

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Giugno 1999

numero 6

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA

Una scoliosi malformativa

Daniela Di Bello

Divisione di Ortopedia infantile, IRCCS 'Burlo-Garofolo', Trieste

IL CASO

E., 3 anni, è il secondogenito di tre figli, nato a termine da parto eutocico (Apgar 10, 10), allattato al seno per cinque mesi. Lo sviluppo psicomotorio è stato regolare e il bambino ha sempre goduto di buona salute (riferito soltanto un episodio di otite all'età di 13 mesi). Nell'anamnesi familiare spiccano il nonno paterno, lo zio paterno e il cugino, affetti da diabete mellito di tipo primo, le due zie materne e la madre, affette da scoliosi. Il bambino viene portato dalla sua pediatra perché

la madre, facendogli il bagnetto, qualche mese prima aveva notato la presenza di una tumefazione al dorso che non tendeva a risolversi. La pediatra, dopo un'accurata anamnesi ed esame obiettivo, lo indirizza da uno specialista ortopedico. All'esame clinico il piccolo deambula correttamente; non vi è dismetria degli arti inferiori; il rachide è lievemente squilibrato, con i triangoli della taglia leggermente asimmetrici; al test di flessione si evidenzia il gibbo dorsolombare sinistro di 3 centimetri circa.

IL PROBLEMA

Ci troviamo di fronte a una scoliosi a esordio molto precoce. Il problema è, naturalmente, quello di stabilire un programma di controllo o di intervento. Viene consigliata innanzitutto l'esecuzione di un radiogramma del rachide in toto: si evidenzia così la presenza di una scoliosi cosiddetta "congenita", dovuta alla presenza di un emispondilo a livello di L1.



La valutazione in gradi Cobb della curva corrisponde a 20°. Un angolo di Cobb (vedi Figura 1) di 20° è al limite della gravità che richiede un trattamento. Ricordiamo che l'angolo di Cobb si ottiene unendo le rette che passano per i piatti delle vertebre più inclinate, rispettivamente in alto e in basso.

L'emispondilo è una malformazione caratterizzata dalla presenza di una emivertebra, cioè di una vertebra costituita dalla

metà laterale del corpo e dell'arco corrispondente; è un'anomalia che può essere trasmessa con carattere ereditario dominante e che si può presentare in associazione con altre deformità vertebrali, quali schisi o sinostosi. L'emispondilo può essere libero dalle vertebre sopra e sottostanti o fuso ad esse. L'emivertebra sotto l'azione del carico assume la forma di cuneo e induce un incurvamento della colonna. Se vi è la

presenza di emispondili multipli alterni, questi possono ristabilire l'equilibrio delle due metà della colonna. L'evoluzione dell'emispondilo richiede un controllo continuo per giudicare se e quando si deve intervenire con un determinato provvedimento terapeutico. Il solo significato del trattamento ortopedico con corsetti è il controllo dell'evoluzione della curva e il favorire la formazione di curve di compenso.

Logicamente, trattandosi di una malformazione ossea, nulla può influire sulla crescita dell'emispondilo nel caso in cui vi siano uno o più nuclei di accrescimento sterili. Nel caso in cui la curva, anche se trattata conservativamente, tenda a progredire sensibilmente, si ha l'indicazione al trattamento chirurgico, che potrà essere o di asportazione dell'emispondilo, in alcuni casi, o, più spesso, di artrodesi vertebrale.

LA SOLUZIONE

Alla famiglia di E. la pediatra ha ben spiegato il tipo di malformazione di cui il bambino risulta affetto e tutta la problematica relativa alla sua gestione negli anni a venire: è stato programmato un controllo a quattro mesi di distanza dallo specialista ortopedico.