



isico

ISTITUTO SCIENTIFICO ITALIANO COLONNA VERTEBRALE

www.isico.it

Stefano Negrini
Direttore Scientifico

Michele Romano
Direttore Tecnico

Centri

"Studio Paolo Sibilla"
Via Carlo Crivelli 20
20122 Milano

"Centro Scoliosi Negrini"
Corso Pavia 37
27029 Vigevano (PV)

"ISICO - Trento"
"Poliamb. Trento Nord"
Via Renato Lunelli 32
38100 Trento

"ISICO - Pescara"
"Palestra Personal Gym"
Via A. Saffi 27
65100 Pescara

Ambulatori

Como
Cremona
Legnago (VR)
Padova
Parma
Piacenza
Porto S. Giorgio (AP)
Reggio Calabria

Segreteria

Via Carlo Crivelli 20
20122 Milano
Tel. 02.58320947
Fax 02.58320953
E-mail isico@isico.it

Milano, 9 giugno 2006

COMUNICATO STAMPA n° 4/2006

Le novità del mese dal mondo della colonna vertebrale

➤ **Notizie dall'estero: Chi ha mal di schiena cronico si siede male...**

Uno studio australiano indaga a fondo i rapporti tra postura seduta e mal di schiena. Secondo i ricercatori i pazienti con mal di schiena cronico assumono posture particolari che non si ritrovano nei soggetti senza dolori. Le cause dei dolori non sarebbero, però, nello stare seduti...

➤ **Notizie dall'Italia: Medici di famiglia e fisioterapisti a confronto sul colpo di frusta**

Lo studio mette a confronto i risultati ottenuti da medici di famiglia e fisioterapisti nel trattamento dei pazienti con recente colpo di frusta. I risultati delle cure sono a favore dei fisioterapisti nel breve termine, ma a lungo termine tendono a sovrapporsi.

➤ **Notizie da ISICO: Perché trattiamo la scoliosi idiopatica dell'adolescente e cosa pensano dei nostri trattamenti i pazienti?**

Lo studio pubblicato da ISICO è stato condotto con i membri di SOSORT, società scientifica per il trattamento conservativo delle patologie vertebrali in età evolutiva: l'obiettivo era di verificare le scelte di fondo nel trattamento della scoliosi da parte di un gruppo di esperti.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare:

- **Stefano Negrini**, medico fisiatra, Direttore Scientifico di Isico (stefano.negrini@isico.it)
- **Michele Romano**, fisioterapista, Direttore Tecnico di Isico (michele.romano@isico.it)
- **Marco Monticone**, medico fisiatra, Ricercatore Isico (marco.monticone@isico.it)
- Segreteria di Isico: tel. 02.58320947 – fax 02.58320953 (isico@isico.it)



Chi ha mal di schiena cronico si siede male...

Uno studio australiano indaga a fondo i rapporti tra postura seduta e mal di schiena. Secondo i ricercatori i pazienti con mal di schiena cronico assumono posture particolari che non si ritrovano nei soggetti senza dolori. Le cause del dolore non sarebbero, però, nello stare seduti...

L'abstract

Titolo: Differences in sitting postures are associated with nonspecific chronic low back pain disorders when patients are subclassified.

STUDY DESIGN: A comparative study. OBJECTIVES: To investigate sitting postures of asymptomatic individuals and nonspecific chronic low back pain (NS-CLBP) patients (pooled and subclassified) and evaluate the importance of subclassification. SUMMARY OF BACKGROUND: Currently, little evidence exists to support the hypothesis that CLBP patients sit differently from pain-free controls. Although classifying NS-CLBP patients into homogeneous subgroups has been previously emphasized, no attempts have been made to consider such groupings when examining seated posture. METHODS: Three angles (sacral tilt, lower lumbar, and upper lumbar) were measured during "usual" and "slumped" sitting in 33 NS-CLBP patients and 34 asymptomatic subjects using an electromagnetic measurement device. Before testing, NS-CLBP patients were subclassified by two blinded clinicians. Twenty patients were classified with a flexion motor control impairment and 13 with an active extension motor control impairment. RESULTS: No differences were found between control and NS-CLBP (pooled) patients during usual sitting. In contrast, analyses based on subclassification revealed that patients classified with an active extension pattern sat more lordotic at the symptomatic lower lumbar spine, whereas patients with a flexion pattern sat more kyphotic, when compared with healthy controls ($F = 19.7$; $df_1 = 2$, $df_2 = 63$, $P < 0.001$). Further, NS-CLBP patients had less ability to change their posture when asked to slump from usual sitting ($t = 4.2$, $df = 65$; $P < 0.001$). CONCLUSIONS: Differences in usual sitting posture were only revealed when NS-CLBP patients were subclassified. This highlights the importance of subclassifying NS-CLBP patients.

Autori: Dankaerts W, O'Sullivan P, Burnett A, Straker L. Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.
Spine. 2006 Mar 15;31(6):698-704.

Stato dell'arte: Quali rapporti tra lombalgia e postura seduta?

In relazione all'importanza del mal di schiena e alla progressiva diffusione di stili di vita prevalentemente sedentari nei Paesi Occidentali, vi è una crescente attenzione riguardo



lo studio della postura seduta e i suoi probabili o supposti riflessi negativi a livello della colonna vertebrale.

Sebbene non completamente chiarite, sono state avanzate diverse ipotesi a proposito dei rapporti tra mal di schiena e postura seduta. Vi sono ancora dubbi nel ritenere la postura seduta un vero e proprio fattore di rischio per la lombalgia, mentre è opinione diffusa ritenere che la postura seduta, soprattutto se prolungata, possa far peggiorare dolori vertebrali già esistenti. Questo tenderebbe a creare un pericoloso circolo vizioso: infatti le osservazioni cliniche portano ad affermare che deficit motori pre-esistenti possano, alla lunga, condizionare la postura seduta corretta. Infine, poco si sa a proposito delle posture sedute di chi il mal di schiena ce l'ha già rispetto a chi non ce l'ha.

Nonostante le evidenze scientifiche siano ancora carenti, la maggioranza dei clinici è portata comunque a tenere in considerazione questo aspetto, cercando di migliorarlo durante le proprie terapie.

Commento: Postura seduta e lombalgia. Chi viene prima?

I ricercatori australiani hanno condotto lo studio per valutare i principali aspetti clinici della postura seduta in persone con mal di schiena cronico. I soggetti sono stati analizzati attentamente, cercando di evidenziare gli specifici atteggiamenti in posizione seduta.

I risultati non mettono in luce particolari differenze nello star seduti tra soggetti con lombalgia e soggetti asintomatici. Analizzati più nel dettaglio, però, i soggetti con mal di schiena cronico presentano specifici deficit motori che condizionano la qualità della postura seduta. Questi soggetti tendono, infatti, ad assumere specifiche posizioni quando seduti, in particolare in eccessiva lordosi o in eccessiva cifosi del tratto più inferiore della colonna. Presentano, inoltre, una maggiore difficoltà a correggere queste anomale posture rispetto ai soggetti senza lombalgia. Lo studio, unico nel suo genere, riveste interesse in termini classificativi, clinici e terapeutici. I soggetti con lombalgia cronica sembrano essere predisposti a sviluppare questa patologia a causa di deficit motori pre-esistenti e la postura seduta li esalta, peggiorandone gli aspetti clinici. Questi soggetti assumono, infine, particolari posizioni che chi non ha mal di schiena non presenta, con più difficoltà ad auto-correggersi.



Medici di famiglia e fisioterapisti a confronto sul colpo di frusta

Lo studio mette a confronto medici i risultati ottenuti da famiglia e fisioterapisti nel trattamento dei pazienti con recente colpo di frusta. I risultati delle cure sono a favore dei fisioterapisti nel breve termine, ma a lungo termine tendono a sovrapporsi.

L'abstract

Titolo: Education by general practitioners or education and exercises by physiotherapists for patients with whiplash-associated disorders? A randomized clinical trial.

STUDY DESIGN: Randomized clinical trial. OBJECTIVE: To compare the effectiveness of education and advice given by general practitioners (GPs) with education, advice, and active exercise therapy given by physiotherapists (PTs) for patients with whiplash-associated disorders. SUMMARY OF BACKGROUND DATA: Available evidence from systematic reviews has indicated beneficial effects for active interventions in patients with whiplash-associated disorders. However, it remained unclear which kind of active treatment was most effective. METHODS: Whiplash patients with symptoms or disabilities at 2 weeks after accident were recruited in primary care. Eligible patients still having symptoms or disabilities at 4 weeks were randomly allocated to GP care or physiotherapy. GPs and PTs treated patients according to a dynamic multimodal treatment protocol primarily aimed to increase activities and influence unfavorable psychosocial factors for recovery. We trained all health care providers about the characteristics of the whiplash problem, available evidence regarding prognosis and treatment, and protocol of the interventions. The content of the information provided to patients during treatment depended on the treatment goals set by the GPs or PTs. Also, the type of exercises chosen by the PTs depended on the treatment goals, and it was not explicitly necessary that exercise therapy was provided in all patients. Primary outcome measures included neck pain intensity, headache intensity, and work activities. Furthermore, an independent blinded assessor measured functional recovery, cervical range of motion, disability, housekeeping and social activities, fear of movement, coping, and general health status. We assessed outcomes at 8, 12, 26, and 52 weeks after the accident. RESULTS: A total of 80 patients were randomized to either GP care (n = 42) or physiotherapy (n = 38). At 12 and 52 weeks, no significant differences were found concerning the primary outcome measures. At 12 weeks, physiotherapy was significantly more effective than GP care for improving 1 of the measures of cervical range of motion (adjusted mean difference 12.3 degrees ; 95% confidence interval [CI] 2.7-21.9). Long-term differences between the groups favored GP care but were statistically significant only for some secondary outcome measures, including functional recovery (adjusted relative risk 2.3; 95% CI 1.0-5.0), coping (adjusted mean difference 1.7 points; 95% CI 0.2-3.3), and physical functioning (adjusted mean difference 8.9 points; 95% CI 0.6-17.2). CONCLUSIONS: We found no significant differences for the primary outcome measures. Treatment by GPs and PTs were of similar effectiveness. The long-term effects of GP care seem to be better compared to physiotherapy for functional recovery, coping,



and physical functioning. Physiotherapy seems to be more effective than GP care on cervical range of motion at short-term follow-up.

Autori: Scholten-Peeters GG, Neeleman-van der Steen CW, van der Windt DA, Hendriks EJ, Verhagen AP, Oostendorp RA. Dutch Institute of Allied Health Care, Amersfoort, The Netherlands. Spine. 2006 Apr 1;31(7):723-31.

Stato dell'arte: Il colpo di frusta

Il colpo di frusta rappresenta un problema clinico e sociale di estremo rilievo. Il tamponamento tra auto può provocare un danno tissutale che provoca una varietà di sintomi e di questi i più comuni sono il dolore cervicale e il mal di testa. La maggior parte dei colpi di frusta assumono caratteristiche benigne, con tendenza alla risoluzione spontanea in poche settimane dal trauma iniziale. Molto diffuso e ancor di più sottostimato, il colpo di frusta diventa però importante qualora assuma carattere cronico, tendendo a persistere per più di tre mesi, oltre i normali tempi di recupero. Una parte dei pazienti (dal 7 al 14% dei casi) tende infatti a cronicizzare ed il quadro clinico può divenire disabilitante. L'evidenza clinica induce ad assumere da subito un atteggiamento rassicurante verso i pazienti con recente colpo di frusta, consigliando loro di rimanere attivi. Trattamenti fisioterapici manuali e tecniche di riabilitazione attiva sono altrettanto utilizzabili, mentre sono sconsigliati il riposo e l'uso di un collare per tempi prolungati.

Commento: L'educazione per i pazienti con recente colpo di frusta è determinante

I ricercatori olandesi hanno condotto uno studio su un gruppo di pazienti con recente colpo di frusta per valutare l'efficacia di un trattamento attivo fatto da medici di famiglia e basato su educazione e consigli, rispetto ad un trattamento fatto da fisioterapisti e basato su esercizi attivi, oltre a educazione e consigli. I pazienti sono stati attentamente esaminati rispetto a dolore, cefalea, aspetti funzionali, psico-sociali e lavorativi. I risultati a breve termine depongono a favore dell'intervento terapeutico eseguito dai fisioterapisti, con miglioramenti significativi nel controllo del dolore e nel miglioramento del movimento. A lungo termine, gli aspetti legati al dolore (cervicalgia e cefalea) e di ritorno alle normali attività della vita quotidiana (abilità lavorative) tendono a sovrapporsi in entrambi i gruppi, mostrando addirittura che il recupero fisico e le strategie psico-sociali sono, seppur di poco, migliori nel gruppo di pazienti afferente ai medici di famiglia. Nonostante alcuni limiti metodologici rilevabili nella conduzione dello studio, questi dati depongono a favore di un intervento attivo e quanto più possibile precoce per questa tipologia di pazienti in grado, anche nella sua semplicità, di offrire le giuste rassicurazioni e i corretti consigli che i pazienti desiderano. E' fondamentale non ostacolare il rapido recupero funzionale che tende a compiersi spontaneamente nella grande maggioranza dei casi.



Perché trattiamo la scoliosi idiopatica dell'adolescente e cosa pensano dei nostri trattamenti i pazienti.

Lo studio pubblicato da ISICO è stato condotto con i membri di SOSORT, società scientifica per il trattamento conservativo delle patologie vertebrali in età evolutiva: l'obiettivo era di verificare le scelte di fondo nel trattamento della scoliosi da parte di un gruppo di esperti.

Titolo: Why do we treat adolescent idiopathic scoliosis? What we want to obtain and to avoid for our patients. SOSORT 2005 Consensus Paper

Background. Medicine is a scientific art: once science is not clear, choices are made according to individual and collective beliefs that should be better understood. This is particularly true in a field like adolescent idiopathic scoliosis, where currently does not exist definitive scientific evidence on the efficacy either of conservative or of surgical treatments.

Aim of the study. To verify the philosophical choices on the final outcome of a group of people believing and engaged in a conservative treatment of idiopathic scoliosis.

Methods. We performed a multifaceted study that included a bibliometric analysis, a questionnaire, and a careful Consensus reaching procedure between experts in the conservative treatment of scoliosis (SOSORT members).

Results. The Consensus reaching procedure has shown to be useful: answers changed in a statistically significant way, and 9 new outcome criteria were included. The most important final outcomes were considered Aesthetics (100%), Quality of life and Disability (more than 90%), while more than 80% of preferences went to Back Pain, Psychological well-being, Progression in adulthood, Breathing function, Scoliosis Cobb degrees (radiographic lateral flexion), Needs of further treatments in adulthood.

Discussion. In the literature prevail outcome criteria driven by the contingent treatment needs or the possibility to have measurement systems (even if it seems that usual clinical and radiographic methods are given much more importance than more complex Disability or Quality of Life instruments). SOSORT members give importance to a wide range of outcome criteria, in which clinical and radiographic issues have the lowest importance.

Conclusion. We treat our patients for what they need for their future (Breathing function, Needs of further treatments in adulthood, Progression in adulthood), and their present too (Aesthetics, Disability, Quality of life). Technical matters, such as rib hump or radiographic lateral alignment and rotation, but not lateral flexion, are secondary outcomes and only instrumental to previously reported primary outcomes. We advocate a multidimensional, comprehensive evaluation of scoliosis patients, to gather all necessary



data for a complete therapeutic approach, that goes beyond x-rays to reach the person and the family.

Autori: Stefano Negrini, Theodoros B Grivas, Tomasz Kotwicki, Toru Maruyama, Manuel Rigo, Hans Rudolf Weiss and the members of the Scientific society On Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT)

Stato dell'arte: Cure mediche ed aspettative dei pazienti con scoliosi idiopatica

Ad oggi non esistono prove scientifiche definitive che dimostrino l'efficacia del trattamento conservativo o del trattamento chirurgico per i pazienti con scoliosi idiopatica adolescenziale. Di questo, ogni clinico deve tenere conto nel fare le proprie scelte terapeutiche. La Medicina non è una scienza esatta, è piuttosto un'arte scientifica in cui valutazioni e risultati terapeutici sono influenzati da molte variabili e non possono essere standardizzati o predetti con esattezza a priori. Queste premesse implicano che molte delle scelte mediche sono compiute prevalentemente in base ad opinioni individuali e collettive, che dovrebbero essere meglio comprese e studiate.

Su quali basi trattiamo i pazienti con scoliosi? Cosa vogliamo per questi pazienti e cosa loro vogliono da noi?

In letteratura i risultati vengono per lo più valutati sulla base delle necessità di trattamento o della possibilità di avere sistemi di misurazione affidabili, nonostante sia piuttosto palese l'incompletezza di questi approcci. Anche se sono ancora pochi i clinici che operano in questo senso, è sempre più necessario aprirci al paziente in modo diverso, in termini di qualità di vita e di loro aspettative, pensando attentamente ai riflessi positivi e negativi che le nostre scelte possono provocare.

Commento: Perché trattiamo la scoliosi idiopatica dell'adolescente e cosa pensano dei nostri trattamenti i pazienti?

Lo studio condotto dai membri di SOSORT, società scientifica per il trattamento conservativo delle patologie vertebrali in età evolutiva, aveva l'obiettivo di verificare le scelte di fondo da parte di un gruppo di esperti in questo campo, ponendole in relazione con le aspettative dei pazienti.

Lo studio includeva un'analisi bibliometrica, un questionario e un consenso sulla procedura da seguire da parte dei membri di SOSORT inclusi nella ricerca. La finalità era di analizzare la motivazione al trattamento, strettamente collegato ai comportamenti clinici quotidiani.

I risultati clinici presi maggiormente in considerazione durante la discussione sono stati: il rischio evolutivo in età adulta, gli aspetti estetici, la qualità della vita, la necessità di



ulteriori trattamenti in età adulta, il rischio potenziale di dolore e di disabilità, a medio e a lungo termine.

Sorprendentemente, molte delle questioni tecniche presentate, e che usualmente assumono primaria importanza durante la valutazione medica e tecnica, rivestono un ruolo secondario nella visione globale del problema. Gli Autori concludono a favore della necessità di un approccio omnicomprensivo alla disabilità di questi pazienti, che non si limiti unicamente a tecniche valutative ed approcci terapeutici standard, che tengono poco conto degli aspetti più personali di ogni paziente. L'approccio auspicato si fonda su un trattamento che tenga in considerazione innanzitutto i bisogni dei pazienti nel presente (aspetti estetici, percezione della qualità della vita), ed in prospettiva futura (necessità di ulteriori trattamenti in età adulta, rischio di evolutività in età adulta).