

Risoluzione spontanea della scoliosi associata a spondilolistesi lombare

Spontaneous resolution of scoliosis associated with lumbar spondylolisthesis.

Zhou Z, Song Y, Cai Q, Kong Q

Spine J. 2013 May;13(5):e7-10. doi: 10.1016/j.spinee.2013.01.027. Epub 2013 Feb 12.

Abstract

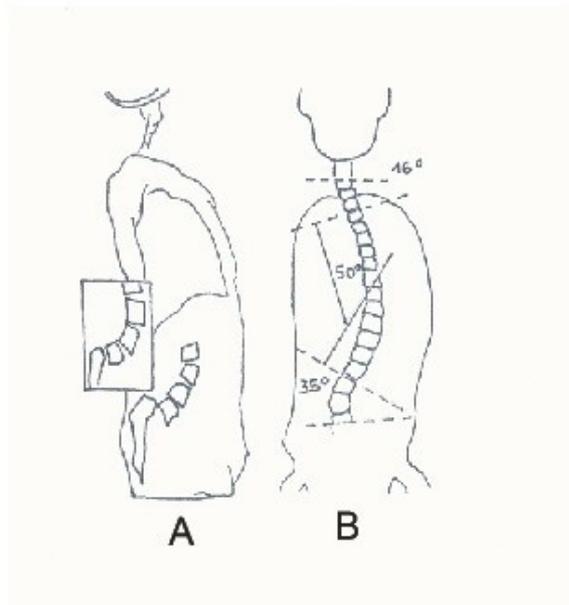
Contesto di riferimento: la scoliosi associata a spondilolistesi è un fenomeno comune. Secondo l'opinione tradizionale, la gestione della scoliosi deve basarsi sulla sua classificazione e flessibilità. Recentemente, Crostelli e Mazza hanno esposto un nuovo parere riguardo a questo argomento. Gli autori sostengono che la scoliosi associata a spondilolistesi, e in particolar modo la scoliosi grave, deve essere considerata come una scoliosi idiopatica e il suo trattamento deve impiegare gli stessi principi utilizzati nel trattamento della scoliosi idiopatica. Dal loro punto di vista, la presenza di più curve scoliotiche associate a spondilolistesi rendono necessario il trattamento, sia esso chirurgico o conservativo. **Obiettivo:** descrivere la correzione spontanea di un caso grave di scoliosi tramite fissazione interna di spondilolistesi. **Disegno di studio:** raccolta dati di un paziente affetto da scoliosi associata a spondilolistesi lombare di grado elevato. **Metodi:** una ragazza di 12 anni presentava anamnesi di 2 anni di curva della colonna vertebrale. Non riferiva dolore a schiena o gambe. La deformità scoliotica si correggeva rapidamente in posizione supina. Le radiografie mostravano l'88% di scivolamento di L5 su S1 e una lunga sezione della colonna vertebrale presentante curva principale di 50° a livello toracico. La spondilolistesi è stata riparata con strumentazione segmentaria e fusione circonferenziale di L5 e S1. **Risultati:** la scoliosi ha mostrato una graduale risoluzione spontanea in seguito a fusione lombo-sacrale e ha raggiunto una completa correzione a 2 anni dall'intervento chirurgico. **Conclusioni:** la relazione tra scoliosi e spondilolistesi è complessa. Se si ritiene che la scoliosi sia causata da spondilolistesi, l'intervento chirurgico per quest'ultima condizione potrebbe essere l'unico intervento necessario. Si sconsiglia, invece, qualsiasi intervento non necessario per la scoliosi.

Commento

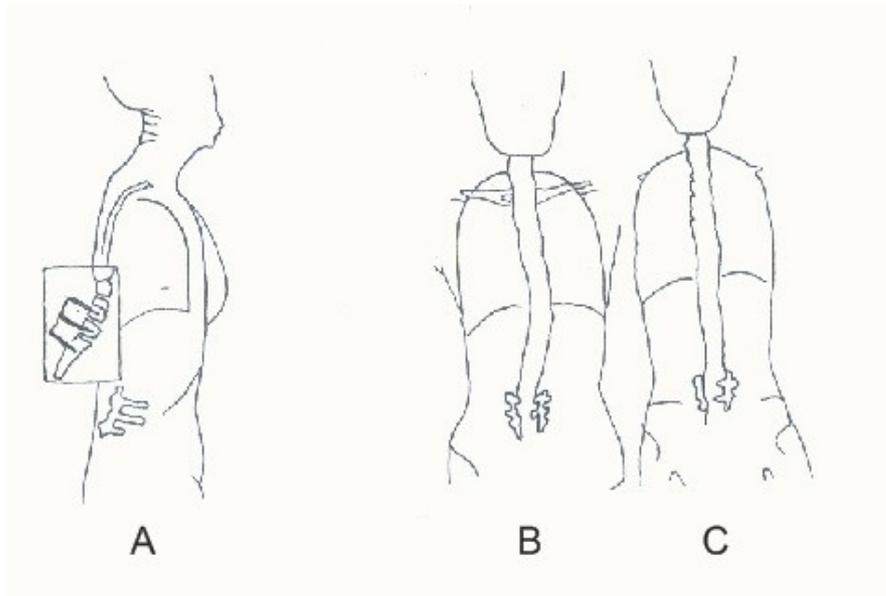
Salvatore Atanasio

Scoliosi e spondilolistesi possono essere presenti nello stesso paziente in un certo numero di casi (dal 15% al 48% a seconda delle statistiche riportate, che non tengono conto allo stesso modo della patologia scoliotica, in alcuni casi sovrastimandola). Si distinguono tre tipi di scoliosi associate a spondilolistesi: un primo tipo, idiopatica, più frequentemente riguardante il segmento toracico o toracolombare; un secondo legato ad un meccanismo di rotazione asimmetrica e dislocazione a partenza dalla lesione spondilolitica che può essere definito torsionale o olistesica; un terzo tipo sciatica o antalgica che deriva da uno spasmo muscolare secondario ad irritazione nervosa. La seconda e terza tipologia di scoliosi tendono a risolversi se si rimuove la causa (se si agisce cioè sulla spondilolistesi con terapia adeguata) prima che la curva giunga a strutturazione. Sull'argomento scoliosi e spondilolistesi recentemente due autori italiani, forti dell'esperienza di una casistica di 78 soggetti in 14 anni hanno

proposto il loro punto di vista: le due patologie vanno trattate separatamente (conservativamente o chirurgicamente, a seconda della gravità, del potenziale evolutivo e/o della sintomatologia), e, soprattutto, per quanto riguarda la terapia, le scoliosi devono essere sempre considerate come "idiopatiche", anche se di tipo sciatico o olistesico. Ciò comporterebbe un trattamento contemporaneo delle due affezioni rachidee, quando di gravità adeguata. Chi scrive ha sempre pensato che l'antico adagio della medicina per il quale ogni volta che si giunge alla definizione di una "legge" (sia essa una relazione dose-effetto, sia la costanza di una relazione malattia-paziente) ecco che subito dalla sterminata platea della casistica compare un esempio che questa legge smentisce in tutto o in parte, sia nel campo della scoliosi di più frequente occorrenza che in tutti gli altri campi. Ecco quindi che ad un anno di distanza del primo articolo compare questo case report cinese (sterminata casistica quella) in cui si riporta l'esempio di una spondilolistesi L5-S1 di IV grado (88%) associata a scoliosi dorso lombare di 50° Cobb. In questa situazione i chirurghi orientali hanno optato per un intervento di riduzione della spondilolistesi con fusione circonferenziale di L5 e S1 mediante strumentazione segmentale. E hanno completamente ignorato la scoliosi. A sei mesi hanno rilevato notevole riduzione della curvatura. A 24 mesi completa risoluzione della deformità scoliotica. In sede di discussione gli autori ammettono che la curva in questione anche se di notevole ampiezza (50°) e di pertinenza dorso lombare (D3-L2) non presentava caratteristiche cliniche e radiografiche di torsione e quindi strutturazione, ma sottolineano che stando a quanto sostenuto dagli autori italiani questo sarebbe stato un classico caso da trattare chirurgicamente in un unico intervento con l'artodesi della curva che doveva spingersi fino alla vertebra olistesica, cioè L5. E hanno buon gioco nell'affermare che la loro strategia terapeutica ha evitato un intervento complesso non necessario e si è rivelata più economica e meno dannosa per la paziente. E concludono con un'opinione con cui non possiamo non essere d'accordo: in patologie così complesse come la scoliosi e la spondilolistesi ridurre la loro relazione a un problema semplice con soluzioni univoche può portare a pericolose generalizzazioni e, in definitiva, a soluzioni chirurgiche non ottimali per i pazienti.



(A) La radiografia completa laterale della colonna vertebrale indica la presenza di spondilolistesi di grado Meyerding IV a livello di L5-S1. (B) La proiezione antero-posteriore mostra una lunga sezione di colonna vertebrale misurante 16° da C7 a T3, 50° da T3 a L2 e 35° da L3 a L5.



Radiografie laterali che mostrano una correzione completa della spondilolistesi a livello di L5-S1 in seguito a intervento chirurgico (A), correzione ben conservata al follow-up (B) e risoluzione completa a 2 anni (C) dall'intervento chirurgico.

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F1-19-1) I tre tipi di scoliosi associate a spondilolistesi sono:

- a. idiopatica, torsionale o olistesica, sciatica o antalgica
- b. olistesiche, sciatiche, neurologiche
- c. sciatiche, neurologiche, artropatiche
- d. sciatiche, idiopatiche, siringomieliche

Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD