

La Scoliosi

Per "scoliosi" si intende una deviazione della colonna vertebrale sul piano frontale (fig 1). In parole povere, se si guarda il paziente scoliotico da dietro, si dovrebbe osservare una deviazione della colonna vertebrale. In realtà non è così facile fare diagnosi di scoliosi. Nelle forme più lievi, la curva non si riesce ad evidenziare in un semplice esame clinico.



Scoliosi vera o atteggiamento scoliotico?

Va fatta una differenziazione fra due forme completamente differenti di scoliosi: la scoliosi vera e l'atteggiamento scoliotico (o "scoliosi funzionale"). L'**atteggiamento scoliotico** è un cosiddetto *paramorfismo* (al contrario della scoliosi vera, che è un *dismorfismo*). Consiste nella formazione di una curva scoliotica, che però è correggibile a volte semplicemente chiedendo al soggetto che ne è affetto di "cercare di stare dritto". L'atteggiamento scoliotico può consistere in una forma di *scoliosi secondaria*, cioè essere dovuta ad una causa che, in un certo senso, "costringe" il paziente a stare curvo da un lato. Per fare alcuni esempi, una forma di scoliosi secondaria è quella dovuta ad una eterometria degli arti inferiori: chi ha un arto inferiore più corto dell'altro, tende a compensare, per tenersi dritto in piedi, flettendo la colonna vertebrale da un lato. Un altro esempio è la scoliosi antalgica. In quest'ultima circostanza, il soggetto è affetto da mal di schiena o, più frequentemente, da ernia del disco. La radice nervosa (di destra o di sinistra) compressa dall'ernia, viene parzialmente "alleggerita" se il soggetto si inclina con la schiena dalla parte opposta. Oltre a queste forme secondarie (ve ne sono anche altre, che non cito), vi è l'*atteggiamento scoliotico primitivo*, che è una forma essenzialmente posturale. Si tratta prevalentemente di ragazzini, che tendono a stare piegati da un lato, per abitudine, a volte condizionati dalla frequenza con cui portano

dei pesi (es. la borsa o lo zaino scolastico) a destra o a sinistra. Per correggere questa deformità, rivestono dei ruoli importanti, nella sua educazione, i genitori del ragazzo, gli insegnanti di scuola e i preparatori sportivi. Utile è la ginnastica posturale, che il paziente può fare da solo, o durante la preparazione sportiva, o con l'aiuto di un fisioterapista.

Tutt'altro discorso è quello relativo alla **scoliosi vera**. Nella scoliosi vera (meglio definita "strutturata"), oltre ad una curva della colonna vertebrale sul piano frontale (come vuole la definizione generale di scoliosi), vi è anche la rotazione delle vertebre, spesso la loro deformazione, e l'alterazione delle normali curve sagittali. Queste ultime sono le curve che tutti noi abbiamo se osserviamo (meglio con un radiografia) la colonna guardandoci di fianco (fig. 2).



La scoliosi è una vera e propria malattia, che colpisce soprattutto le femmine, nella maggior parte dei casi inizia in età scolare (8-12 anni) ed è molto spesso ereditaria. Se un bambino o una bambina hanno genitori, fratelli, sorelle o altri parenti stretti affetti da scoliosi, devono essere regolarmente controllati dal pediatra (e, eventualmente, dall'ortopedico) per diagnosticare l'eventuale insorgenza di scoliosi il più presto possibile.

Per fare diagnosi di scoliosi è essenziale sottoporsi alla visita medica e, se il medico lo ritiene necessario, ad una radiografia. Una volta confermata la diagnosi, lo specialista ortopedico deciderà se il paziente deve essere trattato o semplicemente seguito periodicamente. Ciò dipende dal grado di scoliosi e dalla sua strutturazione, parametro che solamente l'ortopedico è in grado di verificare. In pratica, oltre alla gravità del momento, è importante fare una previsione su quanto tale scoliosi può peggiorare nel tempo. Se la scoliosi inizia più precocemente (nei soggetti più giovani) il rischio che la scoliosi si aggravi è maggiore. Infatti, la scoliosi tende a peggiorare fino al termine dello sviluppo scheletrico, che nella norma è intorno ai 18-20 anni nel maschio e ai 15-16 anni nella femmina (ma è variabile). Se la scoliosi comincia prima, è maggiore il tempo in cui si può aggravare. Una

previsione di aggravamento si può fare anche in base alla gravità della scoliosi della madre o della sorella.

La scoliosi non dà dolore. E' credenza comune che un mal di schiena può essere dovuto alla scoliosi. In realtà la scoliosi, se è di un certo grado, può dare una sintomatologia dolorosa solo nell'età adulta (difficilmente prima dei 40 anni), perché facilita l'insorgenza dell'artrosi. Ma, prima, la scoliosi non dà disturbi (a meno che non sia molto grave).

Come si cura la scoliosi?

Il trattamento della scoliosi ha lo scopo di arrestare la crescita della curva scoliotica. Questo trattamento consiste essenzialmente nell'uso di un busto (ne esistono tanti tipi) o, nei casi più gravi, in un intervento chirurgico. Questi trattamenti bloccano l'aggravamento della curva scoliotica e, con la crescita del paziente, la curva tende lentamente a ridursi.

Purtroppo la ginnastica e l'attività sportiva non hanno effetto sulla scoliosi vera. La ginnastica è comunque utile per migliorare l'elasticità e il tono muscolare, sia quando si usa un busto (che tende a ridurre queste due proprietà), sia quando il busto non deve essere messo perché la curva è molto lieve.