

Baclofen per infusione endorachidea nel trattamento della spasticità: tempo di bilanci.

di Ivano Dones

Il baclofen è fra i più diffusi ed efficaci farmaci per il controllo della spasticità. Esso agisce inibendo l'attività riflessa del midollo spinale, quando essa sfugge al controllo dei centri sovraspinali. Purtroppo, il farmaco oltrepassa a fatica la barriera ematoencefalica, così che spesso non si ottiene nessuna riduzione della spasticità e quando la si ottiene sono necessarie dosi molto elevate, vicine a quelle sufficienti per provocare effetti collaterali (in particolare, ipotensione e sonnolenza). Perché non portare il baclofen direttamente nel liquido cerebrospinale? In questo caso basterebbero dosaggi mille volte inferiori a quelli utili per via orale. Questa è stata l'idea vincente di RD Penn, che per primo riuscì nell'impresa nel 1984 (5). Come? Applicando il principio della terapia infusione con pompa impiantata sottocute, come si usa più di frequente per l'insulina o per farmaci analgesici o antineoplastici (Fig 5). Alla pompa è connesso un catetere che, sempre scorrendo sottocute, raggiunge l'interno del canale vertebrale lombare, proprio nel liquido cefalo-rachidiano che bagna il midollo spinale. La pompa viene ricaricata dall'esterno ogni 40-60 giorni, semplicemente pungendo con una siringa la cute che la ricopre. La velocità di infusione ed i periodi di attività e spegnimento vengono controllati attraverso una sorta di antenna radio connessa ad un personal computer. L'indicazione principale per l'impianto è, ovviamente, la spasticità intrattabile che provoca gravi problemi funzionali: come tipicamente avviene in certi casi di lesione del midollo spinale, traumatica e non, e nella sclerosi multipla

Ormai sono passati diversi anni dalle prime esperienze americane (5), francesi (2) e tedesche (4): è

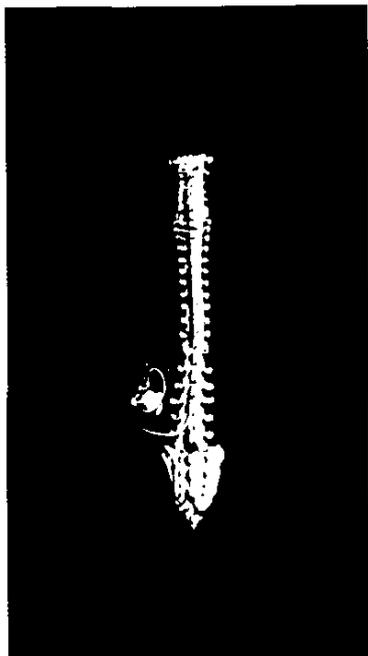


Fig. 5. Schema dell'applicazione di pompa sottocutanea per infusione di baclofen endorachide (per cortese concessione di Medtronic Italia).

tempo di un primo bilancio.

La terapia è sicuramente efficace, e l'impianto del sistema viene effettuato in anestesia locale.

Al momento si sono avuti solo rari problemi tecnici di fuoriuscita del catetere dal canale lombare e di inginocchiamento del catetere con interruzione temporanea dell'effetto. Come vanno le cose nel trattamento a lungo termine?

Questo è proprio il tema di due recenti studi su pazienti paraplegici e paraparetici trattati con questa tecnica. Nel primo studio (3) è stato monitorato per un anno un gruppo di 10 pazienti. La Fig 6 riporta, dall'alto verso il basso, l'andamento di spasticità, riflessi osteotendinei e spasmi degli arti inferiori, misurati con specifiche scale ordinali, ed infine il dosaggio medio quotidiano, in funzione del periodo di osservazione. Dopo 12 mesi dall'impianto il risultato è importante e si mantiene, con un dosaggio di baclofen circa doppio rispetto a quello iniziale. Da questo lavoro sembrerebbe esserci una assuefazione al farmaco per la quale occorre periodicamente aumentarne il deposito. Giunge provvidenziale, dunque, il secondo lavoro (1), in cui un gruppo di 18 pazienti

paraplegici e paraparetici è stato seguito per due anni. Gli Autori si sono limitati a misurare la spasticità con la valida scala di Ashworth ed a registrare il dosaggio quotidiano necessario per mantenere il risultato clinico desiderato. Per quanto riguarda il dosaggio quotidiano di farmaco la Fig 7 conferma, nella sua parte di sinistra, la tendenza all'aumento di dosaggio nei primi dodici mesi di trattamento. E qui non possiamo non rilevare un altro atto di clemenza della rivista: come illustra un'altra figura - qui non riportata - al passare dei mesi la dispersione dei valori aumenta, e la distribuzione si allontana dalla normalità: due buoni motivi - direbbe uno statistico - per prendere con molta cautela la regressione lineare proposta dagli Autori. Comunque la crescita di dosaggio sembra proprio rallentare, se non arrestarsi del tutto, proprio dopo 12 mesi. La pazienza di questi ricercatori è stata premiata e ha portato un buon argomento a favore di questa tecni-

ca. In entrambi i lavori, tuttavia, resta fermo il richiamo ad una prescrizione oculata, da limitarsi a pazienti che siano refrattari a terapie più semplici e che siano in grado di ottenere risultati funzionali dal trattamento: di per sé la riduzione di un'iperreflessia tendinea non rappresenta un gran successo, mentre possono esserlo la diminuzione di frequenti spasmi e una migliore mobilità degli arti inferiori nei trasferimenti letto-carrozzina, nell'igiene personale o per i casi in cui è ancora possibile - nel cammino. Anche la nostra esperienza in questa tecnica è molto positiva. Rigore nel porre l'indicazione e complessità delle procedure di applicazione e monitoraggio suggeriscono tuttavia di limitare l'applicazione di questa terapia a centri altamente specializzati, ormai presenti in alcune unità anche in Italia. Il riabilitatore potrà trovare nell'infusione di baclofen un amico in più.

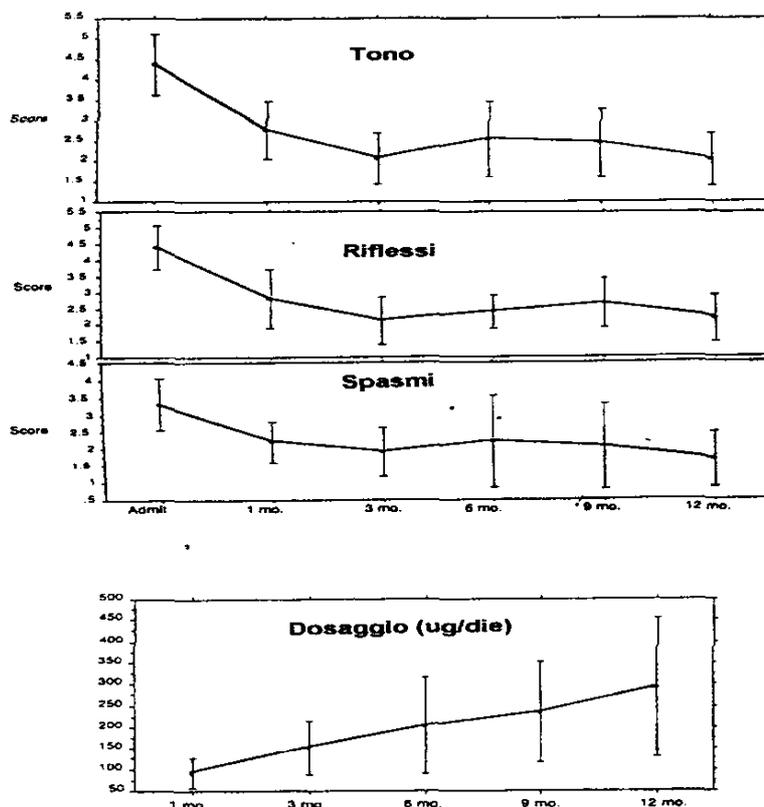


Fig. 6. Dall'alto verso il basso i traccianti riportano valori di spasticità, iperreflessia osteotendinea, spasmofilia (scale ordinali ad hoc) e dosaggio quotidiano di baclofen (media e DS) in 10 pazienti paraplegici o paraparetici trattati con infusione endorachidea di baclofen, in funzione del periodo di osservazione. Nei primi 12 mesi i risultati si mantengono solo grazie ad un cospicuo aumento di dosaggio. (da Meythaler JM, 3)



Fig 7. Dosaggio quotidiano di baclofen necessario per mantenere il risultato clinico complessivo in 18 pazienti paraplegici o paraparetici trattati con infusione endorachidea di baclofen, in funzione del periodo di osservazione (regressione lineare; punti pieni: valori medi). A sinistra: 0-12 mesi; a destra: 12-24 mesi. L'aumento di dosaggio si arresta dopo circa dodici mesi. (da Meythaler JM, 3)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Akman MN, Loubser PG, Donovan WH, O'Neill ME et al. Intrathecal baclofen: does tolerance occur? Paraplegia 1993; 31,8:516-520
- 2) Lazorthes Y, Sallerin-Caute B, Verdier JC, Bastide R et al. Chronic intrathecal baclofen administration for control of severe spasticity. J Neurosurg 1990; 72:393-402
- 3) Meythaler JM, Steers WD, Tuel SM, Cross LL et al. Continuous intrathecal baclofen in spinal cord spasticity. Am J Phys med Rehabil 1992; 71:321-327
- 4) Ochs G, Struppeler A, Meyerson BA, Linderoth B et al. Intrathecal baclofen for long term treatment of spasticity: a multicentre study. J Neurol Neurosurg Psych 1989; 52:933-939
- 5) Penn RD, Krojn JS. Continuous intrathecal baclofen for severe spasticity. Lancet 1985; II:125-127