

S. Negrini^{1,2}, C. Lo Bue Ruggiero², A. Boniolo², M. Romano², C. Paroli², Q. Bardoscia^{1,2}

Un nuovo metodo di riabilitazione funzionale (DBC) in pazienti con disabilità lavorativa da patologia del rachide lombare

¹ Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS - IRCCS Milano

² ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale), Milano

RIASSUNTO. Riabilitare è ridurre la disabilità tramite un miglioramento funzionale: la riabilitazione deve quindi sempre essere “funzionale”. Ciononostante, come accaduto in altri campi in cui la riabilitazione ancora non si è completamente sviluppata, nel trattamento dei disturbi del rachide la riabilitazione è stata fatta coincidere con il trattamento conservativo, cioè con una terapia sintomatica non chirurgica. Togliere il dolore non significa sempre recuperare la funzione: infatti è stato provato che non ci sono risultati buoni a lungo termine trattando in modo sintomatico la lombalgia cronica (CLBP). Negli anni ‘80 negli Stati Uniti è stata introdotta una nuova forma terapeutica per il trattamento in regime di ricovero del CLBP, basata su un allenamento intensivo a tempo pieno delle capacità fisiche con un approccio cognitivo ed educativo al dolore. Questo trattamento, chiamato “rieducazione funzionale”, ha provato di essere efficace anche in studi randomizzati controllati (RCT). Negli anni ‘90 in Finlandia è stata codificata la forma ambulatoriale di questo trattamento dalla “Documentation Based Care” (DBC); anche la sua efficacia è stata documentata con RCT, mentre l’efficienza dovrebbe essere migliore della forma ospedaliera. Il trattamento DBC si sta diffondendo nel mondo, e recentemente è stato introdotto in Italia in Fondazione Don Gnocchi.

Parole chiave: lombalgia, disabilità, riabilitazione, riabilitazione funzionale, lavoro.

ABSTRACT. www.gimle.fsm.it

Rehabilitation is reducing disability through an improvement of function, i.e. rehabilitation need always to be “functional”. Nevertheless, like it happened in other fields where rehabilitation has not yet reached its maturity, in spinal pathologies it has usually been considered equal to conservative treatment, i.e. not surgical relief of pain. But relieving pain does not always mean to recover function: in fact, it has been proven that there are no long term good results treating symptomatically chronic low back pain (CLBP). In the Eighties in USA a new kind of treatment has been introduced for inpatient rehabilitation of CLBP, based on a full-time four-weeks training of physical abilities, together with a cognitive and educational approach to pain. This treatment, named “functional rehabilitation”, proved its efficacy also in randomised controlled trials (RCT). In the Nineties in Finland the outpatient version of this treatment for CLBP has been developed by “Documentation Based Care” (DBC), whose efficacy have also been documented in RCT: the efficiency of this last kind of treatment should be higher. DBC treatment is spreading around the world, and it recently reached Italy in Don Gnocchi.

Key words: low back pain, disability, rehabilitation, functional rehabilitation, work.

Introduzione

La lombalgia cronica con l’associata disabilità e indennità pensionistica è un problema comune che ha raggiunto proporzioni epidemiche (1). Infatti, i disturbi muscoloscheletrici, tra i quali il mal di schiena (LBP) comprende più della metà dei casi, sono ora la causa più comune di disabilità. Per di più, tale disabilità sembra aumentare più in fretta di altre forme di inabilità (2).

Anche se le persone che soffrono di lombalgia cronica (CLBP) (dolore da più di tre mesi) rappresentano solo il 5-10% dei lombalgici; tuttavia tali pazienti utilizzano oltre il 70% delle risorse già ingenti che il Servizio Sanitario Nazionale impegna per queste patologie. È dunque necessario da un lato valutare l’efficacia degli interventi proposti per la patologia cronica e dall’altro cercare di evitare la cronicizzazione dei pazienti con dolore acuto (dolore da oltre tre settimane) o recidivante (oltre due episodi di durata una settimana nell’ultimo anno).

La riabilitazione funzionale

Alla fine degli anni 80 negli Stati Uniti per questo tipo di problemi ha dimostrato un’ottima efficacia una particolare metodica definita “riabilitazione funzionale” (3). Tale tecnica prevedeva un ricovero di 4-5 settimane in cui al paziente veniva proposto un trattamento ad alto impegno fisico e psicologico

Nel 1993 partendo da questi stessi principi in Finlandia è stata proposta in regime ambulatoriale la DBC (Documentation Based Care) (2,4-8). Tale tecnica grazie all’abbassamento dei costi e agli studi randomizzati controllati che ne hanno documentato l’efficacia (2,4-6), si è oggi diffusa in alcuni dei principali Centri di Riabilitazione e di Ricerca sulle patologie vertebrali del mondo.

La Documentation Based Care (DBC): terapia basata sulle documentazioni scientifiche

La DBC è un approccio per il ricondizionamento/recupero funzionale dei muscoli della schiena chiaramente definito e progressivo. Il suo principale obiettivo non è tanto

la riduzione del dolore quanto piuttosto il recupero della funzione a un livello sufficiente da permettere dapprima la ripresa delle AVQ (attività della vita quotidiana) e, successivamente, dell'attività lavorativa. D'altra parte, spesso, il raggiungimento di una buona articolarietà e forza muscolare comporta anche una diminuzione della sintomatologia algica.

Il programma DBC avviene in regime ambulatoriale e prevede 24 sedute con cadenza bi o tri settimanale della durata di circa 45 minuti ciascuna. Il suo elemento chiave è l'esecuzione di una serie di esercizi controllati e progressivi eseguiti su quattro particolari macchinari che consentono ciascuno il movimento attivo su un solo piano (estensione lombare-toracica, rotazione lombare, flessione lombare -toracica, flessione laterale lombare) all'interno di un range articolare delimitato e contro una resistenza che aumenta progressivamente nel corso delle sedute. In ciascun esercizio viene sempre posta molta attenzione alla stabilizzazione del bacino in modo da allenare specificatamente i muscoli paraspinali lombari

Le valutazioni

Il trattamento riabilitativo completo prevede per ciascun paziente:

- una valutazione iniziale in cui si pianifica il trattamento;
- una valutazione intermedia per controllare l'andamento del paziente;
- una valutazione finale per verificare i risultati ottenuti. Ciascuna valutazione comprende:
- l'impiego di questionari e test tutti validati in letteratura e mirati a quantificare la durata del dolore, il suo andamento nel tempo e la sua intensità (misurata con la scala VAS).
- l'uso di scale di menomazione e disabilità, depressione, fear avoidance (cioè l'insieme di comportamenti per cui il paziente evita il movimento a causa della paura del dolore), fiducia nel recupero.
- la valutazione dell'articolarietà del rachide nei singoli piani dello spazio mediante i macchinari;
- un test di resistenza del rachide effettuato a paziente seduto ad anche bloccate e realizzato in modo da caricare specificatamente i muscoli paraspinali lombari: il paziente esegue per 90 secondi un movimento di flessione estensione per un totale di 30° di escursione articolare e l'EMG di superficie rivela, contemporaneamente, l'attività dei muscoli paraspinali.

La terapia

La terapia viene impostata sfruttando l'ausilio di un software esperto specifico che, dai dati di base del paziente, propone (ma non obbliga) al terapeuta un piano di lavoro che questo potrà adottare in base alle proprie conoscenze ed esperienze dirette.

Ogni seduta riabilitativa prevede una prima fase di riscaldamento aerobico di circa 10 minuti (cyclette,step), gli esercizi sugli attrezzi specifici sempre seguiti da eser-

cizi di rilassamento e di stretching. Sui macchinari specifici il rachide è libero di muoversi entro il range di movimento stabilito in base alla valutazione iniziale. Gli esercizi non devono evocare dolore devono essere effettuati con movimenti coordinati al fine di stabilire il ritmo biomeccanico.

Per ogni paziente vengono tenute delle schede individuali di registrazione per documentare i dettagli dell'allenamento (es. numero di ripetizioni effettuate, peso utilizzato) ed eventuali problemi incontrati dal paziente.

Il ruolo del rieducatore

Per assicurare che la seduta venga effettuata in modo corretto è molto importante che essa venga gestita da fisioterapisti specializzati. Infatti il rieducatore ha un ruolo molto importante in questo programma. Egli infatti non solo deve garantire l'esecuzione corretta degli esercizi effettuati dal paziente, ma deve anche cercare di fornirgli un supporto cognitivo-motivazionale, mirato a ridurre l'influenza dei fattori psicologici e sociali sul dolore. Tutto ciò deve essere integrato con l'insegnamento di esercizi funzionali che il paziente dovrà eseguire con regolarità a domicilio e con consigli ergonomici personalizzati per eseguire in modo corretto le attività della vita quotidiana.

I risultati in letteratura

I test utilizzati nella DBC presentano una elevata ripetibilità, specificità e sensibilità nel monitorare i risultati clinici. Inoltre due studi RCT, quindi di importante pregio scientifico, dimostrano come questo trattamento aumenti la forza, la mobilità e la resistenza (4,5) e come diminuisca il dolore, in sede lombare, nonché la disabilità del paziente (4). Un altro RCT prova che la diminuzione del dolore ed il miglioramento della funzione - dopo riabilitazione attiva - sono a lungo termine, specialmente se il paziente rimane attivo dopo il trattamento (6). Un quarto studio RCT mostra come, nei lombalgici cronici con bassa disabilità, l'efficacia della metodica DBC sia sovrapponibile a quella dell'esercizio aerobico (2); al contrario, la metodica DBC si dimostra efficace nella lombalgia cronica invalidante. Esiste uno studio tuttora preliminare di questa metodica, che ha dimostrato una riduzione delle assenze dal lavoro - in 12 mesi - da 24,5 giorni a 2,8. Si deduce inoltre - dalle statistiche internazionali della DBC - che la ripetizione del trattamento è necessaria solo nello 0,5% dei pazienti.

Bibliografia

- 1) Teasell RW, Harth M. Functional Restoration. Returning Patients With Chronic Low Back Pain to Work-Revolution or Fad?. Spine 1996; 21 (7): 844-7.
- 2) Mannion AF, Muntener M, Taimela S, Dvorak J. 1999 Volvo Award Winner in Clinical Studies. A Randomized clinical Trial of Three Active Therapies for Chronic Low Back Pain. Spine 1999; 24 (23): 2435-48.

- 3) Kermond W, Gatchel RJ, Mayer TG. Functional Restoration Treatment for Chronic Spinal Disorder or Failed Back Surgery. In: Contemporary Conservative Care of Painful Spinal Disorders (Mayer TG, Mooney V, Gatchel R Eds.). Lea & Febiger, Pennsylvania - 473-481 - 1991.
- 4) Kankaanpaa M, et al. The efficacy of active rehabilitation in chronic low back pain. Effect on pain intensity, self-experienced disability, and lumbar fatigability. Spine 1999 May 15; 24(10): 1034-42.
- 5) Taimela S, et al. Strength, mobility, their changes, and pain reduction in active functional restoration for chronic low back disorders. J Spinal Disord 1996 Aug; 9(4): 306-12.
- 6) Taimela S, et al. The role of physical exercise and inactivity in pain recurrence and absenteeism from work after active outpatient rehabilitation for recurrent or chronic low back pain: a follow-up study. Spine 2000 Jul 15; 25(14): 1809-16.
- 7) Taimela S, et al. The effect of lumbar fatigue on the ability to sense a change in lumbar position. A controlled study. Spine 1999 Jul 1; 24(13): 1322-7.
- 8) Mannion AF, et al. Active therapy for chronic low back pain part 1. effects on back muscle activation, fatigability, and strength. Spine 2001 Apr 15; 26(8): 897-908.
- 9) Mannion AF, et al. Active therapy for chronic low back pain: part 3. factors influencing self-rated disability and its change following therapy. Spine 2001 Apr 15; 26(8): 920-9.

Richiesta estratti: Dott. Stefano Negrini - ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale) - Via Carlo Crivelli, 20 - 20122 Milano, Italy, E-mail: stefano.negrini@isico.it