

Riflessioni su alcune problematiche della ricerca in agopuntura

Carlo Maria Giovanardi*

**Presidente Federazione Italiana delle Società di Agopuntura
Direttore AMAB Scuola Italo Cinese di Agopuntura Esperto del
Consiglio Superiore di Sanità per le Medicine non
Convenzionali*

La Cochrane Library ha pubblicato diverse revisioni sistematiche di RCT sull'agopuntura che hanno dato le seguenti indicazioni:

efficace per la prevenzione della nausea postoperatoria;

promettente per cefalea idiopatica, dismenorrea, dolore lombare in gravidanza, induzione del travaglio di parto, dolore in travaglio di parto, come terapia aggiuntiva ad altre terapie per il dolore lombare cronico;

di efficacia incerta per ictus cerebrale, paralisi di Bell, asma cronica, depressione, dolore alla spalla, dolore laterale del gomito;

non efficace per artrite reumatoide e cessazione del fumo.

Da una prima analisi dei risultati occorre chiedersi perché, ad esempio nel campo del dolore, l'agopuntura abbia risultati così difformi in patologie che, seppur interessando articolazioni diverse, hanno una patogenesi simile.

Eppure tra i vari meccanismi d'azione dell'agopuntura, quello analgesico è sicuramente il più studiato e la ricerca di base

ha chiaramente evidenziato i rapporti tra agopuntura e modulazione del sistema degli oppioidi endogeni, tra agopuntura e inibizione delle vie deputate alla trasmissione dello stimolo nocicettivo e tra agopuntura e adenosina.

Alcune risposte le possiamo avere se studiamo e valutiamo la qualità degli RCT che determinano i risultati delle revisioni sistematiche così riassunte:

manca di rigore nei criteri di inclusione e di esclusione adottati negli RCT

E' scorretto includere in una stessa revisione sperimentazioni che utilizzino forme di agopuntura differenti o tecniche di stimolazione di punti di agopuntura diverse dall'infissione dell'ago quali ad esempio il laser, i campi magnetici, la pressione o l'iniezione di farmaci.

scarsa qualità dell'agopuntura utilizzata negli RCT

Quando si parla di qualità di agopuntura ci si riferisce al tipo di agopuntura utilizzata e nell'ambito del tipo di agopuntura utilizzata se la qualità della stessa è da considerarsi adeguata o meno.

Esistono vari approcci di agopuntura, l'agopuntura tradizionale cinese, l'agopuntura giapponese, l'agopuntura coreana, l'agopuntura vietnamita, la riflessoterapia e l'elenco non è certamente esaustivo.

Pur avendo un filone comune questi approcci differiscono molto spesso non solo nella scelta dei punti ma anche nella modalità di stimolazione degli stessi, ad esempio la puntura è più profonda ed energica nell'agopuntura tradizionale cinese, mentre è più superficiale e "dolce" nell'agopuntura giapponese.

Come non pensare che in termini di attivazione di meccanismi neurofisiologici questo non comporti risultati diversi?

Ancora più interessante è la qualità del tipo di agopuntura scelto e utilizzato negli RCT.

Quando è stato chiesto a 15 esperti di agopuntura di 9 paesi differenti di valutare con un punteggio la qualità dell'agopuntura utilizzata in 24 RCT sull'efficacia dell'agopuntura nel trattamento della lombalgia, in base a dei criteri specifici quali ad esempio la corrispondenza della scelta dei punti con le indicazioni contenute nei testi di riferimento cinesi e la loro esperienza personale, è risultato che solo 6 su 24 (25%) raggiungevano un punteggio tale da attribuire una qualità buona e cosa ancor più importante che c'era un'alta correlazione tra la qualità dell'agopuntura utilizzata e il miglioramento del dolore lombare (Molsberger A. 2011).

Mancanza di un reale placebo nel gruppo controllo

Nei vari lavori pubblicati sono proposte varie modalità di placebo, la puntura di non agopunti, la puntura superficiale (profondità di 1-2 mm) di agopunti, la puntura di agopunti senza l'indicazione del disturbo da trattare sino ad arrivare all'agopuntura simulata tipo l'ago di Park, dove l'ago non penetra nella pelle in quanto fermato da una barriera che gli impedisce al momento della pressione sull'ago di penetrare la cute. (Park J. 1999)

Ognuno di questi metodi offre vantaggi e svantaggi ma tutti a un'analisi accurata dimostrano che non sono controlli inerti e quindi per definizione non possono essere considerati placebo.

La puntura di non agopunti comporta sempre la stimolazione della cute, a volte addirittura l'infissione e la stimolazione dei non agopunti dista 5 o pochi mm dall'agopunto reale. Considerare placebo questo intervento è smentito sia se viene analizzato dal punto di vista della moderna medicina e sia secondo l'ottica della medicina tradizionale cinese. La stimolazione della cute attiva in ogni caso vie nervose e

modificazione di concentrazione di neuromodulatori. Se poi la stimolazione della cute avviene sullo stesso dermatomero e/o a così pochi mm dall'agopunto, l'azione sarà in parte simile a quello dell'agopunto stesso.

In medicina tradizionale cinese l'agopunto ha una sua caratteristica con una localizzazione e indicazioni cliniche e terapeutiche precise, ma la stessa medicina tradizionale cinese descrive come le zone cutanee tra gli agopunti non siano zone "inerti" bensì attive e quindi con indicazioni terapeutiche, basti approfondire i temi delle zone cutanee (*Pi Bu*) e dei canali tendino muscolari (*Jing Jin*).

Le considerazioni appena espresse, seppur con alcuni distinguo, valgono per la puntura superficiale degli agopunti e per la puntura di agopunti che non hanno, tra le indicazioni, il disturbo da trattare.

Una riflessione a parte richiede l'utilizzo come placebo dell'ago di Park. Apparentemente sembrerebbe il controllo placebo migliore, in parte lo è ma presenta due limiti: la pressione sulla cute innesca in ogni caso, pur con intensità diversa, i meccanismi precedentemente descritti e l'azione "confondente" sul paziente. Chi si sottopone ad agopuntura sa che gli aghi penetrano la cute e si aspetta una sensazione associata alla penetrazione degli aghi. A questo proposito alcuni studi hanno dimostrato come una percentuale significativa di pazienti in lavori dove veniva utilizzato questo controllo riuscivano a distinguere che non era stato infisso nessun ago, come invece prevedeva il protocollo.

Quindi nella valutazione di un RCT, il traumatismo o meno della cute (ago, pressione, ecc) diventa il punto distintivo nel valutare adeguato o perlomeno credibile l'RCT in esame.

A sostegno di questa tesi è utile richiamare l'attenzione su un RCT pubblicato da Pain dove due gruppi di bambini affetti da cefalea sono stati sottoposti a laserterapia e a laser

placebo. Nel primo gruppo gli agopunti per la cefalea erano stimolati dal fascio laser mentre nel gruppo controllo gli agopunti non venivano stimolati in quanto il laser, pur avendo il segnale luminoso acceso, non emmetteva nessun fascio laser. L'effetto terapeutico si è avuto in maniera significativa solo nel gruppo del laser vero. (Gottschling S. 2008)

In conclusione, è importante sostenere la ricerca in agopuntura sia quella di base sia quella clinica, ma è fondamentale che la ricerca ne rispetti le caratteristiche.

Il trattamento con agopuntura è un trattamento complesso e solo in parte standardizzabile, più assimilabile a un intervento chirurgico che alla somministrazione di un farmaco.

Occorre quindi indirizzare la ricerca verso trials pragmatici dove l'agopuntura viene confrontata con terapie farmacologiche e non, già validate per dimostrare se e quando l'agopuntura ha una superiorità in termini di efficacia, sicurezza, riduzione dei costi economici e qualità della vita del paziente.

Bibliografia

Molsberger A, Zhou J, Boewing L, Arndt D, Karst M, Teske W, Drabik A. An International expert survey on acupuncture in randomized controlled trials for low back pain and a validation of the low back pain acupuncture score. Eur J Med Res. 2011 Mar 28;16(3):133-8.

Park J, White A, Lee H, Ernst E. Development of a new sham needle. Acupunct Med 1999;17(2):110-2.

Gottschling S, Meyer S, Gribova I, Distler L, Berrang J, Gortner L, Graf N, Shamdeen MG.

[Laser acupuncture in children with headache: a double-blind,](#)

[randomized, bicenter, placebo-controlled trial.](#) Pain. 2008 Jul
15;137(2):405-12. Epub 2007 Nov 19