



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Durerea lombară la adult

Protocol clinic național

PCN-201

Chișinău, 2013

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 24.10.2013, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. ... din ...12.2013
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Durerea lombară la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Diomid Gherman	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, academician al AȘ din RM
Mihail Gavrițuc	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vitalie Lisnic	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Moldovanu	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, director, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Svetlana Pleșca	d.ș.m., cercetător științific superior, șef al Laboratorului Vertebro-neurologie, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Marina Sangheli	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali:

Aurel Bodiu	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Neurochirurgie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Victor Ghicavii	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Bivol	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Coman	director, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	director executiv, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Iurie Osoianu	vicedirector, Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

PREFATĂ

A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

- A.1. Diagnosticul
- A.2. Codul bolii (CIM 10)
- A.3. Utilizatorii
- A.4. Scopurile protocolului
- A.5. Data elaborării protocolului
- A.6. Data următoarei revizuirii
- A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului
- A.8. Definițiile folosite în document
- A.9. Informația epidemiologică

B. PARTEA GENERALĂ

- B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară
- B.2. Nivelul consultativ specializat de ambulatoriu (neurolog)
- B.3. Nivelul de staționar (raional, municipal)
- B.4. Nivelul consultativ specializat (neurolog republican)
- B.5. Nivelul de staționar specializat (secția vertebroneurologie republicană)

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

- C.1.1. Algoritm de diagnostic și tratament de bază a DL
- C.1.2. Algoritm durerii radiculare

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

- C.2.1. Clasificarea
- C.2.2. Factorii de risc
- C.2.3. Conduita pacientului cu DL
 - C.2.3.1. Anamneza
 - C.2.3.2. Examenul fizic
 - C.2.3.3. Investigațiile paraclinice
 - C.2.3.4. Diagnosticul diferențial
 - C.2.3.5. Criteriile de spitalizare
 - C.2.3.6. Tratamentul

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

- D.1. Instituțiile de AMP
- D.2. Instituțiile de consultativ-diagnostice
- D.3. Secțiile de neurologie/terapie ale spitalelor raionale
- D.4. Secțiile de neurologie ale spitalelor municipale/republicane
- D.5. Secția specializată a INN

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

ANEXE

- Anexa 1- Interpretarea algoritmului de diagnostic și tratament de bază al DL
- Anexa 2 - Interpretarea algoritmului dureri radiculare
- Anexa 3 - Monitorizarea Psihosocială și Instrumente de Evaluare
- Anexa 4 - Chestionarul sănătății pacientului
- Anexa 5 - Chestionar pentru aprecierea evenimentelor pe care pacienții încearcă să le evite din cauza fricii față de declanșarea durerii
- Anexa 6 - Chestionarul Roland – Morris de Evaluare a Dizabilității datorate Durerii Lombare
- Anexa 7 - Ierarhia dovezilor și puterea recomandărilor
- Anexa 8 – Ghidul pentru pacienți

BIBLIOGRAFIE

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatorii nesteroidiene
ATC	Antidepresive triciclice
COX-2	Ciclooxigenaza - 2
DIV	Disc intervertebral
DL	Durere lombară
DLa	Durere lombară acută
DLcr	Durere lombară cronică
DLN	Durere lombara nespecifică
DZ	Diabet zaharat
ECN	Examenul conducerii nervoase
EMG	Electromiografie
HLG	Hemoleucogramă
HTA	Hipertensiune arterială
INN	Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
INR	Raport normalizat internațional
IRM	Imagerie prin rezonanță magnetică
IRSN	Inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei
L4, L5	Vertebre lombare 4 și 5
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOS	Ne-specificat altfel (not otherwise specified)
ROT	Reflexele osteotendinoase
S	Serotonergic
S1	Segment vertebral sacral 1
S-NA	Serotonergic-noradrenergic
SNC	Sistem nervos central
SVA	Scala vizuală analogă
TC	Tomografie computerizată
TCC	Terapie cognitiv comportamentală
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSH	Viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

Acest protocol clinic național a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Institutului de Neurologie și Neurochirurgie și Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile clinice internaționale actuale privind durerea lombară și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale (extras din protocolul clinic național aferent pentru instituția dată, fără schimbarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor etc.), în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent.

La recomandarea MS RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Durerea lombară

Exemple de formulare a diagnosticului:

- Lombalgie acută vertebrogenă (modificări degenerativ-distrofice) cu dereglări de ortostațiune și mobilității, sindrom miofascial localizat.
- Lombosciatică subacută pe dreapta de origine vertebrală (anterospondilolisteză L4, stenoza canalului vertebral), cu sindrom algic moderat și dereglări de ortostațiune, evoluție recurentă.
- Radiculopatie L5-S1 pe stânga vertebrogenă (modificări degenerativ-distrofice), discogenă (extruzii ale nucleului pulpos DIV L4-L5 pre-intraforaminală pe stânga-8 mm, DIV L5-S1 paramedian pe stânga 20x13 mm transligamentar) cu sindrom algic persistent, dereglări de ortostațiune pronunțate și de mers. Evoluție trenantă, stadiu de acutizare.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M51.1 Tulburările discului lombar și ale altor discuri intervertebrale cu radiculopatie (G55.1*)

Sciatica datorită unei afecțiuni a discului intervertebral

Exclude: Radiculita lombară NOS (54.16)

M51.2 Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat

Lumbago datorită deplasării unui disc intervertebral

M54.1 Radiculopatia lombară

Radiculopatia lombo-sacrală

Exclude: Radiculopatia cu afecțiune a discului lombar și a altor discuri intervertebrale (54.1)

M54.3 Sciatica

Exclude: leziunea nervului sciatic (G57.0)

sciatica: - datorită afecțiunii discului intervertebral (M51.1)

- cu lumbago (M54.4)

M54.4 Lumbago cu sciatică

Exclude: cea datorită afecțiunii discului intervertebral (M51.1)

M54.5 Dorsalgie joasă

Durere musculară lombară

Întindere a zonei inferioare a spatelui

Lumbago NOS

Exclude: lumbago:

- datorită deplasării unui disc intervertebral (M51.2)

- cu sciatică (M54.4)

A.3. Utilizatorii:

- centrele de sănătate, oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
 - centrele consultative specializate de ambulator raionale/municipale/republicane (medici neurologi);
 - secțiile de boli interne ale spitalelor raionale/municipale/republicane (medici boli interne, medici neurologi);
- secțiile de neurologie ale spitalelor municipale și republicane (medici neurologi, medici neurochirurghi);

Notă: Acest protocol, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Îmbunătățirea evaluării și reevaluării pacienților adulți (peste 18 ani) cu durere lombară și radiculopatie discogenă.
2. Optimizarea procesului de diagnostic imagistic în funcție de durata și evoluția maladiei (semne de alarmă „stegulețe roșii”).
3. Creșterea gradului de utilizare a tratamentului de bază drept tratament de primă linie.
4. Creșterea utilizării scalelor validate de apreciere a gradului de durere și stării funcționale pentru diferențierea abordărilor de tratament cu scop de a îmbunătăți capacitatea funcțională a pacientului.
5. Ameliorarea procesului curativ la pacienții cu dureri lombare.
6. Reducerea ratei complicațiilor la pacienții cu dureri lombare.
7. Perfecționarea metodicii de profilaxie a exacerbărilor la pacienții cu dureri lombare și radiculopatie discogenă.
8. Reducerea ratei invalidizării prin dureri lombare și complicații neurologice.

A.5. Data elaborării protocolului: 2013

A.6. Data revizuirii: 2015

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Diomid Gherman	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, academician al AȘ din RM
Mihail Gavriiliuc	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vitalie Lisnic	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ion Moldovanu	d.h.ș.m., profesor universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, director, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Svetlana Pleșca	d.ș.m., cercetător științific superior, șef al Laboratorului Vertebro-neurologie, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie
Marina Sangheli	d.ș.m., conferențiar universitar, Catedra Neurologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Persoana responsabilă semnătura
Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea neurologilor din RM	
Comisia științifico-metodică de profil „Neurologie”	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Durerea lombară acută – durerea lombară cu durata până la șase săptămâni. *Faza acută timpurie* se consideră perioada cu durere mai puțin de două săptămâni și *faza acută tardivă* este durerea de la două până la șase săptămâni secundară recuperării întârziate potențiale sau perioada de risc pentru dezvoltarea durerii lombare cronice. Durerea lombară poate avea evoluție recurentă. În cazul în care a existat recuperare completă, durerea instalată între episoadele recurente se consideră ca recurentă acută.

Durerea lombară subacută – durerea lombară cu durata de la 6 până la 12 săptămâni de la debutul simptomelor.

Durerea lombară cronică - durerea lombară cu durata mai mult de 12 săptămâni. Durerea lombară cronică se caracterizează prin prezența simptomelor cronice, care sunt suficient de importante pentru afectarea funcției sau calității vieții, având evoluție ciclică cu exacerbări intermitente. Aceste exacerbări sunt acute pe fundalul simptomelor cronice.

Durerea lombară recurentă este definită drept un episod nou după o perioadă fără simptome de 6 luni, dar nu o exacerbare a unei dureri lombare cronice.

Atitudinea de frică-evitare - convingerea că durerea este dăunătoare, rezultând în frica de mișcare sau reafectare și, astfel, comportament de protejare și evitare.

Chestionarul Roland – Morris de Evaluare a Dizabilității datorate Durerii Lombare (Low Back Pain Disability Questionnaire of Roland and Morris) este un instrument de evaluare a pacienților cu durere de spate cu scop de a determina nivelul de dizabilitate și măsurarea rezultatelor după intervenția terapeutică.

Chestionarul sănătății pacientului (PHQ 9 – Patient Health Questionnaire) este un instrument multifuncțional de evaluare pentru screening-ul, diagnosticul, monitorizarea și măsurarea gradului de severitate de depresie în asistența medicală primară.

Îngrijire conservativă - măsuri de tratament non-chirurgicale, cum ar fi exercițiile, fizioterapia și terapia manipulativă a coloanei vertebrale.

Radiculopatie - disfuncția radiculară cauzată de compresie, fiind asociată de durere, dereglări senzoriale și motorii, sau diminuarea reflexelor osteotendinoase segmentare.

Recuperare tardivă - creșterea perioadei de revenire la activitățile normale în comparație cu recuperarea așteptată în evoluția naturală a durerii radiculare sau durerii lombare nespecifice.

Evaluarea recuperării tardive sau Evaluarea dizabilității/riscului durerii cronice - identificarea factorilor de risc care duc la cronicizarea durerii lombare sau dizabilitate. Acești factori deseori includ „stegulețele galbene” sau factori de risc psihosociali. De asemenea, evaluarea poate include factorii administrativi și de la locul de muncă.

Scala vizuală analogă - o scară constând dintr-o linie de 10 cm cu două puncte extreme de la 0 – „nici o durere” până la 10 - „durere maximală”, imaginar insuportabilă. Pacienții sunt rugați să indice durerea lor, prin plasarea unui marcaj pe linia corespunzătoare la nivelul durerilor lor actuale.

Sciatică – dureri în distribuția nervului sciatic (partea posterioară sau laterală a membrului inferior, până la gleznă sau călcâi) datorată în general unei radiculopatii a rădăcinilor care contribuie la formarea nervului sciatic (L4,L5,S1).

Specialist în patologia coloanei vertebrale - medic, care oferă evaluare și tratament non-chirurgical al durerii lombare folosind metode de tratament bazate pe dovezi.

Stegulețe galbene – indicatorii factorilor de risc psihosociali și de muncă, precum și altor factori care cresc riscul de a dezvolta durere lombară persistentă.

Stegulețe roșii – semne clinice remarcate în istoricul maladiei și examenul obiectiv, care ar putea indica prezența patologiei spinale grave și necesită investigații suplimentare. Acestea sunt: vârsta peste 50 de ani, pierderea inexplicabilă în greutate, antecedente de cancer, lipsa ameliorării durerilor lombare timp de o lună, traumă recentă și utilizarea prelungită a corticosteroizilor.

Terapia cognitiv comportamentală - o abordare psihoterapeutică, care are drept scop rezolvarea problemelor referitoare la emoții disfuncționale, comportament și cogniție.

Terapia manipulativă a coloanei vertebrale - intervenții terapeutice aplicate prin terapie manuală, care includ manipularea și mobilizarea coloanei vertebrale.

A.9. Informația epidemiologică:

Durerea lombară este cea mai costisitoare condiție benignă în țările industrializate [27]. Experții de domeniu au estimat că circa 80% din populația SUA suferă pe parcursul vieții de DL cauzată de patologia coloanei vertebrale [11]. Prevalența anuală a DL este de 15-45%. Circa 33,2% din pacienți cu durere în spate prezintă simptomatologie pentru o perioadă mai puțin de o lună, 33% raportează durere pentru 1-5 luni și 32,7% pacienți – mai mult de 6 luni. Cronicizarea simptomatologiei se observă la circa 2-7% pacienți [2].

DL ocupă locul doi după motivele de adresare la medic pentru o boală cronică, este a cincea cauză de spitalizare și al treilea cel mai frecvent motiv pentru o intervenție chirurgicală, impactul socio-economic fiind unul major [42].

Durerea în spate reprezintă un simptom, cauza căruia este complexă, implicând afectarea musculară, articulară, vertebrală și/sau a structurilor spinale și nervilor periferici. Una din cele mai frecvente cauze ale durerii în spate este hernia discală, afectând 1/3 din populația mai mare de 20 ani. În 3% cazuri este observată implicarea radiculară. Spondiloza în asociere cu degenerarea discului intervertebral, la fel ca și stenoza canalului spinal (3%) este o altă cauză a durerii locale sau radiculare. Unele studii clinice demonstrează rolul important al patologiei fațetelor articulare în declanșarea durerii la 15-67% de pacienți și al articulațiilor sacro-iliace – în 2-30% cazuri. Sindroamele mio-fasciale, fibromialgia, artropatia inflamatorie și tulburările osoase metabolice (fracturi compresive osteoporotice - 4%) la fel pot cauza durerea lombară cronică [7,9,59].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.2.	Prevenirea apariției durerilor lombare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Identificarea și reducerea factorilor de risc prin educația primară prin intermediul materialelor educative cu privire la dureri de spate, prevenirea și îngrijirea unui spate sănătos. • Accentul ar trebui pus pe responsabilitatea pacientului, ergonomia la locul de muncă și tratamentul de auto-îngrijire a durerii lombare acute (anexa 8), (caseta 3,21).
1.2. Profilaxia secundară	Prevenirea reapariției durerilor lombare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> - postura corectă în timpul mersului, în ortostatism sau în poziție șezândă; - executarea în mod regulat a exercițiilor fizice; - purtarea încălțămintei comode, cu toc jos; - saltea ortopedică pentru somn; - evitarea și igiena ridicării greutăților; - monitorizarea greutății corporale; - renunțarea la fumat; - controlul posturii corporale; - igiena locului de muncă.
2. Diagnosticul		
2.1. Efectuarea screening-ului medical al pacienților cu DL (la prima vizită)	Controlul durerii și prevenirea invalidității. Determinarea „factorilor de alarmă” și stărilor de urgență pentru consult sau referire la medicul specialist. Stabilirea diagnosticului preventiv și inițierea tratamentului.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 4) • Examenul obiectiv (casele 8, 9) • Considerarea factorilor psihosociali (caseta 7) • Identificarea factorilor de risc ai afecțiunilor grave „factorii de alarmă” (caseta 6) • Determinarea stărilor de urgență (caseta 5) • Investigații paraclinice – nu sunt necesare, <i>cu excepția cazurilor de prezență a „factorilor de alarmă”</i> • Hemoleucograma – în cazul suspectării unui cancer sau infecției!
2.2. Deciderea consultului specialistului/spitalizării		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Consultul specialistului cât de repede posibil al pacienților cu factori de risc ai afecțiunilor grave și stări de urgență (casele 5, 6). • Evaluarea criteriilor de spitalizare (casele 15,16).
3. Tratamentul		
3.1. Tratament medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINS • Miorelaxante
3.2. Tratament nemedicamentos		<ul style="list-style-type: none"> • Măsurile de auto-îngrijire (anexa 9, caseta 21)
4. Supravegherea		
4.1. Supravegherea	Aprecierea evoluției DL și prevenirea cronicizării sindromului algic.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenirea acutizărilor de DL – profilaxia secundară (casele 3, 21, anexa 9) • Aprecierea necesității consultului medicului

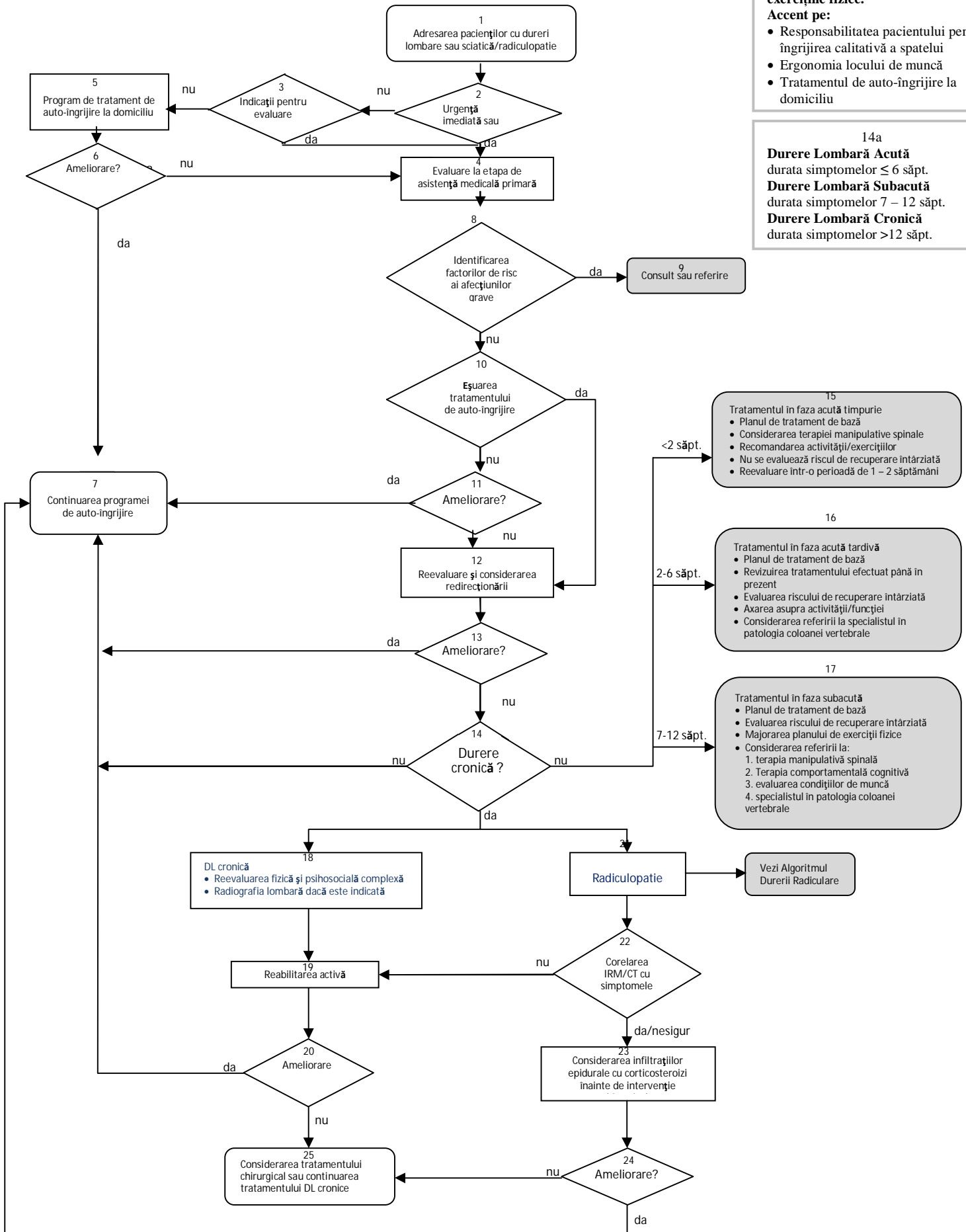
		neurolog și alți specialiști la necesitate (casetele 4,8)
5. Recuperarea	Prevenirea dizabilității funcționale.	<ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea eficacității tratamentului • Exerciții fizice • Tratament sanatorial
B.2 Nivel de asistență medicală consultativ-specializată de ambulator (neurolog)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea diagnosticului C.2.3	Diagnosticul cert urmat de administrarea unui tratament complex va minimaliza dezvoltarea dizabilităților funcționale și cronicizarea durerii.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă 4) • Examenul obiectiv (casetă 8,9) • Considerarea factorilor psihosociali • Identificarea factorilor de risc ai afecțiunilor grave „factori de alarmă” (casetă 6) • Determinarea stărilor de urgență (casetă 5) • Investigații paraclinice și imagistice (casetele 10,11,12,13) • Diagnosticul diferențial (casetă 14) • Indicațiile pentru consultația specialiștilor (urolog, ginecolog, oncolog, traumatolog, reumatolog, hematolog).
1.2. Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulator C.2.3.5.		Determinarea necesității spitalizării conform criteriilor de spitalizare (casetele 15,16)
2. Tratamentul		
2.1. Tratament medicamentos C.2.3.6.		<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol – adresare primară • AINS • Miorelaxante • Antidepresante • Anticonvulsivante
2.2. Tratament nemedicamentos și de reabilitare		<ul style="list-style-type: none"> • Măsuri de auto-îngrijire (anexa 9, caseta 21) • Tratament fizioterapic
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea	Aprecierea eficacității tratamentului administrat în evoluția DL.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenirea acutizărilor DL – profilaxia secundară (casetă 3) • Aprecierea necesității consultului medicului specialist în patologia coloanei vertebrale și alți specialiști la necesitate (casetele 4,8) • Supravegherea eficacității tratamentului
4. Recuperarea	Prevenirea dizabilității funcționale.	<ul style="list-style-type: none"> • Exerciții fizice • Tratament sanatorial
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (secțiile de neurologie, nivel raional și municipal)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea	Stabilirea diagnosticului cert și elaborarea tacticii de tratament la pacienții cu evoluția progresivă sau în lipsa răspunsului adecvat la	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizare în secțiile neurologie raionale, municipale • Evaluarea criteriilor de spitalizare (casetele 15,16)

	tratatamentul administrat. Revizuirea diagnosticului.	
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea clinică și paraclinică a diagnosticului	Diagnosticul cert urmat de administrarea unui tratament complex va minimaliza dezvoltarea dizabilităților funcționale și cronicizarea durerii.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 4) • Examenul obiectiv (casele 8,9) • Considerarea factorilor psihosociali (caseta 7) • Determinarea stărilor de urgență (caseta 5) • Investigații paraclinice și imagistice (casele 10,11,12,13) • Aprecierea necesității consultului specialistului în patologia coloanei vertebrale, neurochirurgului.
3. Tratamentul		
3.1. Tratament medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> • AINS • Opioide • Miorelaxante • Antidepresante • Anticonvulsivante • Corticosteroizi – administrare intramusculară locală (paravertebral) (caseta 18, tabellele 1, 2)
3.2. Tratament nemedicamentos și de reabilitare		<ul style="list-style-type: none"> • Tratament fizioterapic • Acupunctură • Kinetoterapie (tabelul 2)
4. Externarea		
4.1. Externarea și referirea către nivelul primar de asistență medicală	Continuarea tratamentului/ supraveghere pacienților cu DL	Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat (casele 1, 2). • Rezultatele investigațiilor și a consultațiilor efectuate • Recomandările pentru pacient • Recomandările pentru medicul de familie
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (secție specializată)		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea	Subdiagnoza prin particularizarea structurilor implicate în procesul patologic și elaborarea tacticii de tratament individualizate la pacienții cu evoluția progresivă sau în lipsa răspunsului adecvat la tratamentul administrat. Revizuirea diagnosticului.	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea în secția specializată republicană • Evaluarea criteriilor de spitalizare (casele 15, 16)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea clinică și paraclinică a diagnosticului	Subdiagnoza și tratamentul individualizat va minimaliza cronicizarea durerii și numărul intervențiilor chirurgicale prin urmare va reduce numărul de persoane cu handicap funcțional.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 4) • Examenul obiectiv (casele 8,9) • Considerarea factorilor psihosociali (caseta 7) • Determinarea stărilor de urgență (caseta 5) • Investigații paraclinice, electrofiziologice și imagistice (casele 10,11,12,13) • Aprecierea necesității consultului neurochirurgului.

3. Tratamentul		
3.1. Tratament medicamentos		<ul style="list-style-type: none"> • AINS • Opioides • Miorelaxante • Antidepresante • Anticonvulsivante • Corticosteroizi – administrare epidurală, perineurală, intraarticulară, locală
3.2. Tratament nemedicamentos și de reabilitare		<ul style="list-style-type: none"> • Tratament fizioterapic • Acupunctură • Kinetoterapie
4. Externarea		
4.1. Externarea și referirea către nivelul raional și primar de asistență medicală	Continuarea tratamentului/ supraveghere pacienților cu DL	Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat (casete 1,2). • Rezultatele investigațiilor și a consultațiilor efectuate • Recomandările pentru pacient • Recomandările pentru medicul neurolog de circumscripție și/sau medicul de familie

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de diagnostic și tratament de bază a DL



Educarea pacientului cu privire la profilaxia primară, incluzând modul sănătos de viață și exercițiile fizice.

Accent pe:

- Responsabilitatea pacientului pentru îngrijirea calitativă a spatelui
- Ergonomia locului de muncă
- Tratamentul de auto-îngrijire la domiciliu

14a

Durere Lombară Acută
durata simptomelor ≤ 6 săpt.

Durere Lombară Subacută
durata simptomelor 7 – 12 săpt.

Durere Lombară Cronică
durata simptomelor >12 săpt.

15

Tratamentul în faza acută timpurie

- Planul de tratament de bază
- Considerarea terapiei manipulative spinale
- Recomandarea activității/exercițiilor
- Nu se evaluează riscul de recuperare întârziată
- Reevaluare într-o perioadă de 1 – 2 săptămâni

16

Tratamentul în faza acută tardivă

- Planul de tratament de bază
- Revizuirea tratamentului efectuat până în prezent
- Evaluarea riscului de recuperare întârziată
- Axarea asupra activității/funcției
- Considerarea referirii la specialistul în patologia coloanei vertebrale

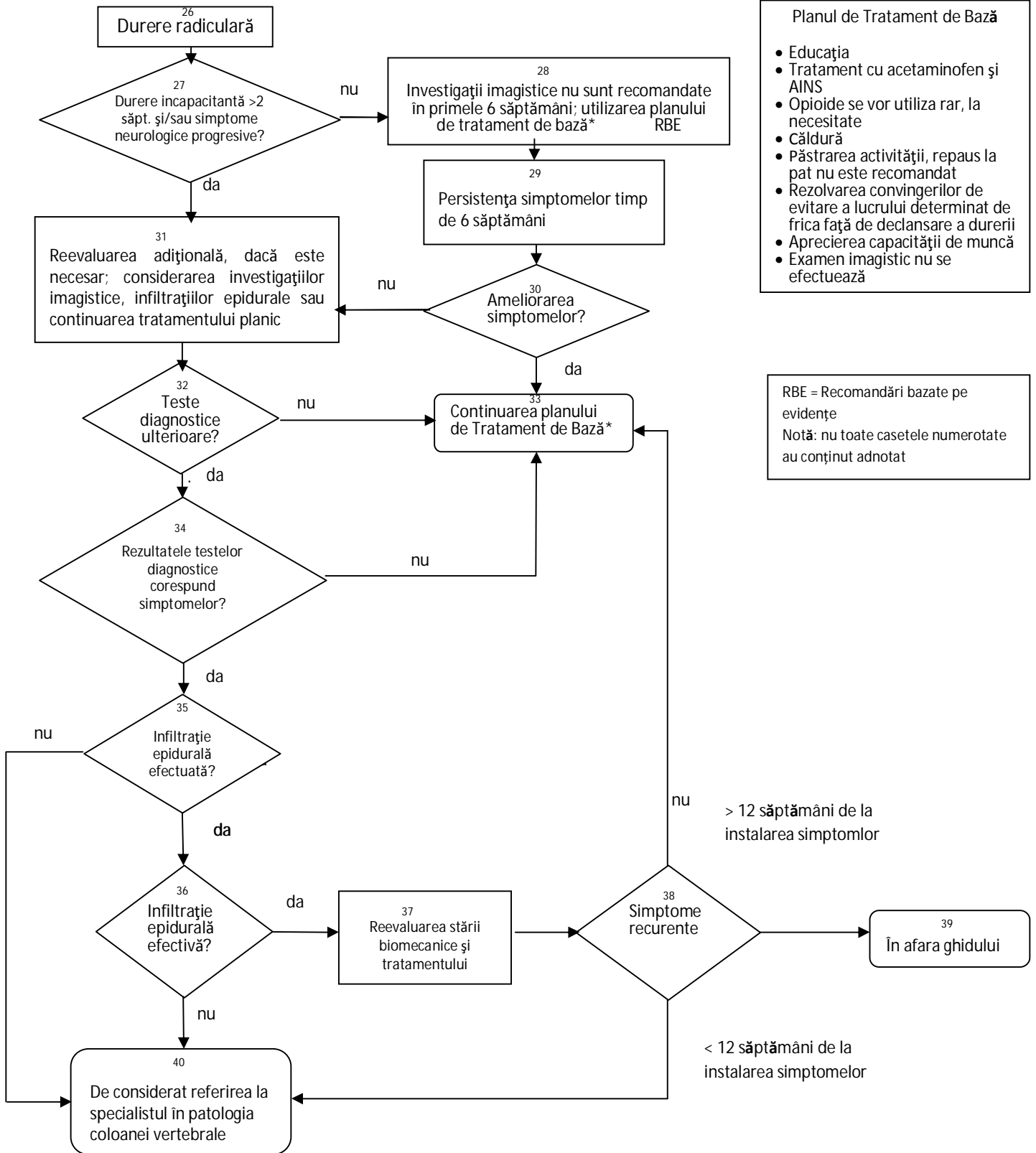
17

Tratamentul în faza subacută

- Planul de tratament de bază
- Evaluarea riscului de recuperare întârziată
- Majorarea planului de exerciții fizice
- Considerarea referirii la:
1. terapia manipulativă spinală
2. Terapie comportamentală cognitivă
3. evaluarea condițiilor de muncă
4. specialistul în patologia coloanei vertebrale

Vezi Algoritmul Durerii Radiculare

C.1.2. Algoritmul Durerii Radiculare



□ Bonsell J, Gilbert T, Campbell R, Kramer C, Huddleston P, Goertz M, Vo A, Hecht S, Thorson D, Buttermann G. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Low Back Pain. Fourteenth Edition/November 2010.

□ Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. <http://bit.ly/LBP1112>. Updated November 2012.

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea CIM-10

M51.1† Tulburări ale discului lombar și ale altor discuri intervertebrale cu radiculopatie

(G55.1*)

Sciatica datorită unei afecțiuni a discului intervertebral

Exclude: Radiculita lombară NOS (54.16)

M51.2 Altă deplasare a unui alt disc intervertebral specificat

Lumbago datorită deplasării unui disc intervertebral

M54.1 Radiculopatia lombară

Radiculopatia lombo-sacrală

Exclude: Radiculopatia cu afecțiunea discului lombar și a altor discuri intervertebrale (54.1)

M54.3 Sciatica

Exclude: leziunea nervului sciatic (G57.0)

sciatica: - datorită afecțiunii discului intervertebral (M51.1)

- cu lumbago (M54.4)

M54.4 Lumbago cu sciatică

Exclude: cea datorită afecțiunii discului intervertebral (M51.1)

M54.5 Dorsalgie joasă

Durere musculară lombară

Întindere a zonei inferioare a spatelui

Lumbago NOS

Exclude: lumbago:

- datorită deplasării unui disc intervertebral (M51.2)

- cu sciatică (M54.4)

Caseta 2. Clasificarea DL

1. **În funcție de durata simptomelor:**

- Acută
- Subacută
- Cronică

2. **După caracterul evoluției bolii:**

- Evoluție recurentă:

Durerea lombară poate avea evoluție recurentă. În cazul în care a existat recuperare completă, durerea instalată între episoadele recurente se consideră ca recurență acută.

- Evoluție cronică: puseuri de acutizare ce survin pe fundalul unei evoluții practic continue

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 3. Factorii de risc

- Nemodificabili
- Modificabili

Nemodificabili

- vârsta mijlocie (riscul scade după 65 de ani)
- sexul masculin
- istoric în familie de dureri lombare
- existența unei dureri lombare în trecut
- sarcina

- existența, în anamneză, a unei fracturi compresive a coloanei vertebrale
- o intervenție chirurgicală la nivelul coloanei vertebrale
- patologii congenitale ale coloanei vertebrale

Modificabili

- lipsa exercițiilor fizice regulate, sedentarismul
- lucru fizic greu, ridicarea de obiecte grele, aplecări sau răsuciri frecvente, mișcări repetitive sau vibrații continue
- fumatul
- obezitatea
- poziția corpului (postura)
- stresul, perioadele lungi de depresie
- utilizarea pe termen lung a medicamentelor ce scad densitatea osoasă, cum ar fi corticosteroizii

C.2.3. Conduita pacientului cu DL

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 4. Recomandări în colectarea datelor anamnestice

Caracteristica durerii:

- Localizarea durerii (diagrama):
 - Dureri lombare (nu iradiază mai jos de genunchi)
 - Radiculopatie (DL cu iradiere mai jos de genunchi)
- Factori de exacerbare și atenuare,
- Calitatea durerii: pulsatilă, apăsătoare, junghi, înțepătură, sfredelitoare, lovitură de cuțit, lancinantă, taioasă, presantă, crampă, zdrobire, arsură, penetrantă, perforantă, strângere.
- Iradierea durerii
Durata simptomelor, inclusiv data leziunii sau de instalare a simptomelor:
 - mai puțin de șase săptămâni – DL acută
 - 7-12 săptămâni – DL subacută
 - mai mult de 12 săptămâni - DL cronică
- Severitatea și intensitatea durerii conform Scalei Vizuale Analoge (SVA)
- gradul dizabilității (anexa 6)

Istoricul medical:

- Alte afecțiuni/accidente suportate în antecedente, durata acestora și existența manifestărilor asociate
- Istoricul de dureri de spate sau intervenții chirurgicale anterioare
- Anamneza specifică pe sisteme sau afecțiuni:
 - ✓ musculo-scheletale,
 - ✓ neurologice,
 - ✓ ginecologice și obstetricale,
 - ✓ urologice,
 - ✓ gastro-intestinale,
 - ✓ psihologice (caseta 7, anexa 3)
- Identificarea stărilor de urgență (caseta 5)
- Identificarea factorilor de risc ai afecțiunilor grave, așa numiți „factori de alarma”, care să determine trimiterea la medicul specialist de profil (caseta 6)

Caseta 5. Stările de urgență

Urgență imediată – secția de urgență pentru evaluare imediată

- Instalarea acută a dereglărilor sfincteriene intestinale sau a vezicii urinare (retenție sau incontinență)
- Dureri de spate posttraumatice
- Instalarea acută inexplicabilă a slăbiciunii în picioare

- Amorțeală sub formă de „șă”

Urgență relativă - consultație în termen de 24 de ore:

- Febră 38 ° C cu durată mai mult de 48 de ore
- Durere severă nocturnă sau durere în repaus
- Durere severă necontrolabilă de spate sau în picior
- Durere progresivă cu amorțeală sau slăbiciune în picior/picioare distal (mai jos de genunchi)
- Deficit neurologic progresiv

Caseta 6. «Factorii de alarmă»

- ✓ Sindromul cozii de cal
- ✓ Traumatismele importante
- ✓ Pierderea în greutate, fără a ține un regim special de slăbire
- ✓ Neoplaziile în antecedente
- ✓ Febra > 38C, mai mult de 48 de ore
- ✓ Drogurile injectate intravenos
- ✓ Tratatamentul cu steroizi
- ✓ Vârsta > 50 de ani
- ✓ Durerea severă, care nu cedează în timpul nopții
- ✓ Durerea care se accentuează atunci când pacientul stă întins pe pat

Semnele sau simptomele sindromului cozii de cal:

- incontinență urinară acută
- retenție urinară (dacă nu este retenție urinară, probabilitatea de sindromul de cauda equina este mai mică decât 1 din 10.000)
- anestezie sub formă de „șă”, sciatică unilaterală sau bilaterală, deficite senzoriale și motorii, prezența semnelor de elongație (Lasegue).

Factori de risc pentru cancer:

- vârsta > 50 ani
- istoricul de cancer
- scăderea inexplicabilă în greutate
- lipsa eficacității a tratamentului conservator a DL timp de patru –șase săptămâni.

Dacă toți cei patru factori de risc pentru cancer sunt absenți, potrivit studiilor, cancerul poate fi exclus cu 100% certitudine.

Factorii de risc pentru infecția spinală posibilă:

- consumul de droguri intravenos
- imunosupresia
- infecția urinară
- istoricul de tuberculoză sau tuberculoză activă

Caseta 7. Factori de risc psihosociali [23,51,61]

- Convingerea că durerea și activitatea sunt dăunătoare
- „Comportamentul dureros”, cum ar fi repausul prelungit
- Stările depresive sau comportamentul negativ, de retragere socială
- Tratatamentul care nu corespunde practicilor medicale standard
- Problemele legate de compensații (despăgubiri) și alte reclamații
- Istoricul de dureri în spate, buletin medical sau alte reclamații
- Probleme la locul de muncă sau satisfacția redusă a muncii
- Muncă grea, ore de muncă nesociabile

- Status familial cu protecție exagerată sau lipsă de sprijin
- Refuzul de a accepta tratamentul

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 8. Examenul fizic

Examenul fizic include:

- Inspecția generală a pacientului,
- Examinarea regiunii spatelui,
- Examinarea semnelor neurologice,
- Testele de elongație a sciaticului.

- ✓ **Aspectul general** - observarea: posturii, expresiei, a modului cum suportă durerea, evidențierea emacierii, a unor formațiuni tumorale decelabile la examenul fizic și sugestive pentru patologia neoplazică;
- ✓ **Examinarea fizică generală** - cu atenție specială pentru zonele indicate de anamneză;
- ✓ **Examinarea spatelui** - la acest nivel sunt de observat:
 - Modificări de consistență ale coloanei (contractura), decelate prin palpate și/sau percuție - sugestive pentru: infecții, neoplazii, fracturi (posttraumatice).
 - Palparea regiunii paraspinale pentru identificarea zonelor sensibile sau a spasmului muscular. Sensibilitatea dureroasă la palparea șanțului sciatic, cu iradiere spre picior, indică frecvent iritarea sciaticului sau a rădăcinilor nervoase.
 - Evaluarea volumului mișcărilor sau contractura dureroasă.
 - Ținuta în timpul mersului.
 - Deformările coloanei.
 - Mobilitatea: flexia anterioară, extensia, flexia laterală și rotația laterală a trunchiului.
- ✓ **Evaluarea neurologică** – examinare neurologică, pentru evidențierea deficitelor senzitive și motorii actuale și a evoluției lor în timp;
 - Testarea forței
 - forța în extensia plantei (este capabil să meargă în călcâi)
 - forța de extensie a degetului mare a plantei piciorului
 - flexia plantară (capabil să meargă pe degete)
 - flexia coapsei
 - Testarea reflexelor
 - reflexele achilian și rotulian, plantar
 - la necesitate: cremasterian, sfîcterului anal
 - Testarea senzorială
 - examenul senzorial include evaluarea regiunilor medială, dorsală și laterală ale plantei piciorului, medială și laterală ale gambei.
 - Semnele de elongație (*Lasegue, Wassermann, Matskevich*) se efectuează bilateral. Testele pozitive reproduc simptomele sau semnele asociate. Aceste informații, împreună cu istoricul și alte constatări obiective pot justifica afectarea radiculară sau patologia discală.
 - Testarea reflexului Babinski (pentru diagnostic diferențial între deficitul motor periferic, întâlnit în DL specifică (Babinski -) și deficitul motor central (Babinski +)).

Caseta 9. Semnele sau simptomele de afectare neurologică (Radiculopatii discogene)

Radiculopatia lombară este un sindrom clinic secundar compresiei sau iritării rădăcinii nervoase lombare. Simptomele clinice caracteristice:

Rădăcina nervoasă	L4	L5	S1
Traiectul durerii iradiate	Durerea iriază oblic, postero-lateral, în regiunea fesieră și partea laterală a coapsei superioare, coboară antero-lateral în 1/3 medie și inferioară a coapsei, apoi pe fața anterioară a gambei, spre gleznă	Durerea iriază oblic peste regiunea fesieră și coboară pe fața latero-posterioară a coapsei și gambei, până la gleznă.	Durerea iriază pe fața posterioară a regiunii fesiere, coborând de-a lungul feței posterioare a coapsei și gambei, până la gleznă și partea laterală a plantei.
Senzatia de amorțeală	Localizată în 1/3 inferioară a coapsei, antero-medial.	Localizată la nivelul regiunii laterale a gambei, între genunchi și gleznă	Localizată pe fața posterioară a gambei și la nivelul marginii externe a plantei
Deficit motor (slăbiciune)	Extensia mușchiului cvadriiceps femural	Dorsiflexia antepiciorului și a plantei	Flexia plantară a antepiciorului și a plantei
Testul examinator	Genoflexiune și ridicare	Mers pe călcâi	Mers pe vârfuri
ROT	Reflex rotulian diminuat	Modificări nespecifice	Reflex achilean diminuat

C.2.3.3. Investigații paraclinice**Caseta 10. Investigațiile paraclinice [15,18,31]**

Analiza generală a sângelui va fi luată în considerație în cazul suspectării unui cancer/infecției.

Radiografia coloanei lombare (în două incidente) – „stegulețe roșii”

În stările acute (<4 săptămâni) radiografia lombară nu este informativă, cu excepția cazurilor când:

- există durere nocturnă severă/durere în repaus (incidență crescută de patologie clinică semnificativă),
- istoric sau suspiciune de cancer (excluderea procesului metastatic),
- febră peste 38 °C pentru mai mult de 48 de ore,
- osteoporoză,
- alte boli sistemice,
- steroizi administrați timp îndelungat,
- risc crescut de fracturi (cum ar fi osteoporoza sau antecedente de utilizarea a steroizilor),
- imunosupresie,
- accident grav sau traumatism (cădere de la înălțime, traumatism deschis ș.a.) – acestea nu includ traume prin răsucire sau ridicare, cu excepția cazurilor cu prezența factorilor de risc (de exemplu, osteoporoza),
- suspiciune clinică de spondilită anchilozantă,
- abuz de alcool sau de droguri (incidență crescută a osteomielitei, traumatismelor, fracturilor).

Caseta 11. Indicații CT / CT mielografie [15,18,24,63]:

- Deficit neurologic major sau progresiv (de exemplu, slăbiciune funcțională cu limitarea extensiei plantei, extensiei genunchiului și flexiei șoldului).
- Sindrom de cauda equina (pierderea controlului intestinului/vezicii urinare sau anestezie sub fomă de „șă”).
- Durere severă și slăbiciune progresivă, în pofida terapiei conservative.
- Dureri pronunțate lombare sau în picior, care necesită spitalizare, limitează în mod semnificativ mersul

pe jos sau activitățile cotidiene.

- Suspiciune clinică sau radiologică de neoplasm (de exemplu, leziuni litice sau sclerotice pe radiografiile de ansamblu, antecedente de cancer, pierdere inexplicabilă în greutate sau simptome sistemice).
- Suspiciune clinică sau radiologică de infecție (de exemplu, distrugerea platourilor discale, istoric de abuz de droguri sau alcool, sau simptome sistemice).
- Tumori osoase (pentru a detecta sau caracteriza).
- Trauma (excluderea sau caracterizarea fracturii, evaluarea evoluției).
- Dureri lombare sau radiculare moderate sau severe, care nu răspund la terapia conservativă, cu indicații pentru intervenție chirurgicală sau infiltrații terapeutice.

Avantajele CT:

- O mai bună vizualizare a structurilor calcificate.
- Vizualizare directă a fracturilor.
- Vizualizare directă a gradului de consolidare a fracturii și maselor fuzionate.
- Evaluare mai precisă a liniilor de limită sau a tumorilor benigne active.
- Disponibilitate mai mare și mai puțin costisitoare.
- Permite investigarea pacienților cu greutatea corporală peste 150 kg și a pacienților cu claustrofobie.
- Inofensivitate pentru pacienții cu dispozitive electrice implantate sau corpuri metalice străine.
- Limitarea mobilității pacientului – este util pentru pacienții care nu pot păstra poziția nemișcată sau pentru pacienții care nu cooperează pentru investigarea prin RMN.

Caseta 12. Indicații IRM [1,5,18,24,63]:

- Deficit neurologic major sau progresiv (de exemplu, slăbiciunea funcțională cu limitarea extensiei plantei, extensiei genunchiului și flexiei șoldului)
- Sindromul de cauda equina (pierderea controlului intestinului sau vezicii urinare sau anestezie sub formă de „șă”)
- Durere severă și slăbiciune progresivă, în pofida terapiei conservative Dureri pronunțate lombare sau în picior, care necesită spitalizare, limitează în mod semnificativ mersul pe jos sau activitățile cotidiene.
- Suspiciune clinică sau radiologică de neoplasm (de exemplu, leziuni litice sau sclerotice pe radiografiile de ansamblu, antecedente de cancer, pierdere inexplicabilă în greutate sau simptome sistemice)
- Suspiciune clinică sau radiologică de infecție (de exemplu, distrugerea platourilor discale, istoric de abuz de droguri sau alcool, sau simptome sistemice)
- Trauma (fractură cu deficit neurologic, fracturi compresive la pacienții vârstnici cu suspiciune de malignitate, evaluarea anticipată pentru vertebroplastie/chifoplastie, fractură de stres sau spondiloză subacută la un pacient cu vârsta sub 18 ani)
- Dureri lombare sau radiculare moderate sau severe, care nu răspund la terapia conservativă, cu indicații pentru intervenție chirurgicală sau infiltrații terapeutice

Pacienților cu claustrofobie ușoară sau moderată, se recomandă administrarea benzodiazepinelor cu o oră înainte de investigare. Pacienții care primesc benzodiazepine nu vor conduce vehiculele.

Avantajele IRM:

- vizualizare mai bună a patologiei țesuturilor moi; contrastarea mai bună a țesuturilor moi
- vizualizare directă a structurilor neurologice

- sensibilitate crescută pentru patologia medulară și pentru procesele patologice intratecale
- sensibilitate crescută pentru infecții și neoplasme
- lipsă a expunerii la radiație
- inofensivitate mai mică decât CT pentru femeile gravide, mai ales în primul trimestru, în urma absenței expunerii la radiație

Caseta 13. Examenul electrodiagnostic [49]:

- Slăbiciune de flexie dorsală a plantei piciorului
- Suspiciu de neuropatie periferică
- Suspiciu de polineuropatie

Evaluarea minimală include o examinare motorie și senzorie a conducerii nervoase și examinarea prin EMG cu ac electrod la membrul afectat.

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 14. Diagnosticul diferențial

1. Cauze mecanice:

- Sindromul miofascial dolor
- Hernie de disc (hernie de nucleu pulpos)
- Fractură compresivă vertebrală
- Stenoza vertebrală lombară
 - Include sindromul cozii de cal
- Spondilolisteza
- Spondiloliza
- Spondiloza
 - Degenerarea cronică a discului intervertebral
 - Artropatia fațetelor articulare

Durerea radiculară sau axială cauzată de reacție biochimică sau inflamatorie în cadrul leziunii spinale
- Fracturile structurilor segmentului motor vertebral
- Spondiloza cu sau fără stenoza canalului vertebral
- Macro- sau microinstabilitate a coloanei vertebrale

2. Cauze sistemice

- Maladiile țesutului conjunctiv
- Spondiloartropatia
 - spondilita anchilozantă
 - sindromul Reiter
- Cancer (metastaze vertebrale)
- Infecția coloanei vertebrale
 - discita
 - osteomielita

3. Cauze referite

- Vasculare
 - Anevrism aortic abdominal
- Gastrointestinale
 - Pancreatita
 - Ulcer peptic
 - Colecistita
- Renale
 - Nefrolitiază
 - Pielonefrita
- Genito-urinare

- 1. Endometrioza
 - 2. Boala inflamatorie pelvina
 - 3. Prostatita
- E. Piele
- 1. Herpes zoster

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 15. Criteriile de spitalizare în DLN [48]:

Simptomele clinice	Evaluarea prespitalicească și tratament	Criteriile de spitalizare	Managementul spitalicesc
<p>Grup I</p> <p>Durere lombară nespecifică</p> <p>A) Lipsa istoricului de traumatisme majore recente.</p> <p style="text-align: center;">ȘI</p> <p>B) Pacientul prezintă dureri de spate, cu sau fără iradiere în picioare. Ocazional, pacienții vor acuza simptome în special în membrele inferioare, dar la examenul obiectiv se constată că acestea nu sunt cauzate de radiculopatie lombară.</p> <p style="text-align: center;">ȘI</p> <p>C) Lipsa evidențelor de deficit neurologic acut sau progresiv.</p> <p>A) Absența datelor pentru traumatism acut al coloanei vertebrale;</p> <p style="text-align: center;">ȘI</p> <p>Prezența durerilor de spate fără semne neurologice acute sau progresive</p>	<p>A) În cazul în care medicul curant inițiază spitalizarea unui pacient ambulatoriu:</p> <p>1) Medicul curant va prezenta argumente documentate că pacientului i-a fost administrat un tratament medicamentos adecvat pentru controlul sindromului algic și că pacientul a făcut o încercare reală de a gestiona activitățile cotidiene la domiciliu.</p> <p>B) În cazul spitalizării de urgență:</p> <p>1) investigația imagistică performantă este rar indicată. Decizia efectuării investigației imagistice va aparține medicului care inițiază spitalizarea.</p>	<p>A) Prezența indicațiilor pentru tratament prin infiltrații cu corticosteroizi.</p> <p>B) Severitatea sindromului algic nu permite gestionarea activităților cotidiene la domiciliu. De exemplu, pacientul locuiește singur și nu este capabil să se deplaseze de sinestătător.</p> <p>C) În cazul în care un pacient este internat prin departamentul de urgență, decizia de internare trebuie să fie coordonată cu medicul curant, cu excepția cazului când medicul curant nu poate fi contactat.</p>	<p>A) Durata de spitalizare va fi decisă în funcție de planul de investigații și tratament.</p> <p>B) Obiectivele planului de tratament.</p> <p>1) Strategia generală - Este importantă evaluarea capacității pacientului de autodeservire și identificarea barierelor de mediu pentru a reveni la domiciliu.</p> <p>a) Evaluarea acestor factori se inițiază imediat după spitalizare. Lista cauzelor pentru care pacientul evită externarea trebuie să fie menționată în fișa medicală a pacientului.</p> <p>b) Capacitatea pacientului de autodeservire se evaluează periodic - de exemplu, deplasarea la baie.</p> <p>c) Planificarea externării va depinde de evoluția sindromului algic și rezolvarea problemelor de autodeservire.</p> <p>2) Managementul durerii – revizuirea tratamentului medicamentos cu AINS, antidepresive, opioide, decizia tratamentului prin infiltrații cu corticosteroizi. Tratamentul fizioterapeutic – trebuie să fie intensiv, cel puțin de două ori pe zi.</p> <p>3) Diagnosticul imagistic și consultul specializat.</p> <p>a) Se efectuează la decizia</p>

			<p>medicului curant.</p> <p>b) Spitalizarea pacientului nu se va efectua pentru a facilita investigarea imagistică sau consultul specializat, acțiuni care pot fi efectuate în condiții de ambulator.</p> <p>C) Un pacient nu trebuie să fie admis la un spital care nu are posibilitatea de a evalua capacitatea de autodeservire, de a elabora un plan de tratament adecvat, și de a oferi spectrul necesar de fizioterapie.</p>
--	--	--	--

Caseta 16. Criteriile de spitalizare în DL specifică [48]:

Simptome clinice	Evaluarea prespitalicească și tratamentul	Criterii de spitalizare	Managementul spitalicesc
<p>Grup 2 Durere radiculară Traumatismul acut este exclus Pacientul prezintă deficit neurologic activ sau progresiv</p> <p>A) Lipsa istoricului de traumatisme majore recente.</p> <p style="text-align: center;">ȘI</p> <p>B) Durere radiculară dezabilitantă, rezistentă la tratamentul medicamentos, în lipsa „semnelor de alarmă”.</p> <p style="text-align: center;">SAU</p> <p>C) Pacientul acuză simptome care indică deficit neurologic acut sau progresiv:</p> <p>1) slăbiciune sau amorțeală progresivă într-un picior, (ocasional, în ambele picioare).</p> <p style="text-align: center;">SAU</p> <p>2) Pierderea controlului funcțiilor</p>	<p>A) La etapa ambulatorie evaluarea și tratamentul pacientului sunt individualizate.</p> <p>B) La nivelul departamentului de urgență:</p> <p>1) Investigarea imagistică de performanță poate fi indicată în cazul adresării pacientului la departamentul de urgență. Se va ține cont de documentarea medicală despre datele investigațiilor efectuate anterior.</p> <p>2) În cazul în care datele imagistice nu demonstrează o leziune acută, pentru care este indicată intervenția chirurgicală, pacientul trebuie să fie gestionat ca un pacient din grupa I.</p>	<p>A) Prezența indicațiilor pentru tratament prin infiltrații cu corticosteroizi.</p> <p>B) În caz de deficit neurologic nou sau progresiv, spitalizarea se efectuează cu scop de facilitare a deciziei tratamentului chirurgical, de evaluare a gradului de progresie a deficitului neurologic sau pentru a ajuta pacientul în compensarea deficitului neurologic.</p> <p>C) În cazul absenței deficitului neurologic nou sau progresiv, pacientul trebuie să fie tratat ca un pacient din Grupa I.</p> <p>D) În cazul în care un pacient este internat prin departamentul de urgență, decizia de</p>	<p>A) Durata de spitalizare va fi decisă în funcție de planul de investigații și tratament (chirurgical sau prin infiltrații cu corticosteroizi).</p> <p>B) Obiectivele planului de tratament.</p> <p>1) Strategia generală - Este importantă evaluarea capacității pacientului de autodeservire și identificarea barierelor de mediu pentru a reveni la domiciliu.</p> <p>a) Evaluarea acestor factori se inițiază imediat după spitalizare. Lista cauzelor pentru care pacientul evită externarea trebuie să fie menționată în fișa medicală a pacientului.</p> <p>b) Capacitatea pacientului de autodeservire se evaluează periodic - de exemplu, deplasarea la baie.</p> <p>c) Planificarea externării va depinde de evoluția sindromului algic și rezolvarea problemelor de</p>

<p>sfincteriene intestinale sau ale vezicii urinare</p> <p>SAU</p> <p>3) amorțeală progresivă în regiunea perineului.</p> <p>ȘI</p> <p>D) Examenul obiectiv indică deficit neurologic acut sau progresiv.</p>		<p>internare trebuie să fie coordonată cu medicul curant, cu excepția cazului când medicul curant nu poate fi contactat.</p>	<p>autodeservire.</p> <p>2) Managementul durerii – revizuirea tratamentului medicamentos cu AINS, antidepresive, opioide, decizia tratamentului prin infiltrații cu corticosteroizi. Tratamentul fizioterapeutic – trebuie să fie intensiv, cel puțin de două ori pe zi.</p> <p>3) Managementul deficitului neurologic – gestionarea dereglărilor sfincteriene și deficitului motor.</p> <p>C) Diagnosticul imagistic, consultul specializat și decizia de planificare a intervenției chirurgicale - sunt individualizate.</p> <p>D) NOTĂ: repausul prelungit (mai mult de 5 zile) la pat nu este recomandat, deoarece poate influența negativ starea pacientului cu dureri lombare. Internarea în scop de repaus la pat nu este acceptabilă.</p>
---	--	--	---

Caseta 17. Criteriile de spitalizare pentru intervenție chirurgicală [24,59]:

A. Indicații absolute

- Sindromul caudei equina
- Debutul recent, cu deficit motor sever și progresiv

B. Indicații relative

- Eșuarea tratamentului conservator adecvat pentru durerea radiculară pentru o perioadă de la 6 până la 12 săptămâni (perioada de timp variază de la un chirurg la altul).
- Durerea radiculară severă, incapacitantă necontrolată medicamentos
- Hernia discală localizată într-un canal radicular sau spinal preexistent stenozat
- Deficitul motor semnificativ asociat de semne de elongație pozitive
- Extruziile discale cu fragmente mari
- Durerea radiculară recurentă frecventă după un tratament conservator reușit.

Prezența unui deficit motor ușor/moderat nu influențează neapărat indicațiile pentru tratamentul chirurgical.

C.2.3.6. Tratamentul

Caseta 18. Metodele de tratament recomandate [6,16,20,29,34,53,57,59]:

Medicația aplicată	Obiectivele	Gradul de evidență Anexa 7
Tratament medicamentos: 1. Analgezice: - acetaminophen-/codeină 2. AINS: - <u>Derivații acidului propionic:</u> ibuprofen ketoprofen dexketoprofen - <u>Derivați de acid acetic:</u> diclofenac aceclofenac etodolac - <u>Derivații oxicamilor:</u> piroxicam meloxicam lornoxicam - Altele: nimesulid coxibi 3. Miorelaxante 4. Antidepresive 5. Corticosteroizi 6. Opioid	În cazul DL cu durere ușoară se recomandă inițierea tratamentului cu paracetamol; în caz de durere moderată sau severă se administrează paracetamol + codeină.	A
	AINS se recomandă în tratamentul durerii de scurtă durată din DL acută/cronică	A
	Dacă se asociază și o componentă inflamatorie, AINS pot fi terapia inițială, având efecte analgezice similare paracetamolului.	B
	Alegerea medicamentului: nu există diferențe semnificative între diferitele tipuri de AINS privind eficacitatea în tratamentul DL acute.	A
	Efectele secundare diferă cu doza și tipul medicamentului, iar apariția lor trebuie evitată prin asocierea cu gastroprotectoare.	A
	În tratamentul DL trebuie evitată asocierea a două sau mai multe preparate de AINS (indiferent de mecanismul lor de acțiune).	A
	Inhibitorii selectivi de enzime Cox-2 pot fi administrați în caz de intoleranță la AINS, având efecte analgezice similare.	A
	Miorelaxantele sunt eficiente în tratamentul DL acute și trebuie administrate în primele zile de manifestare ale episodului dureros; dacă se asociază cu un analgezic/antiinflamator crește eficiența tratamentului.	A
	Miorelaxantele trebuie administrate pe durată scurtă de timp, pentru a evita apariția efectelor adverse.	A
	Antidepresivele trebuie recomandate în tratamentul DL cronice asociate cu o componentă neuropatică, psihogenă sau somatoformă.	A
	În alegerea tipului de medicament trebuie să se țină cont de faptul că subgrupa antidepresivelor S-NA este mai eficientă decât subgrupa S în ameliorarea durerii în DL cronică, efectul analgezic obținându-se cu doze mici de medicament.	A
	Injectarea epidurală de corticosteroizi nu este utilizată în DL acută fără radiculopatie. Este rezonabil de a utiliza injectarea epidurală a steroizilor la pacienții cu durere radiculară cu durată mai mult de 6 săptămâni, care nu au răspuns la tratamentul de prima linie.	B
	Opioidul poate fi recomandat în tratamentul DL cronice atunci când eșuează tratamentul cu AINS sau când acestea sunt contraindicate.	A
Opioidul crește eficiența analgezicilor în DL acută dar prezintă efecte secundare multiple.	A	

Tabelul 1 [24]

Tipul durerii	Medicația	Doze	Contraindicații/ Precauții	Efecte adverse	Monitorizarea în dinamică	
DL acută sau acutizarea DL cronice	I linie - Acetaminofen	Până la 1000 mg x 4 ori/zi (max 4000 mg/zi)	Strategiile se reduc la o perioadă de la câteva zile până la o săptămână, rar până la o lună Monitorizare judicioasă	Neglijabile	Vezi Acetaminofen mai jos	
	II linie – AINS	Ibuprofen		Până la 800 mg x 3 ori/zi (max 800 mg x 4 ori/zi)	Vezi AINS mai jos	Vezi AINS mai jos
		Diclofenac		Până la 50 mg x 3 ori/zi		
	Adăugați: miorelaxant pentru încordare musculară pronunțată	10 - 30 mg pe zi; beneficiu maximal observat în termen de o săptămână; terapia până la 2 săptămâni poate fi justificată			Sedare, uscăciunea limbii	Raportată la ATC, dar fără dovezi solide pentru utilizare pe termen lung
Dacă sunt utilizate opioide cu eliberare controlată (EC), se recomandă adăugarea opioidelor de acțiune scurtă sau creșterea dozei de opioide EC cu 20-25%.	Vezi opioide mai jos		Vezi opioide mai jos	Vezi opioide mai jos		
DL cronică	I linie - Acetaminofen	Până la 1000 mg x 4 ori/zi (max 4000 mg/zi)	Patologia ficatului. Utilizarea concomitentă de lungă durată cu AINS crește riscul ulcerului (recomandat max. 3000 mg/zi)	Neglijabile	În utilizarea de lungă durată a dozelor mari - efect toxic primar asupra ficatului. Risc crescut de HTA asociat utilizării de lungă durată.	
	II linie – AINS	Ibuprofen	Până la 800 mg x 3 ori/zi (max 800 mg x 4 ori/zi)	Risc crescut de complicații gastrointestinale (GI), modificări de coagulare	La doze mari - efecte primare GI, reținerea posibilă a lichidului, efecte asupra SNC, cum ar fi amețea și slăbiciunea	Protecție gastrică cu Inhibitorii pompei de protoni. Monitorizarea factorilor de risc cardiovasculari și funcției renale în utilizarea de lungă durată
		Diclofenac	Până la 50 mg x 3 ori/zi			
Considerarea Antidepresantelor triciclice III linie – vezi Durerea	OPIOIDE	III linie – opioide slabe Codeină □ Codeină □ cu EC	30-60 mg fiecare 3-4 ore Codeină cu EC 50-200 mg fiecare 8-12 ore	10% de pacienți nu răspund la codeină	Constipații, greață, efecte adverse asupra SNC	Monitorizarea constipațiilor
		IV linie - Tramadol	Titrare lentă; max. 400 mg/zi, forma cu acțiune scurtă în combinație cu Acetaminofen	Titrare lentă cu trecerea ulterioară la preparate cu EC. Posibilă pierderea analgezie la	Amețea, somnolență, astenie, acuze	Disfuncție hepatică și/sau renală sau risc preexistent de convulsii

			<u>Notă</u> – Monitorizare de doză combinată zilnică de Acetaminofen	combinarea cu doze înalte de opioizi. Precauție la combinarea cu ATC sau cu IRSN		
	V linie – Opioid puternice (EC)	Sulfat de morfină □	15 - 100 mg 2 ori/zi	Evaluarea adicției potențiale Utilizarea acordului la opioide Observarea și evaluarea relației doză-răspuns (efect)	Anticiparea constipației lor și greții, tratament corespunzător Efecte adverse asupra SNC Se formează toleranță	Durere, funcție, comportament Monitorizare pentru efect de sfârșit de doză; unii pacienți pot necesita dozare la fiecare 8 ore
		Hidromorfonă clorhidrat □	3 - 24 mg 2 ori/zi			
		Oxicodonă clorhidrat □	10 - 40 mg 2 - 3 ori/zi			
		Fentanil sistem terapeutic transdermic	25 - 50 μg 1 dată la 3 zile			
Durere neuropată în asociere cu durere musculo-scheletală	I sau a II linie Antidepresante triciclice	Amitriptilină	10 – 100 mg pe noapte	Inițiere cu doze mici cu creșterea treptată ATC au efect pozitiv asupra arhitecturii somnului	Somnolență, efecte anticolinergice	Precauție la pacienții cu patologii cardiace și cu glaucom
		Nortriptilină □ efecte adverse mai puține				
	I sau a II linie Anticonvulsivanți (Gabapentină sau Pregabalină)	Gabapentin: 100 mg pe noapte până la doza max. de 1200 mg x 3 ori/zi Pregabalin: 75 – 300 mg x 2 ori/zi, la pacienții vârstnici sau sensibili se va iniția cu doza de 25 mg.	În afectare renală semnificativă – ajustarea dozei Titrare lentă este necesară pentru Pregabalină	Sedare, amețeală și alte efecte adverse asupra SNC	Ocazional testarea funcției renale	
	III linie – adăugare opioide sau tramadol	Vezi opioide sau tramadol mai sus	Vezi opioide sau tramadol mai sus	Vezi opioide sau tramadol mai sus	Vezi opioide sau tramadol mai sus	
Tulburări de somn pe fundal de durere cronică	Amitriptilină	10 – 100 mg cu 2 ore înainte de somn	Doza trebuie individualizată, tratamentul tulburărilor afective concurente	Somnolență, efecte anticolinergice	Precauție la pacienții cu patologii cardiace și cu glaucom	

[24]. Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. Institute of health economics, the Alberta Heritage Foundation for Medical Research and Alberta Health Services-Calgary Health Region, 2009.

□ Produsele menționate nu sunt înregistrate în Republica Moldova, dar sunt incluse în standardul de tratament al durerii lombare recomandat în ghidurile internaționale [19,23,24,48,50].

Caseta 19. Selectarea pacienților pentru infiltrații epidurale [8,11,14,24,47,54,60,62]:

- Pacienții care manifestă dureri radiculare cu iradiere în membrul inferior cu distribuție în segmentele implicate, clinic diagnosticate (modificarea reflexelor, posibil slăbiciune musculară, semne de elongație). Se va lua în considerație severitatea durerii, care va afecta semnificativ activitatea și calitatea vieții, rezistentă la tratament conservator.
- Este necesară analiza corelativă a rezultatelor IRM sau CT (hernia de disc sau stenoza de canal), care corespund sindromului clinic și exclud alte cauze ale durerii (ex. infecția, cancerul ș.a.).
- Injectarea corticosteroizilor nu poate fi efectuată timp de două săptămâni după vaccinarea contra gripei. De asemenea, se recomandă efectuarea vaccinului cel puțin peste o lună după ultima infiltrație. Infiltrațiile terapeutice cu corticosteroizi pot temporar suprima răspunsul imun al organismului și poate compromite capacitatea de a dezvolta răspunsul imun de protecție așteptat la un vaccin gripal.
- Lipsa contraindicațiilor la terapia de injectare, inclusiv:
 - absența semnelor sau simptomelor de infecție activă, fie la nivel local sau sistemic;
 - absența antecedentelor de hemoragii sau utilizarea actuală a anticoagulantelor, cum ar fi warfarina sau clopidogrel;
 - ghidarea administrării anticoagulantelor:
 - infiltrații la nivel lombar <1,4
 - stoparea tratamentului cu Clopidogrel pentru o săptămână; cu Ticlopidin – pentru două săptămâni; AINS - nu se sistează;
 - absența reacției alergice la anestezicul local, substanțe de contrast sau corticosteroizi;
 - absența complicațiilor la utilizarea anterioară de corticosteroizi.
- Sarcina este o contraindicație pentru utilizarea fluoroscopiei.
- Utilizare cu precauție la pacienții cu diabet zaharat (modificarea controlului glicemic, care este de obicei tranzitoriu). Pacienții cu diabet zaharat trebuie să fie informați și conștienți de faptul că nivelul glicemiei poate crește, ceea ce va necesita corectarea schemei de tratament al diabetului zaharat.
- Pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă trebuie să fie conștienți de retenția hidrică steroid-indusă.
- Deși utilizarea AINS nu este o contraindicație pentru infiltrații, uneori tratamentul cu AINS se întrerupe pentru câteva zile înainte de injectare.

Caseta 20. Planul tratamentului de bază

- Educația pacienților de către medici va fi considerată adjuvantă la alte tratamente. Nu există o formă standardizată de educație [28,39].
- Medicamentele anti-inflamatorii non-steroidiene pot fi folosite pentru ameliorarea durerii pe termen scurt, la pacienții cu durere lombară acută și subacută [34,57,68].
- Relaxantele musculare pot fi folosite ca o opțiune în tratarea durerii lombare acute. Se vor lua în considerare efectele adverse posibile [6,53,64].
- Utilizarea prudentă și responsabilă a opioidelor se recomandă la pacienții cu durere severă acută care nu cedează la administrarea de acetaminofen și AINS. Va fi utilizată doza minimă eficientă pentru o perioadă limitată de timp, de obicei, mai puțin de una sau două săptămâni [29,16,19,55].
- Căldura poate fi utilizată pentru ameliorarea durerii lombare [30].
- Pacienților cu durere lombară acută și subacută se va recomanda să rămână activi și să continue activitățile zilnice, în limitele permise de simptomele lor [26].
- Exercițiile sunt recomandate pentru a reduce recurența durerilor lombare. Cu toate acestea, nu sunt exerciții specifice de preferință [13].
- Repausul la pat nu este recomandat pacienților cu dureri lombare [26].
- Tracțiunile scheletale nu sunt prescrise sau recomandate pentru tratamentul durerilor lombare acute [21].

- Investigațiile imagistice (inclusiv TC, IRM și radiografia) nu sunt recomandate în durerea lombară nespecifică [17,18,31].

Planul de tratament de bază abordează necesitatea de educație a pacientului, de reasigurare și așteptările acestuia. Satisfacția pacientului depinde de un diagnostic clar cu informații și instrucțiuni privind modul de gestionare a durerii lombare [28,38,52].

Planul de îngrijire include următoarele:

- Răspunsuri la întrebările adresate de către pacient.

Aceasta trebuie să includă discuția despre cauzalitatea și evoluția naturală a durerilor lombare, fiind explicate și motivele pentru care nu sunt necesare teste de laborator sau investigații imagistice.

- Instrucțiuni privind gestionarea durerii și activității.
- Instrucțiuni privind recomandările de tratament, inclusiv medicamente și/sau alte terapii.
- Avertizarea pacientului pentru evaluare suplimentară mai precoce în caz de semne specifice, cum ar fi:

- Durerea nu se ameliorează în două - trei săptămâni
- Durerea descendează mai jos de genunchi
- Amorțeală în membrele inferioare, zona inghinală sau perianală
- Febră inexplicabilă, greață/vomă, dureri gastrice, slăbiciune sau transpirații
- Incontinență de urină sau scaun
- Durerea este atât de intensă încât pacientul nu se poate deplasa
- Apariția semnelor locale de inflamație (hiperemie și tumefiere) în regiunea spatelui sau coloanei vertebrale.

Caseta 21. Ghidul medicului pentru informarea pacientului

1. Instruirea pacientului să facă următoarele:

- Reîntoarcerea la activitățile zilnice odată cu cedarea sindromului algic lombar prin introducerea lucrului ușor și mersului pe jos.
- Aplicarea pachetelor de gheață sau căldurii pe zona dureroasă pentru a micșora procesul inflamator, și păstrarea poziției confortabile pentru o perioadă scurtă de timp.
- Utilizarea medicamentelor antiinflamatorii (de exemplu, aspirina, ibuprofen, naproxen sodiu) sau acetaminofen pentru ameliorarea sindromului algic și inflamator.
- Continuarea activităților, care nu agravează simptomele.
- Identificarea și gestionarea factorilor de stres.

2. Pacientul se va adresa repetat, dacă:

- Nu există nici o îmbunătățire la tratamentul la domiciliu în perioada până la trei săptămâni.
- Durerea sau slăbiciunea progresează sau persistă mai mult de o săptămână.
- Se dezvoltă disfuncțiile sfincteriene.

3. Auto-îngrijirea la domiciliu:

- La majoritatea pacienților durerea de spate se va ameliora semnificativ în termen de la două până la patru săptămâni [4].
- Aproximativ două treimi din persoanele care s-au recuperat de la primul episod de dureri lombare acute, va avea un alt episod în termen de 12 luni [23,59].
- Este recomandată folosirea agentului termic [30].
- Este utilă administrarea relaxantelor musculare pentru câteva zile [27].
- Pot fi folosite medicamentele analgezice pe termen scurt (mai puțin de trei luni).
- Analgezicele opioide sunt rareori indicate în tratamentul durerii lombare acute. Nu există dovezi suficiente care ar susține administrarea opiaceelor [16]. În caz de necesitate, se vor utiliza doar pentru

un termen scurt (mai puțin de două săptămâni), în asociere cu un plan de tratament complex.

- Se vor lua în considerație riscurile și beneficiile oricărui medicament și prescrierea dozei minimale efective posibile [24].

4. Recomandări de activitate

Pacienților cu dureri lombare acute se va recomanda să rămână activi și să continue activitatea obișnuită, în limitele în care permite durerea. Păstrarea activității duce la o recuperare mai rapidă și dizabilitate cronică mai mică.

- **Modificarea activității**

- Se recomandă continuarea activității zilnice cu atenția specială asupra posturii corecte.
- Pacienților cu durere lombară acută se recomandă evitarea activității care provoacă creșterea stresului mecanic asupra coloanei vertebrale, în special șederea prelungită fără suport, ridicarea greutăților, îndoirea sau răsucirea spatelui, în special în timpul ridicării greutăților [58,65].
- Se va lua în considerație vârsta și starea generală a pacientului, la fel ca și cerințele fizice ale locului de muncă pentru pacientul angajat cu simptome de dureri lombare acute [41].
- Se va recomanda întreruperea oricăreia activități care provoacă răspândirea simptomelor.

- **Regim la pat**

- Odihna la pat nu este recomandată [50].
- Reîntoarcerea treptată la activitățile normale este mult mai eficientă și duce la recuperarea mai rapidă cu dizabilități cronice minimale [10].

- **Exerciții**

- Modificarea activității sau exercițiilor care provoacă răspândirea simptomelor [45,50].
- Se recomandă consultarea specialistului în domeniul reabilitării coloanei vertebrale, care va evalua simptomele individuale și va elabora un program de exerciții specifice [9,67].

5. Recomandările specifice includ:

- Absența unei maladii grave atunci când „stegulețele roșii” nu sunt prezente.
- Durerea nu este echivalentă gravității bolii.
- Durerile lombare au un prognostic bun. Majoritatea pacienților menționează îmbunătățire semnificativă într-o perioadă de la două până la patru săptămâni [4].
- Repaosul la pat nu este recomandat și trebuie să fie limitat la nu mai mult de două zile.
- Activitatea ușoară nu va influența negativ evoluția maladiei, dar contrar va accelera recuperarea pacientului.
- Se recomandă excluderea activităților care pot provoca durere, cum ar fi poziția pe șezute, ridicarea greutăților și mișcări de aplecare.

6. Reîntoarcerea la locul de muncă:

- Informarea pacientului despre faptul că durerea lombară nu este invalidizantă și are prognostic de ameliorare. Ameliorarea completă a durerii are loc de obicei după, decât înainte de reluarea activităților obișnuite, precum și revenirea lor la locul de muncă poate fi înainte de dispariția completă a durerii [7,24].
- Conștientizarea de către pacienți, că durerile lombare pot avea evoluție remitentă, cu acutizări periodice, care pot fi recuperate în același mod ca durerile precedente.
- Pacienții pot reduce riscul reapariției durerilor în spate prin efectuarea exercițiilor și modifica-rea stilului de viață.

Tabel 2. Recomandările bazate pe dovezi pentru evaluarea și tratamentul DL acute și subacute

Subiectul	Calitatea evidențelor	Recomandarea	Forța recomandării	Referințe relevante
Activitate	Moderat	Pacienților cu DL acute sau subacute se va recomanda să rămână activi și să continue activitatea obișnuită, în limitele în care permite durerea.	Puternică	Dahm, 2010
Acupunctură	Jos	Acupunctura poate fi utilizată ca tratament suplimentar în DL subacută	Slabă	Chou, 2007b; Chou, 2009a; Furlan, 2008
Repaos la pat	Moderat	Repaosul la pat nu este recomandat pacienților cu DL subacute	Puternică	Dahm, 2010
Prognostic clinic	Jos	La moment dovezile nu sunt suficiente pentru efectuarea prognosticului clinic. Cu toate acestea, studiile sunt în curs de desfășurare, ceea ce va acorda mai multă susținere. De aceea, se recomandă considerarea prognosticului clinic în categoria de pacienți cu DL la etapa inițială.	Slabă	Brennan, 2006; Childs, 2004; Fritz, 2005; Kent, 2010
Terapia cognitivă comportamentală	Moderat	Clinicienii vor lua în considerație terapia cognitivă comportamentală în tratamentul DL subacute.	Slabă	Hansen, 2010; Karjalainen, 2003; Lamb, 2010
Terapia cu agenți termici reci	Jos	Terapia cu agenți termici reci nu este recomandată în tratamentul DL.	Slabă	French, 2006
Evaluarea recuperării tardive	Jos	Evaluarea recuperării tardive nu a fost dezvoltată pe deplin, însă au fost înregistrate rezultate suficiente pentru a recomanda utilizarea uneia sau a mai multe metode pentru a identifica pacienții cu risc și a aplica intervenții specifice.	Slabă	Hayden, 2010; Heymans, 2004; Hilfiker, 2007; Pincus, 2002; Steenstra, 2005
Educația	Moderat	Educarea pacienților de către medici este complementară altor tratamente. Nu există nici o formă standardizată de educație.	Puternică	Engers, 2008; Heymans, 2004
Infiltrații epidurale cu steroizi	Moderat	Infiltrațiile epidurale cu steroizi pot fi utilizate pentru ameliorarea DL radiculare.	Slabă	Laiq, 2009; Manchikanti, 2010; Parr, 2009; Sayegh, 2009; Staal, 2008
Exerciții pentru	Moderat	Exercițiile sunt recomandate	Puternică	Choi, 2010

profilaxie		pentru reducerea recurențelor DL, însă nu sunt preferințe pentru exerciții specific.		
Exerciții pentru tratament	Moderat	Exercițiile sunt recomandate pentru tratamentul DL subacute.	Puternică	Hayden, 2005; Kool, 2007; Schaafsma, 2010; Wright, 2005
Căldură	Moderat	Căldura poate fi utilizată pentru reducerea sindromului algic.	Puternică	French, 2006
Investigații imagistice pentru DLN	Moderat	Investigațiile imagistice nu sunt recomandate pentru DLN.	Puternică	Chou, 2011; Chou, 2009b; French, 2010
Investigații imagistice pentru stabilirea factorului etiologic causal	Moderat	Investigațiile imagistice pot fi considerate pentru stabilirea factorului etiologic causal sau în cazul unei eventuale intervenții chirurgicale sau suspiciune de fractură.	Puternică	Chou, 2011; Chou, 2009b; French, 2010
Relaxante musculare	Moderat	Relaxantele musculare pot fi utilizate drept o opțiune în tratamentul DL acute, însă trebuie de luat în considerație efectele adverse posibile.	Slabă	Bernstein, 2004; Malanga, 2009; Pareek, 2009; Ralph, 2008; Toth, 2004; van Tulder, 2003
AINS	Moderat	AINS pot fi folosite pentru ameliorarea durerii pe termen scurt la pacienții cu DL acute și subacute.	Slabă	Hancock, 2009; Roelofs, 2008; Yakhno, 2006
Opioide	Jos	Utilizarea rară de opiacee poate fi luată în considerație pentru pacienții cu dureri severe incapacitante în cazul în care acestea nu sunt controlate cu acetaminofen și AINS, la o doză minimă, pentru o perioadă limitată de timp.	Puternică	Chou, 2007a; Chou, 2007c; Cifuentes, 2010; Franklin, 2008; Palangio, 2002; Perrot, 2006; Rhee, 2007; Volinn, 2009; Webster, 2007
Terapia manipulativă a coloanei vertebrale	Moderat	Terapia manipulativă a coloanei vertebrale este recomandată în perioada timpurie de tratament a DL.	Puternică	Assendelft, 2008; Dagenais, 2010; Juni, 2009; Santilli, 2006; Walker, 2010
Tracții scheletale	Jos	Tracțiile scheletale nu sunt recomandate pentru tratamentul DL acute.	Slabă	Clarke, 2007

□ Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. Adult Acute and Subacute Low Back Pain. <http://bit.ly/LBP1112>. Updated November 2012.

D. RESURSELE UMANE SI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie certificat; • asistentă medicală; • laborant cu studii medii și/sau medic de laborator.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • cântar; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice • AINS • Miorelaxante • Antidepresante • Opioide
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificat. • Asistente medicale. • Medic de laborator. • Laborant cu studii medii. • Medic imagist/radiolog. • Kinetoterapeut. • Fizioterapeut. • Acces la consultațiile medicilor calificați: reumatolog, urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist, psihoterapeut.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • radiograf; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, proteinei C reactive, creatininemiei, uremiei, bilirubinemiei, ALT, AST, fosfatazei alcaline
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice • AINS • Miorelaxante • Antidepresante • Opioide

D.3. Secțiile de neurologie/ terapie ale spitalelor raionale	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificat. • Medic de laborator. • Laborant cu studii medii. • Medic imagist/radiolog. • Kinetoterapeut. • Fizioterapeut. • Acces la consultațiile medicilor calificați: reumatolog, urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist, psihoterapeut.
	Aparataj, utilaj : <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • radiograf; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, proteinei C reactive, creatininemiei, uremiei, bilirubinemiei, ALT, AST, fosfatazei alcaline
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice • AINS • Miorelaxante • Antidepresante • Opioide • Corticosteroizi
D.4. Secțiile de neurologie ale spitalelor municipale/ republicane	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificat. • Medic de laborator. • Laborant cu studii medii. • Medic imagist/radiolog. • Kinetoterapeut. • Fizioterapeut. • Acces la consultațiile medicilor calificați: neurochirurg, reumatolog, urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist, psihoterapeut.
	Aparataj, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanță magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, proteinei C reactive, creatininemiei, uremiei, bilirubinemiei, ALT, AST, fosfatazei alcaline; • secție de fizioterapie și reabilitare prin metode fizice.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice • AINS

	<ul style="list-style-type: none"> • Miorelaxante • Antidepresante • Opioide • Anticonvulsivante • Corticosteroizi
D.5. Secția specializată a INN	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neurolog certificat. • Medic de laborator. • Laborant cu studii medii. • Medic imagist/radiolog. • Kinetoterapeut. • Fizioterapeut. • Acces la consultațiile medicilor calificați: neurochirurg, reumatolog, urolog, ginecolog, traumatolog, gastrolog, chirurg, oncolog, infecționist, psihoterapeut.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • cabinet radiologic dotat cu dispozitiv C-arm; • tomograf computerizat; • rezonanță magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • laborator clinic standard pentru determinarea: hemoleucogramei, sumarului urinei, proteinei C reactive, creatininemiei, uremiei, bilirubinemiei, ALT, AST, fosfatazei alcaline; • osteodensitometrie; • secție de fizioterapie și reabilitare prin metode fizice.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgezice • AINS • Miorelaxante • Antidepresante • Opioide • Anticonvulsivante • Corticosteroizi

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți evaluarea și reevaluarea pacienților cu diagnostic de dureri lombare acute și subacute.	<p>1.1. Procentul de pacienți cu diagnostic de dureri lombare, care au toate caracteristicile următoare la vizita inițială a medicului:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea durerii prin scala vizuală analogică, diagrama de durere sau alt instrument de evaluare • Starea funcțională folosind chestionarul de dizabilitate Roland – Morris sau alt instrument de evaluare • Istoricul pacientului, inclusiv menționarea prezenței sau absenței „stegulețelor roșii” • Evaluarea tratamentului anterior și rezultatul acestuia • Locul de muncă și alte activități • Screening-ul psiho-social, care include depresia și dependența medicamentoasă. <p>1.2. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL care se reevaluează la vizitele următoare, care include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea durerii prin scala vizuală analogică, diagrama de durere sau alt instrument de evaluare • Starea funcțională folosind chestionarul de dizabilitate Roland – Morris sau alt instrument de evaluare • Evaluarea clinică obiectivă • Screening-ul psiho-social, care include depresia și dependența medicamentoasă. 	<p>1.1. Numărul de pacienți care la vizita inițială la medic au documentate următoarele șase componente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluarea durerii 2) Starea funcțională 3) Istoricul pacientului, inclusiv menționarea prezenței sau absenței „stegulețelor roșii” 4) Evaluarea tratamentului anterior și rezultatul acestuia 5) Locul de muncă și alte activități 6) Screening-ul psiho-social, care include depresia și dependența medicamentoasă. <p>1.2. Numărul de pacienți care la vizita de reevaluare a medicului au evaluate următoarele patru componente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) evaluarea durerii, 2) evaluarea stării funcționale, 3) evaluare clinică obiectivă, 4) Screening-ul psiho-social, care include depresia și dependența medicamentoasă. 	<p>Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau radiculopatie.</p> <p>Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei.</p> <p>Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau subacute sau radiculopatie.</p> <p>Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei.</p>

2.	Reducerea sau eliminarea investigațiilor imagistice la pacienții cu diagnosticul de DL nespecifice în lipsa indicatorilor de „stegulețe roșii”.	2.1. Procentul de pacienți cu diagnosticul de DL nespecifice pentru care medicul a indicat investigație imagistică în timp de șase săptămâni de la debutul sindromului algic, în lipsa „stegulețelor roșii”. 2.2. Procentul de pacienți cu diagnosticul de DL nespecifice care au fost investigați imagistic repetat neargumentat, în absența „stegulețelor roșii” sau simptomelor neurologice progresive.	2.1. Numărul de pacienți cu diagnosticul de DL nespecifice pentru care medicul a indicat investigație imagistică în timp de șase săptămâni de la debutul sindromului algic, în lipsa „stegulețelor roșii”. 2.2. Numărul de pacienți cu diagnosticul de DL nespecifice care au fost investigați imagistic repetat neargumentat, în absența „stegulețelor roșii” sau simptomelor neurologice progresive.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de DL nespecifice. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o scădere a ratei. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL nespecifice. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o scădere a ratei.
3.	Amânarea investigațiilor imagistice la pacienții cu diagnosticul de DL radiculare până la perioada după șase săptămâni pentru a permite rezolvarea simptomatologiei clinice care de obicei are loc în această perioadă.	3.1. Procentul de pacienți cu dureri radiculare, pentru care medicul a indicat investigația imagistică în perioada de șase săptămâni de la debutul durerii.	Numărul de pacienți cu dureri radiculare, pentru care medicul a indicat investigația imagistică în perioada de șase săptămâni de la debutul durerii.	Numărul de pacienți cu diagnostic de durere lombară radiculară. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o scădere a ratei.
4.	Creșterea gradului de utilizare a planului de tratament de bază ca tratament de prima linie, care include activitatea, folosirea agentului termic, educația, exercițiile fizice și analgezice pentru pacienții cu DL.	4.1. Procentul de pacienți care au fost informați cu privire la menținerea sau reluarea activităților, contrar regimului de pat, utilizarea agentului termic, educarea importanței stilului de viață activ și a exercițiilor fizice, la fel și recomandarea utilizării medicamentelor anti-inflamatorii sau analgezice în primele șase săptămâni de la debutul durerii în absența „stegulețelor roșii”.	4.1. Numărul de pacienți care au fost informați cu privire la menținerea sau reluarea activităților, contrar regimului de pat, utilizarea agentului termic, educarea importanței stilului de viață activ și a exercițiilor fizice, la fel și recomandarea utilizării medicamentelor anti-inflamatorii sau analgezice în primele șase săptămâni de la debutul durerii în absența „stegulețelor roșii”.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau radiculopatie, (cu excepția „stegulețelor roșii”). Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei.

5.	Utilizarea prudentă și responsabilă de opiacee, în prezența DL acute sau subacute.	5.1. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL, la care s-au prescris opioides.	5.1. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL, la care s-au prescris opioides.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau subacute sau radiculopatie. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o scădere a ratei.
6.	Creșterea utilizării a scalelor validate de apreciere a durerii și stării funcționale pentru a facilita abordarea tratamentului diferențiat cu scopul îmbunătățirii capacității funcționale a pacientului.	6.1. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL, starea funcțională a cărora a fost evaluată folosind chestionarul dizabilității Roland – Morris sau alt instrument de evaluare. 6.2. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL, la care gradul de durere a fost evaluat prin Scala vizuală analogică, diagrama durerii sau alt instrument de evaluare.	6.1. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL, starea funcțională a cărora a fost evaluată folosind chestionarul dizabilității Roland – Morris sau alt instrument de evaluare. 6.2. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL, la care gradul de durere a fost evaluat prin Scala vizuală analogică, diagrama durerii sau alt instrument de evaluare.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau subacute sau radiculopatie. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei. Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare acute sau subacute sau radiculopatie. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei.
7.	Creșterea gradului de utilizare a deciziilor colaborative pentru a permite pacienților să ia decizii mai informate cu privire la îngrijirea lor. Accent se va pune pe decizii comune legate de investigarea imagistică, abordul terapeutic și intervenția chirurgicală în cazul durerii radiculare.	7.1. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL nespecifice, care au luat decizii colaborative cu privire la referire la specialistul în patologia coloanei vertebrale. 7.2. Procentul de pacienți cu diagnostic de DL radiculare, care au luat decizii colaborative cu privire la investigația imagistică, abordul terapeutic și/sau intervenția chirurgicală.	7.1. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL nespecifice, care au luat decizii colaborative cu privire la referire la specialistul în patologia coloanei vertebrale. 7.2. Numărul de pacienți cu diagnostic de DL radiculare, care au luat decizii colaborative cu privire la investigația imagistică, abordul terapeutic și/sau intervenția chirurgicală.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de dureri lombare nespecifice. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei. Numărul de pacienți cu diagnosticul de radiculopatie. Notă: îmbunătățirea este menționată ca o creștere a ratei.

Anexa1.

Interpretarea algoritmului de diagnostic și tratament de bază al DL

1. Adresarea pacienților cu DL sau sciatică/radiculopatie. Se va face o evaluare diagnostică preliminară a pacienților cu DL prin intermediul triajului.

Screening-ul pentru DL va include:

- Proceduri recente efectuate în regiunea spatelui sau anestezie epidurală
 - Localizarea durerii:
 - Dureri lombare (nu iradiază mai jos de genunchi)
 - Radiculopatie (DL cu iradiere mai jos de genunchi)
 - Durata simptomelor, inclusiv data leziunii sau de instalare a simptomelor:
 - < 6 săptămâni – durere acută
 - 7 - 12 săptămâni – durere subacută
 - > 12 săptămâni - durere cronică
 - În cazul în care este o leziune: Care este mecanismul ei?
 - Severitatea durerii și gradul dizabilității
 - Alte afecțiuni medicale
 - Istoricul de dureri de spate sau intervenții chirurgicale anterioare
 - Indicații psihosociale (**anexa 3**, „Monitorizarea Psihosocială și Instrumente de Evaluare”).
- 2. Urgență imediată sau relativă.** Evaluarea de triaj va scoate în evidență stările de urgență, care cer consult imediat, cum ar fi sindromul de cauda equina. În caz dacă nu este o urgență, dar se impune - totuși - o evaluare diagnostică, se identifică eventuale „semne de alarmă” (**caseta 6**).
- 3. Evaluări indicate.** Examinarea pacienților este indicată în termen *de la două până la șapte zile* în cazul în care:
- durerile de spate durează mai mult de șase săptămâni
 - este pierdere inexplicabilă în greutate
 - vârsta pacientului peste 50 de ani
 - istoric de cancer
 - dureri de spate sau în picior, moderate sau severe în intensitate, instalate repetat.
- 4. Evaluarea inițială de asistență primară.** Evaluarea primară include istoricul bolii, examenul fizic și considerarea factorilor psihosociali întreținători (**casete 4,7,8,9**).

Istoricul pacientului include: considerarea factorilor de risc pentru cancer, infecție spinală posibilă, evidențierea semnelor sau simptomelor ale sindromului de cauda equina sau de afectare neurologică (**caseta 6**).

Indicii psihosociali influențează recuperarea pacientului. Se vor lua în considerare așa factori cum ar fi frica, problemele financiare, depresia, nesatisfația de locul de muncă, problemele de familie sau de stres, care pot contribui la prelungirea dizabilității.

Consultul chirurgical este necesar în cazul deficitului neuromotor semnificativ sau evoluției progresive a simptomatologiei clinice.

- Radiografiile nu sunt utile în stările acute cu excepția cazurilor când există indicatori specifici „stegulețe roșii” (**caseta 10**).

- Evaluarea de laborator - Analiza sângelui va fi luată în considerație în cazul suspectării unui cancer sau infecției.

Referire

În cazul în care pacientul prezintă dizabilitate severă cu dureri persistente în regiunea lombară sau/și în picior, sau atunci când există o limitare semnificativă funcțională și a activităților de muncă este necesară referirea precoce (în termen de 16 zile) la terapia fizică sau la consultul specializat non-chirurgical.

5. Program de tratament prin auto-îngrijire la domiciliu

Mesaje cheie:

- Durerile lombare, fiind frecvent întâlnite, se recuperează în patru – șase săptămâni.
- De obicei, peste o perioadă de timp pacienții cu dureri în spate revin la activitățile anterioare.
- Pacientul se va reevalua în cazul în care nu există o îmbunătățire semnificativă într-o perioadă de 1-3 săptămâni sau în cazul în care simptomele progresează.
- Majoritatea pacienților care au avut în anamneză dureri lombare vor avea o recurență în termen de 12 luni.
- Păstrarea activității duce la o recuperare mai rapidă și prevenirea cronicizării durerii.
- Regimul la pat nu este recomandat.

În cazul în care pacientul nu a fost evaluat anterior, se va face diferențierea între durerea acută netratată și dezvoltarea durerii cronice. Dacă durerea unui pacient a persistat timp de șase săptămâni (sau mai mult decât timpul de ameliorare a acutizării precedente), este justificată evaluarea aprofundată pentru determinarea cauzei durerii cronice.

Atunci când starea pacienților se ameliorează, se recomandă continuarea tratamentului de auto-îngrijire (**caseta 21, anexa 9**).

7. **Continuarea programului de auto-îngrijire.** În cazul ameliorării stării pacientului, se recomandă continuarea măsurilor de auto-îngrijire (**anexa 8,9**).

8. Evoluția negativă a bolii (identificarea factorilor de risc ai afecțiunilor grave).

Mesaje cheie:

Referirea pacientului la specialistul de domeniu, în caz de afecțiuni grave, cum ar fi cancerul, sindromul de cauda equina, deficit neurologic progresiv sau alte boli sistemice. Fiecare grup medical va avea indicații speciale pentru referirea la consult specializat.

9. Consult sau referire.

Completarea programului de evaluare suplimentară pentru diagnostic sau referirea la specialistul în domeniu pentru afecțiunile grave (de exemplu, cancer, alte boli sistemice sau deficit neurologic). Fiecare grup medical poate avea alte indicații pentru referiri specializate.

10. Eșuarea tratamentului de auto-îngrijire.

Mesaje cheie:

- Este important de evaluat factorii non-fizici care pot avea impact asupra revenirii la locul de muncă sau în dezvoltarea handicapului.
- Durerea lombară reziduală nu este o contraindicație pentru a reveni la activitățile anterioare.
- ✓ Deoarece majoritatea pacienților cu dureri acute se ameliorează timp de două săptămâni, este recomandat abordul conservativ de tratament.
- ✓ Dacă starea pacientului nu se ameliorează, se impune revizuirea diagnosticului și a tratamentului. Se recomandă evaluarea „stegulețelor roșii” și factorilor psihosociali la fiecare consult ulterior care include o evaluare subiectivă a durerii, gradului de afectare funcțională și datelor obiective.
- ✓ Dacă la reluarea anamnezei se evidențiază „semne de alarmă”, se va aprofunda examenul clinic și se vor face investigații suplimentare (de laborator sau imagistice) sau se va solicita evaluarea interdisciplinară.
- ✓ Dacă nu sunt relevante „semnele de alarmă”, se reconsideră schema terapeutică.

- ✓ Dacă starea pacientului se ameliorează până la prima vizită de control, programată la sfârșitul primei săptămâni după consultul inițial, pacientul va continua aplicarea recomandărilor de auto-îngrijire.

12. Reevaluarea și Redirecționarea.

• În termen de patru vizite, pacientul trebuie să prezinte îmbunătățirea documentată pentru a continua tratamentul inițiat. Dacă nu se observă nicio îmbunătățire, trebuie să fie efectuată o reevaluare comprehensivă de către specialistul în patologia coloanei vertebrale pentru alte cauze ale durerilor de spate, inclusiv disfuncția articulației sacroiliace.

• Îmbunătățirea continuă trebuie să fie documentată pentru continuarea tratamentului conservator în funcție de faza de evoluție a durerii (**C.1.1.Algoritm de diagnostic și tratament de bază a DL - casete 15, 16, 17**). De obicei sunt suficiente nu mai mult de patru până la șase vizite.

- Pacientul trebuie să fie reevaluat aproximativ între 9 și 12 vizite sau între 4 și 6 săptămâni.

Indicațiile pentru redirecționare includ:

- Lipsa îmbunătățirii în caz de auto-îngrijire timp de două săptămâni
- Durere severă și incapacitantă lombară și în membrul inferior
- Limitarea semnificativă a activităților funcționale sau de muncă
- Risc crescut de recuperare întârziată
- Persistența deficitului neuromotor după patru până la șase săptămâni de tratament de bază (aceasta nu include modificări senzoriale minore sau modificări de reflexe).

14. Dureri lombare cronice.

Durerea lombară și sciatică, care persistă mai mult de 12 săptămâni sunt definite ca fiind cronice.

Evaluarea pacienților va include gradul subiectiv al durerii, evaluarea funcțională și obiectivă a clinicianului, reevaluarea factorilor psihosociali (**caseta 7**).

În lipsa ameliorării după șase săptămâni, se va considera „Radiografia coloanei lombare” în această anexă sau anexa 9 „Radiculopatia”, pentru considerarea examenului imagistic.

Din cele 10% de pacienți cu simptome cronice, 90% se încadrează în categoria dureri lombare cronice și doar 10% în categoria - sciatică cronică.

Factorii fizici care pot duce la recuperare tardivă sau handicap prelungit includ tumori maligne, infecții, disfuncții metabolice sau condiții bio-mecanice (de exemplu, disfuncția articulației sacroiliace).

Dacă pacientul nu prezintă ameliorare, se vor lua în considerație alte etiologii posibile a durerii lombare:

- Fracturi
- Spondiloartropatii
- Infecție
- Tumora
- Patologii abdominale / pelvine
- Alte cauze de origine a DL cum ar fi sindromul fațetelor intraarticulare, sindromul mușchiului piriform, stenoza sau claudicația.

Radiografia regiunii lombare a coloanei vertebrale (incidență anterioară și laterală).

Următoarele modificări radiologice au semnificație clinică discutabilă și pot avea legătură cu durerile lombare:

- Îngustarea unui singur spațiu de disc
- Spondiloliza
- Lumbalizarea
- Sacralizarea
- Noduli Schmorl
- Spina bifida occulta
- Calcifierea discului
- Scolioza ușoară până la moderată

19. Reabilitarea activă.

Mesaje cheie:

- Terapie prin exerciții s-a dovedit a fi eficientă în cazul durerii lombare cronice, dar nu sunt dovezi concludente în favoarea unui sau altui exercițiu.

În tratamentul durerilor lombare cronice se vor include:

- materialele educaționale scrise
- auto-gestionarea activă
- reluarea treptată a activităților
- profilaxia - biomecanica corporală adecvată
- exercițiile - program gradat de exerciții active pentru întărirea corsetului muscular de stabilizare în dureri lombare cronice.
- evaluarea și gestionarea factorilor psihosociali
- abordarea multidisciplinară

21. Radiculopatia

Mesaje cheie:

• IRM-ul este investigația de elecție pentru a evalua pacienții cu dureri lombare cu sau fără radiculopatie. CT-mielografia se efectuează la pacienții care au o contraindicație pentru utilizarea IRM.

Examenul pacienților va include evaluarea fizică și psihosocială completă, gradul subiectiv al durerii, evaluarea funcțională și obiectivă a clinicianului (**casete 4,7,8,9**).

Indicații pentru investigarea imagistică IRM sau TC a coloanei vertebrale lombare (**casete 11,12**). IRM și TC, în general, nu sunt utile în evaluarea precoce și tratamentul durerii lombare sau radiculopatiei, cu excepția cazurilor în care pacientul prezintă simptome neurologice progresive sau există o suspiciune de cancer sau de infecții. Investigarea imagistică este indicată atunci când tratamentul non-invaziv conservator nu a avut efect și sunt discutate infiltrațiile terapeutice sau intervenția chirurgicală.

Se va decide necesitatea infiltrațiilor epidurale, atunci când pacientul îndeplinește criteriile de referință chirurgicală (**casetă 17**).

IRM-ul este testul diagnostic de preferință în evaluarea pacienților cu dureri lombare. CT-mielografia este investigația utilă pentru pacienții care au o contraindicație pentru IRM, pentru care rezultatele IRM nu sunt concludente, sau pentru care nu există o corelație între simptomele și concluziile IRM. CT-mielografia prezintă o exactitate comparabilă și este complementară IRM. Cu toate acestea, CT-mielografia este invazivă, invocă riscul de reacții alergice la contrast și cefalee post-mielografică.

CT de plan este utilă pentru pacienții care au o contraindicație pentru IRM, pentru care rezultatele IRM nu sunt concludente, sau pentru care nu există o corelație între simptomele și concluziile IRM și pentru care mielograma este considerată inadecvată. CT poate fi utilizată în evaluarea inițială a pacienților cu durere lombară cu/fără radiculopatie, atunci când IRM-ul de înaltă calitate nu este disponibil.

23. Infiltrații epidurale cu steroizi

Mesaje cheie:

• Rezultatul pozitiv al infiltrațiilor epidurale cu steroizi va permite pacienților să continue programul de tratament conservator.

• Efectuarea infiltrațiilor epidurale cu steroizi sub ghidarea fluoroscopică sau CT.

Infiltrațiile epidurale cu corticosteroizi vor fi luate în considerație după inițierea programului adecvat de tratament conservator. Etapa efectuării infiltrației epidurale va depinde de evoluția clinică. În cazuri de simptome severe, infiltrațiile se vor efectua mai devreme în perioada tratamentului. Răspunsul pozitiv la tratamentul respectiv va permite prelungirea programului de tratament non-chirurgical și evitarea intervenției chirurgicale. În general, se recomandă evitarea utilizării infiltrațiilor epidurale în monoterapie. Pacienții trebuie să fie informați de riscurile generale de utilizare pe termen scurt și pe termen lung a steroizilor - în special modificările temporare în controlul glicemiei.

În prezent, se recomandă drept standard efectuarea infiltrațiilor epidurale sub ghidare imagistică cu contrast. Aceasta va permite distribuirea preparatului cât mai aproape de hernia de disc, zona de stenoză sau locul compresiei radiculare.

Există trei abordări a spațiului epidural: interlaminar, transforaminal și caudal. Nu există indicații certe pentru alegerea abordului, acesta fiind adaptat la cazul clinic concret [47].

Morbiditatea procedurală este extrem de joasă și variază în funcție de abord [47]. În cazul abordului interlaminar există un risc potențial de injectare intratecală (<1%), pacienții dezvoltând o cefalee post-procedurală datorată scurgerii lichidului cefalorahidian. Aceasta, de obicei, se rezolvă spontan, simultan cu tratamentul conservator în termen de 48 de ore. Atunci când abordul este

transforaminal, pacienții pot raporta agravarea simptomelor radiculare pentru câteva zile după injecție. Acest lucru este datorat efectului compresiv al volumului injectat asupra nervului deja inflammat sau o reacție la steroizi. Nu există nici un risc de cefalee după această abord, dar există un risc extrem de mic, dar foarte real pentru infarct medular cu dezvoltarea simptomatologiei spinale permanente. În toate dintre cele trei aborduri - caudal, transforaminal și interlaminar - există riscul de sângerare, infecție, precum și leziuni ale nervilor (mai puțin de unul la zece mii). Pacienții ar trebui să fie informați cu privire la riscurile posibile care ar putea apărea folosind fiecare dintre cele trei aborduri [8].

25. Considerarea tratamentului chirurgical sau continuarea tratamentului durerilor lombare cronice.

Mesaje cheie:

- Prezența herniei de disc nu exclude posibilitatea unui tratament conservator, de care trebuie să beneficieze toți pacienții, cu excepția cazurilor de prezență a „semnelor de alarmă”.
- Decizia intervenției chirurgicale este o decizie clinică bazată pe prezența durerii severe, necontrolate medicamentos, simptomelor neurologice progresive sau profunde, sau eșecul la terapia conservativă.

Indicații pentru referirea specializată:

Specialist în tratamentul non-chirurgical al patologiei coloanei vertebrale

- DL cu durată mai mult de șase săptămâni
- Dureri cronice atipice în picior
- Durere cronică
- Excluderea artropatiei inflamatorii, fibrozită/ fibromialgie
- Excluderea tulburărilor metabolice osoase (de exemplu, osteoporoza)

Specialist în tratamentul chirurgical al patologiei coloanei vertebrale

- Pacientul este un candidat pentru intervenție chirurgicală
- Sindromul de cauda equina
- Deficitul neuromotor progresiv (de exemplu, pareza plantei piciorului sau a mușchilor flexori ai coapsei).
- Deficitul neuromotor persistent cu durată de patru - șase săptămâni de tratament conservator (cu excepția modificărilor reflexelor sau senzoriale minore)
- Radiculopatia cu semne de elongație pozitive pentru mai mult de patru - șase săptămâni
- Durere radiculară necontrolată cu leziune confirmată imagistic.

Pacienții cu hernii de disc mari sau cu semnal hiperintens, cu extruzii sau sechestrări discale au același prognostic ca și pacienții cu hernii de disc mai mici sau protruzii. Prezența unei extruzii sau sechestrări a discului intervertebral nu este o indicație pentru intervenție chirurgicală imediată [5].

• Prezența imagistică (IRM/TC) a herniei de disc (inclusiv extruziei sau sechestrării discale) nu determină dacă pacientul va răspunde la terapia conservativă. Presupunând că durerea pacientului poate fi controlată și dacă nu sunt prezente „semne de alarmă” sau contraindicații, toți pacienții ar trebui să fie supuși unui tratament conservator [23].

• Decizia intervenției chirurgicale este una clinică, dar nu radiologică, și se bazează în general pe prezența durerii severe, necontrolate, simptomelor neurologice progresive sau profunde, sau eșec la tratamentul conservativ [7,23].

Interpretarea algoritmului dureri radiculare

28. Investigațiile imagistice nu sunt recomandate în primele 6 săptămâni; utilizarea planului de tratament de bază*

Recomandări:

- investigațiile imagistice (tomografie computerizată, imagistica prin rezonanță magnetică sau radiografia) nu sunt recomandate pentru DL nespecifice [18,31,45].

O mare parte din pacienți cu radiculopatii lombare confirmate prin examen clinic în concordanță cu istoric corespunzător se vor recupera în termen de câteva săptămâni de la debut. Majoritatea herniilor de disc regresează sau se reabsorb timp de opt săptămâni de la debut [5]. În absența semnelor de alarmă sau deficitului neurologic progresiv, nu sunt dovezi despre pericolul agravării rezultatelor în caz de amânare a intervenției chirurgicale [18]. Se recomandă utilizarea planului de tratament de bază (**caseta 20**).

Obținerea datelor imagistice prin rezonanță magnetică la pacienții cu radiculopatie înainte de șase săptămâni nu prezintă un beneficiu, cu excepția deficitului neurologic progresiv sau durerii persistente dizabilitante [18].

31. Reevaluarea adițională, dacă este necesar; considerarea investigațiilor imagistice, infiltrațiilor epidurale sau continuarea tratamentului planic

Recomandări:

- Investigațiile imagistice vor fi efectuate pentru a exclude patologia subiacentă sau pacienților prevăzuți pentru intervenție chirurgicală, inclusiv infiltrații epidurale cu steroizi [18,31,45].

- Infiltrațiile epidurale cu steroizi vor fi utilizate pentru durerea lombară acută, cu un component radicular pentru ameliorarea temporară a durerii [54,60,62].

Pentru selectarea tipului de investigarea imagistică IRM sau TC a coloanei vertebrale lombare (**caseta 11,12**).

Indicații, contraindicații și principii de efectuare a infiltrațiilor epidurale, la fel principiile de selectare a pacienților (**caseta 19**).

37. Reevaluarea stării biomecanice și tratamentului.

Se va pune accent pe creșterea graduală a programului de exercitii, biomecanica corporală adecvată și promovarea stilului sănătos de viață (**caseta 20**).

38. Simptome recurente?

Lipsa recurenței

Dacă nu există reapariția simptomelor, pacientul va continua planul de tratament de bază, cu accent pe efectuarea exercițiilor drept o măsură de prevenție.

Simptome recurente < 12 săptămâni de la debut

Persoanele cu recurențe mai severe cu limitare funcțională necesită măsuri terapeutice și diagnostice suplimentare, inclusiv referirea la un medic specialist în patologia coloanei vertebrale (**anexa 2, adnotarea 40** "Considerarea referirii la specialistul în patologia coloanei vertebrale").

Simptome recurente > 12 săptămâni de la debut

DL recurentă cu durata mai mult de trei luni nu se încadrează în acest ghid.

40. Considerarea referirii la specialistul în patologia coloanei vertebrale.

Indicații pentru referire:

- Lipsa ameliorării la tratamentul de bază timp de două săptămâni
- Durere dizabilitantă în regiunea lombară sau în picior
- Limitarea semnificativă a activităților funcționale și de muncă
- Risc crescut de recuperare întârziată
- Deficitul neuromotor persistent cu durata de patru - șase săptămâni de tratament conservator (cu excepția modificărilor reflexelor sau senzoriale minore).

Principiile de referire la specialiști (**Anexa 1, adnotarea 12,25**).

Monitorizarea Psihosocială și Instrumente de Evaluare

Instrumentele de monitorizare și evaluare menționate mai jos ar putea ajuta la identificarea factorilor psihosociali pentru dizabilitatea prelungită și durerea cronică, luarea deciziei tratamentului de bază sau referirea la specialistul în domeniul sănătății mintale, dacă este indicat.

Semnele lui Waddell [23,65].

Semnele lui Waddell fac posibilă evaluarea durerii psihologice sau simularea, sau ambele prin testarea coerenței și reproductibilitatea răspunsurilor pacienților la semnele fizice non-organice. Waddell demonstrează că, atunci când trei din cele cinci teste sunt pozitive, există o probabilitate mare de patologie non-organică. Trei teste pozitive identifică persoana care are nevoie de o evaluare ulterioară psihologică.

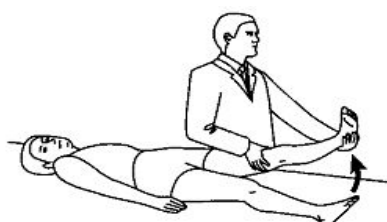
1. Sensibilitatea (senzația dureroasă): Testul este pozitiv când la ciupirea ușoară sau mișcarea pielii apare senzația dureroasă generalizată care cuprinde toată regiunea lombară.

2. Simularea: Scopul acestor teste este de a crea pacientului impresia că se efectuează un test specific, atunci când, de fapt, acesta este fals.

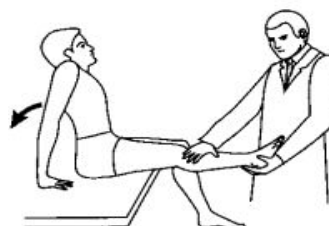
- *Apăsarea (presiunea) axială:* Testul este pozitiv atunci când durerile de spate apar la apăsarea (presiunea) verticală de către mâinile examinatorului pe craniul pacientului, care se află în ortostatism. Durerile cervicale sunt frecvente și nu trebuie luate în considerație.

- *Rotația:* Testul este pozitiv dacă apar dureri de spate la mișcări de rotire pasivă a umerilor și bazinului în același plan, când pacientul stă în picioare relaxat cu taloanele împreunate.

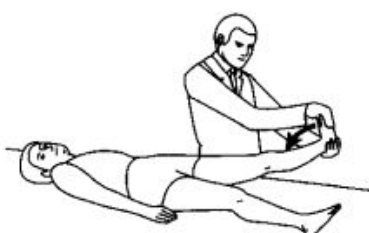
3. Distragerea atenției: Scopul acestui test este de a distra atenția pacientului în așa fel încât un rezultat pozitiv în condiții normale de testare devine negativ la pacientul distras. Cel mai util test este ridicarea piciorului întins (fără flectarea în genunchi) în sus (Semnul Lasegue). Testul este pozitiv atunci când pacientul acuză dureri în timpul ridicării piciorului întins aflându-se culcat pe spate, dar nu prezintă dureri la ridicarea piciorului în poziție șezândă.



Ridicarea piciorului întins



Poziția șezândă



Extensia

4. Regionalizarea: Distribuția durerii este în funcție de cunoașterea căilor conductive și structurilor anatomice. Interpretarea examenului depinde de răspunsurile non-anatomice sau non-fiziologice a pacientului la testare.

- *Slăbiciunea:* Testul este pozitiv atunci când pacientul prezintă o serie de contracții musculare voluntare repetate, astfel producându-se mișcări similare cu roata dințată. Pacientul poate manifesta slăbiciune în timpul examinării, având o forță adecvată spontană.

- *Sensibilitatea:* Modificările de sensibilitate apar într-o zonă non-anatomică (deregări de sensibilitate de tip „ciorapi și mănuși”, hemihipoestezie, hipoestezie pe un cadran a coprului).

5. Reacții exagerate (Overreaction): verbalizare disproporționată, expresie facială, contracție musculară, tremor, transpirații sau colaps. Se iau în considerație variațiile culturale.

Factori de risc psihologici

Următorii factori sunt importanți de menționat pentru a presupune un prognostic nefavorabil:

- Convingerea că durerea și activitatea sunt dăunătoare
- „Comportament dureros”, cum ar fi repaosul prelungit
- Dispoziție depresivă sau negativă, izolare socială
- Tratamentul care nu se potrivește celor mai bune practici
- Probleme legate de reclamații și compensări
- Istoric de dureri în spate, concedii medicale sau alte reclamații
- Probleme sau satisfacția redusă la locul de muncă
- Muncă grea, ore nesociabile
- Protecție exagerată din partea familiei sau lipsa de sprijin

Grupuri de Factori de risc

Evaluarea clinică a factorilor de risc poate identifica pericolul dizabilității pe termen lung, suferinței și pierderii locului de muncă din cauza:

- Atitudinilor și convingerilor legate de durerile în spate
- Stării emoționale
- Comportamentului
- Stării familiale
- Compensărilor materiale
- Condițiilor de muncă
- Problemelor de diagnostic și de tratament

Când o persoană este expusă riscului?

O persoană poate fi expusă riscului în cazul în care:

- există un grup de câțiva factori foarte importanți, sau
- există un grup de mai mulți factori mai puțin importanți, care se combină în mod cumulativ.

Șase întrebări specifice de screening

Sugestii de întrebări (care urmează să fie formulate prin intermediul cuvintelor proprii ale medicului):

- Ați avut concediu de boală în legătură cu durerile de spate?
- Ce credeți, care este cauza durerilor Dvs. de spate?
- Ce credeți că Vă va ajuta?
- Care este atitudinea angajatorului Dvs. referitor la durerile Dvs. de spate? A colegilor Dvs. de serviciu? A familiei Dvs.?
- Ce întreprindeți pentru a confrunța durerile de spate?
- Credeți că Vă veți întoarce la serviciu? Când?

Chestionarul sănătății pacientului (PHQ 9 – Patient Health Questionnaire) [44]

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)				
În ultimele 2 săptămâni, cât de des ați fost deranjat de oricare din următoarele probleme?	Niciodată	Uneori	Mai mult de jumătate din timp	Aproape tot timpul
1. scăderea interesului sau plăcerii pentru activitățile curente	0	1	2	3
2. tristețe, demoralizare sau lipsă de speranță	0	1	2	3
3. tulburări de somn (insomnie sau somnolență)	0	1	2	3
4. oboseală sau lipsă de energie	0	1	2	3
5. scăderea sau creșterea apetitului	0	1	2	3
6. părere proastă despre sine, sentimente de ratare sau dezamăgire a familiei	0	1	2	3
7. dificultăți de concentrare (ca de exemplu când citești sau te uiți la televizor)	0	1	2	3
8. lentoare în mișcări sau vorbit prea încet, lucru sesizat de cei din jur sau, dimpotrivă, agitație ori neliniște	0	1	2	3
9. gândul că ar fi mai bine să mori sau să-ți faci rău	0	1	2	3
Codare				
0 + _____ + _____ + _____				
= Scor total: _____				
Cât de mult te-a afectat oricare din aceste probleme la locul de muncă, casă sau în relația cu alți oameni?				
Nicio dificultate	Unele dificultăți	Foarte dificil	Extrem de dificil	

Interpretare. Limitele scorului pot fi între 0-27. Utilizați tabelul de mai jos pentru a interpreta scorul PHQ 9.

Diagnostic	Scor total	Acțiune
Depresie minimă	0 - 4	Nu necesită tratament
Depresie ușoară	5 - 9	Medicul tratează în funcție de durata simptomelor și afectarea activității zilnice
Depresie moderată	10 - 14	
Depresie moderat-severă	15 - 19	Medicul tratează depresia cu antidepresive, psihoterapie și/sau o combinație de tratamente.
Depresie severă	20 - 27	

Chestionar pentru aprecierea evenimentelor pe care pacienții încearcă să le evite din cauza fricii față de declanșarea durerii (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire) [66].

Nume, prenume _____ Data _____/_____/_____

În continuare sunt propuși niște itemi cu scopul aprecierii calității durerilor la pacienți. Pentru a determina în ce măsură așa activități ca aplecarea, ridicarea, mersul pe jos sau șofarea influențează sau ar putea influența durerile de spate, vă rugăm să încercuiți pentru fiecare afirmație un număr de la 0 la 6, care corespunde cu starea Dvs.

	Greșit			Posibil			Corect	
1. Durerea mea este cauzată de activitatea fizică.	0	1	2	3	4	5	6	
2. Activitatea fizică agravează durerea mea.	0	1	2	3	4	5	6	
3. Activitatea fizică ar putea dăuna spatelui meu.	0	1	2	3	4	5	6	
4. Ar trebui să evit activitățile fizice care (ar putea duce) duc la agravarea durerii mele.	0	1	2	3	4	5	6	
5. Nu pot îndeplini activitățile fizice care îmi agravează durerea	0	1	2	3	4	5	6	

Următorii itemi sunt pentru a aprecia în ce măsură lucrul Dvs obișnuit afectează sau ar putea afecta durerea Dvs de spate.

	Greșit			Posibil			Corect	
6. Durerea mea a fost cauzată de lucrul meu sau de un incident la locul de lucru.	0	1	2	3	4	5	6	
7. Lucrul meu îmi agravează durerea.	0	1	2	3	4	5	6	
8. Pretind la o compensație pentru durerea mea.	0	1	2	3	4	5	6	
9. Lucrul meu este prea greu pentru mine.	0	1	2	3	4	5	6	
10. Lucrul meu duce sau ar putea duce la agravarea durerii mele.	0	1	2	3	4	5	6	
11. Lucrul meu ar putea dăuna spatelui.	0	1	2	3	4	5	6	
12. Cu durerea mea de spate n- ar trebui să-mi îndeplinesc lucrul obișnuit.	0	1	2	3	4	5	6	
13. Cu durerea mea din prezent eu nu-mi pot îndeplini lucrul obișnuit.	0	1	2	3	4	5	6	
14. Până nu va fi tratată durerea mea, nu-mi voi putea îndeplini lucrul.	0	1	2	3	4	5	6	
15. Nu cred că în următoarele 3 luni mă voi putea întoarce la lucrul meu obișnuit	0	1	2	3	4	5	6	
16. Nu cred că voi fi în stare să mă întorc vreodată înapoi la lucru	0	1	2	3	4	5	6	

Calcularea rezultatelor:

Scala pentru aprecierea convingerilor de evitare a lucrului determinat de frica față de declanșare a durerii din cauza lucrului (Scala 1) = (item 6) + (item 7) + (item 9) + (item 10) + (item 11) + (item 12) + (item 15)

Scala pentru aprecierea convingerilor de evitare a efortului fizic determinate de frica față de declanșare a durerii din cauza efortului fizic (Scala 2) = (item 2) + (item 3) + (item 4) + (item 5)

Itemii excluși din scala 1 și 2: 1, 8, 13, 14, 16

Interpretări:

Scorul minimal al scalelor: 0

Scorul maximal pentru scala 1: 42 (7 itemi)

Scorul maximal pentru scala 2: 24 (4 itemi)

Cu cât mai mare este scorul, cu atât mai mare este gradul de convingere de frică și evitare la pacient.

Chestionarul Roland – Morris de Evaluare a Dizabilității datorate Durerii Lombare

Numele Pacientului: _____ **Fișier** _____ **Data:** _____

Vă rugăm să citiți instrucțiunile: Când aveți dureri de spate, ați putea avea dificultăți în efectuarea unor activități, pe care în mod normal le efectuați fără probleme. Marcați numai răspunsurile care descriu starea actuală.

Întrebări privind percepția actuală a pacientului:

- Stau acasă aproape tot timpul din cauza durerii lombare.
- Îmi schimb poziția frecvent, pentru a încerca să-mi atenuez durerea lombară.
- Merg mai încet decât de obicei, din cauza durerii lombare.
- Durerea lombară mă împiedică să-mi desfășor activitățile casnice obișnuite.
- Din cauza durerii lombare, sunt nevoit să folosesc balustrada când urc scările.
- Durerea lombară mă determină să mă culc frecvent, pentru a mă odihni.
- Din cauza durerii lombare trebuie să mă sprijin de ceva, pentru a mă ridica.
- Din cauza durerii lombare încerc să găsesc persoane care să mă ajute în activitățile curente.
- Durerea lombară mă obligă să mă îmbrac mai încet decât de obicei.
- Din cauza durerii lombare sunt nevoit să stau în picioare perioade mai scurte de timp.
- Durerea lombară mă împiedică să mă aplec și să îngenunchez.
- Din cauza durerii lombare mă ridic cu greu de pe scaun.
- Mă doare spatele aproape tot timpul.
- Îmi este greu să mă întorc în pat, de pe o parte pe alta, din cauza durerii lombare.
- Din cauza durerii lombare pofta de mâncare mi s-a diminuat.
- Nu pot să mă încălț cu șosete (ciorapi) din cauza durerii lombare.
- Din cauza durerii lombare nu pot să parcurg decât distanțe scurte.
- Din cauza durerii lombare dorm mai puțin bine.
- Din cauza durerii lombare am nevoie de ajutorul altei persoane pentru a mă îmbrăca.
- Durerea lombară mă determină să stau toată ziua pe scaun.
- Durerea lombară mă determină să evit muncile casnice care necesită efort fizic mare.
- Din cauza durerii lombare am devenit mai irascibil și mă port urât cu ceilalți.
- Durerea lombară mă determină să urc treptele unei scări mai încet decât de obicei.
- Durerea lombară mă obligă să stau în pat aproape tot timpul.

INSTRUCȚIUNI ȘI INTERPRETARE

1. Pacientul va fi instruit să bifeze în dreptul afirmației care i se potrivește.
2. Medicul va face suma afirmațiilor bifate.
3. Ameliorarea clinică în timp poate fi cuantificată prin analiza scorurilor chestionarelor seriale. De exemplu, dacă la începutul tratamentului scorul unui pacient a fost 12 și la sfârșitul tratamentului 2 (10 puncte îmbunătățire), vom calcula o ameliorare de 83% ($10/12 \times 100$).

RASPUNS PUNCTE: DA – 1; NU - 0

Scor total = SUMA (puncte pentru toate cele 24 situații)

Interpretare: • scor minim: 0; • scor maxim: 24

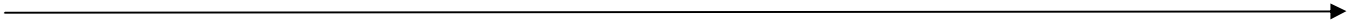
- Cu cât este mai mare scorul cu atât este mai severă dizabilitatea asociată cu durerea de spate.
- Un scor de 0 indică faptul că nu există dizabilitate, iar un scor de 24 indică faptul că există dizabilitate.
- Un scor > sau = 14 indică un pacient sever afectat.

NOTĂ: Chestionarul se asociază de obicei cu scala vizuală analogă a durerii.

Scala vizuală analogă (VAS)

- Pacientul plasează un cursor pe o linie care are la capătul stâng marcată absența durerii, iar la capătul drept cea mai cumplită durere imaginabilă, în funcție de cât de intensă este resimțită durerea sa.
- Verso-ul scalei este marcat de la 0 la 10, putându-se cuantifica intensitatea durerii raportată de pacient.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durere absentă										Durere insuportabilă



Scala descrierii verbale.

Instrucțiuni: care este cuvântul care descrie cel mai bine durerea.

Fără	Ușoară	Moderată	Severă	Insuportabilă			
			0	(1-3)	(4-6)	(7-9)	(10)

IERARHIA DOVEZILOR ȘI PUTEREA RECOMANDĂRILOR (DUPĂ NICE)

Puterea recomandărilor apare în dreapta textului fiecărei recomandări cu caractere îngroșate (bold).

IERARHIA DOVEZILOR	PUTEREA RECOMANDARILOR
NIVEL – TIPUL DOVEZII	CLASA – STUDIUL PE BAZA CARUIA S-A FACUT RECOMANDAREA
<p>Ia - Dovezi obținute din recenzii sistematice și meta-analize de trialuri (clinice) controlate randomizate</p> <p>Ib - Dovezi obținute din analiza a cel puțin un singur trial controlat randomizat</p>	<p>A - Cel puțin un trial controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat și cu referiri consistente privind recomandarea respectivă</p>
<p>IIa - Dovezi obținute din cel puțin un trial clinic nerandomizat, bine făcut</p> <p>IIb - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic de orice tip, bine făcut, quasi-experimental</p>	<p>B - Un studiu clinic bine condus dar nu un trial clinic randomizat axat pe subiectul recomandării</p> <p>- Prin extrapolare de la un studiu de tip I</p>
<p>III - Dovezi obținute din studii descriptive neexperimentale, bine făcute, cum ar fi studii comparative, studii corelative și studii de caz</p>	
<p>IV - Dovezi obținute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experți, sau cele provenite din experiența clinică a personalitaților</p>	<p>C - Rapoartele sau opiniile comitetelor de experți. Această clasă indică faptul că sunt absente studiile de calitate și cu aplicabilitate direct</p> <p>- Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III</p>

Recomandări pentru pacienți

Durerea lombară este foarte frecvent întâlnită. Majoritatea persoanelor suportă dureri lombare pe parcursul vieții. La 90 % din pacienți durerea de spate se ameliorează semnificativ în termen de la patru până la șase săptămâni, cu revenirea la locul de muncă în primele două săptămâni de la debut. Este importantă înțelegerea cauzelor problemelor de spate, cât de simplu poate fi redusă DL prin măsuri de auto-îngrijire și ce este necesar de efectuat în cazul în care durerea nu se ameliorează. Broșura oferă informații cu privire la DL și tratamente diverse, precum și exerciții fizice care sunt direcționate pentru ameliorarea și prevenirea durerilor lombare.

Care sunt tipurile durerii lombare?

Durerea lombară acută - durerea acută de spate, care, de asemenea, include încordarea musculară regională, cu durată de șase săptămâni sau mai puțin. Durerea nu se extinde mai jos de genunchi. În pofida intensității mari a sindromului algic, acesta, de obicei, are tendință de îmbunătățire.

Radiculopatia acută - radiculopatia acută reprezintă, la fel, o durere lombară, dar care se extinde mai jos de genunchi, cu durată de șase săptămâni sau mai puțin. Acest tip de dureri de spate, de asemenea, se ameliorează la majoritatea pacienților.

Care sunt cauzele frecvente ale durerii lombare?

Durerea de spate deseori este cauzată de proces inflamator al articulațiilor, mușchilor sau structurilor ale țesuturilor moi ale spatelui, care poate fi agravată de postură incorectă și activități fizice, cum ar fi ridicarea repetitivă, aplecarea și răsucirea excesivă. Rareori aceasta poate fi cauzată de probleme grave, cum ar fi infecția sau alte afecțiuni medicale.

Cum apreciez gravitatea problemei?

În unele cazuri, medicul va efectua teste speciale pentru a exclude cauzele rare ale durerii de spate. Adresarea la medic este recomandată în termen de o săptămână, în cazul în care nu se observă o îmbunătățire vădită a durerii. Adresarea imediată se va efectua atunci când sunt oricare dintre următoarele:

- pierderea inexplicabilă în greutate
- dureri nocturne constante
- febră 38° C cu durată mai mult de 48 de ore
- debut al incontinenței urinare
- retenție urinară
- slăbiciune sau amorțeală în picioare.

Istoricul de cancer, la fel, poate fi factor de risc în durerea lombară.

Este necesar de efectuat radiografia?

Investigația imagistică nu este recomandată. Radiografia, de obicei, nu este necesară în cazul durerii lombare instalate pentru prima dată.

Puteți avea nevoie de investigație radiologică:

- dacă ați avut un traumatism semnificativ, cum ar fi cădere sau un accident rutier,
- vârsta 50 de ani sau mai mult,
- dacă aveți alte probleme medicale sau
- durerile lombare durează mai mult de șase săptămâni.

Ce tratament este necesar?

- **Aplicarea agentului termic cald.** O baie fierbinte sau un compres cald în regiunea lombară poate fi utilă în reducerea durerii și încordării musculare.
- **Îmbunătățirea posturii.** Postura corectă menține greutatea corpului aliniată (dreapă) și reduce stresul asupra mușchilor spatelui. Pentru a reduce stresul asupra coloanei vertebrale în poziția pe șezute, folosiți un scaun cu sprijin pentru spate. Schimbați frecvent pozițiile, de preferat la fiecare 20-30 de minute.

- **Evitarea regimului de pat.** Regimul de pat sau evitarea activității generale poate crește intensitatea durerii și rigidității. Activitatea moderată care nu agravează durerea s-a dovedit a fi benefică.
- **Continuarea activităților zilnice.** Reluați activitățile zilnice atunci când durerea intensă s-a micșorat. Păstrarea regimului activ ajută la prevenirea slăbiciunii musculare și rigidității. În cazul apariției unui disconfort, evitați activitatea care agravează semnificativ durerea lombară. În funcție de lucrul Dvoastră, poate fi necesară modificarea temporară a responsabilităților sau limitarea orelor de lucru. Evitați ridicarea obiectelor grele, aplecarea și răsucirea repetitivă sau de lungă durată.
- **Utilizarea medicamentelor.** Medicamentele antiinflamatorii, cum ar fi ibuprofenul ajută la ameliorarea durerii lombare. În cazul efectelor adverse asupra stomacului, poate fi folosit acetaminofenul.
- **Gestionarea stresului.** Probleme familiale și de serviciu, presiunile financiare și depresia influențează negativ durerea de spate. Însușirea măsurilor de gestionare a stresului cotidian poate ajuta la recuperare. Planificați timp pentru relaxare. Nu fumați.
- **Terapia manipulativă.** Terapia manuală poate fi utilă în faza inițială și la sfârșitul perioadei de acutizare a durerilor lombare la începutul și sfârșitul fazei de simptome acute de spate.

Este necesară intervenția chirurgicală?

Intervenția chirurgicală rareori este necesară în cazul durerilor lombare sau radiculopatiei. Doar 5 - 10% din persoanele cu radiculopatie au nevoie de chirurgie. Tratamentele non-chirurgicale și exercițiile fizice în cele mai dese cazuri sunt utile în ameliorarea durerii și prevenirea acutizării.

Exerciții fizice.

Pentru a spori recuperarea și pentru a preveni agravarea problemelor de spate, se recomandă menținerea forței musculare a spatelui, abdomenului și a picioarelor. Mergeți pe jos zilnic cât mai curând posibil. Treptat adăugați alte activități fizice, cum ar fi înotul și ciclismul, care pot ajuta la fortificarea regiunii lombare. Evitați exercițiile care agravează durerea. Următoarele exerciții pot ajuta la ameliorarea durerilor lombare.



Ridicarea bazinului Repetări _____ ori, _____ ori/zi.

În poziție culcată pe spate (sau în picioare cu spatele la perete), cu genunchii îndoiți, picioarele pe podea, corpul relaxat. Încordați mușchii abdomenului și mușchii feselor, ridicând bazinul. Mențineți poziția respectivă 10 secunde și apoi relaxați-vă.



Ridicarea genunchiului Repetări _____ ori, _____ ori/zi.

În poziție culcată pe spate, cu genunchii îndoiți. Trageți încet un genunchi cu mâinile la piept. Apoi coborâți piciorul spre podea, păstrând genunchiul indoit. Nu îndreptați picioarele. Repetați exercițiul cu celălalt picior.



Flotări parțiale Repetări _____ ori, _____ ori/zi.

În poziție culcat pe burtă pe o suprafață tare, cu capul în jos, brațele sunt îndoite de la coate poziționate alături de corp. Relaxați-vă timp de câteva minute. Apoi, ridicați partea superioară a corpului suficient să se sprijine pe coate. Relaxați-vă partea inferioară a spatelui și picioarelor cât mai mult posibil. Mențineți această poziție pentru 30 de secunde. Treptat măriți perioada până la 5 minute. Sau încercați să efectuați flotări lente, menținând poziția 5 secunde, cu repetare de 6 ori.

Health Care Guideline "Adult Acute and Subacute Low Back Pain", Institute for Clinical Systems Improvement, Fifteenth Edition November 2012, Appendix C, p. 65-67 [23].

Bibliografie

1. American College of Radiology, The. Practice guideline for the performance of magnetic resonance imaging (MRI) of the adult spine. *ACR Practice Guideline* 2006;229-36.
1. Anderssen GBJ. Epidemiologic features of chronic low back pain. *Lancet*. 1999;354:581-5.
2. Assendelft WJJ, Morton SC, Yu EI, et al. Spinal manipulative therapy for low-back pain (review). *The Cochrane Library* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000447.
3. Atlas SJ, Deyo RA. Evaluating and managing acute low back pain in the primary care setting. *J Gen Intern Med* 2001;16:120-31.
4. Autio RA, Karppinen J, Niinimäki J, et al. Determinants of spontaneous resorption of intervertebral disc herniations. *Spine* 2006;31:1247-52.
5. Bernstein E, Carey TS, Garrett JM. The use of muscle relaxant medications in acute low back pain. *Spine* 2004;29:1346-51.
6. Bonsell J, Gilbert T, Campbell R, Kramer C, Huddleston P, Goertz M, Vo A, Hecht S, Thorson D, Buttermann G. Institute for Clinical Systems Improvement. *Adult Low Back Pain*. Fourteenth Edition/November 2010.
7. Botwin KP, Gruber RD, Bouchlas CG, et al. Complications of fluoroscopically guided transforaminal lumbar epidural injections. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:1045-50.
8. Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ, et al. Identifying subgroups of patients with acute/subacute "nonspecific" low back pain: results of a randomized clinical trial. *Spine* 2006;31:623-31.
9. Brownlee S, Wennberg JE, Barry MJ, et al. Improving patient decision-making in health care: a 2011 Dartmouth atlas report highlighting Minnesota. 2011.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and most common causes of disability among adults – United States, 2005. *MMWR* 2009;58:421-26.
11. Childs JD, Fritz JM, Flynn TW, et al. A clinical prediction rule to identify patients with low back pain most likely to benefit from spinal manipulation: a validation study. *Ann Intern Med* 2004;141:920-28.
12. Choi BKL, Verbeek JH, Tam WWS, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006555.
13. Chou R, Atlas SJ, Stanos SP, Rosenquist RW. Non-surgical interventional therapies for low back pain: a review of the evidence for an American pain society clinical practice guideline. *Spine* 2009a;34:1078-93.
14. Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009b;373:463-72.
15. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American pain society/American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007a;147:505-14.
16. Chou R, Huffman LH. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American pain society/American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007b;147:492-504.
17. Chou R, Qaseem A, Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American college of physicians. *Ann Intern Med* 2011;154:181-89.
18. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back: a joint clinical practice guideline from the American college of physicians and the American pain society. *Ann Intern Med* 2007c;147:478-91.
19. Cifuentes M, Webster B, Genevay S, Pransky G. The course of opioid prescribing for a new episode of disabling low back pain: opioid features and dose escalation. *Pain* 2010;151:22-29.
20. Clarke JA, van Tulder MW, Blomberg SEI, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD003010.
21. Coudeyre E, Rannou F, Tubach F, et al. General practitioners' fear-avoidance beliefs influence their management of patients with low back pain. *Pain* 2006;124:330-37.
22. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, Johnson K, Kramer C, Mueller B, Peterson S, Setterlund L, Timming R. Institute for Clinical Systems Improvement. *Adult Acute and Subacute Low Back Pain*. <http://bit.ly/LBP1112>. Updated November 2012.
23. Guideline for the Evidence-Informed Primary Care Management of Low Back Pain. Institute of health economics, the Alberta Heritage Foundation for Medical Research and Alberta Health Services-Calgary Health Region, 2009.
24. Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *Spine J* 2010;10:514-29. (Moderate Quality Evidence)
25. Dahm KT, Brurberg KG, Jamtvedt G, Hagen KB. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica (review). *The Cochrane Library* 2010, Issue 6.
26. Deyo RA, Mirza SK, Martin BI. Back pain prevalence and visit rates: estimates from U.S. national surveys, 2002. *Spine* 2006;31:2724-27.
27. Engers A, Jellema P, Wensing M, et al. Individual patient education for low back pain. *The Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD004057.

28. Franklin GM, Stover BD, Turner JA, et al. Early opioid prescription and subsequent disability among workers with back injuries: the disability risk identification study cohort. *Spine* 2008;33:199-204.
29. French SD, Cameron M, Walker BF, et al. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006:CD004750.
30. French SD, Green S, Buchbinder R, Barnes H. Interventions for improving the appropriate use of imaging in people with musculoskeletal conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006094.
31. Fritz JM, Childs JD, Flynn TW. Pragmatic application of a clinical prediction rule in primary care to identify patients with low back pain with a good prognosis following a brief spinal manipulation intervention. *BMC Fam Pract* 2005;6:29.
32. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD001929.
33. Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, et al. Can predictors of response to NSAIDs be identified in patients with acute low back pain? *Clin J Pain* 2009;25:659-65.
34. Hansen Z, Daykin A, Lamb SE. A cognitive-behavioural programme for the management of low back pain in primary care: a description and justification of the intervention used in the back skills training trial (BeST; ISRCTN 54717854). *Physiotherapy* 2010;96:87-94.
35. Hayden J, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD000335.
36. Hayden JA, Dunn KM, van der Windt DA, Shaw WS. What is the prognosis of back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24:167-79.
37. Henschke N, Ostelo RWJG, van Tulder MW, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD002014.
38. Heymans MW, van Tulder MW, Esmail R, et al. Back schools for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000261.
39. Juni P, Battaglia M, Nuesch E, et al. A randomised controlled trial of spinal manipulative therapy in acute low back pain. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1420-27.
40. Kendall NAS, Burton AK, Main CJ, Watson P. In *Tackling Musculoskeletal Problems: A Guide for Clinic and Workplace – Identifying Obstacles Using the Psychosocial Flags Framework*. University of Huddersfield Repository. 2009.
41. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiro Osteopat* 2005;13:13.
42. Kovacs FM, Muriel A, Abriaira V, et al. The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in Spanish low back pain patients. *Spine* 2005;30:E676-82
43. Kroenke K, Spitzer RL, Williams J. The patient health questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003;41:1284-1292.
44. Kuukkanen T, Malkia E, Kautiainen H, Pohjolainen T. Effectiveness of a home exercise programme in low back pain: a randomized five-year follow-up study. *Physiother Res Int* 2007;12:213-24
45. Laiq N, Khan MN, Iqbal MJ, Khan S. Comparison of epidural steroid injections with conservative management in patients with lumbar radiculopathy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2009;19:539-43.
46. McLain RF, Kapural L, Mekhail NA. Epidural steroid therapy for back and leg pain: mechanisms of action and efficacy. *Spine J* 2005;5:191-201.
47. Medical Treatment Guidelines. Washington State Department of Labor and Industries. Guideline for hospitalization for low back pain. <http://www.lni.wa.gov/claimsins/providers/treatingpatients/treatguide/>
48. Nerve Conduction Studies (NCS) and Electromyography (EMG) Studies. Blue Cross and Blue Shield of Alabama, January 2013. <https://www.bcbsal.org/providers/policies/final/228.pdf>
49. New Zealand Guidelines Group. New Zealand acute low back pain guide: incorporating the guide to assessing psychological yellow flags in acute low back pain. October 2004.
50. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, et al. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91:757-53.
51. Nyiendo J, Haas M, Goldberg B, Sexton G. Pain, disability, and satisfaction outcomes and predictors of outcomes: a practice-based study of chronic low back pain patients attending primary care and chiropractic physicians. *J Manipulative Physiol Ther* 2001;24:433-39.
52. Pareek A, Chandurkar N, Chandanwale AS, et al. Aceclofenac-tizanidine in the treatment of acute low back pain: a double-blind, double-dummy, randomized, multicentric, comparative study against aceclofenac alone. *Eur Spine J* 2009;18:1836-42.
53. Parr AT, Diwan S, Abdi S. Lumbar interlaminar epidural injections in managing chronic low back and lower extremity pain: a systematic review. *Pain Phys* 2009;12:163-88.
54. Perrot S, Krause D, Crozes P, et al. Efficacy and tolerability of paracetamol/tramadol (325 mg/37.5 mg) combination treatment compared with tramadol (50 mg) monotherapy in patients with subacute low back pain: a multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, 10-day treatment study. *Clin Ther* 2006;28:1592-606.
55. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27:E109-20

56. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD000396.
57. Roffey DM, Wai EK, Bishop P, et al. Causal assessment of awkward occupational postures and low back pain: results of a systematic review. *Spine Journal* 2010;10:89-99.
58. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. *Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain*. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. May 2009.
59. Sayegh FE, Kenanidis EI, Papavasiliou KA, et al. Efficacy of steroid and nonsteroid caudal epidural injections for low back pain and sciatica: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Spine* 2009;34:1441-47.
60. Shaw WS, Pransky G, Winters T, et al. Does the presence of psychosocial "yellow flags" alter patient-provider communication for work-related, acute low back pain? *J Occup Environ Med* 2009;51:1032-40.
61. Staal JB, de Bie R, de Vet HCW, et al. Injection therapy for subacute and chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008:CD001824.
62. Thornbury JR, Fryback DG, Turski PA, et al. Disk-caused nerve compression in patients with acute low-back pain: diagnosis with MR, CT myelography, and plain CT. *Radiology* 1993;186:731-38.
63. van Tulder MW, Touray T, Furlan AD, et al. Muscle relaxants for non-specific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD004252.
64. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, et al. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* 1980;5:117-25.
65. Waddell G, Newton M, et al. A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993;52:157-68. (Appendix page 166).
66. Wai EK, Roffey DM, Bishop P, et al. Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J* 2010b;10:554-66.
67. Yakhno N, Guekht A, Skoromets A, et al. Analgesic efficacy and safety of lornoxicam quick-release formulation compared with diclofenac potassium: randomised, double-blind trial in acute low back pain. *Clin Drug Invest* 2006;26:267-77.