

**SPECIALE**  
**RIABILITAZIONE**

Stefania Somaré



Se stabili, le fratture vertebrali traumatiche possono essere trattate con l'uso in sinergia di corsetto e attività fisioterapica. L'esperienza di **ISICO**

# Trattamento conservativo delle fratture vertebrali traumatiche

In apertura  
**Giulia Rebagliati,**  
specialista  
in Medicina Fisica  
e Riabilitazione

**L'**incidenza annuale dei traumi del rachide, danni cioè delle strutture ossee, legamentose e/o neurologiche alla colonna vertebrale, è stata stimata in una recente meta-analisi (1) nell'ordine di 10,5 casi per 100.000 persone

nel mondo, con un range che varia da 3,4 per 100.000 in Europa a 13,7 per 100.000 nei Paesi del Sud-Est Asiatico. L'età media è risultata essere di 39,8 anni, con gli uomini più colpiti delle donne. Risulta maggiormente coinvolto il rachide cervicale, mentre il rachide lombosacrale è il meno interessato.

Le cause sono legate per lo più a incidenti stradali o cadute accidentali.

«Quando si parla di frattura vertebrale traumatica ci si riferisce a una lesione da trauma in compressione, scoppio, flessione-distrazione e dislocazione. Le fratture del rachide cervicale

meriterebbero un capitolo a parte in quanto a valutazione e gestione terapeutica, con un maggiore interesse dal punto di vista neurochirurgico.

La maggior parte, invece, delle fratture del rachide toracico e lombare avviene alla giunzione toraco-lombare, la zona di passaggio fra rachide toracico e lombare», sottolinea la dottoressa Giulia Rebagliati, specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Istituto Scientifico Italiano Colonna Vertebrale ed esperta nel trattamento conservativo delle patologie vertebrali.

«Di norma questi soggetti vengono visti prima in Pronto Soccorso, dove si fanno i dovuti accertamenti e si dà la prima indicazione al trattamento.

Nel nostro setting ambulatoriale vediamo solo i pazienti che non hanno indicazione chirurgica e ci occupiamo quindi del trattamento conservativo di queste lesioni vertebrali, per lo più in una popolazione anziana (fratture da fragilità). Ma le strade sono le medesime anche nel giovane adulto con frattura da trauma. Certo, in questo secondo caso i tempi di ripresa funzionali sono più rapidi».

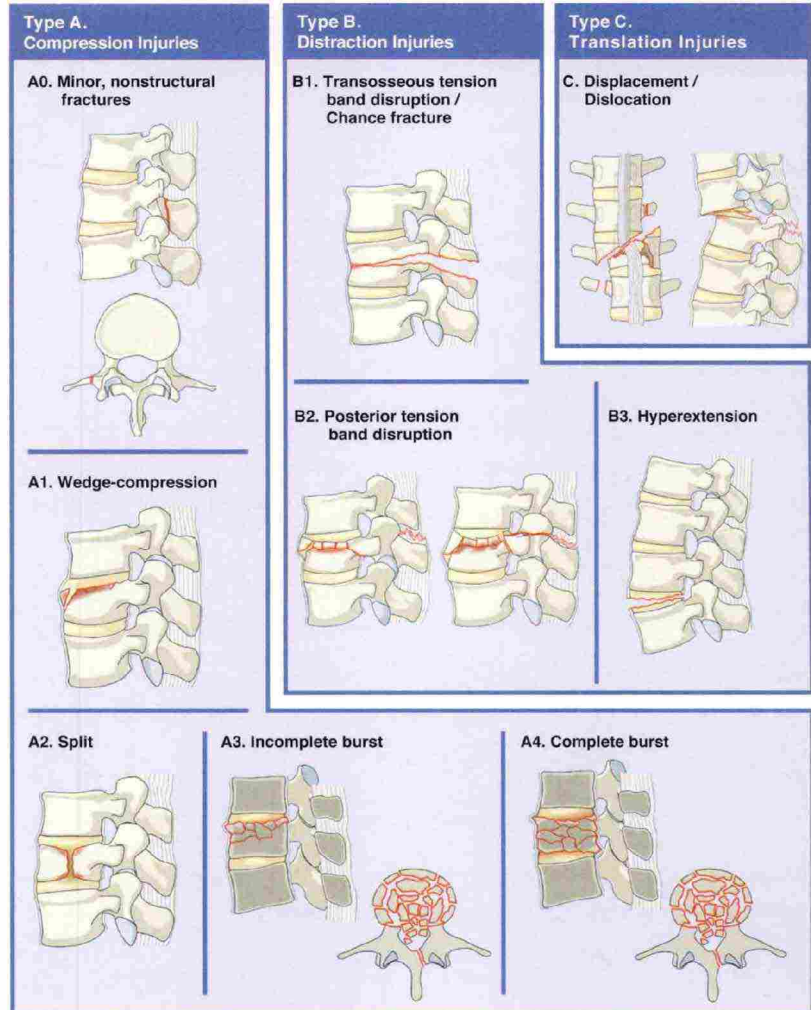
### La valutazione della frattura

Come già accennato, il primo passo da effettuare è di tipo diagnostico, per capire la gravità della frattura.

«Di norma i pazienti che subiscono un politrauma ad alta velocità vengono studiati con una tomografia computerizzata spirale di tutto il rachide, mentre chi subisce traumi a bassa velocità è studiato con rx tradizionali in

### Sistema di classificazione delle fratture toracolombari

## AOSpine Thoracolumbar Classification System



due proiezioni. Se possibile, le radiografie andrebbero effettuate in piedi, dal momento che un incremento locale marcato della cifosi, superiore ai 20°, è frequentemente associato a una lesione del complesso legamentoso posteriore e può richiedere un intervento chirurgico. Qualora la radiografia riscontrasse presenza di frattura traumatica, di norma si effettua anche una TC mirata

per verificare lo stato del muro posteriore della vertebra. In presenza di fratture da scoppio si raccomanda di effettuare anche una risonanza magnetica per valutare, in particolare, il complesso legamentoso posteriore e le lesioni del disco intervertebrale. Questo esame è utile anche per dare un'età alla frattura e distinguere tra fratture nuove e fratture vecchie e stabili, e valutare quindi la corretta

**SPECIALE RIABILITAZIONE****TRATTAMENTO CONSERVATIVO VS INTERVENTO CHIRURGICO**

Quando si parla di fratture vertebrali da trauma, la classificazione AOSpine aiuta a capire quando è necessario intervenire chirurgicamente e quando, invece, è possibile procedere con un trattamento conservativo.

In particolare, il solo trattamento conservativo è possibile in presenza di fratture: A0 in ogni caso; A1 solo se in presenza di una deformità in cifosi accettabile; A2 solo se non ci sono rotture del disco vertebrale

o dislocazioni; ogni volta che il chirurgo non ritenga opportuno operare. D'altra parte, la presenza di deficit neurologici, deformità in cifosi superiore a 15-20°, deformità scoliotica superiore a 10° e rottura del disco vertebrale richiedono un intervento chirurgico.

Anche il dolore persistente che non risponde ad alcuna terapia di immobilizzazione può determinare la scelta chirurgica, così come la presenza di fratture classificate di tipo B e C.

terapia. In tutti i casi, accanto alle indagini strumentali, occorre valutare il paziente clinicamente per verificare che non siano occorsi anche deficit neurologici».

Questa prima fase diagnostica ha l'obiettivo di classificare il tipo di frattura e scegliere tra trattamento conservativo e chirurgia.

«La classificazione più utilizzata per le fratture è quella AOSpine, che valuta tra le altre cose anche la presenza di deformità in cifosi. In linea di massima, le fratture classificate come A0, A1 e A2 possono essere avviate al percorso conservativo. Le fratture A3 e A4 necessitano di ulteriori valutazioni e quantomeno di un parere chirurgico. Le fratture B e C, invece, devono essere operate». Vediamo quindi come si gestisce un trattamento conservativo dei pazienti con fratture vertebrali stabili.

**I corsetti per il trattamento conservativo**

Una frattura stabile tende a guarire "da sola": il trattamento terapeutico deve favorire questa guarigione, in particolare togliendo carico alla vertebra fratturata. Lo strumento elettivo è quindi il corsetto: «l'obiettivo del trattamento ortesico in questo tipo di fratture è la riduzione del

carico sulla vertebra fratturata con riduzione della mobilità del rachide in flessione-estensione, per ottenere una riduzione del carico anteriore, e quindi del dolore, e permettere al paziente di mobilizzarsi quanto prima. A seconda della condizione del paziente si può quindi scegliere tra diverse ortesi. In presenza di fratture toraciche e lombari da T6 fino a L4 si opta per una ortesi rigida toraco-lombo-sacrale (TLSO), costruita con spinte clavari per le fratture alte. Questo genere di ortesi può essere costruito su misura o può essere già confezionato e adattato successivamente sul paziente, come nel caso dei corsetti a crociera o del corsetto a 5 punti. Si tratta di corsetti che permettono un buon controllo in flessione-estensione e un discreto controllo in rotazione».

Di norma ben accettati dai pazienti più giovani, i corsetti rigidi possono invece essere poco tollerati dagli anziani, soprattutto perché sfregano ripetutamente sulla cute e possono provocare ulcere e lesioni.

«Per ovviare a questo problema, si possono effettuare modifiche per evitare aree di maggior pressione. Un corsetto rigido molto utilizzato in questi percorsi conservativi è quello in iperestensione a tre

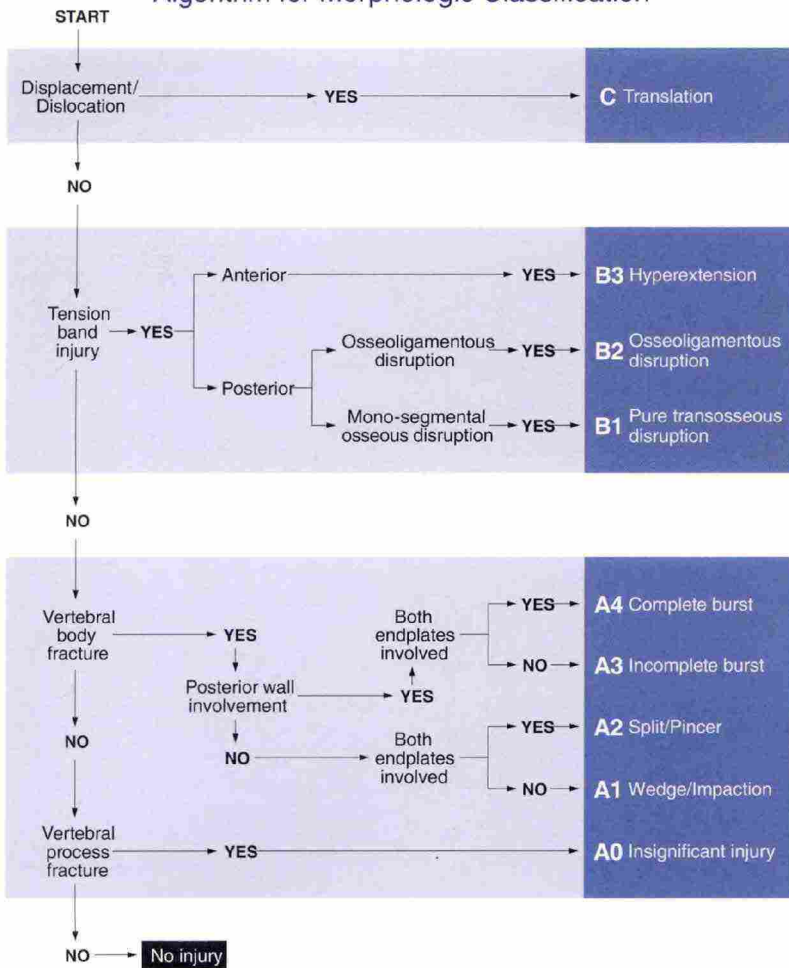
punti: è indicato soprattutto nelle fratture stabili al passaggio toraco-lombare, ma può essere prescritto in caso di fratture da T8 a L3. Questo corsetto è di solito poco tollerato nei pazienti con ipercifosi, ma a suo favore vi sono altri fattori, in primis quello economico. Non sempre, infatti, il SSN rimborsa un corsetto su misura per questo genere di fratture, il che significa che la sua realizzazione pesa interamente sulle spalle del paziente e della sua famiglia: il rimborso dipende infatti dal grado d'invalidità del paziente. Da considerare c'è anche il fattore tempo: realizzare un corsetto su misura richiede qualche giorno, è necessario quindi lavorare a stretto contatto con l'officina ortopedica di riferimento. Prima viene confezionato il corsetto, prima il paziente è in grado di mobilizzarsi e di ottenere una riduzione del dolore, consentendo anche di ridurre l'uso di antidolorifici e antinfiammatori. Il corsetto su misura ha dalla sua il vantaggio di essere costruito sul paziente, garantendo di solito un maggiore effetto di scarico e quindi un beneficio maggiore proprio sul dolore». Come spesso accade in medicina, le scelte terapeutiche devono tenere conto di molti fattori per trovare la

**SPECIALE RIABILITAZIONE**

**AOSpine Thoracolumbar  
Classification System**



**Algorithm for Morphologic Classification**



**Algoritmo per  
la classificazione  
morfologica**

importante anche quando si ha a che fare con pazienti anziani. Di norma una frattura di questo tipo impiega tre mesi a guarire completamente. A due mesi dall'evento fratturativo è necessario rivalutare radiograficamente il quadro: come detto, se la frattura risulta stabile è possibile impostare un graduale svezzamento. A tre mesi dall'evento, in assenza di complicanze, è normalmente possibile impostare gli esercizi per il graduale recupero del range di movimento in tutte le direzioni». Il percorso riabilitativo è individuale e risponde allo stato del paziente e alla sua velocità di guarigione. Il paziente ha inoltre bisogno di un trattamento farmacologico per gestire il dolore, che soprattutto nel primo periodo può essere molto intenso. Il trattamento analgesico segue le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si utilizza di norma un percorso a step che deve però tenere conto dell'età del soggetto, di eventuali controindicazioni e patologie concomitanti. Il primo passo solitamente sono i farmaci non oppioidi (FANS, coxib) per poi passare, in caso di mancata remissione del dolore, a oppioidi deboli e, solo da ultimo, a oppioidi forti. In associazione a farmaci analgesici, possono essere utilizzati miorilassanti.

soluzione migliore. Quale che sia il corsetto scelto, i professionisti di ISICO suggeriscono sempre d'indossarlo 24 ore su 24 per i primi due mesi.

«Riteniamo importante mantenere l'immobilizzazione per tutte le ore della giornata, anche a letto, per garantire la corretta guarigione della frattura. Concluse le prime settimane a tempo pieno, si può

passare molto lentamente a un tempo parziale, togliendo qualche ora di corsetto ogni settimana».

**Il percorso riabilitativo e farmacologico**

«Fin dai primi giorni deve essere impostato un programma di esercizi in estensione da eseguire con il corsetto per evitare la perdita della muscolatura, aspetto molto

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Gertzbein SD. Scoliosis Research Society. Multicenter spine fracture study. Spine. 1992 May;17(5):528-40. DOI: 10.1097/00007632-199205000-00010
- 2) Kumar R, Lim J, Mekary RA, et al. Traumatic Spinal Injury: Global Epidemiology and Worldwide. Volume World Neurosurg. 2018;113:e345-e363. doi:10.1016/j.wneu.2018.02.033
- Foto Rebagliati Giulia Rebagliati