



LOMBALGIA CRONICA

Un Approccio Biopsicosociale



Circa l'80% della popolazione è destinato a presentare una lombalgia ad un certo punto nella vita.¹

Nell'85% dei casi non può essere individuata una causa specifica, nonostante indagini accurate.²

Non-Specifica



85%

Specifica



15%

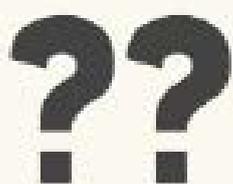
La maggior parte delle persone guarisce e ritorna alle normali attività.



Tuttavia, alcune persone presentano un dolore persistente.



Perché il dolore persiste in alcune persone?



Il dolore è un'esperienza complessa e multifattoriale.

L'esperienza del dolore è unica per ogni individuo.

È importante determinare quale tipologia di dolore è presente.¹

Dolore nocicettivo

Dolore infiammatorio

Dolore neuropatico

Sensibilizzazione centrale

Dolore disfunzionale

Le caratteristiche del dolore possono modificarsi con il tempo e presentarsi anche come combinazione di tipologie.



La lombalgia cronica può essere influenzata da:

Fattori psicologici

Un aumento del dolore tende a essere correlato a un aumento di depressione, ansia e stress.⁴



Evitare le attività per paura, come il piegarsi, può aumentare la disabilità correlata al dolore.⁵

Fattori associati allo stile di vita



Uno stile di vita sedentario è correlato a livelli maggiori di dolore e disabilità.⁶

Uno stato di salute generale mediocre è associato a un risultato insufficiente nella lombalgia.⁷

Nelle persone con lombalgia cronica, un riposo notturno mediocre può essere correlato a una disabilità maggiore.⁸

Fattori sociali

L'insoddisfazione nel proprio lavoro e i rapporti lavorativi non sereni possono essere associati a risultati insufficienti.⁹



Vigilanza e preoccupazione eccessive dei familiari sono associati ad un aumento del dolore e della disabilità.¹⁰

Quali sono le percezioni e i pensieri dei pazienti in merito alla loro lombalgia?

Quando ai pazienti è data l'opportunità di descrivere la loro esperienza, spesso fanno riferimento ad aspetti come i seguenti:

"Ho paura di piegarmi in avanti perché ho una discopatia da anni e non voglio aggravarla ulteriormente."

"Ho fatto una radiografia e c'è uno schiacciamento vertebrale nella mia schiena."

"Ho bisogno di rinforzare i miei addominali perché sento la mia colonna instabile."

Purtroppo, queste percezioni sbagliate hanno la capacità di esacerbare la limitazione dei movimenti per la paura delle conseguenze e la sensibilità al dolore.



Pertanto, come possiamo meglio aiutare i nostri pazienti con lombalgia cronica non specifica?

Ascoltare:

- Dare ai pazienti l'opportunità di raccontare le loro storie.
- Esaminare le convinzioni, i pensieri, la percezione del dolore dei pazienti e perché pensano che non sia ancora risolto.
- Quali sono i loro obiettivi e le loro aspettative?

Misurare:

- Utilizza strumenti di valutazione dei risultati validi ed affidabili per raccogliere informazioni obiettive.

Es: Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (Short/Long Form) per valutare le variabili psicosociali, il rischio potenziale di disabilità correlata al dolore e l'assenza dal lavoro nel lungo termine.¹¹

- Misura la capacità funzionale e la tolleranza all'esercizio del paziente.

Es: la tolleranza specifica a stare seduti, a stare in piedi, a camminare e in altri compiti funzionali importanti.

- Qual è lo schema di movimento utilizzato nel passare dalla posizione seduta a quella in piedi, nel girarsi nel letto o nel raccogliere un piccolo oggetto dal pavimento? Esistono altri compiti funzionali provocativi? Il modificare le strategie di esecuzione di queste attività cambia i sintomi?

Educare:

- Indirizza con empatia le convinzioni e le percezioni inappropriate riguardo alla loro presentazione.
- Rinforza il concetto che la colonna è forte, flessibile e affidabile.
- Il dolore non corrisponde a un danno dei tessuti.¹² Le forti arrabbiature sono comuni e le strategie per controllarle sono importanti.
- Rinforza il concetto che il dolore cronico è multifattoriale e completamente unico per ciascun individuo. Sottolinea come ogni variabile rilevante può influenzare la manifestazione del loro dolore.
- Insegna l'importanza dei fattori associati allo di stile di vita, come l'igiene del sonno, come parte del programma di gestione multidimensionale.

Movimento:

- Insegna e facilita un ritorno graduale a un movimento normale, rilassato e spontaneo.
- Sviluppa un programma di esercizi adeguato per la loro condizione attuale, con lo scopo di migliorare la capacità funzionale, la resistenza cardiovascolare e la tolleranza all'esercizio.

Ulteriori consulti?

- Se si individuano variabili psicosociali dominanti o qualsiasi variabile al di fuori delle proprie competenze cliniche, mettili in contatto con altri professionisti sanitari.

Es: prendi in considerazione di inviare il paziente per ulteriori valutazioni psicologiche nei casi di problemi concomitanti di salute mentale.

- Se clinicamente rilevante, comunica al paziente l'importanza di un approccio basato su un team multi professionale che includa il medico di famiglia così come altri professionisti sanitari.

Riferimenti:

1. Dillingham T 1995. Evaluation and management of low back pain: and overview. State of the Art Reviews, vol. 9, no. 3, pp. 559-574.
2. Deyo R and Weinstein J 2001. 'Low Back Pain'. New England Journal of Medicine, vol. 344, no. 5, pp. 363-370.
3. Woolf C 2010. 'What is this thing called pain?'. The Journal of Clinical Investigation, vol. 120, no. 11, pp. 3742-3744.
4. Haythornthwaite J and Benrud-Larson L 2000. 'Psychological aspects of neuropathic pain'. Clinical Journal of Pain, vol. 16, s101, s5.
5. Crombez G, Vlaeyen J, Heuts P and Lysens R 1999. 'Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability'. Pain, vol. 80, pp. 329-339.
6. Auvinen J, Tammelin T, Zitting P and Karppinen J 2008. 'Associations of physical activity and inactivity with low back pain in adolescents'. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, vol. 18, no. 2, pp. 188-194.
7. Chou R 2010. 'Will this patient develop persistent disabling low back pain?'. The Journal of the American Medical Association, vol. 203, no. 13, pp. 1295-1302.
8. Lautenbacher S 2012. 'Pain, sleeping problems and their many relatives'. Pain, vol. 153, no.6, pp. 1138.
9. Hayden J et al 2009. 'Systematic review of low back pain prognosis had variable methods and results – guidance for future prognosis reviews'. Journal of Clinical Epidemiology, vol. 62, no. 8, pp. 781-796, e1.
10. Flor H et al 1987. 'The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients'. Journal of Psychosomatic Research, vol. 31, no. 2, pp. 251-259.
11. Linton, S. J., Nicholas, M., & MacDonald, S. (2011). Development of a short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. Spine, 36(22), 1891-1895.
12. Butler D and Moseley L 2010. Explain Pain, Noigroup Publications, Adelaide.

Un particolare ringraziamento a:

Professor Peter O'Sullivan, Martin Rabey e il team di ricercatori della Curtin University per i loro sforzi e le loro informazioni. Per ulteriori informazioni sulla Terapia Funzionale Cognitiva, visitate:

www.pain-ed.com

Text

Sentiti libero di condividere, discutere e commentare per migliorare la comprensione della lombalgia cronica.

