

Chiarezza sulla scoliosi

A cura del

CENTRO PREVENZIONE DEFORMITÀ VERTEBRALI DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Diretto dal Dott. **Guglielmo Felici**

*Specialista Ortopedia-Traumatologia
già Dirigente Modulo Deformità Vertebrali
C.T.O. di Roma*

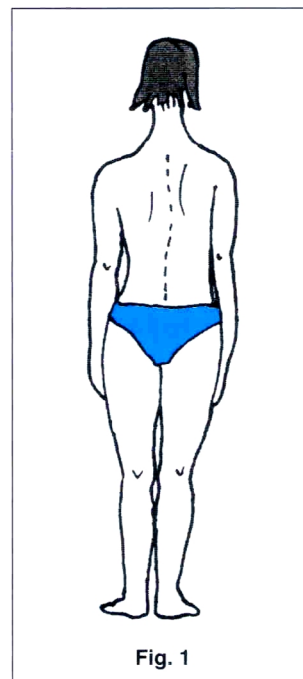
Nell'ambito di un programma di medicina preventiva delle deformità vertebrali (scoliosi, dorso curvo, ecc.) dell'età evolutiva è di grande importanza effettuare controlli interessanti una fascia di crescita che va dall'inizio della pubertà (nelle bambine 9/10 anni, nei bambini 11/12 anni) al termine della completa maturazione ossea della colonna in accrescimento (in media a 15/16 anni).

Lo *screening* condotto sulla popolazione a rischio è l'unico mezzo valido per giungere alla diagnosi *precoce* delle sopradette deformità e quindi ad un loro trattamento tempestivo. Tale controllo dovrà essere effettuato dallo specialista ortopedico ai primi segni della *pubertà* (primi peli al pube e abbozzo iniziale mammario delle ragazze, cambiamento di tono della voce nei ragazzi).

Il presente opuscolo illustra le caratteristiche della scoliosi ed è indirizzato ai genitori dei ragazzi che sono nella suddetta età a rischio.

La scoliosi (dal greco "scolios" = "obliquo") è un incurvamento da un lato della colonna vertebrale (Fig. 1). Questa definizione non ci tragga in inganno, poiché noi stessi possiamo spontaneamente ed attivamente piegare da un lato la colonna vertebrale, come pure la stessa colonna può deviare da un lato dove un arto inferiore è più corto o ancora può difendersi deviando da un lato a causa di un dolore vertebrale; oppure assumere un incurvamento da un lato per una sbagliata posizione.

Ma tali deviazioni sono *temporanee* e di *durata limitata*: se rimuoviamo le cause che le hanno provocate (ad esempio, mettendo un rialzo all'arto inferiore più corto, o curan-



do il dolore vertebrale, o correggendo le posizioni errate), la colonna vertebrale riprende l'assetto normale. Tutte queste deviazioni laterali della colonna formano le cosiddette **"scoliosi da atteggiamento"** o **"funzionali"**, che non preoccupano in quanto **"false scoliosi"**.

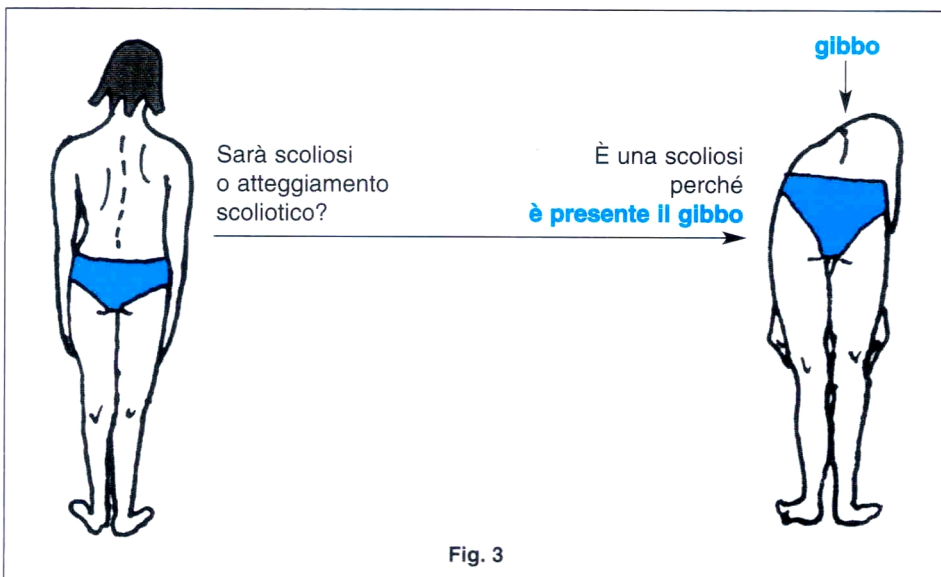
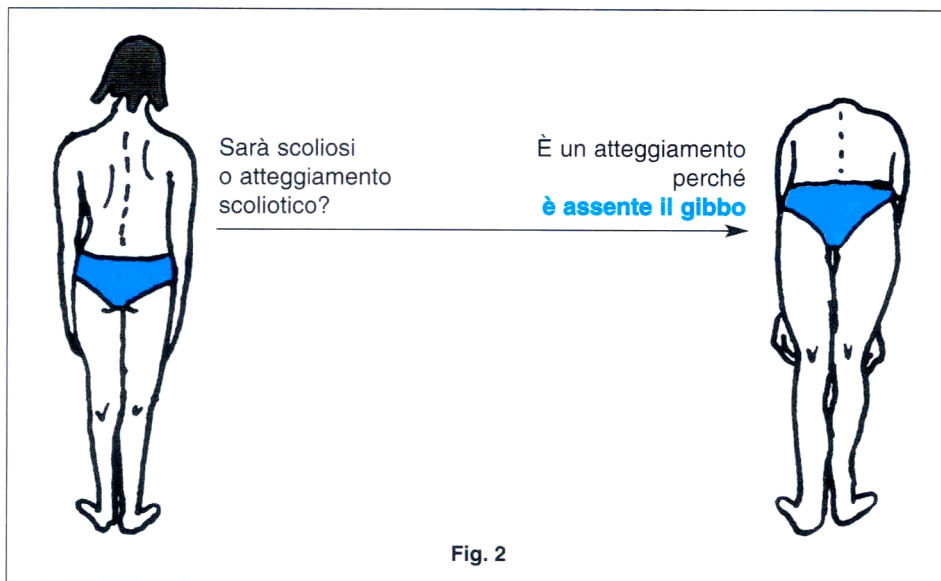
La malattia "scoliosi", la **"vera scoliosi"**, che ci preoccupa e che precocemente ricerchiamo è quella deformità della colonna vertebrale che oltre a presentare un incurvamento laterale, associa una rotazione sull'asse longitudinale delle vertebre; tale deformità è **fissa e permanente** e non può essere modificata attivamente dal paziente: tale deformità è definita **"scoliosi strutturata"**.

Come distinguere le due forme?

La distinzione è facile e semplice, tanto che anche un genitore può effettuarla controllando i propri figli (Figg. 2 e 3): basta osservare il torace nudo del ragazzo o della ragazza, in piedi e posteriormente; l'osservatore potrà allora evidenziare alcune anomalie come una spalla più alta dell'altra, la sporgenza di una scapola, la rientranza di un fianco. Tali anomalie possono far sospettare una scoliosi ma non distinguere una "scoliosi da atteggiamento" da una "scoliosi permanente o strutturata".

Per ottenere tale distinzione **basta flettere in avanti** il soggetto in esame, piegato sulla vita a **80-90 gradi**, con i piedi allineati, le ginocchia estese e le braccia sciolte: osservando così **tangenzialmente** la schiena, si potranno evidenziare:

- 1) la perfetta simmetria tra le due metà del torace e dei fianchi che ci potranno far asserire che le alterazioni osservate in precedenza sulla schiena del soggetto non piegato in avanti sono conseguenza di un **"atteggiamento scoliotico"** o falsa scoliosi;
- 2) l'asimmetria tra le due metà del torace o dei fianchi, per la presenza di una o più sporgenze o rilievi, detti **"gibbi"**, che ci potranno far asserire che le anomalie osservate in precedenza sulla schiena del soggetto non piegato in avanti, sono dovute ad una **"scoliosi strutturata"** o **"permanente"** o **"vera scoliosi"**.



L'osservazione della schiena in flessione anteriore alla ricerca del gibbo è fondamentale; e la presenza del **gibbo**, segno iniziale della deformità, indirizzerà la diagnosi, il decorso e la cura della scoliosi.

CAUSA

Per la massima parte delle scoliosi strutturate la causa è *genetica*, rientrando questa deformità nel gruppo delle malattie familiari: i bambini che sviluppano tale scoliosi sono già programmati dalla nascita per questa malattia, con un messaggio o codice genetico che poche volte evidenzierà la deformità nei primi anni di vita (scoliosi infantile e giovanile) ma che frequentemente, nel 90-95% dei casi, potrà colpire con questa alterazione gli adolescenti durante la loro *rapida crescita puberale* (scoliosi degli adolescenti). Ma spesso i genitori, ignorando la causa ereditaria, fanno derivare la scoliosi da posizioni viziate della colonna assunte dai propri figli (banchi di scuola, cartelle, zaini, ecc.): luoghi comuni senza alcun fondamento scientifico.

INCIDENZA

Su una popolazione in accrescimento sono colpiti da una scoliosi strutturata

5/7 ragazzi su **100**

ma solo

5 su **1.000** ragazzi scoliotici

evolvono la malattia verso una grave deformità tale da richiedere un trattamento con busti o un intervento chirurgico.

Quindi rendiamo meno drammatica questa malattia, ben consapevoli che 995 volte su 1.000 la deformità del ragazzo apparirà modesta non aggravandosi, o aggravandosi di poco nella crescita, senza raggiungere i limiti non più accettabili.

BILANCIO CLINICO

Un genitore attento e ben informato, una volta che avrà notato questa alterazione (gibbo) sulla schiena del proprio figlio, condurrà il ragazzo dal medico (sia esso di base o pediatra) il quale, effettuato il primo bilancio clinico, invierà il soggetto affetto dalla scoliosi strutturata verso lo specialista ortopedico; quest'ultimo, se lo riterrà necessario, farà effettuare l'esame radiografico. La prima osservazione e scoperta del gibbo e le successive valutazioni dello

stesso, con un'accurata sua misurazione nel tempo da parte dello specialista, possono evitare una inutile esposizione ai raggi attraverso ripetuti controlli radiografici che, il più delle volte, non offrono vantaggi nel determinare la progressione della malattia scoliosi e la sua cura. Importante quindi limitare all'indispensabile l'esposizione ai raggi X di questi pazienti in giovane età.

CURA

È essenzialmente preventiva, non sulla causa che è genetica e quindi a tutt'oggi inarrestabile, ma controllando la malattia nel tempo. Osservando il decorso clinico di numerosissimi casi di scoliosi strutturata, sono stati ricavati dei **limiti di altezza del gibbo**, oltre i quali, in percentuale molto alta e nel periodo della rapida crescita puberale, la malattia – se non bloccata con opportuno busto ortopedico (Fig. 4) – esiterà in una grave deformità rendendo necessario un intervento chirurgico correttivo.

Statisticamente, come abbiamo già detto in precedenza, su 1.000 ragazzi scoliotici soltanto a 5 di essi sarà consigliato un busto o un intervento chirurgico correttivo: negli altri casi la deformità del ragazzo colpito dalla scoliosi, nei periodici controlli apparirà modesta nella sua evolutività, aggravandosi di poco nella crescita senza mai raggiungere i limiti non più accettabili.

Spesso i genitori chiedono se sia necessario, per prevenire o correggere la scoliosi, la ginnastica o lo sport. La ginnastica e lo sport sono inutili e certamente non preventivi o correttivi di una scoliosi: nessuna avversione verso la ginnastica che insieme allo sport, qualunque esso sia, rimane sempre un apporto utile alla mente, alla muscolatura e alla buona postura di un ragazzo o di una ragazza siano essi **sani** o **scoliotici**; ma va ben chiarito che purtroppo nessuna influenza potrà avere, sia lo sport che la ginnastica, nel prevenire, bloccare o correggere una deformità della colonna già ben programmata nella sua evolutività dal corredo genetico familiare.

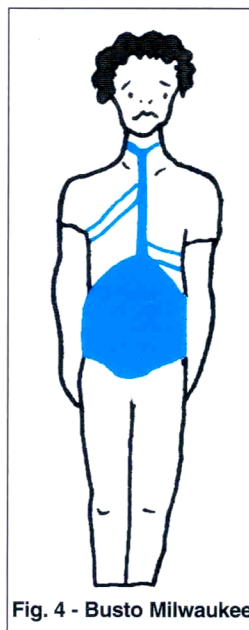


Fig. 4 - Busto Milwaukee