

I problemi del rachide in età avanzata



Osteoporosi e fratture vertebrali, artrosi, stenosi del canale vertebrale, scoliosi sono tra le patologie comuni che colpiscono la colonna vertebrale nella terza età. L'approccio è in prevalenza di tipo conservativo con uso del corsetto, esercizi fisioterapici e terapia farmacologica al bisogno

Gli effetti dell'invecchiamento si fanno sentire anche a livello della colonna vertebrale, principale struttura di sostegno del corpo umano. Osteoporosi e fratture vertebrali, artrosi, stenosi del canale vertebrale, scoliosi sono patologie comuni che colpiscono il rachide nella terza età. Il loro trattamento è principalmente conservativo attraverso l'utilizzo di un busto ortopedico, terapia farmacologica, esercizi fisioterapici e attività fisica commisurati con l'età. Ne abbiamo parlato con gli esperti di ISICO, la dottoressa Silvia Pelà, fisiatra e Alessandra Negrini, fisioterapista.

Osteoporosi e fratture vertebrali

Malattia sistemica dell'apparato scheletrico, caratterizzata da una bassa densità minerale e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, con conseguente aumento della fragilità ossea legato in prevalenza all'invecchiamento, l'osteoporosi colpisce anche la colonna vertebrale aumentandone il rischio fratturativo. Nel nostro Paese sono circa 70 mila ogni anno gli accessi di ultrasessantacinquenni al pronto soccorso per fratture vertebrali. Un dato che non fornisce, comunque, la reale entità del problema: si stima, infatti che il numero



Alessandra Negrini,
fisioterapista in ISICO



Silvia Pelà, fisiatra in ISICO

OSTEOPOROSI E FRATTURE VERTEBRALI, ARTROSI, STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE, SCOLIOSI SONO PATOLOGIE COMUNI CHE COLPISCONO IL RACHIDE NELLA TERZA ETÀ. IL LORO TRATTAMENTO È PRINCIPALMENTE CONSERVATIVO ATTRAVERSO L'UTILIZZO DI UN BUSTO ORTOPEDICO, TERAPIA FARMACOLOGICA, ESERCIZI FISIOTERAPICI E ATTIVITÀ FISICA COMMISURATI ALL'ETÀ

sia circa dieci volte superiore, in quanto le fratture vertebrali restano spesso misconosciute e vengono diagnosticate solo in seguito a indagine per lombalgie. Si stima ancora che oltre i 70 anni una donna su quattro subisca una frattura vertebrale; l'incidenza cresce ulteriormente oltre i 75 anni con un'incidenza di circa il 35%. «In un paziente affetto da osteoporosi ci possono essere condizioni predisponenti che rendono la colonna vertebrale instabile e la espongono a un maggior rischio fratturativo, quali: precedenti fratture da fragilità causate da trauma minimo; anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore ai 75 anni; menopausa prima dei 45 anni, indice di massa corporea (BMI) < 19 Kg/m²; terapia protratta con glucocorticoidi e, limitatamente alle donne in menopausa, se

presenta almeno 3 o più fattori di rischio minori; età superiore ai 65 anni; anamnesi familiare per severa osteoporosi; periodi superiori ai 6 mesi di amenorrea premenopausale; inadeguato apporto di calcio (<1200 mg/die); fumo >20 sigarette/die; abuso alcolico (>60 g/die di alcool); un'alterazione biomeccanica del rachide dovuta a una flessione dello stesso», esordisce la dottoressa Pelà.

La frattura vertebrale

Un trauma, un movimento brusco con torsione del rachide possono essere la causa scatenante di una frattura vertebrale quando l'evento si innesta in un quadro clinico di scarsa qualità dell'osso. «La caduta dell'anziano associata a dolore localizzato, in prevalenza a livello dorso-lombare, dove le fratture vertebrali sono più frequenti,

è uno dei motivi più frequenti per i quali si accede al pronto soccorso, ma la sintomatologia può essere rappresentata anche da un dolore che non insorge in acuto bensì gradualmente, un dolore cronico che tende a peggiorare – o comunque a non attenuarsi o migliorare con le terapie domiciliari tradizionali», continua la dottoressa Pelà. «La frattura vertebrale stessa rappresenta un notevole fattore di rischio per un'ulteriore frattura vertebrale o in altra sede, perché essa determina un'alterazione biomeccanica della colonna vertebrale con peggioramento della cifosi e conseguenti problemi respiratori, a causa dell'incapacità di mantenere una postura eretta, ma anche a livello gastrico, l'anziano prova un senso di sazietà dovuto alla pressione esercitata dalla deformità a livello dello stomaco».

SPECIALE TERZA ETÀ I PROBLEMI DEL RACHIDE

In caso di frattura vertebrale, la diagnosi si basa innanzitutto su un'attenta anamnesi – familiare, personale – che andrà a identificare i fattori di rischio, seguita da un esame obiettivo che valuterà il grado di cifosi, la riduzione dell'altezza: le fratture vertebrali possono determinare una riduzione anche superiore ai 6 cm. «Si valuteranno anche i sintomi quali il dolore localizzato, la perdita di peso, i problemi respiratori... L'esame radiografico sarà in grado di evidenziare deformità vertebrali e cedimenti, nel caso di frattura vertebrale con sintomatologia di insorgenza recente la risonanza magnetica consentirà di datarla con maggior precisione», aggiunge la dottoressa Pelà.

La terapia in caso di frattura

Il trattamento è comunemente conservativo: riposo, utilizzo di corsetto e una terapia farmacologica con analgesici, quando il dolore sia particolarmente importante. «Nel caso di frattura, l'utilizzo del corsetto è fondamentale perché consentirà di immobilizzare la colonna vertebrale fino alla guarigione», continua la dottoressa Pelà. «Si tratta di corsetti rigidi a 3, a 5 punti o a crociera, generalmente preconfezionati: un corsetto su misura consentirebbe una migliore compliance da parte del paziente, un'immobilizzazione ottimale della colonna vertebrale e un maggior ausilio nei confronti del dolore, ma l'impossibilità di disporne nell'immediato

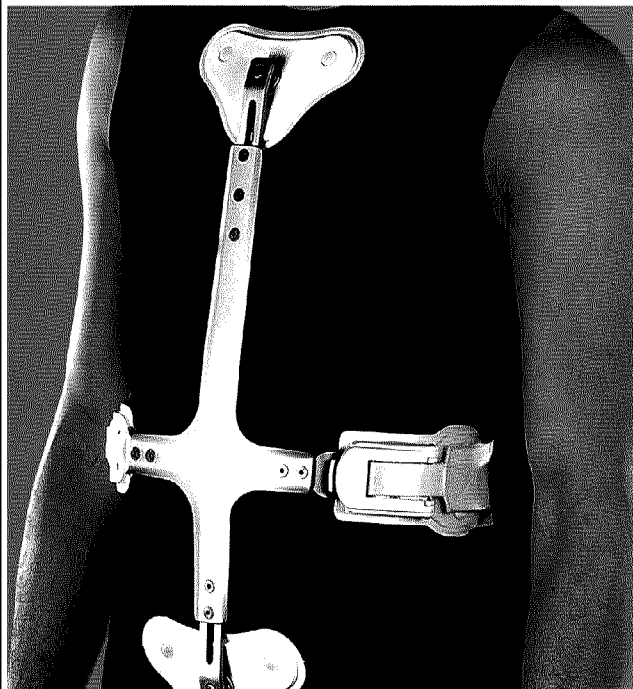
IL TRATTAMENTO È COMUNEMENTE CONSERVATIVO: RIPOSO, UTILIZZO DI CORSETTO E UNA TERAPIA FARMACOLOGICA CON ANALGESICI, QUANDO IL DOLORE È IMPORTANTE. NEL CASO DI FRATTURA

porterebbe a dovere allattare il paziente con tutti i problemi che ne conseguono». Per quanto riguarda la posologia, il corsetto deve essere sempre indossato dal paziente quando si trova in condizioni di carico, quindi in posizione eretta o seduta, ma buona norma sarebbe il suo utilizzo h24. «Se il paziente ha una scarsa tolleranza verso l'ortesi, il corsetto potrà essere dismesso in posizione sdraiata», aggiunge la dottoressa Pelà. «L'immobilizzazione svolge d'altronde un ruolo importante nel prevenire nuove fratture causate da un incremento dell'instabilità del rachide». Il trattamento prevede circa due mesi di corsetto durante i quali è possibile già prescrivere degli esercizi ad hoc. «In presenza di frattura vertebrale, l'obiettivo degli esercizi di fisioterapia è di mantenere in attività, per quanto possibile, la persona anziana evitando la diminuzione del tono muscolare



e favorendo la funzione», spiega la dottoressa Negrini. «Con la graduale dismissione del corsetto, l'obiettivo sarà quello di recuperare l'articolarià attraverso un movimento più fisiologico. Si assoceranno esercizi finalizzati al recupero del tono muscolare e al ripristino della funzione».

**Scoliosi in
soggetto
anziano**



L'UTILIZZO DEL CORSETTO È FONDAMENTALE PERCHÉ CONSENTE DI IMMOBILIZZARE LA COLONNA VERTEBRALE FINO ALLA GUARIGIONE

L'approccio conservativo prevede l'uso del corsetto associato all'assunzione di analgesici

Le terapie fisiche, in particolare la magnetoterapia, possono accompagnare il trattamento con il fine di contenere il dolore. L'opzione chirurgica è da valutare caso per caso, la vertebroplastica e la cifoplastica sono i due trattamenti più utilizzati.

Contrastare l'osteoporosi

L'osteoporosi è una causa importante di fratture vertebrali. L'attività fisica e gli esercizi mirati hanno un'importante azione preventiva che può contrastare la fragilità ossea e il rischio fratturativo indotti da questa patologia degenerativa. «L'immobilità influisce, purtroppo, in maniera negativa sulla massa ossea», continua la dottoressa Negrini. «Per l'anziano, trascorrere anche una sola settimana allettato può significare il crollo del contenuto

minerale osseo. Per questo l'attività fisica regolare, esercizi mirati per favorire il rinforzo del tessuto osseo, ma anche una dieta equilibrata, rivestono un ruolo di primaria importanza nell'anziano. Gli esercizi che si sono dimostrati più efficaci, in questo senso, sono quelli a maggiore impatto, ad alta intensità e con resistenza progressiva. Una valutazione medica è, comunque, indicata al fine di valutare le condizioni globali del paziente e ottimizzare il carico di lavoro e l'intensità degli esercizi che dovrà essere tale da impattare sulla massa ossea». Il cammino è un'ottima opportunità di muoversi, alla portata di tutti gli anziani, ma non risulta efficace per un recupero o una riduzione della perdita ossea. «Gli esercizi di tipo aerobico come il cammino molto intenso e veloce, intervallato a momenti

di jogging, la salita e discesa dalle scale o da uno step sono esercizi efficaci per limitare la riduzione della massa ossea», sottolinea la dottoressa Negrini. «In generale sono, comunque, indicati tutti quegli esercizi che operano con resistenze sempre più elevate compatibilmente con la condizione dell'anziano; quindi, anche esercizi di tonificazione muscolare effettuati in palestra: ogni contrazione muscolare, infatti provoca una compressione a livello osseo stimolando così l'osteogenesi. Da evitare, invece in assoluto, gli esercizi in flessione, come il toccare le punte dei piedi a gambe tese, i quali provocano un'iperpressione sui corpi vertebrali predisponendo a frattura. La gestione dell'ambiente domestico, dove maggiormente l'anziano passa la sua giornata, è altrettanto importante al fine di prevenire le cadute: quindi l'utilizzo, per esempio, di calzature idonee, la rimozione di ostacoli che potrebbero essere causa di inciampo, la presenza di animali domestici...».

L'artrosi vertebrale

Patologia legata all'usura e all'invecchiamento, l'artrosi colpisce soprattutto le sedi più sottoposte al carico: anche, ginocchia e colonna vertebrale. «È un problema che si manifesta via via con maggiore intensità e

SPECIALE TERZA ETÀ I PROBLEMI DEL RACHIDE

frequenza con il progredire degli anni e riguarda circa il 60% della popolazione a 60 anni, mentre 2 anziani su tre a 70», ricorda la dottoressa Pelà. «I primi segni di artrosi a livello vertebrale sono molto precoci – già intorno ai 40 anni – anche se il riscontro è tuttavia occasionale a seguito, per esempio, di un esame radiografico effettuato per altri motivi. Il tratto più colpito è quello lombare – nel 33% dei casi – seguito da quello cervicale (30%), mentre per quanto riguarda il tratto dorsale l'incidenza è pressoché irrilevante (1%). L'artrosi vertebrale colpisce inizialmente in egual misura uomini e donne, per poi mostrare, con l'avanzare dell'età, una maggior prevalenza nel sesso femminile». Il sintomo principale dell'artrosi vertebrale è il dolore associato anche a rigidità articolare con limitazioni articolari che riducono l'ampiezza dei movimenti del rachide come la rotazione del capo. Il dolore nel soggetto artrosico peggiora a causa del carico e verso sera, mentre scompare fuori carico e con il riposo. Una patologia vertebrale spesso correlata all'artrosi è la stenosi, un restringimento del canale midollare o dei forami di congiunzione che può determinare algie rilevanti. «L'iter diagnostico, come nel caso di fratture vertebrali, prevede una raccolta anamnestica importante e una valutazione clinica che verificherà eventuali limitazioni articolari, tumefazioni, che fanno pensare a una poliartrosi a vari livelli corporei. L'ulteriore percorso diagnostico prevede esami ematici, radiografici e, nel caso di

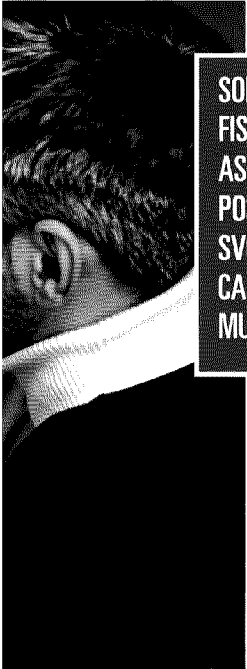


sospetto di patologia neurologica, una risonanza magnetica», continua la dottoressa Pelà.

Il trattamento dell'artrosi vertebrale

Nell'artrosi vertebrale la terapia è comunemente conservativa, di rado chirurgica. «Il trattamento prevede una terapia farmacologica volta a combattere il dolore e l'utilizzo di un corsetto che, diversamente da una frattura vertebrale, verrà indossato secondo le necessità del paziente con l'obiettivo sempre di contrastare il dolore», spiega la dottoressa Pelà. «Sono, inoltre, indicati esercizi fisioterapici, terapie fisiche e l'assunzione di miorilassanti che possono coadiuvare l'attività svolta con il fisioterapista nel caso di una significativa rigidità muscolare». L'attività fisica regolare, il movimento funzionale, svolgono

un importante ruolo nel contrastare il dolore artrosico migliorando la resistenza e favorendo una maggiore capacità di tollerare il carico durante la giornata. «Non esistono esercizi specifici per prevenire o curare l'artrosi, tuttavia il movimento effettuato in maniera funzionale, guidata, usando il buon senso e in progressione, senza comunque sovraccaricare, ha un effetto benefico sulla patologia riducendo il dolore», precisa la dottoressa Negrini. «Le fasce lombari, i busti, possono essere d'aiuto e consentire alla persona di svolgere più agevolmente e per un tempo più prolungato l'attività fisica. È comunque importante non abusarne, limitandone l'utilizzo ai momenti di reale necessità e con l'obiettivo di perseguire un miglioramento della condizione fisica, raggiunto il quale sarà opportuno abbandonarli».



SONO INDICATI ESERCIZI FISIOTERAPICI, TERAPIE FISICHE E ASSUNZIONE DI MIORILASSANTI, CHE POSSONO COADIUVARE L'ATTIVITÀ SVOLTA CON IL FISIOTERAPISTA NEL CASO DI UNA SIGNIFICATIVA RIGIDITÀ MUSCOLARE

Stenosi del canale vertebrale

Possibile complicanza dell'artrosi, la stenosi del canale vertebrale è il restringimento dello spazio che contiene il midollo spinale e le radici nervose, il quale può determinare una compressione midollare e dei nervi che decorrono attraverso la colonna vertebrale. «La stenosi vertebrale causa una sintomatologia più rilevante rispetto all'artrosi e può dare un dolore importante soprattutto a livello del gluteo, sciatalgia, cruralgia, a volte un dolore a livello lombare», continua la dottoressa Pelà. «Altri sintomi neurologici, sempre correlati alla stenosi, sono parestesie, crampi, spasmi a livello muscolare o riduzione della forza a livello degli arti inferiori. Un sintomo caratteristico è inoltre la claudicazione neurogena. Nei casi più gravi la stenosi può portare alla paresi». Se la prevalenza generale della stenosi vertebrale nella popolazione è pari al 9%, considerando invece le diverse fasce d'età si osserva come l'incidenza di questa patologia cresce con l'avanzare degli anni: oltre i 60 anni la prevalenza

raggiunge il 49%. La stenosi colpisce in prevalenza il tratto lombare, in minor misura quello cervicale, mentre con ridotta frequenza il tratto dorsale. «La diagnosi passa, anche in questo caso, attraverso una valutazione anamnestica e una valutazione clinica volte a valutare problematiche neurologiche e limitazioni articolari», precisa la dottoressa Pelà. «In seconda battuta può essere indicata una risonanza magnetica, esame strumentale che consente di verificare il restringimento del canale midollare o dei forami di coniugazione».

Cura della stenosi vertebrale

Il trattamento conservativo della stenosi vertebrale prevede una terapia farmacologica, volta a ridurre la sintomatologia algica e neurologica, una terapia fisica – con TENS, ultrasuoni e calore locale – l'utilizzo di un corsetto ed esercizi di fisioterapia. L'opzione chirurgica dovrà essere valutata al fallimento della terapia conservativa. «Per la riduzione del dolore si possono prescrivere antinfiammatori non steroidei, mentre per la sintomatologia neurologica è possibile intervenire con pregabalin, gabapentin nel caso di problemi radicolari e con vitamina B12 per la sua azione trofica sul nervo», continua la dottoressa Pelà. «Nel caso la stenosi sia associata a una compressione vascolare possono essere indicate le prostaglandine che, grazie alla loro azione vasodilatatoria, possono ridurre il dolore di origine vascolare». Il corsetto svolge una funzione

di sostegno. L'immobilizzazione del rachide riduce inoltre le sollecitazioni alleviando il dolore. «Gli esercizi di fisioterapia dovranno essere mirati a migliorare la mobilità, a recuperare la postura corretta – il paziente con stenosi vertebrale tende a piegarsi in avanti – a incrementare la capacità di sostegno, l'equilibrio e la resistenza nel cammino», spiega la dottoressa Negrini. «L'utilizzo del corsetto, nella misura in cui consente di mantenere una postura più eretta e permette di aumentare la resistenza nel cammino, è indicato sia per camminare sia in ortostatismo. L'approccio fisioterapico dovrà essere anche di tipo cognitivo comportamentale e volto a insegnare al paziente a gestire le difficoltà incontrate nel quotidiano a seguito della patologia, ottimizzando la propria attività fisica senza rinunciarvi. L'opzione chirurgica dovrà essere considerata nel caso in cui la terapia conservativa non abbia sortito alcun risultato dopo che gli esercizi mirati siano stati svolti per un periodo di circa sei mesi».

La scoliosi nell'anziano

Evento raro nel bambino – l'incidenza è del 3-5% - la scoliosi è una patologia frequente nell'anziano con una prevalenza del 30-35%. Alla scoliosi idiopatica del bambino e dell'adolescente, che in alcuni casi può peggiorare anche in età adulta, si vanno ad aggiungere, a partire dai 45-50 anni, scoliosi legate a processi degenerativi di tipo primario o secondario. «Le scoliosi degenerative primarie,

SPECIALE TERZA ETÀ I PROBLEMI DEL RACHIDE

le cosiddette scoliosi de novo, possono essere causate da degenerazioni discali oppure da problemi che coinvolgono le faccette articolari», spiega la dottoressa Pelà. «L'invecchiamento porta alla disidratazione discale così come le sollecitazioni della colonna creano una disidratazione asimmetrica del disco con il conseguente possibile sviluppo di protrusioni o ernie a seguito delle alterazioni biomeccaniche introdotte. Le scoliosi degenerative secondarie possono essere invece causate da patologie neuromuscolari, da dismetria degli arti inferiori, da pelvi obliqua che può portare a uno scompensamento sul piano frontale, da anomalie lombosacrali delle vertebre anche conseguenti a osteoporosi o a frattura vertebrale». Con l'avanzare dell'età si viene a creare una situazione inedita non riscontrata nell'individuo giovane: l'incapacità di mettere in atto azioni di compenso a livello del rachide. «Il bambino, anche con una scoliosi importante, riesce ad attuare delle azioni di compenso, che gli permettono di portare sempre la colonna vertebrale in una buona condizione globale e ad assolvere la sua funzione di sostegno del corpo», spiega la dottoressa Negrini. «Nell'anziano questa capacità viene via via meno con l'aumentare della sua rigidità articolare e delle difficoltà neuromotorie. Curve anche banali, che nel bambino sarebbero al limite di una diagnosi, divengono nell'anziano invalidanti perché provocano uno strapiombo anteriore o antero-laterale del tronco».

La terapia in caso di scoliosi

La scoliosi nell'anziano può provocare dolore. «Il dolore viene percepito di solito in condizioni di carico quindi in posizione eretta, può irradiarsi agli arti inferiori a seguito di una concomitante stenosi del canale, la quale può determinare una claudicazione neurogena», continua la dottoressa Pelà. «Nel caso di scoliosi superiori ai 70 gradi, nell'adulto e nell'anziano posso manifestarsi sindromi restrittive e disturbi respiratori, anche se si tratta di una sintomatologia rara. Ancor più rari sono infine i problemi a carattere cardiovascolare che si possono manifestare con scoliosi superiori ai 120 gradi Cobb. La scoliosi e l'ipercifosi possono determinare disturbi digestivi. I sintomi tendono a regredire con il clinostatismo e il riposo. In tutti quei casi in cui è presente una sintomatologia o si verifica una

L'obiettivo del trattamento è di rallentare il processo degenerativo ma anche di ridurre il dolore

progressione e un peggioramento della curva è necessario intervenire con un trattamento che sarà di tipo conservativo con corsetto su misura, esercizi fisioterapici e una terapia farmacologica con miorilassanti, antidolorifici e nel caso di compressione delle radici nervose con Pregabalin e Gabapentin». L'obiettivo del trattamento è di rallentare il processo degenerativo ma anche di ridurre il dolore. «Gli esercizi sono sempre su base individuale e hanno l'obiettivo prioritario di recuperare la capacità di contrastare la forza di gravità – quindi di recuperare una postura di sostegno – di ridurre la rigidità del rachide al fine di agevolare i processi spontanei di compenso, ma soprattutto di migliorarne la mobilità e l'estensione assiale», spiega la dottoressa Negrini. Per quanto riguarda la terapia con corsetto, la recente letteratura scientifica evidenzia come l'utilizzo notturno dell'ortesi riduca sia la velocità di progressione della scoliosi sia il dolore. «Se si pensa all'azione di sostegno del corsetto, il suo impiego notturno non ha un razionale», conclude la dottoressa Negrini. «Si è visto però che in presenza di scoliosi accompagnata da un'importante sintomatologia algica, l'utilizzo notturno del corsetto svolge un'azione favorevole. Il paziente inizia la giornata con una postura ottimale e grazie a una minor sintomatologia dolorosa potrà limitare l'utilizzo dell'ortesi al bisogno. L'utilizzo del corsetto dovrebbe essere comunque sempre abbinato a esercizi mirati di cui abbiamo parlato poc'anzi».

