

Essere... in gamba: un'assicurazione contro la disabilità.

La forza dell'arto inferiore è un indicatore funzionale importante nell'emiparesi e nell'invecchiamento

I modi di dire di una lingua nascondono una qualche forma di sapienza collettiva. Essere "in gamba" significa, quando applichiamo la metafora alla salute, avere una buona funzionalità complessiva. Perché mai si dice "in gamba"? Forse perché sapere e potere usare gli arti inferiori riflette (o "cattura", come si dice in gergo epidemiologico) molti aspetti della salute. Questo sembra essere il messaggio di due articoli che sviluppano lo stesso tema in due campi diversi: la previsione di recupero locomotorio nella emiparesi post-ictale(1), e la previsione di disabilità complessiva degli anziani con il passare degli anni (2).

Il primo lavoro è stato realizzato presso una "stroke unit" (o unità ictale che dir si voglia) all'interno di una divisione neurologica danese. Gli autori si sono chiesti se livello e tempi di recupero possano essere predetti dalla forza dell'arto inferiore affetto, misurata entro i primi 9 giorni dall'ictus. Inoltre, si sono chiesti in quanto tempo il recupero del cammino, dopo ictus cerebrale ischemico o emorragico, possa ritenersi stabilizzato.

Sono stati studiati 804 pazienti in grado di collaborare al test di forza. Esso consisteva nel flettere l'anca, in posizione supina, mantenendo il ginocchio esteso. Il punteggio poteva variare all'interno di 4 possibili livelli oltre la plegia completa: sollevamento parziale a ginocchio flesso e a ginocchio esteso, sollevamento a ginocchio esteso con forza ridotta o normale. Il punteggio rappresentava la varia-

bile indipendente. In funzione di questa si valutava la funzione locomotoria, misurata in termini di autosufficienza sui tre livelli dell'indice di Barthel: non cammino, cammino con assistenza, cammino senza assistenza. Forza muscolare e funzionalità locomotoria venivano misurate ogni settimana fino alla dimissione o al decesso. I pazienti eseguivano un programma di riabilitazione "basato sulla tecnica Bobath", nonché trattamenti neuropsicologici quando richiesto. Il 21% dei malati morì. Per gli altri, la Fig. 1A mostra (in modo un poco cervelotico, ci è parso) la correlazione fra frequenza dei decessi, o certi livelli di funzionalità locomotoria alla dimissione (le quattro barre in ciascun raggruppamento), rispetto alla forza dell'arto inferiore all'ingresso (in ascissa). L'ordinata riporta le corrispondenti percentuali di casi. Per esempio, si veda il quarto gruppo di barre da sinistra. Esso corrisponde ai pazienti che all'ingresso avevano paresi "lieve" dell'arto inferiore affetto. Il grafico ci dice che il 7% circa di questi pazienti (barra nera) sono poi deceduti, mentre il 65% raggiungeva un cammino senza assistenza (la quarta barra, a tratteggio). Un colpo d'occhio è sufficiente per cogliere che una forza maggiore all'ingresso "predice" condizioni migliori alla dimissione.

Premesso che si raggiungono livelli locomotori diversi a seconda delle condizioni all'ingresso, in quanto tempo questi livelli si stabilizzano? La risposta viene dalla Fig. 1B. In ordinata abbiamo ancora la percentuale dei casi appartenenti a ciascuno dei 5 gruppi di "forza" rilevata all'ingresso: paralisi completa, grave, moderata, lieve o assente (simboli diversi, si veda la didascalia). In ascissa troviamo le settimane trascorse dall'ictus. È evidente che i pazienti più forti all'ingresso (triangoli vuoti, rombi pieni) non soltanto hanno meno probabilità di morire, non soltanto cammineranno meglio, ma raggiungeranno anche il loro massimo livello di recupero molto prima. Si noti che almeno il 60% dei casi in tutti i gruppi presenta già nella pri-

ma settimana dopo l'ictus lo stesso livello di funzionalità locomotoria che manterrà fino alla dimissione (il che ci lascia non poco perplessi: sono davvero stabili questi casi danesi!).

Comunque, la prima conclusione degli autori è quella secondo cui la funzionalità locomotoria del paziente emiplegico si stabilizza molto prima di quanto descritto in letteratura, e cioè entro 11 settimane, contro i 6-12 mesi generalmente accettati. La differenza sarebbe dovuta al fatto che negli altri studi non si eseguivano rilevazioni frequenti, necessarie per descrivere con precisione il decorso temporale del fenomeno.

Seconda conclusione: dimmi che forza hai e ti dirò come camminerai. Diciamo subito che il lavoro colleziona molte pecche metodologiche, così che occorre molta prudenza prima di dividerne le conclusioni. Per esempio, i pazienti afasici sono stati esclusi dall'analisi. Perché? Visto che certo non per questo sono stati esclusi dalla rieducazione motoria. E ancora: utilizzare come variabile dipendente una misura di autosufficienza (la voce locomotoria dell'indice di Barthel) e come variabile indipendente una isolata misura di "performance" (la forza in una certa prestazione segmentaria) è come paragonare mele e pere: il bisogno di assistenza riflette molto alla lontana la forza muscolare, e risente di molte altre variabili quali equilibrio, fatica, motivazione e chissà quant'altro. Gli stessi autori, poi, riconoscono la grossolanità di una descrizione dell'autosufficienza su tre soli livelli (no, parziale o totale). E poi: nel lavoro non vi è il minimo indizio di uno studio di riproducibilità inter- e intra-osservatori delle rilevazioni (manuali e osservative, quindi fortemente soggettive). In compenso, viene puntigliosamente fornito il numero di protocollo della pratica sottoposta al locale comitato etico! Perché, dunque, il lavoro viene proposto in questa sede? In primo luogo, esso conferma l'aumento di interesse, da parte degli ambienti neurologici per tradizione ben poco riabilitativi (3), al tema del recupero funziona-

le. Vien da dire, però, che il lupo perde il pelo ma non il vizio: la terapia motoria è ancora estranea agli interessi neuro-riabilitativi. Nel suo complesso (tipo? varianti? posologia? associazioni?) la terapia viene liquidata con l'accenno alla "tecnica Bobath". Per lo meno, la prognosi sembra guadagnare terreno rispetto alla diagnosi eziologica (di per sé molto meno impegnativa in questi casi): ma vedremo che è ancora una prognosi poco attenta ai risvolti terapeutici. In un precedente editoriale (4) avevamo criticato due articoli -per altro, metodologicamente molto più eleganti- in cui la prognosi di autosufficienza sarebbe stata predetta niente meno che dalla sola stimolazione ma-

gnetica corticale. Per la verità, è possibile che qualsiasi indice di gravità sia neurologica, sia internistica, si correli in una qualche misura alla prognosi di funzione, se la "funzione" predetta è sufficiente ampia... da risentire di tutto. Il vero problema è identificare variabili in grado, oltre che di predire, di causare la disabilità futura: perché il riabilitatore possa non soltanto indovinare, ma anche prevenire e curare. Forse la forza dell'arto inferiore rientra fra queste variabili predittive "sensate": e allora perché gli autori non vi hanno concentrato gli sforzi terapeutici? I prestigiosi Archives of Physical Medicine, così selettivi con i fisiatristi, sono stati davvero di manica larga con questi

neuro-riabilitatori.

Di tutt'altro livello è il lavoro comparso sul New England Journal of Medicine (2). Un gruppo di epidemiologi e un geriatra (di una istituzione italiana, va detto con soddisfazione) si sono chiesti se alcuni test motori mirati sugli arti inferiori, proposti a soggetti ultrasettantenni, potessero predire l'insorgenza di disabilità nei quattro anni successivi. Sono stati seguiti oltre 1100 anziani inizialmente non disabili. Si distinguevano una disabilità "motoria" (capacità o meno di camminare autonomamente per 800 metri e di salire le scale senza aiuto), e una disabilità nelle attività della vita quotidiana (Activities of

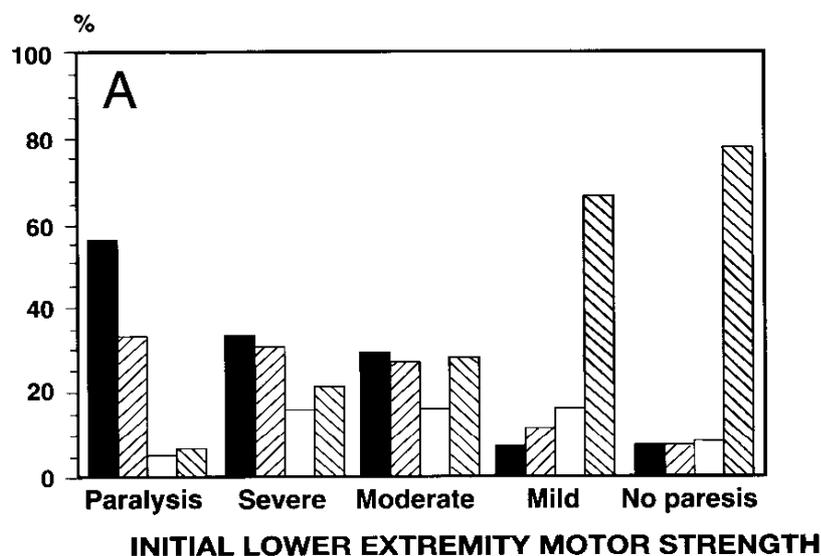
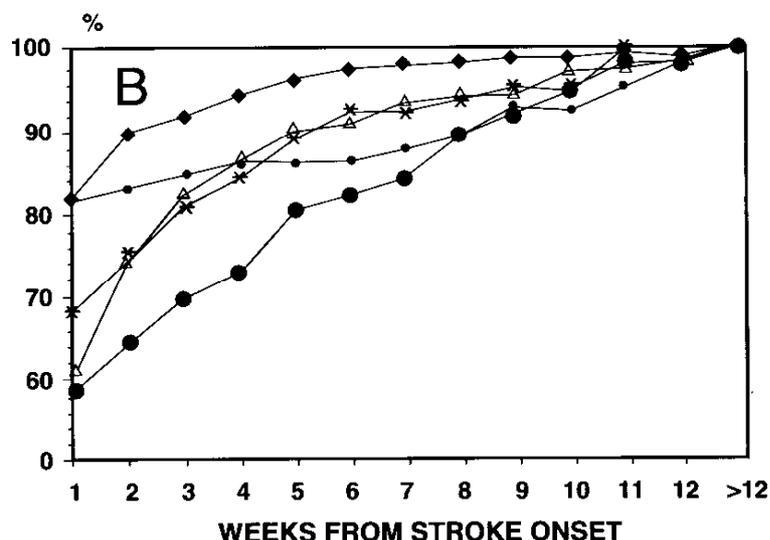


Fig. 1

A. Ciascun "quartetto" di barre si riferisce a un campione di circa 800 pazienti emiplegici, suddivisi in 5 gruppi a seconda della forza dell'arto inferiore plegico in un movimento di flessione dell'anca a ginocchio esteso, nei primi nove giorni dopo ictus cerebrale (da "paralisi" fino a "non paresi", da sinistra verso destra). All'interno di ogni gruppo ciascuna barra rappresenta la percentuale di pazienti che nel corso del ricovero in Neurologia muoiono (prima barra a sinistra), oppure sopravvivono senza poter camminare (seconda barra), oppure arrivano a camminare con oppure senza assistenza (terza e quarta barra).



B. I pazienti inizialmente meno paralizzati si stabilizzano, dal punto di vista della propria capacità locomotoria con maggior celerità. In ascissa troviamo le settimane intercorse dall'ictus. In ordinata troviamo la percentuale di pazienti stabilizzati. Linea con punti: esordio con plegia dell'arto inferiore. Cerchi pieni, asterischi, triangoli: paresi grave, moderata, lieve. Rombi pieni: non paresi (da Jørgensen HS, 1, modificata).

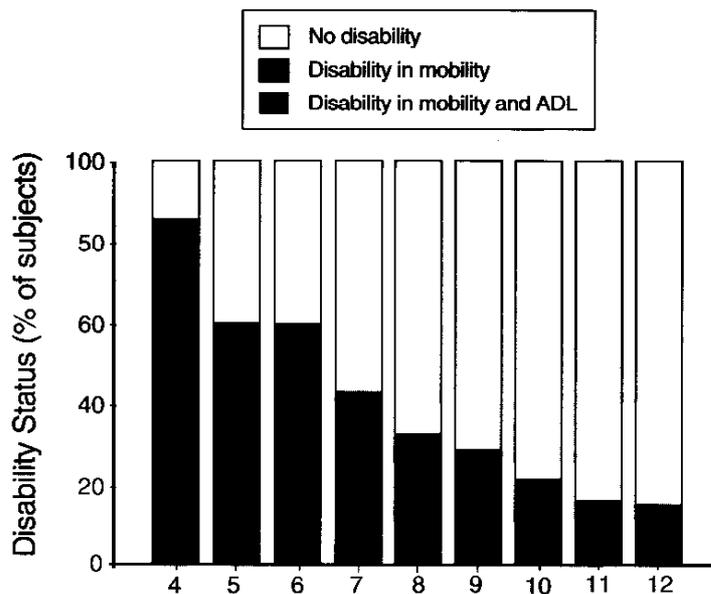


Fig.2

L'ordinata riporta, in una popolazione di circa 1000 ultra-settantenni non istituzionalizzati, la prevalenza di soggetti con disabilità a) "correlata agli arti inferiori" ("mobility"): incapacità di camminare autonomamente per 800 metri e/o di salire le scale senza aiuto, e b) in almeno una di diverse attività della vita quotidiana (ADL: mobilità letto-carrozzina, uso del WC, capacità di farsi il bagno, attraversare una stanza). Le misure sono state prese, attraverso intervista e questionario, 4 anni dopo una misura di prestazione motoria prevalentemente a carico degli arti inferiori: equilibrio, velocità di marcia, alzarsi-sedersi. Il punteggio era crescente, per capacità crescenti, da 4 a 12. Quanto maggiore era il punteggio, tanto minore si è rivelata la probabilità di divenire disabili negli anni successivi (da Guralnik M,2, modificata).

Daily Living, ADL: censite da una apposita scala di misura). I soggetti sono stati sottoposti a una batteria di test motori: equilibrio in statica in varie posizioni e alzarsi-sedersi rapidamente senza l'uso degli arti superiori. In più si misurava la velocità di marcia scelta spontaneamente. Procedimenti e punteggi dei test erano rigorosamente validati. Il punteggio complessivo, crescente al crescere delle capacità motorie, poteva variare fra 4 e 12: la mediana, nel campione esaminato era di 9.

La Fig.2 illustra lo stato di disabilità dei pazienti (esclusi i deceduti, pari a circa il 15% dei soggetti) in funzione del punteggio conseguito quattro anni prima nei test di performance motoria. Le porzioni nere e grigie delle barre si riferiscono, rispettivamente, alla percentuale di pazienti con disabilità sia nelle ADL che motoria, oppure

soltanto motoria. La porzione bianca si riferisce alla percentuale di pazienti non disabili. Quanto maggiore era il punteggio (in ascissa), tanto più alta è -dopo quattro anni- la percentuale di pazienti ancora "in gamba".

Il lavoro ha il difetto, se vogliamo chiamarlo così, di essere basato su dati di disabilità raccolti attraverso interviste e questionari. Inoltre, le scale di misura di disabilità sono volutamente semplicistiche (pochissime voci, pochissimi livelli di punteggio): d'altro canto, si tratta di uno studio con finalità epidemiologiche, e non cliniche. Molto maggiori ne sono i pregi. Nel lavoro è stata posta la massima cura in tutte le procedure di rilevazione, validazione e analisi dei dati. Inoltre, ci vuole un bel coraggio (stante la feroce competizione per il finanziamento della ricerca) ad imbarcarsi in uno studio di lungo periodo e di largo respiro come questo. La

ricerca affronta nitidamente il tema, alquanto trascurato, della "disabilità latente". Il soggetto anziano "sano" riduce più o meno consciamente le sue prestazioni, senza che ciò appaia evidente nel contesto di una vita quotidiana sempre più sedentaria: questa scelta riflette un calo di capacità neuromotorie "invisibile" ad un esame clinico e strumentale tradizionale, ma visibilissimo ad un esame motorio semplice ed economico. La batteria di test messa a punto dagli autori è mirata sulla forza degli arti inferiori, ma cattura di sicuro molte altre "abilità": dall'equilibrio all'efficienza cardiovascolare. E infatti esso si dimostra in grado di cogliere problemi latenti che si manifesteranno sotto forma di disabilità negli anni a venire.

A differenza che nel lavoro precedentemente descritto, in questo si sente un sincero interesse non tanto per la soluzione di un quiz prognostico, quanto per l'individuazione di cause di disabilità aggraviabili. Gli autori concludono: "...misure di prestazione possono essere utili nell'identificare persone...a rischio di successiva disabilità...Studi su interventi mirati a migliorare la prestazione...potrebbero condurre non soltanto alla prevenzione di grave disabilità ma anche alla promozione di un recupero...".

Siamo solidali con i nostri colleghi epidemiologi e geriatri: per restare "in gamba" la miglior prevenzione... è la riabilitazione.

BIBLIOGRAFIA

- JØRGENSEN HS, NAKAYAMA H, RAASCHOU HO, OLSEN TS. *Recovery of walking function in stroke patients: the Copenhagen stroke study*. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:27-32.
- GURALNIK JM et al. *Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability*. New Eng J Med 1995;332:556-561
- TESIO L, GAMBA C, CAPELLI A, FRANCHIGNONI FP. *Rehabilitation: the Cinderella of neurological research? A bibliometric study*. Ital J Neurol Sci 1995 (in press)
- TESIO L. *Neurofisiologia e prognosi dell'emiparesi: il riabilitatore è di troppo?* Editoriale. Ric Riabil 1994;3,1:1