

QUALE MIGLIORE APPROCCIO RIABILITATIVO NELLA CERVICOARTROSI SECONDO LE LINEE GUIDA EBM? NOSTRA ESPERIENZA.

Lorenza Lauricella ⁽¹⁾ - Elisa Palumbo ⁽²⁾ - Chiara Puccio ⁽²⁾ - Dalila Scaturro ⁽²⁾ - Giulia Letizia Mauro ⁽²⁾

UOC Riabilitazione, AOUP P. Giaccone di Palermo, Palermo, Italia ⁽¹⁾ - UOC Riabilitazione, AOUP Paolo Giaccone Palermo, Palermo, Italia ⁽²⁾

Introduzione

La Cervicoartrosi è un'artropatia di tipo evolutivo la cui base anatomica è rappresentata da un processo degenerativo con inizio nelle cartilagini articolari che vanno incontro a fenomeni di usura, proliferazioni marginali, eburnizzazione dei capi ossei. L'incidenza tende ad essere in costante aumento per l'allungamento della vita media, interessando maggiormente il sesso femminile con un rapporto di 3:1. L'artrosi cervicale clinicamente si manifesta con dolore in regione cervico-dorsale, contrattura dei muscoli paravertebrali, limitazione del ROM fino a possibili manifestazioni neurologiche. Si può inoltre giungere ad una insufficienza vasomotoria di tipo funzionale, dipendente dalla postura e dai movimenti del rachide. Ne conseguiranno nevralgie, vertigini, nausea e talvolta vomito. Scopo dello studio individuare seguendo i principi della EBM le terapie più valide per contrastare i sintomi tipici della malattia correlando sesso, età e principali comorbidità.

Materiali e metodi

Nello studio condotto presso l'U.O.C. di "Riabilitazione" dell'A.O.U.P. Paolo Giaccone Di Palermo nel periodo compreso tra Novembre 2016 e Aprile 2017, abbiamo arruolato 70 pazienti (53 donne e 17 uomini) di età compresa tra i 40- 60 anni (età media 56.5 aa). *Criteri di inclusione:* NRS maggiore o uguale a 5 e Barhel Index 90, patologia documentata clinicamente e con Rx rachide cervicale in 2 P. *Criteri di esclusione:* controindicazioni alla terapia fisica; mai eseguito terapie specifiche per la patologia in studio; riscontro di ernia discale. Abbiamo stratificato i soggetti per età, sesso e comorbidità, suddividendoli in 3 gruppi con diverse associazioni di terapia: gruppo A (radarterapia, elettroterapia antalgica), gruppo B (US, tens), gruppo C (laser Co2, diadinamica). Tutti eseguivano rieducazione funzionale e/o massoterapia allo scopo di migliorare il ROM articolare e favorire la decontrattura muscolare; inoltre i soggetti potevano assumere Paracetamolo 1000 mg cpr al bisogno con un massimo di 2 assunzioni giornaliere. I pazienti hanno effettuato un progetto programma riabilitativo per 5 giorni alla settimana per un totale di 20 e sono stati valutati al basale (To), a 10 giorni (T1), alla fine del trattamento dopo circa 20 sedute (T2) e ad un follow up a 2 mesi (T3), mediante NRS, Barthel Index, Neck Pain disability score, consumo di farmaci.

Risultati

Dall'analisi dei dati abbiamo riscontrato un miglioramento in tutti i gruppi di studio con un riscontro statisticamente più significativo nei gruppi A e B. In particolare sebbene la termoterapia abbia effetto analogo all'ultrasuonoterapia ha comportato nel 35% circa dei pazienti effetti collaterali quali vertigini soggettive, nausea e vomito. La terapia mediante corrente elettrica continua a bassa intensità sembra dare un sollievo momentaneo ma non altrettanto efficace. Nessun valore aggiunto in relazione all'impiego del Laser Co2. Il 75% circa ha mantenuto fino al follow up i benefici della terapia; solo in un 25% si è riscontrata una riacutizzazione con conseguente ricorso a terapie farmacologiche.

Conclusioni

I principi di base della EBM comprendono pochi punti chiave: le decisioni cliniche devono essere basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili; il problema clinico determina le prove da ricercare; le conclusioni basate sulle prove disponibili sono utili solo se messe in atto per i singoli pazienti; gli interventi e i loro risultati devono essere costantemente monitorati. Sulla scorta di ciò abbiamo riscontrato che la Radarterapia e in seconda battuta l'US con azione prevalentemente decontratturante sembrano essere le più efficaci in termini di riduzione del dolore e miglioramento delle ADL; in particolare nei pazienti under 50 dove la postura, il lavoro e le attività praticate incidono sulla componente muscolare, l'approccio terapeutico migliore sembra l'associazione di Radarterapia o Ultrasuonoterapia con la rieducazione funzionale e massoterapia, mentre negli over 50 non si rilevano differenze statisticamente significative nella scelta delle apparecchiature fisiche.

Bibliografia

1. Cohen SP. Epidemiology, diagnosis, and treatment of neck pain. Mayo Clin Proc. 2015;90(2):284-99. View ArticlePubMedGoogle Scholar
2. Swanenburg J, Humphreys K, Langenfeld A, Brunner F, Wirth B. Validity and reliability of a German version of the Neck Disability Index (NDI-G). Man Ther. 2014;19(1):52-8. View ArticlePubMedGoogle Scholar
3. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, Haldeman S, Holm LW, Carragee EJ, Hurwitz EL, Côté P, Nordin M, Peloso PM. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. J Manipulative Physiol Ther. 2009;32(2):S87-96. View ArticlePubMedGoogle Scholar