

Chi si tira da sé fa per tre.

L'autotrazione vertebrale conferma la sua efficacia nell'ernia del disco lombare

di Laura Perucca

L'autotrazione Natchev è 3 volte più efficace della trazione lombare passiva nel produrre stabili remissioni del dolore nelle lombosciatalgie discali. Un recente lavoro sugli austeri Archives of Physical Medicine (10) conferma la validità di questa tecnica, già annunciata da uno studio pilota del 1989 (9).

La fig 8 dà un'idea di questa ingegnosa metodica. Il paziente stesso "si tira" con gli arti superiori e può modificare le forze in gioco utilizzando spinte e trazioni con gli arti inferiori su uno speciale tavolo fisioterapico. Il tavolo è diviso trasversalmente in due parti indipendenti che vengono inclinate e ruotate elettricamente dal fisioterapista. Durante sforzi di "autotrazione" di 3-6 secondi, oppure negli intervalli di 30-60 secondi fra uno sforzo e l'altro il tavolo (e con esso il rachide lombare) viene orientato in

modo da riprodurre inizialmente posizioni di minimo dolore e poi, via via che il trattamento procede, in modo da "conquistare" le posizioni che provocavano maggior dolore. È una tecnica, dunque, che appartiene al campo dell'esercizio terapeutico, con una iniezione di principi di medicina manuale (l'accurata ricerca di posizioni di non-dolore): purtroppo il nome richiama il suo aspetto esteriore, e quindi le apparentemente simili trazioni pelviche convenzionali.

Gli Autori hanno adottato un proto-

collo complesso molto rigoroso (randomizzazione con doppio cross-over). I 44 pazienti soffrivano di lombalgia e/o sciatalgia in accordo con il reperto radiologico (TAC o RM) di protrusione del disco lombare. Il dolore era in atto da almeno 1 mese (ma la durata mediana era di ben 11 mesi), e si era già dimostrato refrattario alle più varie terapie conservative. A caso i pazienti venivano assegnati ad autotrazione oppure a trazione pelvica. Se falliva il primo tipo di trattamento, si passava al secondo. Si misuravano

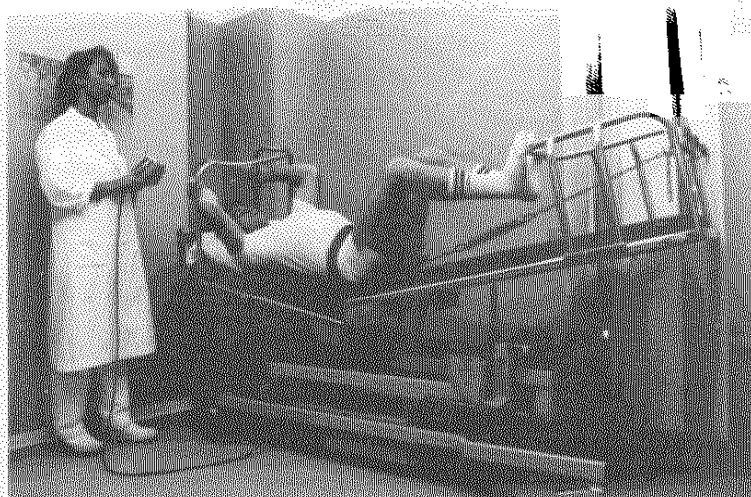


Fig 8. Autorazione vertebrale Natchev per le lombo-sciatalgie discali.

il dolore su due diverse scale (una di intensità, una di gravità qualitativa) e la disabilità prodotta dal dolore stesso. Il protocollo sperimentale presentava poi diversi altri aspetti tecnici tesi a proteggere le conclusioni dalle molte critiche che possono colpire le ricerche sull'esercizio terapeutico nel dolore lombare: impossibilità di valutazione in cieco e di trattamento placebo con apparenza identica al trattamento attivo, possibilità di recupero spontaneo nel periodo di cura ecc.

Il 75% circa dei pazienti trattati con autotrazione riportarono, dopo solo 3-6 sedute di autotrazione, la scomparsa o una importante riduzione del dolore, contro il 22% (meno di quanto atteso da un placebo) dei pazienti trattati con 5-10 sedute di trazione pelvica.

A tre mesi di distanza (Fig.2) nel 65% dei fortunati il dolore non era ricomparso o comunque non era nuovamente cresciuto. Soprattutto si era praticamente azzerata la disabilità che li aveva afflitti forse come e più del dolore.

I dati confermano -questa volta con

uno studio controllato- i risultati del pur autorevole studio pilota del 1989 (9), in cui la casistica appariva più "acuta": il dolore era in atto da circa 6 mesi, e con una maggior incidenza di segni neurologici associati al dolore.

L'autotrazione sembra dunque coprire la "terra di nessuno" in cui vagano i pazienti con ernia o protrusione del disco lombare che non hanno indicazione tassativa ad intervento chirurgico, ma che soffrono pur sempre di un dolore ad origine meccanico-discale e refrattario a cure sintomatiche. Tre sedute ambulatoriali di mezz'ora bastano per dirimere il dubbio se la tecnica funzioni o meno: e può funzionare anche in casi di protrusioni multiple e di concomitante canale ristretto.

Mi auguro che ora si risvegli l'interesse per una tecnica che forse non ha ancora avuto la fortuna che merita. Essa fu ideata nel 1974 dalla svedese Gertrud Lind (3). Nel 1984 lo svedese di origine bulgara Emil Natchev la rese decisamente più semplice (3), favorendone la diffusione nei paesi scandinavi. Uno studio neurofisiologico documentò la sua capacità di

produrre variazioni obiettive (recupero di forza, normalizzazione di temperatura cutanea e di potenziali evocati somatosensoriali) oltre che analgesia (4). Un rigoroso studio controllato multicentrico ne aveva dimostrato la superiorità rispetto a corsetto + riposo in lombalgie non discali (1). Finora sono falliti, invece, i tentativi radiologici (con TAC o mielografia) di documentare sostanziali variazioni del profilo discale associate al miglioramento clinico (5,6).

Tuttavia oggi sappiamo che l'ernia discale può essere o ritornare completamente asintomatica spontaneamente, e che apprezzabili riduzioni della sua immagine radiografica sono sì relativamente frequenti, ma sul lungo periodo (7). Così come diverse linee di ricerca suggeriscono che altri fattori (ad esempio, la congestione venosa epidurale peri-erniaria) possano contribuire al dolore, e rispondere a terapie che non agiscano direttamente sull'ernia (8).

Concediamo dunque all'autotrazione ancora un poco di tempo per dirci come funziona, e diamole finalmente atto che funziona. Le mancava l'investitura costituita da uno studio con-

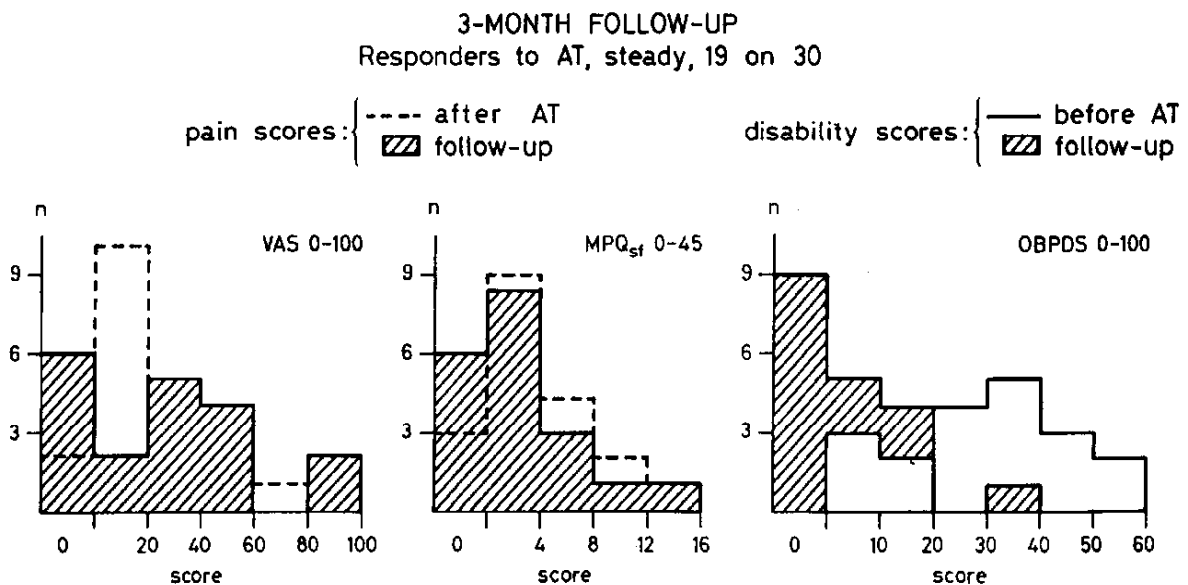


Fig.9. Follow-up a tre mesi in 40 (su 67) pazienti con lombosciatalgia discale che avevano risposto al trattamento con autotrazione. A sinistra ed al centro: distribuzione dell'intensità del dolore (misurata su analogo visivo) e della sua gravità qualitativa (misurata su Mc Gill Pain Questionnaire, short form), al termine del trattamento -area vuota- ed al follow-up. A destra, disabilità (Oswestry Low Back Pain Disability Score) misurata prima del trattamento -area vuota- ed al follow-up -area tratteggiata. (da Tesio L, 10)

trollato sul dolore ad origine discale, in grado di superare il filtro di una rivista severa verso le "novità" fisioterapiche. Questo primo esame, almeno, sembra essere stato superato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Larsson U, Choler U, Lidström A, Lind G et al. Auto - traction for treatment of lumbago- sciatica : multicentre controlled investigation. Acta Orthop Scand 1980;51:791-798
- 2) Lind GAM. Autotraction treatment of low back pain and sciatica. 1974 (Tesi). University of Linköping, Svezia
- 3) Natchev E. Manual on autotraction for low back pain. 1984. Folksam Scientific Council. Stockholm
- 4) Knutsson E, Skoglund CR, Natchev E. Changes in voluntary muscle strength, somatosensory transmission and skin temperature concomitant with pain relief during autotraction in patients with lumbar and sacral root lesions. Pain 1988; 33:173-179
- 5) Gillström P, Ericson K, Hindmarsh T. Autotraction in lumbar disc herniation: myelographic study before and after treatment. Arch Orthop Trauma Surg 1985;105:207-210
- 6) Gillström P, Ericson K, Hindmarsh T. Computed tomography examination of influence of autotraction on herniation of lumbar disc. Arch Orthop Trauma Surg 1985;104:289-293
- 7) Redazionale. Ernia del disco lombare asintomatica. Oggi c'è...domani chissà. Ric Riabil 1993;1:6-8
- 8) Tesio L. The cause of back pain and sciatica may be a venous matter, too. Br J Rheum 1991 (letter);30,1:70-71
- 9) Tesio L, Luccarelli G, Fomari M. Natchev's auto-traction for lumbago-sciatica: effectiveness in lumbar disc herniation. Arch Phys Med Rehabil 1989; 70:831-834
- 10) Tesio L, Merlo A. Autotraction versus passive traction. An open controlled study in lumbar disc herniation. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74 (8): 871-876