Utilizzo delle manipolazioni vertebrali in chiropratica – reale efficacia e pericolosità

Filippo Zanella – Fisioterapista

Quando si parla di chiropratica, l'idea che più frequentemente si associa nell'immaginario dei pazienti è quella di un operatore olistico, a metà strada tra un medico e un santone, che attraverso manovre che "fanno scrocchiare le ossa" le "rimettono in linea". Il titolo di Dottore in Chiropratica è stato di recente riconosciuto dal punto di vista legale anche in Italia (attraverso un emendamento del 2008, che ne riconosce anche un registro) ed il chiropratico ha assunto a tutti gli effetti carattere di operatore sanitario abilitato. La chiropratica è una tecnica di trattamento largamente diffusa in tutto il mondo, specialmente negli Stati Uniti, paese in cui ha avuto origine e dove si colloca al terzo posto per numero di praticanti tra le professioni sanitarie, fattore che gioca sicuramente a favore del riconoscimento della sua presunta efficacia terapeutica. Il principio su cui basa il trattamento è relativamente semplice: partendo dal presupposto (secondo i chiropratici) che una buona parte dei problemi disfunzionali del corpo implicano la colonna spinale, e in particolar modo il rapporto che questa ha con le radici nervose, qualora vi sia la presenza di disallineamenti o "sublussazioni" vertebrali si verifica uno schiacciamento o comunque un'interferenza con le parti nervose e durali, producendo sintomatologie quali lombalgia, cervicalgia, cefalea, dolori alle spalle, parestesia agli arti, sciatalgie, ecc. Il trattamento generalmente avviene quindi con manovre di trust articolare "dure" attuate dal terapueta per indurre un riposizionamento delle parti ipotizzate come fuori posto, e a tale manovra quasi sempre si associa, da parte del paziente, la percezione del tanto gradito "scrocchio" articolare.

Come saggiamente mi insegnava ai tempi dell'università una mia stimatissima docente - e come ho poi avuto effettivamente modo di verificare negli anni di pratica clinica - non esiste una tecnica di trattamento che possa essere utilizzata come panacea per tutti i mali, ma la scelta di ciascuna manovra o percorso terapeutico va attuato sulla base di un'attenta valutazione sintomatologica e funzionale, applicando in modo diversificato la terapia che meglio si adatta alla patologia presentata. Solo così si può massimizzare l'efficacia e il beneficio terapeutico, mentre spesso la tentazione del professionista, vuoi per incompetenza o solo per pigrizia mentale, è quella di inserire forzatamente tutti i propri pazienti entro uno spettro di sintomatologie note, e trattarli quindi con il medesimo approccio.

Questo modo di procedere, che è esattamente il contrario di quanto sarebbe invece terapueticamente e deontologicamente corretto, è senz'altro però meno impegnativo da parte del sanitario specializzato in un solo tipo di approccio, che può così sia bypassare una lunga

fase dedicata alla valutazione e alla raccolta anamnestica, sia evitare di dover allargare il proprio sapere alla conoscenza di altre tecniche.

La prima cosa che tengo a sottolineare, è non confondere la chiropratica con l'osteopatia o le tecniche osteopatiche. I pazienti che hanno ricevuto trattamenti di manipolazione vertebrale non hanno, in molti casi, la capacità di distinguere tra un tipo di approccio e un altro. Non essendo ambito di loro competenza si fidano, giustamente o meno, della professionalità del terapeuta.

Quello che nella percezione del paziente resta è il fatto che il "dottore gli ha fatto scrocchiare le ossa", senza però distinguere se l'esecutore della manovra terapeutica fosse un fisioterapista con specializzazione osteopatica o un chiropratico.

L'approccio osteopatico è molto differente, in quanto prevede, per il trattamento delle patologie del rachide, inizialmente una fase di attenta valutazione, seguita da un primario approccio con tecniche di tipo "morbido", costituite per lo più da mobilizzazioni caute passive o attive. Solo in rari casi, quando si renda necessario, o quando le altre manovre risultino inefficaci, vengono utilizzate tecniche "dure" di trust articolare.

Il secondo fattore fondamentale da evidenziare, e che forse costituisce il punto più importante di quanto stiamo dicendo, è che il "crack" articolare percepito dal paziente non ha alcuna corrispondenza con l'effetto terapeutico della manovra effettuata. Qualunque articolazione, portata oltre un certo range di articolarità, "scrocchia", e chiunque ne può fare quotidiana esperienza quando per esempio fa scrocchiare le articolazioni delle dita o delle ginocchia, o si "stira" la schiena in rotazione semi-forzata. Il suono prodotto da tale mobilizzazione è generato solo da bolle di gas intrarticolare che collassano per l'aumento pressorio indotto, e non da un fantomatico "riposizionamento fisiologico" dell'articolazione mossa.

Detto questo, appare estremamente utile evidenziare quelle che sono le reali potenzialità terapeutiche delle manovre chiropratiche, ma soprattutto i rischi che da esse ne derivano, sia nel caso in cui la tecnica utilizzata sia realmente adatta ai fini del trattamento del disturbo, sia soprattutto quando invece questa è assolutamente inadeguata o controindicata.

Iniziamo dicendo che, purtroppo, c'è la sgradevole tendenza da parte di alcuni chiropratici a dare informazioni completamente fuorvianti ai pazienti trattati, utilizzando degli efficacissimi "specchi per allodole". Nel dire questo non voglio certo fare di tutta l'erba un fascio, ma ho purtroppo avuto modo di verificare, sia attraverso quanto riportatomi dai miei pazienti, sia da personale esperienza diretta, che vengono fornite effettivamente delle informazioni relative al potenziale terapeutico che nulla hanno a che vedere con la realtà clinica.

Il primo, e purtroppo largamente diffuso, falso mito da sfatare, è la potenzialità preventiva della chiropratica. Le manovre chiropratiche non hanno alcuna valenza preventiva sull'insorgenza dei disturbi vertebrali. Anzi. In un paziente asintomatico non vi è la benché minima necessità di alcun "riallineamento preventivo e periodico" della colonna, soprattutto se indotto attraverso una forza applicata dall'esterno.

È stato largamente dimostrato da numerosissimi studi di McKenzie che una reale ed efficace prevenzione contro l'insorgenza di patologie della colonna si può attuare solo: 1) attraverso il mantenimento di posture che rispettino il più possibile la naturale fisiologia del rachide e

2) attraverso l'esecuzione di esercizi di auto-mobilizzazione che contrastino la non fisiologicità dei movimenti effettuati durante la giornata.

Il discorso è di altra natura: un paziente in grado di effettuare esercizi terapeutici in autonomia ed educato a prevenire l'insorgenza dei propri disturbi è un paziente indipendente, che non necessita di controlli periodici, e quindi, detto in modo esplicito, non costituisce assolutamente una fonte di guadagno. Appare quindi evidente come invece sia "preventivo" solo per le casse del professionista far tornare, in modo periodico, i propri pazienti con la chimerica illusione del "benefico scriccotto periodico", che nella maggioranza dei casi non ha il minimo effetto terapeutico pratico, se non dal punto di vista prettamente psicologico. Nel paziente si innesca, in questi casi, una forma di dipendenza terapeutica che è stata genialmente definita da alcuni colleghi "crockaina", parola derivante dalla fusione di "crock" (il suono prodotto durante le manovre di trust) e "cocaina", che simboleggia in modo efficacissimo il bisogno psicologico che si instaura nel paziente di sentirsi periodicamente "scrocchiare" il rachide, mosso dalla potente illusione (alimentata dallo stesso terapueta) che il "crock" corrisponda al ritorno della colonna alla perfezione morfologica. L'effetto della manovra è altresì ancor più evidente se praticato a livello delle vertebre toraciche, in quanto il suono viene amplificato per effetto di cassa armonica dalla presenza della gabbia toracica, fattore che permette di avvolgere di un'aura miracolistica, nell'ottica dei pazienti, il lavoro svolto su quest'area. In realtà non vi è alcuna significativa correzione morfologica, se non, come vedremo successivamente, una minima e temporanea variazione dei rapporti articolari tra vertebre, disco e radici nervose.

Un altro specchio per allodole, infatti è la fantomatica possibilità di ottenere, con manovre manipolatorie di chiroprassi, un "riallineamento della colonna". Ora: è importante sottolineare la presenza di diversi studi, svolti attraverso radiografie comparate prima e dopo il trattamento, che hanno dimostrato come non vi sia alcuna effettiva correzione morfologica. Se si vuole veramente ottenere una variazione nel rapporto degli elementi vertebrali, questo è possibile farlo solo attraverso una costante e progressiva esecuzione di esercizi di rieducazione posturale eseguiti attivamente dal paziente stesso, vuoi attraverso tecniche della scuola Souchard o del metodo McKenzie, o più banalmente esercizi di rinforzo che modifichino i rapporti tensionali a livello della muscolatura pre e paravertebrale. Infine, ciò che assolutamente non costituisce un effetto prodotto dalle manovre chiropratiche, ma che costantemente viene propinato ai pazienti come tale, è la possibilità di "far rientrare" le eventuali ernie o protrusioni discali presenti.

Vorrei evidenziare come fare rientrare un'ernia sia fisiologicamente impossibile, già in termini chirurgici, figuriamoci con approcci di tipo conservativo. Eppure, con mia grande e poco gradita sorpresa, si è presentato da me più di un paziente che riferiva di aver fatto numerose e ravvicinate sedute presso il proprio chiropratico allo scopo, appunto, di "far rientrare la propria ernia". L'effetto di "risucchio" viene dai chiropratici imputato alla forza decompressiva centripeta generata da una manipolazione in rotazione. Tale effetto è nella realtà assolutamente

inesistente, e in questo caso non serve spingersi particolarmente in là con le ricerche: qualunque risonanza effettuata alla fine del ciclo di trattamenti può mostrare che, se un'ernia era presente prima, lì è rimasta anche dopo. Peraltro, ammesso e non concesso che veramente vi sia un modo per far rientrare un'ernia discale dalla fessura anulare da cui è fuoriuscita, la semplice logica ci fa capire che tale trattamento è comunque inutile se non viene poi in qualche modo chiuso (chirurgicamente?) il buco…

Quello che invece non è assolutamente fantomatico, ma che spesso purtroppo viene omesso da parte del clinico, è invece il potenziale di danno articolare che viene esercitato da manipolazioni di tipo chiropratico ripetute. Il portare al limite del range fisiologico le articolazioni discali costituisce già di per sé un evento traumatico, seppur effettuato a scopi terapeutici. Le manovre in rotazione, inoltre, sviluppano una notevolissima forza di trazione a livello delle fibre dell'anulus, specialmente in quelle più esterne e orientate nel senso della trazione, resistenti nel sostenere i carichi pressori intradiscali, ma particolarmente sensibili alle forze di trazione rotatoria esterne. Pertanto, nei casi in cui la chiroprassi può essere una soluzione terapeutica efficace, e vedremo in seguito quali sono, essa non può assolutamente essere effettuata a cicli ravvicinati di numerose sedute, in quanto l'effetto traumatico prodotto a livello discale rischia davvero di produrre dei danni che superano largamente i benefici.

Per tutelare la salute del paziente (anche quando spinto da carving di "crockaina") è quindi altamente suggeribile non effettuare mai più di due manovre manipolatorie all'anno. Eppure, sono frequentissimi i casi in cui ne vengono effettuate anche una decina in poche settimane, senza che ne venga data alcuna comunicazione sul potenziale lesivo. Oltre al danno a livello discale, nel quale comunque si può incorrere solo in seguito a trattamenti reiterati, esiste però la possibilità più remota, ma ben più pericolosa, di avere delle lesioni a livello nervoso e midollare. La manipolazione vertebrale è di per se una manovra che, se applicata con forza eccessiva (magari per ricercare a tutti i costi lo "scrocchio") in situazioni di presenza di lesioni anatomiche, può portare ad importanti e gravi conseguenze spinali, in quanto la variazione anche minima della posizione di un elemento vertebrale può causare lo strozzamento sia del canale midollare che delle radici. La conseguenza è che con manovre manipolatorie c'è lo 0,5% di probabilità poi di incorrere in problematiche spinali. Detto in termini più chiari: c'è il rischio di restare, temporaneamente o permanentemente, bloccati su una carrozzina, con un consistente aumento della probabilità che questo avvenga se sono presenti patologie discali, problemi di stenosi o ernie e se si lavora con trust effettuati a livello del tratto cervicale. Inutile dire come il probabile rischio si trasformi in una certezza matematica se si viene trattati da personale non qualificato, che magari vanta il titolo di "chiropratico" pur essendone assolutamente sprovvisto.

È fondamentale ricordare che la quasi totalità della popolazione, oltre i 40 anni, possiede una o più erniazioni dei dischi, ma nel 98% dei casi tali ernie sono assolutamente asintomatiche, per cui la presenza di un'ernia lombare non è quasi mai necessariamente legata all'eventuale problema di lombalgia lamentato dal paziente. Nei casi gravi di ernie realmente sintomatiche, l'unica soluzione sicura è quella di effettuare un iniziale trattamento farmacologico cortisonico per contenere l'infiammazione, associato eventualmente a manovre caute di mobilizzazione e decompressione discale, e seguite successivamente da una fisioterapia mirata alla correzione posturale, con il trattamento poi degli eventuali sintomi mio-fasciali associati.

L'ernia, una volta presente, purtroppo rimane in sede, e l'unico modo di effettuarne una reale riduzione è per via chirurgica, posto che questa debba essere utilizzata solo come opzione finale a seguito di almeno 3 mesi di terapia conservativa totalmente inefficace. L'efficacia di certe manovre di chiroprassi, specialmente quelle in rotazione, sul trattamento di ernie sintomatiche, non è pertanto legata al fatto che "l'ernia rientri", quanto piuttosto che nell'esecuzione della tecnica vengano variati i rapporti ernia-radice o ernia-midollo in modo sufficiente da ridurne il contatto. Questo risultato però, lo si ottiene al prezzo di un grosso rischio potenziale, in quanto l'ernia, anziché allontanarsi, potrebbe posizionarsi in modo da aumentare ulteriormente il carico compressivo, con i pericoli prima citati.

Con quanto detto, non si vuole negare che, in certi casi, la chiroprassi abbia realmente un'efficacia terapeutica, ma è fondamentale informare il paziente sia su ciò che realmente si sta facendo dal punto di vista anatomo-fisiologico, sia che i trust effettuati non sono assolutamente privi di rischi. Le manovre manipolatorie, in sostanza, permettono di ottenere in modo rapido e passivo, ma solitamente temporaneo, l'effetto di correzione discale che è stato dimostrato può essere ottenuto in modo più progressivo e senza spettacolari "crack" attraverso delle più caute auto-mobilizzazioni fatte dal paziente stesso, previa corretto addestramento. Una terapia "rapida" però significa minore durata della seduta (ancor minore se si elimina la fase di valutazione funzionale e la scelta della metodica da utilizzare) e di conseguenza più pazienti da poter trattare in meno tempo, mentre il mancato addestramento del paziente e l'esecuzione di una manovra passiva significano creare una dipendenza terapeutica. Con reale beneficio, quindi, solo nei confronti del clinico. Di fronte ad un paziente che lamenta qualunque tipo di disturbo, pertanto, il modo clinicamente e deontologicamente corretto di procedere è effettuare prima una valutazione funzionale, sulla base di quanto anche diagnosticato dal medico e risultante dalle eventuali indagini strumentali. Solo successivamente, si procede alla scelta della più corretta tecnica da utilizzare per il trattamento del disturbo, informando il paziente su quello che sarà il reale effetto terapeutico e fisiologico prodotto e mettendolo in guardia su tutti i potenziali rischi che la terapia comporta. Qualora venisse riscontrato che il problema deriva effettivamente da un mal posizionamento discale o vertebrale, si applicherà una correzione prediligendo delle tecniche di mobilizzazione cauta ed educando il più possibile il paziente all'autotrattamento. Solo nei casi in cui le tecniche "morbide" risultassero inefficaci, e non fossero comunque presenti condizioni patologiche tali da poter costituire un consistente rischio, allora si potrà procedere all'utilizzo di tecniche manipolatorie "dure".

Il clinico comunque, in qualunque momento del percorso terapeutico, non deve intestardirsi in modo compulsivo e "talebano" sull'utilizzo di una medesima tecnica, ma deve avere l'onestà di valutarne l'efficacia o meno, invitando il paziente ad indagini diagnostiche più approfondite o inoltrandolo da colleghi qualora non vi fossero variazioni nella sintomatologia.

Concludo presentando un fatto piuttosto ironico, ma che accade con una discreta frequenza: molti miei pazienti mi riferiscono, con una non celata ammirazione, come gli eventuali professionisti in chiroprassi a cui si sono rivolti prima di me ci tenessero a sottolineare di aver effettuato studi di specializzazione negli Stati Uniti. Ebbene, posto il fatto che aver studiato in America non costituisce di per sé una garanzia di professionalità più di quanto lo sia aver studiato in India, la cosa bizzarra è che alcuni professionisti americani di mia conoscenza

vantavano, nel proprio curriculum… l'aver effettuato studi in Europa.

Insomma, è proprio vero che nessuno, in fin dei conti, è profeta in patria.

Dott. Filippo Zanella Contatti: dottzanella@gmail.com
www.studiozanellafisioterapia.com