



SOCIETÀ ITALIANA
G.U.I.D.A.
PER LA GESTIONE UNIFICATA E INTERDISCIPLINARE
DEL DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO E DELL'ALGODISTROFIA

IV CONGRESSO NAZIONALE

IL PATIENT-JOURNEY DELLA PERSONA CON
DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO O CON ALGODISTROFIA

PRESIDENTE

GIOVANNI IOLASCON

Centro Congressi Unione Industriali

TORINO 11-13 MAGGIO 2023

18.30-19.00 **Sessione IV**

Year in Pain: best of scientific reports on musculoskeletal pain in 2022

Moderatore: *A. Moretti*

18.30-18.45 Fisiopatologia - *M. Paoletta*

18.45-19.00 Clinica - *R. Pellegrino*

Raffaello Pellegrino, MD

Direttore Scientifico Casa di Cura di Riabilitazione

Istituto Santa Chiara Lecce-Roma

Campus LuDeS Lugano - Switzerland- off Campus

Semmelweis University

Non-specific LBP is the guideline-recommended label for the vast majority 90%–95% of LBP

Etichetta diagnostica utilizzata nelle forme di LBP in cui non è possibile identificare una causa strutturale specifica (ad esempio, radicolopatia, frattura, neoplasia).

Gli oppositori di questa “**etichetta**” diagnostica sostengono che viene percepita dal paziente come una non comprensione da parte del medico del problema e confligge con l'erogazione di cure personalizzate.

American Spine Society (la più grande società di medicina della colonna vertebrale negli Stati Uniti), nella sua linea guida cliniche 2020 per la diagnosi e valutazione del LBP, sembra rifiutare l'etichetta di: "LBP non specifico».

Received: 3 November 2020

Revised: 20 April 2022

Accepted: 16 May 2022

DOI: 10.1002/ejp.1981



ORIGINAL ARTICLE

Effect of diagnostic labelling on management intentions for non-specific low back pain: A randomized scenario-based experiment

Mary O’Keeffe¹  | Giovanni E. Ferreira¹  | Ian A. Harris^{1,2}  | Ben Darlow³  |
Rachelle Buchbinder^{4,5}  | Adrian C. Traeger¹  | Joshua R. Zadro¹  |
Rob D. Herbert^{6,7}  | Rae Thomas⁸  | Joletta Belton⁹  | Chris G. Maher¹ 

2 | METHODS

2.1 | Study design

This was a six-arm, parallel group, superiority randomized experiment with blinded participants conducted online. The study was approved by The University of Sydney Human Research Ethics Committee (2019/539).

Question Research

1. analizzare gli effetti di differenti etichette diagnostiche per il LBP sulla percezione del bisogno di imaging.
2. Valutare per differenti etichette diagnostiche la disponibilità a sottoporsi a un intervento chirurgico.
3. Valutare la convinzione dei pazienti sulla necessità di richiedere un secondo parere.
4. Valutare la convinzione sulla gravità percepita del LBP in termini di aspettative di recupero e capacità di lavoro e nelle attività fisiche.

Participants



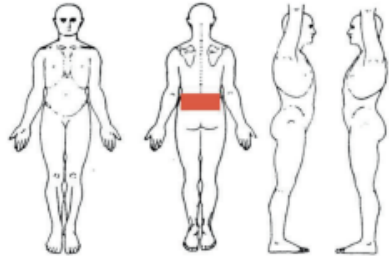
Sono stati reclutati tre gruppi di partecipanti:

- (1) adulti che soffrono di LBP e che hanno ricevuto un trattamento per LBP (ad esempio, un trattamento da parte di un medico, un fisioterapista, un chiropratico, un chirurgo o qualsiasi altro operatore sanitario).
- (2) adulti che soffrono di LBP e non hanno mai ricevuto un trattamento formale per LBP.
- (3) adulti che non hanno mai sofferto di LBP nella loro vita.

Participants

A tutti i partecipanti è stato fornito lo stesso scenario di una visita presso un medico di base per un problema di LBP. Lo scenario descriveva la localizzazione del dolore, il possibile evento scatenante e le limitazioni funzionali.

Imagine you are suffering from lower back pain. It started 3 days ago. You think the pain was set off by lifting some boxes, but you are not sure. You have no leg pain. The pain is in your lower back as shown by the red rectangle on the body chart below.



Over the past few days, you find it hard to move your back normally. For example, it is very hard to bend and twist. You have used heat and over the counter pain-relievers.

You visit your health care provider (e.g. doctor, physiotherapist, chiropractor, osteopath) as you still have pain.

Your health care provider asks you questions about your back pain, and some health questions to rule out any worrying causes. Your health care provider does a detailed physical examination. It involves: looking at your lower back, touching and pressing different parts of your lower back to check for problems, and asking you to move your lower back in different directions, bend over, and walk around.

AFTER THIS, YOUR HEALTH CARE PROVIDER TELLS YOU:

1. "YOU HAVE A DISC BULGE"

"Discs are the soft cushions of tissue between the bones in your spine. They are shock absorbers for your spine. They are tough on the outside, and soft on the inside. A bulge is when the soft part pushes out of its normal position."

2. YOU HAVE DEGENERATION OF THE SPINE"

"As you get older, joints and cartilage in your spine can break down and lose their water content. Degeneration is a kind of wear and tear of the spine."

3. "YOU HAVE ARTHRITIS OF THE SPINE"

"Your spine is made up of different bones, joints, and the discs in between. Discs are like the cushions of the spine. As you get older, bones, joints and discs wear out, break down and can get inflamed, which leads to pain."

4. "YOU HAVE A LUMBAR SPRAIN"

"Lots of soft tissues such as muscles, ligaments and tendons support the spine. You have pulled or torn one of these soft tissues."

5. "YOU HAVE NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN"

"You have tension, soreness, stiffness in the back, but I'm not able to say for sure which structure in your back the pain is coming from."

6. "YOU HAVE AN EPISODE OF BACK PAIN"

Immaginate di soffrire di dolore alla schiena. È iniziato 3 giorni fa. Pensate che il dolore sia stato provocato dal sollevare alcuni scatoloni, ma non ne siete sicuri. Non avete dolore alle gambe. Il dolore è nella parte bassa della schiena, come mostra il rettangolo rosso sulla tabella del corpo qui sotto.

Procedure



Dei 10.966 individui valutati per l'idoneità, 1447 partecipanti sono stati randomizzati per ricevere una delle sei etichette diagnostiche con le relative spiegazioni:

"ha una protrusione discale";

"ha una degenerazione della colonna vertebrale";

"ha un'artrite della colonna vertebrale";

"ha una distorsione lombare";

"ha una lombalgia aspecifica";

"ha un episodio di dolore alla schiena"

Procedure



Tutti e sei i gruppi hanno poi ricevuto la stessa rassicurazione dal medico di base: "Non sono preoccupato che ci sia qualcosa di grave in corso. Penso che nel complesso le sue prospettive siano buone. Il movimento aiuterà. Prima riusciamo a farla tornare alle sue normali attività e al lavoro, più è probabile che il suo mal di schiena migliori".

Primary Outcome

Outcome primario riguardava la convinzione della necessità di eseguire una diagnostica per immagini per il LBP.

Secondary Outcome

La disponibilità a sottoporsi a un intervento chirurgico per LBP, la convinzione della necessità di un secondo parere per LBP, la gravità percepita di LBP e le aspettative di recupero. Altri risultati secondari includevano le convinzioni sull'attività fisica e le convinzioni sul lavoro.

RESULTS

Primary Outcome

I partecipanti che hanno ricevuto l'etichetta di episodio di mal di schiena, distorsione lombare e LBP non specifico hanno percepito una minore necessità di imaging lombare rispetto a coloro che hanno ricevuto le etichette artrite, degenerazione e protrusione discale.

RESULTS

Secondary Outcome

I partecipanti che hanno ricevuto le etichette LBP non specifico, distorsione lombare e episodio di mal di schiena erano meno disposti a sottoporsi a un intervento chirurgico rispetto a quelli che avevano ricevuto le etichette degenerazione, discopatia e artrite.

Secondary Outcome

I partecipanti che hanno ricevuto le etichette distorsione lombare, episodio di mal di schiena e LBP aspecifico hanno percepito una minore necessità di un secondo parere rispetto a coloro che hanno ricevuto l'etichetta artrite, degenerazione e discopatia.

Secondary Outcome

La distorsione lombare ha costantemente registrato la minore necessità di un secondo parere rispetto alle altre cinque etichette. I partecipanti con l'etichetta artrite hanno percepito una maggiore necessità/bisogno di un secondo parere rispetto a quelli che hanno ricevuto l'etichetta di discopatia.

RESULTS

Secondary Outcome

I partecipanti che hanno ricevuto le etichette distorsione lombare, episodio di mal di schiena e LBP aspecifico avevano aspettative di guarigione più elevate rispetto a coloro che hanno ricevuto le etichette artrite, degenerazione, discopatia.

Secondary Outcome

Non sono state riscontrate differenze nelle convinzioni che l'attività fisica e il lavoro siano dannosi tra le sei etichette.

CONCLUSIONS

Le percezioni dei pazienti possono avere una grande influenza sulle scelte decisionali dei medici. L'uso di etichette che aumentano la percezione del bisogno di imaging da parte dei pazienti potrebbe aumentare la quantità effettiva di imaging prescritto.

Take home Message



Cambiare il modo in cui etichettiamo il LBP può contribuire a ridurre gli esami e i trattamenti medici non necessari e ad aumentare la convinzione della vigile attesa, dell'autocura e delle opzioni di trattamento meno intensive raccomandate dalle linee guida per la gestione del LBP non specifico.

[JAMA Netw Open](#). 2022 Aug; 5(8): e2228870.

PMCID: PMC9419019

Published online 2022 Aug 26. doi: [10.1001/jamanetworkopen.2022.28870](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28870)

PMID: [36018591](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36018591/)

Estimating Risk of Chronic Pain and Disability Following Musculoskeletal Trauma in the United Kingdom

[David W. Evans](#), PhD,¹ [Alison Rushton](#), PhD,² [Nicola Middlebrook](#), PhD,³ [Jon Bishop](#), PhD,⁴ [Marco Barbero](#), PhD,⁵ [Jaimin Patel](#), MD, PhD,^{4,6} and [Deborah Falla](#), PhD¹

Studio osservazionale, prospettico di coorte su pazienti ricoverati in un ospedale con un centro traumatologico a Birmingham.

Quali fattori agiscono precocemente dopo una lesione traumatica e come possono influenzare lo sviluppo del dolore cronico e disabilità ?

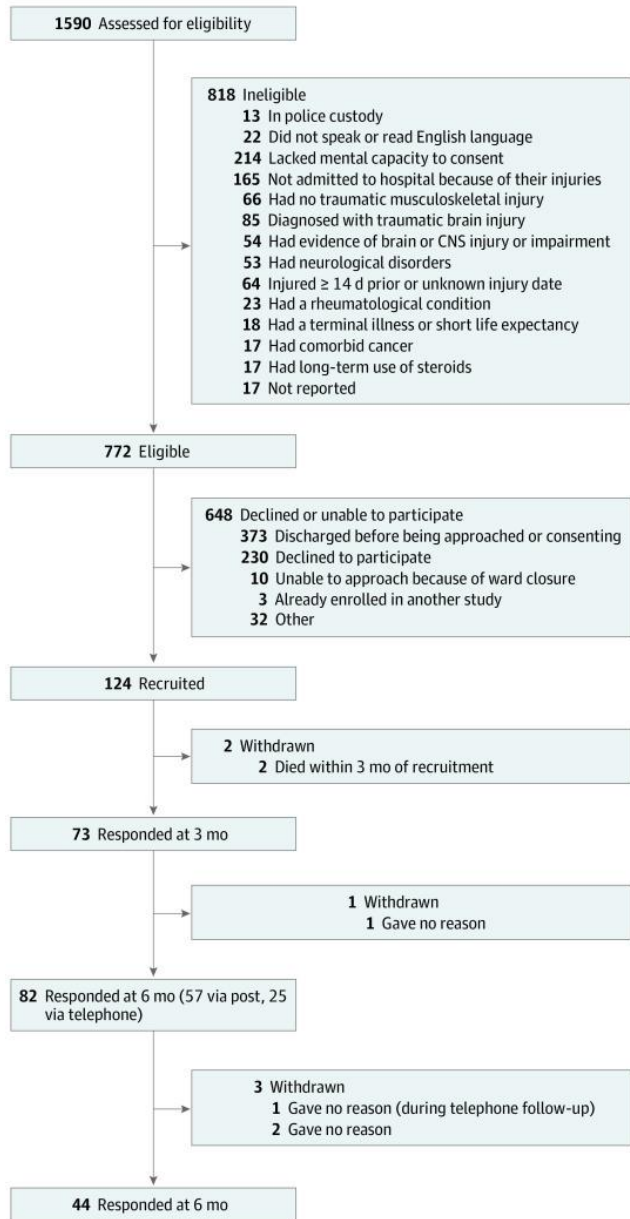
Gli obiettivi di questo studio erano:

- (1) descrivere le variabili precoci associate a un cattivo esito a lungo termine del dolore e della disabilità post-trauma
- (2) presentare uno strumento di screening per stimare i pazienti a rischio di sviluppare un cattivo esito del dolore a lungo termine.

Participants

- età pari o superiore a 16 anni
- trauma muscoloscheletrico acuto nei 14 giorni precedenti.

Sono stati esclusi i pazienti con lesioni intracraniche acute (ad esempio, emorragie), disturbi neurocognitivi (ad esempio, tumori cerebrali, sclerosi multipla, malattia di Alzheimer o malattia di Parkinson), condizioni reumatologiche in corso, uso prolungato di corticosteroidi, cancro in comorbilità o malattia terminale con breve aspettativa di vita.



1590 Assessed for eligibility

772 Eligible

124 Recruited

I partecipanti hanno compilato questionari al basale, a 3 mesi, a 6 mesi (punto temporale primario) e a 12 mesi.

I partecipanti hanno ricevuto le cure abituali in base alle loro lesioni (ad esempio, farmaci per il dolore, interventi chirurgici o riabilitazione).

L'esito è stato misurato a 6 mesi (punto temporale primario) e a 12 mesi utilizzando la Chronic Pain Grade Scale (CPGS). Le risposte alla CPGS sono state classificate in uno dei 5 gradi di dolore cronico:

- nessun dolore (grado 0),
- bassa disabilità e dolore di bassa intensità (grado I),
- bassa disabilità e dolore di alta intensità (grado II),
- alta disabilità e dolore di intensità moderatamente limitante (grado III)
- alta disabilità e dolore di intensità gravemente limitante (grado IV).

In linea con studi precedenti è stato definito un esito sfavorevole sul CPGS come dolore cronico di grado II o superiore.

La gamma di variabili misurate al basale è stata pensata per essere la più completa possibile, comprendendo fattori psicosociali (ad esempio, ansia, depressione, sintomi di stress post-traumatico) e surrogati per le 4 categorie primarie del dolore: nocicettivo (ad esempio, gravità della lesione e numero di fratture), neuropatico (ad esempio, questionario painDETECT), marcatori infiammatori (ad esempio, livello di proteina C-reattiva) e nociplastico (ad esempio, test sensoriali quantitativi ed estensione del dolore).

Dei 124 partecipanti, 114 partecipanti (91,9%) hanno subito almeno una frattura e 50 (40,3%) più di una. Analogamente, 109 (87,9%) hanno subito almeno un intervento chirurgico dopo il ricovero in ospedale.

Al controllo a 6 mesi solo 19 (23,2%) degli 82 intervistati hanno riferito un buon esito (cioè, grado I o 0), mentre 63 (76,8%) hanno riferito un esito scadente (cioè, grado II e superiore).

Primary Outcome

L'obiettivo primario di questo studio di coorte era stimare un esito sfavorevole per il dolore cronico e la disabilità in seguito a un trauma muscoloscheletrico. Un'ampia maggioranza (76,8%) degli intervistati ha riportato un esito negativo (dolore cronico di grado II o superiore) a 6 mesi.

I partecipanti che hanno riportato un esito negativo a 6 mesi o a 12 mesi hanno trascorso in media molti più giorni in ospedale rispetto a quelli che hanno riportato un esito positivo. C'era una differenza media di 8,23 giorni a 6 mesi e una differenza media di 11,76 giorni a 12 mesi.

Non vi erano differenze significative nei gruppi di esito a 6 o 12 mesi per i valori basali della qualità del sonno, della proteina C-reattiva o della soglia del dolore di qualsiasi modalità (pressione, calore o freddo) e localizzazione (locale o riferito rispetto al sito della lesione).

I domini più probabilmente associati a un esito sfavorevole, sulla base di stime puntuali univariate a 6 mesi, erano:

- i sintomi da stress post-traumatico,
- la distribuzione spaziale del dolore,
- l'intensità del dolore
- il numero di fratture.

Ad eccezione del numero di fratture, i domini che hanno maggiori probabilità di essere associati a un esito negativo sono potenzialmente modificabili.

RUOLO DELLE FRATTURE

Oltre il 90% del campione aveva subito una o più fratture, ma il numero medio di fratture era più elevato nei soggetti con esito sfavorevole sia a 6 mesi che a 12 mesi.

RUOLO DELLE PTSD

I sintomi dello stress post-traumatico sono le variabili univariate con maggiore probabilità di essere associate a esiti negativi a lungo termine.

Pertanto, è necessario prestare attenzione a questi sintomi come indicatore per la gestione precoce del dolore post-trauma.

RUOLO DEL DOLORE

Sia l'estensione corporea del dolore che l'intensità del dolore sono variabili associate alla cronicizzazione.

La media del dolore percepito era il fattore univariato più probabilmente associato a esiti negativi a lungo termine.

RUOLO DELL'INFIAMMAZIONE

È stato sorprendente che i valori della proteina C-reattiva non sembrano offrire alcun valore nella stima degli esiti in questo campione.

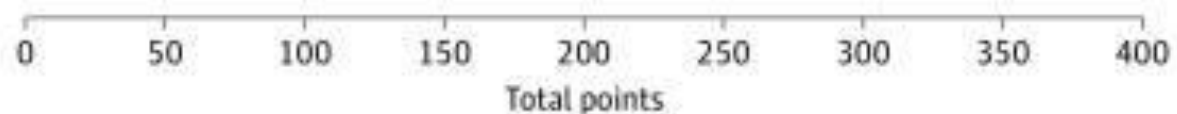
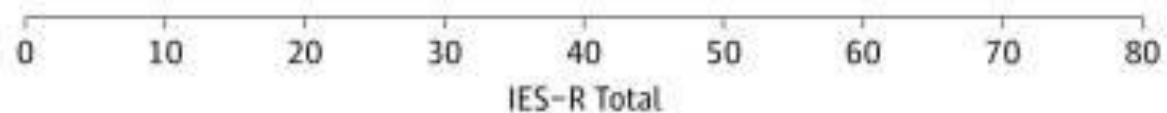
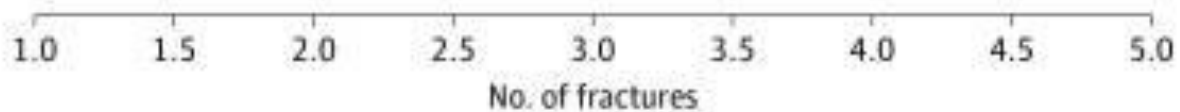
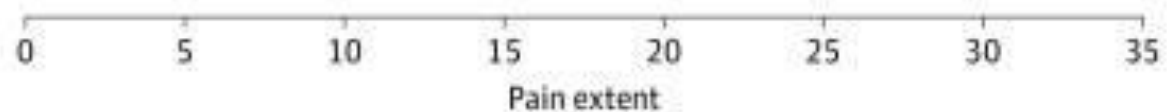
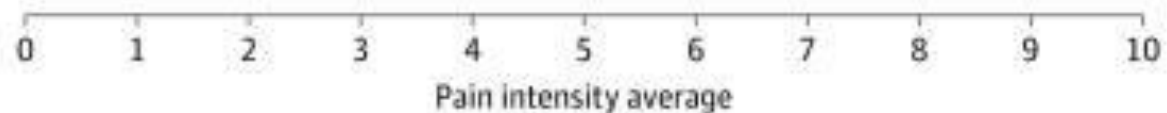
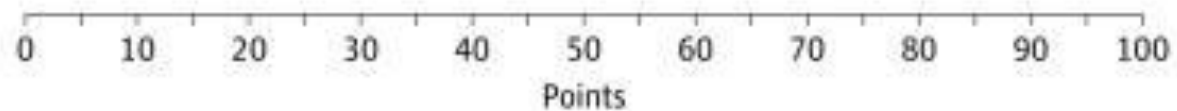
RUOLO DELLA QUALITA' DEL SONNO

La qualità percepita del sonno non è stata associata agli esiti.

Screening Tool

Il secondo obiettivo di questo studio era quello di creare uno strumento di screening clinico per stimare quali pazienti fossero a rischio di sviluppare dolore post-traumatico a lungo termine e disabilità a 6 mesi.

I risultati di questo studio hanno permesso di creare uno strumento di screening (un nomogramma) in grado di stimare accuratamente un esito sfavorevole nei soggetti che hanno subito lesioni muscolo-scheletriche traumatiche recente.



Conclusions

I risultati confermano che un esito sfavorevole a lungo termine delle lesioni traumatiche muscolo-scheletriche può essere stimato da misure registrate entro pochi giorni dalla lesione.

Conclusions

I risultati dello studio suggeriscono che i sintomi di stress post-traumatico, la distribuzione spaziale del dolore, l'intensità media del dolore percepito e il numero di fratture sono buoni candidati per uno strumento di screening clinico derivato.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE