

Una schiena diritta



Stefania Manetti*, Antonella Brunelli**, Costantino Panza***

* Pediatra di famiglia, Piano di Sorrento (Napoli); ** UO di Pediatria e Consultorio familiare, Cesena – AUSL della Romagna

*** Pediatra di famiglia, Sant'Ilario d'Enza (Reggio Emilia)

“... prima o poi sapevo dentro di me che sarebbe arrivato il giorno in cui avrei dovuto mettere il busto, pensavo di essere pronta, ma di fronte a quell'orribile oggetto di plastica non ho retto. Non volevo neanche provarlo, quando l'ho fatto mi sono sentita compressa, non riuscivo a respirare o a muovermi. 'Solo qualche ora al giorno mi è stato detto all'inizio, poi piano piano... ti abituerai'. La prima notte con il busto ho sognato di essere diventata una tartaruga prigioniera nel suo guscio, a scuola all'inizio mi nascondevo con maglie 3-4 taglie più grandi di me. Il momento più bello è quando corro, mi sento libera, fuori dal guscio, corro e corro... Dopo un po' mi sono quasi abituata, quasi, e ho imparato alcune cose, per esempio che non posso mangiare e mettere subito il busto, se mi cade qualcosa per terra devo abbassarmi diversamente, d'estate dormo con l'aria condizionata. Sono riuscita anche a escogitare dei modi carini per vestirmi da ragazza di 15 anni quale sono! E poi le mie amiche sono state di grande aiuto...”

CAROLINA, ORA USCITA DAL GUSCIO

Che cosa è la scoliosi?

La nostra colonna vertebrale è naturalmente curva, e questo per un motivo ben preciso, ossia per distribuire il peso del nostro corpo in maniera armonica. Non capita spesso di guardare una radiografia della colonna vertebrale; tuttavia, osservata in proiezione antero-posteriore, come si dice in gergo tecnico, ossia di fronte, essa appare diritta, mentre in proiezione laterale, cioè di profilo, si osserva come, a partire dal collo, quindi dalle prime vertebre cervicali della colonna iniziando dalla testa, si disegna una prima lieve curvatura in avanti. Le dodici vertebre toraciche si curvano poi leggermente dietro, e l'ultimo tratto, chiamato lombare, che supporta la gran parte del nostro peso, si curva anch'esso in avanti mentre si avvicina al bacino.

Si parla di scoliosi quando la colonna si curva in maniera anomala e/o quando subisce una rotazione. Ci sono gradi diversi di scoliosi, da forme lievi e forme gravi; le forme lievi spesso vengono solo monitorate nel tempo, specialmente nelle fasi della crescita di un bambino o adolescente; quelle più gravi necessitano di correzione, e quindi di un trattamento specifico.

Quali sono le cause della scoliosi?

La scoliosi è una condizione abbastanza frequente, soprattutto nel periodo dell'adoles-

scenza, e maggiormente nelle ragazze: su 100 persone, 2 hanno la scoliosi. Le cause sono diverse, ma su 5 ragazze affette da scoliosi 4 hanno una forma che si definisce idiopatica, un termine usato in medicina per dire che la causa non è nota. Tuttavia c'è una familiarità per la scoliosi: spesso, ascoltando la storia della famiglia, compare il racconto di un genitore o di un altro parente con scoliosi.

Quante forme di scoliosi ci sono?

- La scoliosi idiopatica è la forma più comune la cui causa non si conosce, c'è una familiarità e forse una base genetica ancora oggetto di studio.
- La scoliosi congenita è una rara forma di scoliosi presente fin dalla nascita.
- La scoliosi neuromuscolare è legata a una anomalia dei muscoli o dei nervi che sostengono la colonna. Sono forme secondarie a malattie come la spina bifida, la paralisi cerebrale infantile o la distrofia muscolare.

In base all'età in cui la scoliosi si manifesta si distinguono

- Una scoliosi infantile: quando si manifesta prima dei 3 anni.
- Una scoliosi giovanile: quando si manifesta tra i 4 e i 9 anni.
- Una scoliosi adolescenziale: quando si manifesta tra i 10 anni e la maturità.

Quali sono i sintomi che possono suggerire una scoliosi?

- una curvatura eccessiva della colonna
- una spalla più bassa dell'altra
- un infossamento a livello del torace
- una postura in posizione eretta che tende a inclinarsi da un lato
- un fianco più alto dell'altro

Spesso il sospetto di scoliosi viene fatto dal pediatra durante una visita di controllo che in età preadolescenziale e adolescenziale viene periodicamente eseguita. Ciò è dovuto al fatto che la scoliosi può progredire lentamente nel tempo per mesi o qualche anno, per poi rapidamente manifestarsi nel periodo di massima crescita, cioè nel periodo dell'adolescenza.

Come si diagnostica?

La scoliosi si diagnostica in tre passi:

- raccogliendo una storia accurata del ragazzo o ragazza e della famiglia alla ricerca di altri casi di scoliosi;

- con un esame clinico completo e accurato;
- con una radiografia della colonna vertebrale.

I tre passi sono necessari affinché il pediatra possa inquadrare la situazione, formulare un sospetto fondato di scoliosi e inviare allo specialista, ortopedico o fisiatra purché esperto, e per evitare inutili esposizioni a radiografie non appropriate. Non tutte le curve o gli atteggiamenti strani di un ragazzo o ragazza sono legati a una scoliosi.

L'esame clinico eseguito dal pediatra valuta la presenza di eventuali segni sospetti, utilizzando, se necessario, semplici ma precisi strumenti di valutazione, come lo scoliometro che misura l'entità della curvatura della colonna, e un semplice metro per misurare la lunghezza degli arti.

Come si cura la scoliosi?

A seconda della gravità e della progressione della curva, nel caso in cui lo specialista ritenga necessario intervenire con una terapia, può prescrivere:

- **Il busto o corsetto:** si applica dopo una accurata valutazione specialistica in base al grado di scoliosi, e si monitora periodicamente. Ci sono vari tipi di corsetti, e oggi sono molto meno “invasivi” rispetto al passato. Normalmente vengono indossati per alcune ore durante la giornata fino alla completa crescita della colonna, generalmente tra i 17 e i 18 anni per le ragazze e i 18-19 anni per i ragazzi. Dover portare un busto non controindica l'attività fisica se non per gli sport da contatto o il trampolino.
- **L'intervento chirurgico:** è indicato nelle scoliosi severe, quando la terapia col busto non è sufficiente.

Aiutare i ragazzi ad aiutarsi

Solo il 50% degli adolescenti indossa un busto quando prescritto. Ai genitori tocca un compito difficile, quello di far capire l'importanza di tale intervento in un momento della vita, quello dell'adolescenza, in cui si è alla ricerca di una identità e di una sicurezza in se stessi. Nei casi più difficili il pediatra può consigliare un supporto psicologico per superare questo momento.

Per dubbi o ulteriori informazioni chiedete consiglio al vostro pediatra.

✉ doc.manetti@gmail.com