

MANIPOLARE IN SICUREZZA IL RACHIDE CERVICALE? UN CASO A RISCHIO

Safe cervical spine manipulation? A critical report and some considerations about

Riassunto

La terapia manipolativa è usata talora nelle sindromi dolorose croniche cervicali. Tale tecnica non è scevra da complicanze che è possibile ridurre con una accurata valutazione clinico-strumentale. Ciononostante permangono rischi collegati a patologie evidenziabili solo ad esami strumentali di secondo livello (RM). Il potenziale rischio lesivo richiede dunque una scelta delle indicazioni da parte di personale medico adeguatamente formato.

Parole chiave: rachide cervicale, manipolazione

Summary

Cervical manual manipulative therapy is sometimes employed in chronic painful neck syndrome. This technique may expose the patient to complications. Clinical and instrumental assessment should reduce complications rate. High residual risks may be detected after second level instrumental examination (i.e. MR). Potential complication risk requires an accurate selection of the patient.

Keywords: cervical spine, manipulation

INTRODUZIONE

La cervicaglia cronica è una patologia di comune riscontro. Cause e trattamenti sono molteplici. Tra questi ultimi è di comune impiego anche la terapia manipolativa vertebrale, spesso di buona efficacia clinica ma connessa ad importanti rischi di effetti collaterali¹⁻³. La valutazione clinica, quella strumentale ed una buona conoscenza delle tecniche manuali possono ridurre l'insorgenza e mettere al sicuro la vita del paziente minimizzando altresì il rischio medico-legale. Il caso riportato in questo lavoro rappresenta un esempio di approccio che avrebbe potuto condurre a serie complicanze.

CASO CLINICO

La Signora LA ha 87 anni e soffre di una sindrome poliartrosica cronica che si associa a morbo di Paget femorale diafisario destro. Concomitano inoltre gli esiti di un episodio emorragico cerebrale con residua difficoltà deambulatoria. La paziente è in terapia da tempo con antidepressivi e tranquillanti a causa di problemi familiari.

S. CIGNI
Studio Medico Polispecialistico Mediria, Voghera (PV)

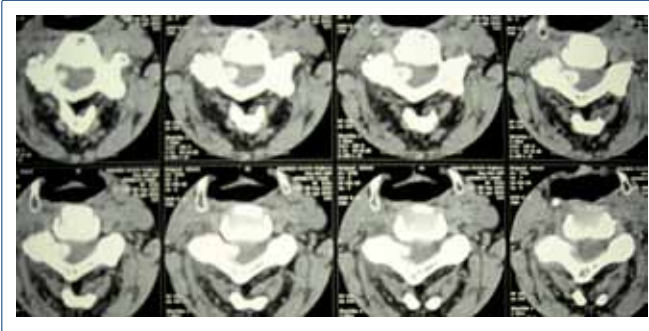
Indirizzo per la corrispondenza:
Simone Cigni
Strada Santa Maria Bianca 112, 27058 Voghera (PV)
Tel. +39 038 3214496
E-mail: simone.cigni@teletu.it

Ricevuto il 26 marzo 2011
Accettato il 25 gennaio 2012

Da qualche mese i dolori articolari si sono riacutizzati. Non vi è stato alcun episodio traumatico recente. Dopo visita specialistica, è stata eseguita una terapia infiltrativa a livello della spalla ed analgesica per os che ha permesso di ottenere un buon controllo dei sintomi. I sintomi non sono però ancora controllati a livello cervicale. Su consiglio di una amica, la paziente chiama al domicilio un massofisioterapista per eseguire un eventuale trattamento. Quest'ultimo, dopo aver sommariamente interrogato la paziente, in assenza di qualsiasi documentazione strumentale esegue una manipolazione in rotazione. L'accusa istantaneamente un dolore acutissimo cervicale, che nel corso della seconda seduta, eseguita dopo qualche giorno, si aggrava e si estende sino in regione deltoidea con parestesie associate. A questo punto la terapia viene interrotta ed è chiamata a consulto la guardia medica che imposta una terapia antalgica e consiglia l'esecuzione di radiografie ed un secondo fisioterapista che, dopo avere ascoltato l'accaduto, si rifiuta di eseguire qualsiasi trattamento se non dopo parere dello specialista.

FIGURA 1.

Controllo TC. Sezione assiale. È visibile la neoformazione aggettante nella porzione laterale destra del canale midollare.



La paziente viene quindi visitata dall'ortopedico. Presenta un grave dolore al rachide cervicale, più acuto al tratto medio, irradiato al trapezio destro con disestesie locali; non ha sintomi vascolari: il dolore si aggrava in rotazione destra ed estensione. Lo studio radiografico standard della colonna cervicale mostra artrosi diffusa con segni di anterolistesi a livello C4-C5. Viene prescritta terapia antalgica, l'utilizzo di un collare ed il ricovero per l'esecuzione di uno studio TC, opzione che viene rifiutata per motivi familiari. La TC viene eseguita in urgenza differibile a 13 giorni dalla prima manipolazione e mostra (Fig. 1) la presenza di una neoformazione extramidollare, a livello di C3-C4, appoggiata all'arco posteriore di destra e in continuità con le articolazioni interapofisarie; concomitano bulgings e discopatie multiple in artrosi.

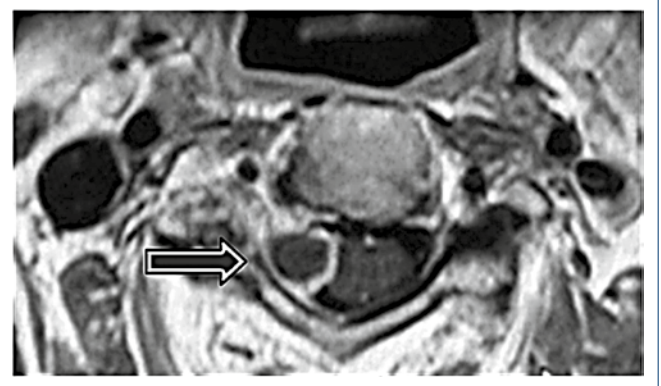
Viene quindi concordato il ricovero. Si eseguono radiografie dinamiche cervicali che confermano l'instabilità a livello di C4-C5. Si esegue successivamente un esame TC a 25 giorni dal trauma che mostra la neoformazione invariata. Si consiglia RM con mezzo di contrasto. Nel frattempo i sintomi stanno migliorando dopo terapia antinfiammatoria, analgesica, miorelassante e neurotrofica. A 33 giorni dall'accaduto la RM con mezzo di contrasto (Figg. 2, 3) conferma la presenza di una neoformazione extradurale extramidollare addossata alla lamina del corpo di C3 a destra, comprimente e dislocante il midollo, che esclude l'ematoma e viene identificata come cisti sinoviale senza certa esclusione di lesione di altra natura. La paziente sta meglio e viene dimessa con prescrizione di svezamento dal collare e ulteriore terapia analgesica non oppioide per qualche giorno; il neurochirurgo consultato dopo pochi giorni pone il dubbio di meningioma e consiglia l'asportazione della massa o, perlomeno, la biopsia a scopo diagnostico. La paziente rifiuta qualsiasi approccio invasivo. Si decide allora per il follow-up periodico.

FIGURA 2.

Controllo della lesione tramite RM con mezzo di contrasto. Scansione sagittale T2 pesata.

**FIGURA 3.**

RM con mezzo di contrasto. Sezione assiale. La freccia bianca indica l'immagine patologica.



Nel frattempo la clinica è confortante: il rachide si muove liberamente e i sintomi sono pressoché scomparsi. Non sono presenti evidenze di danno neurologico. La paziente non vuole eseguire per ora ulteriori accertamenti.

DISCUSSIONE

Sono descritti vari tipi di danno^{4 5}, talora fatale, provocato da manipolazioni; l'incidenza di complicanze gravi (episodi ischemici cerebrali conseguenti a danni arteriosi come dissecazione o spasmo) è stata variamente sti-

mata: alcuni le ritengono occasionali (tra 1/100.000 e 1/200.0000 casi)^{1,2}, altri le considerano più frequenti⁶. Ernst⁶ osserva che gravi complicanze sono rare ed imprevedibili ma complicanze di moderata entità interessano il 30-61% dei pazienti. D'altro canto Gouveia, esaminando la letteratura, non ritiene che al momento vi siano dati definitivi circa incidenza e prevalenza⁷. Il meccanismo lesivo più probabile è la tromboembolia ad origine da una parete arteriosa precedentemente già dissecata⁸. In alcuni casi il danno, spesso dipendente dalla posizione del collo in estensione-rotazione (incrementando quest'ultima i rischi per motivi anatomici) e dalla lunghezza anatomica del segmento libero di arteria vertebrale sollecitabile dal movimento, può originare da vasospasmo, stasi ematica, danno endoteliale o turbolenza di flusso². Di Fabio³ in una ampia review riporta il 18% di casi mortali; la lesione più frequente era la dissezione o lo spasmo dell'arteria o danni al tronco cerebrale. In realtà non esiste a tutt'oggi una causa unica e certa del danno. I punti maggiormente critici sono il passaggio nei forami intertrasversari e a livello dell'articolazione atlo-assiale e della occipito-atlantica. I maggiori fattori di rischio associati sono emicrania, ipertensione, contraccettione orale, fumo, precedenti traumi e positività dei tests premanipolativi, ma si ritiene che ve ne siano ulteriori non ancora identificati. L'artrosi, l'ipoplasia delle vertebrali o fattori vascolari generali non sembrano essere fattori favorevoli².

Il caso presentato era sicuramente a rischio per l'età e per il precedente vascolare cerebrale. Il concomitare di malattia di Paget aumentava certamente il rischio fratturativo. L'esito clinico è stato positivo e non si è ritenuto di procedere ad uno studio vascolare data l'assenza di sintomi correlati, orientandosi più ad una possibile lesione del sistema muscolo tendineo (possibile lesione distrattiva parcellare muscolo-legamentosa). Il dato eclatante è stato però l'evidenza della massa intracanalare

che preesisteva e che avrebbe potuto portare a conseguenze imponderabili per effetto distrattivo o compressivo sul midollo o sulle radici. Tale condizione patologica si è dimostrata rilevabile solo dopo esecuzione di TC o RM, essendo clinicamente silente. L'indicazione a questo tipo di trattamento va dunque sempre attentamente ponderata; non è accettabile ritenere come fanno alcuni Autori⁹ che il rispetto delle indicazioni (e controindicazioni) e la valutazione del paziente pongano al riparo da rischi: un esame strumentale di secondo livello è fondamentale per minimizzarli, a maggior ragione nel paziente che ponga il sospetto anamnestico. L'indicazione invece è certamente da sopprimere nel caso in cui i tests vascolari clinici pre-manipolativi siano positivi², anche se vi sono Autori che, con tests positivi ma Doppler dell'arteria vertebrale negativo, eseguono la manipolazione¹⁰.

Il manipolatore deve essere adeguatamente formato. L'erata concezione che si debba trattare di un "atto di forza" può portare facilmente al danno²; l'atto manuale deve essere "dolce", mai ad alta velocità e in nessun caso, come del resto per tutto l'atto fisioterapico, essere eseguito contro dolore. Ciò risulta a tutt'oggi ancora piuttosto ignorato e non è raro dover trattare i danni che ne conseguono. La percezione del rischio ha imposto, alla luce della attuale realtà, la firma del consenso informato¹¹. Ciò pone il problema della giustificazione dell'indicazione (particolarmente nei pazienti anziani ed affetti da patologie plurime) ad una terapia che non è esclusiva, i cui benefici (spesso temporanei) non giustificano il rischio e che può essere vicariata da valide alternative. In considerazione della validità del consenso e della necessità di una valutazione clinica globale, l'atto manipolativo è da riservare a personale medico. Il solo concetto di riduzione dei costi non giustifica affatto il rischio come qualcuno sostiene¹²: è necessario infatti sostituire il concetto di economia con quello di etica della medicina che troppo spesso è ritenuto secondario¹¹.

Bibliografia

- Leon-Sanchez A, Cuetter A, Ferrer G. Cervical spine manipulation: an alternative medical procedure with potentially fatal complications. *South Med J* 2007;100:201-3.
- Mann T, Refshauge KM. Causes of complications from cervical spine manipulation. *Aust J Physiother* 2001;47:255-66.
- Di Fabio RP. Manipulation of the cervical spine: risks and benefits. *Phys Ther* 1999;79:50-65.
- Talluri SK, Talluri J, Besur S, et al. Catastrophic complication of chiropractic manipulation: a report of quadriplegia. *Am J Med* 2009;122:3-4.
- Gallinaro P, Cartesegna M. Three cases of lumbar disc rupture and one of cauda equine associated with spinal manipulation (chiropraxis). *Lancet* 1983;1:411.
- Ernst E. Adverse effects of spinal manipulation: a systematic review. *J R Soc Med* 2007;100:330-8.
- Gouveia LO, Castanho P, Ferreira JJ. Safety of chiropractic interventions: a systematic review. *Spine* 2009;34:405-13.
- Marx P, Puschmann H, Haferkamp G, et al. Manipulative treatment of the cervical spine and stroke. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009;77:83-90.
- Paterson JK. Spinal manipulation. *Br J Gen Pract* 2008;58:281.
- Licht PB, Christensen HW, Hailund-Carlson PF. Is there a role for premanipulative testing before cervical manipulation? *J Manipulative Physiol Ther* 2000;23:175-9.
- Huijbregts PA. Chiropractic legal challenges to the physical therapy scope of practice: anybody else taking the ethical high ground? *J Man Manip Ther* 2007;15:69-80.
- Ingeborg Korthals-de Bos BC, Hoving JL, van Tulder MW, et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMJ* 2003;326:911.