

**Dott. Alessio Giannuzzo**  
**medico-chirurgo**  
**Specialista in Ortopedia e Traumatologia**

## LA SCOLIOSI

La scoliosi dell'età evolutiva è una patologia importante che può portare, se trascurata, a complicanze importanti nello sviluppo del bambino, non solo da un punto di vista ortopedico. E' perciò importante che la diagnosi sia precoce per poter correggere il difetto quando è ancora lieve.

I

La **scoliosi** è un dismorfismo, ossia una deformità della colonna vertebrale caratterizzata da una **inclinazione laterale della colonna vertebrale** associata ad una **rotazione delle vertebre**.

I casi in cui la scoliosi richiede una terapia sono veramente pochi, e sarebbero ancora meno se i genitori fossero informati e facessero una corretta prevenzione.

La tipologia più comune di scoliosi è quella "**idiopatica evolutiva**", la cui causa risulta sconosciuta.

Può comparire durante l'infanzia in qualsiasi età, ma è più frequente in particolare nel periodo adolescenziale.

Più rare sono le scoliosi congenite o legate a malattie neuromuscolari.

I segni precoci sulla quale si può fare una diagnosi è verificare che non ci siano asimmetrie nel corpo del bambino e nel caso in cui il genitore avesse un dubbio, portare il bambino a fare una visita ortopedica in cui il medico potrà valutare correttamente che il bambino non presenti segni di scoliosi.

Durante la visita si farà mettere il bambino dritto, in posizione neutra e si controllerà per prima cosa se le spalle sono simmetriche. Stessa cosa si deve fare a livello del fianco, per vedere se ci sono degli spazi maggiori da una parte rispetto all'altra, ossia se i triangolo Del Taglia sono simmetrici. Ispezionata questa prima parte si invita il bambino a flettere il tronco in avanti per valutare se c'è una perfetta simmetria tra la parte destra e la parte sinistra del torace e della colonna lombare.

Nei casi in cui l'Ortopedico dovesse notare dei segni di asimmetria nella gabbia toracica del bambino, sarà consigliabile eseguire una radiografia della colonna vertebrale per confermare il sospetto clinico e misurare i gradi della scoliosi.

**Dott. Alessio Giannuzzo**  
**medico-chirurgo**  
**Specialista in Ortopedia e Traumatologia**

La radiografia della colonna vertebrale, eseguita in posizione seduta o in piedi, ci permette di stabilire la gravità della scoliosi e l'obliquità pelvica. La Risonanza Magnetica Nucleare ci permette invece di avere informazioni circa la presenza di eventuali anomalie ossee e/o problematiche midollari.

Il trattamento da seguire si baserà poi sul quadro clinico-radiografico.

In base alla gravità della scoliosi differenziamo:

- **Scoliosi lievi**: da 10 a 20° (angolo di Cobb)
- **Scoliosi moderate**: dai 20 ai 45° (angolo di Cobb)
- **Scoliosi gravi**: oltre i 45° (angolo di Cobb)

Se la diagnosi è precoce la terapia è più semplice.

**I pediatri di famiglia e i genitori sono il punto focale di questa diagnosi precoce.** Una volta che viene evidenziata una scoliosi, va seguita e tenuta sotto osservazione, per poi intervenire con busto qualora dovesse superare il ventesimo grado.

Le **scoliosi lievi** dunque vengono generalmente tenute sotto osservazione. La **scoliosi moderate** vengono invece trattate mediante l'applicazione di corsetti, per le **scoliosi gravi** si consiglia il trattamento chirurgico.

È utile associare una attività fisica che possa essere ginnastica posturale o attività sportiva più in generale. Non esiste uno sport specifico che consenta di prevenire questa patologia, così come non esiste uno sport più dannoso di altri.

È consigliabile eseguire una prima visita ortopedica. Una prima visita è consigliabile intorno agli 8/9 anni, che è un'età in cui si sta lasciando l'età infantile e si sta iniziando l'età puberale, e la crescita comincia a diventare rapida. A questa età si può avere un primo sospetto e tenere sotto controllo la situazione.

I busti sono molto efficaci, ma hanno dei limiti. Il busto può arrestare la crescita della scoliosi, ma non può curarla, facendola regredire. Questo è un aspetto molto importante da chiarire, così come è importante chiarire che i busti sono efficaci in funzione delle ore che vengono utilizzati.

**Nelle prime fasi il busto ortopedico deve essere mantenuto per 23 ore su 24.**

**Dott. Alessio Giannuzzo**  
**medico-chirurgo**  
**Specialista in Ortopedia e Traumatologia**

**L'unica ora consentita sarà utilizzata per l'attività sportiva e l'igiene personale.**

È ovvio che se un busto viene utilizzato solo 12 ore al giorno ( quindi di notte) , si avrà solo il 50% di probabilità di arrestare il peggioramento della scoliosi.

Nei casi più gravi si deve ricorrere alla chirurgia, che però non è la chirurgia invasiva a cui eravamo abituati anni fa, con interventi di 9 /10 ore, con periodi di convalescenza a letto di 20 giorni in cui si utilizzavano gessi e busti.

Oggi l'intervento per la scoliosi (che è riservato alle sole scoliosi che superano i 45 gradi) dura più o meno 3 ore , in terza giornata i ragazzi si rimettono in piedi senza dover portare né busti né gessi, , ed a 10 giorni dall'ingresso in ospedale si ritorna a casa.

La chirurgia per la scoliosi infantile ha fatto molti progressi negli ultimi anni.

Fino a 5 o 6 anni fa un paziente pediatrico con scoliosi progressiva doveva portare uno strumentario temporaneo, per poi essere sottoposto 2 volte l'anno ad un piccolo intervento di allungamento.

Grazie all'avvento delle barre magnetiche si evitano i ripetuti interventi, che potevano arrivare ad essere anche 15 o 20, fino al completamento della cura. Oggi invece, tramite la barra magnetica, con un telecomando, in ambulatorio e senza l'utilizzo di anestesia, è possibile allungare la barra magnetica di quei pochi mm che servono, man mano che il bambino cresce. Un enorme passo avanti.