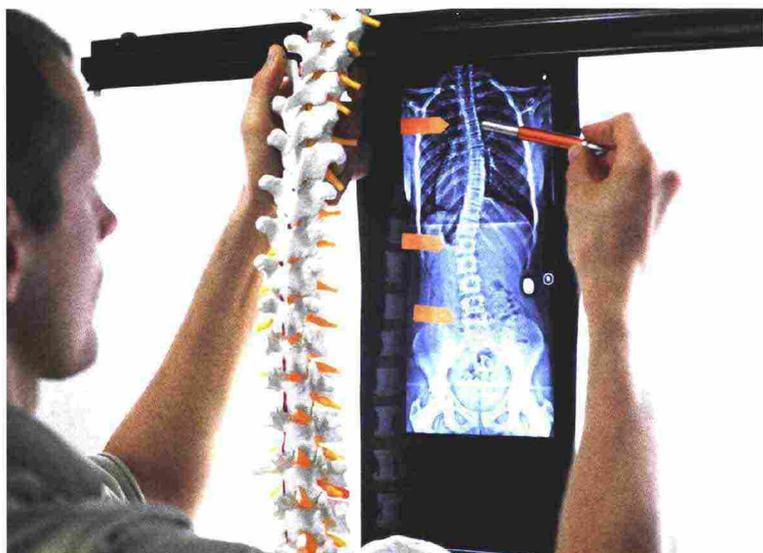


ORTOPEDIA

Stefania Somarè



Scoliosi il ruolo della radiografia senza corsetto

Se inserita in un protocollo terapeutico ben definito e compreso dal paziente, la radiografia fuori corsetto può indicare il risultato che si raggiungerà a fine percorso

Lo scorso 23 giugno si è tenuto il consueto meeting della Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT), quest'anno in versione digitale. Tra gli studi presentati, uno è stato esposto da quattro professionisti dell'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale (ISICO). Alessandra Negrini, fisioterapista, ha parlato della relazione tra nuoto e scoliosi ideopatica negli adolescenti (Is swimming helpful or harmful in adolescents with idiopathic scoliosis?), il dottor Fabio Zaina, fisiatra, ha descritto un nuovo strumento per valutare la qualità di vita negli adulti che sono stati pazienti con scoliosi (ISYQOL, a Rasch consistent tool for Quality of Life evaluation in scoliosis patients during adulthood: comparison with the gold standard), il direttore della Fisioterapia, Michele Romano, ha parlato di danza e progresso della scoliosi nelle adolescenti (The effect of dance performance on idiopathic scoliosis progression in adolescents), mentre Sabrina

Donzelli, fisiatra, ha presentato uno studio sul ruolo della radiografia senza corsetto nel percorso di cura di un paziente scoliotico (Predicting final results of Brace Treatment of Adolescents with Idiopathic Scoliosis: First Out-of-Brace are Better than In-Brace radiographs). Quest'ultimo studio, in particolare, è stato scelto come uno dei due migliori e ha quindi ottenuto il premio SOSORT: un finanziamento per la pubblicazione dello studio in versione open access su una qualsiasi prestigiosa rivista di settore. L'altro studio vincitore è francese e riguarda la genetica della scoliosi.

Una premessa necessaria

Lo studio condotto dalla dottoressa Donzelli si focalizza sul ruolo della radiografia senza corsetto dei pazienti con scoliosi: un tema che può dirsi innovativo, dal momento che i dati presenti in letteratura indicano nella radiografia in corsetto la migliore scelta per definire l'efficacia del corsetto nel correggere la curva scoliotica, ma spesso è stata usata anche per predire il risultato a fine cura. Spiega la dottoressa Donzelli: «la correzione in corsetto è stata usata per mostrare l'efficacia dei corsetti, ma è difficile che la curvatura scoliotica dentro il corsetto sia la stessa anche una volta tolto il corsetto o alla fine della pausa. Fino a 20 anni fa, infatti, si tentava

di correggere solo le curve di massimo 20° Cobb, mentre le altre venivano operate chirurgicamente: in questo contesto, affidarsi a una radiografia in corsetto può essere corretto. Oggi, le cose sono cambiate. Sopra i 20-25° Cobb si tende a usare il corsetto e lo si mantiene fino ai 40-45°, quando alcuni specialisti preferiscono definire le curve chirurgiche e operare. In ogni caso, le curve si definiscono sempre chirurgiche oltre i 50°: noi di **ISICO** siamo stati i primi a usare il corsetto anche su pazienti con curve superiori ai 45°. A questo discorso occorre aggiungere la curva di crescita del paziente. Quando la crescita è avanzata oltre Risser 3, le curve sono esposte a meno rischi, ma anche sono meno malleabili, perché le strutture diventano più rigide. La rigidità potrebbe minare il potenziale correttivo. Alcuni specialisti non mettono corsetto a Risser 3 perché ci sono meno rischi ma anche meno margine di correzione. **ISICO** ha pubblicato uno studio in cui ha dimostrato che un buon corsetto può correggere anche oltre Risser 3, consentendo di modellare sempre l'estetica: ecco perché proponiamo corsetti anche quando i pazienti sono fuori dal periodo ad alto rischio o a fine crescita. Nei pazienti con crescita avanzata la radiografia in corsetto permette di ottimizzare la correzione ma anche di fare un bilancio e di stimare il potenziale risultato finale. Inoltre, alcuni specialisti hanno usato nel tempo la percentuale di correzione per definire l'efficacia di un corsetto. Alcuni hanno definito delle soglie di correzione in percentuale per definire l'efficacia e se la correzione è sotto il 50% non è abbastanza buona, ma la percentuale dipende anche dall'entità della curva in partenza e dalla crescita residua. Per esempio, una curva di 45° a Risser 3 più difficilmente si correggerà al 50%. Una curva di 20° a Risser 0 più facilmente potrà correggersi oltre il 50%. Il concetto della percentuale di correzioni prevede la radiografia in corsetto come gold standard. Se però si pensa all'obiettivo assoluto del trattamento, ovvero finire la crescita sotto i 30°, correggere una curva di 20° a 10 non è nemmeno necessario».

La grande esperienza accumulata dai professionisti di **ISICO** ha poi permesso di osservare che quasi sempre ciò che si verifica in corsetto non corrisponde a quello che succede fuori dal corsetto e che, probabilmente, accadrà a fine percorso. Sull'argomento esiste un dibattito interno alla comunità scientifica, ma i protocolli utilizzati sono differenti, il che rende quasi

impossibile costruire linee guida condivise. Il problema è che è difficile confrontare l'efficacia di corsetti diversi se i protocolli terapeutici, il che include dosaggio e modalità di controllo efficacia, sono differenti.

«Esistono colleghi, per esempio, che usano solo radiografie in corsetto per tutto il percorso terapeutico, senza mai verificare cosa accada fuori dal corsetto, che è poi un guscio protettivo. All'estremo opposto, c'è chi esegue le radiografie fuori dal corsetto ma dopo pause molto lunghe, anche di 24 ore. A nostro parere ci sarebbe quindi bisogno di standardizzare i percorsi e individuare dei punti di contatto tra i vari esperti. Questo studio vuole essere un primo passo verso la creazione di protocolli più simili tra loro».

Si ricorda che questa variabilità nell'uso delle radiografie si ha anche nell'uso del corsetto che **ISICO** ha dimostrato essere fondamentale indossare per lungo tempo e con costanza, ma che ancora in alcune parti del mondo è usato in modo non adeguato a ottenere dei risultati.



Sabrina Donzelli,
fisiatra presso
ISICO

Radiografia fuori corsetto come prognosi del trattamento

«In **ISICO** siamo soliti fare a tutti i nostri pazienti una radiografia fuori corsetto a 4 mesi dall'inizio della terapia. La radiografia va fatta a fine della pausa dall'indossamento: questo significa che se un paziente porta il corsetto in modalità part time, quindi magari 12 ore, la radiografia viene fatta dopo le 12 ore di pausa. Oppure, per un paziente in full time, che porta il corsetto 18-20 ore al giorno, la radiografia viene fatta dopo le 6-4 ore di pausa giornaliera. C'è una sola eccezione a questa regola e riguarda i pazienti che indossano il corsetto per 23-24 ore al giorno: in questi soggetti la radiografia viene effettuata appena tolto il corsetto. Nel tempo ci siamo, infatti, accorti che una schiena sostenuta praticamente h24 tende a cedere dopo pochissimo che si è tolto il guscio di protezione e una radiografia in questo stato non racconta davvero dell'efficacia del trattamento. Facendo attenzione a questo ultimo aspetto, la nostra esperienza ci dice che l'esito della prima radiografia fuori corsetto ha valore

ORTOPEDIA SCOLIOSI, RADIOGRAFIA SENZA CORSETTO

prognostico rispetto all'esito dell'intero trattamento terapeutico. Lo studio ha voluto portare questa conoscenza esperienziale a un livello più alto».

Lo studio vincitore del premio SOSORT ha quindi selezionato 307 pazienti, di età media di 13 anni, angolo di Cobb medio di 35,7° e livelli di crescita differenti, per indagare la capacità predittiva del percorso della radiografia in e fuori corsetto.

«Lo studio ha confermato che gli esiti della radiografia fuori corsetto correla bene con il risultato del fine cura, meglio di quella in corsetto. Questo non significa che la radiografia in corsetto non abbia la sua utilità: anzi, è fondamentale per verificare se il corsetto lavora al suo massimo o se deve essere ottimizzato ed è utile per rassicurare il paziente rispetto alla capacità del proprio corsetto di correggere le deformità della sua colonna. Per quanto riguarda la prognosi, però, è più utile la radiografia senza corsetto. La ragione è abbastanza logica: il corsetto impone una data posizione alla colonna, ma non rappresenta il futuro del paziente che, finita la cura, dovrà vivere fuori dal corsetto. Secondo noi, quindi, basta una sola radiografia in corsetto per ottimizzarlo».

Il valore predittivo della prima radiografia senza corsetto dipende, però, da una serie di altri fattori.

Aderenza terapeutica e costanza nel trattamento

«Il corsetto è solo una parte del trattamento terapeutico di un ragazzo con scoliosi, il quale è invitato sempre a eseguire anche esercizi fisioterapici. Abbiamo osservato che in pazienti che seguono costantemente la terapia con corsetto e gli esercizi la prima radiografia fuori corsetto ha un potere prognostico molto alto. Questo potere si perde un poco in pazienti più "pasticcioni". Per esempio, se la prescrizione è di indossare il corsetto 23 ore al giorno, i risultati sono migliori in un paziente che lo indossa tutti i giorni per 21 ore piuttosto che in uno che lo utilizza un giorno 23 ore, il giorno dopo 18, quello successivo 24 e così via. Per potersi correggere nelle curve la colonna ha bisogno di un'azione costante nel tempo e nella forza. La variabilità lavora contro la correzione. Inoltre, ci sono casi di pazienti che nei primi quattro mesi di terapia lavorano bene e poi cedono e quelli di soggetti che partono in sordina e poi capiscono l'importanza della terapia. Insomma, l'esito definitivo dipende da molti fattori, non ultimo

l'elasticità della colonna: ci sono ragazzi che vedono forti correzioni in tempi brevi ma poi peggiorano altrettanto rapidamente nel momento in cui si riducono le ore di indossamento. Insomma, bisogna stare attenti a parecchi fattori e seguire i pazienti con cura. In ogni caso, la prima radiografia senza corsetto dà un'indicazione di massima rispetto a dove si può arrivare».

Il valore di questa radiografia è anche di carattere comunicativo: i suoi risultati permettono a tutta l'équipe di parlare in modo chiaro e diretto con i pazienti e i loro genitori, creando un importante rapporto di fiducia.

«Dire al paziente qual è la finalità di una radiografia fuori corsetto permette anche di evitare paure inutili.

Mi spiego. Se il soggetto va a fare la radiografia senza corsetto portando con sé la radiografia precedente, magari in corsetto, e denota un peggioramento deve sapere che ciò non è necessariamente un problema. Le due radiografie hanno significati diversi che devono essere ben spiegati non solo dal medico ma da

NEI PAZIENTI CHE SEGUONO IN MODO COSTANTE LA TERAPIA CON CORSETTO E GLI ESERCIZI, LA PRIMA RADIOGRAFIA FUORI CORSETTO HA UN POTERE PROGNOSTICO MOLTO ALTO

tutto il team terapeutico. E, aggiungo, è importante che i refertatori sappiano delle differenze tra i risultati di queste due tipologie di radiografie».

Lo studio condotto dalla dottoressa Donzelli è il primo in questa direzione e per questo ancora più importante. In tutte le società scientifiche dedicate alla scoliosi è infatti acceso il dibattito rispetto all'indossamento del corsetto, sobillato dalla mancanza di protocolli come detto. Questi risultati dimostrano l'importanza di un indossamento full time e dell'applicazione di protocolli ben definiti.

«C'è inoltre il tema dei dati. Protocolli condivisi permetterebbero di creare dati tra loro confrontabili, il che sarebbe utile per ampliare i campioni delle ricerche nel settore. Comunque, il fermento in questo momento è tanto, anche perché tanto SOSORT quanto la storica Scoliosi Research Society stanno spingendo per la realizzazione di raccolte sistematiche di dati clinici condivisibili», conclude la dottoressa Donzelli. Lo studio è ora in fase di sottomissione per la pubblicazione definitiva.