

QUALI SONO LE RED FLAGS PER LE PATOLOGIE REUMATOLOGICHE NEL PAZIENTE CHE SI PRESENTA CON DOLORE TORACICO E/O LOMBARE?



Candidato: Nassani Andrea

Relatrice: Dott.ssa Monica Erbesato

Introduzione e obiettivi

Il low back pain (LBP) è una delle principali cause di disabilità: la prevalenza puntuale è stimata tra il 7% e il 10% e quella nel corso della vita può raggiungere circa l'80%; il 5-10% dei casi è attribuibile a patologie specifiche. Le spondiloartriti assiali hanno una prevalenza stimata dello 0,3-1,4%, mentre il dolore toracico nei contesti di cure primarie presenta una prevalenza del 13-36%. Le patologie reumatologiche possono mimare disturbi muscoloscheletrici aspecifici e il ritardo diagnostico nelle spondiloartriti assiali può superare 5-8 anni. Obiettivo: identificare e sintetizzare le principali red flags reumatologiche nel dolore lombare e/o toracico, supportando il ragionamento clinico del fisioterapista e l'identificazione precoce.

Materiali e metodi

Revisione della letteratura condotta secondo le linee guida PRISMA. Banche dati: MEDLINE/PubMed, PEDro e Cochrane Library. PICO: P = pazienti con dolore lombare e/o toracico; I = red flags, strumenti diagnostici e screening; C = non applicabile; O = identificazione precoce di patologia reumatologica. Inclusi studi su esseri umani di 18-65 anni, in italiano o inglese, pertinenti all'argomento, con disegni di coorte, caso-controllo, case report e case series; esclusi RCT, revisioni sistematiche e meta-analisi. I record sono stati gestiti con Rayyan. La qualità metodologica è stata valutata tramite Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Case Reports.

Risultati

La ricerca ha identificato 1.786 articoli su PubMed, 123 su Cochrane Library e 16 su PEDro; dopo la rimozione dei duplicati sono rimasti 1.849 record. Sono stati sottoposti a screening 1.849 record, con 1.079 esclusi; 770 articoli full-text sono stati valutati per l'eleggibilità e 8 studi inclusi. Le principali red flags sono: rigidità mattutina prolungata, miglioramento con il movimento, dolore notturno, giovane età d'esordio, risposta positiva ai FANS, persistenza dei sintomi >3 mesi e manifestazioni extra-articolari (uveite, psoriasi, alterazioni ungueali, coinvolgimento articolare periferico). Gli 8 studi descrivono anche presentazioni atipiche: malattia di Paget, sindrome Nail-Patella, arterite di Takayasu, brucellosi con spondilite anchilosante, spondilodiscite psoriasica, gotta spinale e coinvolgimento vertebrale o pleuritico nell'artrite reumatoide. La letteratura è prevalentemente costituita da case report/case series e non consente di definire con precisione sensibilità e specificità delle singole red flags.

Conclusioni

Le tradizionali red flags spinali, orientate soprattutto a fratture, neoplasie, infezioni e sindromi neurologiche severe, risultano poco specifiche per le patologie reumatologiche croniche infiammatorie. Nessuna delle caratteristiche cliniche considerate singolarmente presenta accuratezza diagnostica sufficiente: assume maggiore rilevanza l'integrazione di cluster sintomatologici, anamnesi, esame obiettivo, manifestazioni extra-articolari e segni sistemici. Il fisioterapista muscoloscheletrico ha un ruolo importante nello screening e nel triage, riconoscendo pattern sospetti e favorendo un tempestivo referral al reumatologo. I principali limiti sono la scarsità di studi osservazionali e diagnostici di elevata qualità, la prevalenza di case report/case series, l'eterogeneità clinica e l'assenza di strumenti di screening standardizzati e validati. Sono necessari ulteriori studi diagnostici e osservazionali per sviluppare cluster e strumenti di screening applicabili alla pratica fisioterapica.

Bibliografia

1. Maselli F, Palladino M, Barbari V, Storari L, Rossetini G, Testa M. The diagnostic value of red flags in thoracolumbar pain: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2022;44(8):1190-1206.
2. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):784-788.
3. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, et al. The development of ASAS classification criteria for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):770-776.
4. Antonelli MJ, Magrey M. Sacroiliitis mimics: a case report and review of the literature. *BMC Musculoskelet Disord.* 2017;18(1):170.
5. Chen W, Lu TX, Liu Y. Inflammatory back pain associated with nail-patella syndrome: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2025;104(27):e43291.
6. Gorial F, Awadh N, Al-Shakarchi A, Al-Ghuri G. Inflammatory back pain as an unusual manifestation of Takayasu arteritis: a case report. *Reumatismo.* 2025;77(1).
7. Akyol L, Aslan K, Özgen M, Sayarlioglu M. Bilateral sacroiliitis and uveitis comorbidity: brucellosis? Ankylosing spondylitis? *BMJ Case Rep.* 2015;2015:bcr2015211461.
8. Wan SA, Teh CL, Jobli AT, Cheong YK, Chin WV, Tan BB. A rare cause of back pain and radiculopathy - spinal tophi: a case report. *J Med Case Rep.* 2019;13(1):8.