

Il mal di schiena



Quest'opera è distribuita con Licenza [Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 2.5 Italia](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/it/).

Parlare di lombalgia (letteralmente significa “ dolore localizzato nella regione lombare “) è ormai diventato uno degli argomenti più gettonati durante le conversazioni tra amici: molte persone soffrono di mal di schiena, non sapendo spesso come gestire questa strana patologia.

Proviamo quindi ad inquadrare meglio quello che sembra essere un problema che riguarda tutti.

La clinica

Le cause ipotizzate per la lombalgia sono numerose:

a) lombalgie dovute a patologie specifiche:

- di tipo infiammatorio;
- di tipo infettivo;
- di tipo degenerativo;
- di tipo neoplastico;
- di tipo viscerale.

b) lombalgie a genesi meccanica:

- da trauma;
- da sovraccarichi ripetuti.

c) lombalgie dovute ad altri distretti:

- dall'anca;
- dal bacino.

Già da questo piccolo elenco si capisce come sia difficile giungere ad una diagnosi certa.

D'altronde, gli esami strumentali spesso non ci aiutano: molte persone ad esempio hanno la famosa “ernia del disco “, eppure non presentano sintomi, non hanno dolore. Magistrale a questo proposito il lavoro che ha vinto il **Volvo Award** (un ambitissimo riconoscimento internazionale) nel 1995 con uno studio sull'accuratezza diagnostica della risonanza magnetica.

Ebbene, **A. L. Nachemson** ci ricorda che “ *in questo lavoro sono state valutate delle immagini in Risonanza Magnetica di cinquanta persone assolutamente normali e sono state confrontate con quelle di cinquanta pazienti operati per ernia discale.*

Ora, le cinquanta persone sane erano perfettamente comparabili per età, sesso, lavoro, per le attività fisiche svolte durante il tempo libero e per la storia di fumo. E sapete quanti di loro avevano un'ernia discale? Il 76% “.

Questo significa che, probabilmente, molti Italiani hanno una grossa ernia discale senza saperlo e che, se mescoliamo le Risonanze Magnetiche di persone sane con quelle di pazienti con mal di schiena, è molto probabile che non riusciamo a capire più niente, visto che sono tutte uguali!

L'epidemiologia

Se la ricerca clinica fatica non poco a pervenire a dati certi, l'epidemiologia ci riserva diverse sorprese: l' 80% della popolazione occidentale viene colpito almeno una volta nella vita da un episodio di lombalgia o di cervicalgia, con percentuali distribuite in maniera leggermente diversa se paragoniamo gli uomini con le donne.

Infatti, mentre negli uomini la distribuzione del numero di casi di lombalgia mostra il tipico andamento a campana, con picco tra i 35 ed i 45 anni, nelle donne sembra essere legata anche alla gravidanza e alla menopausa, come avremo modo di vedere più avanti.

Sappiamo inoltre che la lombalgia è una delle cause più comuni di assenza dal lavoro, che esiste una certa familiarità per questo disturbo, che chi fuma e chi è in sovrappeso rischia di più di chi adotta stili di vita più salubri (**H. R. Weiss**).

Un altro dato epidemiologico da tener presente è il cosiddetto fattore psico-sociale: la mancanza di soddisfazione nel proprio lavoro è l'elemento più importante in diversi studi per tutte le patologie che riguardano il sistema locomotorio, in particolare per quel che riguarda la lombalgia.

Inoltre, è stato dimostrato che i fattori psicologici e sociali hanno un notevole ruolo nell'esacerbazione del substrato biologico del dolore, dato che influenzano la percezione del dolore e lo sviluppo della disabilità cronica (**C. J. Marin**).

Quindi il mio dolore è intimamente connesso con la mia quotidianità, con il mio sentirmi bene, con il mio cercare il bene nella mia vita.

Conviene adesso riassumere questi primi dati:

- difficilmente si riesce a scoprire la causa del mal di schiena;

- ciononostante, siamo sicuri che uno stile di vita improntato al rispetto del proprio corpo diminuisce notevolmente le possibilità di soffrire di lombalgia.

Per fortuna, questa patologia tende ad autolimitarsi nel tempo: sappiamo infatti che in circa la metà dei casi l'episodio doloroso viene superato nell'arco di una settimana, mentre nel 90% dei casi il dolore si riduce notevolmente in due/tre mesi, anche se mostra poi una certa tendenza a ripresentarsi negli anni seguenti.

Il vissuto del paziente

Per il riabilitatore è abbastanza usuale ascoltare il proprio paziente esprimersi con frasi del tipo: “*seno la schiena come ingessata perché non riesce a piegarsi*“, o “*cerco di stare su diritto, ma faccio fatica*“, che stanno a sottolineare un dato che emerge costantemente durante il trattamento riabilitativo e cioè l'incapacità, da parte del malato, di percepire la presenza della propria schiena, il suo adattarsi fluidamente alle normali attività quotidiane.

Quando poi il movimento corretto viene ripristinato, ecco che anche il resoconto del soggetto si fa più ricco ed articolato, così come si evince da queste affermazioni raccolte da **M. Zernitz**: “*non ho fastidi. Sto lavorando abbastanza con la zona lombare perché non sono né in posizione completamente eretta né rilassata. Adesso mi metto in posizione eretta e sento di aver scaricato un po' di peso dalla zona lombare, la muscolatura è abbastanza rilassata. Sento che il peso è distribuito correttamente sullo sgabello a destra e a sinistra*”.

Quando il paziente migliora, il miglioramento è in tutti i sensi, e questo grazie al fatto che il paziente stesso diventa più consapevole del proprio corpo.

La diminuzione della sintomatologia dolorosa “ libera “ il soggetto, il quale ritorna a respirare l'esistenza a pieni polmoni.

La ricerca riabilitativa

Come si è detto, gli studi in ambito riabilitativo confermano il vissuto del paziente in merito alla propria patologia: il riabilitatore si trova alle prese con un malato dalla schiena rigida, poco frazionabile, incapace cioè di adattare l'articolarsi del movimento alle esigenze della vita quotidiana (**C. Perfetti**).

Contemporaneamente, alla rigidità di alcune strutture funzionali si aggiunge la relativa instabilità dei gruppi muscolari che controllano i movimenti della schiena a livello profondo, venendo così a crearsi una sorta di “confusione muscolare“, all'interno della quale il malato non è più in grado di organizzare un movimento efficace.

Inoltre, alla scarsa percezione del proprio corpo e all'uso di un linguaggio talvolta poco appropriato che il paziente usa per descrivere il proprio stato, si aggiunge una evidente fatica a dedicarsi un pò di tempo, a non volere tutto e subito, quasi che la lombalgia potesse risolversi magicamente.

Quando poi il mal di schiena si protrae per alcune settimane, ecco che il malato facilmente si convince di essere impotente nei confronti del problema e smette di ricercare il nuovo equilibrio corporeo, così necessario allo stabilizzarsi della patologia. Questo apre la strada alla cronicizzazione del dolore, con tutte le conseguenze negative del caso (**R. McKenzie**).

E' per questo che il fisioterapista diventa sempre più l'esperto che aiuta il malato a trovare le strategie più opportune per gestire al meglio il proprio corpo.

Il momento della seduta riabilitativa diventa lo spazio che il paziente si concede per ritrovare sè stesso.

Riassumendo quanto fin qui detto si può affermare che:

la lombalgia

- è un disturbo molto comune di cui spesso non conosciamo la causa prima;
- è legata allo stile di vita e alla soddisfazione per le proprie attività quotidiane;
- tende ad autolimitarsi nel tempo come singolo episodio, anche se in una certa percentuale di casi si ripresenta ciclicamente negli anni.

Il paziente colpito da lombalgia si presenta rigido e affaticato, è per questo che il riabilitatore opera con interventi mirati, focalizzati a rendere nuovamente autonomo il paziente.

Cosa fare?

Come intendere allora il mal di schiena?

1) Il mal di schiena è prima di tutto il segnale che c'è qualcosa che non va.

Spesso, è il segnale che la nostra schiena non è in forma, costretta, ad esempio, in posizioni viziate per lungo tempo.

Il dolore si comporta come la spia sul cruscotto che ci avverte che siamo in riserva, cioè che dobbiamo occuparci un po' più di noi stessi.

Quindi occorre prima di tutto la **prevenzione**: un'attività fisica moderata rappresenta sicuramente un antidoto importante alla comparsa di disturbi vertebrali.

Quando poi la lombalgia dovesse manifestarsi, ecco che i consigli del medico e l'aiuto di un riabilitatore consentono sicuramente al paziente di gestire al meglio il proprio dolore.

Anche se ogni singolo trattamento del mal di schiena deve essere individualizzato, è tuttavia possibile dare dei consigli generali:

- è importante continuare a svolgere le proprie normali attività, nonostante il dolore;
- è importante evitare di stare troppo a letto;
- il dolore va usato: ci dice cosa fare e cosa non fare;
- è opportuno rimettere in forma la schiena, meglio se affidandosi ad un esperto;
- come tutte le malattie, anche il mal di schiena non va accettato, bensì sopportato. Ci vuole cioè un atteggiamento positivo, sapendo che, per quanto intenso, il dolore passerà. Bisogna saperlo gestire.

2) Il tempo durante il quale si sviluppa il mal di schiena può diventare un momento di riflessione.

Il periodo della sofferenza legato al mal di schiena, ci offre un'occasione per migliorarci, per mettere ordine nella nostra quotidianità.

In questo senso, aspettare in atteggiamento passivo che il dolore scompaia, vuol dire perdere un'opportunità preziosa per ridiscutere, e quindi cambiare lo stile di vita.

La malattia diventa allora pausa di riflessione sia sugli aspetti più ergonomici della quotidianità, sia su quelli psicologico – relazionali, che, come si è visto, possono essere deleteri sulla sintomatologia dolorosa.

La lombalgia viene a dirci che c'è qualcosa da modificare: sta a noi cogliere la provocazione sottesa a questo messaggio e comportarci di conseguenza.

Purtroppo, come osserva **G. Angelini**, spesso della malattia cogliamo solo il lato clinico così, *“pur disponendo di supporti della propria salute assai più numerosi e sicuri rispetto a quelli di un tempo, complessivamente l'uomo appare oggi più preoccupato rispetto a quanto non fossero i suoi padri.*

*Il rilievo non teme smentite. Indizi attendibili anche se certo assai imprecisi, consentono di affermare che, al di là dei timori motivati da malattie attuali o ragionevolmente prevedibili, l'uomo vive spesso come oppresso dal timore ossessivo che all'improvviso possa manifestarsi in lui una malattia **mostruosa**. Con grande facilità, a fronte di un qualsiasi dolore o un semplice disagio, sia pure piccolo e transitorio, egli sospetta di avere un **male di quelli**.*

La malattia ci ricorda che siamo anche noi mortali; in questo senso, può divenire fonte di rielaborazione di ciò che uno è, del suo modo di essere uomo o donna.

Nel caso del mal di schiena, il dolore e la limitazione che questa patologia comporta possono diventare segnali che ci invitano a volerci più bene, ad esempio accettando i ritmi del nostro corpo, che spesso sono molto più lenti della velocità a cui viaggia il nostro pensiero nell'era della civiltà tecnologica.

In poche parole, per guarire bisogna prima di tutto ritrovarsi e cercare di essere un po' di più se stessi. Malattia quindi come momento di riordino delle priorità.

Accanto a queste riflessioni di carattere generale passiamo ora a due esempi tratti dagli studi sull'argomento che meglio descrivono quanto finora detto: innanzitutto

vedremo le “ **linee guida statunitensi sulla lombalgia** “, che risultano essere un modo molto semplice per spiegare, soprattutto al paziente maschio, come comportarsi quando si soffre.

Illustreremo poi un tipo di lombalgia più propriamente femminile, la **lombalgia in gravidanza**.

Cosa dicono le linee guida statunitensi sul mal di schiena acuto?

“ Il mal di schiena acuto è caratterizzato da un breve periodo (fino a tre mesi) di limitazione fisica causata dal dolore o da un disagio a livello lombare, o da un dolore o intorpidimento che scende lungo la gamba (sciatica). Il mal di schiena cronico, che non viene trattato in queste Linee Guida, dura più di tre mesi.

Il mal di schiena acuto può costituire un dilemma diagnostico per i clinici.

Nella maggior parte dei casi, la causa dei problemi non può essere determinata con una semplice spiegazione anatomica o fisiologica, anche con la tecnologia sofisticata oggi disponibile.

La buona notizia è che in 9 casi su 10 il mal di schiena acuto guarisce da solo entro un mese. I trattamenti raccomandati dalle Linee Guida, secondo l’Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), sono indirizzati ad aiutare le persone ad alleviare i sintomi dolorosi, a ricostruire una tolleranza al movimento e a ritornare al più presto possibile alle proprie attività abituali.

Questo nuovo approccio al trattamento si allontana dai trattamenti più tradizionali che prevedono la prescrizione di antidolorifici e di un prolungato riposo a letto e indirizza ad un metodo più attivo, che coinvolge il paziente in prima persona nell’affrontare gli episodi di mal di schiena acuto, sottolineando l’importanza degli esercizi contrapponendosi ai farmaci per il sollievo dei sintomi “.

Credo non servano commenti, quello che viene descritto dalle Linee Guida Statunitensi in merito alla lombalgia sintetizza in poche parole quanto spiegato nelle pagine precedenti. Pochi farmaci, poco riposo oltre al necessario; quello che conta è piuttosto ritrovare l’equilibrio all’interno della propria esistenza.

Un esempio di mal di schiena: la lombalgia in gravidanza.

La clinica

Non ci sono dati certi per inquadrare da un punto di vista patogenetico la lombalgia durante la gravidanza, tuttavia l'aumento della lassità legamentosa dovuto alla maggior produzione dell'ormone relaxina sembra essere una evenienza abbastanza provata. Inoltre, sembra esserci una più elevata concentrazione dei recettori per questo ormone proprio a carico delle ossa e dei legamenti pelvici, rispetto agli altri distretti corporei.

Meno importanti sembrano essere gli adattamenti biomeccanici.

In pratica, il corpo femminile si abitua abbastanza bene alle modifiche dovute alla gravidanza, ma il dover preparare la pelvi al passaggio del neonato comporta degli adattamenti, e cioè una specie di instabilità legamentosa, possibile fonte di dolore.

L'epidemiologia

Più della metà delle donne in gravidanza soffrono una o più volte di lombalgia.

I fattori di rischio che possono portare ad accusare dolore lombare sono la multiparità, l'aver sofferto di lombalgia prima della gravidanza, lo svolgere lavori pesanti o psicologicamente impegnativi.

Anche in questo caso le dinamiche psicologiche e relazionali si fanno sentire in maniera importante. Infatti, gli studi ci dicono che le donne occidentali in gravidanza che vanno incontro a lombalgia si lamentano molto di più del loro dolore rispetto alle donne orientali. Queste ultime sembrano considerare il dolore alla schiena come uno dei tanti risvolti del periodo della gravidanza a cui bisogna semplicemente adattarsi (**S. Atanasio**).

Il vissuto della persona

La donna in gravidanza, almeno in occidente, si ritrova con il tempo dell'attesa scandito non tanto dal crescere del/la figlio/a, quanto dai ritmi delle indagini a cui viene sottoposta: visite, ecografie, esami strumentali e quant'altro la accompagnano per nove mesi. Niente di male nell'uso appropriato delle risorse tecnologiche di cui

oggi disponiamo, ma quando tutto sembra razionalizzato, la comparsa di qualcosa di irrazionale come una lombalgia proietta immediatamente la futura madre nel caos:

“ forse c’è un problema al bambino “, “ non sono brava “, ecc. ecc., alla donna vengono in mente tutte le disgrazie possibili ed immaginabili!

La ricerca riabilitativa

E’ facile intuire allora, come la donna che soffre di dolori lombari in gravidanza si presenti al fisioterapista molto preoccupata per il proprio stato.

Generalmente, possiamo distinguere tre differenti modalità di comparsa del mal di schiena: a livello dorsale (raro, riguarda il 10% delle donne), a livello lombare (riguarda circa il 40 %) e a carico dell’articolazione sacro – iliaca, cioè del bacino, per il restante 50 %.

La lombalgia gravidica può essere controllata in misura notevole durante la gravidanza con la fisioterapia e l’aiuto di un riabilitatore, regredendo poi nella maggior parte dei casi nei sei mesi successivi al parto (**H. C. Ostgaard**).

Il fatto di poter gestire efficacemente il dolore rassicura molto la donna, permettendole di vivere al meglio la gravidanza.

Cosa fare

Affidarsi ad un fisioterapista esperto è certamente importante, più importante ancora è però il comprendere come anche qualche disturbo “ faccia parte del gioco “, e si dimostri essere poi in realtà poca cosa, facilmente controllabile con una corretta ergonomia e i giusti esercizi per il controllo del dolore.

Conclusioni

- Il mal di schiena può venire a chiunque.
- Per quanto doloroso, molto probabilmente passerà.
- Contrariamente a quanto si pensa, troppo riposo fa male alla schiena; è opportuno cercare comunque di muoversi.
- L'intervento di un fisioterapista può rivelarsi essenziale per contenere il dolore e migliorare la funzionalità vertebrale.
- La presenza della lombalgia deve spingerci a riconsiderare il nostro stile di vita.

Il mal di schiena è controllabile, spetta a noi renderlo tale.

Scaffale bibliografico

- Dizionario di medicina Garzanti (2000).
- A. L. Nachemson, in “Linee guida nel trattamento della lombalgia”. GSS edizioni (1996).
- H. R. Weiss, in “Il trattamento della lombalgia”. Edi – Ermes (1996).
- C. J. Marin, in “ABC of psychological medicine”. British Medical Journal (2002).
- M. Zernitz, in “Riabilitazione Cognitiva”. ARS Edizioni (2002).
- C. Perfetti, in “Riabilitazione e Apprendimento”. Guido Gnocchi (1998).
- R. McKenzie, in “Prendersi cura della propria schiena”. Spinal Publication LTD (1992).
- G. Angelini, in “La malattia, un tempo per volere“. Vita e Pensiero Editore (2000).
- S. Atanasio, in “Il trattamento della lombalgia”, op. cit., (1996).
- H. C. Ostgaard, in “Spine” (1997).