

LE NOSTRE INIZIATIVE

‘La salute in tasca’
Al via l’appuntamento
con gli specialisti

■ A pagina 6

Scoliosi e giovanissimi

Come accorgersene e quando intervenire

I sintomi e il peso del fattore ereditario



di DAVID
BIANCALANI*

PER QUANTO concerne la popolazione infantile e adolescenziale, risulta essere di sicuro interesse ortopedico tutte le forme di dismorfismo, anomalie strutturali scheletriche. Tra le più comuni, scoliosi, ipercifosi dorsale, ginocchia vare, ginocchia valghe e piede piatto. La scoliosi idiopatica - patologia della quale non si conosce la causa - dell'età evolutiva rappresenta, con l'ipercifosi dorsale, il dismorfismo più comune del rachide. Arriva a interessare più del 7 per cento dei ragazzi, le femmine ne sono affette con un'incidenza 5-7 volte maggiore rispetto ai maschi. L'epidemiologia rileva che i figli di madre affetta da scoliosi hanno maggiore probabilità di sviluppare la malattia, fino anche a dieci volte. Si tratta di una deviazione laterale della colonna vertebrale sul piano frontale, non correggibile spontaneamente o volontariamente, associata ad alterazioni anatomiche e deformità delle vertebre. Più frequentemente, si verifica a livello della colonna toracica e lombare.

LA SCOLIOSI idiopatica in età evolutiva non genera dolore e sono in gene-

re genitori e pediatra ad accorgersi del problema o il piccolo paziente. Più frequentemente rilevano obliquità del bacino, asimmetria delle spalle, asimmetria dei triangoli della taglia e, nei casi più avanzati, il gibbo dorsale. L'età più comune di insorgenza è intorno agli 8-10 anni. Il rischio di evoluzione è tanto maggiore quanto più lontano è il completamento della maturità scheletrica. Diagnosticata la deformità, nel caso di curve tra 10 e 20°, si raccomandano visite di controllo periodiche, preferibilmente ogni 6 mesi, consapevoli che per fortuna solo una piccola percentuale, il 2-3 per mille, evolverà oltre i 20-25° e richiederà un trattamento ortopedico con busto.

I BUSTI garantiscono un blocco dell'evoluzione della deformità in oltre l'80 per cento dei casi e consentono una correzione tanto più marcata quanto più lontani siamo dallo sviluppo puberale. Nel caso di curve superiori a 40-45° è indicata la terapia chirurgica. Parlando di ginnastica, la chinesiterapia deve essere indirizzata a prevenzione o riduzione dei danni funzionali. Non è mai stato dimostrato che la sola ginnastica sia capace di correggere la scoliosi o arrestarne l'evoluitività. I pochi lavori di ricerca esistenti in bi-

bliografia hanno documentato che la ginnastica agisce come «freno dell'evoluzione» nelle scoliosi con scarso potenziale evolutivo. E' comunque raccomandabile eseguire un trattamento chinesiterapico anche in aggiunta al trattamento con busto. Curve scoliotiche oltre i 25°, misconosciute o mal trattate, determinano problematiche che si rilevano in età adulta con alterazioni della statica e della dinamica del rachide che comportano riduzione funzionale e dolore vertebrale.

Inoltre, con il passare degli anni la deformità si aggrava e peggiorano i sintomi. Parlando di sport, nessuna validità scientifica è stata mai riportata per un'attività sportiva specifica. Ci sentiamo di consigliare sport che impieghino globalmente e in maniera simmetrica la muscolatura del tronco. Da evitare, nei casi più gravi, attività che comportino eccessive sollecitazioni del rachide e pratiche agonistiche.

***David Biancalani, dirigente medico presso la Uoc di ortopedia e traumatologia dell'ospedale San Giuseppe di Empoli**



