

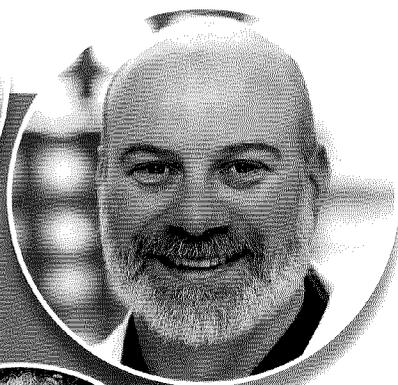
Scoliosi in età adulta

Serve il corsetto rigido?

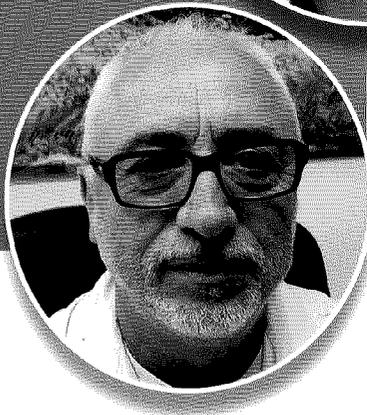
Diverse esperienze condotte in ISICO testimoniano gli importanti benefici del corsetto sulla riduzione del dolore e sul miglioramento della qualità di vita ottenuti in pazienti con scoliosi in età adulta



Alessandra Negrini,
responsabile settore
fisioterapia di ISICO



Fabio Zaina,
medico fisiatra
di ISICO



Domenico Pallini,
tecnico ortopedico

molto lenta, con il passare degli anni il peggioramento può risultare marcato e provocare oltre a problemi di natura estetica, dolore. Solo in curve molto gravi la patologia può determinare problemi a livello respiratorio e cardiaco. La prevenzione attraverso visite ortopediche cadenzate consente di mantenere sotto controllo l'evoluzione della patologia. Nel caso di peggioramento potrebbe essere utile impostare un piano di esercizi specifici. In quadri più gravi, dove il paziente lamenta dolore e un significativo peggioramento della qualità della vita, la letteratura evidenzia oggi l'efficacia di un trattamento con corsetto rigido indossato durante il riposo notturno a

scopo antalgico, unito a esercizi mirati. Un'ipotesi confermata dai primi risultati incoraggianti di alcuni casi trattati con questa terapia in ISICO. Ne hanno parlato il dottor Fabio Zaina, medico fisiatra di ISICO, la dottoressa Alessandra Negrini, responsabile settore fisioterapia di ISICO, e il tecnico ortopedico Domenico Pallini, durante le Giornata di Aggiornamento 2020 del Gruppo di Studio della Scoliosi.

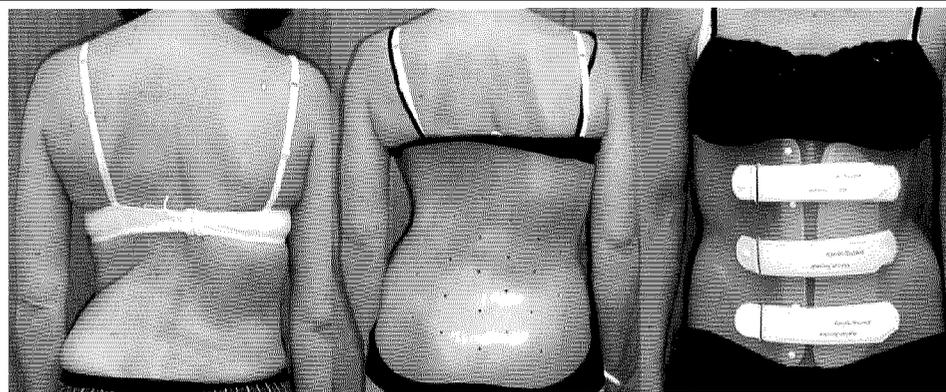
Progressione della curva e comparsa del dolore

Il trattamento della scoliosi con ortesi – in particolare in preadolescenza e adolescenza – ha l'obiettivo di contenere la curva entro un valore soglia (sotto i 30°) per evitare problemi in età adulta

La scoliosi in età adulta è una patologia da non sottovalutare, soprattutto quando al completamento della maturazione ossea in gioventù la persona presenta curve superiori a 30°. La letteratura evidenzia la possibilità di un'evoluzione della curva in età adulta. Benché tale evoluzione sia in genere

legati al peggioramento della curva. La letteratura scientifica riporta che tale peggioramento è pari a mezzo grado all'anno in fase adulta in rachidi che hanno completato la maturazione ossea con curva superiore a 30° e a un grado all'anno con curve superiori a 50°. «Si tratta di un dato medio che non fornisce un'idea precisa della progressione annuale della curva», commenta il dottor Zaina.

«La letteratura, inoltre, ci dice che tale progressione cambia in relazione alla tipologia di scoliosi. Mark Aebi propone una classificazione suddividendo la scoliosi in tre tipologie [Eur Spine J 2005 Dec 14 (10):925-48]. Quelle di tipo 1, le cosiddette "scoliosi de novo" – scoliosi secondarie causate dalla degenerazione delle faccette dei dischi intervertebrali che tipicamente si manifestano a livello del tratto lombare o toraco-lombare; queste forme si presentano di solito dopo i 60 anni d'età – non diventano particolarmente marcate ma sono rapidamente evolutive e spesso associate a dolore. Le scoliosi idiopatiche (tipo 2) – curve uniche o doppie curve – sono di solito associate a una degenerazione secondaria che determina uno sbilanciamento. Tale progressione, più lenta e meno aggressiva rispetto al tipo 1, può essere associata a dolore. Il tipo 3, infine, è una scoliosi secondaria legata a un'eterometria degli arti inferiori o a una patologia dell'anca (3 a) o a patologie metaboliche, in particolare l'osteoporosi, che può combinarsi con l'asimmetria da artrite o fratture vertebrali (3 b). Nei casi di tipo 3 l'evoluzione dipende in parte dalla causa e



in parte dall'entità della curva. Le curve più gravi, a prescindere dalla causa, tendono a evolvere in età adulta a causa della perdita d'equilibrio complessivo del rachide e di un collasso posturale che nel tempo si struttura. Oltre all'aspetto della progressione, l'elemento rilevante nella scoliosi in età adulta è il dolore. «Le algie sono correlate non tanto all'entità della curva sul piano frontale quanto alla perdita d'equilibrio a livello sagittale. Nel tempo, a seguito di tali processi degenerativi, la colonna può progressivamente crollare in avanti, portando alla flessione di ginocchio e caviglia e all'iperestensione dell'anca; raggiunta la fine dell'escursione articolare a livello dell'anca, il tronco comincia a crollare completamente in avanti dando luogo a maggiore instabilità posturale e alla comparsa di dolori».

Corsetto ed esercizi per ridurre il dolore

Sul fronte del trattamento, la letteratura evidenzia il significativo miglioramento del dolore a seguito di una terapia

conservativa basata su esercizi. Uno studio condotto dalla dottoressa Alessandra Negrini di ISICO [Scoliosis. 2015 Jul 11;10:20] evidenzia un rallentamento della progressione della curva scoliotica e un miglioramento nei pazienti trattati con esercizi specifici del protocollo SEAS. Per quanto riguarda, invece, l'uso dell'ortesi, una review sistematica del 2020 [BMC Musculoskelet Disord. 2020 Feb 8;21(1):87] non evidenzia un miglioramento in termini di riduzione del dolore e della progressione della curva, mentre uno studio di Marty-Poumarat et al. [Arch Phys Med Rehabil. 2017 Jan;98(1):187-190] sottolinea l'efficacia di una terapia notturna con corsetto rigido, in polietilene di spessore 3 mm nel rallentare la progressione della curva. «Fino a non molto tempo fa, la terapia notturna con corsetto sarebbe stata giudicata non particolarmente utile ed efficace. Uno studio pilota condotto da ISICO con un corsetto prefabbricato ha evidenziato, con solo due ore d'indossamento al giorno, una significativa, rapida e duratura riduzione del dolore. Ulteriori studi di ISICO su pazienti

I principali obiettivi della terapia ortesica sono: riduzione del dolore, controllo posturale, riduzione della disabilità e miglioramento della qualità di vita

ORTOPEDIA SCOLIOSI NELL'ADULTO E CORSETTO RIGIDO

che lamentavano dolore a seguito di una scoliosi in età adulta hanno evidenziato la validità del trattamento conservativo con esercizi, ma soprattutto il ruolo decisivo del corsetto rigido con indicazione notturna non solo nel rallentamento della progressione ma anche nella significativa riduzione del dolore e il deciso miglioramento della qualità di vita. Il corsetto notturno dà molta più autonomia al paziente durante il giorno per quanto riguarda il dolore».

Un caso clinico

Quello di Franca, 46 anni impiegata, è uno dei casi di scoliosi in età adulta trattati in ISICO con successo con terapia ortesica ed esercizi.

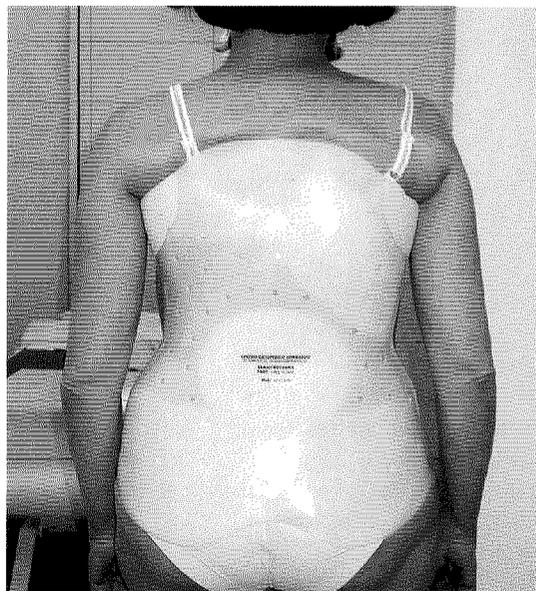
«La paziente si è rivolta a noi per una perdurante lombalgia che l'affliggeva da tempo e che progrediva per intensità, con marcato peggioramento della qualità di vita», esordisce Alessandra Negrini. «Il test Oswestry Disability Index evidenziava una disabilità moderata e un dolore piuttosto forte che riduceva anche il sonno notturno. A una valutazione delle indagini radiografiche presentate dalla paziente, si notava che la scoliosi (idiopatica adolescenziale) con curva dorso-lombare sinistra importante e compenso dorsale destro meno severo, era significativamente peggiorata: 11° negli ultimi 7 anni. Il capo della paziente risultava anteposto, la cifosi, abbastanza pronunciata, si prolungava molto verso il basso, con il sacro anteposto rispetto all'apice della lordosi lombare. Benché la paziente fosse

relativamente giovane, era iniziato un processo che avrebbe potuto portare a perdita totale del piano sagittale, con sbilanciamento anteriore del tronco. L'anamnesi evidenziava che il dolore era peggiorato negli ultimi due anni, era localizzato in particolare a livello del gibbo e si acuiava durante il giorno, con il passare delle ore, effettuando sforzi, in posizione seduta e nella velleità di mantenere una postura dritta, mentre si attenuava da distesa. La paziente asseriva che esercizi fisici eseguiti con regolarità e stretching davano un sollievo momentaneo, che si esauriva alla fine degli stessi. La terapia farmacologica non offriva risultati soddisfacenti».

L'obiettivo della prescrizione del medico era frenare la progressione della curva, bilanciare il tronco e recuperare, per quanto possibile, sul piano sagittale riducendo al contempo il dolore e la disabilità presente.

La terapia prevedeva un corsetto rigido indossato per 8 ore di notte, esercizi fisioterapici con protocollo SEAS, attività fisica regolare per quanto possibile. Nell'attesa della realizzazione del corsetto rigido, la dottoressa Negrini ha proposto alla paziente una serie di esercizi mirati.

«Ho pensato ad alcuni esercizi fuori carico che preparassero la struttura a un recupero mirato al sostegno e al piano sagittale». «La priorità è stata lavorare sul piano sagittale e ridurre, al contempo, il dolore attraverso esercizi passivi e, solo in un secondo tempo, svolgere esercizi con tenuta attiva dell'autocorrezione. Dopo tre



mesi di esercizi i dolori si sono lievemente ridotti. Siamo arrivati, quindi, al collaudo del corsetto».

Il corsetto rigido

I principali obiettivi della terapia ortesica sono: ridurre il dolore, controllare la postura, ridurre la disabilità e migliorare la qualità di vita. «Ridurre il carico su corpi vertebrali e dischi, controllare la torsione, porta alla riduzione del dolore e del significativo rischio di fratture», spiega Domenico Pallini. «Non ultimo per importanza c'è il controllo dell'assetto frontale e dell'assetto sagittale; è sempre più comune, a questo proposito, essendosi allungata la vita media, incontrare persone sbilanciate in avanti e/o lateralmente, soprattutto in chi affetto da scoliosi de novo».

La valutazione tecnica e il rilevamento misure sono simili al corsetto classico per scoliosi, diversa è invece la progettazione dell'ortesi. «La valutazione tecnica

La letteratura e le prime esperienze in ISICO evidenziano l'efficacia di un trattamento con corsetto rigido indossato durante la notte a scopo antalgico, unito a esercizi mirati



La letteratura evidenzia la possibilità di un'evoluzione della curva scoliotica in età adulta. Benché tale evoluzione sia in genere molto lenta, con il passare degli anni il peggioramento può risultare marcato e provocare dolore, oltre a problemi di natura estetica

è assai importante: il tecnico ortopedico deve capire quanto possa osare nel migliorare la postura, dare sostegno o scaricare in alcuni punti».

«Per quanto riguarda, invece, la progettazione, l'obiettivo non è correggere la deformità – come nel caso del corsetto per scoliosi giovanile – ma sostenere e garantire un assetto adeguato al paziente. Rispetto ai corsetti per età evolutiva si lavora più sul migliore riassetto possibile sui due piani.

Nel caso di corsetti metallici si cerca di usare leghe leggere, mentre nei corsetti in materiale plastico è consigliabile ridurre lo spessore rispetto ai corsetti per l'età evolutiva».

Quale corsetto?

Quali sono le tipologie di corsetto più adeguate?

«Possiamo attingere a tipologie diverse, sempre tenendo conto dell'obiettivo riabilitativo»,

precisa Pallini. «Se quest'ultimo riguarda principalmente il controllo del piano sagittale e la riduzione del carico anteriore, la scelta si orienterà su corsetti iperestensori. Se però l'obiettivo è controllare i piani frontale e sagittale e la torsione e ridurre il carico sui corpi vertebrali, ci rivolgeremo a corsetti più complessi.

Le peculiarità dovranno essere: buon appoggio sul bacino, perché grazie a esso controlleremo l'assetto frontale, e appoggio in scarico sotto il piano ascellare, per ridurre il peso.

Il busto MZ, il bivalva e l'univalva sono i più usati in Italia. Molto interessante è il corsetto Modulare, che consente di rimodulare in seguito qualsiasi componente, essendo ognuna di esse svincolata rispetto a quella controlaterale. La rimodulazione consente di garantire sempre un ottimo sostegno del tratto medio-alto della colonna e un buon controllo dei due piani.

Le novità assolute di questo corsetto sono la doppia trazione, che garantisce un ottimo sostegno del tratto medio-alto della colonna, la trazione lombare che, unita alla controspinta ascellare sovrapubica, permette di ottenere l'effetto di iperestensione garantendo un buon riassetto del piano sagittale.

Gli appoggi sulle creste sono in materiale flessibile registrabile in antero-posteriore e basculanti; queste opzioni consentono di collocarli in modo adeguato e, soprattutto, essendo basculanti, permettono di assecondare il movimento del bacino, riducendo al minimo lo stress durante la

deambulazione.

Gli appoggi sulle creste iliache sono, infine, di altezza variabile e questo permette di ottenere il giusto appiombamento sul piano frontale».

Il successo della terapia

Gli esordi della terapia con corsetto rigido per Franca sono stati dei più lusinghieri.

«Grazie al corsetto, il sollievo dalla condizione di disabilità in cui versava è stato immediato», conferma Alessandra Negrini. «Già dai primi giorni, il corsetto, indossato 8 ore di notte, ha permesso di ridurre in modo significativo il dolore: alla visita di controllo a tre mesi Franca riferiva una riduzione del 50%, anche se si acuiva verso sera o facendo sforzi. Grazie alla riduzione del dolore, la paziente riusciva anche ad autocorreggersi attivamente senza più avvertire dolore.

Ai sei mesi le condizioni sono ulteriormente migliorate in termini di qualità di vita; Franca affermava di non pensare più continuamente alla sua schiena. I dolori durante il giorno erano scomparsi o sporadici.

A un anno dagli esordi della terapia ortesica, la paziente testimoniava un miglioramento significativo della qualità di vita. Clinicamente è stata osservata una ricomparsa della lordosi lombare con il sacro posteriore rispetto al tratto lombare.

Da una condizione iniziale di cifosi completa, la colonna vertebrale ha raggiunto, grazie al trattamento ortesico di 12 mesi e ai 15 mesi di esercizi, un migliore assetto con parziale recupero della lordosi lombare».