

Aggiornamenti

Viaggio nel tunnel (carpale)

Franco Del Zotti, medico generale SIMG Verona

Il caso. Un paziente arriva in studio con parestesie bilaterali a distribuzione non specifica per il tunnel carpale. Eseguo test di Tinel che risulta negativo. Penso ad un'artrosi cervicale e tergiverso. Qualche giorno dopo il paziente, accompagnato dalla moglie, arriva in studio e mi chiede di poter vedere un ortopedico. Prescrivo la visita e dopo qualche giorno il paziente mi richiede un'impegnativa per il ricovero e l'esecuzione di un intervento per tunnel carpale.

Chiedo se era stata effettuata una Elettromiografica (EMG) e il paziente mi risponde di no.

In quel momento sono assalito da una serie di domande:

- a) Come fa l'ortopedico a diagnosticare e poi operare -senza una elettromiografia- un tunnel carpale?
- b) Quali sono i test clinici migliori per la diagnosi e quali i criteri elettromiografici per la diagnosi?
- c) Quale terapia scegliere tra quelle non-chirurgiche? Ed infine: quando è indicata la chirurgia?

Metodologia dello studio. Per rispondere alle domande, ho deciso di intraprendere un classico evidence case report seguendo la falsariga di analoghi studi presentati recentemente sul BMJ (Samanta A, 1999) dove si cerca un compromesso tra il rigore analitico della EBM accademica e il poco tempo del medico generale che conduce un EBM case report.

Queste, in breve, le fonti bibliografiche delle evidenze:

- a) Medline IGM (Grateful Medline): per la precisione, adoperando il dizionario delle parole indicizzate (MESH) ho chiesto al sistema di fornirmi tutti gli studi sulla Diagnosi del Tunnel carpale e tutti i trial randomizzati nel periodo 1987-1999;
- b) Cochrane library - edizione 1999;
- c) linee guida USA al sito <http://www.guideline.gov/index.asp>

Il sistema di pesatura EBM. Per ognuno degli argomenti analizzato (diagnosi e terapia), ho scelto lo studio migliore e ho adoperato i criteri di valutazione a punteggio di un classico manuale accreditato di EBM (Dixon et al, 1998).

Per gli studi sulla terapia ho inoltre adoperato un filtro su Medline tale per cui venivano analizzati in dettaglio solo i trial randomizzati. Seguendo le linee guida del Dixon e dopo una lettura sistematica degli articoli, ho pesato la qualità sia del più approfondito studio sulla diagnosi (Ferry, 1998) sia del più importante trial terapeutico recente, quello sul valore di un singola iniezione di cortisonici (Dammers, BMJ 1999)

Ma ora torniamo alle singole domande

a) Come fa l'ortopedico a diagnosticare e poi operare senza EMG un tunnel carpale?

Mi ritorna alla memoria il discorso di un amico chirurgo che m'illuminava sui meandri dei DRG e mi assicurava che per un reparto di chirurgia uno degli interventi più "redditizi" è quello del Tunnel carpale: in poche ore decine di interventi ed ognuno con un DRG "milionario" (2.130.000, per la precisione). Ergo: esiste il rischio di una pleora di interventi ai confini se non fuori dall'EBM, nonchè di interventi non suffragati da una diagnosi elettromiografica.

Qualcuno potrebbe obiettare che in presenza di sintomi e segni classici la EMG è un'inutile tortura pre-chirurgica. Ma è proprio così? Insomma, decido di non affidarmi totalmente al parere del luminare di turno e di scavare in mezzo alle fonti della EBM.

Eccovi la sintesi di questo Viaggio nel Tunnel. E questo ci porta alla seconda domanda

b) Quali sono i test clinici migliori per la diagnosi?

Lo studio illuminante di Ferry et al (1998) ci ricorda che il gold standard della diagnosi è la velocità di conduzione (vdc) del nervo mediano alla EMG. In particolare gli AA citano come diagnostica una latenza temporale $>3,7$ ms per la vdc sensitiva e di 4,5 ms per la vdc motoria. Rispetto a questo gold test, i classici test di Phalen e Tinel sembrano sfigurare con la loro sensibilità intorno al 25% che li rende inutilizzabili in caso di negatività (Golding, 1986), aggravata dal fatto che questi test sono stati studiati soprattutto in pazienti selezionati di cliniche ortopediche.

Qual è dunque il valore dei sintomi classici?

Tutti ricordano il tanto decantato valore della "distribuzione" delle parestesie su alcune parti della mano (prime tre dita soprattutto nell'rea palmare ed esclusione del dorso della mano). Ebbene, gli hanno effettuato un elegante studio per testare l'ipotesi "più i sintomi sono tipici maggiore è l'associazione con la diagnosi elettromiografica": essi hanno rinvio ai pazienti un questionario postale con accluso un diagramma della mano per avere di ritorno l'informazione innanzitutto sulla presenza o meno dei sintomi e poi sulla loro distribuzione anatomica. Gli AA hanno studiato EMG e distribuzione dei sintomi (648 le schede restituite sulle 820 inviate), quindi hanno comparato il risultati dei questionari con la presenza di alterazioni alla EMG in 155 pazienti, di cui 115 con sintomi e 40 senza. E qui arriva la prima sorpresa: il 20% dei pazienti asintomatici aveva una EMG alterata, mentre solo il 18% ed il 14% avevano una EMG alterata in presenza rispettivamente di sintomi classici o possibili (17,4% complessivo). Si tratta quindi di un disturbo frequente ma con una clinica piuttosto imprecisa.

Più precisamente -e qui la seconda sorpresa- la sensibilità della presenza di "sintomi in qualsiasi dito" è maggiore (40%) rispetto al classico pattern sintomatologico (esclusione del dorso e/o del V dito), con una likelihood ratio intorno a 1: ciò significa che la positività del pattern classico non sposta affatto nel modello bayesiano la probabilità pre-test.

In conclusione. Se il collega chirurgo ha deciso di fidarsi della clinica, ha fondato la decisione di operare su cifre simili alla sola speranza dell'alta prevalenza casuale (il 17%), con un rischio di intervento inutile intorno all'83%! Ho pesato l'articolo ora citato secondo i criteri di una tabella valutativa del manuale di Dixon; questi criteri comprendono, tra l'altro, l'analisi della presenza dello studio delle likelihood ratio, della definizione precisa del gold standard, delle caratteristiche del campione in esame. Ho calcolato che il punteggio totale dello studio supera la sufficienza (20/30).

c) Quali le migliori terapie mediche per migliorare i sintomi e l'evoluzione del tunnel carpale?

Prima di analizzare il confronto tra terapia chirurgica e terapie non chirurgiche, è opportuno passare in rassegna le terapie non chirurgiche.

Ultrasuoni (US). Sono presenti in letteratura (1998) due trial con ultrasuoni contro terapia fisica "placebo" (applicazione di strumento con intensità degli US uguale a zero). Il primo trial, su 18 donne (Oztas, 1998), ha dato risultati negativi (ma la "potenza" dello studio era scarsa: solo 18 casi); il secondo trial, pubblicato sul BMJ (Ebenbichler, 1998) con un maggior numero di casi (45) ha fornito risultati favorevoli agli ultrasuoni sia sulla componente sintomatologica sia su quella elettromiografica. Unico neo: le sedute erano 20, 10 quotidiane e altre 10 dieci due volte a settimana per altre cinque settimane. Una terapia che esige pazienti "molto pazienti" ed in grado di spostarsi 20 volte.

Vitamina B6. Due trial contro placebo hanno dimostrato l'inutilità di questa terapia vitaminica (Spooner, 1993; Stransky, 1989)

FANS, diuretici, cortisonici per os. Pochi studi analizzano questi farmaci nei confronti di placebo o altre terapie. Uno studio che ha paragonato 4 gruppi (placebo, diuretici per 4 settimane; FANS per 4

settimane; prednisolone 20 mg per 2 settimane seguito da 10 mg per 2 settimane) ha dimostrato che i FANS ed i diuretici non erano più efficaci del placebo ed erano meno efficaci del cortisone per os (Chang, 1998).

I cortisonici per via locale. Un recente trial contro placebo pubblicato sul BMJ (Dammers, 1999) ha mostrato in maniera convincente che una singola iniezione di prednisolone prossimale al tunnel migliora in maniera significativa i sintomi anche a distanza di tempo (1 anno), senza tra l'altro creare importanti effetti collaterali o complicanze e senza i costi di tempo delle 20 sedute di ultrasuoni (vedi lo studio sopra citato).

Confronto tra terapia non-chirurgica e terapia chirurgica. Comunemente si sostiene che l'intervento vada riservato ai casi resistenti alle terapie non farmacologiche o ai casi più gravi. In realtà a tutt'oggi non esiste uno studio serio che documenti bene questa impressione. Una prova di questa assenza è tratta dal varo di un recente Protocollo della Cochrane Library (Verdugo, 1999) che, per il prossimo futuro, si pone proprio questo obiettivo di studio, stante l'incertezza esistente in quest'area.

Pesatura del trial terapeutico principale. Ho pesato la qualità del più importante studio recente (quello sul valore di una singola iniezione di cortisonici del BMJ) seguendo la griglia EBM (Dixon, pag. 108) ed ho riscontrato che il trial ha superato di molto la sufficienza (31/44).

Considerazioni finali sul caso. Aver affidato il caso allo specialista ha spostato il problema verso un'area di maggior competenza teorica (la specialistica) ma nello stesso tempo di maggiori incertezze operative; al paziente è stata fatta una diagnosi basata su criteri che - alla luce di questa disamina - appaiono i meno "basati sull'evidenza": quelli cioè strettamente clinici e non quelli EMG. Il paziente ha così subito la terapia più costosa e cruenta, quella chirurgica, in assenza di una chiara evidenza di superiorità rispetto a terapie non chirurgiche (in particolare la singola iniezione locale di cortisonici o le sedute di ultrasuoni) che qui non sono state offerte - come sarebbe stato logico - in prima battuta. La prossima volta, armato di questa ricerca EBM, sarà più deciso nel "bloccare" amichevolmente sia lo specialista sia il paziente.

Considerazioni finali sull'analisi EBM applicati ai singoli casi dei MMG. E' ormai chiaro che un secondo obiettivo di questo mio lavoro è di capire l'utilità per un medico generale di una qualche conoscenza sia della EBM sia di Medline per analizzare i singoli casi con i quali si imbatte. Dall'interno di questo tentativo posso testimoniare la fattibilità di questo "adattamento" della EBM in formato ridotto. Attualmente dotarsi di un personal computer, di un modem e di un corso introduttivo di qualche ora a Medline, nonché leggere l'inglese degli abstract e dei lavori pubblicati non è molto difficile. Ritengo che queste abilità siano alla portata di almeno il 20% dei medici generali italiani. D'altra parte bisogna sostenere che ai MG non serve divenire cultori della EBM tout court. Se dovessimo utilizzare la metodologia completa della EBM dovremmo non solo studiarla a fondo, ma avere il tempo di applicarla per tutti gli studi fondamentali legati alle singole domande connesse al singolo caso. Se si hanno anche solo 3 o 4 studi fondamentali per ogni domanda, avendo 4 domande per ciascun caso dovremmo leggere attentamente circa 15 studi e poi applicare attentamente le griglie di valutazione.

Avendolo provato personalmente, posso fornire un calcolo presuntivo: ad ogni problema il singolo medico dovrebbe dedicare non meno di 12 ore, il che è irrealistico per lui! Ritengo invece percorribili solo due strade:

- a) lettura e consultazione di fonti sintetiche tipo "digest" (vedi le riviste Clinical Evidence, Bandolier, Evidence Based Medicine) o di bibliotecari di fiducia, senza sottovalutare i problemi del costo non piccolo per il singolo medico e della sicura assenza di risposta a tutte le innumerevoli domande del nostro lavoro!
- b) possibilità di studiare con una metodologia simile a quella da me illustrata e basata sull'uso "abbreviato" delle tecniche EBM.

In particolare:

- consultazione di tutti gli abstract su metanalisi e trial sull'argomento in un periodo limitato
- lettura sistematica e pesatura di pochi articoli originali fondamentali.

Anche qui resta il problema del tempo necessario, che è limitato ma non proprio trascurabile. Una soluzione potrebbe venire dalla diffusione di club di medici generali orientati alla EBM. Gruppi di 5 potrebbero dividersi i compiti e analizzare in profondità 4-5 problemi "correnti" ogni 3-4 settimane.

Per finire, non posso tacere un effetto collaterale "fastidioso" della EBM in medicina generale.

Il medico è immerso spesso in un contesto lavorativo abitudinario ove la più grande evidenza è quella del potere di non pochi specialisti o delle logiche economiche intra-ospedaliere, situazione nella quale l'adozione dei risultati di un approccio EBM può creargli un sentimento di conflitto interiore. Nel caso di questo articolo -ad esempio- un medico che ha tentato di scalare le ardite costruzioni dell'architettura moderna (EBM) ha continuato a subire l'ombra minacciosa di tre montagne: il potere di un certo tipo di specialista che ben triangolava con gli allettanti DRG chirurgici (vedi il DRG dell'intervento) e la voglia di scorciatoie di molti pazienti. In effetti per molti pazienti ottenere in breve tempo una EMG non è facile, nè è facile ottenere agevolmente un'iniezione cortisonica locale. Per i pazienti potrebbe essere probabile quindi cadere nel mito allettante: "quello specialista chirurgo mi risolverà con la chirurgia il problema in 20 minuti e nel migliore dei modi".

Per sintetizzare l'argomentazione precedente sosterrò che la EBM renderà sempre più evidente la necessità di passare dallo studio teorico alla "lotta" finalizzata prima alla trasformazione delle montagne del potere e della consuetudine e poi alla trasformazione di noi stessi (ad esempio costringendoci ad imparare le iniezioni per il tunnel).

D'altronde la necessità della Lotta o del Cambiamento ci fanno capire che la mera accumulazione statistica del sapere è solo una parte della leva per produrre interventi efficaci.

Metodi moderni richiedono, quindi, l'aiuto di antiche virtù.

Bisogna, cioè, apprezzare l'adattamento alla medicina generale della nouvelle-cucine-EBM senza per questo dimenticare le abilità della nostra cucina mediterranea: 2 pizzichi di scienze naturali, 1 pizzico di scienza della comunicazione, 1 pizzico di conoscenza del Sistema sanitario "così come è, 1 pizzico di saggezza, 1 pizzico di coraggio.

Consigli per il paziente con sindrome del tunnel carpale:

- Riposa spesso il polso e la mano
- Cambia i lavori che sforzano polso e mano con altri che li lasciano a riposo
- "Stira" braccia e dita delle mani prima di iniziare il lavoro e nelle pause

Se il dolore compare usando il computer:

- Usare un poggiabraccia
- Usare un sostegno per polso per appoggiare sollevare il polso durante il lavoro
- Aggiustare posizione ed altezza della sedia per ottenere una posizione più confortevole
- Se limitare l'estensione dei movimenti è importante, usare una tastiera più piccola.
- Se possibile alternare l'uso della tastiera a quello del mouse

BIBLIOGRAFIA

Chang MH et al. Oral drug of choice in carpal tunnel syndrome. *Neurology* 1998; 51: 390-393

Dammers J et al. Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double

blind trial. BMJ, 1999; 319:884-886

Dixon R, Munro J, Silcocks P. The Evidence based medicine Workbook Ð Butterworth-Heinemann ÐOxford,1998

Ebenbichler GR et al. Ultrasound treatment for treating the carpal tunnel syndrome: randomised ÒshamÒ controlled trial. BMJ 1998; 316:731-735

Ferry S et al. The association between different patterns of hand symptoms and objective evidence of median nerve compression. A community based Survey. Arthritis and Rheumatism, 1998 April: 720-725

Golding ND et al. clinical tests for carpal tunnel syndorme: an evaluation. Br J Rheumatol 1986;25: 388-390

Oztas O et al. Ultrasound therapy effect in carpal tunnel syndrome. Arch Phys Med Rehabil 1998 Dec; 79(12): 1540-1544

Samanta A, Beardsley J ÐEvidence case report ÐLow back pain: wich is the best way forward? BMJ 1999; 318: 1112-1113

Spooner Gr et al.Using pyridoxine to treat carpal tunnel syndrome. Randomised controlled trial. Can Fam Physician 1993; 39:2122-2127

Stransky M et al. Treatment of carpal tunnel syndrome with vitamin B6: a double-blind study. South Med J 1989; 82:841-842

Verdugo RJ et al. Surgical versus non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome [protocol]. The Cochrane Library-1999; Issue 4

