

RENATO ROSSI    GIUSEPPE RESSA

# IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



**quarantesimo modulo**

© 2004 Pillole.org

# LA LOMBALGIA

Rossi:

La lombalgia è una delle cause più comuni di consultazione in medicina generale.

Si calcola che praticamente quasi la totalità della popolazione vada incontro, in un qualche momento dell'esistenza, a uno o più episodi di lombalgia. Quando il dolore, oltre che a livello della zona lombare, si estende all'arto inferiore si parla di lombosciatalgia.

La tabella 1 riassume le numerose cause di lombalgia. La forma più comune è la lombalgia idiopatica (detta anche non specifica)

## TABELLA 1. Cause di lombalgia

Lombalgia idiopatica

Artrosi

Ernia discale

Altre patologie della colonna (stenosi del canale spinale, fratture vertebrali osteoporotiche, spondilolistesi, spondilite anchilosante, infezioni, neoplasie, metastasi, mieloma)

Cause viscerali (nefropatie, aneurisma aortico, malattie pancreatiche o pelviche ecc.)

Ressa:

Quali sono i fattori di rischio per lombalgia acuta?

Rossi:

Lavori che comportino sollevare pesi, rotazioni e piegamenti oppure rimanere in determinate posture viziate per molte ore (per esempio seduti).

Ressa:

Di fronte ad un paziente con lombalgia la prima cosa da fare è **escludere cause potenzialmente gravi**.

Rossi:

Le linee guida del Royal College of General Practitioners [1] consigliano di pensare sempre ad una causa grave (frattura, infiammazione, neoplasia o infezione) nei soggetti > 55 anni oppure se il dolore diventa ingravescente o è persistente, se vi sono sintomi come febbre o dimagrimento, se vi è una storia di trauma, di neoplasia, di pregressa terapia steroidea o di osteoporosi, TBC o HIV o sintomi tipici della cosiddetta cauda equina. La sindrome della cauda equina, per fortuna rara, è caratterizzata da incontinenza fecale, ritenzione urinaria o disturbi urinari, parestesie a livello perineale e richiede un ricovero urgente perché si tratta di un'emergenza chirurgica.

Ressa:

Ovviamente non è tutto così semplice e l'errore classico è lisciare clamorosamente le cause gravi in un soggetto che già soffre, magari da anni, di lombalgia.

Fondamentale in questi casi è l'anamnesi e l'esame obiettivo, chiedere al paziente se il dolore è "diverso", se cambia con la postura e poi si verifica il tutto sul lettino medico con l'esame obiettivo. Sembrano raccomandazioni futili ma io le terrei bene a mente.

Rossi:

L'**esame obiettivo** permette di discriminare se il dolore è localizzato solo in regione lombare oppure se si estende anche a uno o ad entrambi gli arti inferiori.

Nelle comuni lombalgie idiopatiche il dolore di solito è localizzato alla regione lombo-sacrale ma può arrivare fino alla natica. Quando invece si estende alla coscia o più in basso di solito siamo in presenza di un interessamento del nervo sciatico (**lombosciatalgia**).

In questi casi è spesso positivo il **segno di Lasègue**: il dolore si manifesta sollevando la gamba tesa a meno di 60°.

Ressa:

Ancora meglio flettere la coscia sul bacino e poi estendere la gamba sulla coscia.

Rossi:

La sua presenza però non significa obbligatoriamente presenza di ernia del disco perchè è un segno poco specifico, anche se molto sensibile (è presente nella quasi totalità delle ernie discali).

Sulla base della irradiazione del dolore si può tentare anche una diagnosi di sede:

- se è interessata la radice L4 il dolore è localizzato a livello della faccia anterolaterale dell'arto inferiore
- se è interessata la radice L5 il dolore tende ad essere localizzato sulla faccia laterale dell'arto inferiore
- se è interessata la radice S1 il dolore si localizza alla faccia posteriore della coscia e della gamba

Vanno sempre valutati i **riflessi** (patellare, achilleo e medio plantare) e la **riduzione della forza muscolare** (difficoltà a camminare sui talloni o sulle punte dei piedi, difficoltà ad alcuni movimenti contro resistenza come la flessione dorsale del piede e dell'alluce o la flessione plantare del piede).

Ressa:

Il primo riflesso è pertinenza della radice L4, il secondo di S1, il terzo S1-2.

Aggiungo, a proposito del difetto motorio, che può essere associato alle turbe sensitive, che i muscoli non ricevono mai la propria innervazione da una sola radice.

Così nel primo caso (L4) può essere concomitante una ipotonia dell'estensore dell'alluce, nel secondo (S1) una ipotonia motoria del flessore plantare del piede, nell'interessamento L5 ci può essere un deficit dell'estensore comune delle dita del piede.

Farei molta attenzione all'interessamento nel nervo femorale (o crurale) con radici L2 e soprattutto L3, con dolore che dalla regione lombare media si irradia alla faccia esterna della natica e alla faccia anteriore della coscia, il paziente ha difficoltà a salire le scale, il riflesso rotuleo è indebolito, il dolore viene provocato con il paziente prono sul lettino ed iperestendendo l'arto inferiore interessato sul bacino (Lasegue invertito).

Dico questo perché la cruralgia è una bruttissima bestia, il paziente soffre molto e non trova sollievo in nessuna posizione perdendo spesso il sonno, inoltre di solito dura molto, anche mesi, ma soprattutto può far sospettare la possibilità, oltre che di una comune discopatia, di un tumore pelvico o un ascesso o ematoma dello psoas.

Rossi:

Nelle forme radicolari il comportamento non differisce da quello che si deve tenere nella comune lombalgia idiopatica anche se ovviamente la riduzione dei riflessi e della forza muscolare indicano un interessamento del nervo di una certa importanza per cui è utile un accertamento radiologico qualora il quadro non migliori entro 10-12 giorni (vedi in seguito).

Tra gli esami di laboratorio ricordiamo che può essere utile far eseguire una VES (che sarà normale nelle lombalgie comuni ma aumentata nelle forme infiammatorie o nelle neoplasie), una calcemia

ed una fosfatasi alcalina (qualora si sospetti una metastasi), un'immuno-elettroforesi (mieloma).

Ressa:

### **Quando richiedere un accertamento radiologico?**

Rossi:

Di solito non è necessario richiedere subito un accertamento radiologico a meno che non vi siano segni che lasciano supporre una grave patologia sottostante.

Nella lombalgia semplice si può prescrivere un accertamento radiologico se non vi è miglioramento dopo 30-40 giorni (la quasi totalità delle lombalgie non specifiche guarisce in questo lasso di tempo) mentre nelle radicoliti è opportuno procedere con gli accertamenti se il quadro non migliora o peggiora in 10-12 giorni.

Ressa:

Ma quali accertamenti radiologici richiedere?

Rossi:

E' stato dimostrato che la risonanza magnetica non migliora gli outcomes rispetto alla radiografia tradizionale nel semplice mal di schiena [2], tuttavia è sempre più difficile resistere alle richieste del paziente (spesso su input dello specialista) che si sono ormai spostate verso gli accertamenti più sofisticati (TAC, RMN).

Il pericolo di queste tecniche di imaging radiologico è di documentare piccole ernie discali o semplici protrusioni (bulging) che non sono responsabili della sintomatologia dolorosa.

Infatti è stato dimostrato che modeste alterazioni a carico dei dischi intervertebrali si riscontrano anche in soggetti asintomatici. Ma d'altra parte non deve essere scotomizzato il punto di vista del paziente che non solo può temere di avere una grave patologia ma anche una possibile cronicizzazione o il pericolo di doversi sottoporre ad un intervento chirurgico in caso di ernia del disco e quindi desidera sapere.

Vi è anche il lato positivo della medaglia: i pazienti, una volta documentata una qualche alterazione anatomica, pur se questa può non avere diretta connessione con la lombalgia, in qualche maniera riescono ad accettare e a convivere con le recidive e/o la cronicizzazione del disturbo in maniera forse migliore, perlomeno rassicurati di non avere una patologia grave.

Uno studio [3] ha dimostrato che i pazienti a cui viene eseguita una radiografia denunciano più soddisfazione rispetto a quelli che non eseguono un esame radiologico, anche se ciò non si traduce in outcomes migliori.

Ressa:

Io dico sempre al paziente, non affetto da forme gravi ed iperalgiche, che comunque anche se troviamo una protrusione o un'ernia la terapia è sempre, in prima battuta, conservativa e non chirurgica.

Per cui scatta il famoso aforisma: "Perché fare l'esame se le dico le stesse cose prima o dopo di esso?".

I più recettivi desistono e si risparmia denaro pubblico, viceversa non bisogna attendere troppo con gli accertamenti e l'eventuale chirurgia nelle forme gravi, con pazienti semiallettati da 20 giorni o un mese, si rischia che le radici subiscano danni tali da non poter essere riparati dalla rigenerazione nervosa.

Ma veniamo alla terapia. **Come trattare la lombalgia acuta?**

Rossi:

Bisogna anzitutto informare il paziente che il riposo a letto non solo non migliora l'evoluzione, ma anzi può peggiorarla. E' ovvio che nei primi giorni (1-2) il paziente può non essere in grado di muoversi e quindi deve rimanere a letto, ma va evitato che l'allettamento si prolunghi oltre il

necessario e il paziente deve cercare di svolgere l'attività normale, evitando però sforzi o sovraccarichi posturali a livello della colonna. E' stato dimostrato che l'incoraggiamento a riprendere l'attività riduce il dolore e fa riprendere prima il lavoro.

Tra i farmaci si possono usare il paracetamolo (eventualmente associato alla codeina) e i FANS. Di solito io preferisco la via orale anche se in taluni casi uso la via IM, per esempio se la sintomatologia è particolarmente invalidante. La via orale dovrebbe essere teoricamente altrettanto efficace di quella IM; nella pratica non è così (effetto placebo della "puntura"?).

In alcuni casi si può ricorrere ai cortisonici per qualche giorno se vi è una radicolite.

Anche i miorilassanti possono ridurre dolore e aumentare la mobilità. Gli anglosassoni usano spesso il diazepam, noi più spesso la ciclobenzaprina, il baclofene o la tizanidina. Spesso però i miorilassanti danno sonnolenza e vertigini.

Ressa:

Io dico sempre al paziente che il dolore è meccanico e solo scarsamente di origine infiammatoria, per fare un esempio pratico pigio con il mio pollice sulla sua mano, sempre più in profondità, nel fare questo chiedo al paziente “Vuole un’aspirina per il dolore?” ed egli, inevitabilmente, replica “Levi quel dito!”.

La similitudine è evidente, per cui aggiungo che il suo disco intervertebrale (l’“ammortizzatore” tra le vertebre) si è appiattito e comprime la radice nervosa provocando il dolore e l’eventuale deficit motorio.

“Possiamo prendere degli antidolorifici ma il passo successivo, inderogabile, è cominciare a fare un potenziamento muscolare”.

Rossi:

Sì, però attenzione. Gli esercizi per la colonna, se eseguiti in fase acuta, possono addirittura peggiorare il dolore e la disabilità.

In realtà l'utilità di programmi di esercizio fisico nella lombalgia è incerta: qualche risultato si può avere nelle forme sub-acute, probabilmente si ottiene poco nelle lombalgie acute [15].

Nelle lombalgie croniche gli esercizi che si sono dimostrati più utili sono quelli di stretching [16]. In ogni caso bisogna considerare che tutti gli studi che hanno valutato l'efficacia degli esercizi fisici nella lombalgia sono di piccole dimensioni e di scarsa qualità.

Ressa:

E le terapie fisiche?

Rossi:

Per quanto riguarda il ricorso alle terapie fisiche (massaggi, trazioni, manipolazioni vertebrali, ecc.) non vi sono dati al riguardo di una loro utilità nella lombalgia acuta e altrettanto si può dire di altre tecniche fisioterapiche e dell’agopuntura [4,13] anche se una recente meta-analisi conclude che l'agopuntura può essere utile ma non si conosce la sua efficacia rispetto ad altri trattamenti [14]. Sta di fatto che molti pazienti vi si sottopongono e riferiscono dei miglioramenti. Questi risultati però sono probabilmente da ascrivere alla risoluzione spontanea del disturbo più che alla reale efficacia dei trattamenti effettuati ma generano nei pazienti delle false credenze contro cui è impossibile (né fruttuoso) combattere. Personalmente consiglio queste metodiche dopo alcune settimane e solo dietro specifica richiesta del paziente.

Ressa:

La chirurgia?

Rossi:

Nell'ernia del disco si può prendere in considerazione l'intervento chirurgico quando vi è un deficit

motorio oppure una sintomatologia di tipo radicolitico che si protraggono oltre i 30-40 giorni. Tuttavia non sempre l'intervento migliora la situazione e non raramente (10-40% dei casi) vediamo pazienti operati che vanno, in seguito, incontro a recidive e cronicizzazioni.

In questi casi è stato ipotizzato che il dolore possa dipendere da aderenze cicatriziali post-chirurgiche che comprimono la radice nervosa; in taluni casi le tecniche di imaging radiologico mostrano un'ernia recidiva. Gli autori anglosassoni parlano di "failed back surgery syndrome" .

Ressa:

In alcune statistiche il 50% degli operati dopo 5 anni ha un nuova ernia, per questo io dico al paziente che l'operazione è una "amputazione", non cura nulla e che se egli non mette in opera il suddetto potenziamento muscolare "che le sosterrà la colonna" ci si rivedrà presto con una recidiva. "Che facciamo, togliamo un'ernia dietro l'altra? Alla fine camminerà come se avesse ingoiato una scopa, le va bene?".

Molti vanno in piscina a fare dorso o stile libero oppure in palestra per un sano corpo libero.

Rossi:

Nel trattamento dell'ernia discale sintomatica è stata proposta anche l'infiltrazione epidurale di steroidi. Sembra meno efficace della discectomia nel ridurre sintomi e disabilità dovuti a cospicua ernia del disco lombare [5]. Tuttavia le infiltrazioni possono avere un loro ruolo: si sono dimostrate efficaci in circa la metà dei pazienti che non avevano beneficiato del trattamento non invasivo per almeno 6 settimane.

I pazienti che non traggono beneficio neppure dall'infiltrazione possono essere avviati alla discectomia con la certezza che il ritardo nell'espletare l'intervento non comporta comunque esiti peggiori.

L'intervento standard per l'ernia del disco è la discectomia con laminectomia parziale. Tuttavia in questi ultimi anni, nei casi di ernie discali localizzate e di dimensioni ridotte, è stato proposto e viene attuato un intervento di microchirurgia (microdiscectomia) che viene effettuato sotto ingrandimento e che consente una più piccola incisione della cute e una laminectomia più limitata.

La chemionucleolisi (iniezioni intradiscali di chemiopapaina) viene eseguita oggi raramente ed ha indicazioni molto limitate.

La terapia con ozono medico è un'altra opzione. L'ozono medico è una miscela di ossigeno ed ozono che viene iniettata all'interno del nucleo discale erniato talora associando l'iniezione perigangliare di steroidi. Si tratta di una terapia di facile esecuzione e non invasiva che sembra avere risultati discreti o addirittura buoni anche se i lavori si limitano in genere a follow-up brevi di qualche mese [11,12]. Personalmente ho alcuni pazienti che vi si sono sottoposti e devo dire che ad una buona efficacia nel breve periodo corrisponde spesso una recidiva sintomatologica a distanza di tempo.

Ressa:

### **Qual è l'evoluzione della lombalgia?**

Rossi:

Nella maggior parte dei casi la lombalgia si risolve nel giro di alcune settimane [7]. Anche in presenza di un'ernia discale spesso si assiste alla remissione del quadro clinico.

Si dice, quasi scherzando, che la miglior terapia dell'ernia del disco è la lista d'attesa.

Però le cose cambiano a lungo termine in quanto in quasi la metà dei casi si avranno una o più recidive oppure la cronicizzazione del quadro clinico. Può essere consigliata una terapia cognitivo-comportamentale, nome altisonante che si trova nei trattati, in pratica insegnare al paziente una corretta postura quando si siede, quando sta in piedi, quando va a letto e quando deve sollevare pesi. Ho trovato però che i foglietti coi bei disegni che consegnavo ai pazienti venivano spesso dimenticati in sala d'aspetto o addirittura li trovavo appallottolati in strada.

Ressa:

Perché la lombalgia cronicizza?

Rossi:

Sulle cause della lombalgia cronica è stato scritto molto, ma poco se ne sa. Sembra siano influenti non solo le caratteristiche di eventuali episodi acuti (per esempio è più probabile che lombalgie acute prolungate e importanti possano cronicizzare), ma anche fattori psicologici e sociali (insoddisfazione in famiglia o nel lavoro, problemi relazionali, depressione e/o ansia, ecc.).

Anche la vita sedentaria, l'obesità e il fumo sembrano essere fattori importanti nel determinare la cronicizzazione. In molti pazienti però la lombalgia cronica o recidivante esordisce senza un precedente episodio acuto. Non è chiaro se si tratti, in questi casi, della stessa entità nosologica.

Ressa:

Come si cura la lombalgia cronica?

Rossi:

La terapia della lombalgia cronica è largamente insoddisfacente sia per il medico che per il paziente. Gli analgesici e i FANS danno risultati incostanti e temporanei e i malati finiscono spesso col compiere lunghe peregrinazioni tra specialisti vari, sottoponendosi a tutta una serie di trattamenti (dalla riabilitazione fisioterapica alle terapie fisiche, dall'agopuntura alle infiltrazioni, alla mesoterapia, ecc.) la cui efficacia non è ben definita (come prova il fatto che la cartella di questi pazienti registra una serie infinita di prescrizioni le più varie). I risultati degli studi sono contrastanti: per esempio uno studio ha dimostrato che le manipolazioni vertebrali non danno risultati migliori della manipolazione simulata [8], ma altri studi vanno in senso opposto [9].

L'osservazione che alla base della cronicizzazione vi possono essere fattori psicosociali ha portato a proporre l'uso degli antidepressivi che sembrano in qualche modo più efficaci del placebo [6], perlomeno nella riduzione del dolore.

Ressa:

Un fatto che ho notato è che se il paziente non limita la sua attività fisica e impara in qualche modo a convivere con il suo disturbo riesce ad affrontare meglio una condizione clinica che per molti è davvero invalidante. Per questo è importante l'opera del medico che deve convincerlo che la sua patologia non nasconde malattie gravi.

Rossi:

Di fatto il consiglio di rimanere attivi ottiene gli stessi risultati della fisioterapia, anche se la percezione del paziente è spesso in contrasto con la valutazione obiettiva degli esiti [10].

In ogni caso, come ho detto, il trattamento di questi pazienti è difficile e frustrante.

L'intervento riabilitativo multidisciplinare che contempli anche una terapia cognitivo-comportamentale invece sembra funzionare meglio della terapia conservativa [17], tanto che le linee guida raccomandano questa strategia nei pazienti resistenti alla terapia standard [18,19].

A mio avviso si tratta di pratiche che in Italia sono di difficile attuazione perché non ci sono team multidisciplinari dedicati.

Nei casi refrattari e resistenti alle varie terapie in cui il mal di schiena comporta gravi limitazioni della vita di relazione è stato proposto anche l'intervento chirurgico di stabilizzazione vertebrale che per la verità non sembra essere più efficace di una terapia riabilitativa intensiva [20,21,22].

## Bibliografia

1. <http://www.rcgp.org.uk/clinspec/guidelines/backpain/index.asp>
2. Jarvick JG et al. JAMA. 2003; 289:2810-2818
3. Kendrick D et al. BMJ 2001; 322:400
4. Ann Intern Med. 2003; 138:871-881, 898-906
5. Buttermann GR. The Journal of Bone and Joint Surgery (American) 2004; 86:670-679.
6. Arch Intern Med 2002;162: 19-24
7. Pengel LHM et al. BMJ 2003; 327:323
8. Licciardone JC et al. Spine 2003;28:1355-1362
9. Ann Intern Med. 2003; 138:871-881, 898-906
10. Frost H et al. BMJ 2004; 329:708-711
11. D'Erme M et al. Radiol Med (Torino) 1998; 95:21-24
12. Andreula CF et al. Am J Neuradiol 2003; 24:784-787
13. Ferreira M L et al. Does spinal manipulative therapy help people with chronic low back pain? Australian Journal of Physiotherapy, 2002;48(4):277-284.
14. Manheimer E et al. Meta-Analysis: Acupuncture for Low Back Pain. Ann Intern Med 2005 Apr 19; 142: 651-663
15. Hayden JA et al. Meta-Analysis: Exercise Therapy for Nonspecific Low Back Pain. Ann Intern Med 2005 May 3; 142:765-775
16. Hayden JA et al. Systematic Review: Strategies for Using Exercise Therapy To Improve Outcomes in Chronic Low Back Pain. Ann Intern Med 2005 May 3; 142:776-785
17. Guzmán J et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain. Cochrane Database Syst Rev 2002;(1)
18. European guidelines for the management of low back pain. 2005. In: [www.backpaineurope.org/](http://www.backpaineurope.org/)
19. Koes BW et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. Spine 2001;26: 2504-13
20. Gibson JNA et al. Surgery for degenerative lumbar spondylosis. Cochrane Database Syst Rev 2000;(3)
21. Brox JI et al. Randomized clinical trial of lumbar instrumented fusion and cognitive intervention and exercises in patients with chronic low back pain and disc degeneration. Spine 2003;28: 1913-21
22. Fairbank J et al. for the Spine Stabilisation Trial Group. Randomised controlled trial to compare surgical stabilisation of the lumbar spine with an intensive rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: the MRC spine stabilisation trial. BMJ 2005 May 28; 330:1233

\*\*\*

## UN CASO PER CRETINETTI

### Quegli strani testicoli

Cretinetti riceve, con fastidio, un paziente sessantenne a lui noto essere un tenace assertore dei check up semestrali. Cretinetti aveva, all'inizio, tentato di opporsi, rimarcando l'inutilità di questa procedura ma poi, fiutando aria di revoca, ha, oramai da anni, docilmente obbedito.

Questa volta però il paziente non viene per questo motivo ma per una dolenzia ai testicoli; Cretinetti lo visita e rileva un bel varicocele bilaterale. Il paziente gli dice che l'ha sempre avuto fin da ragazzo (il che non gli ha impedito di avere un figlio) anche se ultimamente gli è parso un po' più ingrossato e comunque gli interessa solo sapere se c'è qualcos'altro di nuovo. Cretinetti nega e il paziente si ritiene soddisfatto; il medico però insiste e dopo molte resistenze riesce ad imporre la prescrizione di un'ecografia rene vescica scroto prostata che conferma il varicocele bilaterale senza nient'altro. Passa un anno e il paziente ritorna, lamentando per la ennesima volta un dolore lombare continuo, fa dei movimenti con la schiena toccandosela "mi fa tanto male, dalla mattina alla sera"; Cretinetti già da anni aveva documentato (con Rx e TC) una spondiloartrosi lombare con protrusioni e anche un'ernia del disco, neanche si alza dalla sedia, prescrive la ennesima fisiokinesi terapia e fans. Terminato il primo ciclo, il paziente torna alla carica lamentando, in maniera decisa, l'inefficacia delle cure, Cretinetti si arrocca, prescrive secondo ciclo e visita ortopedica.

Il paziente scompare e si ripresenta dopo 2 mesi, è stato da tre ortopedici che hanno prescritto ulteriori fisiochinesiterapie, cortisonici ecc. ecc. ma senza risultati. A questo punto Cretinetti fa eseguire un esame strumentale che indirizza sulla diagnosi ma, dopo tre mesi di progressivo deperimento organico, il paziente muore.

\*\*\*

Era appena uscita la Risonanza magnetica e Cretinetti, trionfo trionfo, la consigliò al paziente per "controllare meglio la colonna": il radiologo vide un'ombra a piastrone in sede retroperitoneale con aspetto "a ragno" che nei due punti più distanti arrivava a 9 centimetri; fu eseguita biopsia, l'esame istologico orientò la diagnosi per: CARCINOSI retroperitoneale a piccole cellule. Il paziente perse 30 CHILI IN TRE MESI e morì, imbottito di morfina, per cachessia, fu tentata una chemioterapia senza il minimo giovamento.

Esaminiamo gli errori metodologici di Cretinetti:

Cretinetti non si chiede perché questo varicocele sia aumentato, l'ecografia è negativa QUINDI il paziente, noto patofobico, ha ingigantito i sintomi. Cretinetti ha una cartella clinica sulla quale appunta tutto e dove ben risulta l'annotazione della visita precedente, non fa la connessione diagnostica con l'altro sintomo anche se paradossalmente aveva, in un primo momento, dovuto sudare sette camicie per convincere il paziente ad eseguire un'ecografia dell'apparato genitourinario perché la cosa gli puzzava, adesso però è tranquillo, quasi seccato per un ennesimo mal di schiena.

Il medico non si alza dalla sedia, il paziente è un rompiscatole incontentabile!!

NESSUNO degli ortopedici si è chiesto il perché della resistenza alla terapia, il dolore era "continuo"; Cretinetti finalmente alza il deretano dalla sedia, palpa e percuote la zona lombare, il paziente NON riferisce riacutizzazione dei sintomi, può effettuare torsioni del tronco ed anche flessioni senza grosso peggioramento del dolore; NESSUNO degli ortopedici lo ha visitato; segue il resto già detto con exitus. Poco dopo la morte del paziente, il figlio ventenne ebbe un dolore lombare continuo, Cretinetti fece SUBITO eseguire una RM convinto però che a quell'età nulla potesse venir fuori. Risultato: GROSSA ernia del disco che fu operata immediatamente.

\*\*\*