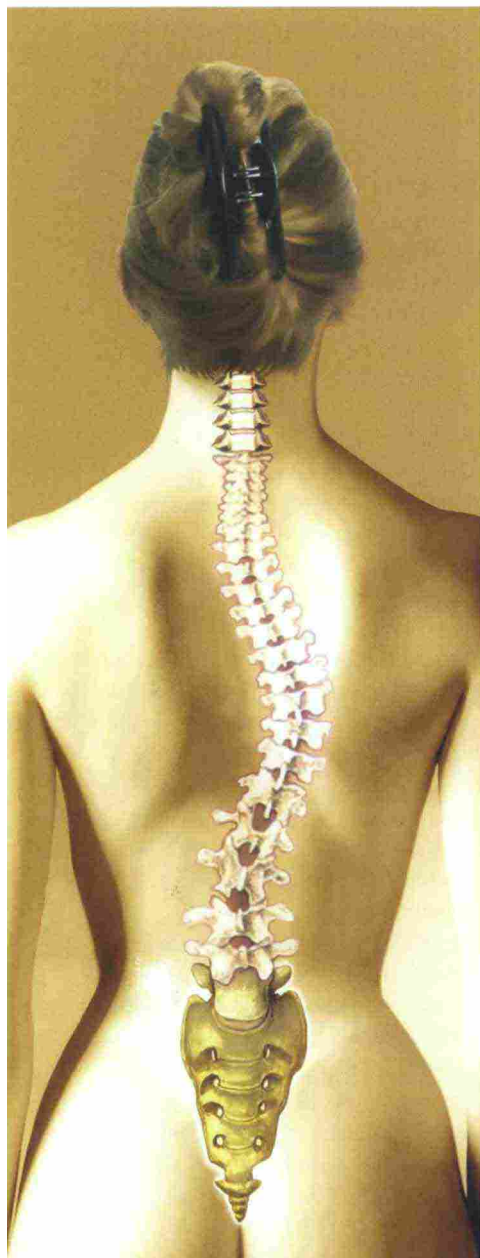


Monia Lusini

ORTOPEDIA

*... perché prevenire è
meglio che curare!*



Partiamo da una definizione. Lo screening è l'identificazione in via presuntiva di una malattia o di un difetto non riconosciuto, mediante l'impiego di un test, di esami o di altre procedure che possono essere applicate rapidamente.

Scoliosi: perché lo screening?

L'obiettivo è individuare precocemente i giovani in un periodo di alto rischio per lo sviluppo di deformità vertebrali: la diagnosi precoce permette di avere cure adeguate con migliori risultati e minore invasività. Lo screening delle patologie della colonna per bambini e adolescenti nelle comunità scolastiche nasce agli inizi degli anni '40 negli Stati Uniti per individuare le anomalie del rachide secondarie alla pregressa epidemia di poliomielite. Nei vent'anni seguenti si concentra sull'individuazione precoce della scoliosi idiopatica, diffondendosi ampiamente durante gli anni '70 in tutto il mondo.

Dopo la revisione critica sui costi-benefici agli inizi degli anni '80, nel 2013 la Task Force della Scoliosis Research Society ha confermato l'importanza di effettuare gli screening per le deformità vertebrali. I programmi di screening in corso vengono spesso iniziati senza una piena

comprensione della storia naturale della malattia, dell'effetto delle terapie, dei costi e delle ricadute sociali.

I dubbi sollevati non aiutano i legislatori e gli amministratori pubblici nella decisione sullo screening, tanto più che uno screening, soprattutto maldestro, può nuocere involontariamente all'individuo, a causa del riscontro di falsi positivi che inducono ansia e richiesta di trattamenti non necessari. L'obbligo etico è di identificare precocemente l'anormalità con una ragionevole certezza, offrendo cure adeguate, senza danneggiare fisicamente e psicologicamente la persona. La prevenzione è, infatti, meglio della cura: identificare la deformità vertebrale a uno stadio precoce permette il miglior successo del trattamento conservativo.

Quando lo screening?

Lo screening deve essere effettuato con una prima valutazione in tutta la popolazione di quinta elementare e prima media per le femmine (F 10-13 anni), e di prima e seconda media per i maschi (M 11-14 anni). L'età pubere, che varia da individuo a individuo, è considerata ad alto rischio sia nei soggetti di sesso femminile che di sesso maschile per l'insorgenza di deformità vertebrali.

Chi fa lo screening?

Lo screening può (e dunque per ragioni di costi deve) essere eseguito da personale non medico, con la

Scoliosi lo screening è prevenzione

collaborazione di un medico specialista sul territorio e coordinato da un esperto in patologie vertebrali che ha il compito di verificarne la qualità. Compito dell'esperto è anche addestrare gli operatori incaricati di eseguire le indagini di screening, mediante lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche.

Come eseguire lo screening?

Lo screening va fatto in ambiente scolastico in due fasi. Le indagini di I livello sono svolte dagli operatori addestrati e non coinvolgono direttamente la figura del medico esperto in patologie vertebrali. In questa fase gli operatori valutano i ragazzi e prendono le prime misurazioni. Il II livello consiste invece nella visita medica specialistica, qualora ne emerga indicazione durante lo screening. Il paziente è sottoposto a indagini cliniche accurate per la valutazione della presenza della patologia, con eventuale prescrizione della radiografia e di uno specifico piano terapeutico. Vediamo in cosa consiste allora l'indagine di I



Cortesia: **isico**

livello. Per valutare la presenza o meno della scoliosi dobbiamo come prima cosa osservare la schiena nuda dei ragazzi. La presenza di asimmetrie più o meno marcate a livello del tronco, come la differenza di altezza delle spalle o tra i due fianchi, il dislivello tra le due scapole, sono i primi indici di sospetto della patologia.

Fondamentale è il **test di Adams**: si esegue facendo flettere in avanti il paziente, con il capo chino, le braccia rilassate e gli arti inferiori estesi; così facendo, si evidenziano i gibbi che si devono misurare nel punto in cui c'è il maggiore dislivello tra i due lati.

La misurazione si effettua con il metodo di Bunnell, utilizzando uno scoliometro per determinare l'angolo di rotazione del tronco. Se si ottiene un valore Bunnell uguale o superiore a 5° (o 7°) viene consigliata la visita specialistica. Se il riscontro è superiore o uguale a 3° è necessario ricontrollare il paziente a 6 mesi se vicino o già in fase di picco puberale, altrimenti a 1 anno di distanza. Se il riscontro è inferiore a 3° (tra 0 e 2°), ma si rileva fianco assente o spalla alta o scapola sporgente è necessario ricontrollare il paziente dopo 6 mesi, con invio al medico specialista se queste asimmetrie persistono, altrimenti i pazienti vengono rimandati al pediatra. Dopo la 3° media i pazienti devono venire autonomamente e su consiglio dell'incaricato allo screening all'eventuale controllo a 1 anno. L'istituzione e l'accuratezza diagnostica delle indagini di screening sono fondamentali per contenere i costi sanitari e aumentare la percentuale dei pazienti individuati con deformità vertebrale (i cosiddetti veri positivi).

Scoliosi e atteggiamento scoliotico

La scoliosi è una deformità tridimensionale della colonna vertebrale, in base all'età di prima rilevazione viene definita infantile (fino a tre anni), giovanile (dai tre anni fino alla pubertà), adolescenziale (dalla pubertà fino alla completa maturità ossea) o dell'adulto. Oltre l'80% delle scoliosi viene diagnosticato durante l'adolescenza. Riguarda in 7 casi su 10 il sesso femminile e colpisce circa il 3% della popolazione, anche se è grave in meno dello 0,5 per mille.

La scoliosi è definita nell'80-85% dei casi idiopatica, parola che indica che per ora non ne conosciamo le cause; negli altri casi è secondaria a malattie neurologiche, congenite, metaboliche, etc... La scoliosi idiopatica è una malattia familiare, nel senso che se qualcuno in famiglia ce l'ha, è probabile che anche altri ne soffrano, sia pure con diversa gravità: attenzione a figli e nipoti, dunque. Di solito si presenta durante la crescita e peggiora sino alla

completa maturazione ossea, con un picco a inizio pubertà, alle soglie dell'adolescenza. Purtroppo, se supera certi livelli (spesso oltre i 30°, quasi sempre oltre i 50°), l'evolutivezza continua anche in età adulta, anche se molto lenta (0,5-1 grado all'anno): spesso ne consegue un incurvamento di lato e in avanti in età anziana. La scoliosi è una patologia subdola, non dà sintomi come normalmente intesi. Mentre in età adulta, scoliosi non curate possono portare a dolore,

deformità progressiva e a volte problemi cardiorespiratori. Diverso è invece l'atteggiamento scoliotico, risultante da posizioni non corrette mantenute da abitudini posturali viziate. Si tratta quindi di alterazioni transitorie, correggibili volontariamente. La curva scoliotica presente in un atteggiamento scoliotico è una deformità posturale pura, quindi non strutturale. In altre parole, per essere considerata tale, la curva deve essere completamente correggibile in scarico,

in trazione e in flessione laterale. La prognosi di questa deformità è assolutamente buona, poiché la deformità non è evolutiva ed è sensibile al trattamento, qualora sia necessario. In fase iniziale può essere difficile una diagnosi differenziale tra "scoliosi" e atteggiamento scoliotico, ma l'assenza di gibbi è un dato clinico fondamentale per escludere la deformità vertebrale della scoliosi. In questo caso l'indicazione dello specialista è di fare sport e tenere sotto controllo il paziente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA