

Il collo non è la schiena: ovvio, ma il divario nella ricerca va ridotto

Negrini S

ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna vertebrale), Milano

1 Il collo non è la schiena: questo appare ovvio per i medici impegnati nella pratica quotidiana, ma non per la ricerca. L'evidenza attuale relativa al trattamento per la lombalgia e per la cervicaglia solleva un numero impressionante di domande. Gli articoli più recenti apparsi su Clinical Evidence su questo argomento evidenziano chiaramente alcune differenze fra lombalgia e cervicaglia (Tabella 1). Ancora maggiore è il divario secondo gli articoli pubblicati su Medline ogni anno nell'ultimo decennio (Tabella 2); con il tempo, la differenza si è ridotta percentualmente, ma è aumentata in termini di conoscenza.

2 Per quale motivo esistono tali differenze nella ricerca fra la cervicaglia e la lombalgia? Si potrebbe ipotizzare che la situazione sia differente dal punto di vista epidemiologico, ma uno sguardo ai numeri rivela che non è questo il caso: la prevalenza della cervicaglia nel corso della vita è del 67% rispetto al 70% della lombalgia, mentre la prevalenza annuale della lombalgia è pari al 15-45% e la prevalenza della cervicaglia in 6 mesi è pari al 55%. Forse il problema deriva dalla disabilità dovuta al dolore: i tassi delle richieste di indennizzo per la lombalgia negli Stati Uniti d'America sono elevati (1,8% dei lavoratori nel 1995, per un totale di \$ 8,8 miliardi), mentre le cifre differiscono per la cervicaglia (escluso il colpo di frusta). Questi tassi differiscono secondo il paese. Un altro punto potrebbe essere il fenomeno ben descritto secondo cui gli specialisti creano il fardello della patologia, mentre l'opposto non è sempre vero. In caso di problemi al rachide, per esempio, il numero di artrodesi negli Stati Uniti d'America è correlato alla concentrazione dei chirurghi vertebrali e non a quella della popolazione. Infine, forse il fattore economico costituisce una buona spiegazione per la concentrazione della ricerca. Ma se le patologie e i pazienti esistono, è certamente necessaria una maggiore attenzione.

3 Quali sono le conseguenze di questa situazione? Primo, oggi un approccio basato sull'evidenza può essere difficilmente proposto per la cervicaglia, mentre è possibile per la lombalgia (tabella 1). Inoltre, i principi ormai ben stabiliti per la lombalgia, come la classificazione in casi acuti (0-30 giorni), subacuti (30-90 giorni) e cronici (oltre i 90 giorni), sono applicati tout court alla cervicaglia, anche se non esistono studi ben stabiliti né un consenso specifico in merito: tutto si basa su un'analogia e potrebbe dimostrarsi totalmente errato. Le terapie fisiche nell'ambito di trattamenti multimodali hanno un ruolo nella cervicaglia, ma non nella lombalgia, dove sembra essere più un fattore di approccio multiprofessionale. La manipolazione e altre terapie manuali sembrano avere un ruolo maggiore nella cervicaglia rispetto alla lombalgia, forse a causa di motivi fisiologici. Inoltre, quale potrebbe essere il ruolo degli approcci cognitivo-comportamentali nella cervicaglia? Secondo noi, non è possibile un buon programma riabilitativo senza una componente cognitivo-comportamentale (e questo pare un altro fatto assodato nell'ambito della lombalgia, rilevato da specialisti che non operano nel campo della riabilitazione, come per esempio la "sindrome bio-psico-sociale" per definire la lombalgia cronica, ma onore ai ricercatori mentre i medici dormono!). Tutte queste considerazioni i potrebbero essere facilmente invertite in futuro dato l'evidenza attualmente disponibile è carente. Il riposo a letto per la lombalgia in passato sembrava logico, fino a quando non è emersa un'evidenza differente: il trattamento della cervicaglia si trova nella stessa situazione in cui versava il trattamento per la lombalgia 20 anni fa.

Tabella 1. Utilità dei vari tipi di trattamento per la cervicaglia e la lombalgia secondo l'evidenza attualmente disponibile.

Trattamenti	Cervicaglia			Colpo di frusta			Lombalgia		
	A	C	+R	A	C	+R	A	C	+R
Educazione									
Consiglio di rimanere attivi							++		
Back school							?		
Ritorno precoce alle normali attività									+
Educazione del paziente									?
Terapie mediante iniezioni									
Steroidi per via epidurale							?		?
Faccette articolari									-
Livello locale									?
Farmaci per via orale									
Analgesici (paracetamolo, oppiacei)	?	?	?				?		+
Antidepressivi	?	?	?						+
Rilassanti muscolari	?	?	?				±		±
FANS	?	?	?				++		+
Terapie manuali									
Messaggio							?		?
Mobilizzazione precoce									?
Manipolazione vertebrale	+	+					+		+
Terapie fisiche									
Caldo o freddo	?								
Trattamenti fisici									
Campo elettromagnetico pulsato	?	?							
Spray e allungamento	?								
TENS	?						?		?
Trazione	?								?
Riabilitazione									
Terapia comportamentale							?		+
Biofeedback	?						?		+
Esercizio	+	?					+		++
Programmi di trattamento multidisciplinari							+		++ (intensivo) ± (meno intensivo)
Trattamenti multimodali									
Agopuntura	?	?	?						
Riposo a letto									+
Supporti lombari							?		?
Collare morbido e guanciali	?								?
Intervento chirurgico							?		?

A = acuto; SA = subacuto; C = cronico; +R = con radicolopatia; FANS = farmaci antinfiammatori non steroidei; TENS = stimolazione nervosa elettrica transcutanea; +++ = benefico; + = probabilmente benefico; ± = compromesso fra benefico e danno; - = probabilmente dannoso; -- = dannoso; ? = efficacia sconosciuta.

Tabella 2. Articoli clinici pubblicati su Medline ogni anno sulla cervicaglia e sulla lombalgia. Ricerca effettuata nel mese di febbraio 2007 digitando "neck pain" e "back pain" come termini liberi e utilizzando limiti per "year" e "clinical trial".

Anno	Cervicaglia Totale		Lombalgia Totale	
	N	%	N	%
1990	4	9	38	91
1995	4	6	62	94
2000	22	16	110	84
2005	59	18	264	82

% = percentuale del totale degli articoli riguardanti cervicaglia e lombalgia, pubblicati nell'anno indicato.

4 Conclusione

Questo è un appello a effettuare ricerche condotte da medici esperti e professionisti capaci nel campo della riabilitazione della cervicaglia.

Se il collo non è la schiena, i comportamenti clinici dovrebbero essere differenti, ma dobbiamo comunque avere evidenza per cinque punti: chi, cosa, dove, quando e perché, ma anche come.