

# Revisione sui trattamenti per la sindrome delle faccette articolari

*An update of the effectiveness of therapeutic lumbar facet joint interventions.*

Falco FJ, Manchikanti L, Datta S, Sehgal N, Geffert S, Onyewu O, Zhu J, Coubarous S, Hameed M, Ward SP, Sharma M, Hameed H, Singh V, Boswell MV  
Pain Physician. 2012 Nov-Dec;15(6):E909-53.

## Abstract

**Background:** è ormai noto come nei pazienti con lombalgia cronica le articolazioni delle faccette lombari rappresentino l'origine del mal di schiena e del dolore riferito agli arti inferiori. Per la diagnosi del dolore all'articolazione zigoapofisaria lombare non ci si può affidare né alle caratteristiche cliniche convenzionali né ad altre modalità diagnostiche non invasive. Gli studi diagnostici controllati che hanno come criterio standard un minimo di 80% di riduzione del dolore hanno rivelato come la prevalenza di dolore alle articolazioni delle faccette lombari si attesti tra il 16% e il 41% nei pazienti con lombalgia cronica senza spostamento del disco o radicolite, con una percentuale di falsi positivi compresa tra il 17% e il 49% con un singolo blocco diagnostico.

**Disegno di studio:** revisione sistematica dell'accuratezza diagnostica dei blocchi nervosi delle faccette articolari lombari. **Obiettivo:** stabilire e aggiornare l'accuratezza diagnostica dei blocchi nervosi delle faccette articolari lombari nella valutazione della lombalgia cronica. **Metodi** è stata effettuata una valutazione della qualità metodologica degli studi inclusi utilizzando la scala di valutazione metodologica Quality Appraisal of Reliability Studies (QAREL). Sono stati presi in considerazione esclusivamente gli studi di accuratezza diagnostica che soddisfacevano almeno il 50% dei criteri di inclusione prescelti. Gli studi con una percentuale inferiore al 50% sono stati descritti e analizzati criticamente. Il livello di evidenza è stato definito buono, discreto, limitato o scarso in base ai criteri di qualità dell'evidenza elaborati dalla United States Preventive Services Task Force (USPSTF). Le fonti hanno incluso i dati rilevanti provenienti dalla letteratura, identificati per mezzo di ricerche nei database PubMed ed EMBASE dal 1966 a giugno 2012, oltre che effettuando ricerche manuali all'interno delle bibliografie di articoli primari e di revisione. **Misure di outcome:** gli studi sono stati condotti utilizzando blocchi anestetici locali controllati. Il sollievo dal dolore è stato definito come una riduzione del dolore di almeno il 50% rispetto al dolore registrato al basale e come la capacità di effettuare movimenti precedentemente avvertiti come dolorosi. **Risultati:** sono stati inclusi 25 studi sull'accuratezza diagnostica. Di questi studi, uno studio aveva come criterio standard la riduzione del dolore dal 50% al 74% con un singolo blocco e una prevalenza del 48%, in 4 studi il criterio standard era la riduzione del dolore tra il 75% e il 100% con un singolo blocco e una prevalenza compresa tra il 31% e il 61%, 5 studi avevano come criterio standard la riduzione del dolore compresa tra il 50% e il 74% con blocchi controllati e una prevalenza tra il 15% e il 61% e per 13 studi il criterio standard era la riduzione del dolore compresa tra il 75% e il 100% con blocchi controllati e una prevalenza attestata tra il 25% e il 45% in popolazioni eterogenee. Le percentuali di falsi positivi erano comprese tra il 17% e il 66% di riduzione e tra il 27% e il 49% con almeno il 75% di riduzione del dolore come criterio standard. In base alle valutazioni effettuate, i risultati indicano che vi sono buone evidenze per considerare come criterio standard i blocchi nervosi delle faccette articolari con una riduzione del dolore compresa tra il 75% e il 100% con blocchi diagnostici doppi; le evidenze sono discrete relativamente alla riduzione del dolore come criterio standard compresa tra il 50% e il 74% con blocchi diagnostici controllati. Tuttavia, le evidenze sono scarse con blocchi diagnostici singoli compresi tra il 50% e il 74% e limitati con una riduzione del dolore di oltre il 75%. **Limiti:** le carenze di questa revisione sistematica sull'accuratezza diagnostica dei blocchi nervosi delle faccette articolari lombari riguardano le scarse informazioni presenti in letteratura e il continuo dibattito basato su uno standard di riferimento appropriato. **Conclusioni:** l'evidenza è risultata buona per i blocchi nervosi delle faccette articolari con una riduzione del dolore come criterio standard compresa tra il 75% e il 100% con blocchi doppi e un'evidenza discreta di riduzione del

dolore compresa tra il 50% e il 74%.

## Commento

Carlo Trevisan

### *Il valore scientifico*

Revisione sistematica di elevato valore scientifico molto dettagliata e con ampia discussione (391 voci bibliografiche!). Centoventidue lavori scientifici estratti di cui sono stati valutati, per la loro qualità metodologica, 11 studi randomizzati e 14 studi osservazionali.

### *Lo studio*

Nel dolore lombare è spesso difficile raggiungere una diagnosi definitiva sull'origine del dolore. Utilizzando studi diagnostici controllati è stato dimostrato che i dischi intervertebrali, le radici nervose, le faccette articolari e le articolazioni sacro-iliache possono essere potenziali fonti di lombalgia.

L'artrosi delle faccette è stata suggerita come causa di lombalgia da decenni, tuttavia l'esatta fonte del dolore delle faccette articolari è ambigua. Mentre la degenerazione del disco può chiaramente causare un dolore lombare basso, il dolore di origine dalle faccette può insorgere solo quando le alterazioni degenerative le deformano alterandone la meccanica.

Diversi studi hanno dimostrato che l'insorgenza dell'artrosi alle faccette articolari è precoce e può essere legata alla quantità di lavoro pesante svolto prima dei 20 anni. Infatti, sembra che quasi il 60% degli adulti mostri segni di alterazioni degenerative nel momento in cui raggiungono i 30 anni con un progressione dei fenomeni fino al settimo decennio in cui l'evidenza di artrosi diventa onnipresente.

Sulla base di revisioni sistematiche e studi di accuratezza diagnostica con criteri selettivi ristretti si può stimare che la prevalenza del dolore di origine dalle faccette articolari sia tra il 25% e il 45%. La diagnosi si considera affidabile quando si ottiene una riduzione del dolore dal 75% al 100%.

Le faccette articolari lombari sono coppie di articolazioni che stabilizzano e guidano il movimento della colonna vertebrale. Quando queste articolazioni si disallineano o diventano dolorose, possono causare dolore lombare, ai fianchi ed ai glutei poiché le faccette articolari sono ben innervate dai rami mediali dei rami dorsali delle radici spinali.

Diverse tipologie di trattamento sono state proposte per il dolore della sindrome delle faccette: iniezione intraarticolari, blocchi nervosi e termoneurolisi con radiofrequenze.

Diverse revisioni sistematiche hanno riportato risultati contrastanti per quanto riguarda l'efficacia di questi trattamenti ma è anche vero che le revisioni sistematiche hanno dimostrato di essere superate entro 2-3 anni dalla loro pubblicazione.

Gli autori di questa ricerca, anche alla luce del forte sviluppo che hanno avuto alcune tecniche di trattamento, hanno ritenuto utile eseguire una revisione sistematica della letteratura su questo argomento. I risultati suggeriscono che vi sono evidenze sull'efficacia della neurotomia mediante radiofrequenze e del blocco nervoso delle faccette per ridurre anche nel lungo termine il dolore cronico e la disabilità da sindrome delle faccette, mentre l'evidenza è limitata per la termoneurolisi con

radiofrequenze pulsate e per l'infiltrazione delle articolazioni.

La neurotomia con radiofrequenze prevede l'inserimento percutaneo di un ago contenente la sonda in prossimità delle branche dei nervi mediali che vengono distrutti dalla generazione di calore per mezzo delle onde radio che porta a temperature locali di 80°-90°.

La termoneurolisi con radiofrequenze pulsate avviene in maniera analoga con l'uso di sonde a radiofrequenze pulsatili che permettono la neurolisi ma a temperature inferiori, intorno ai 60-75°.

#### *La letteratura*

Una delle prime revisioni sulle procedure di radiofrequenza per le sindromi delle faccette (che comprendeva la neurotomia del ramo mediale, la neurotomia intraarticolare e la denervazione della radice dorsale) è del 2001 a nome Geurts e coll. ed aveva suggerito che ci fosse una moderata evidenza che la radiofrequenza era più efficace rispetto al placebo.

Nel 2002, Manchikanti e coll hanno eseguito una revisione sulla neurotomia della branca mediale per il trattamento del dolore lombare cronico ed hanno concluso che non vi era una forte evidenza di sollievo a breve termine e c'era una moderata evidenza di sollievo dal dolore a lungo termine.

La revisione più recente, dopo questa, sembra essere quella di Datta e coll del 2009. Essi hanno concluso che c'era una moderata evidenza per l'uso terapeutico dei blocchi nervosi lombari delle faccette e per la termoneurolisi con radiofrequenza.

Per altro, sia la revisione Cochrane del 2009 riguardo la terapia infiltrativa sia le linee guida dell'American Pain Society per questi interventi erano state negative e non avevano mancato di suscitare polemiche.

Questa revisione sistematica sull'efficacia dei possibili interventi sul dolore delle faccette si è rivelata piuttosto variabile nei risultati.

Per la neurotomia con radiofrequenza convenzionale, 6 dei 7 studi randomizzati e 6 dei 7 studi osservazionali hanno dato risultati positivi. Al contrario, per la radiofrequenza pulsata c'erano solo due studi, uno che aveva risultati positivi mentre l'altro ha avuto risultati indeterminati producendo una conclusione definitiva di evidenze limitate.

Per i blocchi nervosi con anestesia locale con o senza steroidi c'era un'evidenza da lieve a buona sulla base di 3 studi randomizzati che sono stati tutti positivi.

In riferimento alle iniezioni intra-articolari, uno studio randomizzato in doppio cieco di alta qualità ha mostrato risultati negativi, mentre uno studio randomizzato controllato di qualità moderata ha mostrato risultati indeterminati. A detta degli autori, la scarsa considerazione o il rigetto dei blocchi nervosi per il trattamento del dolore delle faccette emerso in numerose linee guida a parte quella dell'American Society of Interventional Pain Physicians, è il risultato di un approccio poco sistematico della letteratura più recente nella quale diversi studi randomizzati dimostrano l'efficacia di tali interventi. Nella discussione dello studio viene riportata un'ampia digressione sulla revisione critica di diverse linee guida sull'interventistica spinale.

#### *Il commento*

Questa revisione sistematica, utilizzando criteri rigorosi per l'inclusione e la qualità metodologica, ha fornito una buona evidenza di efficacia per la neurotomia con radiofrequenza tradizionale e per i blocchi nervosi lombari con un miglioramento a breve e a lungo termine mentre per le iniezioni intra-articolari e la neurotomia con radiofrequenza pulsata l'evidenza è limitata.

La nota pratica

Dalla corposa analisi della letteratura sembra sia giunto il momento di considerare nell'armamentario del trattamento della lombalgia cronica anche alcune procedura interventistiche a patto che la selezione dei pazienti sia rigorosa.

□  
[Tabella 1. Caratteristiche degli studi clinici controllati randomizzati e degli studi osservazionali sulla neurotomia con radiofrequenza della colonna lombare](#)

□  
[Tabella 2. Caratteristiche degli studi clinici controllati randomizzati relativi ai blocchi nervosi terapeutici delle faccette articolari lombari](#)

□  
[Tabella 3. Caratteristiche degli studi clinici controllati randomizzati e degli studi osservazionali sulle iniezioni intrarticolari lombari](#)

**Domande per la Formazione a Distanza (FAD)**

**2014-F1-38-1) Qual'è la percentuale di riduzione del dolore che si deve ottenere dopo un blocco anestetico mirato per diagnosticare un dolore di origine dalla faccette articolari?**

- a. Dal 60% al 100%
- b. Dal 65% al 100%
- c. Dal 70% al 100%
- d. Dal 75% al 100%

Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi [www.gss.it/associa.htm](http://www.gss.it/associa.htm)) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD