

Esercizio nel mal di schiena: benvenuto in serie A... ma il campionato è lungo

Guarda chi si vede sull'auto-revole rivista "Spine": l'esercizio terapeutico nelle lombosciatalgie. Di solito "Spine" dedica ampio spazio ad argomenti sperimentali di fisiopatologia vertebrale e del midollo spinale e, per la parte clinica, predilige temi chirurgici. Nel 1993 si è fatto largo un argomento tradizionalmente "minore", e cioè l'efficacia clinica dell'esercizio.

Il tema è dei più controversi: non è facile "distinguere le terapie utili da quelle inutili" (1). In primo luogo perché sotto la diagnosi di lombalgia -che in realtà descrive semplicemente un sintomo- si possono nascondere le più varie cause. In secondo luogo perché non è facile realizzare disegni sperimentali convincenti: il dolore lombare può modificarsi anche spontaneamente; è difficile realizzare esercizi "placebo" senza che il paziente ne sia consapevole; è difficile definire e misurare il risultato: migliore mobilità lombare? Minor dolore? Ripresa di una vita più attiva?

La carrellata che vi proponiamo ci offre 4 diagnosi su 4 lavori (il che già non promette nulla di buono): postumi di intervento per ernia del disco lombare (2); lombalgia "aspecifica" (3); lombalgia aspecifica con una quota di canali ristretti (4); canale ristretto lombare (5). Tanto per rendere ancor meno comparabili i lavori, ecco che vengono proposte diverse ipotesi terapeutiche: rispettivamente esercizi vari "dinamici" (intensivi, da compiersi anche in caso di dolore); potenziamento estensorio del rachide su apposita

macchina; esercizi di potenziamento estensorio del rachide a corpo libero o con pulegge (Fig.4); una marmellata in cui esercizi "flessori" ed "estensori" vengono associati ad applicazione di raggi infrarossi e ultrasuoni, nonché a somministrazione di calcio per via orale e calcitonina di salmone per via sottocutanea.

Il periodo di esercizio variava fra 4 e 10 settimane, con cadenza di 3-5 volte la settimana.

Il primo di questi studi (2) comprendeva 96 pazienti con dolore che persisteva dopo intervento per ernia discale, e prevedeva due gruppi definiti con assegnazione casuale: A) trattamento "dinamico" a base di potenziamento del tronco e degli arti inferiori a corpo libero, prima in palestra e poi in piscina con acqua calda, da eseguirsi anche in caso di aumento del dolore; B)

trattamento "tradizionale" con esercizi blandi ("mild") in piscina con acqua calda, e poi in palestra dopo applicazione di impacchi caldi. Il tutto, da interrompersi al primo segno di riacutizzazione. Ad un anno dal trattamento, non si riscontravano differenze nei punteggi di dolore, mentre i pazienti "dinamici" presentavano punteggi superiori dal punto di vista dell'attività fisica e lavorativa. Come dire: la lombalgia te la tieni, ma impari a sopportarla meglio.

Uno dei due studi su pazienti con lombalgia "cronica aspecifica" (3) prevedeva 150 soggetti divisi in tre gruppi: uno che seguiva un programma di potenziamento paravertebrale (Fig.1); uno che seguiva un programma cocktail con blando potenziamento addominale e paraspinale, auto-mobilizzazione, massaggio, trazione manuale, e infine un terzo gruppo che riceveva

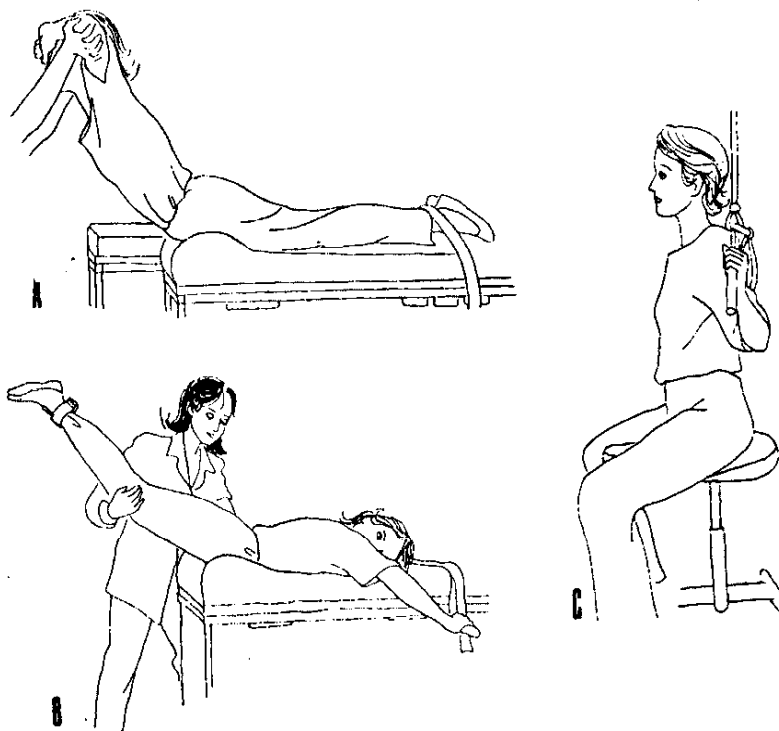


Fig 4. Gli esercizi "intensivi" utilizzati per il trattamento di lombalgia cronica in uno studio che ne confrontava l'efficacia con esercizi di blanda mobilizzazione. Il terapeuta ha soltanto una funzione di guida. In C il carico da sollevare corrisponde al 30% del peso corporeo. Venivano richieste 5 serie di 10 ripetizioni ciascuna, da ripetersi dopo un intervallo di 10 minuti. Il tutto, due volte la settimana per 4 settimane (da Hansen FR, 3)

una terapia placebo, e cioè impacchi tiepidi associati a trazione intermittente con forze minime. Guarda caso, il dolore diminuiva in tutti i pazienti, anche ad un controllo a 12 mesi. Con alchimie statistico-metodologiche gli Autori cercano di convincerci almeno che gli esercizi intensi sarebbero più benefici per i pazienti sedentari, quelli "blandi" per i pazienti già attivi. Viene riferito in un angolino -ma senza troppo clamore- che i pazienti con dolore più intenso si concentrano nel gruppetto che abbandona il programma di esercizio, specialmente quello "dinamico": classificati asetticamente come "dropouts" -abbandoni-, questi casi perdono diritto di cittadinanza nella fase di analisi dei risultati.

Riprendiamo quota con il secondo lavoro su 54 "cronici" (4), tutti "aspecifici" salvo 15 casi in cui era stato diagnosticato un canale ristretto. Il programma di esercizio è semplice e ben definito: estensione del tronco su macchina isotonica (del tipo di quelle comunemente usate per il "body-building") con carichi aumentati progressivamente in modo da mantenersi pari al 50% della forza isometrica massima. La misura del risultato è accettabilmente standardizzata: misure di forza isometrica nell'estensione del tronco, misure di intensità e qualità del dolore, vari indicatori dello stato psicologico. Il disegno sperimentale è semplice ma rigoroso: dopo avere eseguito tutti le stesse misure in condizioni basali, i pazienti venivano assegnati casualmente -in proporzione 2:1- al gruppo di trattamento o al gruppo di controllo. Quest'ultimo restava in lista di attesa per le 10 settimane in cui l'altro gruppo veniva trattato. Per motivi etici, tuttavia, i "controlli" venivano poi curati anch'essi. Risultato: minor dolore e migliore stato psicologico per i trattati rispetto ai controlli. Un particolare interessante: le batterie di test psicologici prevedevano una

misura del "locus of control", ovvero della tendenza del paziente a mantenere "dentro di sé" il controllo psicologico della situazione, invece che ad aspettare supinamente qualche cosa da terapie "esterne". In sostanza, l'esercizio sembrava rendere i pazienti "più padroni" del loro problema.

Torniamo a volare bassi -anzi, molto bassi- con l'ultimo lavoro (5). Ben 145 pazienti con canale lombare ristretto sono stati seguiti durante 1 mese di terapia in regime di ricovero e un mese dopo la dimissione. Si è già detto quale composta marmellata terapeutica sia stata loro somministrata. Indicatori del risultato funzionale erano l'intensità del dolore -su analogo visivo-, la mobilità lombare e la distanza di marcia prima che intervenisse claudicazione. Di gruppo di controllo nemmeno si parla. Inutile a dirsi, per ogni indicatore i miglioramenti interessano gran parte dei casi: ma non sapremo mai se quel mese di ricovero abbia funzionato più di quanto avrebbe funzionato una qualsiasi altra terapia (inclusa... nessuna terapia).

Il quadro generale che emerge da questa carrellata non è incoraggiante, nonostante il coro inneggi all'efficacia dell'esercizio. Già: ma quale esercizio, e su quali pazienti? Diciamo chiaramente: nella misura in cui non dimostreremo *quale esercizio* funziona (e quale no, ovviamente), non potremo mai sostenere *che l'esercizio in generale* funziona. Se *qualsiasi* esercizio funziona, *nessun* esercizio è una tecnica terapeutica credibile.

Dunque, come dare finalmente una risposta alla solita domanda: "esiste un ruolo per l'esercizio nel trattamento dei pazienti con lombalgia?" (6).

Innanzitutto, con protocolli meno pretenziosi: non si posso-

no buttare nella pentola esercizi composti su pazienti eterogenei, valutando gli effetti su indicatori diversi, sperando di dimostrare rapporti causa-effetto. Quali manovre sono necessarie ed efficaci, con quale posologia su quali pazienti e su quali aspetti della sindrome (dolore-mobilità-disabilità...)? Da questo punto di vista crediamo sia da salvare soltanto uno dei quattro lavori su "Spine" (4).

Secondo suggerimento: forse è ora di contrastare la preferenza accordata dalla letteratura anglosassone agli indicatori di tipo psicologico-comportamentale (ad esempio: perdita di giornate lavorative, atteggiamento psicologico ecc.), sempre sofisticati e numerosi, rispetto ad indicatori del dolore, spesso elementari e scarsi. Non si può liquidare semplicisticamente l'esperienza del dolore con una banale misura di "intensità massima" su una linea graduata da 0 a 100. Decidiamoci: vogliamo curare il dolore lombare o rassegnarci -un poco cinicamente- a curarne soltanto le conseguenze comportamentali, magari colpevolizzando il paziente che non ritorna sufficientemente attivo?

Terzo suggerimento: bisogna smettere di considerare omogenei i casi con "dolore lombare o sciatico". Ve l'immaginate una prestigiosa rivista chirurgica che accettasse un lavoro su una casistica di "mal di pancia"?

Nel caso del dolore lombosciatico ci sembra che almeno una diagnosi radiologica con TAC sia il requisito minimo per inquadrare la casistica -tra l'altro, non necessariamente numerosa- di studi con pretese sperimentali.

Qualche cosa di buono, tuttavia, da questa carrellata vien fuori: l'inutilità delle guerre fra sostenitori di un tipo di esercizio rispetto ad un altro tipo, ed in particolare fra esercizi flessori (rinforzo

degli addominali, retroversione del bacino e simili) ed esercizi estensori (rinforzo dei paravertebrali), ormai datati rispettivamente agli anni 30 e 70 (per una concisa rassegna si veda in 7). Tutti gli esercizi possono giovare a tutti: il problema è definire indicazioni, limiti e posologia di ogni singola manovra in ogni singola patologia lombosacrale, e magari identificare nuove e più efficaci procedure. Soltanto così il terapeuta potrà adattare con successo l'esercizio al paziente, e non il paziente alla propria "scuola".

Occorre più ricerca, dunque? Sì, ma non quella che ci propone "Spine": non c'è soltanto biso-

gno di più ricerca, ma anche -e soprattutto- di buona ricerca.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Deyo RA Conservative therapy for low back pain. Distinguishing useful from useless therapy. JAMA 1983; 250,8:1057-1062
- 2) Manniche C et al. Clinical trial of postoperative dynamic back exercises after first lumbar discectomy. Spine 1993;18,1:92-97
- 3) Hansen FR et al. Intensive, dynamic back-muscle exercises, conventional physiotherapy, or placebo-control treatment of low-back pain. Spine 1993;18,1:98-108
- 4) Risch SV et al. Lumbar strengthening in chronic low back pain patients. Physiologic and psychological benefits. Spine 1993; 18,2:232-238
- 5) Onel D, Sari H, Donmez C. Lumbar spinal stenosis: clinical/radiologic therapeutic evaluation in 145 patients. Conservative treatment or surgical intervention? Spine 1993; 18,2:291-298
- 6) Jackson CP, Brown MD. Is there a role for exercise in the treatment of patients with low back pain? Clin Orthop Rel Res 1983; 179:39-45
- 7) Jackson CP, Brown MD. Analysis of current approaches and a practical guide to prescription of exercise. Clin Orthop Rel Res 1983; 179: 46-54