanici entrano in gioco fattori psicologici e sociali con un ruolo determinante nel mantenimento del dolore.

L'ipotesi più accreditata è che al fenomeno biologico di base si sovrappongano elementi psicologici ed ambientali che contribuiscono al dolore cronico, che rappresenta circa il 5-7% di tutte le lombalgie, a potenziale disabilità e con la principale incidenza sui costi sociali (10).

Da ciò consegue la grande importanza di trovare un approccio conservativo condiviso che, andando al di là della patologia d'organo (che comunque non va trascurata), sappia rivolgersi al paziente nella sua complessità (16).

Qualunque approccio ad un paziente lombalgico non può prescindere dall'aver uno schema di riferimento.

La seguente suddivisione temporale è la più condivisa (1) (2) (12) (14):

- o **Lombalgia acuta:** dolore nella parte bassa della schiena che dura meno di un mese;
- o **Lombalgia subacuta:** dolore nella parte bassa della schiena che dura da 1 mese a 3 mesi;
- o **Lombalgia ricorrente:** episodi di dolore nella parte bassa della schiena che durano < 6 sett. e si ripresentano dopo periodo di benessere) (3);
- o **Lombalgia cronica:** dolore nella parte bassa della schiena che dura almeno tre mesi.

Conoscere la fase temporale permette al clinico di adottare il miglior approccio terapeutico, anche nel rispetto di un preciso orientamento prognostico.

La fase acuta è caratterizzata da una risoluzione spontanea dei sintomi in oltre il 90%-95% dei pazienti affetti (13).

La fase subacuta è a potenziale disabilità (per il rischio di cronicizzazione).

La fase cronica è ad alta disabilità, con una percentuale di risoluzione spontanea molto bassa (circa il 5%) (4).

La diagnosi deve tendere soprattutto a discriminare i pazienti affetti da lombalgia senza eziologia definita (circa il 90%), e quelli con malattia ad eziologia specifica, cioè secondaria a un'ernia dei dischi intervertebrali con compressione delle radici nervose, a un'infezione, a osteoporosi, fratture, artrite reumatoide, o tumori.

In pratica, la maggior parte dei pazienti riceve una diagnosi per esclusione di condizioni cliniche che potrebbero essere associate a malattie spinali o neurologiche, riassunte nella **Tabella (6)**.

Tabella – Condizioni cliniche che possono associarsi a malattia spinale o neurologica

Segni di grave allarme clinico	Segni clinici associati a compressione delle radici nervose
Esordio in età <20 anni o >55	Dolore monolaterale dell'arto inferiore >dolore lombare
Dolore non associato alle variazioni climatiche o all'attività fisica	Irradiazione del dolore al piede o all'alluce
Dolore toracico	Ipersensibilità e parestesie con simile distribuzione corporea
Anamnesi di carcinoma, impiego di steroidi, infezioni da HIV	L'estensione dell'arto inferiore teso aumenta il dolore
Malessere generale	Sintomi neurologici localizzati a un'unica radice nervosa
Perdita di peso	Sintomi neurologici diffusi
Deformità strutturali del rachide	

Una volta escluse altre patologie, si può parlare di lombalgia aspecifica e valutare le informazioni fornite dalle guidelines internazionali per il suo trattamento e la prevenzione e se è presente una uniformità della forza delle raccomandazioni.

MATERIALI E METODI

Lo studio è una revisione bibliografica delle guidelines internazionali la cui ricerca è stata effettuata tramite Trip database inserendo parole chiave quali low back pain, rehabilitation, management, chronic low back pain, not surgery, acute low back pain.

Sono stati inseriti i seguenti criteri di inclusione:

1. guidelines pubblicate tra il 2002-2005;
2. scritte in lingua inglese;
3. che fornissero informazioni sul trattamento della lombalgia aspecifica;
4. che fornissero informazioni sulla prevenzione della lombalgia.

Sono state escluse dallo studio le guidelines che:

1. non fossero di lingua inglese;
2. non fossero state pubblicate tra il 2002 – 2007;
3. non trattassero della lombalgia aspecifica.

La ricerca ha portato in un primo momento all'identificazione di 43 guidelines Guidelines:

- 22 North America;
- 19 Europe;
- 2 Other.

In una prima selezione sono state selezionate le guidelines low back pain inerenti la lombalgia aspecifica ed eliminate quelle inerenti la lomabagia specifica (15 north America – 13 Europe – 0 Other) ottenendo 15 guidelines da considerare.

Una seconda selezione è stata prodotta eliminando scegliendo le guidelines successivamente aggiornate 1 e 1 sommario di evidenze.

Sono quindi stati esaminate le 13 guidelines rimaste, rispondenti ai criteri di inclusione stabiliti.

DIAGRAMMA DI FLUSSO:

NORTH AMERICA

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 13: injection therapies, low-back pain, and lumbar fusion.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Adult low back pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2006

CONSIDERATA

Low back – lumbar & thoracic (acute & chronic).

Work Loss Data Institute. Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2006. 363 p. [494 references];

CONSIDERATA

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 7: intractable low-back pain without stenosis or spondylolisthesis.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 14: brace therapy as an adjunct to or substitute for lumbar fusion.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 2: assessment of functional outcome.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 12: pedicle screw fixation as an adjunct to posterolateral fusion for low-back pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 6: magnetic resonance imaging and discography for patient selection for lumbar fusion.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 8: lumbar fusion for disc herniation and radiculopathy.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Guidelines for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 11: interbody techniques for lumbar fusion.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Low back pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

AGGIORNAMENTO 2006

Interventional techniques in the management of chronic spinal pain: evidence-based practice guidelines.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Interventional Techniques in the Management of Chronic spinal Pain: Evidence-Based Practice Guidelines, Pain Physician.2005;8:1-47, ISSN 1533-3159;

CONSIDERATA

Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain: Part 2

CMA Infobase (Canada). 2005

LBP SPECIFICO

Assessment and management of chronic pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

LBP SPECIFICO

Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic non-malignant pain syndrome patients.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2005

SOMMARIO DI EVIDENZE

Acute low back pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2003

Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); National Guideline Clearinghouse (USA). 2004

CONSIDERATA

Guideline for hospitalization for low back pain.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2002

LBP SPECIFICO

Guidelines for lumbar fusion (arthrodesis).

National Guideline Clearinghouse (USA). 2002

LBP SPECIFICO

Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement.

US Preventive Services Task Force. Am Fam Physician 2005 Jun 15;71(12):2337-8 [3 references];

CONSIDERATA

VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2004

LBP SPECIFICO

North American Spine Society Phase III: clinical guidelines for multidisciplinary spine care specialists. Spinal stenosis version 1.0.

National Guideline Clearinghouse (USA). 2002

LBP SPECIFICO

EUROPEE

Physiotherapy guidelines for the management of osteoporosis

NLH Guidelines Finder. 1999

LBP SPECIFICO

European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care

Maurits van Tulder, Annette Becker, Trudy Bekkering, Alan Breen, Maria Teresa Gil del Real, Allen Hutchinson, Bart Koes, Even Laerum, Antti Malmivaara, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care; 2004;

CONSIDERATA

Back pain - lower

PRODIGY (UK). 2005

LBP SPECIFICO

Back pain — lower

CKS (formerly PRODIGY). 2005

LBP SPECIFICO

Health & Work Joint RCGP, Faculty of Occupational Medicine and Society of Occupational Medicine handbook

Royal College of General Practitioners (UK). 2005

LBP SPECIFICO

Neck pain

PRODIGY (UK). 2005

LBP SPECIFICO

Ankylosing spondylitis

CKS (formerly PRODIGY). 2005

LBP SPECIFICO

Ankylosing spondylitis

PRODIGY (UK). 2005

LBP SPECIFICO

European Guidelines for the Management of chronic non-specific low back pain;

November 2004;

CONSIDERATA

European Guidelines for Prevention in Low Back Pain;

November 2004;

CONSIDERATA

<u>Pain Management Services - Good Practice</u> Royal College of Anaesthetists (UK). 2003	LBP SPECIFICO
<u>Teleradiology - A Guidance Document for Clinical Radiologists.</u> Royal College of Radiologists (UK). 2004	LBP SPECIFICO
<u>Clinical Radiology and the Patients of General Practitioners.</u> Royal College of Radiologists (UK). 2004	LBP SPECIFICO
<u>The management of spinal deformity in the United Kingdom : guide to practice</u> NLH Guidelines Finder. 2001	LBP SPECIFICO
<u>Guidelines for the use of Magnetic Resonance Imaging (MRI) in Northern Ireland</u> NLH Guidelines Finder. 1996	LBP SPECIFICO
<u>Provision of pain services (1997)</u> NLH Guidelines Finder. 1997	LBP SPECIFICO
<u>Diagnostic Therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines</u> EURA MEDICOPHYS 2006;42:151-70;	CONSIDERATA
<u>Back pain – lower;</u> PRODIGY GUIDANCE-2006 This guidance takes account of the 2004 European Guidelines	CONSIDERATA
<u>The Norwegian Back Pain Network – the communication unit. Acute low back pain.</u> Interdisciplinary clinical guidelines. Oslo, 2002: The Norwegian Back Pain Network;	CONSIDERATA
ALTRE	
<u>Australian Acute Musculoskeletal Pain.</u> Guidelines Group [2003];	CONSIDERATA
<u>New Zealand Acute Low Back Pain Guide, incorporating the Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain</u> New Zealand Guidelines Group. 2003	CONSIDERATA

GUIDELINES VALUTATE

DATA PUBBLICAZIONE	SOCIETA'/NAZIONE	MULTIDISCIPLINARE SI/NO	CONTENUTI	PROTOCOLLO RIABILITATIVO IN BASE ALLA FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI
1) Adult low back pain. 2006	National Guideline Clearinghouse (USA).	Si	Acuto Cronico	(classe A-D-M-R-X) Raccomandazioni sulle attività, ritorno al lavoro, visita follow-up evidenze classe A - C - M - R Punti chiave (educazione esercizi, terapia manuale, manipolative) terapia fisica o professionale sulla colonna evidenze classe A - M - R Riabilitazione attiva evidenze classe A - B - C - D - M - R
2) Low back – lumbar & thoracic (acute & chronic). 2006.	Work Loss Data Institute (USA).	Si	Acuto Cronico	Approfondimento della guidelines 1, uguali raccomandazioni; Approfondimento della guidelines 1, uguali raccomandazioni;
3) Interventional Techniques in the Management of Chronic spinal Pain: Evidence-Based Practice Guidelines.	American Society of Interventional Pain Physicians	Si	Cronico	(Livello I conclusiva, II forte, III moderata, IV limitata, V indeterminata) anestetici locali breve termine III anestetici locali lungo termine IV
4) Acute low back pain. 2003	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);	Si	Acuto Subacute	2 settimane- eventuali visite specialistiche evidenze classe A 6 settimane visita

	National Guideline Clearinghouse (USA).		Cronico	fisiatrice e programma di riabilitazione evidenze classe A 12 settimane team di riabilitazione A
5) Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. 2005	US Preventive Services Task Force	Si	Prevenzione	Evidenze insufficienti sulle varie metodologie di prevenzione
6) European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care 2004	COST B13 Working Group	Si	Acuto	(classe A – B- C) informazioni e rassicurazioni C , riposo A , terapia con esercizi A , analgesici C , steroidi epidurali conflitto di evidenze , manipolazioni non evidenze , trazione conflitto di evidenze , massaggio, tens evidenze insufficienti
7) European Guidelines for the Management of chronic non-specific low back pain; November 2004;	COST B13 Working Group	Si	Cronico	(classe A-B-C-D) trattamenti fisici C,D , esercizi terapeutici A,B,C , terapia manuale B,A , massaggio C , promuovere la cura di se stesso C,B , terapia cognitiva A,B,C , trattamento multidisciplinare A,B , procedure farmacologiche A, C , procedure invasive ex agopuntura C,D
8) European Guidelines for Prevention in	COST B13 Working Group	Si	Prevenzione	Popolazione Esercizi fisici A , informazioni ed educazione del pz

Low Back Pain; November 2004;				<p>C, programmi di educazione ed esercizi B, supporti lombari non raccomandati A,no evidenze per manipolazioni D</p> <p>Lavoratori Utilizzo di apparecchiature ergonomiche C, organizzazione del lavoro C</p> <p>Scolari Educazione C, istruzione alla prevenzione D</p>
<p>9) Diagnostic Therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines 2006</p>	<p>EURA MEDICOPHYS ITALIAN HEALTH MINISTRY</p>	<p>Si</p>	<p>Acuto e Ricorrente</p> <p>Persistente subacuto (1-3 mesi)</p> <p>Cronico oltre 3 mesi</p>	<p>(classe A-B-C) consigli su attività fisica e comportamento A, terapia farmacologia A-C, terapia fisica A-B, terapia chirurgica A accoglienza al disagio funzionale e ansia per la persistenza del dolore A, cure per la terapia sintomatica A,C, èquipe multidisciplinare A,C spiegazioni, informazioni A, interventi su attività di vita quotidiana e lavoro A, attività fisica A, visite specialistiche A, terapia multidisciplinare d'equipe B,C, terapia sintomatica A,B</p>
<p>10) Back pain – lower; 2006</p>	<p>PRODIGY GUIDANCE</p>	<p>Si</p>	<p>Back pain - lower</p>	<p>Approfondimento delle guidelines Europee</p>

11) The Norwegian Back Pain Network – the communication unit. Acute low back pain. 2002	The Norwegian Back Pain Network;	Si	Acuto	(classe forte *** moderata ** debole*) proseguire le normali attività ***, non raccomandato il riposo a letto ***, utilizzo di farmaci continuo e non solo su necessità ***, training ed esercizi **, devono essere in relazione ai pazienti ***, altri trattamenti ed interventi non ci sono raccomandazioni
12) Australian Acute Musculoskeletal Pain. 2003	Australian Government (National Health and Medical Research council)	Si	Acuto	(livello I –II –III-IV) insufficienti evidenze: Proseguire le attività I,II, terapia con il calore I,II, informazione dei pazienti II, muscolo rilassanti conflitto di evidenze I, utilizzo di antinfiammatori conflitto di evidenze I,II, manipolazioni I,II evidenze: controindicazioni alla manipolazione IV, insufficienti evidenze: agopuntura, analgesici I, esercizi alla schiena, restare a riposo, terapia cognitiva I,II supporti lombari, massaggio, trazione I,II.
13) New Zealand Acute Low Back Pain Guide.	New Zealand Guidelines Group	Si	Acuto	(classe A-B-C-D) proseguire le attività, analgesici, manipolazioni A,

2003				<p>approccio multidisciplinare B, tens, trazione, esercizi, massaggio, agopuntura, chirurgia A, riposo A, biofeedback, diatermia, ultrasuoni insufficienza di evidenze.</p>
------	--	--	--	---

GUIDELINES SU RIPORTATE	FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI
1) – 2)	<p>Classe di evidenze:</p> <p>A. Primary Reports of New Data Collection:</p> <p>Class A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomized, controlled trial <p>Class B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohort study <p>Class C:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-randomized trial with concurrent or historical controls • Case-control study • Study of sensitivity and specificity of a diagnostic test • Population-based descriptive study <p>Class D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cross-sectional study • Case series

	<ul style="list-style-type: none"> • Case report <p>B. Reports that Synthesize or Reflect upon Collections of Primary Reports:</p> <p>Class M:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta-analysis • Systematic review • Decision analysis • Cost-effectiveness analysis <p>Class R:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consensus statement • Consensus report • Narrative review <p>Class X:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical opinion <p>Grado di conclusione (forza delle raccomandazioni)</p> <p>I: consistenti evidenze di risultati da importanti studi, risultati clinicamente importanti;</p> <p>II: consistenti evidenze da importanti studi ma con incertezze di risultati;</p> <p>III: consistenti evidenze da importanti studi ma con sostanziali incertezze di risultati</p> <p>non assegnabile: non ci sono evidenze valide.</p>
3)	<p>DESIGNAZIONE DEI LIVELLI DI EVIDENZA:</p> <p>LIVELLO I: VALIDE. Ricerche basate sull'evidenza con studi rilevanti di alta qualità scientifica o consistenti revisioni di metanalisi;</p> <p>LIVELLO II: FORTI. Ricerche basate da un trial controllato, o ricerche basate da evidenze designate da studi di piccola dimensione o trials di bassa qualità;</p> <p>LIVELLO III: MODERATE. A) evidenze ottenute da trias controllati pseudorandomizzati – B) evidenze ottenute da studi compartiti con controlli concorrenti e allocazioni non randomizzati – C) evidenze ottenute da studi comparati con controllo storico, due o più singoli studi;</p> <p>LIVELLO IV: LIMITATE. Limitate evidenze da studi non sperimentalni, o evidenze conflittuali;</p> <p>LIVELLO V: INDETERMINATE: opinioni di autorità rispettate, basate su evidenze cliniche, studi descrittivi.</p>
4)	<p>Livello di evidenze per le più significative raccomandazioni:</p> <p>A. Randomized controlled trials; consistenti evidenze, risultati</p>

	<p>cl clinicamente importanti;</p> <p>B. Controlled trials, no randomization; consistenti ma con incertezze di risultati;</p> <p>C. Observational trials; consistenti evidenze ma con sostanziali incertezze di risultati</p> <p>D. Opinion of expert panel, non ci sono evidenze valide.</p>
5)	<p>Definizione di raccomandazioni: La USPSTF ha stabilito cinque stadi di classificazione: (A, B, C, D, I) inerente la forza delle evidenze e dei benefici: (buono, discreto, povero)</p> <ul style="list-style-type: none"> A. forti raccomandazioni provenienti da buone evidenze; B. raccomandazioni provenienti da discrete evidenze; C. no raccomandazioni, non sono presenti discrete evidenze; D. raccomandazioni provenienti da asintomatici pazienti; non sono discrete evidenze; I. evidenze insufficienti per fornire raccomandazioni. <p>FORZA DI EVIDENZE: BUONE (evidenze includono forti, consistenti risultati); DISCRETE (evidenze sufficienti ma con discreti e non limitati risultati); DEBOLI (evidenze insufficienti limitate a poveri studi).</p>
8) – 6) – 7) – 10)	<p>La forza delle raccomandazioni sono basate su quattro livelli programmati dalla COST B13</p> <p>Level A: (forti evidenze) generalmente trovate da consistenti revisioni di multipli RCTs.</p> <p>Level B: (evidenze moderate) generalmente trovate da consistenti revisioni di multipli deboli studi scientifici.</p> <p>Level C: (limitate o evidenze conflittuali) Un RCT/deboli studi scientifici o inconsistenti, provenienti da una sistematica revisione di studi scientifici;</p> <p>Level D: (no evidenze) No RCTs o nessun studio scientifico.</p>
9)	<p>Evidence grading:</p> <ul style="list-style-type: none"> II. evidence da molti trials controllati randomizzati (RCTs) e da SRs di RCT; III. evidence da un solo RCT; IV. evidence da studi di cohort con cooperazione di controlli storici dei loro SRs; V. evidence da casi retrospettivi/studi controllo di loro SRs; VI. evidence da casi series; VII. evidence basate su opinioni di esperti, consenso dai comitati di conferenza dei membri del team di queste guidelines. <p>Strenght di raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. forti raccomandazioni per tutti i pazienti, queste sono basate sulla qualità di evidenze del gruppo I e II; B. di dubbia utilità, ma dovrebbero sempre essere raccomandate al pz;

	C. di profonda incertezza, in letteratura assenza di RCTs e risultati da studi contrastanti.
11)	<p>Level di documantazione: ### molto bene, una alta qualità sistematica e studi di alta qualità; ## bene minimo uno studio di alta qualità ; # mancano, nessuno studio di alta qualità.</p> <p>Forza delle raccomandazioni: *** Forte basate su buone documentazioni (level ###) e accordo sulla validità della documentazione, applicabilità, e una valutazione di vantaggi e svantaggi. ** Moderata basata su un minimo buono studio (level ##) e accordo sulla validità della documentazione, applicabilità, e una valutazione di vantaggi e svantaggi. * Debole basata sulla mancanza di documentazione (level#) e accordo sulla applicabilità e valutazione di vantaggi e svantaggi.</p>
12)	<p>Sistema di grading:</p> <ul style="list-style-type: none"> o I Level. Basato su revisioni sistematiche; o II Level. Basato su studi, RCT; o III Level. Basato su studi prospettivi; o IV Level . Basato su numerosi casi studio. <p>Forza delle raccomandazioni: - sufficienti,sono presenti evidenze sull'utilità della terapia - limitate evidenze, conflitto di evidenze; - Insufficienti evidenze</p>
13)	<p>Forza delle raccomandazioni,sistema di grading:</p> <p>A. basata su meta-analisi, revisione sistematica di Trial di Controllo Randomizzato (RCT), direttamente applicabili al target della popolazione con consistenti risultati.</p> <p>B. basata su un corpo di evidenze che includono studi di osservazioni con minimo rischio, sistema di revisione di RCTs, non consistenti risultati.</p> <p>C. basata su un corpo di evidenze che includono osservazioni di studi o estrappolata da studi di grado B, non risultati certi.</p> <p>D. basata su studi non analitici o opinioni di esperti, o estrappolate da evidenze di grado C,non evidenze.</p>

Le guidelines utilizzano una differente quantificazione delle forze di raccomandazione.

Le National Guideline Clearinghouse (USA) inerenti la gestione del dolore lombare in fase acuta e cronica propongono 7 livelli di prove di efficacia e 4 classi di forza delle raccomandazioni.

L' American Society of Interventional Pain Physicians in riferimento alla gestione del dolore cronico propone 5 livelli di evidenze per le più significative raccomandazioni.

L' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) utilizza per la gestione della lombalgia acuta 4 livelli di classificazione in base alle metodologie utilizzate.

L' US Preventive Services Task Force ha stabilito cinque stadi di classificazione:

(A, B, C, D, I) e stabilito 3 valori inerenti la forza delle raccomandazioni e dei benefici (buono, discreto, povero)

Le guidelines europee utilizzano quattro livelli di forza delle raccomandazioni stabilite dalla COST B13 Working Group.

L' EURA MEDICOPHYS ITALIAN HEALTH MINISTRY propone invece 7 evidence grading con tre forze di raccomandazioni.

The Norwegian Back Pain Network propone nelle guidelines norvegesi 3 forze di raccomandazioni (forte, moderata, debole).

Le linee guida australiane propongono 4 livelli di grading e 3 forze di raccomandazione.

New Zealand Guidelines Group propongono 4 livelli di forza delle raccomandazioni.

Riassumendo L' American Society of Interventional Pain Physicians propone 5 classi di forza delle raccomandazioni,.

Le National Guideline Clearinghouse (USA), l' Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), le guidelines europee e New Zealand Guidelines Group propongono 4 livelli di forza delle raccomandazioni.

L' US Preventive Services Task Force, L' EURA MEDICOPHYS ITALIAN HEALTH MINISTRY, The Norwegian Back Pain Network e le linee guida australiane propongono 3 livelli di forza delle raccomandazioni.

**LINEE GUIDA SULLA PREVENZIONE DELLA LOMBALGIA
ASPECIFICA**

Analizzando le varie linee guida internazionali inerenti la prevenzione della lombalgia ho evidenziato un comune protocollo riabilitativo ma una incongruità della forza delle raccomandazioni fra le LG Americane (3 forza delle raccomandazioni) e le LG Europee (4 forza delle raccomandazioni).

Dalle prime inoltre si evidenzia una insufficienza di evidenze delle metodologie di prevenzione.

Dalle linee guida europee si deducono informazioni ed accorgimenti in base alla popolazione esaminata.

Popolazione generale:

Esercizi fisici con interventi che possono essere brevemente riassunti in (forza delle raccomandazioni **A**):

1. conservazione della flessione lombare, estensione lombare, esercizi di fitness non specifici per il tratto lombare;
2. valutazione e mantenimento della articolarià, meccanica lombare, e tecniche ergonomiche;
3. utilizzo di eventuali supporti esterni lombari;
4. modificazione dei fattori di rischio;
5. educazione del paziente.

informazioni ed educazione del pz (forza delle raccomandazioni **C**);

programmi di educazione ed esercizi (forza delle raccomandazioni **B**);

supporti lombari non raccomandati (forza delle raccomandazioni **A**);

no evidenze per manipolazioni (forza delle raccomandazioni **D**);

Lavoratori

Inoltre utilizzo di apparecchiature ergonomiche (forza delle raccomandazioni **C**);

organizzazione del lavoro (forza delle raccomandazioni **C**);

Scolari

Inoltre educazione (forza delle raccomandazioni **C**);

istruzione alla prevenzione che prevedono interventi preventivi da attuare anche se non necessariamente raccomandati in quanto carenti di evidenze (3) (5) (8) (9) (11) (forza delle raccomandazioni **D**);.

Inoltre si è andato recentemente affermando il concetto di Percorso Diagnostico Terapeutico, come strumento operativo che consenta di tradurre in pratica le affermazioni delle Linee Guida.

La differenza essenziale risiede nel fatto che queste ultime normalmente sono proposte per ogni singolo strumento Diagnostico e Terapeutico, mentre i primi sono dei percorsi organici, veri e propri profili di assistenza.

In pratica, dei diagrammi di flusso approfonditi che sintetizzano i dati della letteratura offrendo però un quadro organico rispetto ai “comportamenti” da assumere e riempiendo così le “aree grigie” che sono numerose.

Le Linee Guida infatti abbondano nel campo della lombalgia, mentre mancano completamente a livello internazionale proposte ed esperienze su Percorsi Diagnostico-Terapeutici, anche perché questi devono essere coerenti con le realtà sanitarie locali.

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici condivisi dalle Società scientifiche serviranno da impianto sul quale sviluppare le successive esperienze locali del SSN. (7).

LINEE GUIDA SUL TRATTAMENTO DELLA LOMBALGIA ASPECIFICA

LOMBALGIA ACUTA

Tenuto conto che nella lombalgia acuta abbiamo per il 90% una riduzione della sintomatologia in circa 1-2 mesi indipendentemente dalle terapie praticate le linee guida mantengono come primo obiettivo la riduzione della sintomatologia dolorosa affinché il paziente possa riprendere le sue abituali attività, perché l'attività in se stessa rappresenta un importante punto di partenza per la guarigione (14).

Dopo una valutazione delle guidelines internazionali inerenti il trattamento della lombalgia aspecifica acuta il risultato è stato che la proposta riabilitativa prevede comuni indicazioni terapeutiche, ma forza delle raccomandazioni tra le varie LG (1) (12) (13) (14) risulta incongruente, cinque guidelines (National Guideline Clearinghouse (USA), Work Loss Data Institute (USA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), COST B13 Working Group e New Zealand Guidelines Group) utilizzano 4 classi di forza delle raccomandazioni mentre le restanti 3 LG (EURA MEDICOPHYS ITALIAN HEALTH MINISTRY, The Norwegian Back Pain Network, Australian Government (National Health and Medical Research Council)) utilizzano 3 classi di forza delle raccomandazioni.

Nonostante l'incongruenza sulla forza delle raccomandazioni le LG propongono un comune protocollo riabilitativo:

- conservare le attività: cercare di proseguire se possibile le normali attività. Continuare/riprendere il lavoro il prima possibile è importante;
- Esercizi e training: esercizi e training di attività fisiche dovrebbero essere eseguiti se il paziente non riprende le sue normali attività o se non riprende il lavoro nel giro di 4-6 settimane;
- Manipolazione: deve essere considerata in relazione ai pazienti (17);

Per quanto concerne la terapia farmacologica le LG Norvegesi sottolineano la necessità della continuità terapeutica per ottenere risultati (forza delle raccomandazioni ***) quindi

- utilizzo di medicinali: medicine per la riduzione del dolore dovrebbero essere prese ad intervalli regolari e non solo su necessità. Iniziare con paracetamolo, o NSAIDs. Se gli effetti del paracetamolo o NSAIDs non risultano efficaci provare con farmaci misti paracetamolo/opoid. Considerare se possibile l'assunzione anche di farmaci muscolo-rilassanti ma solo per brevi periodi.

LOMBALGIA SUBACUTA

Le guidelines internazionali Americane propongono sulla lombalgia subacuta 4 classi di forza delle raccomandazioni a differenza delle LG Italiane che presentano 3 classi di forza delle raccomandazioni.

Il trattamento riabilitativo comunque presenta lo stesso protocollo riabilitativo (7),(21):

Terapia:

- a) Manual Therapy + valutazione clinica, incoraggiamento, rassicurazione (particolare attenzione va posta al Periodo Critico tra la IV e la VII settimana se presente “comportamento di malattia anormale” > sproporzione con il problema fisico, bassa correlazione tra dolore disabilità ed impairment fisico, distribuzione del dolore non localizzata o anatomicamente distribuita, comportamento di accentuazione della malattia, richiesta di maggiore trattamento, richiesta di approfondimenti diagnostici, mancato ritorno al lavoro, maggiori disturbi).
- b) Esercizi attivi
- c) Back School
- d) Eventuale Rieducazione posturale
- e) Programmi multidisciplinari.

LOMBALGIA RICORRENTE

Le guidelines Italiane propongono come trattamento in caso di lombalgia ricorrente tale protocollo riabilitativo (7) :

- consigli su attività fisica e comportamento (forza delle raccomandazioni A);
- terapia farmacologia (forza delle raccomandazioni A-C);
- terapia fisica (forza delle raccomandazioni A-B);
- terapia chirurgica (forza delle raccomandazioni A).

LOMBALGIA CRONICA

Nel caso di trattamento di lombalgia aspecifica cronica le guidelines presentano differenti forza delle raccomandazioni. American Society of Interventional Pain Physicians 5 classi, - National Guideline Clearinghouse (USA), Work Loss Data Institute (USA), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) e COST B13 Working Group propongono 4 classi - e EURA MEDICOPHYS ITALIAN HEALTH MINISTRY propone 3 classi).

Il piano di trattamento presenta comunque informazioni e strategie terapeutiche comuni (2) (4) (15) che possono brevemente essere riassunte in:

- Riabilitazione attiva includendo l'educazione del paziente;
- Ripristino delle attività con carico progressivo;
- Programmi di esercizio personalizzati;
- Gestione dei fattori bio-psicosociali;
- Approccio multidisciplinare in equipe per gestione del paziente.

Sottolineando che le linee guida forniscono informazioni circa la diagnosi e le procedure terapeutiche di gestione del dolore lombare cronico, non fornendo però un inflessibile procedura di trattamento.

Le linee guida infatti non rappresentano uno "standard di cura" (4).

CONCLUSIONE

Dalla valutazione delle guidelines internazionali inerenti il trattamento della lombalgia comune (aspecifica) è emersa una differente forza delle raccomandazioni.

Il protocollo riabilitativo di tale patologia presenta comunque un iter comune utilizzato dai vari paesi, che risulta però supportato da differenti forze di raccomandazioni.

Protocollo riabilitativo comune:

- Nei casi di lombalgia acuta (0-1 mese) e ricorrente (condizione clinica caratterizzata da episodi acuti che durano < 6 sett. e si ripresentano dopo periodo di benessere) (3), è determinante assicurare ed educare il paziente, evitando le cause di possibili recidive (forza delle raccomandazioni).

E' altrettanto importante indurre il paziente a continuare le attività abituali, controllando la sintomatologia dolorosa attraverso terapia farmacologia.

- Nei casi di lombalgia subacuta (1-3 mesi) l'orientamento terapeutico è sovrapponibile alla lombalgia acuta, controllando però specifici fattori di rischio psico-sociali e lavorativi.

- Nei casi di lombalgia cronica (oltre 3 mesi) viene chiaramente distinto l'intervento sintomatico (di breve termine) da quello terapeutico riabilitativo: per questo ultimo è necessario quantificare l'entità delle difficoltà nella vita quotidiana e lavorativa del paziente (ossia la disabilità) (20).

In caso di bassa disabilità, si raccomanda un approccio specialistico multidisciplinare, basato su interventi cognitivi, comportamentali e lavorativi, con l'aiuto di esercizi specifici per il graduale recupero funzionale e la terapia si prolungherà sino a circa un anno (18) (A-B-C-D Americane, Europee), (A-B Italiane).

Per quanto concerne la prevenzione le guidelines internazionali propongono aspetti ed osservazioni comuni nonostante la carenza di evidenze, e la differente forza delle raccomandazioni.

Punti chiave sono brevemente sottoelencati (11):

- Non ci sono esercizi indicati di prevenzione del dolore lombare ma svolgere regolare attività fisica che include (prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, obesità, osteoporosi ecc) può dare notevoli benefici;
- Apparentemente non si conoscono supporti lombari che utilizzati riducano con certezza la probabilità di sviluppare dolore lombare;
- Potrebbero essere utili informazioni ed educazione degli individui durante l'attività lavorativa con l'apprendimento di strategie necessarie alla riduzione di incidenti che possano produrre dolore lombare.

Visto il continuo incremento di casi di lombalgia aspecifica sarebbe comunque necessario eseguire ulteriori approfondimenti e studi e poter utilizzare protocolli riabilitativi comuni che presentino la stessa forza delle raccomandazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care, Maurits van Tulder, Annette Becker, Trudy Bekkering, Alan Breen, Maria Teresa Gil del Real, Allen Hutchinson, Bart Koes, Even Laerum, Antti Malmivaara, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care; 2004;
2. European Guidelines for the Management of chronic non-specific low back pain; November 2004;
3. European Guidelines for Prevention in Low Back Pain; November 2004;
4. Interventional Techniques in the Management of Chronic spinal Pain: Evidence-Based Practice Guidelines, Pain Physician.2005;8:1-47, ISSN 1533-3159;
5. A. Kim Burton PhD, DO, Eur Erg, On behalf of the COST B13 Working Group on European Guidelines for Prevention in Low Back Pain, Centre for Health and Social Care Research, University of Huddersfield, 30 Queen Street, Huddersfield HD1 2SP, UK;
6. Work Loss Data Institute. Low back – lumbar & thoracic (acute & chronic). Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2006. 363 p. [494 references];
7. Diagnostic Therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines EURA MEDICOPHYS 2006;42:151-70;
8. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2004 Feb. 4 p. [3 references];
9. US Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent low back pain in adults: recommendation statement. Am Fam Physician 2005 Jun 15;71(12):2337-8 [3 references];

10. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Adult low back pain. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006 Sep. 65 p. [124 references];
11. Primary Care Interventions to Prevent Low Back Pain in Adults: Recommendation Statement, American Family Physician Volume 71, Number 12 June 15,2005;
12. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group [2003];
13. New Zealand Acute Low Back Pain Guide, Incorporating the Guide to Assessing Psychosocial yellow flags in acute low back pain [2003];
14. The Norwegian Back Pain Network – the communication unit. Acute low back pain. Interdisciplinary clinical guidelines. Oslo, 2002: The Norwegian Back Pain Network;
15. Hodges PW Core stability exercise in chronic low back pain. Orthop Clin N Am 34:245-254, 2003
16. Lee D.. Terapia fisica del cingolo pelvico. Anatomia e biomeccanica. Valutazione clinica. Terapia Manuale. 2000. UTET.
17. Lewit K. Terapia manipolativa nella riabilitazione dell'apparato locomotore. 2000. Masson.
18. Schomacher J. Terapia Manuale. Imparare a muovere e percepire. 2001. Masson.
19. Palmer MC, Eples M. . Clinical Assessment Procedures in Physical Therapy. Philadelphia JB. Lippincott 1990.
20. Back pain – lower; PRODIGY GUIDANCE-2006 This guidance takes account of the 2004 European Guidelines;
21. Acute low back pain. National Guideline Clearinghouse (USA). 2003.