

Riabilitazione dopo la chirurgia per la stenosi del canale

Rehabilitation following surgery for lumbar spinal stenosis.

McGregor AH, Probyn K, Cro S, Dore CJ, Burton AK, Balague F, Pincus T, Fairbank J

Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 9;12:CD009644. doi: 10.1002/14651858.CD009644.pub2.

GSS Revisione Letteratura 1-2015

Abstract

Background: la stenosi spinale lombare è una causa comune di mal di schiena che può anche dare luogo a dolore a glutei, cosce o arti inferiori, in particolare nel camminare. Sono disponibili diversi trattamenti ma la chirurgia sembra la soluzione migliore per ripristinare la funzionalità e ridurre il dolore. L'outcome chirurgico non è perfetto e una percentuale considerevole di pazienti non riacquista una buona funzionalità. La nostra revisione è mossa dal fatto che ad oggi non è noto alcun approccio accettato basato sulle evidenze relativamente al trattamento postoperatorio. **Obiettivi:** stabilire se i programmi di riabilitazione attiva messi in atto dopo l'intervento chirurgico per stenosi spinale lombare abbiano un impatto sugli outcome funzionali e se tali programmi siano più validi del trattamento postoperatorio standard. **Metodi di ricerca:** è stata condotta una ricerca all'interno dei seguenti database dalle prime edizioni a marzo 2013: CENTRAL (The Cochrane Library, edizione più recente), Cochrane Back Review Group Trials Register, MEDLINE, EMBASE, CINAHL e PEDro. **Criteri di selezione:** abbiamo preso in considerazione studi clinici controllati randomizzati (RCT) che confrontavano l'efficacia della riabilitazione attiva rispetto alla terapia standard in pazienti adulti (> 18 anni di età) con stenosi spinale lombare confermata sottoposti a primo intervento di decompressione vertebrale (con o senza fusione). **Raccolta e analisi dei dati:** due autori della revisione hanno estratto in modo indipendente i dati dagli studi clinici inclusi utilizzando una scheda preimpostata. Quando necessario, abbiamo contattato gli autori degli studi clinici originali per ottenere ulteriori dati non pubblicati. Per rendere possibile una valutazione dell'omogeneità clinica, abbiamo registrato le caratteristiche dei partecipanti al basale, gli interventi, i confronti, le misure di outcome e di follow-up. La rilevanza clinica è stata valutata in modo indipendente mediante le cinque domande raccomandate dal Cochrane Back Review Group (CBRG) mentre il rischio di bias degli studi è stato stabilito utilizzando i criteri del CBRG. Quando necessario, abbiamo raggruppato i risultati dei singoli studi in una meta-analisi. Per gli outcome continui, abbiamo calcolato la differenza media (MD) quando sono state utilizzate le stesse scale di misurazione in tutti gli studi e la differenza media standardizzata (SMD) quando sono state utilizzate differenti scale di misurazione. Quando le deviazioni standard e le medie degli outcome mostravano una distorsione dei dati relativi agli outcome, abbiamo effettuato una trasformazione logaritmica dei dati di tutti gli studi a confronto ed eseguito una meta-analisi su scala logaritmica. I risultati delle analisi effettuate su scala logaritmica sono stati riconvertiti nella scala originale. Quando non è stata rilevata alcuna sostanziale evidenza di eterogeneità statistica, abbiamo utilizzato un modello della varianza inversa ad effetti fissi per misurare l'effetto del trattamento. Al riscontro di una sostanziale eterogeneità statistica, abbiamo utilizzato un modello di varianza inversa ad effetti casuali. La misura di outcome primario era lo stato funzionale misurato su scala specifica per la funzionalità della schiena. Gli outcome secondari includevano dolore agli arti inferiori, lombalgia e miglioramento globale/stato di salute generale. Abbiamo considerato la significatività statistica e la rilevanza clinica degli outcome. Abbiamo utilizzato il metodo GRADE per valutare la complessiva qualità di evidenza di ciascun outcome sulla base di cinque criteri, per i quali l'evidenza è stata classificata da alta a molto bassa a seconda del numero di criteri soddisfatti. **Risultati principali:** le nostre ricerche hanno prodotto 1.726 risultati ed è stato incluso nella revisione e nella meta-analisi un totale di 3 studi (N. = 373 partecipanti). Tutti gli studi sono stati considerati a basso rischio di bias; nessuno studio ha mostrato tassi di abbandono eccessivamente elevati. Inoltre, per l'outcome primario non sono stati rilevati né tassi di abbandono inaccettabilmente squilibrati, né percentuali di aderenza inaccettabilmente bassi né

non aderenza al protocollo né differenze squilibrate al basale. Outcome a breve termine (entro sei mesi dall'intervento). Evidenze di qualità moderata provenienti da tre RCT (N. = 340) mostrano che la riabilitazione attiva è più efficace della terapia standard per lo stato funzionale (SMD -0,22, intervallo di confidenza del 95% (CI) da -0,44 a 0,00, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio funzionale standardizzato) del 20%, IC 95% da 0% a 36%) e per la lombalgia riferita (MD -0,18, IC 95% da -0,35 a -0,02, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio su VAS) del 16%, IC 95% da 2% a 30%). Invece, le evidenze di bassa qualità suggeriscono che la riabilitazione non è più efficace della terapia standard per il dolore agli arti inferiori (MD -0,17, IC 95% da -0,52 a 0,19, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio su VAS) del 16%, IC 95% dal 21% di peggioramento al 41% di miglioramento). Le evidenze di bassa qualità provenienti da due RCT (N. = 238) indicano che la riabilitazione non ha alcun beneficio aggiuntivo sullo stato generale di salute rispetto alla terapia standard (MD 1,30, IC 95% da -4,45 a 7,06). Outcome a lungo termine (a 12 mesi dall'intervento). Evidenze di qualità moderata provenienti da tre RCT (N. = 373) mostrano che la riabilitazione attiva è più efficace della terapia standard per lo stato funzionale (SMD -0,26, IC 95% (CI) da -0,46 a -0,05, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio funzionale standardizzato) del 23%, IC 95% da 5% a 37%) e per la lombalgia riferita (MD -0,20, IC 95% da -0,36 a -0,05, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio su VAS) del 18%, IC 95% da 5% a 30%). Evidenze di qualità moderata (N. = 373) suggeriscono che la riabilitazione attiva è più efficace della terapia standard per il dolore agli arti inferiori (MD -0,24, IC 95% da -0,47 a -0,01, corrispondente a una percentuale media di miglioramento (riduzione del punteggio su VAS) del 21%, IC 95% da 1% a 37%). Per contro, evidenze di bassa qualità provenienti da due studi (N. = 273) suggeriscono che la riabilitazione non è più efficace della terapia standard relativamente al miglioramento della salute generale (MD -0,48, IC 95% da -6,41 a 5,4). Nessuno degli articoli inclusi riportava eventi avversi rilevanti. **Conclusioni degli autori:** le evidenze suggeriscono che la riabilitazione attiva è più efficace della terapia standard nel migliorare lo stato funzionale a breve e a lungo termine (connesso alla schiena). Sono stati ottenuti riscontri simili per gli outcome secondari, incluso miglioramento a breve termine della lombalgia e miglioramento a lungo termine del dolore alla schiena e agli arti inferiori, sebbene si sia evidenziato un impatto limitato relativamente ai miglioramenti dello stato generale di salute. La rilevanza clinica di questi effetti è da media a piccola. La nostra valutazione è limitata dal numero esiguo degli studi rilevanti individuati e sono necessari ulteriori studi.

Commento

Fabio Zaina

La stenosi del canale rappresenta un problema piuttosto diffuso nella fasce di popolazione più anziane e può causare significativo dolore e disabilità. Il sintomo cardine di questa sindrome è rappresentato dalla claudicatio neurogena: un dolore che dalla colonna lombare si irradia progressivamente agli arti inferiori durante la deambulazione, che ne risulta quindi limitata. L'approccio chirurgico consiste generalmente in una decompressione, ovvero nell'asportazione di parte dell'arco posteriore della vertebra (in genere si tratta di una laminectomia). Una volta l'intervento andava anche a distruggere una delle articolazioni, mentre adesso molti chirurghi sono più attenti e cercano di evitare questo tipo di approccio. Una chirurgia meno aggressiva, infatti, riduce il rischio di instabilità vertebrale, che rappresenta il principale effetto collaterale di questo approccio.

Ma la funzione della schiena può migliorare con la sola decompressione del midollo spinale oppure occorre fare altro? Dal punto di vista dei sintomi irradiati, la decompressione risulta estremamente efficace e spesso risolutiva. Quello che però non viene certamente migliorato, anzi forse peggiorato, è il funzionamento della colonna lombare (l'instabilità ne è un chiaro esempio). Pertanto, un approccio riabilitativo a questo livello appare teoricamente utile.

Gli autori del presente studio non si sono fermati alla teoria ma hanno condotto una revisione sistematica della letteratura al fine di riportare e sintetizzare le attuali conoscenze scientifiche circa

l'utilità della riabilitazione in seguito a intervento chirurgico per stenosi del canale vertebrale. Hanno pertanto vagliato la letteratura indicizzata su pubmed includendo tutti gli studi randomizzati controllati nei quali un approccio riabilitativo post chirurgico veniva confrontato con qualche altro tipo di intervento o con l'osservazione o con la "usual care" (termine generico che vuol dire tutto e nulla, ma che nello specifico della presente revisione fa riferimento a consigli generici di stare attivi, riprendere gradualmente la vita quotidiana senza inserire elementi riabilitativi specifici). 3 studi con 373 pazienti in tutto sono stati selezionati e valutati dal punto di vista della qualità scientifica e del rischio di bias. Dalla sintesi dei dati è emersa l'efficacia del trattamento riabilitativo nel migliorare la funzione e il dolore lombare nei soggetti sottoposti a trattamento chirurgico per stenosi del canale, sia a breve che a medio termine.

La colonna vertebrale non è composta solo da ossa e nervi. Ci sono anche i muscoli (oltre a legamenti e dischi), e questi sono spesso danneggiati dal punto di vista funzionale sia dalla lombalgia in sé, sia dagli interventi chirurgici. Un protocollo mirato al ripristino funzionale della colonna vertebrale può dare quindi importanti benefici e dovrebbe sempre essere applicato. Purtroppo, la realtà spesso è ben diversa, e ben pochi chirurghi della colonna consigliano un programma riabilitativo dopo l'intervento, convinti di aver già risolto tutto modificando anatomicamente le strutture che causano il dolore. Questo è solo in parte vero, come dimostrato da questa revisione sistematica. La maggior parte dei pazienti che soffrono di stenosi del canale sono anziani. Pertanto mostrano abitualmente una perdita di funzione intrinseca, legata al passare degli anni e all'attività sempre più limitata. I dolori al rachide rappresentano un ulteriore elemento che spesso porta ad una ulteriore limitazione. Riabilitare pazienti del genere, a prescindere dall'intervento, non può che essere utile per migliorarne l'autonomia.

Dal punto di vista metodologico, lo studio è estremamente solido, dato che si tratta di una revisione Cochrane, ovvero una di quelle con i criteri metodologici più restrittivi e più attenti alla qualità e alla solidità degli studi. Il limite è la scarsità di studi solidi in letteratura, pertanto queste conclusioni non possono essere considerate definitive, ma potenzialmente modificabili in base alla futura ricerca.

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2015-F1-38-1) Quanti studi sono stati inclusi in questa review?

- a. 3
- b. 21
- c. 13
- d. 7

*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) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD*