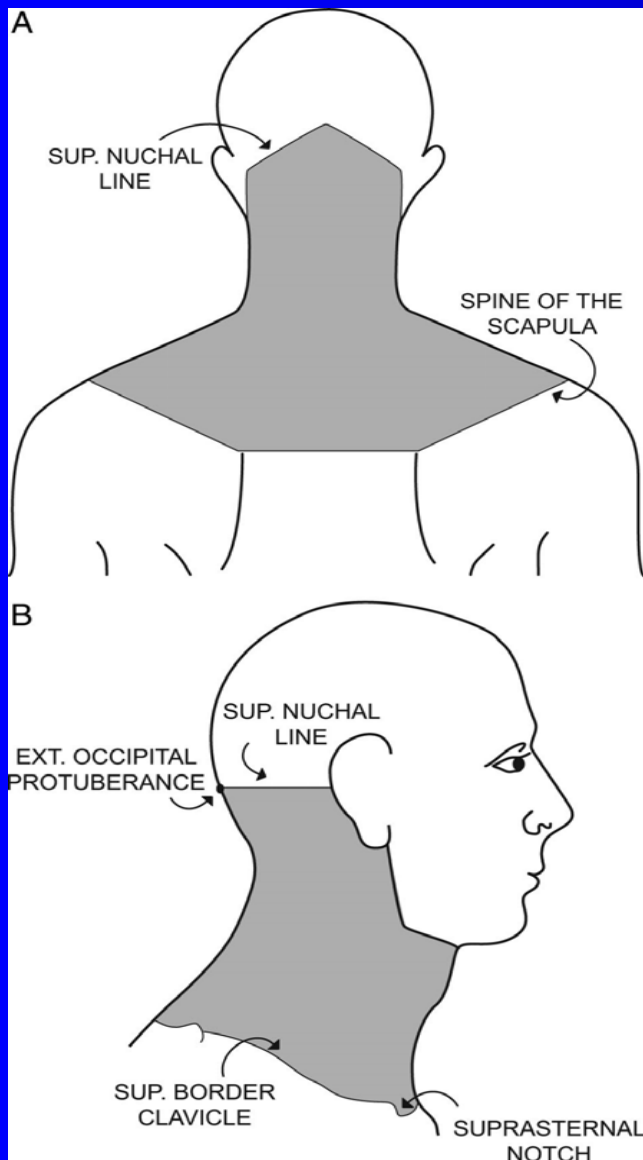


La cervicalgia

Evento molto comune...



Età adulta, sesso femminile

Prevalenza annuale: 30-50%

Incidenza nel corso della vita: 2 soggetti su 3

Sintomi associati: cefalea muscolo-tensiva 10-40%

4° causa di disabilità dopo lombalgia, depressione e malattie reumatiche

Storia naturale

Rapido recupero algico e funzionale (d/w)

Dolore acuto (<6w) e subacuto (<12w): prognosi migliore

Frequenti ricorrenze (50%)

Evolve in dolore cronico nel 10-15% dei casi

Dolore cronico (>12w): prognosi peggiore

Assenza lavorativa: 10-14%

Chi sviluppa cervicalgia?

Età adulta*

Sesso femminile*

Familiarità

Comorbidità (LBP)

Pregressi traumi

cranici, cervicali, vertebrali



Fattori di rischio non modificabili

* Prognosi peggiore!

Fattori di rischio modificabili

Postura

lavorativa, domiciliare, sport

Stili di vita

*fumo, disordini del sonno, sedentarietà, obesità, attività
fisiche manuali*

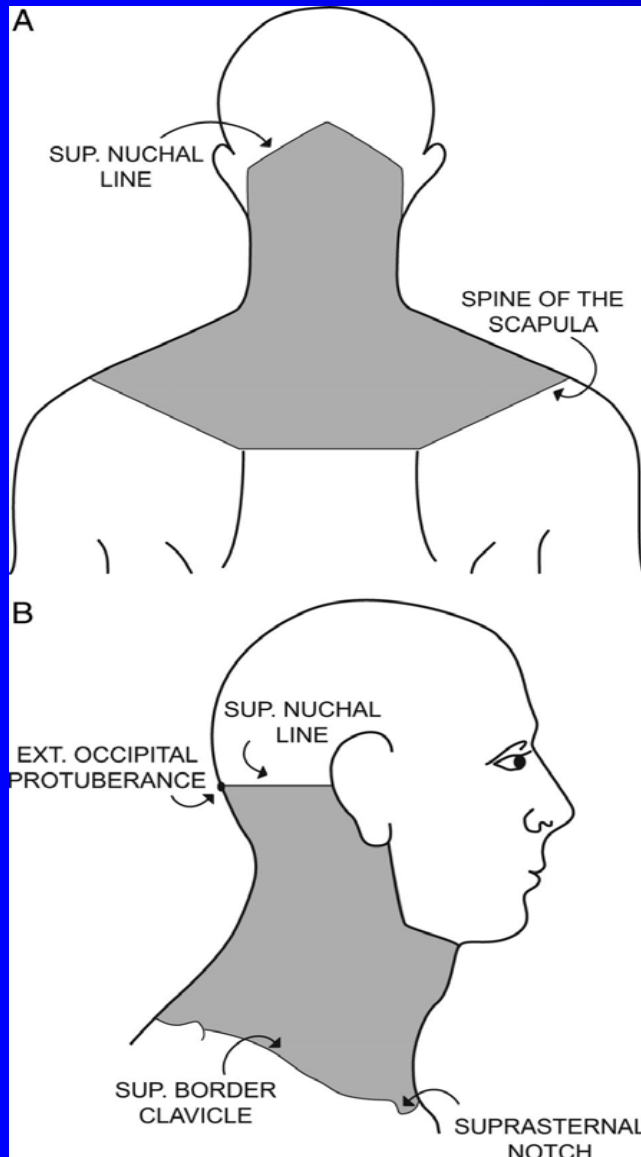
Fattori psico-sociali*

pensieri, comportamenti, status familiare e lavorativo

* Prognosi peggiore!

Degenerazione discale: NO

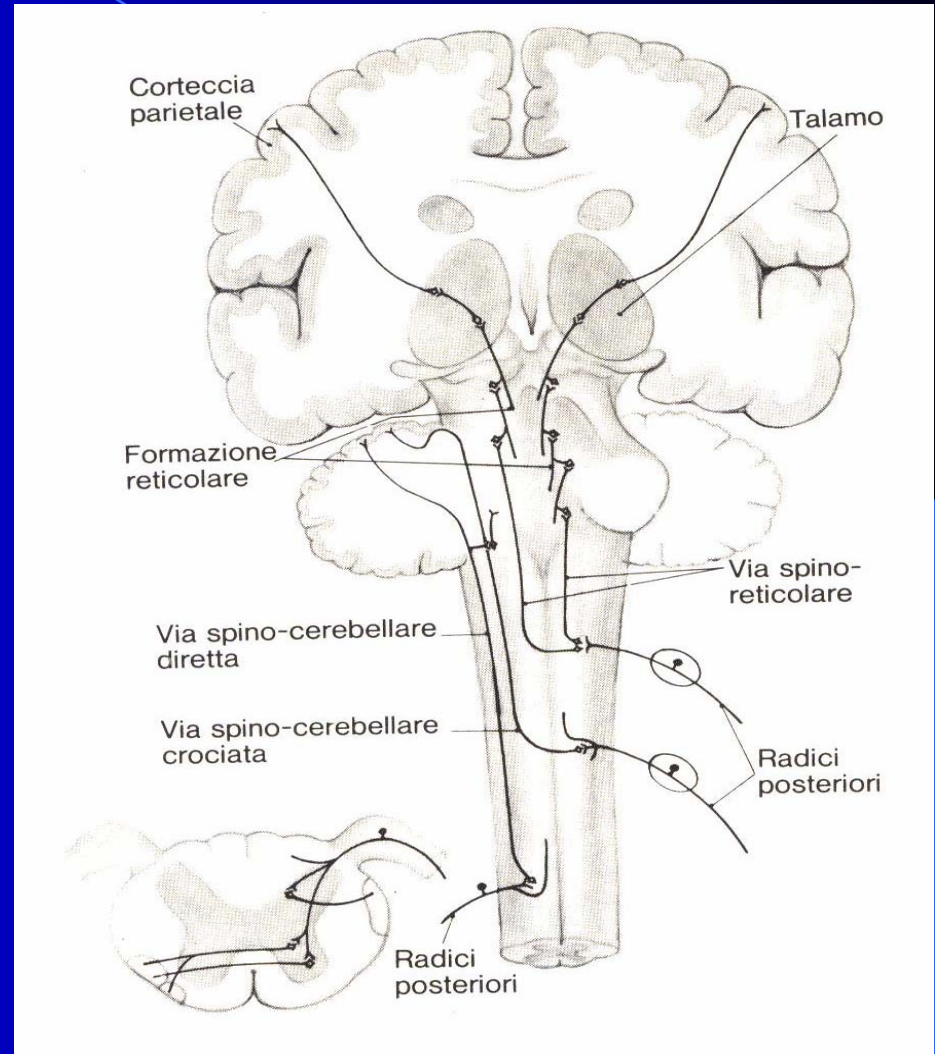
Origine dello stimolo nocicettivo



Ossa
Muscoli
Legamenti
Articolazioni
Dischi
intervertebrali
Radici nervose

Paradigma biomedico

↑
Percezione
Modulazione
Conduzione
Trasduzione
Stimolo



Cause specifiche* e sistemiche*

Frattura
Scoliosi
Spondilolistesi
Stenosi spinale
Ernia discale
5-7%

Malattie
reumatologiche
Neoplasie
Infezioni
1-2%

* Prognosi peggiore!

Dolore meccanico e neuropatico

Cause aspecifiche

Stragrande maggioranza (circa il 90%)

Meccanismo eziologico non evidenziabile

Origine disfunzionale multifattoriale

Dolore meccanico (60%) e neuropatico (40%)

(neuropatico: fino al 70% nei casi di dolore cronico)

Paradigma biopsicosociale

1) Elementi Fisici

abilità neuromotoria posturale, articolare, muscolare, propriocettiva

2) Elementi Cognitivi

stati d'umore, pensieri disfunzionali, atteggiamenti negativi, pregiudizi

3) Elementi Comportamentali e Sociali

strategie maladattative

Raccomandazioni diagnostico-terapeutiche SIMFER per la Cervicalgia

Sezione SIMFER Ambulatoriale e di Evidence Based Rehabilitation (2009-2010)

Grading

PNLG Istituto Superiore Sanita'

Livello di Prova

*I. Prove ottenute da più RCT
e/o SR*

*II. Prove ottenute da un solo
RCT*

*III. Prove ottenute da studi
di coorte non randomizzati*

*IV. Prove ottenute da studi
retrospettivi*

*V. Prove ottenute da studi
senza gruppo di controllo*

*VI. Prove basate sull'opinione
di esperti*

Forza delle

Raccomandazioni

- A. L'esecuzione è
fortemente raccomandata*
- B. L'esecuzione deve essere
attentamente considerata*
- C. Sostanziale incertezza a
favore o contro*
- D. L'esecuzione non è
raccomandata*
- E. Si sconsiglia fortemente
l'esecuzione*

Raccomandazioni diagnostiche

Indagine anamnestica esaustiva (trriage):

esordio, durata, caratteristiche e topografia del dolore, sintomi neurovegetativi, ergonomia (VI A).

Nel caso di sintomi persistenti (e irradiati al braccio), rivalutare la possibilità di cause specifiche/gravi ed estendere l'indagine anamnestica anche ai fattori psicologici, familiari e sociali (VI A).

Segnali di allarme: sempre!

Rilievo anamnestico	Segnale di allarme per
Evento traumatico, associato ad osteoporosi o a trattamento steroideo prolungato	<i>Frattura; Sublussazione atlanto-assiale</i>
Anamnesi positiva per cancro; perdita di peso; masse palpabili cervicali e paracervicali	<i>Neoplasia primitiva o metastatica</i>
Recente infezione; tossicodipendenza; immunodepressione; iperpiressia persistente	<i>Infezioni</i>
Dolore irradiato AA SS/II, associato a deficit stenici e di sensibilità; incontinenza sfinterica	<i>Mielopatia cervicale Malattia demielinizzante</i>
Artrite Reumatoide, Spondilite anchilosante e altre malattie reumatiche	<i>Malattie sistemiche</i>
Dolore intrattabile; notturno; non correlato a movimento e posture	<i>Frattura, Neoplasia, Infezione</i>

Raccomandazioni diagnostiche

Valutazione obiettiva completa di (III B):

- ispezione cutanea e delle caratteristiche posturali
 - palpazione vertebrale e muscolare
 - esame della motilità attiva e passiva
- e valutazione della forza del rachide cervicale
 - segni vascolari (TOS)

Affidabilità della valutazione

Postura

elevata (0.79-0.83); salvo inclinazione del capo

ROM cervicale

moderata-elevata (0.66-0.78)

Forza muscolare

Elevata: serrato-romboide (0.71-0.77); bassa: trapezio (-0.4/-0.7)

Resistenza muscolare dei mm. flessori profondi

moderata (0.57)

Retrazione muscolare

moderata-elevata (0.54-0.90)

Raccomandazioni diagnostiche

Test di provocazione (I A):

-Il test di Spurling§ deve essere effettuato tutte le volte che si sospetti una radicolopatia cervicale*.

(Sensibilità 0.50, Specificità 0.93)

* Prognosi peggiore!

§Equivale ad una pressione assiale sul capo in estensione, rotoinclinato verso la direzione della sospetta radicolopatia

Raccomandazioni diagnostiche

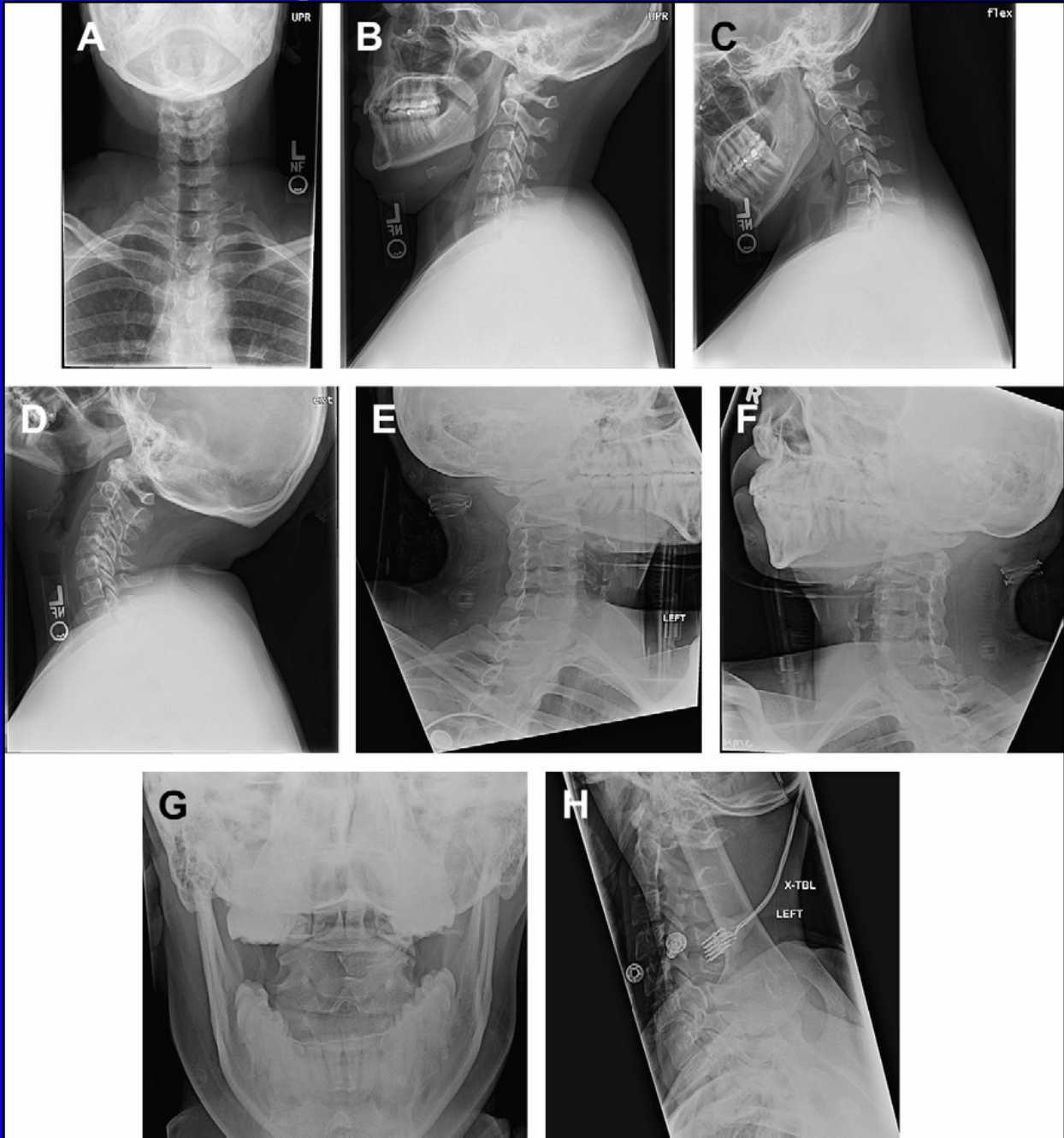
Esame obiettivo neurologico per (III A):

- evidenziare patologie cervicali specifiche
- rendere evidenti clinicamente segni di sofferenza neurologica raccolti in sede anamnestica.
- porre diagnosi differenziale tra neuropatie centrali e periferiche

Raccomandazioni diagnostiche

Diagnostica per immagini:

- per confermare un sospetto clinico e non usata routinariamente o in alternativa alla visita.
- nel sospetto di patologie cervicali specifiche eseguire la radiografia cervicale in proiezioni standard (III A).



A frontale

B laterale

C flessione

D estensione

E obliqua sin

F obliqua dx

G odontoidea

La "Canadian-SPINE RULE"



Raccomandazioni diagnostiche

Prescrivere TC o RMN in caso di (III A):

- sospetto di patologie sistemiche
 - compressione neurologica
- persistenza dei sintomi oltre 8 w
- fallimento del trattamento conservativo.



-Reperti RMN aspecifici nel 40-80% dei soggetti

Raccomandazioni diagnostiche

Scale di Outcome:

- da adottare per la valutazione di dolore, disabilità e qualità della vita (I A).
- utilizzare il **Neck Pain Disability Questionnaire**, validato in lingua italiana, quale questionario multidimensionale della valutazione della disabilità e degli aspetti cognitivo-comportamentali correlabili a cervicalgia (I A).

Disabilità percepita

Neck Pain and Disability Scale

20 domande (0-5), punteggio totale 0-100, 5'

Costrutto: disabilità cervicale

3 dimensioni: attività specifiche, attività generali, aspetti cognitivo-comportamentali

Neck Disability Index

10 domande (0-6), punteggio totale 0-100 (%), 3'

Costrutto: disabilità cervicale

2 dimensioni: dolore, attività della vita quotidiana

Dolore, QoL, Effetto percepito e disabilità lavoro correlata

Numerical Rating Scale (0-10)

Short Form-36 Health Survey

Global Perceived Effect

Work status & RTW (se applicabile)

Ricerca

Raccomandazioni terapeutiche

Cervicalgia ad origine sistemica e viscerale:

- adottare rapidamente contromisure terapeutiche in funzione della causa eziologica (VI A).

Cervicalgia specifica:

- Prevedere una valutazione chirurgica, soprattutto con sintomi persistenti nonostante trattamento conservativo (VI A).

Raccomandazioni terapeutiche

Cervicalgia acuta (a)specifica:

- utilizzare la **terapia medica**: paracetamolo, FANS, steroidi, analgesici, miorilassanti (I B)
- i casi resistenti al trattamento farmacologico possono beneficiare di:
manipolazione (I A), terapia fisica strumentale (LLLT, I B), agopuntura e blocchi anestetici (I B)

Raccomandazioni terapeutiche

Cervicalgia persistente:

- favorire l'utilizzo dell'esercizio terapeutico per ridurre dolore e disabilità (I A)

...sì, ma quale esercizio?

- *Rinforzo*
- *Stabilizzazione*
- *Attivo (controllo posturale)?*
 - *Rilassamento?*
 - *Propriocettivo?*

Individuale, di gruppo?

Raccomandazioni terapeutiche

Cervicalgia persistente:

favorire la sinergia tra esercizio, manipolazione/mobilizzazione (I A) e massaggio (IB)
(trattamento multimodale)

- utilizzare la riabilitazione multidisciplinare cognitivo-comportamentale nei casi di cervicalgia cronica ad alta disabilità (I B).

ORIGINAL ARTICLE

Chronic neck pain and treatment of cognitive and behavioural factors: results of a randomised controlled clinical trial

Marco Monticone · Paola Baiardi · Carla Vanti ·
Silvano Ferrari · Tiziana Nava · Catia Montironi ·
Barbara Rocca · Calogero Foti · Marco Teli

Trattamento multimodale vs Trattamento
multimodale + CBT

Effetto su disabilità, dolore e QoL post-
trattamento e a 12 mesi

Eterogeneità del campione, tipologia di CBT, numero
di sessioni variabile.

Raccomandazioni terapeutiche

Terapia fisica:

- associare **Ultrasuonoterapia e TENS** ad esercizio e terapia manuale (II B).
- utilizzare la **Laserterapia (LLLT)** per il sollievo algico (I B).

Raccomandazioni terapeutiche

Metodiche mini-invasive, manu medica (I A):

- utilizzare l'agopuntura, il dry needling (trigger points), la mesoterapia e i blocchi anestetici selettivi per il sollievo algico.