

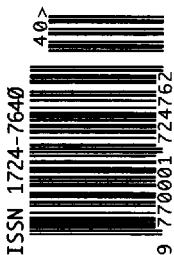
Marco Pecchioli

LA SCOLIOSI DEGENERATIVA DELL'ANZIANO (SDA)

Estratto da



Volume LIII - Fasc. 4 - Anno 2005



ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI GINNASTICA MEDICA
MEDICINA FISICA - SCIENZE MOTORIE E RIABILITATIVE

LA SCOLIOSI DEGENERATIVA DELL'ANZIANO (SDA)

* Istituto Duchenne - Firenze

RIASSUNTO

In questo articolo si analizza la "scoliosi degenerativa dell'anziano" nelle sue caratteristiche essenziali, al fine di predisporre, a scopo preventivo, un programma specifico di ginnastica medica.

SUMMARY

In this article is analyzed the "Degenerative Scoliosis of the Ancient". This permits to programme a specific file of exercises usefull for this deformity.

«La scoliosi è una deformità del tronco che si concentra sulla colonna vertebrale, deformandola nelle tre dimensioni dello spazio, caratterizzata dalla presenza di gibbo/i posterolaterale/i ed anterolaterale, dalla modificazione dell'assetto della pelvi e che riconosce una eziopatogenesi varia» (M. Pecchioli).

Da questa definizione scaturisce che il termine "scoliosi" sta ad indicare un unico quadro morfologico sul quale però convergono patologie di diversa natura e le più varie, tanto da andare da patologie di tipo distrofico, come la distrofia muscolare di Duchenne, a quadri risultanti semplicemente da traumi; da patologie di tipo infettivo come la poliomielite o la tubercolosi, ad ustioni cutanee, e così via, che possono tutte dar luogo ad una scoliosi. Il termine scoliosi pertanto sta ad indicare soprattutto un quadro clinico-morfologico condiviso da diverse patologie, piuttosto che una malattia a sé stante. Si deve anche aggiungere, per l'esattezza, che la deformazione scoliotica del tronco può presentare delle peculiari caratteristiche per ciascuna di tali malattie. Per completare il quadro deve anche essere detto che tutti gli esseri umani presentano comunque alla Rx eseguita in ortostasi delle curve laterali del rachide che, non raggiungendo valori angolari patologici, sono da considerarsi "fisiologiche".

A tutt'oggi non mi risulta che siano stati individuati degli specifici geni per cui in loro presenza, o in loro assenza, si determini in una persona una scoliosi (ciò, in ogni caso, sarebbe valido soltanto per le scoliosi ad eziologia ignota); so che ci sono degli studi in corso, ma è certo, per deduzione, che non può essere un solo gene coinvolto nel determinismo delle scoliosi genetiche. È vero, tuttavia, che si possono osservare delle scoliosi con struttura genetica, all'affermarsi della deformità (ed alla entità di tale deformità), in un corpo che sta crescendo, è necessaria la convergenza di molti fattori in aggiunta a quelli genetici. A

dimostrazione di ciò sta l'efficacia delle cure ortopediche, quando la scoliosi venga diagnosticata per tempo e trattata in modo appropriato. Sappiamo anche che esiste (ed ha la prevalenza numerica fra tutte) la scoliosi cosiddetta idiopatica, di cui non si conosce l'eziologia nelle sue tre forme: infantile, giovanile e adolescenziale.

In questa mia relazione si introduce una voce "nuova" nell'elenco classificativo delle varie forme di scoliosi, la **scoliosi degenerativa dell'anziano** (da ora in poi denominata con l'acronimo SDA) e bisogna chiedersi se ciò sia lecito e soprattutto razionale. Personalmente ed in un primo momento, trascinato dall'entusiasmo, sono stato tentato di ritenere di sì, ma ciò era motivato soprattutto dal comportamento di questo tipo di scoliosi e dai risvolti terapeutici, piuttosto che da presupposti eziologici, perché in effetti la SDA, così come mi si è presentata alle mie prime esperienze, potrebbe essere riallacciata alle scoliosi idiopatiche lievi e non evolutive e soprattutto non diagnosticate, o se diagnosticate, ritenute innocue...

Queste scoliosi lievi in particolari condizioni ambientali darebbero luogo, in un particolare momento della vita come è quello dell'età anziana, alla deformità ed alle conseguenze di cui si dirà in questo lavoro. In ciò esse acquisterebbero la dignità di patologie a sé stanti per la loro peculiarità sia di evoluzione che di trattamento, ma soprattutto per le gravi conseguenze che determinano. In ogni caso le problematiche di trattamento sono veramente complesse ed ancora in fase di studio. Studiando maggiormente il problema, ho ritenuto di dover scartare l'ipotesi di una "voce nuova" ed in effetti così si deve ragionare, perché tutte le scoliosi, al concludersi dell'età adulta e col trapasso nell'età senile, si aggravano. Resta però fermo e soprattutto utile un concetto che si è imposto nel corso del mio studio: se appare logico ed immediato che una scoliosi di media o grave entità dia dei

gravi disturbi col sopraggiungere dell'età anziana, lo stesso non ci si aspetterebbe nel caso di una scoliosi lieve... Invece accade proprio così, e questa è la novità: le scoliosi "lievi" si aggravano in modo anche consistente con l'invecchiamento, *se non curate*. Questa è la "sorpresa". Questo è il dramma di molte persone, soprattutto donne, molte delle quali non sapevano neppure di avere una scoliosi, ma che si ritrovano, dopo la menopausa, con questa deformità. Tale deformità, dal momento della diagnosi in poi, avrà anche la conferma della progressività (evoluzione in senso peggiorativo). Questo è l'elemento che in un primo tempo mi aveva fatto ipotizzare di trovarmi di fronte ad una patologia "nuova". In effetti ed in conclusione, si deve dire che:

- 1) Tutte le scoliosi, di qualsiasi eziologia esse siano, riprendono il loro aggravamento al sopraggiungere dell'età anziana. Ciò è in linea con l'andamento dei fenomeni connessi all'invecchiamento e vale per tutte le persone.
- 2) Tutte le scoliosi sono sensibili, sul piano patogenetico, alle sollecitazioni meccaniche a cui il tronco viene sottoposto.
- 3) Le SDA, pur partendo da gradi "lievi" di angolazione **in età già adulta**, si aggravano in modo rapido ed intenso nell'età anziana, rispondendo in maniera coerente al principio esposto ai punti precedenti. Esse si evidenziano però per la entità angolare modesta della curva iniziale. Qui sta il loro "trabocchetto". Esse, pertanto, manifestano un comportamento che nessuno si sarebbe aspettato, per cui, anche se non possono essere considerate una entità nuova sul piano del loro inquadramento, questo loro comportamento le trasforma in una entità specifica e temibile. Si può aggiungere che diventano "nuove" rispetto ai concetti classici che si avevano della scoliosi in ambito medico, quando si credeva che, *una volta raggiunta la maturità scheletrica, la curva scoliotica fosse da ritenere stabilizzata*.

È bene anticipare subito che, allo stato attuale, l'orientamento terapeutico proposto dall'Ortopedia "di scuola" nei confronti delle scoliosi dell'anziano è soltanto chirurgico. I risultati però sono tutt'altro che soddisfacenti per i motivi che ogni studioso può ben immaginare: mi riferisco alla rigidità delle curve e quindi alla impossibilità di una loro correzione; allo squilibrio consolidato del tronco di questi soggetti anziani (o adulti maturi), anch'esso impossibile da modificare; allo stato di demineralizzazione ossea (molte sono donne in menopausa sofferenti già di osteoporosi), alla insufficienza muscolare che si mantiene ovviamente, o peggiora, dopo la chirurgia, riproponendo sul tronco, ed in maniera più intensa, gli stessi problemi in atto prima della chirurgia; alla incoordinazione motoria ed anche allo stato di mino-

re scioltezza delle grandi articolazioni come le anche, le ginocchia, le spalle (che non sono più in grado di assorbire le sollecitazioni meccaniche in modo adeguato e tale da risparmiare lo sforzo alla colonna vertebrale anche nei gesti della vita quotidiana); alle problematiche artrosiche esistenti nei distretti del rachide non artrodesizzati, ecc... Questo "eccetera" significa eventuali altre patologie associate, di tipo internistico, o polmonare, o viscerale, o cardiocircolatorio, o di altri apparati.

In questa relazione saranno pertanto proposte soluzioni alternative alla chirurgia per il trattamento di tali scoliosi. Soluzioni che sono tuttora in fase di studio, perché il problema, di per sé antico, è in effetti nuovo ed emergente, perché è adesso, con l'elevazione dell'età media nei paesi civilizzati, che esso viene alla ribalta e si propone effettivamente come un grosso problema, visto il gran numero di anziani, ma anche di scoliosi lievi, specialmente nella popolazione femminile.

Definizione

La scoliosi degenerativa dell'anziano (SDA) è una scoliosi "lieve" che manifesta la sua gravità intorno ai 50 anni di età (pur preesistendo già dall'età giovanile, malgrado in certi casi ciò non fosse noto al paziente) e che ha delle caratteristiche peculiari, pur ripercorrendo quanto già avviene **comunque** nelle scoliosi medie e gravi.

Tali caratteristiche saranno di seguito elencate. (*In effetti, come avviene per le scoliosi in genere, anche in questo tipo di scoliosi c'è una variabilità individuale legata a diversi fattori, come il tipo di vita e l'attività lavorativa – incluso le attività sportive – condotta dal soggetto che ha la scoliosi, le cure eseguite o no e la correttezza o meno di tali cure e/o prevenzioni dell'aggravamento*). La SDA quindi può essere fatta rientrare appunto nel capitolo delle scoliosi idiopatiche lievi, salvo il fatto che il suo aggravamento si manifesta in età avanzata ed è *inaspettato* per il paziente (da ora in poi, non più per il medico specialista...).

Caratteristiche della SDA

- 1) La localizzazione della curva è per lo più dorso-lombare, o lombare.
- 2) I soggetti generalmente non sapevano di avere una scoliosi; talvolta lo sapevano, ma sapevano di avere una scoliosi lieve, come in effetti lo era nei radiogrammi eseguiti in età giovanile, e che tale sarebbe rimasta, a detta dei medici curanti.
- 3) Come detto or ora, la scoliosi era ancora lieve al raggiungimento della maturazione scheletrica. Questo è un elemento molto caratterizzante, perché in ge-

neri si era abituati a pensare che le scoliosi, e quelle lievi in particolare, non si aggravassero dopo che la maturazione scheletrica fosse avvenuta.

- 4) È dolorosa, ma non in modo continuo. È il dolore in ogni caso che la mette in evidenza agli occhi del paziente, come pure del medico, che prima non le aveva dato valore. (Il dolore deriva in ogni caso non dalla scoliosi in quanto tale, ma dalle degenerazioni artrosiche e meccaniche, indotte col tempo sul rachide, dalle curve scoliotiche).
- 5) L'esordio dei dolori è tardivo (ossia intorno ai 50 anni, quando appunto la Rx eseguita per il mal di schiena mostra la situazione della colonna vertebrale). *Si deve ricordare che la scoliosi di grado lieve e medio, di per sé, in età giovanile e adulta, non dà dolore.*
- 6) È progressivamente invalidante se non curata (il concetto di invalidità deve essere inteso come dolore continuo, che si esacerba nei movimenti; deve essere inteso come difficoltà motorie anche nella gestualità della vita quotidiana e come deformità che provoca vergogna di mostrarsi agli altri). Sono possibili, col progredire delle deformazioni del tronco, parestesie agli arti inferiori, fino alla impossibilità di camminare, che è lo stadio ultimo e tardivo della malattia. Ciò è dovuto però, come già detto sopra, ai fenomeni artrosici, includendo in tale concetto anche la discopatia che accentua la laterolisteasi di una o più vertebre ed una eventuale stenosi rachidea. Quest'ultima ha sempre una origine multifattoriale, ma in questo caso anche la scoliosi fa la sua parte. Anche l'osteoporosi ha la sua rilevanza, se presente.
- 7) Tende a determinare:
 - a) *una caduta progressiva in avanti di tutto il tronco, che esordisce con la scomparsa della lordosi lombare. Tale fatto porterà progressivamente alla cifosi lombare, se non contrastato;*
 - b) *una conseguente accentuazione della retroversione del bacino (tale retroversione va intesa "rispetto al rachide lombare", ma non rispetto ai femori, per cui paradossalmente il bacino si trova retroverso per la colonna vertebrale e contemporaneamente anteverso per i femori, con anche marcata retrazione della muscolatura anteriore della coscia. È proprio ciò che determina il fenomeno detto al punto successivo);*
 - c) *una tendenza al flexum di ginocchia (conseguente al tentativo di mantenere la verticalità del tronco);*
 - d) *una franca rigidità del rachide dorso-lombare.*

Questi elementi sono preziosi da valutare, perché informano ed orientano gli esercizi di ginnastica medica ed in particolare la prevenzione.
- 8) La caratteristica radiografica più rilevante è rappresentata dal fatto che le vertebre della emicurva

inferiore alla vertebra apicale tendono a portarsi in laterolisteasi verso il lato della convessità della curva stessa, con progressiva accentuazione di tale dissesto col passare degli anni. L'immagine del rachide mostra anche altri segni non specifici della SDA, ma che si assommano ad essa, che rappresentano la causa del dolore (è il dolore che rientra proprio nelle caratteristiche specifiche di tale scoliosi) e che sicuramente giocano un notevole ruolo nel determinismo dell'aggravamento delle curve rachidee, come l'osteoporosi, l'artrosi e degenerazione discale, come ci si può aspettare in un soggetto anziano. Questi ultimi segni devono essere considerati ovvi nel contesto della patologia in oggetto (età del paziente, alterazione meccanica, ecc.), ma non rientrano tra gli elementi caratterizzanti della SDA, perché sono comuni anche alla patologia artrosica ed osteoporotica di per sé. In altre parole, il *dolore* è una caratteristica peculiare della SDA; le *cause* del dolore rientrano invece nella patologia generica.

A queste caratteristiche specifiche si assommano le altre conseguenti all'invecchiamento in genere, come accade in ogni persona (indebolimento della muscolatura, minore scioltezza articolare, diminuzione della coordinazione, ecc.). Come nelle scoliosi idiopatiche, sembra esserci una prevalenza nel sesso femminile.

Si deve ricordare che chi ha una scoliosi idiopatica, o neurogena, o di altre forme, sa già che malattia ha e che cosa lo aspetta. Non è così per la SDA e questo elemento "sorpresa" è veramente caratterizzante per queste forme di scoliosi. I soggetti che si ritrovano una SDA erano completamente all'oscuro di tale loro rischio. La grave degenerazione scoliotica è per loro un evento inaspettato e mai essi si sarebbero immaginati di dover rispettare certe regole motorie nella loro attività lavorativa, o sportiva, o comportamentale in genere, per evitare che la loro scoliosi avesse l'esito che invece ha. Inoltre in questi soggetti la scoliosi spiega i loro disturbi. Nelle SDA l'esordio dei disturbi è a sorpresa, è tardivo (intorno ai 50 anni di età) ed ha una sintomatologia discretamente invalidante per il dolore. Tale dolore non risponde ai comuni trattamenti farmacologici o fisioterapici. In effetti si tratta di un dolore meccanico e si sa che tale genere di dolore può rispondere soltanto ad una terapia meccanica, che va dal riposo alla ginnastica medica che deve rafforzare la muscolatura di sostegno del tronco con gli esercizi specifici (almeno fino a che ciò sia possibile), all'uso di presidi ortesici, all'evitamento delle situazioni meccaniche di sforzo, o sovraccarico, ecc...

Eziologia e patogenesi

Sulla eziopatogenesi della curva scoliotica bisogna distinguere l'aspetto concernente la scoliosi nella

sua fase iniziale, che include anche il periodo dell'età adulta senza deformità apparente, dalla fase dell'aggravamento al momento dell'entrata nell'età anziana. La scoliosi inizialmente, in età evolutiva, ma soprattutto adolescenziale e di adulto-giovane, è assimilabile, in quanto alla sua eziologia e patogenesi, alla scoliosi idiopatica di grado lieve, non evolutiva ed anzi può rientrare in tale quadro.

Per quanto concerne invece *la patogenesi dell'aggravamento*, essa va riferita a diversi fattori che possono esserci o meno nella vita di un soggetto portatore di SDA. Quelli costanti e comuni a tutte le persone sono:

- l'indebolimento muscolare connesso con l'età avanzata;
- il progredire dell'artrosi della colonna vertebrale, incluse le discopatie;
- l'osteoporosi (se presente ed in base alla sua intensità).

Quelli specifici e peculiari di ogni singolo soggetto sono:

- l'attività lavorativa svolta;
- l'attività sportiva eventualmente praticata;
- certe abitudini di vita;
- malattie o traumatismi nel corso della vita;
- rispetto o meno dell'igiene della postura;
- la pratica della Ginnastica Medica, oppure no.

Trattamento proposto secondo le tecniche I.D.

Anche per la SDA il concetto della "prevenzione" è fondamentale. Anche in questo caso il concetto di "prevenzione" va riferito alla «prevenzione dell'aggravamento successivo alla diagnosi» e non purtroppo alla «prevenzione della deformità». Ciò significa che la diagnosi dovrebbe essere fatta, o sospettata, il più precocemente possibile. Detto in termini più espliciti, «ogni scoliosi lombare, o dorso-lombare, **benché lieve** ed in età adulta e anche giovanile, **deve** essere considerata una potenziale SDA e come tale deve

essere trattata con specifica ginnastica medica da praticare per tutta la vita e con le misure preventive specifiche riferite alla attività lavorativa, sportiva ed alla gestualità della vita quotidiana».

La base del trattamento mediante ginnastica medica è costituita dagli esercizi di **sospensione simmetrica** a tutti gli attrezzi della ginnastica classica. A ciò deve essere aggiunto lo studio del **controllo volontario** dell'assetto del rachide (ciò si realizza anche, ed ove possibile, mediante i modellaggi del gibbo); il **controllo volontario** dell'assetto del bacino e del rachide lombare mediante la ricerca della accentuazione o il recupero della lordosi lombare; la **ginnastica respiratoria intrinseca**; gli esercizi di **sbloccaggio** articolare delle grandi articolazioni; l'allungamento dei **mm. I.C.** (per contrastare la possibile cifotizzazione del rachide lombare durante la gestualità della vita quotidiana); l'allungamento dei **mm. anteriori della coscia**, incluso l'ileo-psoas (per contrastare la tendenza alla anteversione verso i femori del bacino); ed il rafforzamento dei **mm addominali**. Tutti questi esercizi devono essere eseguiti rigorosamente «**secondo le tecniche I.D.**». Si noti bene questo dettaglio fondamentale, perché, per esempio, sarebbe gravissimo errore allungare i mm. I.C. mediante gli esercizi di flessione del busto in avanti!! A tale proposito ribadisco che «*è da condannare qualsiasi prescrizione medica relativa ad esercizi fisici, se non viene specificata anche la tecnica secondo la quale tali esercizi devono essere eseguiti*».

Le tecniche I.D. vengono studiate ed insegnate presso l'**Istituto Duchenne**, Scuola Nazionale di Educazione Fisica di Firenze.

Bibliografia

- M. PECCHIOLI, *Elementi prognostici di evolutività nelle scoliosi idiopatiche dell'adolescenza*. A. Gacci - Presso Istituto Duchenne - Firenze.
- M. PECCHIOLI, *Elementi di Ginnastica Correttiva*. A. Gacci - Presso Istituto Duchenne - Firenze.
- M. PECCHIOLI, *Parliamo di Scoliosi*. Istituto Duchenne.