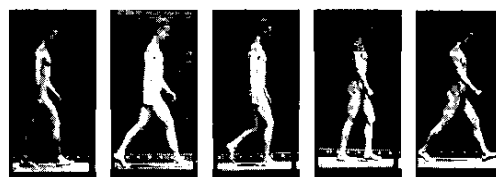


Ricerca in Riabilitazione



Periodico trimestrale di aggiornamento scientifico
Anno 2° - n°1 - febbraio 1993
Sped. abb. post. gruppo IV - 70%

Tendenze e prospettive nella clinica del movimento

EDITORIALE

Emiparesi: più riabilitazione = più recupero... o no?

"In Gran Bretagna il paziente con emiplegia post-ictale in fase di recupero può attendersi, tipicamente, soltanto quattro ore di fisioterapia per settimana, e fra una seduta e l'altra eseguirà esercizi autogestiti, in misura minima" (2). Proprio con questa constatazione esordisce un lavoro apparso sul *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry* (il "green Journal", uno dei fiori all'occhiello della Neurologia britannica), realizzato congiuntamente da due autorevoli équipes neuroriabilitative inglesi. Forse gli stessi dati valgono anche per l'Italia (se non siamo troppo ottimisti).

Vi è un problema a monte, e cioè il fatto che nessuno sa ancora esattamente né quanta né quale fisioterapia sia opportuno praticare. Come dice d'altronde uno degli stessi Autori in un suo articolo apparso quasi contemporaneamente su *Lancet* (3), in fatto di terapia riabilitativa "non vi sono evidenze a sostegno di alcuna specifica strategia". Questa disarmante affermazione non è nuova. Ricordiamo in particolare la serena e convincente rassegna di Ernst, che dalla letteratura riuscì soltanto a estrarre la conclusione che "i pazienti con ictus traggono beneficio dalla riabilitazione con fisioterapia, ma non importa quale forma di trattamento si scelga" (2).

A titolo di attenuante, ricordiamo che gli studi sulla riabilitazione nell'emiparesi devono affrontare difficoltà metodologiche particolarmente gravi. Citiamo soltanto: la possibilità di evoluzione anche spontaneamente favorevole, la notevole variabilità fra i singoli casi, l'impossibilità di valutazioni "in cieco" (paziente e terapeuta sono entrambi coscientemente coinvolti nell'esercizio riabilitativo), la varietà dei possibili indicatori del risultato (quali scegliere: miglioramenti neurologici? maggiore autonomia? miglioramenti cognitivi?), e infine la parziale inadeguatezza di ogni strumento di misura (di solito, scale ordinali molto esposte a critiche di scarsa validità e/o sensibilità).

Il gruppo di lavoro si è comunque cimentato nell'impresa di verificare l'efficacia di un variegato programma terapeutico, a

base soprattutto di tecniche Bobath, sul recupero dell'arto superiore paretico. Sono stati reclutati 137 pazienti reduci da ictus cerebrale insorto da non oltre un mese. Con molte cautele metodologiche i ricercatori hanno diviso i pazienti in due gruppi comparabili quanto ai più vari parametri demografici e clinici. In un gruppo l'arto superiore veniva trattato con terapia "convenzionale", nell'altro con terapia "intensificata" (enhanced). Per "convenzionale" gli Autori intendevano esercizi terapeutici con basi neurofisiologiche, ed in particolare l'insieme delle tecniche Bobath, mentre per terapia "intensificata" si intendeva una combinazione (definita eclettica dagli stessi Autori) i cui ingredienti principali erano:

- a) una maggior "quantità" di terapia convenzionale,
- b) un'intensa stimolazione comportamentale (il paziente veniva incoraggiato a rendersi autonomo e ad eseguire esercizi autogestiti, si scoraggiavano comportamenti iperprotettivi da parte dei familiari)
- c) non meglio precisate tecniche di impedimento dell'utilizzo compensatorio dell'arto superiore sano (cosiddetto utilizzo forzato del lato paretico)
- d) biofeedback elettromiografico
- e) videogiochi (proprio così: "microcomputer games"!).

In pratica, il valore mediano del tempo complessivo di trattamento dell'arto superiore passava, durante la degenza, da 53 minuti settimanali per il gruppo trattato in modo convenzionale a 129 minuti settimanali per il gruppo trattato con terapia "intensificata". In regime ambulatoriale, i tempi si riducevano rispettivamente a 21 e 51 minuti. Si noti, però, che la terapia si protraeva

complessivamente per 10 settimane nel gruppo "convenzionale", mentre raggiungeva le 18 settimane nell'altro gruppo. In totale, quindi, nel gruppo di terapia "intensificata" l'arto superiore paretico riceveva un tempo totale di trattamento 4 volte superiore.

Come indici di miglioramento gli Autori hanno scelto i punteggi conseguiti su diverse scale funzionali: in particolare, la sezione relativa all'arto superiore dell'Extended Motricity Index (EMI) che esplora forza e mobilità attiva in movimenti non finalistici (ad esempio "pinza digitale" forzata, elevazione del braccio), il Frenchay arm test, che esplora la motilità attiva in movimenti finalistici bi- e uni-manuali (sollevare piccoli oggetti, svitare il coperchio di un barattolo, pettinarsi ecc.) e l'arcinoto indice di Barthel, che misura l'autosufficienza in varie attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, camminare ecc.).

In ciascun gruppo di trattamento la capacità o meno di eseguire almeno una delle 7 prove previste dal Frenchay arm test determinava l'inclusione del paziente nel sottogruppo "pazienti lievi" o,

rispettivamente, nel sottogruppo "pazienti gravi".

Successive rilevazioni venivano condotte da un osservatore indipendente ad uno, tre e sei mesi dall'ictus. Su 109 soltanto dei 137 pazienti iniziali si poterono eseguire tutte le rilevazioni previste nel semestre. Ci dà una sintesi dei risultati la fig. 1. Le curve descrivono i punteggi riportati nella scala EMI (in ordinata) in funzione del tempo (in ascissa). Le curve continue e punteggiate si riferiscono rispettivamente ai pazienti trattati con terapia intensificata o convenzionale. La coppia superiore si riferisce ai sottogruppi di pazienti "lievi", quella inferiore ai sottogruppi di pazienti "gravi". L'analisi statistica confermava che l'effetto principale della terapia intensificata era quello di accelerare il recupero nel primo mese di terapia (si noti l'incremento più rapido dei punteggi, in entrambi i gruppi di trattamento). Nei pazienti "lievi" la terapia intensificata produceva un recupero non soltanto più rapido, ma anche superiore in assoluto. Il vantaggio acquisito nel primo mese si manteneva fino al sesto mese. Nei pazienti "gravi" il controllo a sei mesi non

rivelava differenze di punteggio correlabili significativamente al tipo di trattamento (caso mai, si indovina una tendenza a punteggi migliori dopo terapia convenzionale). La fig. 2 riporta l'andamento dell'indice di Barthel: è evidente che il tipo di trattamento non aveva alcuna influenza sul punteggio. D'altro canto, le scale di autosufficienza non discriminano fra recupero intrinseco (miglioramento dell'arto lesso) o adattativo (miglior utilizzo compensatorio dell'arto non paretico), ed il secondo è molto più frequente del primo. Secondo gli Autori, lo studio "dimostra che la terapia intensificata causa un recupero superiore", che "la fisioterapia può produrre miglioramenti nel recupero intrinseco" e che "un programma di fisioterapia adeguatamente progettato può condurre ad un miglior recupero della funzionalità dell'arto superiore".

Diciamo subito che abbiamo trovato in questo lavoro luci ed ombre dal punto di vista sia del metodo, sia dei risultati e della loro interpretazione. Le luci: nel metodo, un disegno sperimentale molto impegnativo, e d'altronde molto realistico. Se la do-

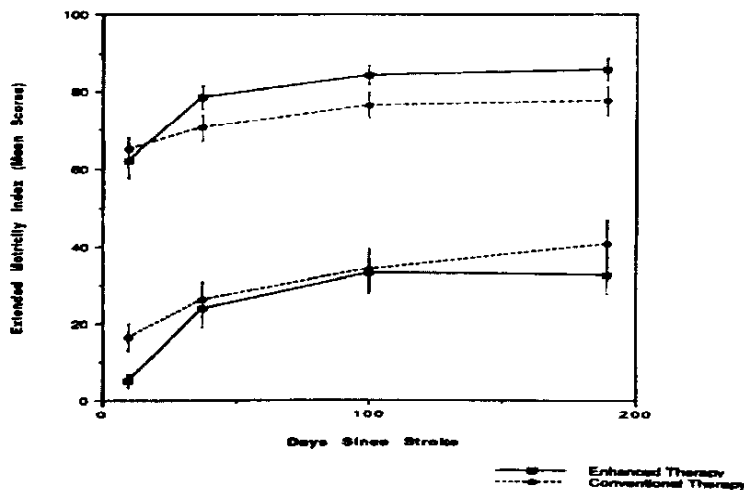


Fig. 1. Recupero dell'arto superiore paretico in 109 pazienti nei primi 6 mesi dopo l'insorgenza di emiparesi da ictus cerebrale. E' stato rilevato il punteggio (media \pm SE) nell'"extended motricity index", che esplora movimenti non finalistici ("pinza" forzata, elevazione della spalla ecc.). Curve punteggiate: soggetti trattati per 10 settimane, con inizio entro il primo mese dall'ictus, con terapia convenzionale (soprattutto tecniche neuromotorie tipo Bobath). Linee continue: soggetti trattati per 18 settimane con terapia "intensificata" (esercizi neuromotori eseguiti più frequentemente, tecniche comportamentali, utilizzo forzato dell'arto paretico, biofeedback). Coppia di curve in alto: soggetti "lievi" (riuscivano ad eseguire almeno uno dei movimenti finalistici previsti dal Frenchay arm test). Coppia di curve in basso: soggetti "gravi". Si nota che la terapia intensificata produce un recupero più rapido nel primo mese e, limitatamente ai pazienti lievi, un recupero superiore a fine cura (da Sunderland A, 3)

manda che ci si poneva era "quanta" terapia bisogna somministrare al paziente, occorreva creare due gruppi di trattamento molto ampi, ed in cui il dosaggio terapeutico fosse grossolanamente differente (di quattro volte, come si è visto), così da rendere poco rilevanti eventuali differenze qualitative nei trattamenti individuali.

Le luci nei risultati: vi è una differenza fra gli esiti delle due terapie, mantenuta fino a sei mesi dall'ictus. E' ben vero che la differenza riguarda soltanto i pazienti "lievi", ed interessa soltanto movimenti non finalistici. D'altro canto, questo suggerisce che la terapia intensificata non abbia agito in modo del tutto aspecifico (per esempio semplicemente accrescendo la motivazione dei pazienti a muoversi) perché in tal caso avremmo avuto una differenza nel risultato anche nei pazienti gravi, ed anche negli altri indici considerati.

Le ombre nel metodo: la commistione fra differenze di varietà, di densità e di durata nei due tipi di terapia. E' un poco come confrontare un frutto con una macedonia, o peggio ancora due macedonie caoticamente diverse: sono davvero comparabili? E se anche lo fossero, come riprodurre in futuro ed altrove la mistura vincente? E ancora: un conto è somministrare una terapia più intensa, un altro conto è prostrarla più a lungo. In questo modo si è dato più tempo alla terapia intensificata di sovrapporre i propri effetti a quelli di un eventuale recupero spontaneo.

Le ombre nell'interpretazione dei risultati: gli Autori enfatizzano il fatto che una differenza nei risultati si è pur vista, ma non sottolineano che si tratta di cosa un poco deludente, vista l'enorme sproporzione di posologia terapeutica. Inoltre, sempre secondo gli Autori il fatto che la terapia intensificata si sia rivelata più efficace di quella convenzionale soltanto nei pazienti lievi suggerirebbe che la terapia più intensa andrebbe praticata soltanto ai pazienti che mostrino fin dall'inizio una qualche motilità attiva dell'arto superiore: con buona pace del diritto di un singolo paziente al "rischio" di una terapia forse superflua (ma forse no). Un'indicazione così grave si regge un poco a fatica su un solo lavoro sperimentale

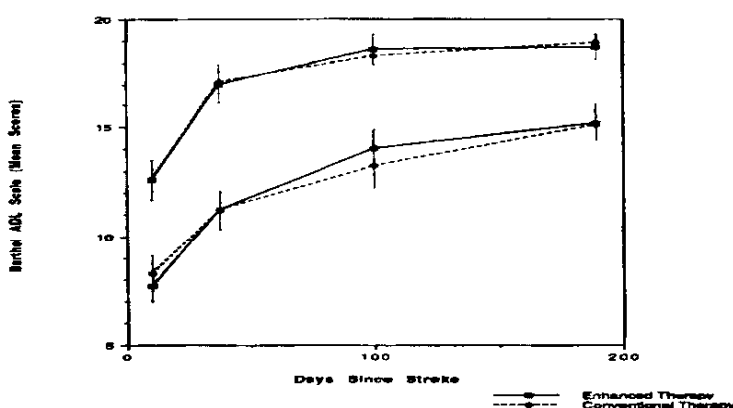


Fig. 2 - Miglioramenti nel punteggio ottenuto nell'indice di Barthel, che esplora l'autosufficienza in attività della vita quotidiana (lavarci, vestirsi, deambulare ecc.). La terapia intensificata non ha un effetto diverso da quella convenzionale (da Sunderland A, 3).

Diamo atto agli Autori che il tema da loro affrontato è del più insidioso. Il loro sforzo ce ne ricorda molti altri: citiamo per esempio un classico lavoro di Basmajian (1) su pazienti con emiplegia di durata inferiore all'anno. L'Autore non riuscì ad evidenziare alcuna differenza significativa nei miglioramenti dell'arto superiore paretico ottenuti da pazienti trattati con riduzione neuromotoria "classica" invece che con biofeedback eseguito in buona parte a domicilio.

I lavori, in sostanza, rimandano all'antico quesito se sia necessario l'impegnativo approccio neuroeducativo (tecniche Bobath e Kabat, per esempio) o se invece non sia sufficiente un più economico approccio "comportamentale" (stimolare paziente e famiglia a ottenere una decente autosufficienza): due alternative che il mondo anglosassone definisce con efficace crudezza "hands-on" ("mani addosso") o "hands-off".

Dobbiamo accettare il fatto che al momento "non vi sono evidenze a favore di alcuna specifica strategia" (4). Ma non riuscire a dimostrare che una terapia funziona non significa dimostrare che essa non funziona. Eppure, uno degli Autori sopra citati conclude seccamente che "il poco di informazioni che abbiamo è a favore di un approccio pragmatico, funzionale (comportamentale); l'attenersi a teorie non-scientifiche - ad esempio Bobath - è cosa da evitare". (4)

L'affermazione è quanto meno contraddittoria da parte dello stesso Autore di un lavoro in cui le tecniche Bobath sono state utilizzate come tecnica terapeutica principale (3). Questo rispecchia forse l'atteggiamento ambivalente della neurologia britannica (e non solo) verso la riabilitazione, che suona più o meno così: "dichiariamo che è figlia nostra, ma sappiamo bene che è proprio bruttina!".

A nostro avviso non si può continuare ad utilizzare "en bloc" le tecniche esistenti, sperando di azzeccare prima o poi dosaggi e combinazioni vincenti, e mal che vada ammettere eroicamente il fallimento: "di più non potevamo fare! Le tecniche neuromotorie, ognuno lo sa, sono non-scientifiche."

Occorre approfondire la comprensione dell'intimo meccanismo d'azione delle tecniche già in uso, per sfrondarne l'inutile e potenziarne l'utile. Ed occorre idearne di nuove, passandole al setaccio sperimentale.

Pare che fino a tutto l'Ottocento da qualche parte si usasse per l'"idropisia" una pozione "cento erbe". Poteva anche funzionare: se l'idropisia era un edema da scompenso cardiaco, e se fra le cento erbe c'era un poco di digitale.

Il lavoro inglese ha preso pragmaticamente atto che in riabilitazione si utilizzano di fatto "esercizi-cento erbe" per l'"emiplegia-idropisia": tanto valeva tentare la dimostrazione che cento erbe

sono meglio di cinquanta (e ribadiamo: non ne siamo usciti troppo convinti).

A nostro avviso non bisogna rinunciare a spingersi nella esplorazione analitica dei cento singoli disturbi che possono comporre l'emiplegia, e dell'effetto prodotto da ogni singola terapia, per riuscire a distillare la singola erba o le combinazioni utili a ciascun paziente.

Ben venga anche la più scoraggiante delle ricerche epidemiologiche: purché non si creda che essa ci assolva dall'obbligo di ricerca fisiopatologica.

Luigi Tesio

BIBLIOGRAFIA

- 1) Basmajian JV, Gowland CA, Finlayson AJ et al. Stroke treatment: comparison of integrated behavioral-physical therapy vs traditional physical therapy programs. Arch Phys Med Rehabil 1987;68:267-272
 - 2) Ernst E. A review of stroke rehabilitation and physiotherapy stroke 1990; 21, 7: 1081-1085
 - 3) Sunderland A, Tinson DJ, Bradley EL, Fletcher D, Langton Hewer R, Wade DT. Enhanced physical therapy improves recovery of arm function after stroke. A randomised controlled trial. J Neurol Neurosurg Psych 1992; 55:530-535
 - 4) Wade DT. Stroke: rehabilitation and long-term care. Lancet 1992;339: 791-793
-