

Franco, tennista trentenne, con un “normale” dolore alla spalla

Il signor Franco è un bancario trentenne che alloggiava in un villaggio vacanze per un meritato periodo di riposo. Una sera, dopo una partita di tennis aveva accusato un improvviso dolore alla spalla destra che lo aveva tenuto sveglio tutta la notte. L'indomani, il medico del villaggio – nel sospetto di cervicaglia – gli aveva prescritto FANS e miorilassante per os.

Considerato che dopo tre giorni il dolore non rispondeva al trattamento, Franco decise di farsi visitare da un ortopedico che, sospettando una lesione della cuffia dei rotatori, prescrisse una radiografia alla spalla risultata negativa.

Dopo due settimane, il dolore si era attenuato pur senza scomparire del tutto: l'ortopedico consigliò al signor Franco l'astensione dalla pratica sportiva, un'ecografia alla spalla destra, poiché riscontrava un deficit motorio a carico degli extrarotatori rispetto all'arto controlaterale, ed alcuni esercizi per ripristinare il tono della muscolatura.

A un mese dall'episodio il dolore era completamente scomparso, ma persisteva il deficit contrattile a carico degli extrarotatori ed erano evidenti sia una diminuita sensibilità superficiale nella regione della spalla, sia l'ipotrofia del sopraspinato e sottospinato con relativo deficit di forza.

Nel processo di *clinical decision making*, le conoscenze-esperienze memorizzate dal medico, rappresentano la prima fonte d'informazioni, e spesso la più determinante, a supporto delle decisioni cliniche^{1,2} (figura 1).

Seguendo quest'approccio, nel dolore alla spalla, la diagnosi differenziale è tra patologie a partenza tendinea o muscolare (in particolare la cuffia dei rotatori) e patologie di natura neurologica (radici cervicali o nervi periferici). Considerato che il tentativo d'integrare le nostre conoscenze con le fonti d'informazioni tradizionali (collega esperto, trattati, revisioni narrative³), non offre spunti utili per la diagnosi, decidiamo di pianificare un'adeguata strategia di ricerca bibliografica.

Secondo quanto già esaminato⁴, questo è un tipico caso da paziente individuale; tuttavia, proviamo – senza molta speranza – a ricercare linee guida nella *National Guideline Clearinghouse*⁵, e revisioni sistematiche nella *Cochrane Library*⁶, utilizzando il termine *shoulder pain*. L'assenza di risultati conferma le nostre ipotesi: per approfondire le conoscenze sul caso del signor Franco, dobbiamo utilizzare una banca dati generica quale MEDLINE.

Per massimizzare la sensibilità della ricerca⁷ combiniamo il termine MeSH *shoulder pain* con *shoulder AND pain* in testo libero; quindi aggiungiamo *differential diagnosis* OR *diagnostic errors*, due termini MeSH molto utili per la formulazione d'ipotesi diagnostiche (tabella 1). Si ottengono 1802 citazioni: troppe!

A questo punto, per perfezionare la strategia di ricerca, è fondamentale tornare alla presentazione clinica

del paziente (*back to the patient*): deficit di contrattilità, ipotrofia muscolare e verosimile assenza di traumi fanno parte della storia del signor Franco.

Aggiungendo queste informazioni alla strategia di ricerca (tabella 1) il numero di citazioni si riduce vertiginosamente. Eliminate con una rapida lettura quelle non pertinenti, notiamo che ben sei articoli discutono di un'entità nosografica a noi sconosciuta: la sindrome di Parsonage-Turner (SPT)⁸⁻¹⁴.

La presentazione clinica del signor Franco s'identifica molto bene con i pazienti descritti dagli abstract degli articoli selezionati, in particolare per la sequenza: dolore acuto regressione del dolore comparsa d'ipotrofia/debolezza muscolare. Tuttavia, l'abstract è un elemento “surrogato” che può suggerire solo l'opportunità di leggere l'articolo integrale, ma è bene evitare di prendere decisioni basandosi solo sulle informazioni contenute nell'abstract. Infatti, nonostante gli sforzi per renderli più informativi attraverso una loro strutturazione¹⁵, esistono ancora gravi inconsistenze, anche nelle riviste più prestigiose¹⁶.

Grazie al servizio offerto dall'Associazione Italiana Biblioteche¹⁷ – in collaborazione con il Centro Interbibliotecario dell'Università di Bologna – identifichiamo quali biblioteche possiedono la rivista di nostro interesse ed effettuano un servizio di fornitura documenti. Nel giro di un'ora ci viene recapitato per fax l'articolo richiesto¹⁰ a un costo irrisorio.

La SPT, o neurite brachiale acuta, è una rara sindrome ad eziologia sconosciuta, che si presenta con un

Figura 1 - Principali fonti d'informazione utilizzate dal medico nel processo decisionale

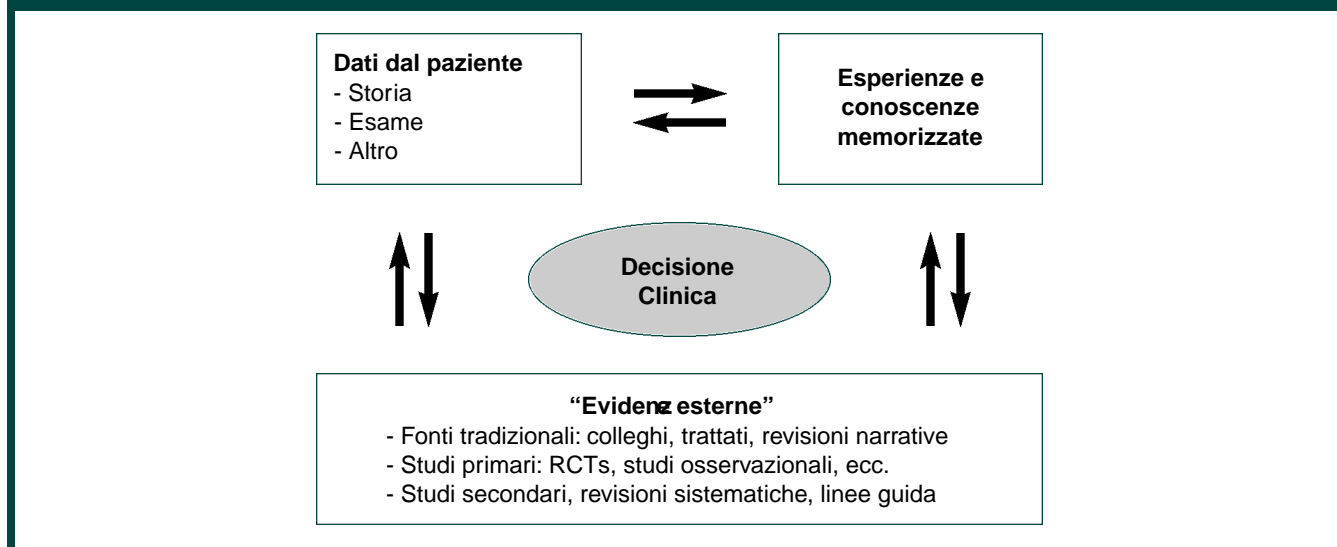


Tabella 1 - Strategia di ricerca MEDLINE utilizzata

Strategia di ricerca	N. citazioni
1 Shoulder pain [MESH] OR (shoulder [tw] AND pain [tw])	3612
2 (differential diagnosis [mh] OR diagnostic errors [mh])	2.637.539
3 1 AND 2	1802
4 3 AND (muscular atrophy [mh] OR muscle weakness [mh])	49
5 4 NOT trauma [mh]	36
6 5 AND english [la]	27

dolore acuto alla spalla creando non pochi problemi di diagnosi differenziale con condizioni più frequenti: disordini della cuffia dei rotatori, tendinite acuta calcifica, anomalie dell'articolazione acromion-clavicolare, capsulite adesiva, varie condizioni neurologiche (radiculopatie cervicali, neoplasie del midollo spinale, sindromi compressive dei nervi periferici, sclerosi laterale amiotrofica, poliomielite acuta).

Tuttavia, l'insorgenza improvvisa del dolore, l'assenza di traumi nella storia del paziente e la negatività dell'esame obiettivo del collo e della spalla, escludono la maggior parte delle alternative diagnostiche. Se alla scomparsa del dolore, che di regola avviene in poche settimane, residua una debolezza muscolare associata ad ipotrofia/atrofia, la diagnosi di SPT è virtualmente certa. Infatti, nelle sindromi compressive dei nervi periferici – l'unica alternativa a questo punto verosimile – il dolore insorge generalmente in maniera più graduale e non regredisce mai improvvisamente.

Purtroppo, la scarsa percezione che i dati clinici generano ipotesi diagnostiche più potenti dei dati di laboratorio e strumentali^{18,19}, insieme all'ampia disponibilità di

tecnologie diagnostiche, hanno reso il medico sempre più "dipendente" dai risultati dei test e ad "abdicare" sistematicamente nella raccolta dei dati clinici²⁰.

Il signor Franco eseguì anche un'elettromiografia che confermò la diagnosi di SPT, ma non la risonanza magnetica nucleare, considerato il gold standard diagnostico^{21,22}.

Secondo quanto riportato dalla letteratura^{10,23}, la SPT regredisce senza reliquati, anche se la debolezza muscolare può persistere per molto tempo ed, in casi rari, sono necessari alcuni anni per un pieno recupero funzionale.

Dopo 3 mesi il signor Franco si era completamente ristabilito senza alcun trattamento.

Considerato che nel processo diagnostico il medico fa riferimento, in prima istanza, alle conoscenze/esperienze memorizzate, sono i casi paradigmatici a condizionare maggiormente tale processo di "richiamo". Infatti si viene più facilmente "impressionati" dai casi memorabili, piuttosto che dal decorso medio della maggior parte dei pazienti. Questo rappresenta un *bias*

non indifferente alla generalizzabilità dell'esperienza clinica, rilevato sin dall'inizio²⁴, come uno dei principali stimoli all'EBM. È ovvio che tale risorsa informativa risulta assolutamente deficitaria quando il medico non ha mai avuto conoscenza/esperienza di simili condizioni ("non si riconosce quello che non si conosce"). In particolare, se il medico ignora la specifica sequenza sintomatologica della SPT, non sarà mai in grado di sospettare la malattia: il paziente inizierà una lunga peregrinazione²⁵ tra specialisti diversi e il sistema sanitario investirà una consistente quota di risorse per test diagnostici assolutamente inutili. In queste situazioni i moderni strumenti d'informazione possono – e devono – essere utilizzati per approfondire le conoscenze, ma sempre in maniera critica e integrata con le caratteristi-

che del paziente individuale.

Questo assicura che l'attività di ricerca bibliografica rientri nel processo di "apprendimento" di nuove conoscenze, le quali espanderanno il *semantic network* integrandosi nei processi cognitivi e configurando quel processo di *self-learning* centrato sul paziente, che costituisce l'essenza educativa dell'EBM e la base della formazione medica permanente²⁶.

Antonino Cartabellotta

*GIMBE® - Gruppo Italiano
per la Medicina Basata sulle Evidenze*

Maurizia Rolli

Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

BIBLIOGRAFIA

- Pagliari L. Which information is needed for clinical practice? EBM and other source. *Cochrane Colloquium*. Roma, 5-9 ottobre 1999.
- Smith R. What clinical information do doctors need? *Br Med J* 1996;313:1062-8.
- Barry M, Jenner JR. ABC of Rheumatology: Pain in neck, shoulder, and arm. *Br Med J* 1995; 310: 183-186.
- Cartabellotta A. Medicina basata sulle evidenze o sulle linee guida? *Ricerca e Sanità* 2000;1:41-3.
- Cartabellotta A, Fratini M. Appunti di ricerca bibliografica. National Guideline Clearinghouse. *Ricerca e Sanità* 2000;1:49.
- Cartabellotta A. Appunti di ricerca bibliografica. La Cochrane Library. *Ricerca e Sanità* 2000;1:12.
- Cartabellotta A. Evidence-Based Medicine II. La ricerca dell'informazione biomedica clinicamente rilevante. *Recenti Prog Med* 1998;89:265-74.
- Bredella MA, Tirman PF, Fritz RC et al. Denervation syndromes of the shoulder girdle: MR imaging with electrophysiologic correlation. *Skelet Radiol* 1999;28:567-72.
- Darby MJ, Wass AR, Fodden DI. Neuralgic amyotrophy presenting to an accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1997;14:41-3.
- Misamore GW, Lehman DE. Parsonage-Turner syndrome (acute brachial neuritis). *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1405-8.
- Kim KK. Acute brachial neuropathy-electrophysiological study and clinical profile. *J Korean Med Sci* 1996;11:158-64.
- Vanermen B, Aertgeerts M, Hoogmartens M, Fabry G. The syndrome of Parsonage and Turner. Discussion of clinical features with a review of 8 cases. *Acta Orthop Belg* 1991;57:414-9.
- Ferrini L, Della TP, Perticoni G, Cantisani TA. Neuralgic amyotrophy of the shoulder girdle. The Parsonage-Turner syndrome. *Ital J Orthop Traumatol* 1986;12:223-31.
- Gaitzsch G, Chamay A. Paralytic brachial neuritis or Parsonage-Turner syndrome anterior interosseous nerve involvement. Report of three cases. *Ann Chir Main* 1986;5:288-94.
- Ad hoc working group for critical appraisal of the medical literature. A proposal for more informative abstract of clinical articles. *Ann Intern Med* 1987;106:598-604.
- Pitkin RM, Branagan MA, Burmeister LF. Accuracy of data in abstracts of published research articles. *JAMA* 1999;281:1110-1.
- Associazione Italiana Biblioteche. Commissione Nazionale Università e Ricerca. Periodici Elettronici Biomedici. Disponibile all'indirizzo: <http://aib.it/aib/commiss/cnur/peb/peb.htm>
- Sandler G. The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J* 1980;100(6 Pt 1):928-31.
- Platt FW. Diagnostic value of the medical history. *Arch Intern Med* 1988;148:984-5.
- Flegel KM. Does the physical examination have a future? *CMAJ* 1999;161:1117-8.
- Helms CA, Martinez S, Speer KP. Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome): MR imaging appearance - report of three cases. *Radiology* 1998;207:255-9.
- Fritz RC, Helms CA, Steinbach LS, Genant HK. Suprascapular nerve entrapment: evaluation with MR imaging. *Radiology* 1992;182:437-44.
- McCarty EC, Tsairis P, Warren RF. Brachial neuritis. *Clin Orthop* 1999;368:37-43.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
- Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J* 1972;106:122-3.
- Abrahamson S, Baron J, Elstein AS et al. Continuing medical education for life: eight principles. *Acad Med* 1999;74:1288-94.