

Marco Pecchioli

NOVITA' NEL TRATTAMENTO DELLA SCOLIOSI



Istituto Duchenne

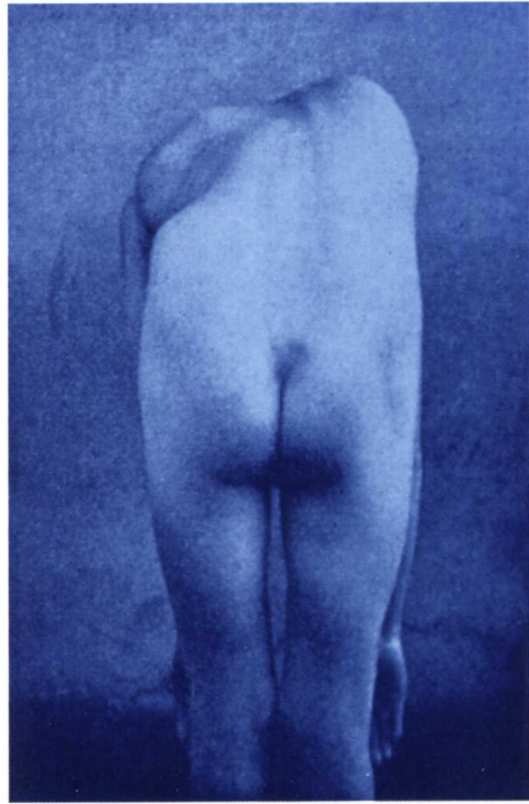
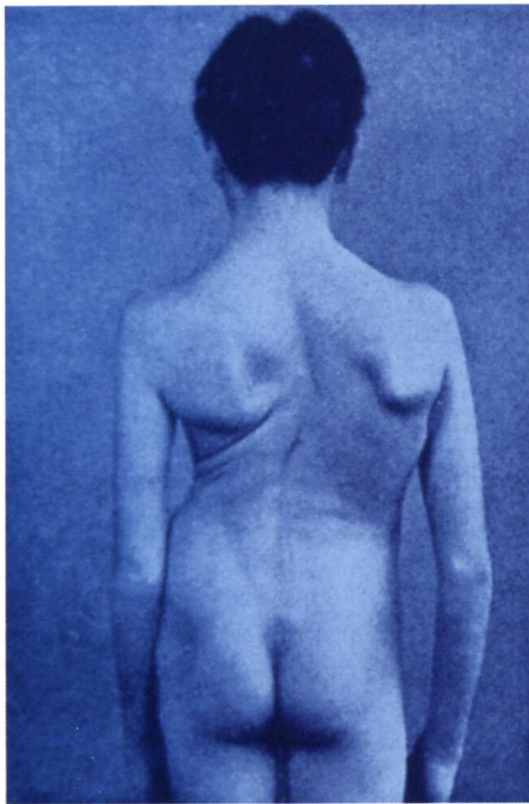
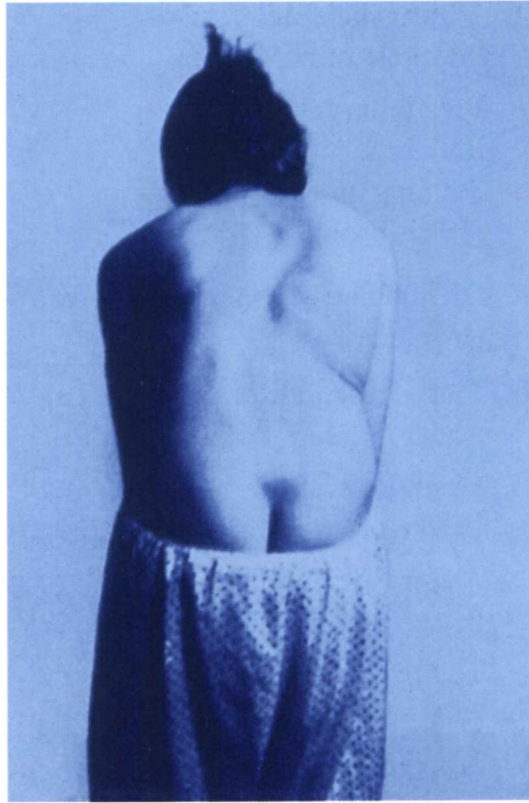


Fig. 1: Esempi di scoliosi idiopatica evolutiva.

Da Klapp B.: "DAS KALAPP'SCHE KRIECHVERFAHREN" Georg Thieme Verlag, Stuttgart.



ISTITUTO DUCHENNE

SCUOLA NAZIONALE DI EDUCAZIONE FISICA

Via A. Corelli, 27 - Firenze - tel. 055 43 60 774

info@duchenne.it - www.duchenne.it

**NOVITÀ nel
TRATTAMENTO della
SCOLIOSI**

Consulenza specialistica ortopedica:
Prof. Dott. Marco Pecchioli

Opuscolo divulgativo
a cura dell'Istituto Duchenne

Nota: gli ampi spazi a margine in ogni pagina sono stati lasciati volutamente per dare la possibilità al lettore di annotare le sue osservazioni.

NOVITA' NEL TRATTAMENTO DELLA SCOLIOSI
con particolare riferimento alla SCOLIOSI IDIOPATICA DELL'ADOLESCENTE

Marco Pecchioli

Prima novità

LA DEFINIZIONE. Questa è una novità relativa, difatti è pubblicata nel mio libro ⁽¹⁾ sulla scoliosi già dal 1991. Quando studiavo medicina io, negli anni '70, veniva insegnato che *"la scoliosi è una deviazione laterale permanente della colonna vertebrale"*. Niente di più errato e con conseguenze drammatiche ai fini del trattamento ed io non dimenticherò mai quei bruttissimi gibbi a cresta conseguenti più che alla deformità scoliotica, alla spinta laterale dei corsetti usati e confezionati in base a questa definizione. Questa definizione si è andata perfezionando col tempo, grazie anche agli studi del Perdriolle, che approfondì le ricerche sulla rotazione delle vertebre e fu un ulteriore passo avanti, ma non ancora la meta. Osservando gli scoliotici gravi sembrerebbe abbastanza ovvio quanto dirò di seguito, ma tant'è che ancora le varie definizioni di scoliosi si limitano alla colonna vertebrale, mentre - e questa è la novità della definizione della scoliosi - *"la scoliosi è una deformità del **tronco** (fig.1) che si concentra sulla colonna vertebrale, deformandola nelle tre dimensioni dello spazio, caratterizzata dalla presenza del/dei gibbo/i postero-laterale/i, antero-laterale, dalla modificazione dell'assetto della pelvi e che riconosce una eziopatogenesi varia"*. Così la colonna vertebrale è deformata, le coste sono deformate, lo sterno è deformato, i muscoli sono deformati (diaframma, mm. paravertebrali, addominali, ecc.), i polmoni sono deformati, il mediastino è deformato, le fasce sottocutanee e la pelle sono deformate, ecc.. Questa definizione sposta l'attenzione dalla sola colonna vertebrale a tutto quanto il tronco. Ma che cosa ha a che vedere col trattamento questa novità? E' molto semplice: da questa nuova definizione scaturisce una immediata modificazione del trattamento, perché (1) viene ampliato il bersaglio su cui si deve agire, ossia tutto il tronco e non la sola colonna vertebrale; (2) orienta sulla valutazione dei risultati ⁽²⁾ valorizzando quelli estetici e quelli funzionali, non potendosi correggere la

deformazione ossea (in specie delle singole vertebre) nei casi già stabilizzati o inveterati; (3) fa capire come sia lontana dall'obiettivo utile la proposta chirurgica, specialmente nelle scoliosi dell'adulto (o peggio ancora dell'anziano), dove non potendosi correggere che parzialmente la colonna vertebrale con la chirurgia, si ha il danno funzionale, quello estetico (la cicatrice) e quello dei postumi a lunga distanza di tempo (oltre i 20 anni) che rapportati alla vita intera dell'essere umano, rappresentano un periodo piuttosto breve. Così, una persona operata di scoliosi all'età di 20 anni, dopo altri 20, o anche dopo altri 30, ha un'età di soli 40 o 50 anni. Che cosa fa ⁽³⁾ da allora in poi, se l'artrodesi non funziona più, o si rompe semplicemente cadendo dalle scale, o per la strada, o dal motorino, o per un tamponamento in un incidente stradale, ecc.? Si capisce anche come, in questa nuova ottica derivante dalla definizione più completa "...deformità del tronco...", la Ginnastica Medica ⁽⁴⁾ trova la sua massima utilità. Nella situazione attuale tuttavia, gli unici studi nel settore della ginnastica vengono promossi dall'ISTITUTO DUCHENNE di Firenze, mentre il mondo scientifico dell'ortopedia è rivolto esclusivamente allo studio delle varie indicazioni e tecniche della chirurgia.

Rimanendo sulla chirurgia della scoliosi, si deve dire subito che essa non ha senso essendo in effetti, al di là delle apparenze, un grave danno per la colonna vertebrale, non potendo né affrontare, né risolvere le altre deformazioni del tronco elencate sopra e neppure risolvere il danno estetico. I controlli a distanza ⁽³⁾⁽⁵⁾ dall'evento chirurgico, **oggi disponibili** e non "ieri", quando ancora non si poteva sapere come sarebbe andata nel corso del tempo e soprattutto a distanza di decenni dall'operazione, documentano la inutilità e la dannosità di tale atto "terapeutico" e tornerò su questo argomento.

Seconda novità

SIGNIFICATO DEL TRATTAMENTO: nella scoliosi si è potuto constatare che le deformazioni scheletriche, una volta instauratesi, non possono regredire. Questa affermazione ha soltanto una eccezione teorica: se si riuscisse a fare la diagnosi per tempo (ciò significa quando la maturazione

definitiva delle ossa ed in particolare delle vertebre, non fosse ancora completata) potrebbe essere possibile influenzare, con le tecniche opportune, il futuro accrescimento scheletrico ancora rimasto, orientandolo verso il migliore risultato definitivo, anche correggendo la deformazione che avesse già iniziato a deformare le vertebre interessate dalla curva scoliotica . Questa ultima ipotesi non è strampalata, ma ha delle basi solide nella conoscenza delle leggi dell'accrescimento del corpo umano, ben note all'Ortopedia fin dai suoi albori. Tra queste leggi cito la legge del Delpech ⁽⁶⁾, la legge di Wolf, l'effetto (positivo o negativo a seconda di ciò a cui si tenda) dell'esercizio fisico - muscolare e articolare - l'effetto delle posizioni e degli atteggiamenti assunti durante la vita quotidiana (incluso le attività lavorative, o sportive, o ludiche, ecc.), gli effetti di ortesi confezionate ad hoc per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici prefissati, ecc., dove questo ecc. sta per tutto ciò che possa essere utile al risultato, o dannoso, se usato in modo rispettivamente corretto, o errato (devono essere esclusi da questo elenco i busti gessati, a causa della loro azione nefasta sulla muscolatura che deve sostenere il tronco e della quasi impossibilità di praticare gli esercizi fisici specifici con tale busto addosso; in ogni caso oggi, il corsetto CHÊNEAU ⁽⁷⁾ è efficace al pari di un gesso, o addirittura di più e quindi rende anche inutile, oltre che dannoso l'uso di busti gessati per la cura delle scoliosi - fig.2).

Sulla base di queste premesse e considerato che:

- la scoliosi è una deformità con effetti negativi sul piano funzionale e soprattutto su quello morfologico (deformità)
- tenuto conto che la chirurgia non può dare risultati utili a) sul piano *morfologico*, perché i risultati estetici sono al massimo temporanei e comunque discutibili, considerando la brutta cicatrice che resta sul dorso, e neppure b) sul piano *funzionale*, perché (1) i movimenti del tronco e del bacino (anche durante l'attività sessuale) restano limitati anche in modo grave (2) che a lunga distanza di tempo dall'intervento si hanno conseguenze disastrose ed irreparabili, sulla colonna vertebrale, per motivi semplicemente fisico-meccanici (cito per esempio la *sindrome giunzionale* che inevitabilmente prima o poi si manifesta nel corso degli anni), (3) che il bloccaggio del tratto di colonna vertebrale artrodesiz-



(fig.2)

zato va contro ogni regola fisico-meccanica, limitando in modo notevole e pericoloso le prestazioni fisiche richieste anche nella gestualità della vita quotidiana, si può concludere che (vedi anche al punto successivo), se i risultati nella cura della scoliosi possono essere ricercati SOLTANTO su questi due aspetti: quello morfologico e quello funzionale contemporaneamente, in questa ottica, avviene allora che la GINNASTICA MEDICA sia il trattamento ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ che dà i migliori risultati ed anche i più stabili, a condizione che essa venga praticata come igiene di vita per tutta la vita. In questa affermazione niente di strano o di impossibile, se si considera che la GINNASTICA rappresenta, per l'uomo contemporaneo, comunque una igiene, che vale per tutte le persone indipendentemente dal fatto che abbiano o no una scoliosi e che va praticata per tutta la vita per vicariare le esperienze motorie naturali (che l'uomo civilizzato non praticherebbe più) e per contrastare le conseguenze della sedentarietà. L'unico problema che si pone risiede allora nella scelta degli esercizi da eseguire e su questo aspetto dovrebbero concentrarsi soprattutto gli studi e la ricerca. A tutt'oggi non è così, tranne che al nostro ISTITUTO DUCHENNE Scuola Nazionale di Educazione Fisica. I dati a nostra disposizione documentano concretamente la validità della affermazione fatta sopra e rimando alla mia pubblicazione ⁽²⁾ sulla "Efficacia del trattamento della scoliosi idiopatica con corsetto CHÊNEAU e Ginnastica Medica secondo le tecniche I.D." (pubblicata nella rivista "I.D. EDUCAZIONE FISICA - anno VIII - n. 2/2009, organo ufficiale SIEF - Società Italiana di Educazione Fisica - M. Pecchioli, pag. 53).

Appare anche ovvia l'importanza della diagnosi precoce, perché essa può consentire di intervenire con le misure appropriate quando la deformazione scheletrica è molto piccola e quindi più facilmente riportabile verso la normale morfologia con le misure terapeutiche indicate sopra, agendo sulla crescita scheletrica che ancora manca e che deve quindi completarsi. Purtroppo, per motivi anche in parte comprensibili, la diagnosi precoce di scoliosi evolutiva non viene generalmente fatta e si arriva quasi sempre a fare la diagnosi quando la deformazione ha già preso piede, ma sarebbe bene che, per esempio, attraverso indagini scolastiche condotte sistematicamente, si potesse arrivare a superare anche questa difficoltà ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. Rimanendo su questo argomento voglio osservare che un tempo furono fatte indagini scolastiche atte a realizzare l'intercettazione precoce delle

deformità vertebrali (screening scolastici), ma ciò si dimostrò un fallimento in termini di efficacia, ossia di risultato, perché, una volta fatta la diagnosi precoce, non erano disponibili i mezzi terapeutici o preventivi per fermare l'evoluzione della scoliosi così diagnosticata per tempo. A quell'epoca non erano stati elaborati gli esercizi ed i concetti delle tecniche ginniche I.D., né era disponibile il corsetto CHÊNEAU. Oggi dunque, non "ieri", disponendo degli strumenti validi, sarebbe bene riprendere le indagini scolastiche con lo scopo di realizzare la diagnosi precoce. Purtroppo ciò non è ugualmente sufficiente, né possibile nell'immediato perché, ancora al congresso SIOT (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia) del 2010 a Roma, è stato affermato dal Presidente di quella Società della quale anch'io faccio parte, che non ci sono novità nel trattamento della scoliosi. Se così è, allora tutto resta fermo. Qui va vista l'utilità di quanto viene affermato in questo mio scritto ed io spero che adesso, comprendendo quanto è scritto in queste righe, si possa sbloccare un po' la situazione. Se così avvenisse, ovviamente, ci sarebbe bisogno di ortopedici competenti perché la formazione degli attuali ortopedici è frutto dell'insegnamento di coloro che sono preposti a ciò e che non sono aggiornati (vedi quanto detto poco sopra) e non conoscono ed anzi rinnegano queste "novità" qui elencate (sarebbe più preciso parlare di "concetti" piuttosto che di "novità" e spero che il lettore interpreti correttamente il mio pensiero).

Terza novità

NO CHIRURGIA - perché:

- I risultati della chirurgia sul piano della funzionalità, sono più invalidanti della deformità operata (esempio: un soggetto con la sua scoliosi può, se gli piace, andare a cavallo; un soggetto operato di artrodesi vertebrale per scoliosi non deve andare a cavallo, perché se cade può farsi molto male e soprattutto può mettere in crisi la stabilità della colonna vertebrale, così come, ovviamente, la può mettere in crisi se cade e sbatte il sedere, semplicemente scendendo le scale)

- Il beneficio estetico è annullato dalla bruttezza della cicatrice cutanea e dalla modificazione della gestualità motoria conseguente alla rigidità della colonna vertebrale artrodesizzata; inoltre, scoliosi gravi non possono essere raddrizzate dalla chirurgia, facendo permanere la deformità. Per contro, scoliosi lievi non devono essere operate, ma curate incruentamente
- L'artrodesi vertebrale non ripristina la funzionalità, come già detto sopra, ma neppure la forma del rachide normale (in altre parole la chirurgia della scoliosi, non è comparabile, per esempio, con la chirurgia per un'appendicite, in quanto a risultati)
- A lungo andare (in genere oltre i 20 anni dall'intervento chirurgico) si manifestano i danni (gravissimi ed anche ingravescenti) dell'irrigidimento meccanico prodotto dalla chirurgia del rachide (vedi per esempio la cosiddetta "sindrome giunzionale" che si verifica per motivi di ordine semplicemente fisico-meccanico, quindi inevitabili, al passaggio tra il tratto artrodesizzato della colonna vertebrale e le vertebre immediatamente sopra o sotto)
- È documentata una perdita di correzione (leggi peggioramento delle curve scoliotiche) anche dopo la chirurgia e non sono rari i pazienti che ad un certo punto della loro vita, sono costretti ad operarsi di nuovo, anche per inconvenienti sulla artrodesi o sullo strumentario, con risultati progressivamente peggiori e meglio sarebbe stato se si fossero tenuti la loro scoliosi
- Altri elementi negativi in relazione alle caratteristiche specifiche di ogni soggetto (rigidità articolari di altri distretti, problemi lavorativi, ecc.)

La condanna della chirurgia nel caso della scoliosi idiopatica dell'adolescente deve essere considerata una novità, perché sarebbe bene ribadire che, anche se sappiamo che nel mondo si

continua ad operare scoliosi con angolazione sopra ai 50 gradi Cobb (e anche meno), OGGI, non ieri, è possibile documentare, quindi sappiamo, in base alla verifica fatta su soggetti operati prima degli anni '80, ossia con un controllo a distanza di oltre 30 anni, che la chirurgia della scoliosi non dà risultati che siano superiori alla deformità, quindi oggi sappiamo che non dovrebbe essere fatta. Ciò non poteva essere conosciuto in precedenza, non potendoci essere tale verifica. In effetti oggi sappiamo anche che, scoliosi gravi non operate, ma seguite con la ginnastica opportuna, eseguita secondo le tecniche I.D., confrontati con soggetti operati, vanno decisamente meglio dei secondi (vedi atti del XIII CONGRESSO NAZIONALE S.I.E.F. su "IL TRATTAMENTO INCRUENTO DELLA SCOLIOSI OGGI" pubblicati sulla rivista "I.D. Educazione Fisica" organo ufficiale della Società Italiana di Educazione Fisica (S.I.E.F.) - Anno VIII - Numero 2/2009, già citata in precedenza).

Quarta novità

NO GESSI - perché:

Il corsetto CHÊNEAU oggi disponibile, ha più vantaggi del gesso in termini di efficacia ed è amovibile (*contrario di inamovibile*) per le necessità contingenti della vita quotidiana del paziente, dunque non serve più il gesso, neppure nelle scoliosi idiopatiche dell'adolescente sopra ai 50° Cobb. È ovvio che questo corsetto, di difficile costruzione, deve essere fatto bene. La sua efficacia è ben documentata dal suo ideatore, il Dott. CHÊNEAU (vedi anche la stessa rivista scientifica segnalata al punto precedente). Questa affermazione vale in modo "certificato" (uso questo aggettivo perché mi sembra più potente di "documentato") per scoliosi al di sotto dei 40 gradi Cobb. Personalmente sto usando questo corsetto anche per scoliosi al di sopra di tale gravità ed anche in soggetti adulti, con risultati buoni. Ciò mi sembra incoraggiante e meritevole di ulteriori approfondimenti e di ricerca. (fig.3)



(fig.3)

Quinta novità

DEVE SEMPRE ESSERE PRESCRITTA LA GINNASTICA MEDICA (o ginnastica correttiva ⁽⁹⁾ a seconda delle situazioni) **eseguita secondo le tecniche I.D.** ⁽¹⁰⁾. Anche questa deve essere affermata come una **novità** di OGGI (anche se è già dal 1978 che io l'ho insegnata ai miei allievi dell'ISEF (ISTITUTO SUPERIORE di EDUCAZIONE FISICA) di Firenze, è pubblicata sul mio libro di Ginnastica Correttiva ⁽⁹⁾ già dal 1992 ed è stata aggiornata anno per anno in base alle esperienze fatte presso l'ISTITUTO DUCHENNE di Firenze). Non di "ieri", perché soltanto oggi è verificata nella sua efficacia come coadiuvante indispensabile nel trattamento della scoliosi. In passato (qualcuno purtroppo ancora oggi...) - veniva sostenuto dai Professori di Educazione Fisica e dai "Chinesiologi", non da me - che la Ginnastica Correttiva potesse correggere le curve scoliotiche della colonna vertebrale e ciò era sbagliato. OGGI sappiamo in assoluto che non è vero, ed è quindi bene specificare che la ginnastica correttiva, contrariamente a quanto veniva sostenuto in passato, non ha nessuna possibilità di agire per "correggere" la scoliosi. Oggi tuttavia è stato definito da me ed è stato pubblicato sulla rivista "LA GINNASTICA MEDICA" che la Ginnastica (correttiva o medica a seconda dei casi) è fondamentale nel trattamento della Scoliosi. Essa ha altri compiti, che la rendono essenziale nella cura della scoliosi insieme al corsetto perché:

- Deve essere mantenuto il trofismo muscolare, che il corsetto diminuirebbe per il solo fatto di non fare lavorare i muscoli

- Si devono rinforzare i mm. deboli - e lo si deve fare con esercizi mirati e non generici, che potrebbero essere dannosi per la colonna vertebrale

- Si devono allungare i mm. corti (specialmente i mm ischio-crurali) - ed anche in questo caso vale la precisazione detta al punto precedente

- Si deve agire per migliorare il portamento nella gestualità della vita quotidiana e favorire il controllo volontario del corretto assetto del tronco in modo autonomo, per quando il corsetto sarà tolto definitivamente
 - Si deve migliorare la ventilazione polmonare
 - Si deve trazionare la colonna vertebrale con gli esercizi di sospensione simmetrica (questa è una prerogativa della ginnastica eseguita secondo le tecniche I.D.)
 - Si deve favorire l'azione modellante del corsetto e la sua tollerabilità (esercizi eseguiti in corsetto)
- Altro in relazione al singolo caso specifico.

Note:

- 1) *la ginnastica non agisce per correggere la scoliosi (l'osso), ma ciò nonostante è essenziale per i motivi elencati sopra (e ciò è anche intuitivo).*
- 2) *La ginnastica deve essere eseguita secondo le tecniche I.D., perché sono le uniche verificate*
- 3) *Non devono essere eseguite altre tecniche di ginnastica o di sport qualunque con funzione del miglioramento della scoliosi, perché in tal caso potrebbero essere fatti eseguire esercizi dannosi per la colonna vertebrale (per esempio le mobilizzazioni della colonna vertebrale). Ciò nondimeno, il soggetto con scoliosi farà le attività sportive che gli piacciono e per le quali ha interesse, se non sono ritenute nocive per la scoliosi, praticandole*

come svago (non come agonismo almeno finché è in cura) - nuoto, tennis, sci, giochi sportivi, ecc.

- 4) Assioma: "non chiedere alla Ginnastica quello che la Ginnastica non può dare". Dalla Ginnastica si pretenderà invece che dia i risultati che soltanto essa può dare, quali il rafforzamento di muscoli deboli, l'agilizzazione di articolazioni rigide, il miglioramento del controllo posturale, l'acquisizione di tecniche motorie sconosciute allo scoliotico, ma utili per migliorare il suo comportamento motorio nella gestualità della vita quotidiana, ecc. (vedi di seguito).

Un'ultima osservazione conclusiva e ad ulteriore affermazione dell'assioma enunciato sopra: la Ginnastica non ha obbligo di risultato in termini di correzione delle curve scoliotiche della colonna vertebrale, ma ha obbligo di **risultato** nei confronti degli elementi da lei "aggrediti": quelli indicati precedentemente. L'osservazione è la seguente: l'eventuale fallimento della Ginnastica può essere tale **soltanto** se quegli obiettivi, a lei spettanti, non vengono raggiunti, non se la colonna vertebrale non si corregge. Questo ultimo elemento (la correzione delle curve scoliotiche) è estraneo alla ginnastica, non compete a lei bensì al trattamento ortopedico (leggi corsetto).

Sesta novità

Oggi si assiste ad un notevole incremento delle scoliosi ⁽¹²⁾ al di sopra dei 40 anni (scoliosi de novo). Questa è una novità, perché queste scoliosi un tempo non si manifestavano per la minore durata media della vita delle persone, ma anche perché un tempo venivano meno osservate. Si deve dire che queste scoliosi, diversamente da quelle giovanili, si fanno segnalare per il dolore alla schiena. Questo dolore può anche essere curato in quanto tale con i farmaci antalgici, ma non soltanto con quelli. In queste scoliosi infatti si deve agire con la ginnastica medica ed anche in questo caso gli esercizi devono essere eseguiti secondo le tecniche I.D., perché verificate. Non dovrebbe trovare posto la chirurgia, se non in casi gravissimi e selezionati, perché queste scoliosi

