

 Rete Terapia Del Dolore  REGIONE PIEMONTE	 AO S. Croce e Carle Cuneo	 A.S.L. CN1	 BRA ALBA ASL CN2	<p align="center">PROTOCOLLO OPERATIVO</p> <p align="center">PO_{INTERAZIENDALE}_002</p> <p align="center">Gestione del paziente con</p> <p align="center">LOW BACK PAIN</p>	Data emissione: 21/12/2016 Data ultima revisione: 21/12/2016 Rev. n° 00
Medici di Medicina Generale ASL CN1 e ASL CN2					
Stesura		Verifica /Approvazione		Emissione	
Dott. Valentino Menardo Rete terapia del dolore Coordinatore Gruppo di lavoro Coordinamento Sovra- Zonale Piemonte Sud-Ovest		Dott. Alessandro Garibaldi Direzione Sanitaria di Presidio AO S. Croce e Carle f.f Dott. Grillo Mirco Direzione Sanitaria ASL CN1 Dott.ssa Frigeri Maria Cristina Direzione Sanitaria ASL CN2		Dott.ssa Paola Malvasio Direzione Sanitaria d'Azienda AO S. Croce e Carle Dott.ssa Gloria Chiozza Direzione Sanitaria d'Azienda ASL CN1 Dott. Giovanni Messori Ioli Direzione Sanitaria d'Azienda ASL CN2	

1. INTRODUZIONE

Si stima che il 50%-70% della popolazione, nel corso della propria vita, abbia almeno un episodio di lombalgia. Nel 90% dei casi si tratta di dolore lombare aspecifico che richiede il solo trattamento analgesico.

Sono i dati clinico- anamnestici, veri e propri segni di allarme, ad indirizzare verso un rapido approfondimento diagnostico alla ricerca di una patologia organica importante causa del dolore lombare.

Il dolore lombare è di frequente riscontro nella pratica clinica, rappresenta una delle cause più comuni di accesso in Pronto Soccorso e dei ricorrenti motivi di ricorso alle cure ambulatoriali territoriali.

1.1 Lombalgia acuta aspecifica

Si considera un dolore lombare aspecifico quello che non si associa alla presenza dei segni di allarme (red flags) riportati successivamente.

Solitamente l'anamnesi e l'esame obiettivo sono sufficienti per escludere forme di mal di schiena da cause gravi, ma non consentono di definire la causa della lombalgia non specifica.

E' molto importante raccogliere sintomi e segni del paziente con mal di schiena (low back pain) anche allo scopo di potergli fornire consigli comportamentali e di prevenzione secondaria.

1.2 Il dolore lombare cronico

Tra le varie forme di dolore cronico il Low Back Pain, con un'incidenza del 65,5% nella popolazione (dato europeo, SIP 2014), rappresenta una tra le più frequenti cause di assenza dal lavoro ed ha perciò un'elevata incidenza socio-economica.

Il low back pain viene definito come sindrome dolorosa localizzata nella regione lombare (spazio tra la dodicesima costa e il solco gluteo) con o senza proiezione del dolore agli arti inferiori.

È un disturbo estremamente frequente in età adulta, con massima incidenza in soggetti over 50 anni di entrambi i sessi.

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il protocollo si applica ai soggetti affetti da lombalgia acuta o subacuta e cronica che afferiscono ai servizi delle tre Aziende Sanitarie dell'Area sovra zonale Piemonte Sud-Ovest (come da nota Regione Piemonte Protocollo n. 8428).

3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

3.1 Primo livello di intervento "livello base" e ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

La presa in carico del paziente con LBP è fatta, in prima battuta, dal MMG con il supporto del Centro di Terapia Antalgica di riferimento.

Alla prima valutazione è importante escludere la presenza, attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo:

- di segni di allarme - **red flags** – (tumori, fratture, infezioni, sindrome della cauda equina, aneurisma aortico);
- di un **dolore da causa sistemica** (presenza di masse retroperitoneali, origine viscerale renoureterale o uteroannessiale, origine infiammatoria nell'ambito delle entesoartriti).

In assenza di questi sospetti, entro le prime 4-6 settimane, non è necessario eseguire esami di diagnostica strumentale di 2° livello (TC, RMN) o di laboratorio, in quanto entro tale periodo oltre il 90% dei pazienti guarirà spontaneamente.

Sempre attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo è possibile determinare se si tratti di una lombalgia non specifica – disfunzionale o biomeccanica – o di una lombosciatalgia.

L'anamnesi, molto importante per escludere o indurre il sospetto di patologie causali gravi o extraspinali, non presenta livelli di evidenza utili e sufficienti per definire le cause della lombalgia non specifica.

Nel caso in cui il MMG rilevi la presenza di segni di allarme - **red flags** – il paziente va inviato al PS/DEA di riferimento.

Il medico MMG, durante la prima visita compila la "**Scheda di valutazione complessità del paziente affetto da Low Back Pain –LBP**", se il paziente viene inviato in DEA/PS o attivata la consulenza algologica. La scheda cartacea (in fase iniziale) viene consegnata al paziente.

Nota:

L'utilizzo della scheda di valutazione in formato cartaceo è sperimentale in attesa di poterla disporre in versione elettronica.

3.1.1 Raccomandazioni

E' importante che, in caso di lombalgia non specifica, il MMG fornisca al paziente informazioni sulle possibili cause scatenanti, i fattori di rischio correlati al tipo di lavoro o attività ricreativa, sull'elevata possibilità di guarigione, ma anche di recidive di queste forme semplici.

L'attività fisica è raccomandata per la prevenzione della lombalgia.

Supporti lombari, calzature, ortesi e materassi specifici non sono raccomandati.

3.1.2 Indagini strumentali

Indicazioni alla radiodiagnostica:

- in caso di lombalgia (avendo escluso la presenza di segni di allarme) **NON** effettuare indagini radiologiche di 2° livello (TC, RMN);
- in caso di lombalgia che non risponde al trattamento terapeutico protratto per 6 settimane, è indicato eseguire **Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) spinale o Tomografia Computerizzata (TC) spinale.**

La richiesta di indagine con urgenza differita per i casi di Lombalgia refrattaria alla terapia e Lombosciatalgia dovrebbe sempre essere accompagnata da una breve descrizione della sintomatologia e della mancata risposta alla terapia in atto da almeno 6 settimane.

RMN della colonna vertebrale

Di seguito viene riportata una sintesi dei criteri di appropriatezza della RM della colonna vertebrale:

Appropriato	Non appropriato
Malformazioni congenite	Dolore senza trauma < 4 settimane
Dolore senza trauma con Rx negativo > 4 settimane di terapia analgesica/antinfiammatoria	Lesioni traumatiche senza segni neurologici
Dolore senza trauma, in presenza di segni neurologici	Torcicollo senza trauma
Sublussazione atlanto-occipitale (eventuale interessamento del midollo spinale)	Spina bifida senza segni neurologici TIA
Mielopatie (tumori, infiammazioni, infezioni, infarti)	
Lesioni traumatiche con segni neurologici	
Ernia discale	
Richiesta motivata del medico specialista	

Elettromiografia (EMG) e potenziali evocati

L'EMG è indicata nel caso di dubbia alterazione radicolare in paziente con dolore all'arto che dura da oltre 4-6 settimane con o senza lombalgia. L'EMG e i potenziali evocati sono inappropriati se la valutazione neurologica clinica è evidente.

3.1.3 Criteri di ospedalizzazione per LBP acuto

Estremamente rare sono le cause che inducono rapida ospedalizzazione del paziente con lombalgia, spesso, l'accesso in ospedale è diretto o mediato da chi presta assistenza al paziente:

- **trauma maggiore alla schiena:** caduta da una certa altezza, trauma da schiacciamento alla schiena da parte di un oggetto pesante, rilievo documentato o sospetto di frattura vertebrale acuta, lesione radicolare o midollare;
- **lesioni neurologiche di sospetta origine acuta o progressiva,** senza storia di trauma;
- **lombalgia senza evidenza di acuto o progressivo danno neurologico,** senza storia di trauma (di solito accaduto sul lavoro): in questo caso l'unica motivazione al ricovero potrebbe essere la mancanza di autosufficienza, in assenza di aiuto domiciliare, con ospedalizzazione breve (meno di 24 ore).

3.1.4 Criteri di valutazione specifica

La maggior parte dei pazienti con LBP acuto può essere gestito dal medico di medicina generale. Il ricorso allo specialista dovrebbe essere attivato in caso di:

- sospetto di sindrome della cauda equina (immediatamente);
- sospetto di seria patologia spinale (preferibilmente entro una settimana);
- deficit neurologico progressivo (preferibilmente entro una settimana);
- dolore radicolare che non si risolve dopo 6 settimane (preferibilmente entro 3 settimane);
- dolore di tipo infiammatorio, tale da far sospettare una spondilite (prima possibile, anche se non celermente);
- dolore lombare senza ripristino delle normali attività dopo 3 mesi, con ripercussioni sulla qualità di vita (prima possibile, anche se non celermente).

In particolare:

1. il ricorso al **neurochirurgo** trova indicazione in caso di:
 - sciatalgia con manovra di Lasegue positiva da oltre 4-6 settimane;
 - sindrome della cauda equina;
 - progressivo e severo deficit motorio (per esempio piede cadente, evidente ipotrofia della coscia);
 - deficit neuromotorio persistente oltre 4-6 settimane (non inclusi deficit minori della sensibilità e variazioni dei riflessi).
2. il ricorso all'**algologo** trova indicazione in caso di:
 - dolore cronico irradiato all'arto inferiore atipico, con manovra di Lasegue negativa;
 - nuovi o progressivi deficit neuromotori.
3. il ricorso al **fisiatra** trova indicazione in caso di:
 - lombalgia e lombosciatalgia cronica;
 - lombalgia ricorrente.

3.1.5 Trattamento farmacologico

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico, il riferimento è il PDTA regionale, completo nella disamina di tutti i prodotti disponibili. Sarà comunque necessario mantenere un'attenzione costante alle principali linee guida, che è possibile vengano aggiornate in tempi brevi.

Da un'analisi attenta del PDTA emergono alcune caratteristiche e criticità dei farmaci analgesici disponibili che il presente protocollo evidenzia, al fine di giungere il più possibile a prescrizioni appropriate che tengano conto anche delle limitazioni di utilizzo e di prescrivibilità del SSN.

I GRADINO OMS

PARACETAMOLO: da scheda tecnica risulta un dosaggio massimo giornaliero di 3 gr. per via orale (una compressa a distanza di almeno quattro ore una dall'altra) e di 4 gr. solo per via rettale. Valutare sempre la necessità di trattamenti per oltre tre giorni consecutivi.

FANS/COXIB: importante la rilettura della versione completa della nota 66 che, in estrema sintesi, raccomanda di utilizzare tali farmaci per il periodo più breve possibile riconsiderandone periodicamente la necessità, in particolare negli anziani, tenendo conto che vanno utilizzati con molta cautela nell'insufficienza cardiaca e nell'ipertensione oltre che nelle epatopatie e controindicati nello scompenso cardiaco.

In particolare la nimesulide è controindicata nei pazienti epatopatici e va prescritta esclusivamente "per il trattamento di seconda linea nel dolore acuto, non dell'osteoartrosi dolorosa", per non più di 15 giorni per ogni ciclo di trattamento. A livello gastrointestinale "l'ibuprofene è il meglio tollerato".

KETOROLAC: non indicazioni in scheda tecnica in questo ambito.

II GRADINO OMS

CODEINA+PARACETAMOLO (30/500 mg): dosaggio massimo 240 mg. di codeina/die. Presenza di frequenti poor e ultrarapid metabolizers, che causano inefficacia oppure effetti collaterali importanti. Per quanto riguarda la durata massima di utilizzo del farmaco, che in scheda tecnica è indicata in giorni tre, occorre precisare che tale limite era stato indicato a scopo cautelativo perché in alcuni paesi il farmaco è un prodotto da banco, indicato per il dolore acuto. In Italia, invece, il farmaco è utilizzabile nella terapia del dolore in base alla Legge 12/2001, che riguarda sia i pazienti oncologici che quelli con dolore cronico degenerativo, per i quali è possibile prescrivere fino a 30 giorni (rinnovabili) di terapia su ricetta SSN, apponendo l'esenzione TDL.

TRAMADOLO: attenzione alle associazioni con altri farmaci tipo tranquillanti, antimicrobici, antidepressivi, antipsicotici. Utile la titolazione con la formulazione in gocce.

III GRADINO OMS

MORFINA: biodisponibilità individuale molto varia, che rende necessaria la titolazione, meglio con formulazioni a pronto rilascio ogni 4 ore.

IDROMORFONE: a rilascio prolungato, in mono-somministrazione giornaliera, potenzialmente efficace in pazienti che non tollerano l'ossicodone.

OSSICODONE: disponibile da solo a rilascio prolungato (Oxycontin), in associazione con paracetamolo a rilascio immediato (Depalogs, utilizzabile per eventuale titolazione), in associazione con Naloxone a rilascio prolungato (Targin, di cui è ancora in discussione il rapporto costo/beneficio, da non utilizzare in pazienti epatopatici).

TAPENTADOLO: titolazione lenta, migliore tollerabilità, rapporto costo/beneficio ancora in discussione.

FENTANYL e BUPRENORFINA: formulazioni transdermiche da non utilizzare come terapia iniziale per il dosaggio elevato, ma solo eventualmente quando il dosaggio è stabilizzato. Indicati in caso di insufficienza renale. Formulazioni sublinguali indicate solo per dolore episodico nel paziente oncologico.

FARMACI ADIUVANTI

ANTIDEPRESSIVI

- AMITRIPTILINA: solo il Laroxyl ha indicazione per dolore neuropatico
- DULOXETINA: indicazione solo per il dolore da neuropatia diabetica

BENZODIAZEPINE

- CLONAZEPAM: talora utilizzato, ha indicazione solo per epilessia

ANTIPILETTICI

Non chiare evidenze dei gabapentinoidi (GABAPENTIN e PREGABALIN) nel LBP senza componente radicolopatica. Hanno indicazione nelle neuropatie, ma rientrano in nota 4 solo se queste sono "documentate dal quadro clinico e/o strumentale" (la post erpetica, la neoplastica, la post ictus, la diabetica), ed inoltre dopo tentativo con amitriptilina e carbamazepina (le mono e le polineuropatie dolorose).

La presa in carico del paziente con LBP è, in prima battuta, del medico di medicina generale con il supporto del Centro di Terapia Antalgica di riferimento.

In condizioni algologiche stabilizzate il paziente in terapia cronica con oppioidi viene valutato dal Centro di Terapia Antalgica di riferimento una volta/anno.

Nota: Per la prescrizione dei farmaci oppiacei è necessario segnalare al paziente i possibili effetti collaterali cognitivi che possono incidere sulla guida e sulle mansioni ad alto livello di attenzione.

3.2 Secondo livello di intervento: Percorso terapeutico mininvasivo

3.2.1 Centri di Terapia Antalgica di riferimento per l'Area Piemonte sud-ovest

[Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo](#)

Direttore: Menardo Valentino

Tel 0171/641553 fax: 0171/641584

E-mail: algologia@ospedale.cuneo.it

PO S.Croce, via Michele Coppino 26 Cuneo (6° piano Blocco A)

Orario Ambulatorio: dalle 8.00 alle 19.00 dal lunedì al venerdì

Terapia Antalgica ASL CN1

Sede di SAVIGLIANO-SALUZZO-FOSSANO

Responsabile: Giaime Dario

Telefono: 0172/719411 fax: 0172/719411

E-mail: anestesiarianimazione.savigliano@aslcn1.it -
ambterapiaantalgica.savigliano@aslcn1.it

Ospedale S.S. Annunziata Savigliano, via Ospedali 14 (piano terra di fronte all'OBI)

Ospedale S.S. Trinità Fossano, via Ospedale 4 (poli ambulatorio sopra il centro prelievi)

Ospedale Civile Saluzzo, via Spielberg 58 (corridoio Oncologia)

Orari Ambulatori:

Savigliano: lunedì-mercoledì- giovedì-venerdì 15.00-19.00

Saluzzo (referente: La Ghezza Maria Rosaria): martedì-giovedì 14.30-17.30

Fossano: lunedì 11.30-13.30

Sede di MONDOVÌ-CEVA

Responsabile: Grollero Marino

Telefono: 0174/677263 fax: 0174/677271

E-mail salvina.regis@aslcn1.it

Ospedale Regina Montis Mondovì (p.o Rianimazione)

Ospedale Poveri Infermi di Ceva (secondo piano)

Orari Ambulatori:

Mondovì: martedì e venerdì 8-14

Ceva: giovedì 8-14

Terapia Antalgica ASL CN2 (ALBA-BRA):

Direttore S.O.S: Di Santo Salvatore

Sede di ALBA:

Telefono: 0173 316284 fax: 0173 316597

E-mail: anestesia.alba@aslcn2.it

Ospedale San Lazzaro, Via Pierino Belli (piano terra, vicino Psichiatria)

Orario Ambulatorio: da Martedì a Giovedì 8.00 – 15.30

Sede di BRA:

Telefono: 0172 420269 fax: 0172 420257

E- mail: anestesia.bra@aslcn2.it

Ospedale Santo Spirito, Via Vittorio Emanuele 3 (piano terra di fronte Radiologia, ex Sala Parto)

Orario Ambulatorio: da Lunedì a Venerdì: 8.00 – 14.00

3.2.2 Blocco antalgico epidurale

Il blocco antalgico epidurale è una tecnica neuroinvasiva che consente l'iniezione di una miscela farmacologica nello spazio peridurale. Le più comuni indicazioni sono LBP croniche:

- degenerazione o erniazione discale (forte evidenze per epidurale caudale, interlaminare e transforaminale);
- stenosi spinale (discreta evidenza per epidurale caudale, interlaminare e transforaminale);
- FBSS (discreta evidenza per epidurale caudale, interlaminare e debole evidenza per la transforaminale).

Le vie di accesso allo spazio peridurale sono multiple:

- attraverso lo iato sacrale (caudale);
- interlaminare;
- transforaminale.

E' raccomandata la guida radioscopica con l'ausilio della radicolografia. Multipli trials controllati non hanno dimostrato significative differenze nell'utilizzo dell'anestetico locale singolo o in combinazione con lo steroide.

Sono raccomandate almeno due procedure a circa 15 giorni di distanza.

L'efficacia nel controllo del dolore lombare radicolare della peridurale antalgica è buona a breve termine (< 6 settimane) e moderata a lungo termine (6 mesi).

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo: blocco epidurale in scopia, blocchi nervosi eco-guidati

Terapia Antalgica ASL CN1:

- Mondovì - Ceva: blocchi epidurali blind, blocchi nervosi eco-guidati
- Saluzzo: blocchi epidurali blind- blocchi nervosi blind
- Savigliano: blocco epidurale in scopia, blocchi nervosi ecoguidati

Terapia Antalgica ASL CN2: blocco epidurale in scopia e blind, blocchi nervosi eco guidati

3.2.3. Blocco antalgico delle faccette

Il blocco antalgico delle faccette articolari è una tecnica neuroinvasiva indicata nell'artropatia delle articolazioni zigoapofisarie cervicali, toraciche e lombari. Può essere sia diagnostica che terapeutica. L'approccio consiste nell'iniezione di anestetico locale e steroide a livello della giunzione tra due faccette articolari (debole evidenza per il blocco diagnostico), oppure nel blocco antalgico della branca mediale della divisione posteriore del nervo spinale (forte evidenza per il blocco diagnostico).

E' raccomandata la guida radioscopica.

L'indicazione al blocco diagnostico è:

- dolore somatico cervico-dorso-lombare almeno da tre mesi;
- dolore moderato-severo causato da disabilità funzionale;

- fallimento delle terapie conservative, incluse le terapie fisiche.

Sono raccomandate almeno due procedure a circa 15 giorni di distanza. La procedura può causare parestesie metameriche per spandimento dell'anestetico locale sul nervo spinale.

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo: blocchi delle faccette articolari lombari in scopia ed eco guidate

Terapia Antalgica ASL CN1:

- Savigliano: blocchi delle faccette articolari lombari in scopia ed eco guidate

Terapia Antalgica ASL CN2: blocchi delle faccette articolari lombari in scopia ed eco guidate

3.2.4 Blocco selettivo

Il blocco selettivo del nervo periferico viene eseguito infiltrando la miscela anestetica in corrispondenza di punti di reperi specifici per ogni nervo. La localizzazione dei nervi periferici da trattare può essere fatta mediante tecnica con elettrostimolazione associata o meno all'ausilio di metodiche di imaging (ecografia, radioscopia). Questo metodo può essere impiegato a scopo diagnostico, per stabilire se un determinato target nervoso possa essere il pain generator e quindi se possa essere indicata l'applicazione di metodiche neuromodulative a tale livello.

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo

Terapia Antalgica ASL CN1 (Savigliano)

Terapia Antalgica ASL CN2 (Alba - Bra)

3.2.5 Radiofrequenza

La radiofrequenza è una tecnica antalgica che si basa sulla somministrazione di onde a radiofrequenza su di un target nervoso periferico o centrale che sia stato interpretato come pain generator e la cui individuazione come tale, sia stata confermata con un blocco anestetico diagnostico. Le modalità applicative della radiofrequenza sono due:

- **radiofrequenza continua (termolesiva):** viene utilizzata nelle denervazioni del target (termolesione), la temperatura di applicazione oscilla tra i 65° e gli 85° a seconda del target trattato;
- **radiofrequenza pulsata (rimodulativa)** in questa tipologia applicativa le onde vengono applicate in modo refratto, utilizzando treni di onde intervallati da periodi di breve silenzio d'onda ; ciò al fine di evitare che la temperatura applicata al target superi il limite convenzionale di 42°, ritenuto non lesivo. Il meccanismo d'azione della RFP è tutt'ora poco chiaro ma si ritiene che esso sia basato sulla rimodulazione del segnale algogeno lungo la via nocicettiva, prevalentemente a livello della prima sinapsi; è stata dimostrata una modificazione dell'espressione di alcuni geni che presiedono alla codifica dei mediatori della trasmissione sinaptica stessa.

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo: Radiofrequenza pulsata radicolare, termolesione branca mediale, radiofrequenza intraspinale

Terapia Antalgica ASL CN1:

- Savigliano: Radiofrequenza pulsata radicolare, termolesione branca mediale, radiofrequenza intraspinale

Terapia Antalgica ASL CN2 (Alba-Bra):

Radiofrequenza pulsata radicolare, termolesione branca mediale

3.3. Terzo livello di intervento: Percorso terapeutico invasivo avanzato

3.3.1 Premessa

Il percorso terapeutico avanzato include procedure invasive, che vengono effettuate in regime di day hospital o di ricovero ordinario, in pazienti con dolore cronico grave (NRS \geq 6) non responsivi alle metodiche proprie del percorso terapeutico miniminvasivo.

3.3.2 Epidurolisi farmacologica/radiofrequenza pulsata

Procedura di lisi aderenziale indicata primariamente in pazienti affetti da FBSS o sindrome postlaminectomia; il razionale applicativo della procedura risiede nella possibilità di trattare il dolore cronico di cui soffrono pazienti sottoposti una o più volte a procedure chirurgiche sul rachide lombare e soprattutto rappresenta una reale alternativa terapeutica al reintervento chirurgico stesso.

La procedura consiste nel creare un accesso allo spazio epidurale lombare generalmente attraverso lo iato sacrale, per introdurre un catetere epidurale dedicato, farlo successivamente risalire a livello lombare su di un emispazio (o su entrambi) e poter trattare i metameri clinicamente scelti come targets. Il tutto viene effettuato sotto controllo radioscopico e contrastografico al fine di controllare la progressione del catetere e di verificare la presenza di elementi di ostacolo alla stessa, evidenziabili mediante una iniezione selettiva di mezzo di contrasto. La procedura di lisi aderenziale utilizza sia l'effetto meccanico del catetere sia l'effetto litico dei farmaci che vengono infusi (corticosteroide – anestetico locale – soluzione fisiologica ipertonica) che l'effetto antiinfiammatorio sulle radici spinali sede di flogosi perineurale. L'epidurolisi farmacologica può essere integrata con l'applicazione di RFP sulle radici targets utilizzando appositi cateteri bipolari concepiti per questo (l'applicazione della RFP stessa a livello del ganglio spinale e della radice).

Le tecniche oggi utilizzate sono due:

- a) **tecnica singola:** una sola peridurolisi effettuabile in regime di DH;
- b) **peridurolisi a iniezioni multiple** (2 – 3) effettuabile in regime di ricovero ordinario.

In associazione all'epidurolisi può essere effettuata, quando la contrastografia evidenzia una mancata diffusione del mezzo di contrasto a livello foraminale, un'infiltrazione intraforaminale con accesso esterno utilizzando aghi smussi e somministrando anestetico locale associato a corticosteroide. Oltre che nelle suddette principali indicazioni l'epidurolisi può trovare indicazione anche in altre situazioni di dolore lombare quali la stenosi del canale spinale lombare e le poliradicopatologie lombari multi metameriche.

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo

Terapia Antalgica ASL CN1:

- Savigliano: in programma per il 2017

Terapia Antalgica ASL CN2 (Alba-Bra)

3.3.3 Epiduroscopia diagnostica con eventuale lisi farmacologica / RFP

Questa tecnica rappresenta un'evoluzione rispetto all'epidurolisi; infatti viene utilizzata la fibroscopia ottica diretta intarepidurale per valutare quanto emerso clinicamente e dall'imaging radiologico. Sotto visione diretta si può procedere a lisi meccanica di eventuali aderenze utilizzando cateteri dedicati (versacat- fogarty ecc) integrando la procedura con somministrazione di farmaci o di RFP come nella tecnica di epidurolisi standard.

Centri erogatori

Algologia AO S. Croce e Carle – Cuneo
--

3.3.4 Neuromodulazione spinale elettrica

La Neurostimolazione midollare (SCS) è una terapia basata sulla stimolazione elettrica selettiva del midollo spinale tramite degli elettrocatteteri, impiantati nello spazio epidurale e connessi ad un generatore di impulsi, al fine di modificare la percezione del dolore nelle zone algiche. Lo stimolo elettrico erogato si traduce nella percezione di una parestesia da parte del paziente (sensazione simile ad un "formicolio") che si sostituisce alla sensazione dolorosa.

I sistemi per la stimolazione del midollo spinale sono generalmente costituiti da un massimo di cinque componenti.

La procedura di impianto del neurostimolatore spinale avviene generalmente in due fasi:

- Impianto provvisorio (o fase di test);
- Impianto definitivo.

Le linee guida del NICE (Technology Appraisal Guidance 159) raccomandano la neurostimolazione midollare (SCS) come opzione terapeutica nei pazienti adulti affetti da dolore cronico di origine neuropatica, che soffrono di sindrome dolorosa cronica (con un punteggio di almeno 50/100 della scala VAS) da almeno 6 mesi nonostante il trattamento medico convenzionale. Le condizioni di dolore neuropatico includono principalmente FBSS (Failed Back Surgery Syndrome) e CRPS (Complex Regional Pain Syndrome). A supporto di queste indicazioni, la British Pain Society afferma che i risultati di studi clinici randomizzati sostengono l'utilizzo della SCS nel trattamento del dolore da FBSS, CRPS, neuropatico e ischemico.

3.3.5 Neuromodulazione spinale farmacologica

La Neuromodulazione farmacologica (IDD = Intrathecal Drug Delivery) viene effettuata mediante l'utilizzo di una pompa totalmente impiantabile per infusione intratecale di farmaco. La terapia consiste nella somministrazione di oppioidi o altri analgesici direttamente nel liquido cerebrospinale che si trova nello spazio intratecale che circonda il midollo spinale.

Il farmaco viene somministrato grazie a un dispositivo (la pompa) dotato di serbatoio, collegato a un catetere posizionato nello spazio subaracnoideo.

I sistemi per la neuromodulazione farmacologica sono generalmente costituiti da:

- una pompa per infusione di farmaco, posizionata chirurgicamente sotto la cute;
- un catetere per infusione intratecale, posizionato nello spazio subaracnoideo, impiantato per via percutanea generalmente in anestesia locale;
- un programmatore portatile per il paziente, per eventuale somministrazione di boli aggiuntivi di farmaco entro limiti definiti dal medico;

- un programmatore per il medico per impostare o modificare parametri di infusione.

La procedura di impianto avviene generalmente in due fasi:

1. fase di test;
2. impianto della pompa.

Le linee guida ASIPP del 2009, riportano per la terapia IDD una raccomandazione di livello II-3 o III (limitata) per il sollievo a lungo termine da dolore cronico benigno di durata superiore a 1 anno. L'indicazione più comune per l'utilizzo della terapia IDD è il dolore correlato a patologie della colonna quali: aracnoidite, sindrome post- laminectomia, stenosi spinale e dolore intrattabile alla schiena e alle gambe.

Basandosi sui criteri di Guyatt et al, la raccomandazione all'utilizzo dell'infusione intratecale in pazienti correttamente selezionati è di tipo 1C/ forte.

Questa raccomandazione aggiorna ed integra l'evidenza citata nelle linee guida ASIPP del 2007, in cui l'infusione intratecale aveva evidenza forte per quanto riguarda il miglioramento del dolore cronico nel breve termine, mentre aveva evidenza moderata per la gestione del dolore a lungo termine.

Centri erogatori per la Neuromodulazione spinale elettrica e farmacologica

Come da indicazioni delle Direzioni Generali delle tre ASR dell'Area Piemonte sud-Ovest (prot. N.25650 del 7 settembre 2016) i Centri di Algologia dell'AO S.Croce e Carle- Cuneo e dell'ASL CN2 erogano i trattamenti per i pazienti, residenti nella Provincia di Cuneo, che necessitano di prestazioni ad alta complessità.

Algologia AO S. Croce e Carle– Cuneo: neurostimolazione midollare, pompe intratecali, tecniche intradiscali.

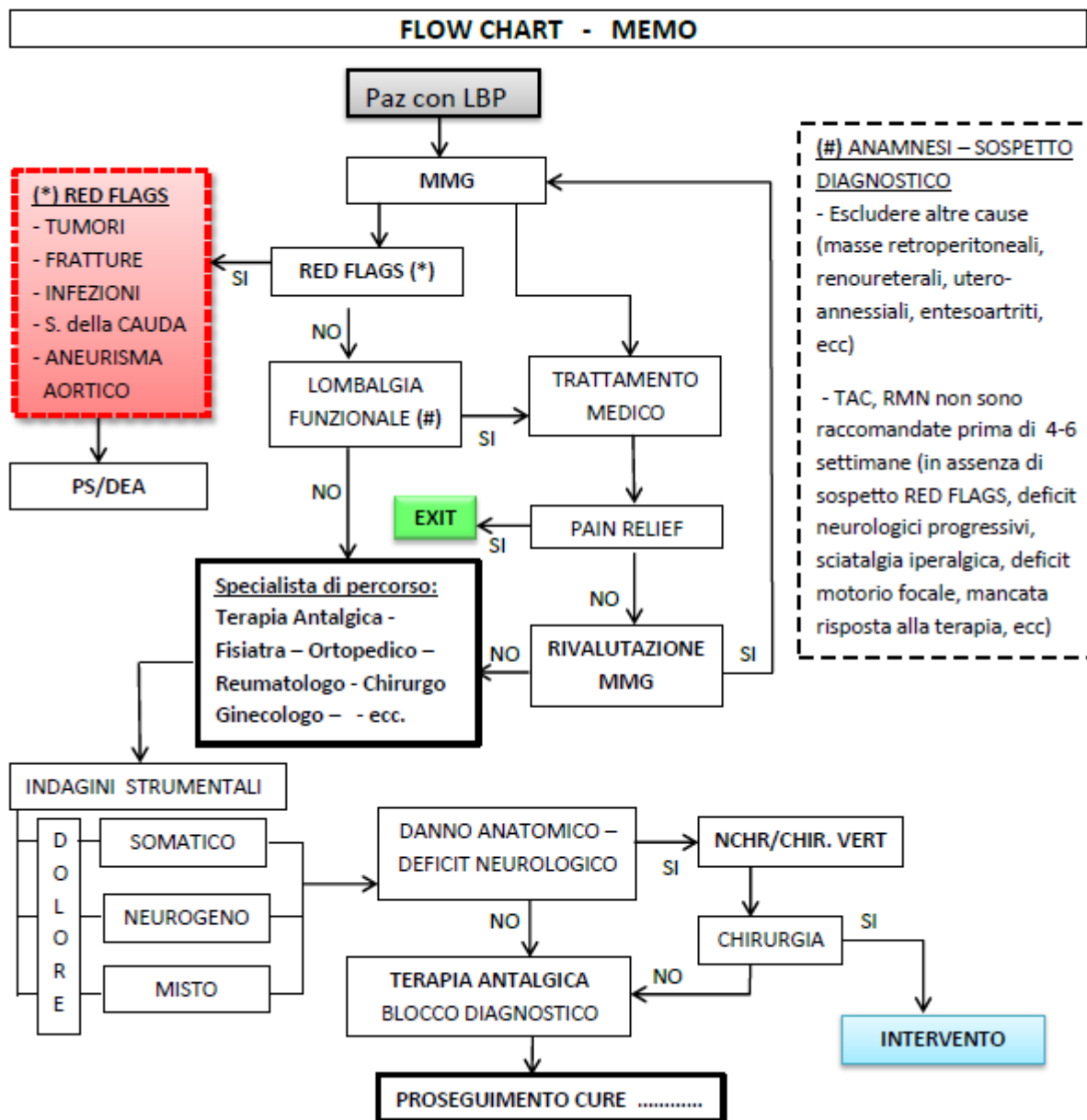
La struttura effettua nuovi impianti unitamente a sostituzioni dei generatori d'impulsi e pompe intratecali, le revisioni degli elettrocateri e le manutenzioni per i pazienti in carico.

Terapia Antalgica ASL CN2: neuro stimolazione midollare, pompe intratecali.

La struttura esegue nuovi impianti, sostituzioni dei generatori d'impulsi e pompe intratecali, le revisioni degli elettrocateri e le manutenzioni per i pazienti in carico.

Terapia Antalgica ASL CN1 sede Savigliano: gestione e ricarica pompa intratecali impiantate nei centri HUB.

3.4 Diagramma di flusso: percorso del paziente con LBP



4. DOCUMENTI CORRELATI

- MOD_003_Scheda di Valutazione Complessità del paziente affetto da dolore lombare Low Back Pain– LBP

5. BIBLIOGRAFIA

- Regione Piemonte: Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente con Low Back Pain
- Manchikanti L et al. Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Interventional Techniques in the Management of Chronic Spinal Pain. Pain Physician 2009; 12:699-802
- Deer et al. Consensus Guidelines for the Selection and Implantation of Patients With Noncancer Pain for Intrathecal Drug Delivery. Pain Physician 2010; 13:E175-E213
- Rauck RL, Wallace MS, Leong, Ms, et al. 2006. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Intrathecal Ziconotide in Adults with Severe Chronic Pain. J Pain Symptom Manage 31:393--406

6. INDICATORI

Indicatore di percorso:

Numero di accessi in PS/DEA delle tre aziende per dolore lombare scompensato nel 2017.

Standard: Riduzione del 10%rispetto agli accessi dell'anno 2016.

7. ELENCO DI DISTRIBUZIONE

Medicina di Medicina Generale ASL CN1 e ASL CN2

Direttore e Coordinatore delle Strutture di:

- Medicina e Chirurgia d'Urgenza (AO, ASL CN1)
- DEA (ASL CN2)
- Neurochirurgia (AO)
- Ortopedia (AO, ASL CN1, ASL CN2)
- Recupero e Riabilitazione Funzionale (AO, ASL CN1, ASL CN2)
- Anestesia e Rianimazione (AO, ASL CN1, ASL CN2)

NB: Deve rimanere evidenza della diffusione a tutti gli operatori coinvolti con gli strumenti presenti nelle aziende.

Gruppo di Lavoro			
(I componenti del Gruppo di Lavoro sono stati identificati e autorizzati dal Direttore/Responsabile della struttura di appartenenza)			
Struttura	Qualifica	Nome/Cognome	Firma
Algologia AO S.Croce e Carle Cuneo	Dirigente medico	Valentino Menardo	
Terapia del dolore ASL CN1 Savigliano-Saluzzo-Fossano	Dirigente medico	Dario Giaime	
Terapia del dolore ASL CN1 Ceva-Mondovì	Dirigente medico	Marino Grollero	
Terapia Antalgica ASL CN2	Dirigente medico	Salvatore Di Santo	
Distretto Cuneo-Borgo-Dronero ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Alessandro Fontana	
Distretto Mondovì-Ceva ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Claudio Blengini	
Distretto Fossano Savigliano ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Pier Domenico Bossolasco	
Distretto Saluzzo ASL CN1	Medico di Medicina Generale	Angelo Barbero	
Distretto Bra ASL CN2	Medico di Medicina Generale	Paola Geloso	
Distretto Alba ASL CN2	Medico di Medicina Generale	Paolo Spinelli	

Il documento è stato elaborato con la collaborazione delle strutture di:

- Medicina e Chirurgia d'Urgenza (AO, ASL CN1)
- DEA (ASL CN2)
- Neurochirurgia (AO)
- Ortopedia (ASL CN1, ASL CN2)
- Farmacia (AO, ASL CN1)
- Recupero e Riabilitazione Funzionale (ASL CN1)
- Funzione Qualità ed Accreditamento (AO, ASL CN1, ASL CN2)