

Raccomandazioni e standard di cura per la scoliosi

La risposta alla domanda precedente. Che poteva anche essere formulata così: perchè spesso per pigrizia mentale (tanto c'è l'opzione chirurgica) o per effettiva ignoranza si mettono in atto strategie terapeutiche conservative della scoliosi così inefficaci? Perchè spesso si disconoscono e si disattendono le raccomandazioni contenute in queste linee guida.

Leggendo l'articolo sentirete l'eco delle fondamentali cinque (più una) regole di Sibilla, ma soprattutto la serietà ed il rigore di quanti, in tutto il mondo, credono nel trattamento con corsetto e si impegnano nel mettere in atto tutti gli accorgimenti e le procedure più efficaci per curare il paziente scoliotico. Da leggere, rileggere, fotocopiare ed appendere alle pareti del vostro ambulatorio, studio, palestra. (SA)

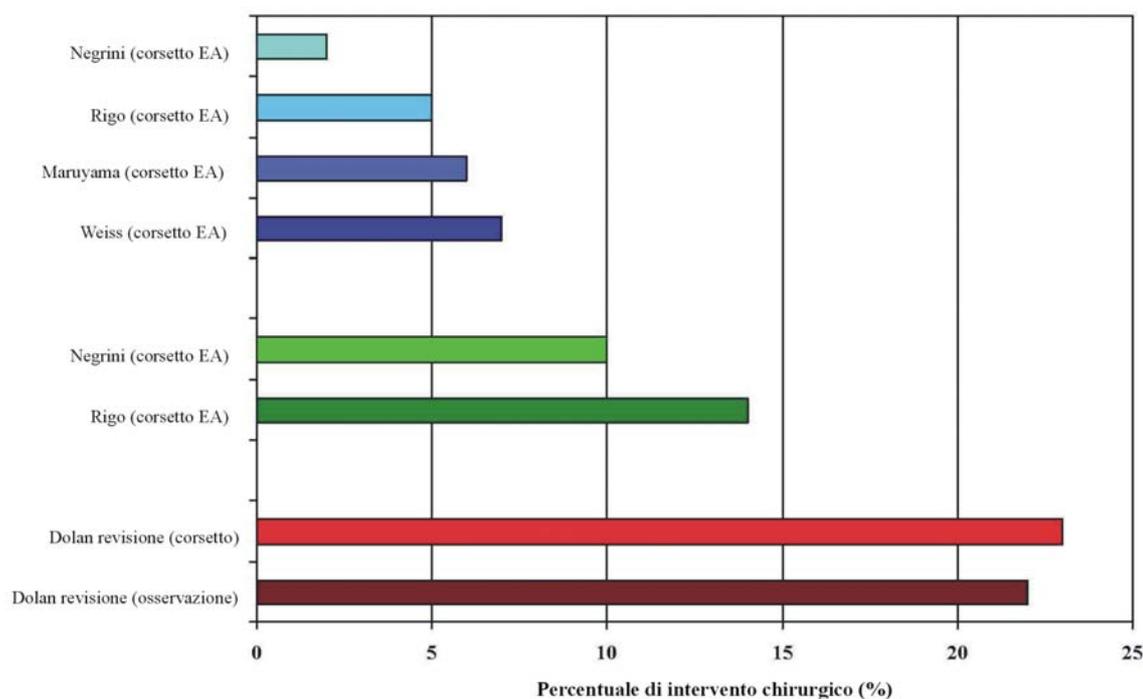
Linee guide su "Standard del trattamento della scoliosi idiopatica con corsetto correttivo nella clinica giornaliera e nella ricerca clinica": SOSORT Consensus 2008

Negrini S, Grivas TB, Kotwichi, Rigo M, Zaina F (Milano). Scoliosis 2009: 4(2)

Riassunto dei dati precedenti. Oggi giorno, l'uso del corsetto può essere considerato un trattamento valido nella scoliosi idiopatica adolescenziale (AIS): l'efficacia della prova di questa raccomandazione è di grado B. Le linee guide esistenti confermano il loro uso. Ciononostante sono stati sollevati dei dubbi da parte di un gruppo di autori. Recentemente è stata pubblicata una meta-analisi inglese degli studi sul corsetto. Sono stati paragonati dei risultati sui corsetti o anche solo delle osservazioni. Gli autori hanno concluso che "in base alle prove scientifiche presentate qui non si può raccomandare un approccio rispetto ad un altro per prevenire la necessità di un intervento chirurgico nell'AIS." Comunque, gli autori hanno scelto di escludere dallo studio i gruppi che abbinavano il corsetto agli esercizi. In base alle condizioni delle loro analisi, in accordo al materiale ed ai metodi presentati, la loro conclusione dovrebbe essere quanto segue: "in base alle prove scientifiche presentate qui, in accordo agli studi inglesi ed escludendo l'approccio combinato di corsetto ed esercizi, non si può raccomandare un approccio rispetto un altro per prevenire la necessità di un intervento chirurgico nell'AIS.". Infatti, in accordo con lo stesso criterio usato nella meta-analisi precedentemente menzionata, i documenti pubblicati da alcuni membri della Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT), che compaiono nelle pubblicazioni inglesi ma includono anche gli esercizi, hanno prodotto dei risultati che sono in conflitto con quelli della revisione sistematica riportata (Figura 1).

Il mondo del trattamento della scoliosi sta cambiando gradualmente e due idee principali si stanno confrontando: una di esse è più orientata verso l'intervento chirurgico con l'idea principale che l'uso del corsetto non è un trattamento efficace. Questa posizione è stata usata per giustificare l'approvazione etica di un esperimento clinico randomizzato avviato negli Stati Uniti d'America. SOSORT è più orientata al trattamento conservativo e i suoi membri hanno presentato un insieme sostanziale di dati sull'efficacia del trattamento conservativo in generale ed in particolare sugli esercizi e l'uso del corsetto. Di conseguenza, un dibattito formale in questa società ha concluso che uno studio controllato randomizzato sull'efficacia del corsetto sarebbe inaccettabile dal punto di vista etico. Durante il meeting di SOSORT a Boston è stato discusso questo approccio etico distinto tra le diverse società. E' stata identificata la necessità critica di definire il criterio di efficacia del trattamento con il corsetto nella scoliosi. In effetti, vi era il riconoscimento generale che le differenze nelle pubblicazioni scientifiche si basano sui fattori tecnici ma anche del trattamento. In altre parole, i risultati negativi del corsetto possono essere attribuiti ad un corsetto scorretto (e questo potrebbe essere verificato mediante una radiografia all'interno del corsetto per vedere la correzione ottenuta) oppure ad un trattamento improprio del paziente. Questo fattore può giungere ad influenzare

Le percentuali di interventi chirurgici nella scoliosi oltre 30°. Le percentuali di interventi chirurgici, con e senza corsetto (senza esercizi) nella scoliosi oltre 30° riportata in una meta-analisi da Dolan e Weinstein, paragonato ai risultati del corsetto abbinato ad esercizi nella scoliosi oltre 30° pubblicato dai membri di SOSORT nei termini dell'analisi dell'efficacia (EA) e dell'analisi del caso peggiore (WCA).



l'adesione al trattamento. Quest'ultimo non è stato ancora sollecitato sufficientemente negli studi scientifici nonostante il suo ruolo critico nell'efficacia di qualsiasi trattamento.

Recentemente sono stati definiti dei criteri metodologici per gli studi sul corsetto. Questi criteri sono dei punti chiave scientifici e dovrebbero essere seguiti ogniqualvolta si propongono dei risultati finali sul trattamento, anche se la ricerca in questo campo è così scarsa che occorrono altri risultati preliminari per raffinare l'approccio. Dall'altra parte, vi è una mancanza di criteri metodologici del trattamento stesso, che oggi è basato su tanti corsetti diversi senza una buona codificazione internazionale e senza approcci comuni e chiaramente definiti per quanto riguarda l'azione meccanica. In effetti, nonostante queste differenze tecniche, era abbastanza chiaro che tra gli esperti del trattamento conservativo di SOSORT vi erano delle similitudini forti riguardanti il trattamento dei pazienti, il che potrebbe contribuire fortemente al successo del trattamento, come possiamo notare quotidianamente nella nostra pratica clinica e come è stato pubblicato precedentemente.

Lo scopo di questo lavoro era definire gli standard del trattamento di AIS con corsetto correttivo da essere applicato nella clinica di tutti i giorni ma anche nella ricerca clinica. In questo documento presenteremo i risultati di questo processo e le raccomandazioni finali all'intera comunità scientifica della scoliosi da parte degli esperti nel trattamento conservativo di SOSORT.

Metodi. Abbiamo seguito un processo Delphi in quattro passi, distribuendo e cambiando gradualmente a seconda dei risultati un insieme di raccomandazioni: abbiamo coinvolto per due volte il consiglio di SOSORT, poi tutti i membri per due volte, con un "questionario pre-congresso" (PMQ) e durante una sessione Consensus al congresso di SOSORT ad Atene con un "questionario del congresso" (MQ). Abbiamo stabilito un consenso del 90% come minimo da raggiungere.

Risultati. Abbiamo una percentuale del 71% di risposte al PMQ e del 66,7% al MQ. Nel PMQ abbiamo avuto un buon consenso (nessuna risposta al di sotto del 71%; 70,2% sopra 90%). Con il MQ il consenso è aumentato consistentemente per tutte le risposte precedentemente inferiori al 90% (nessuna risposta inferiore all'83%, 75% sopra 90%). Con l'aumentare dell'esperienza sul corsetto tutti i criteri numerici tendevano a diventare più definiti. Abbiamo prodotto infine un insieme di 14 raccomandazioni, raggruppate in 6 domini (esperienza/competenza, comportamento, prescrizione, costruzione, controllo del corsetto, verifica nel tempo).

Raccomandazione 1. Il responsabile MD (medico) del trattamento deve avere un'esperienza e dovrebbe soddisfare tutti questi requisiti:

- 1) Training da un maestro precedente (cioè MD con almeno 5 anni di esperienza con il corsetto) da almeno 2 anni
- 2) Almeno 2 anni di esperienza pratica continuativa con il corsetto per la scoliosi
- 3) La prescrizione di almeno 1 corsetto per settimana lavorativa (ca. 45 all'anno) negli ultimi 2 anni

La valutazione di almeno 4 pazienti scoliotici per settimana lavorativa (ca. 150 all'anno) negli ultimi 2 anni

Raccomandazione 2. Il costruttore dei corsetti CPO (Tecnico Ortopedico) deve avere un'esperienza e dovrebbe soddisfare tutti questi requisiti:

- 1) Lavorare continuativamente con un maestro MD (cioè un MD che soddisfa i criteri della raccomandazione 1) da almeno 2 anni
- 2) Almeno 2 anni di esperienza pratica continuativa con il corsetto per la scoliosi

Costruzione di almeno 2 corsetti per settimana lavorativa (ca. 100 all'anno) negli ultimi 2 anni

Raccomandazione 3. Per poter assicurare dei lavori ottimali, il MD, il CPO e il fisioterapista (PT) devono lavorare insieme in un team multi - professionale. Ciò può essere realizzato anche se essi generalmente non lavorano nella stessa sede ma con un continuo scambio di informazioni, incontri del team e la verifica dei corsetti di fronte ai singoli pazienti.

Raccomandazione 4. Impegno, tempo e consulenza psicologica per incrementare l'adesione: i MD, i CPO e i PT devono dare dei consigli scrupolosi e dare una consulenza psicologica ad ogni singolo paziente e alla famiglia ogniqualvolta necessaria (per i MD e CPO ad ogni incontro) appurato che essi come team diano gli stessi messaggi che precedentemente hanno concordato.

Raccomandazione 5. Tutte le fasi di costruzione del corsetto devono essere eseguiti per ogni singolo corsetto:

- 1) Prescrizione da un MD ben istruito e con esperienza (soddisfazione dei requisiti del criterio della raccomandazione 1)
- 2) Costruzione da un CPO ben istruito e con esperienza (soddisfazione dei requisiti del criterio della raccomandazione 2)
- 3) Controllo da parte del MD insieme al CPO e possibilmente insieme al PT
- 4) Correzione da parte del CPO dietro le indicazioni del MD
- 5) Controllo nel tempo da parte del CPO, del MD e del PT

Raccomandazione 6. In ogni singola prescrizione di un corsetto (caso per caso) il MD deve:

- 1) Scrivere i dettagli per la costruzione del corsetto (dove spingere e dove lasciare spazio, come agire sul tronco in modo da ottenere i risultati sul rachide) ove non definiti a priori con il CPO
- 2) Prescrivere il numero esatto delle ore in cui indossare il corsetto
- 3) Essere completamente convinto del corsetto proposto e commissionato per il trattamento
- 4) Usare ogni mezzo etico per aumentare l'adesione del paziente compresa una spiegazione scrupolosa del trattamento e l'aiuto di fotografie, brochure, video ecc.

Raccomandazione 7. In ogni singola costruzione di un corsetto, caso per caso, il CPO deve:

- 1) Controllare la prescrizione ed i suoi dettagli ed eventualmente discuterli prima della costruzione con il medico prescrivente (MD) ove questo si rendesse necessario
- 2) Eseguire completamente la prescrizione concordata
- 3) Essere completamente convinto del corsetto proposto e commissionato per il trattamento
- 4) Usare ogni mezzo etico per aumentare l'adesione del paziente, compresa una spiegazione scrupolosa del trattamento e l'aiuto di fotografie, brochure, video ecc.

Raccomandazione 8. In ogni singolo controllo del corsetto, caso per caso, il responsabile MD in collaborazione al CPO deve:

- 1) Verificare accuratamente se veste correttamente e se soddisfa le necessità del paziente individuale
- 2) Controllare la correzione della scoliosi su tutti e tre i piani (frontale, sagittale ed orizzontale)
- 3) Controllare clinicamente la correzione estetica
- 4) Massimizzare la tollerabilità del corsetto (ridurre la visibilità e permettere i movimenti e le attività della vita quotidiana il più possibile in base alla tecnica scelta)
- 5) Mettere in atto tutti i cambiamenti necessari e, se necessario, ricostruire il corsetto senza spese ulteriori per il paziente
- 6) Controllare le correzioni attuate
- 7) Controllare che il paziente (e/o i suoi pazienti) sia in grado di indossare o di togliere correttamente il corsetto
- 8) Entrare nello stato d'animo del paziente e consigliare lui e la sua famiglia al momento della consegna del corsetto e agli incontri successivi

Raccomandazione 9. Il controllo di ogni corsetto deve essere clinico e/o radiografico

Raccomandazione 10. Il MD, il CPO e il PT devono controllare regolarmente il corsetto e l'adesione del paziente (il MD e i CPO ogni volta che vedono il paziente) e rafforzare nel paziente e nei suoi familiari l'utilità del trattamento con il corsetto.

Raccomandazione 11. Il MD deve seguire regolarmente le verifiche nel tempo dei pazienti con il corsetto, almeno ogni 3-6 mesi. Gli intervalli standard devono essere ridotti a seconda delle necessità individuali (primo corsetto, scatto di crescita, curva progressiva o atipica, poca adesione, richiesta di altri membri del team - CPO, PT...). E' fortemente raccomandato l'uso di strumenti (protocolli scritti, richiami...) per tenere i pazienti informati sulle verifiche nel tempo.

Raccomandazione 12. Il corsetto va sostituito con uno nuovo non appena il paziente cresce oppure il corsetto perde la sua efficacia e questa necessità può essere proposta dal CPO ma è di responsabilità del medico MD.

Raccomandazione 13. Il CPO deve controllare regolarmente il corsetto. Di fronte ad ogni problema deve riferire al medico MD.

Raccomandazione 14. Il PT deve controllare regolarmente il corsetto. In risposta ad ogni problema, deve riferire al MD e non al paziente. Come membro del team curante, deve essere istruito ad affrontare i problemi di adesione oppure la richiesta di spiegazioni ulteriori da parte del paziente oppure dei suoi familiari. Nel caso non sia pienamente un membro del team curante, non deve agire autonomamente ma deve riferire al MD curante.

Conclusione. L'ultimo Consensus SOSORT qui presentato fornisce delle forti raccomandazioni circa il trattamento della scoliosi mediante il corsetto. Gli elementi chiave delle raccomandazioni sono l'efficacia e l'adesione. Quest'ultimo, proviene dal trattamento proposto ma anche dalla collaborazione da parte del paziente e dei suoi familiari ed è strettamente legata al comportamento del team curante. Il successo del corsetto è maggiore all'interno di SOSORT rispetto a quello che viene generalmente riportato nella letteratura specifica. Il fatto che questa differenza non sia da attribuire solo a ragioni tecniche è evidente da un Consensus precedente nel quale abbiamo omesso di mostrare delle similitudini forti nei fattori tecnici tra i membri di SOSORT. Al contrario, abbiamo raggiunto un alto livello di Consensus riguardante i criteri di trattamento, ai quali adesso ha accesso tutta la comunità generale sia per l'uso nella clinica di tutti i giorni sia per la ricerca sull'efficacia clinica del corsetto.

⇒ Flash ⇐

Placebo e mal di schiena

I trattamenti per il mal di schiena spesso hanno effetti modesti. Perché non usare trattamenti placebo? Ci si chiede se sia etico offrire un trattamento placebo senza dichiararlo tale. Eppure, può avere effetti notevoli, come documentano numerosi studi scientifici.

Uno studio recente condotto negli Stati Uniti su internisti e reumatologi ha rilevato che la metà dei medici offre regolarmente trattamenti placebo (cioè una terapia i cui benefici sono correlati alle aspettative del paziente più che al meccanismo fisiologico del trattamento offerto) e che una maggioranza dei medici considera il trattamento placebo eticamente lecito.

E' interessante notare che solo alcuni medici utilizzavano i placebo tradizionali (pillole zuccherate): la maggior parte utilizzava farmaci da banco come analgesici e vitamine; solo una piccola percentuale ha utilizzato come farmaco placebo antibiotici o sedativi.

Il 68% dei medici che utilizzavano placebo lo descriveva ai pazienti "un farmaco potenzialmente benefico o un trattamento solitamente non utilizzato per la loro patologia." Solo il 5% lo definiva davvero come placebo.

Si è sempre ritenuto che un'abilità essenziale nei medici è quella di saper favorire le aspettative positive. C'è un'area in cui l'"arte" della medicina può risultare più importante della scienza.

Tilburt, BMJ, 2008