

SCOLIOSI IDIOPATICA

La scoliosi idiopatica è una complessa malattia della colonna vertebrale caratterizzata da un'alterazione anatomica delle vertebre e delle altre strutture di sostegno del tronco (fig. 1). Viene definita anche scoliosi dell'età evolutiva o giovanile in relazione alla sua comparsa caratteristica nel periodo pre-puberale ed al suo potenziale peggioramento durante la fase di accrescimento rapido.

Tale dimorfismo si manifesta macroscopicamente in una deviazione, sul piano laterale, della colonna vertebrale che perde la propria verticalità inclinandosi lateralmente in una o più curve. Al fine, tuttavia, di mantenere un adeguato "baricentro" la colonna vertebrale, come meccanismo naturale di difesa, si modifica sopra e sotto la curva principale in delle curve definite di "compenso".

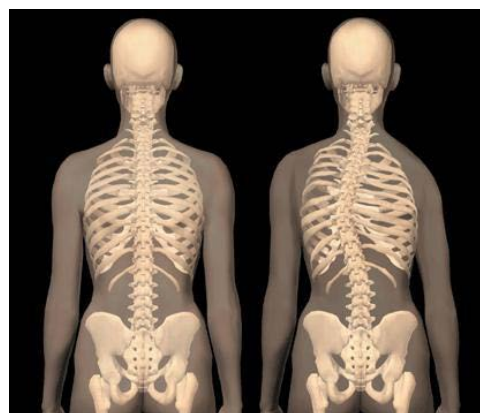
La scoliosi non è una condizione correggibile se non mediante un intervento esterno.

La scoliosi va assolutamente distinta "dall'atteggiamento scoliotico" che non è un dimorfismo bensì un paramorfismo. Quest'ultima condizione è decisamente meno grave e si riscontra, ad esempio, nel frequente caso in cui i due arti inferiori hanno una diversa lunghezza causando una dismetria che tramite il bacino si trasmette al rachide. L'atteggiamento scoliotico viene semplicemente corretto rimuovendone la causa (ad esempio l'uso di un plantare per riportare al pari le differenze di lunghezza degli arti inferiori) e con l'attività fisica costante.

Le cause della malattia non sono note ed è per questo che viene definita idiopatica. Si ritiene tuttavia che le basi della scoliosi possano riflettere un'alterazione genetica multifattoriale. Infatti è noto che una donna affetta da scoliosi ha una possibilità di generare un figlio con la stessa malattia 10 volte maggiore rispetto ad una madre sana.

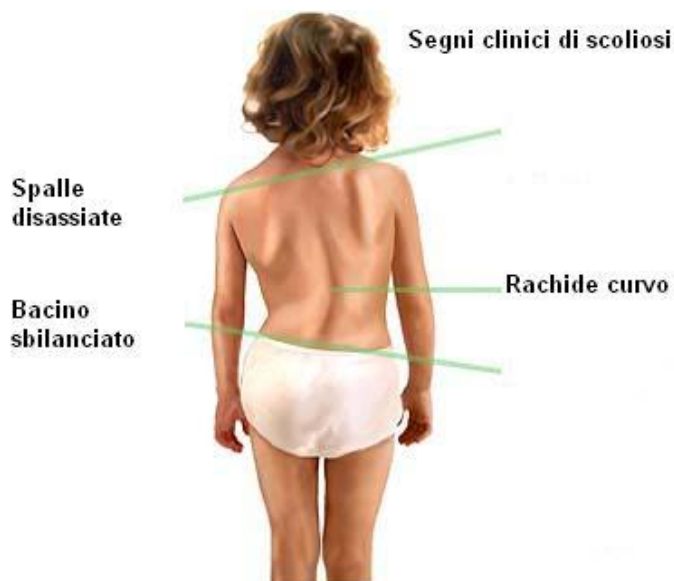
Fortunatamente la scoliosi idiopatica è un'affezione molto rara. Colpisce con più frequenza il sesso femminile, con un rapporto circa di 5-7:1 rispetto a quello maschile. L'età di insorgenza è quella infantile-adolescenziale; in ogni caso prima della pubertà, in genere tra gli 8 e i 12 anni. Le curve dorsali e dorso-lombari sono di più frequente riscontro. Fra queste le sinistro-convesse si osservano più abitualmente.

La diagnosi della malattia è intuitiva e si basa sull'attenta osservazione clinica del paziente. Successivamente la conferma diagnostica si ottiene mediante un semplice esame radiografico della colonna vertebrale.



Colonna Normale Colonna Scoliotica

Fig. 1: Rappresentazione di un rachide normale e di un rachide scoliotico con curva sinistro-convessa.



Tipicamente, osservando la schiena di un paziente scoliotico è facilmente evidenziabile un'asimmetria dell'altezza delle spalle e delle creste iliache, associata ad una curvatura laterale della colonna (Fig. 4).

Il lato della convessità appare disegnato dalla prominente cutanea delle apofisi spinose e dall'asimmetria delle masse muscolari. Come detto prima, la rotazione vertebrale crea nei casi più gravi una deformazione della gabbia toracica: facendo flettere il tronco si potrà osservare la prominente del "gibbo costale", la deformazione funzionalmente più grave. Infatti, il torace mutato nella forma può risultare in una deviazione della trachea e dei bronchi e in una compressione polmonare con diminuzione della capacità respiratoria.

L'indice di gravità della malattia è rappresentato dalla misura in gradi della curva e dall'altezza del gibbo costale.

Per evoluzione intendiamo la possibilità che una curva scoliotica ha di accentuarsi (cioè di progredire) durante la crescita dopo la sua comparsa. Quest'evidenza è deducibile semplicemente dai controlli clinico-radiografici seriati e ravvicinati. Avremo così curve a maggior probabilità di evoluzione e curve a prognosi più benigna. Quest'aspetto rappresenta la parte più complessa e delicata dello studio e della cura della malattia. Infatti in relazione alla prognosi di evolutività di una curva scoliotica si è obbligati a prendere delle decisioni per ottenere il miglior trattamento della deformità che, comunque possono "segnare" pesantemente il piccolo paziente.

L'obiettivo di trattamento di una scoliosi idiopatica è il raggiungimento della maturità scheletrica del paziente con una curva scoliotica a minor angolarità possibile e, dunque, con il miglior risultato estetico e funzionale che si possa perseguire.

Esistono 3 possibilità di trattamento: il trattamento d'attesa, il trattamento con ortesi, il trattamento chirurgico.*

Il trattamento con ortesi viene attuato in caso di evidenza di evolutività della curva con un'angolazione sopra i 20° e fino a 35°-40°. Mediante l'utilizzo di busti ortopedici fra cui i più noti sono il Lionese lo Cheneau e il Milwaukee si cerca di arrestare (nei casi migliori di migliorare) l'evolutività della curva. Tali corsetti, tuttavia, per avere efficacia vanno indossati nella maggior parte dei casi 23 ore al giorno fino al raggiungimento della maturità scheletrica.

*FONTE: <http://www.medicitalia.it/minforma/neurochirurgia/616-scoliosi-idiopatica.html>

L'Ortopedia Vimedical costruisce per i suoi pazienti diversi tipi di busti su misura per scoliosi idiopatica seguendo i pazienti con frequenti controlli durante tutto il periodo della tutorizzazione. Siamo inoltre specializzati nella tutorizzazione sia di scoliosi neurologiche (es. paralisi cerebrali infantili) con busti statici equilibrati sia nella costruzione di docce o di tutori dinamici gamba-piede o coscia-gamba-piede.

