

**INTRODUZIONE**

E' opinione diffusa che la scoliosi perda il suo potenziale evolutivo al termine della maturazione ossea. Diversi studi, invece, dimostrano che le scoliosi, soprattutto quelle che superano i 30 gradi Cobb, possono progredire lungo tutto l'arco della vita [1]. Il dolore e' un sintomo spesso correlato alla scoliosi nel paziente adulto e anziano. Scopo di questo studio e' la revisione aggiornata della letteratura prodotta su questo specifico argomento.

**MATERIALI E METODI**

La revisione è stata effettuata con ricerca su PubMed senza limitazione di linguaggio e periodo usando le parole chiave: *scoliosis* e *pain* con l'introduzione dei limiti d'età (pazienti con età uguale e superiore 80).

**RISULTATI**

Sono stati selezionati 66 articoli che soddisfacevano i criteri di ricerca. Di questi articoli 36 sono stati scartati perché dalla lettura dell'abstract i contenuti non erano coerenti con l'obiettivo della ricerca. Nella tabella seguente sono indicati gli articoli secondo uno schema di raggruppamento così definito.

## 66 Articoli trovati

36	15	5	6	4
Non inclusi	Chirurgia	Radiologia	Fisioterapia VS Chirurgia	Descrizione della sintomatologia dolorosa

La sintesi della lettura degli articoli selezionati sottolinea che la sintomatologia dolorosa più facilmente riferita dai pazienti anziani con scoliosi e' la cruralgia e il dolore inguinale [2] che aumentano con l'aumentare dei gradi della curva lombare, della rotazione vertebrale e della listesi laterale. Il dolore sembra essere perlopiù localizzato nella concavità delle curve ed aumentare con l'età [3]. Una relazione significativa tra entità della lordosi e dolore è stata evidenziata. Inoltre, aumento del dolore e riduzione della qualità della vita sono direttamente proporzionali all'appiattimento della curva lombare [4]. Per quel che riguarda gli strumenti di imaging, in presenza di dolore, i segni più frequentemente riscontrabili sono: laterolistesi, riduzione della lordosi lombare e modifica della simmetria del tronco [5-6].

**DISCUSSIONE**

Il trattamento più diffuso per la gestione del dolore, in presenza di scoliosi, e' la chirurgia, con l'obiettivo principale di recuperare l'equilibrio sagittale. Le tecniche preferite sono quelle di chirurgia mininvasiva perché vengono ridotti i rischi operatori. Per il trattamento conservativo, in letteratura e' presente solo qualche studio che lo ha messo a confronto con quello chirurgico. I risultati sono notevolmente a favore dell'intervento che sembra avere un efficace impatto sul dolore e sulla qualità di vita anche con follow up a 2 anni. [7-8]

**CONCLUSIONI**

Il trattamento conservativo della sintomatologia dolorosa in presenza di scoliosi è un argomento di cui a tutt'oggi si conosce relativamente poco. Non sono disponibili trial di ricerca affidabili e il problema sembra abbastanza misconosciuto anche a livello clinico. Questo è un segno della scarsa attenzione che ancora caratterizza questo ambito terapeutico e che dimostra come l'idea corrente che la scoliosi sia un problema specifico dell'età giovanile sia ancora lungi dall'essere superato.

A riprova di tale percezione è stata effettuata una ricerca in un database che raccoglie la storia clinica di circa 10.000 pazienti con diagnosi di scoliosi. Se viene fatta una restrizione di ricerca ai soli pazienti adulti con più di 75 anni il numero di soggetti inclusi si riduce drasticamente a 45, a riprova della scarsa consapevolezza da parte dei pazienti e della ridotta considerazione da parte del mondo della sanità rispetto al problema in questione.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 Edgar MA - *The natural history of unfused scoliosis* - *Orthopaedics* 1987; 10: 931-939
- 2 Gremeaux V, Casillas JM, Fabbro-Peray P, Pelissier J, Herisson C, Perennou D. *Pôle Rééducation-Réadaptation, University Hospital Dijon, 23 rue Gaffarel, 21079 Dijon Cedex, France.*
- 3 Jackson RP et al. *Incidence and severity of back pain in adult idiopathic scoliosis.* *Spine* 1983 Oct;8(7):749-56.
- 4 Schwab et al. *A lumbar classification of scoliosis in the adult patient: preliminary approach.* *Spine*. 2005 Jul 15;30(14):1670-3.
- 5 Hong JY, Suh SW, Modi HN, Hur CY, Song HR, Park JH. *The prevalence and radiological findings in 1347 elderly patients with scoliosis.* *J Bone Joint Surg Br*. 2010 Jul;92(7):980-3.
- 6 Hong JY, Suh SW, Modi HN, Hur CY, Song HR, Park JH. *The prevalence and radiological findings in 1347 elderly patients with scoliosis.* *J Bone Joint Surg Br*. 2010 Jul;92(7):980-3.
- 7 Smith JS, Shaffrey CI, Berven S, Glassman S, Hamill C, Horton W, Ondra S, Schwab F, Shainline M, Fu KM, Bridwell K. *Operative versus nonoperative treatment of leg pain in adults with scoliosis: a retrospective review of a prospective multicenter database with two-year follow-up.* *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Jul 15;34(16):1693-8
- 8 Bridwell KH, Glassman S, Horton W, Shaffrey C, Schwab F, Zebala LP, Lenke LG. *Does treatment (nonoperative and operative) improve the two-year quality of life in patients with adult symptomatic lumbar scoliosis: a prospective multicenter evidence-based medicine study.* *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Sep 15;34(20):2171-8.