

Accettato come presentazione orale al Congresso della International Society On Scoliosis Orthopedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT), Boston, maggio 2007

## Ripetibilità di metodi differenti per valutare le curve sagittali dei pazienti con scoliosi idiopatica adolescenziale

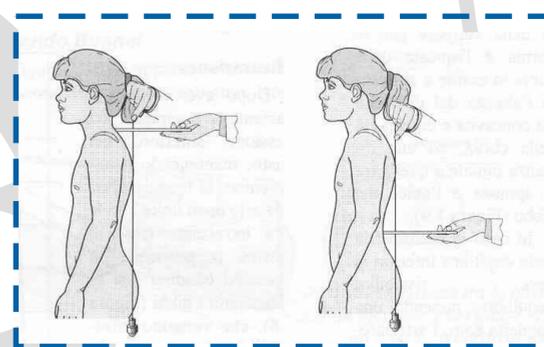
Zaina F, Negrini S, Romano M  
ISICO (Istituto Scientifico Italiano Colonna vertebrale), Milano

### 1 Obiettivo

La valutazione dell'assetto sagittale della colonna nei pazienti affetti da scoliosi idiopatica risulta essere molto importante perché fornisce dei dati clinici complementari al gibbo e alle valutazioni radiografiche. Infatti le scoliosi particolarmente aggressive determinano una significativa perdita delle curve sul piano sagittale e alcuni trattamenti conservativi possono avere lo stesso effetto negativo. Pochi studi si sono fino ad oggi occupati della misurazione dell'assetto sagittale, pertanto abbiamo valutato la ripetibilità di diversi sistemi di misurazione utilizzati nella pratica clinica quotidiana nei pazienti affetti da scoliosi idiopatica adolescenziale.

### 2 Metodi

Abbiamo realizzato due studi. Nel primo, effettuato in un setting medico, 61 pazienti consecutivi sono stati valutati da 2 esaminatori (interosservatore); inoltre uno dei due effettuava una seconda valutazione dopo 5 minuti (intraosservatore) a cui aggiungeva una seconda valutazione del gibbo e dell'ATR; la valutazione includeva: la distanza sagittale e frontale dal filo a piombo a livello di C7, la distanza sagittale da T12 e L3, l'arcometro di D'Ossualdo. Nel secondo studio, condotto da fisioterapisti, le distanze sagittali (cervicale, C7, toracica, lombare e sacrale) sono state valutate in pazienti consecutivi utilizzando due diversi strumenti per verificare la verticalità: il filo a piombo e un raggio laser. La ripetibilità è stata valutata secondo Bland e Altman, al fine di identificare i limiti delle variazioni clinicamente significativi.



### 3 Risultati del primo studio

Parametri	Intraosservatore	Interosservatore
Distanza sagittale di C7 dal filo a piombo(cm.)	0.9	1.7
Distanza sagittale di D12 dal filo a piombo(cm.)	1.3	1.9
Distanza sagittale di L3 dal filo a piombo(cm.)	1.2	2.2
Arcometro di D'Ossualdo (calcolato in °Cobb)	7	15
ATR (°)	1.4	
Altezza del gibbo (mm.)	2.1	
Strapiombo (cm.)	1.1	

### 4 Risultati del secondo studio

Abbiamo verificato che l'utilizzo di un laser in un setting fisioterapico riduce l'errore dovuto al posizionamento del filo a piombo e ai movimenti delle mani durante le operazioni di misurazione.

### 5 Conclusioni

Con questi dati siamo riusciti a determinare i limiti di alcune misurazioni di parametri di uso comune in un setting clinico. 1 cm è il minimo valore di cambiamento clinicamente significativo tra due misurazioni per C7, mentre è 1,5 per T12 e L3, ma solo quando le misurazioni sono prese sempre dallo stesso medico