

La semeiotica del dolore in Reumatologia

Pain assessment in clinical Rheumatology

L. Sinigaglia, M. Varenna

Cattedra e Divisione di Reumatologia, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Milano

SUMMARY

The diagnostic approach in clinical practice in Rheumatology is mainly based on the recognition of pain origin. Patient's experience of pain may be similar in different diseases involving bones, joints, tendons, muscles or peripheral nervous system. The analysis of some characteristics of pain may be helpful in the diagnostic approach. In this perspective pain must be analyzed according to the type, localization, occurrence, elicitation and concomitant clinical signs. In the majority of cases this analysis allows a preliminary differential diagnosis which is essential to drive further assessments. The diagnostic approach to arthropathies is based on a group of indicative criteria which include diffusion of the arthropathy, the involved sites, the course of the joint disease, the joint damage, the history of preceding events and the presence of extra-articular features which accompany joint disease. This kind of clinical approach helps the clinician in saving time and reducing costs of diagnosis by driving any further investigation.

Reumatismo, 2001; 53(2):166-174

INTRODUZIONE

Il progresso delle nostre conoscenze in ambito clinico ha contribuito in questi ultimi anni a far sì che le singole branche specialistiche della Medicina Interna, in cui è compresa la Reumatologia, divenissero dei contenitori di patologie sempre più numerose e complesse, con l'avvento di sempre nuove "varianti" o di entità nosografiche di nuova concezione, un tempo destinate a non essere riconosciute e a confondersi con quadri patologici di più classica tassonomia. Questo tipo di evoluzione, oltre a migliorare l'approccio clinico al paziente che lamenta genericamente un dolore riferito all'apparato locomotore e a determinare interventi terapeutici più mirati ed efficaci, ha senza dubbio complicato il compito di chi non svolge una funzione eminentemente specialistica e non ha avuto il tempo o la possibilità di affinarsi in un costante aggiornamento. Di recente è stata pubblicata, a cura della Società Italiana di Reumatologia, la nuova classificazione delle malattie reumatiche che in qualche misura fa da testimone a questa evoluzio-

ne e che anche ad un esame sommario, rende ragione di questa complessità e della necessità di basare l'approccio clinico al paziente reumatologico su una conoscenza approfondita di questi nuovi concetti classificativi che, probabilmente, solo una frequentazione quotidiana può consentire.

Nonostante questa complessità, è del tutto giustificato ritenere che il primo riferimento per il paziente reumatologico non sia lo Specialista reumatologo ma il medico Generalista, il cui primo orientamento può divenire determinante nell'indirizzo diagnostico che il paziente seguirà e che fornirà le basi per un adeguato intervento terapeutico. In questo contesto si colloca la problematica clinica del paziente che si presenta al medico lamentando una sintomatologia solo apparentemente monotona quale quella di un generico dolore riferito all'apparato locomotore che, se vista invece in alcune sue fondamentali sfumature, può essere fin dal primo approccio una chiave interpretativa fondamentale in grado di indirizzare il successivo orientamento diagnostico.

Lo scopo di questo articolo è quello di ripercorrere il procedimento diagnostico che il clinico dovrebbe mettere in atto di fronte al paziente che si presenta lamentando dolore riferito agli arti o alla colonna vertebrale e che possa quindi essere genericamente attribuito alla pertinenza dell'apparato locomotore.

Indirizzo per la corrispondenza:

Luigi Sinigaglia, Dipartimento di Reumatologia, Istituto Ortopedico Gaetano Pini, Piazza Ferrari 1, 20123 Milano.

APPROCCIO GENERALE

La pratica clinica quotidiana insegna come la quasi totalità dei consulti reumatologici venga richiesta dal paziente per la soluzione di problematiche legate ad una generica sintomatologia dolorosa. Su questa base è ben possibile affermare che la Reumatologia in qualche modo si configura come una “scienza del dolore” e che la risposta al quesito del paziente si identifica nella gran maggioranza dei casi come un processo mirato a risolvere il problema clinico del dolore. In questo contesto l’enunciazione del sintomo da parte del paziente può apparire monotona e scarsamente indicativa, se non addirittura fuorviante e solo un’analisi sistematica di questa enunciazione, con precisazioni ora di natura semantica, ora di genere topografico, ora tramite manovre semeiologiche, può indirizzare a un corretto iter diagnostico. La scomposizione del ragionamento clinico prevede infatti che il primo passo diagnostico debba essere mirato a riconoscere l’origine del dolore e che il passo immediatamente successivo sia quello di confermare questa certezza attraverso il riconoscimento del meccanismo fisiopatologico che sottende la sintomatologia dolorosa presentata dal paziente.

Procedendo in questo ragionamento di scomposizione, un dolore riferito all’apparato locomotore può derivare da strutture diverse e in particolare dallo **scheletro**, dai **muscoli** e dalle **fasce**, dai **tendini** e dalle **borse sinoviali**, dal **sistema nervoso** e infine dalle **articolazioni**. Non va poi dimenticato come svariate **affezioni viscerali** siano in grado, attraverso il cosiddetto dolore di proiezione, di simulare sintomatologie dolorose riferite all’apparato locomotore che, se non riconosciute, possono portare in alcuni casi a conseguenze anche fatali. Il riconoscimento dell’origine del dolore passa attraverso l’analisi di alcune prerogative differenziali del dolore scheletrico, miofasciale, tendineo, neurologico e articolare che verranno qui di seguito esaminate e che competono essenzialmente al **carattere**, alla **sede**, alla **cadenza**, alla **evocabilità** del dolore e ai **segni obiettivi** che lo possono accompagnare.

DOLORE DI ORIGINE SCHELETRICA

Il dolore di origine scheletrica (Tab. I) può essere legato fondamentalmente a tre meccanismi fisiopatologici: la frattura o la microfrattura, la distensione o irritazione del periostio e l’aumento della pressione intramidollare. La tipologia del dolore

Tabella I - Dolore di Origine scheletrica.

<i>Carattere</i>	<i>Intenso, profondo</i>
Sede	Mal definita Uni o multifocale
Cadenza	Prevalentemente meccanica A volte notturna
Elicitazione	Non sempre possibile
Obbiettività	Spesso assente

scheletrico varia a seconda del meccanismo fisiopatologico implicato. Nel caso di una frattura o di una microfrattura si tratta in generale di un dolore ad insorgenza acuta e relativamente ben localizzato che peggiora con il carico e migliora con il riposo. Si pensi a questo proposito al quadro clinico di una frattura vertebrale da fragilità scheletrica in cui il trauma può essere di modesta entità o addirittura assente: il dolore, quando è presente, in questi casi è intenso e localizzato alla sede di frattura ed è peggiorato dalla stazione eretta e solitamente il paziente è in grado di indicare con una certa precisione il livello della lesione. Questa caratteristica cadenza meccanica guida l’orientamento diagnostico anche nei casi in cui la frattura o la microfrattura possono essere di più difficile diagnosi come nelle fratture da durata a carico dei segmenti scheletrici degli arti inferiori o del bacino. In altri casi il dolore scheletrico è sordo e profondo e può avere una sede assai mal definita, come avviene nel corso di localizzazioni pagetiche in cui il principale meccanismo patogenetico appare correlato più ad una reazione periostale o ad un aumento del flusso ematico intramidollare. In questi casi la sede può essere anche plurifocale in rapporto all’estensione della patologia e la cadenza del dolore può essere del tutto indipendente dal carico. Esistono infatti condizioni di dolore scheletrico a caratteristica esacerbazione notturna: ne rappresentano un esempio il dolore della periostosi in corso di osteoartropatia ipertrofica pneumica che induce un dolore gravativo alle gambe, a esacerbazione notturna, alleviabile mediante il sollevamento degli arti inferiori, o il dolore del tutto peculiare che si accompagna alla sindrome dell’osteoma osteoide che oltre alla caratteristica di dolore “osteocòpo” ad aggravamento notturno presenta anche in molti casi una elettiva sensibilità all’acido acetilsalicilico. In generale, se si eccettuano le fratture di segmenti scheletrici superficiali che si

accompagnano a segni locali di flogosi o di versamento emorragico, i segni obbiettivi che accompagnano il dolore osseo sono scarsi e questo elemento clinico rappresenta una preziosa informazione diagnostico-differenziale nei confronti del dolore di origine articolare.

DOLORE DI ORIGINE MIOFASCIALE

Il dolore di origine miofasciale (Tab. II) è meglio caratterizzato da elementi negativi piuttosto che positivi. Ha carattere variabile, da gravativo a urente ad acuto ed è frequentemente mal localizzabile e diffuso. Solo in qualche caso appare più frequentemente localizzato ai cingoli, soprattutto al cingolo superiore. Spesso risponde alla regola del "touch me not" ed ha topografia generalizzata. La cadenza del dolore è variabile, difficilmente notturna, più spesso mattutina e serale e non appare in rapporto allo sforzo o al movimento. Il dolore è solitamente evocabile con la palpazione del muscolo, meno abitualmente è evocabile con il solo movimento che appare libero e perfettamente contenuto nel range normale della mobilità. In questo caso l'obbiettività di regola è assente e l'unico elemento clinico in grado di suggerire la diagnosi è rappresentato dal dolore.

Quando la sindrome da dolore miofasciale diffuso è legata alla fibromialgia il segno obiettivo più caratteristico è rappresentato dalla presenza di multipli punti di dolorabilità alla pressione (tender points). La validità del rilievo di questi punti di dolorabilità nella fibromialgia si basa sul fatto che il loro riscontro è risultato significativamente più frequente in questi pazienti rispetto ai controlli normali e rispetto a soggetti affetti da altre patologie reumatologiche. Coesistono in questi casi altri segni clinici rappresentati da dolorabilità delle pliche cutanee e da iperemia cutanea che consegue alla palpazione dei tender points. Quando è completa, la sindrome può associarsi a rigidità mattutina, astenia, disturbi del sonno, sensazione soggettiva di tumefazione dei tessuti molli, parestesie, sindrome del colon irritabile, cefalea tensiva e nella donna a dismenorrea.

Molti pazienti affetti da fibromialgia primaria esordiscono con una sintomatologia dolorosa localizzata che realizza il quadro della sindrome dolorosa miofasciale. Il termine è frequentemente impiegato per definire i pazienti che presentano un dolore localizzato, spontaneo ed evocabile palpatariamente spesso associato alla comparsa di un do-

Tabella II - Dolore di origine miofasciale.

Carattere	Gravativo, diffuso, "Touch me not"
Sede	Cingoli, Tender points
Cadenza	Variabile
Elicitazione	Palpazione Movimento
Obbiettività	Di regola assente Noduli fibrositici

lore riferito dopo la palpazione (trigger point) con tensione a livello delle fasce e risposta caratterizzata da una contrattura locale. A volte in queste sedi è possibile palpare delle nodosità sottocutanee e muscolari (noduli fibrositici) la cui iniezione mediante anestetico locale può essere fonte di transitorio sollievo dal dolore.

DOLORE DI ORIGINE TENDINEA

A differenza di altre strutture dell'apparato locomotore, il dolore di origine tendinea (Tab. III) ha caratteristiche tali da rendere più facile ed immediato l'approccio diagnostico. Si tratta di un dolore solitamente a carattere acuto e trafittivo la cui sede è abitualmente ben localizzata. Cessa o si attenua nettamente con il riposo e con l'impiego di ortesi atte a limitare il movimento mentre riprende ogniqualvolta il paziente compie manovre di sollecitazione. L'obbiettività è rappresentata da dolore alla pressione e al movimento passivo e da episodica tumefazione in corrispondenza della sede interessata. Una migliore definizione del dolore tendineo richiede tuttavia alcune specificazioni circa l'eterogeneità delle malattie che possono colpire i

Tabella III - Dolore di origine tendinea.

Carattere	Acuto, trafittivo
Sede	Localizzata Multifocale
Cadenza	Al movimento
Elicitazione	Manovre di contrasto
Obbiettività	Dolore alla pressione Dolore al movimento Tumefazione episodica

tendini. Le tenosinoviti ipertrofico-essudative, quali quelle che possono accompagnare l'artrite reumatoide o essere espressione di patologie localizzate di natura flogistica, neoplastica o settica, si accompagnano di solito a tumefazione e a versamento a livello delle guaine tendinee, saltuariamente associate a segni locali di flogosi. In questi casi il dolore può essere meno acuto e associarsi ad impaccio funzionale al movimento. Le tenosinoviti stenose, la cui espressione clinica è essenzialmente rappresentata dal dito a scatto e dalla tenosinovite del lungo abducente e del corto estensore del pollice (tenosinovite di De Quervain) sono affezioni molto dolorose e determinano solitamente un dolore localizzato di tipo trafittivo che compare al movimento o alla manovra di stiramento del tendine interessato. Infine le tendinopatie inserzionali (entesopatie) sono causa di dolore localizzato e si caratterizzano per una tipica evocabilità del dolore alle manovre di contrasto. Ne sono esempio classico l'esacerbazione del dolore a livello dell'epicondilo omerale con la manovra di estensione del polso contro resistenza nella entesopatia degli estensori della mano o la pubalgia evocabile dall'adduzione contro resistenza nell'entesopatia degli adduttori della coscia o ancora la dolorabilità evocabile in corrispondenza della regione trocanterica all'extrarotazione contro resistenza nell'entesopatia del medio gluteo. Conviene qui ribadire che esistono frequentemente nella pratica reumatologica casi di polientesopatia e che le sedi in cui è possibile la comparsa di un'entesopatia sono circa 30. I casi più frequenti di polientesopatia sono rinvenibili nel contesto delle spondiloartriti sieronegative, spesso associate ad aspetti radiologici erosivi a livello dell'osso sottostante e in corso di iperostosi idiopatica diffusa dove, al contrario, prevalgono fenomeni di tipo appositivo svelabili radiologicamente. Di immediata diagnosi in funzione del precedente traumatico, dell'obiettività locale e delle conseguenze motorie sono le rotture tendinee che nella pratica reumatologica sono eventi di non rara osservazione. Rotture tendinee possono verificarsi come postumi di infiltrazioni locali, in seguito a tenosinoviti aggressive come nel corso dell'artrite reumatoide, in associazione a deformità indotte dall'artrite reumatoide (come la rottura dell'estensore del quinto dito della mano in associazione alla sublussazione dorsale del caput ulnae), oppure spontaneamente nel corso di malattie sistemiche come il Lupus Eritematoso Sistemico soprattutto dopo prolungato trattamento corticosteroidico a dosi elevate. Esistono tuttavia condizioni di dolore cro-

nico associato a rotture tendinee di non facile omologazione diagnostica che riguardano la regione della spalla. In questa sede rotture del tendine del sovraspinato o rotture complete della cuffia dei rotatori possono decorrere in assenza totale di precedenti traumatici e contrassegnare il quadro di una spalla dolorosa a decorso cronico, con caratteristica esacerbazione notturna del dolore, limitazione funzionale ed ipostenia dell'arto superiore omolaterale. In questi casi l'unico elemento di rilievo per il sospetto clinico è rappresentato dal cosiddetto test del braccio cadente che testimonia la caduta del braccio abdotto a 90° dopo minima sollecitazione in adduzione.

DOLORE DI ORIGINE NEUROLOGICA

È nozione comune che nella pratica clinica svariati disturbi di origine neurologica possono essere avvertiti dal paziente come semplice sintomatologia dolorosa loco-regionale e che soltanto un esame sistematico della condizione clinica e un corretto esame obiettivo possono in questi casi consentire di risalire alla corretta origine del disturbo. Probabilmente l'esempio più calzante è rappresentato dalla sintomatologia indotta da una compressione del nervo mediano al carpo la cui sintomatologia viene frequentemente trasmessa dal paziente come generico dolore alla mano e all'avambraccio senza caratteristiche peculiari. A differenza degli altri dolori riferiti all'apparato locomotore, il dolore di origine neurologica (Tab. IV) si presta ad una caratterizzazione ben precisa, specie dopo un'attenta anamnesi ed un corretto esame obiettivo. Il dolore neurologico presenta innanzitutto delle precise caratteristiche qualitative e spesso, anche se

Tabella IV - Dolore di origine neurologica.

Carattere	<i>Urente, causalgico, disparestesie</i>
Sede	<i>Metamerica Tronculare</i>
Cadenza	<i>Spesso notturna</i>
Elicitazione	<i>Segno di Tinel Manovre di stiramento radicolare</i>
Obiettività	<i>Sensibilità Forza segmentaria Riflessi Trofismo muscolare</i>

non universalmente, si accompagna a parestesie o ad ipoestesia del territorio interessato. In altri casi ha carattere urente fino alla "causalgia". Nella disamina del dolore neurologico la prima caratteristica evocativa è tuttavia rappresentata dalla sede del dolore che può essere metamerica o troncolare a seconda della natura neurologica del disturbo. Va tuttavia ribadito che il paziente difficilmente riesce a precisare la sede del dolore se non adeguatamente interrogato: non è infrequente che il malato riferisca un generico dolore all'arto inferiore nel corso di una sindrome compressiva o irritativa radicolare o che dimentichi di evidenziare il classico risparmio del quinto dito nella sindrome del canale del carpo se non adeguatamente interrogato. La cadenza del dolore neurologico è frequentemente caratterizzata da una esacerbazione notturna. Il dato è di assoluto valore diagnostico nel corso delle sindromi canalicolari che interessano tronchi nervosi periferici, ma è frequentemente vero anche per le sindromi dolorose di origine radicolare. In generale, il dolore neurologico si caratterizza quindi per essere un dolore a cadenza non meccanica, non correlata al carico né all'uso di un particolare segmento dell'apparato locomotore.

Dal punto di vista dell'evocabilità il dolore neurologico può essere elicitato mediante manovre diverse: le sindromi canalicolari rispondono tutte al segno di Tinel che, per quanto aspecifico, consente di evocare una sintomatologia algico-parestesica nel territorio di innervazione del tronco nervoso stimolato con una percussione. La manovra ha valore in funzione della conferma di un sospetto clinico. Accanto alla stimolazione diretta del nervo, hanno importanza nella elicitazione del dolore le manovre di compressione o di stiramento radicolare: basti por mente al segno di Phalen per l'elicitazione delle parestesie alla mano nel corso di una sindrome del canale del carpo o alla manovra di Lasague in caso di sindromi compressive o irritative delle ultime due radici lombari.

Il dato che tuttavia consente nella maggior parte dei

casi di risalire all'origine neurologica di un dolore riferito all'apparato locomotore risiede in un attento esame obiettivo che non deve prescindere da una completa indagine mirante a valutare la sensibilità, i riflessi, la forza segmentaria e il trofismo muscolare. Va appena ricordato che le prime fasi di una sofferenza neurologica periferica si limitano spesso a un semplice disturbo sensitivo e che la comparsa di disturbi trofici e/o di manifestazioni motorie indica abitualmente una compressione più severa sul tronco nervoso. Esistono tuttavia condizioni nelle quali la sofferenza motoria può essere particolarmente precoce come nelle cervicobrachialgie o nelle sciatalgie di origine compressiva, nelle gravi vasculiti dei vasa nervorum o nelle mononeuriti multiple tipiche di alcune vasculiti sistemiche, o in alcune sindromi canalicolari prima tra tutte quella derivante da una compressione del nervo ulnare a livello della doccia epitrocleo-olecranica, assai precocemente in grado di indurre amiotrofia.

In generale, come si può dedurre da quanto esposto, le occasioni cliniche di incontrare un dolore di origine neurologica a presentazione reumatologica sono rappresentate essenzialmente dalle sindromi canalicolari, definibili come condizioni secondarie alla compressione di tronchi nervosi in determinate sedi anatomiche, a livello degli arti o del tronco, in cui esistano condizioni, di origine locale o sistemica, facilitanti il conflitto lungo il decorso del nervo. A ben vedere in questa generica definizione possono rientrare tutte le sindromi canalicolari periferiche dell'arto superiore, inferiore o degli sbocchi, le sindromi radicolari secondarie alla irritazione o alla compressione delle radici posteriori da parte di ernie discali, di osteofiti o di deformazioni anatomiche dei corpi vertebrali, nonché le stesse sindromi da stenosi del canale vertebrale. Queste ultime hanno guadagnato interesse soprattutto in queste ultime decadi da quando le tecniche più sofisticate di imaging hanno consentito una conferma diretta. La stenosi del canale lombare frequentemente dà luogo ad una sintomatologia clinicamente evocativa, ca-

Tabella V - Diagnosi differenziale tra claudicatio vascolare e claudicatio neurologica.

	<i>Claudicatio neurologica</i>	<i>Claudicatio vascolare</i>
Distribuzione	Natiche, cosce, polpaccio	Natiche o polpaccio
Sintomi	Dolore crampiforme, perdita di forza	Crampo, dolore
Fattori scatenanti	Attività fisica in stazione eretta	Attività fisica
Fattori inibenti	Flessione anteriore del rachide	Arresto, posizione seduta
Polsi arteriosi	Normali	Ridotti o assenti
Elettromiografia	Alterata	Normale

Tabella VI - Dolore di origine articolare.

Carattere	Variabile, "gelling"
Sede	Localizzata Di proiezione
Cadenza	Meccanica Flogistica
Elicitazione	Palpazione Movimento
Obbiettività	Tumefazione, versamento Aumento del termotatto Limitazione funzionale

ratterizzata da una "pseudoclaudicatio intermittens", difficilmente distinguibile dalla claudicazione vascolare. In questi casi un elevato indice di sospetto e un accurato esame clinico possono facilitare un corretto orientamento (Tab. V).

DOLORE DI ORIGINE ARTICOLARE

Si tratta certamente dell'evenienza clinica più frequente nella pratica reumatologica. Va detto innanzitutto che è difficile stilare un profilo del dolore articolare, indipendentemente dalla causa che lo ha determinato e che l'orientamento diagnostico sulla natura dell'artropatia è un procedimento alquanto complesso che deve tenere conto di varie caratteristiche cliniche che contrassegnano le singole malattie articolari.

In generale il dolore articolare (Tab. VI) ha carattere variabile e non infrequentemente si associa ad una condizione di impaccio funzionale dell'articolazione che il paziente traduce con immagini diverse di articolazione "congelata" o rigida ("gelling" degli autori Anglosassoni). La sede del dolore varia a seconda che siano interessate articolazioni superficiali, come quelle delle dita delle mani, o articolazioni profonde. Non è raro il caso, ben noto a tutti i Reumatologi, del paziente con coxartrosi che riferisca un dolore alla regione del ginocchio in conseguenza della classica proiezione oturatoria del dolore in origine dall'articolazione coxo-femorale.

Un'importante distinzione riguarda la cadenza del dolore articolare, diversa a seconda che il medico si trovi ad analizzare un dolore articolare di natura flogistica o di natura meccanica. Le artriti sono infatti caratterizzate da dolore a riposo, spesso a

esacerbazione notturna, con pressochè costante rigidità dopo inattività e attenuazione dei sintomi con la graduale ripresa del movimento. Al contrario il dolore articolare secondario a gravi alterazioni anatomiche dei profili articolari, come si osserva nelle forme avanzate di osteoartrosi o nelle fasi anatomicamente avanzate di una artropatia a carattere flogistico, si caratterizza per una attenuazione del sintomo con il riposo, mancanza di rigidità dopo inattività ed evidente riesacerbazione con il movimento o con il carico (Tab. VII). Questo tipo di distinzione è di notevole aiuto per l'orientamento diagnostico, in associazione all'esame obiettivo finalizzato a cogliere elementi clinici di accompagnamento delle diverse artropatie. In generale le artriti si accompagnano infatti a versamento, aumento del termotatto e limitazione funzionale, nei casi più acuti anche ad arrossamento della cute sovrastante l'articolazione. Questi segni obiettivi sono più rari nelle forme degenerative anche se versamenti articolari con moderati segni di flogosi locale possono essere presenti nelle cosiddette fasi di evoluzione "congestizia" dell'artrosi. In generale, a parte la decisiva informazione clinica derivante dall'analisi della cadenza del disturbo, la tipologia del dolore articolare apporta scarsi elementi orientativi nella diagnostica delle artropatie. Una prima indagine clinica deve infatti basarsi sulla considerazione di alcune caratteristiche che possono già ad un primo incontro rappresentare elementi decisivi per l'orientamento diagnostico (Tab. VIII). Queste caratteristiche sono essenzialmente rappresentate dalla diffusione, dal tipo di decorso, dalla localizzazione, dalla lesività anatomica, dai precedenti anamnestici e dalla presenza concomitante di manifestazioni extra-articolari. Una dettagliata analisi di queste caratteristiche solitamente consente al clinico un primo indirizzo diagnostico che potrà poi essere confermato mediante indagini strumentali e di laboratorio mirate.

Il criterio della diffusione di un'artrite prevede una suddivisione in forme prevalentemente monoartico-

Tabella VII - Cadenza meccanica e flogistica del dolore articolare.

	Cadenza meccanica	Cadenza flogistica
Dolore a riposo	+	+++
Dolore notturno	±	+++
Rigidità da inattività	+	+++
Esacerbazione al movimento	+++	+
Segni obiettivi di flogosi	±	+++

Tabella VIII - Criteri clinici orientativi nella diagnostica delle artropatie.

- | |
|------------------------------------|
| 1) Diffusione |
| 2) Decorso |
| 3) Sedi preferenziali |
| 4) Lesività anatomica |
| 5) Precedenti anamnestici |
| 6) Manifestazioni extra-articolari |

lari, oligoarticolari e poliarticolari. Con le dovute eccezioni e sempre tenendo a mente che l'occasione clinica non ha mai valore assoluto, alcune malattie tendono a dare quadri persistentemente monoarticolari e di fronte a localizzazioni uniche vale la pena di pensare soprattutto alle artriti settiche o da micobatteri, alla sinovite post-traumatica, alle artriti microcristalline, all'artropatia neuropatogena, alla sinovite villonodulare pigmentosa o alle affezioni sinovitiche secondarie a turbe endoarticolari. Al contrario le malattie con abituale diffusione oligo o poliarticolare sono l'artrite reumatoide, le poliartriti croniche dell'infanzia, le spondilite sieronegative, le connettiviti sistemiche, le artriti virali. Questa distinzione ha valore didattico e rappresenta una regola generale che può avere importanti eccezioni: si pensi alla gotta poliarticolare o alla tubercolosi articolare con più localizzazioni da un lato e all'artrite reumatoide a localizzazione persistentemente monoarticolare dall'altro.

Il secondo criterio che può consentire un iniziale approccio diagnostico-differenziale è rappresentato dal decorso dell'artropatia che può essere schematicamente scomposto in tre possibilità: artropatie a decorso prevalentemente ricorrente, artropatie a decorso prevalentemente sostitutivo e forme a decorso francamente aggiuntivo. Fanno parte del primo gruppo le artriti microcristalline, il reumatismo palindromico, l'idrartro intermittente e la febbre mediterranea familiare. Le principali forme caratterizzate da un decorso sostitutivo sono rappresentate dalla malattia reumatica, dal lupus eitematoso sistemico (con la caratteristica "artrite evanescente") e, in generale, dalle connettiviti sistemiche. Appartengono invece alla tipologia di decorso francamente aggiuntivo delle localizzazioni l'artrite reumatoide, le poliartriti giovanili, alcune forme di artropatia psoriasica e di spondiloartrite sieronegativa e alcune artriti virali. Anche questo approccio clinico non può avere valore assoluto ma unicamente orientativo, stanti quadri di artrite fugace in corso di spondiloartriti o di artrite psoriasica e manife-

stazioni cliniche di natura aggiuntiva e non sostitutiva nel corso di alcune connettiviti sistemiche.

Un criterio ad alto orientamento diagnostico è indubbiamente rappresentato dalla sede dell'artropatia che consente di distinguere forme in grado di determinare localizzazioni articolari suggestive e localizzazioni che addirittura possono essere considerate evocative di una specifica diagnosi (Tabb. IX e X). In questo contesto una localizzazione all'anca può essere fortemente suggestiva per la malattia reumatica o per la spondilite anchilosante, le localizzazioni alla caviglia e al piede sono considerate suggestive per le artriti reattive o la malattia di Reiter, l'interessamento del ginocchio o del polso risulta assai caratteristico della condrocalcinosi mentre la sinovite villonodulare pigmentosa predilige il ginocchio. Ancora, una localizzazione distruttiva alla spalla può indirizzare verso una artropatia siringomielica o verso la sindrome di Milwaukee, l'artropatia dell'eritema nodoso predilige nettamente la caviglia mentre nel diabete prevale l'artropatia del mesopiede. A fronte di queste localizzazioni preferenziali suggestive esistono artropatie per le quali la localizzazione può essere considerata quasi diagnostica, tanto forte è la predilezione per una determinata sede. È il caso della localizzazione simmetrica alla II e III

Tabella IX - Localizzazioni articolari suggestive.

Anca	Spondilite Anchilosante Malattia Reumatica
Caviglia, MTF	M. di Reiter, Artriti reattive
Ginocchio, polso	Condrocalcinosi
Ginocchio	Sinovite villo-nodulare pigmentosa
Spalla	Artropatia siringomielica, S. di Milwaukee
Caviglia	Eritema Nodoso
Piede	Artropatia diabetica

Tabella X - Localizzazioni articolari evocative.

II-III MCF	Artrite Reumatoide
IFD	Artropatia Psoriasica
I MTF	Gotta
Sacro-iliache Sinfisi pubica Sterno-claveari	Spondiloartriti Sieronegative

metacarpofalangea all'esordio di un'artrite reumatoide così come una localizzazione flogistica ad una interfalangea distale delle dita della mano evoca una diagnosi di artropatia psoriasica, la localizzazione flogistica alla prima metatarsofalangea del piede rende quasi scontata la diagnosi di gotta e localizzazioni alle sacro-iliache, alla sinfisi pubica o alle sternoclaveari sono fortemente evocative di una spondiloartrite sieronegativa.

L'orientamento diagnostico può avere anche un rinforzo epicritico basato sulla lesività anatomica dell'artropatia che consente, sempre con le dovute eccezioni, di distinguere le artriti erosive dalle forme prive di impronta erosiva. Non è infrequente che una diagnosi di artrite reumatoide possa essere messa in dubbio dall'assenza dopo qualche anno dall'esordio di una impronta erosiva, a favore di quadri che possono avere tendenza dislocante ma scarsa rappresentazione erosiva come nell'artrite cronica di Jaccoud che accompagna alcune forme di Lupus Eritematoso Sistemico. Anche se nell'artrite reumatoide esistono forme ad impronta erosiva spiccata e rapidamente evolutiva, probabilmente i quadri caratterizzati in assoluto da maggior impronta lesiva vanno ricercati nell'ambito di alcune varianti di artropatia psoriasica. Oltre al semplice criterio della lesività può avere importanza anche la rapidità con cui il danno si realizza così che una lesione articolare a rapida instaurazione, che si generi nel corso di poche settimane, deve sempre fare ipotizzare la presenza originaria o la sovrapposizione di una contaminazione batterica.

Un altro criterio di rilevante potenziale diagnostico ha carattere puramente anamnestico e si basa sulla rilevazione di eventi di varia natura che possono aver preceduto l'insorgenza dell'artropatia. Nella Tabella XI sono riportati i principali eventi e il rapporto cronologico con l'insorgenza della manifestazione reumatologica. Sono in causa soprattutto eventi traumatici ed infettivi ed il loro riconoscimento attraverso un'intervista mirata riesce molto spesso ad illuminare la diagnosi.

L'ultimo elemento orientativo si basa sulla presenza e sulla natura delle possibili manifestazioni extra-articolari d'accompagnamento. La natura e la tipologia di queste manifestazioni sono in grado di orientare la diagnosi in quanto in molti casi il clinico si trova di fronte a segni e sintomi dotati di notevole specificità. Conviene qui semplicemente ricordare che molte malattie reumatologiche sono in grado di interessare le sedi più disparate come la cute, l'apparato cardiovascolare, l'apparato respiratorio, l'occhio, l'apparato gastroenterico, il rene e il sistema nervoso. Né va dimenticato che alcune manifestazioni articolari possono essere la spia di manifestazioni afinalistiche, nel quadro di una sindrome paraneoplastica. Il dato sottolinea l'estrema interdisciplinarietà della Reumatologia e ribadisce come l'approccio a qualunque artropatia non possa prescindere da una matrice "internistica" complessiva.

IL DOLORE "RIFERITO"

In tutti i casi di dolore localizzato nel quale non sia obiettivamente una causa locale della sintomatologia deve essere presa in considerazione la possibilità che si tratti di un dolore "riferito", ossia la proiezione nell'equivalente dermatomero di impulsi nocicettivi provenienti da visceri o organi profondi non rappresentati nello schema corporeo.

Il riconoscimento di un dolore riferito può essere problematico quando l'area interessata non sia quella classicamente descritta (ad esempio un dolore all'arto superiore sinistro per il cuore, un dolore alla spalla destra per le vie biliari) ed il dolore interessi aree adiacenti o anche lontane dalle usuali (ad esempio la mandibola per il cuore): in questi casi soltanto una indagine anamnestica accurata ed uno scrupoloso esame obiettivo del paziente potranno chiarire la natura del disturbo. Nelle aree di dolore riferito possono inoltre essere presenti iperalgesia, turbe vasomotorie locali, spasmo muscolare involontario riflesso con segni obietti-

Tabella XI - Principali malattie reumatologiche e precedenti anamnestici.

Precedente	Malattia	Intervallo libero
Trauma	Sinovite post-traumatica	Lungo
Infezione batterica	Sinovite batterica	Breve
Infezione tubercolare	Artrite tubercolare	Molto lungo
Alcune malattie virali	Artriti virali	Breve
Infezioni gastroenteriche o genito-urinarie	Artrite reattiva	Breve
Infezione orofaringea da streptococco di gruppo A	Malattia Reumatica	Breve

vi che possono fuorviare ulteriormente la diagnosi facendo falsamente ritenere che il disturbo doloroso possa avere origine locale. È quanto si verifica soprattutto per alcune dorsalgie e lombalgie, espressione di processi patologici a carico di organi toracici o addominali e falsamente diagnosticate come affezioni vertebrali, discali o della muscolatura paravertebrale.

CONCLUSIONI

In questi ultimi anni la Reumatologia si è sempre più andata delineando come la branca internistica che si occupa della patologia non traumatica dell'apparato locomotore. Ne è testimonianza il fatto che il rinnovato sforzo tassonomico della Società Italiana di Reumatologia ha adottato in testa alla classificazione ufficiale il titolo di "Malattie osteoarticolari e dei tessuti connettivi". In questo contesto, articolato in ben 12 Capitoli principali e in oltre 200 patologie, l'orientamento clinico può divenire assai difficoltoso. L'approccio di primo livello al paziente che lamenta una sintomatologia dolorosa riferita all'apparato locomotore non può prescindere dalla comprensione dell'origine del dolore che resta il problema clinico preliminare a qualsiasi ulteriore approfondimento. Solo soddisfacendo a questo interrogativo sarà possibile seguire l'intero corso diagnostico risparmiando tempo prezioso e utilizzando al meglio le risorse tecnologiche che al giorno d'oggi consentono di avere precise conferme del nostro sospetto diagnostico.

Quanto esposto conferma altresì la complessità del paziente reumatologico, le connessioni di questa scienza con le discipline affini e l'importanza di un inquadramento generale della problematica del dolore riferito all'apparato locomotore. Forse ancor più che in ogni altra branca della Medicina, il paziente reumatologico richiede un esame sistematico ed accurato, articolato in una anamnesi dettagliata, in una analisi approfondita delle strutture dell'apparato locomotore e in un esame obiettivo generale. Tenendo fede a questo schema complessivo, in grado di valorizzare tutti gli elementi clinici disponibili, potrà essere più immediato il riconoscimento dell'origine del dolore nonché l'immissione della sintomatologia in un contesto clinico ben definito senza rischiare quei peccati d'omissione che rappresentano l'ostacolo più comune a un corretto procedimento diagnostico.

BIBLIOGRAFIA

- Marcolongo R: Uno sguardo al futuro. La nuova classificazione delle malattie reumatiche. *Reumatismo* 1999; 51: 1-12.
- Fantini F: Il dolore muscolo-scheletrico. C.M.G., Milano, 1995.
- Goldenberg DL: Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheum* 1993; 5:199-203.
- Hoppenfeld S: *Neurologia Ortopedica*. Verducci Editore, Roma 1979.
- Hoppenfeld S: L'esame obiettivo in *Ortopedia*. Aulo Gaggi Editore, Bologna, 1978.

RIASSUNTO

Nell'approccio clinico al paziente reumatologico il primo compito del clinico è quello di identificare l'origine del dolore che, nelle malattie dell'apparato locomotore, può essere assai variabile ed eterogenea. Un'approfondita anamnesi, un esame obiettivo generale e particolare nonché l'analisi di alcune caratteristiche del dolore solitamente consentono di riconoscere la struttura algogena e questo procedimento rappresenta la condizione necessaria per un corretto procedimento terapeutico. I caratteri che qualificano il dolore riferito all'apparato locomotore sono rappresentati dal tipo, dalla sede, dalla cadenza dalla evocabilità attraverso particolari manovre e dai segni obiettivi d'accompagnamento. L'analisi di queste caratteristiche differenziali consente nella maggior parte dei casi, indipendentemente dalle analisi strumentali, di riconoscere un dolore di origine scheletrica o articolare e di differenziarlo da una sintomatologia legata piuttosto ad una tendinopatia, a un coinvolgimento miofasciale o a un interessamento di tronchi o radici nervose. Una volta identificata l'origine articolare del dolore, il primo orientamento nella diagnostica differenziale delle artropatie si basa su una serie di criteri orientativi che tengono conto della topografia delle sedi articolari colpite, del decorso dell'artropatia, delle sedi preferenziali, della lesività anatomica, dei precedenti anamnestici e infine degli eventuali segni e sintomi extra-articolari d'accompagnamento. Questo approccio alle malattie dell'apparato locomotore rappresenta il presupposto clinico alla diagnosi e guida ogni ulteriore approfondimento teso a stabilire una diagnosi definitiva.

Parole chiave: Dolore, reumatologia.

Key words: Pain, Rheumatology.