



Gruppo di Ricerca Geriatrica

*Journal Club*

12 Novembre 2004

---

**CASO CLINICO:  
LOMBALGIA**

*Alessandra Marrè*

# ANAMNESI FISIOLGICA E SOCIALE

---

- La paziente (XX) di 81 anni giunge alla nostra osservazione il 14/10/2004 proveniente dal domicilio
- Familiarità + per depressione: 1 fratello con disturbo bipolare, 1 sorella suicida
- Destrimane, scolarità 5 anni. Menopausa fisiologica a 52 anni. Ha lavorato nella trattoria della suocera fino al 1980
- Coniugata, ha una figlia. Vive con il marito
- Beve saltuariamente vino, non ha mai fumato

# ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (I)

---

- Nel '73 segnalato dalla figlia un episodio depressivo con spunti fobico-deliranti
- Da allora numerose recidive, una più grave e prolungata dopo la menopausa
- Da almeno 15 anni lamenta lombalgia cronica con saltuarie acutizzazioni, in assenza di rilevanti limitazioni funzionali. Gli accertamenti e le visite eseguite mostrano un quadro di artrosi
- Da anni ipertensione arteriosa e diabete
- Nel '90 episodio di FAP convertita con Amiodarone
- Nel '97 frattura omero sx da caduta trattata con osteosintesi
- Marzo 2000: intervento cataratta OD

# ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (II)

Ricovero nel nostro Reparto nel Maggio 2000, dimessa con diagnosi: “Esiti di frattura di Colles sx e soma vertebrale L1 da caduta (17/3/2000); encefalopatia vascolare (esiti di ictus ischemico); disturbo dell’equilibrio e della marcia a genesi polifattoriale (encefalopatia vascolare, recente allettamento, parkinsonismo iatrogeno); episodio anamnestico di FAP (‘90) in attuale profilassi con Amiodarone; ipertensione arteriosa stadio 1 con danno d’organo (cardiopatía ipertensiva); intolleranza glucidica; obesità; artrosi diffusa; ipovisus da pseudoafachia chirurgica OD; esiti di frattura omero sx trattata con osteosintesi (‘97); episodi depressivi anamnestici”.

MMSE: 26/30; B.I: 69→89/100; IADL perse: 6/8;

Tinetti: 18→26/28; GDS: 6/30; peso=75 Kg

# ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (III)

---

- Nel Luglio 2000 una MOC mostra valori di densità ossea indicativi di osteoporosi
- Nel Maggio 2001 interventi di safenectomia bilaterale
- Nel Luglio 2001 ricovero in Cardiologia per angina instabile; coronarografia: malattia di 1 vaso (stenosi tubulare calcifica di IVA). Durante il ricovero episodio di FAP convertita farmacologicamente. Inizia terapia ipoglicemizzante orale
- Nel Settembre 2001 nuovo ricovero in Cardiologia; ecocardiogramma: modica ipertrofia concentrica del VS con normale fx (FE 60%)

# ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (IV)

- Nel Febbraio 2002 ricovero in NCH per emorragia intraparenchimale spontanea parietale dx. Alla TC encefalo focoloiaio emorragico (2 cm), lacune ischemiche ai nuclei della base bilateralmente. Episodio di FAP convertita farmacologicamente. All'EEG anomalie lento-irritative emisferiche sx; prescritto Fenobarbital per 1 anno
- Nell'Ottobre 2002 ipotiroidismo, inizia tp sostitutiva
- Nel Novembre 2003 ricovero in cardiologia per EPA con FA; all'eco acinesia del SIV, FE 40%. Inizia TAO, un mese dopo elettroconversione

# ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (I)

---

- Ai primi di Settembre, in seguito ad una caduta, riacutizzazione della lombalgia con difficoltà nei movimenti e progressivo decadimento funzionale. Assume FANS senza alcun beneficio
- Il 23/9/2004 ricovero in Ortopedia, diagnosi: “frattura somatica amielica recente di L5 e inveterata di L1” prescritto busto Camp C35
- Alla dimissione la paziente è confusa, incapace di mantenere la stazione eretta senza aiuto. Continua a lamentare lombalgia, soprattutto di notte
- La sintomatologia persiste e si accompagna a scompenso glicemico ed ipotensione

# ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA (II)

---

- Il 26/9 viene visitata dal cardiologo che consiglia consulto chirurgico per il riscontro di addome poco trattabile
- Il 27/9/2004 ricovero in Chirurgia per addome acuto; il 30/9 esegue intervento di colecistectomia e toilette cavo addominale per peritonite diffusa da colecistite gangrenosa perforata. Decorso complicato polmonite con insufficienza respiratoria (UTI) e delirium
- Il 6/10/2004 dimessa; per l'impossibilità di gestire la paziente al domicilio viene richiesta visita geriatrica (Dr. Speciale → ricovero)



# ANAMNESI FARMACOLOGICA

- Terapia domiciliare:

- Efexor 75 mg (*Venlafaxina*) 1 cp
- Gliben (*Glibenclamide*) 1/2 cp x 3
- Dilatrend 6.25 (*Carvedilolo*) 1/2 cp x 2
- Eutirox 100 mcg (*L-Tiroxina*) 1 cp
- Valpression 160 mg (*Valsartan*) 1 cp
- Sintrom 4 mg (*Acenocumarolo*) sec. INR
- Nitroderm TTS 10 (*Nitroglicerina*) 1 cerotto
- Antra 20 mg (*Omeprazolo*) 1 cp

# ESAME OBIETTIVO E VMD

- Paziente vigile, poco orientata. Cute pallida. Ferita in ipocondrio dx, iperemica, con deiscenza di alcuni punti
- Toni cardiaci validi, aritmici. E.O toracico negativo. PA 130/80, FC 70 R
- Addome batraciano, trattabile, non dolente, lievemente dolorabile diffusamente; O.I. in sede, peristalsi scarsa
- Non deficit di forza ai 4 arti. ROT simmetrici, vivaci AASS, ipoevocabili AAll. Lieve ipertono plastico agli arti inferiori. Tremore assente. RCP indifferente a sx, Babinski a dx.

- Valutazione multidimensionale:

MMSE = 9/30    B.I. = 71 → 32/100    IADL perse = 7/8

CAM = pos (3/4)    3-OZ test = neg    TINETTI = 4/28

BMI = 21,2

# EPICRISI (I)

Paziente di 80 anni, proveniente dal domicilio. E' affetta da:

- Recente colecistectomia (30/9/2004) per peritonite diffusa da colecistite gangrenosa perforata complicata da polmonite con insufficienza respiratoria
- Cardiopatia ischemica (malattia di 1 vaso, 2001) con disfunzione VS (FE 40%)
- Pregressi episodi di fibrillazione atriale (cardioversione elettrica) in TAO
- Ipertensione arteriosa con danno d'organo (cardiopatia ipertensiva)
- Diabete mellito tipo 2 in terapia con ipoglicemizzante orale
- Obesità
- Pregressa emorragia intraparenchimale parietale dx (Febbraio 2002)
- Lombalgia cronica in paziente con spondiloartrosi e osteoporosi conclamata con fratture vertebrali multiple (L1, L5)
- Disturbo dell'equilibrio e della deambulazione a genesi multifattoriale
- Ipotiroidismo a genesi verosimilmente iatrogena (Amiodarone)
- Pregressa frattura omero sx trattata con osteosintesi ('97)

# EPICRISI (II)

- Paziente coniugata, vive con il marito; assistita dalla figlia e da personale retribuito (dal 2000) in tutte le ADL.
- Da circa 6 anni comparsa di difficoltà alla deambulazione con episodi di caduta senza perdita di coscienza, riduzione dell'iniziativa psicomotoria, disturbi cognitivi. Tale quadro ha avuto decorso ingravescente, pur con ampie fluttuazioni, ed ha ridotto l'autonomia della paziente (da 3 anni non esce di casa). Negli ultimi due anni riferiti maggiore apatia, disorientamento e maggiore frequenza nelle cadute.
- Da circa due mesi riacutizzazione della lombalgia in seguito a caduta; diagnosi di frattura L5
- Per peggioramento del dolore ricovero in Chirurgia per peritonite diffusa da colecistite gangrenosa perforata, operata.

# DECORSO

- All'ingresso CAM +  
D] DELIRIUM PREVALENTE POST-CHIRURGICO
- ECG: RS; FC 68/min; PQ 0.18"; EASx; alterazioni diffuse aspecifiche della RV
- 1°-7° giornata: persiste stato confusionale. Prosegue antibiotico; inizia Insulina per scompenso glicemico e Tramadolo per lombalgia. In miglioramento le condizioni della ferita. Diuresi valida. Si alimenta. Inizia FKT con mobilizzazione e passaggi posturali assistiti
- 8°-20° giornata: migliorano le condizioni generali, il dolore e lo stato confusionale, anche se persiste deficit di attenzione (CAM 2/4). Discreto compenso glicemico. Di notte riposa. Rimosso CV con ripresa della minzione spontanea. Esegue i passaggi posturali e deambula per brevi tratti solo con aiuto.

# ESAMI EMATICI

Esame	Ingresso	26/10		Valori normali
GB	7.3	8.6	10 <sup>3</sup> /ul	4.00-9.00
GR	3.3	3.8	10 <sup>6</sup> /ul	4.00-5.50
Ht	31.4	35.8	%	38.0-50.0
Hb	9.8	11.5	g/dl	11.5-14.5
MCV	94.6	92.6	fI	80.0-95.0
PLT	280	165	10 <sup>3</sup> /ul	150-400
Neutrofili	73.7	72.6	% * 10 <sup>3</sup> /ul	40.0-75.0
Linfociti	13.6	10.8	% * 10 <sup>3</sup> /ul	0.80-4.00
Monociti	8.6	4.5	% * 10 <sup>3</sup> /ul	0.0-12.0
Eosinofili	3.6	2.6	% * 10 <sup>3</sup> /ul	0.0-2.5
Basofili	0.5	0.5	% * 10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.54
VES	70	57	mm/1° ora	0-20
PCR	4.8	2.1	mg/dl	0.0-1.0
Azotemia	33	26	mg/dl	10-50
Creatinina	1.1	0.9	mg/dl	0.5-1.2
Ac. Urico	4.5		mg/dl	1.5-7.0
Na	142	140	Mmol/L	136-146
K	4.3	3.8	Mmol/L	3.5-5.10
Cl	102	99	Mmol/L	98-108
Glicemia	79		mg/dl	60-110
Colesterolo tot	199		mg/dl	120-200
Trigliceridi	211		mg/dl	40-160
GOT	11		U/L	0-40
GPT	10		U/L	0-40
Fosfatasi alc	164		U/L	90-270
γGT	29		UI/L	5-30
Bilirubina tot	0.3		mg/dl	0-1.2
PT (INR)	1.9			0.9-1.1
proteine tot	5.4		g/dl	6.2-8.2
albumina	44.8		%	55.1-66.1
α1	6.3		%	1.7-3.3
α2	17.8		%	8.2-13-0
β	15.0		%	9.5-15-0
γ	16.1		%	10.3-18.3
FT3	1.60		pg/ml	1.71-3.71
FT4	1.51		ng/dl	0.7-1.48
TSH	6.35		MicroUI/ml	0.35-4.94
Sideremia	20		microg/dl	70-150
Transferrina	203		Mg/dl	200-350
Ferritinemia	87		Ng/ml	15-400

# ESAMI STRUMENTALI

- **Rx torace** (22/10/2004): Esame eseguito in unica proiezione a paziente seduta. I campi polmonari appaiono non molto espansi. Non si identificano lesioni pleuro parenchimali a focolaio in atto. Rinforzo del disegno broncopolmonare a carattere bronchitico in sede para ilare dx. L'emidiaframma dx appiatto e il seno costo frenico omolaterale verosimilmente obliterato per minima componente di versamento infrapolmonare. Aorta calcifica all'arco. A carico dell'ombra cardiovasale netta procidenza del terzo arco di sn.
- **Ecocardiogramma** (22/10/2004): segni di cardiopatia ipertensiva con buona cinetica del VS, FE 55%, mentre è ridotta la funzione diastolica. Insufficienza mitralica lieve-media.

# VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

---

MMSE = 17/30

All'esame neuropsicologico si rileva declino cognitivo di grado moderato, caratterizzato da:

- grave disorientamento temporale;
- grave deficit di attenzione sostenuta e selettiva;
- deficit di memoria episodica;
- grave deficit di fluenza verbale (fonemica e semantica);
- grave deficit di elaborazione e riproduzione di materiale visuospatiale complesso;
- deficit di critica e giudizio.

Il tono dell'umore è lievemente depresso.



# DECORSO: aggiornamento

- Attualmente la paziente esegue il passaggio seduta-in piedi con minimo aiuto e deambula con girello anche per tratti lunghi.
- Tinetti 12/11/2004: 17/28
- Riferisce lombalgia solo su richiesta specifica
- Persiste lieve deficit attentivo con fluttuazioni meno ampie (CAM 12/11/2004: neg)
- Il tono dell'umore è discreto
- Dx 12/11/2004: 133 mg%
- Terapia:
  - Sintrom (*Acecumarolo*)
  - Vasoretic (*Enalapril+Idroclorotiazide*)
  - Eutirox (*L-Tiroxina*)

# LOMBALGIA: epidemiologia

- Colpisce in egual misura uomini e donne. Esordio più spesso a 30-50 anni
- E' la causa più comune di disabilità lavorativa nei soggetti <45 anni
- Incidenza 45%/anno in soggetti <55 anni
- Framingham: in soggetti di età media 78 anni il 22% lamenta lombalgia per > 1 settimana
- Bergstrom: 38% dei soggetti tra 70-79 anni riferisce lombalgia
- Può originare da diverse strutture
- Fino all'85% dei pazienti non riceve una diagnosi con un correlato anatomico-clinico

TABLE 1. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LOW BACK PAIN.\*

MECHANICAL LOW BACK OR LEG PAIN (97%)†	NONMECHANICAL SPINAL CONDITIONS (ABOUT 1%)‡	VISCERAL DISEASE (2%)
Lumbar strain, sprain (70%)§	Neoplasia (0.7%)	Disease of pelvic organs
Degenerative processes of disks and facets, usually age-related (10%)	Multiple myeloma	Prostatitis
<i>Herniated disk</i> (4%)	Metastatic carcinoma	Endometriosis
<i>Spinal stenosis</i> (3%)	Lymphoma and leukemia	Chronic pelvic inflammatory disease
Osteoporotic compression fracture (4%)	Spinal cord tumors	Renal disease
Spondylolisthesis (2%)	Retroperitoneal tumors	Nephrolithiasis
Traumatic fracture (<1%)	Primary vertebral tumors	Pyelonephritis
Congenital disease (<1%)	Infection (0.01%)	Perinephric abscess
Severe kyphosis	Osteomyelitis	Aortic aneurysm
Severe scoliosis	Septic diskitis	Gastrointestinal disease
Transitional vertebrae	Paraspinal abscess	Pancreatitis
Spondylolysis¶	Epidural abscess	Cholecystitis
Internal disk disruption or diskogenic low back pain	<i>Shingles</i>	Penetrating ulcer
Presumed instability**	Inflammatory arthritis (often associated with HLA-B27) (0.3%)	
	Ankylosing spondylitis	
	Psoriatic spondylitis	
	Reiter's syndrome	
	Inflammatory bowel disease	
	Scheuermann's disease (osteochondrosis)	
	Paget's disease of bone	

\*Figures in parentheses indicate the estimated percentages of patients with these conditions among all adult patients with low back pain in primary care. Diagnoses in italics are often associated with neurogenic leg pain. Percentages may vary substantially according to demographic characteristics or referral patterns in a practice. For example, spinal stenosis and osteoporosis will be more common among geriatric patients, spinal infection among injection-drug users, and so forth. Data are adapted from Hart et al.,<sup>2</sup> Deyo,<sup>12</sup> Deyo et al.,<sup>13</sup> and Deyo and Diehl.<sup>14</sup>

†The term "mechanical" is used here to designate an anatomical or functional abnormality without an underlying malignant, neoplastic, or inflammatory disease. Approximately 2 percent of cases of mechanical low back or leg pain are accounted for by spondylolysis, internal disk disruption or diskogenic low back pain, and presumed instability.

‡Scheuermann's disease and Paget's disease of bone probably account for less than 0.01 percent of nonmechanical spinal conditions.

§"Strain" and "sprain" are nonspecific terms with no pathoanatomical confirmation. "Idiopathic low back pain" may be a preferable term.

¶Spondylolysis is as common among asymptomatic persons as among those with low back pain, so its role in causing low back pain remains ambiguous.

||Internal disk disruption is diagnosed by provocative diskography (injection of contrast material into a degenerated disk, with assessment of pain at the time of injection). However, diskography often causes pain in asymptomatic adults, and the condition of many patients with positive diskograms improves spontaneously. Thus, the clinical importance and appropriate management of this condition remain unclear. "Diskogenic low back pain" is used more or less synonymously with "internal disk disruption."

\*\*Presumed instability is loosely defined as greater than 10 degrees of angulation or 4 mm of vertebral displacement on lateral flexion and extension radiographs. However, the diagnostic criteria, natural history, and surgical indications remain controversial.

# LOMBALGIA: decorso

- Le forme non specifiche nella maggior parte dei casi hanno prognosi favorevole
- Nel 90% dei pazienti regressione in 2 settimane (*BMJ*, 1994)
- Un terzo dei pazienti migliora a una settimana e due terzi a sette (*BMJ*, '98)
- Recidive: 40% a sei mesi
- Anche la storia naturale delle ernie discali è favorevole (sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico; in due terzi dei casi vi è risoluzione dell'ernia a sei mesi): solo il 10% dei pazienti dopo sei settimane ha dolore persistente
- Stenosi del canale: a 4 anni il 15% migliora, 70% è stabile e 15% peggiora

---

### **Red flags in patients with low back pain**

- Acute onset in elderly people
  - Constant or progressive pain
  - Nocturnal pain
  - Fever, night sweats, weight loss
  - Morning stiffness
  - Bilateral or alternating symptoms
  - Neurological disturbance
  - Sphincter disturbance
  - Immunosuppression
  - Current or recent infection
  - History of malignancy
  - Claudicant symptoms, signs of peripheral ischaemia or abdominal mass
  - Pain that is not improved with lying in the fetal position or prone with the stomach supported
-

# LOMBALGIA: diagnosi

- Anamnesi, segni associati
- Valutazione del dolore
- Esame obiettivo
- Rx: nei giovani solo in pazienti con febbre, perdita di peso, storia di neoplasia, deficit neurologici o traumi (non migliora l'accuratezza diagnostica né la cura). Negli anziani con dolore di recente insorgenza SEMPRE
- TC o RMN: maggiore sensibilità. Non va eseguita all'esordio in tutti i pazienti; vi è una scarsa correlazione con il dolore, in assenza di segni neurologici specifici

**TABLE 2. REPRESENTATIVE RESULTS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING STUDIES IN ASYMPTOMATIC ADULTS.\***

STUDY	SUBJECTS	ANATOMICAL FINDINGS				
		HERNIATED DISK	BULGING DISK	DEGENERATIVE DISK	STENOSIS	ANNULAR TEAR
		prevalence (%)				
Boden et al. <sup>26</sup>	Volunteers <60 yr old	22	54	46	1	NR
	Volunteers ≥60 yr old	36	79	93	21	NR
Jensen et al. <sup>27</sup>	Volunteers (mean age, 42 yr)	28	52	NR	7	14
Weishaupt et al. <sup>28</sup>	Volunteers (mean age, 35 yr)	40	24	72	NR	33
Stadnik et al. <sup>29</sup>	Patients referred for head or neck imaging (median age, 42 yr)	33	81	72	NR	56

\*NR denotes not reported.

# LOMBALGIA: trattamento

- RIPOSO: nessuna evidenza in ABP (Acute Back Pain) con o senza sciatica
- FKT: efficace in CBP (Chronic Back Pain) (migliorano dolore e outcomes funzionali) ma non in ABP
- MANIPOLAZIONI: stessa efficacia di analgesici e FKT sia in ABP che in CBP
- TENS: nessuna evidenza di efficacia
- TERAPIA INFILTRATIVA: nessuna evidenza di efficacia
- MASSOTERAPIA: efficace nelle forme subacute e croniche
- STRATEGIE COMPORTAMENTALI: efficaci in CBP
- RIABILITAZIONE MULTIDISCIPLINARE: efficace in CBP se intensiva



# LOMBALGIA: terapia farmacologica

- FANS: efficaci in APB e a breve termine in CPB (Chronic Back Pain)
- MIORILASSANTI: efficaci a breve termine in ACP
- OPPIOIDI: efficaci sul dolore in CBP, non sugli outcomes funzionali, elevata frequenza di effetti collaterali
- ANTIDEPRESSIVI: efficaci sempre nei pazienti con disturbo depressivo clinicamente evidente; nei pazienti senza depressione clinica i triciclici sono comunque efficaci sul dolore
- STEROIDI: nessuna evidenza di efficacia

---

---

**TABLE 3.** INDICATIONS FOR SURGICAL REFERRAL AMONG PATIENTS WITH LOW BACK PAIN.

---

**SCIATICA AND PROBABLE HERNIATED DISKS**

The cauda equina syndrome (surgical emergency): characterized by bowel or bladder dysfunction (usually urinary retention), numbness in the perineum and medial thighs (i.e., in a saddle distribution), bilateral leg pain, weakness, and numbness

Progressive or severe neurologic deficit

Persistent neuromotor deficit after 4–6 weeks of nonoperative therapy

Persistent sciatica (not low back pain alone) for 4–6 weeks, with consistent clinical and neurologic findings (in this circumstance, and for persistent neuromotor deficit, surgery is elective, and patients should be involved in decision making)

**SPINAL STENOSIS**

Progressive or severe neurologic deficit, as for herniated disks

Back and leg pain that is persistent and disabling, improves with spine flexion, and is associated with spinal stenosis on imaging tests; surgery is elective, and patients should be involved in decision making

**SPONDYLOLISTHESIS**

Progressive or severe neurologic deficit, as for herniated disks

Spinal stenosis with referral indications as above

Severe back pain or sciatica with severe functional impairment that persists for a year or longer

---

# CONCLUSIONI (I)

---

- La lombalgia è una patologia molto frequente, sia in forma acuta che cronica, in tutte le età
- In molti casi non si trova il correlato anatomico-clinico
- La storia naturale della malattia è favorevole: la maggior parte dei pazienti migliora spontaneamente
- La valutazione diagnostica è essenzialmente clinica; un approccio strumentale aggressivo e in tempi rapidi nella maggioranza dei casi non è indicato

# CONCLUSIONI (II)

---

- Vi sono segni e sintomi che devono indurre ad un approfondimento diagnostico (red flags)
- Esiste il rischio, in un paziente depresso, ad elevata comorbidità e con compromissione cognitiva, soprattutto se affetto da lombalgia cronica, di non riconoscere un “red flag”