

Trattamento con Taping Neuromuscolare della Spondilolistesi

Dott. Castagna Alessandro

Specialista in Ortopedia e traumatologia, Osteopata. Perfezionato in Posturologia Clinica, Sassari - acasta@tin.it

Spondilolistesi dal punto di vista etimologico significa scivolamento di una vertebra, lo scivolamento di solito si ha verso l'avanti (**anterolistesi**) e molto raramente verso l'indietro (**retrolistesi**),.

La situazione più frequente è lo scivolamento di L5 sulla prima sacrale, ed interessa in media il 5-8% della popolazione, è più frequente nei maschi.

Inizialmente si può evidenziare solamente la lesione a livello della regione istmica della vertebra (spondilolisi che può essere monolaterale o bilaterale); successivamente, l'esistenza stessa della lordosi lombare produce forze di taglio a livello dell'istmo, ancora la deambulazione, i carichi, la pratica di sport in esagerata iperestensione, possono trasformare la spondilolisi in "spondilolistesi" con scivolamento del corpo vertebrale.

La spondilolistesi è condizione che può interessare anche il tratto cervicale e dorsale, ma predilige nettamente il tratto lombare.

La spondilolistesi si può instaurare sia in maniera lenta e progressiva come in modo improvviso cioè avviene di solito in seguito a traumi ad es. cadute sul sacro.

La scoperta della spondilolisi è più spesso casuale in quanto è spesso asintomatica e può rimanere tale per tutta la vita.

L'etiologia è sconosciuta.

Si ipotizza:

- 1) un difetto congenito (fragilità) dell'istmo
- 2) microtraumi ripetuti in corrispondenza delle faccette interarticolari sia in iperestensione come in flessione ma combinata a rotazione del tronco.

La sintomatologia è caratterizzata da:

Dolore locale, talvolta irradiato ai glutei o agli arti, talvolta compare dopo un trauma, di solito diminuisce in flessione, aumenta in iperestensione.

Frequentemente è presente una alterazione della deambulazione per retrazione degli ischiocrurali, l'arto inferiore è rigido, il passo è breve e si associa una rotazione pelvica; talvolta la deambulazione avviene sulle punte e con le ginocchia in flessione.

Esame obiettivo locale:

Si può apprezzare la presenza di un gradino tra le spinose corrispondenti, una motilità normale o diminuita soprattutto in flessione laterale, una spinalgia sulla vertebra in lesione ed una contrattura più o meno importante dei paravertebrali, solitamente l'esame neurologico periferico è negativo, nei casi gravi con compromissione radicolare si può osservare una iporeflessia dei riflessi osteotendinei e/o deficit di forza.

La diagnosi si avvale di:

Radiografie: in proiezione sia antero-posteriore che latero laterale che evidenziano un difetto di trasparenza sulla zona istmica, che non sempre è visibile, dirimenti sono le proiezioni oblique che mettono in evidenza il classico segno di "decapitazione del cagnolino".

Sulla base della entità dello scivolamento vertebrale evidenzia-

to su Rx eseguite in LL sotto carico si ha una classificazione:

Spondilolisi di 1° Grado se:

- Lo scivolamento è compreso tra lo 0 ed il 25% della larghezza del corpo di L5

Spondilolisi di 2° Grado se:

- Lo scivolamento è compreso tra il 25 ed il 50% della larghezza del corpo di L5

Spondilolisi di 3° Grado se:

- Lo scivolamento è compreso tra il 50 ed il 75% della larghezza del corpo di L5

Spondilolisi di 4° Grado se:

- Lo scivolamento è compreso tra il 75 ed il 100% della larghezza del corpo di L5

In caso di irradiazioni sciatalgiche può essere utile eseguire una TAC e/o una Risonanza Magnetica.

Utilissima sia per la scelta terapeutica sia per la prognosi far eseguire le Rx Dinamiche in Massima Flessione e Massima Estensione, in tal modo si valuta il grado di instabilità della Spondilolistesi.

Per completezza va detto che esistono anche le **Pseudoretrolistesi** (in cui l'istmo è integro) sono la conseguenza di una instabilità vertebrale dovuta alla associazione di alterazioni degenerative del disco intersomatico, dei legamenti gialli e delle articolazioni posteriori (artrosi).

Tali fattori generano le condizioni per una sub-lussazione vertebrale verso l'avanti più spesso simmetrica, ma anche asimmetrica.

L'entità di questo scivolamento, tuttavia non è quasi mai superiore ad 1 cm, può essere superiore solo nel momento in cui si realizza una rottura completa delle strutture capsulo-legamentose.

Tale evenienza colpisce principalmente il sesso femminile.

Trattamento:

Il trattamento può essere sostanzialmente conservativo o chirurgico.

Il trattamento conservativo serve ad impedire l'aggravarsi dello scivolamento vertebrale e/o ad ottenere la remissione di un fatto acuto o sub-acuto su una spondilolistesi.

Generalmente si tratta di ginnastica tesa a rafforzare i muscoli addominali ed in particolare il trasverso, ad ottenere un rilassamento-allungamento degli ischio-crurali e ad ottenere uno spianamento-riduzione della lordosi lombare che tenderebbe ad accentuare lo slittamento anteriore.

Esiste poi un trattamento ortopedico conservativo che prevede l'utilizzo di corsetti che mirano a spianare la lordosi lombare.

La terapia chirurgica è riservata ai casi con grave sintomatologia dolorosa o deficit neurologico in assenza di risposte al trattamento conservativo.

Si tratta sostanzialmente di varie metodiche di osteosintesi da scegliersi in relazione al segmento o ai segmenti interessati e dalla concomitante presenza di degenerazioni discali ai livelli sovra o sottostanti.

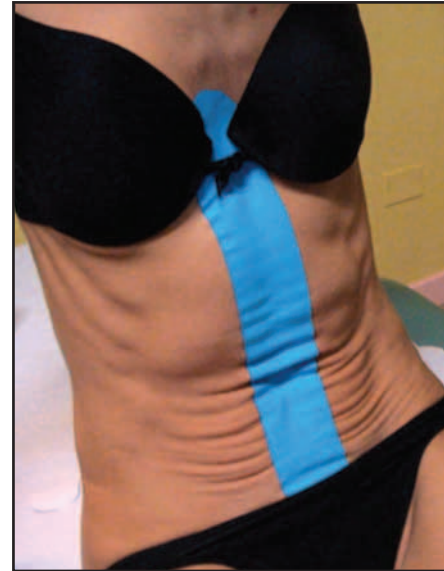
Taping Neuro Muscolare:

All'interno di questi quadri terapeutici nella mia pratica clinica, oltre alla fondamentale "terapia posturale" ottenibile in maniera piu' o meno efficace con le svariate metodiche, si inserisce il

trattamento con il Taping Neuro Muscolare/Kinesio Taping.

Si tratta di utilizzare diverse metodiche di nastratura a seconda della fase clinica in cui ci si trova ad operare:

- Acuta
- Sub-acuta
- Cronica

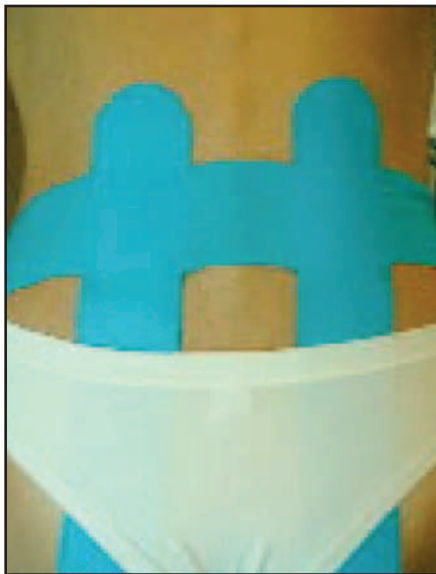


Nella fase acuta puo' essere utile:

- Tecnica della stella lombare a cui si associa un nastro per gli addominali e/o un nastro per gli obliqui e un nastro per i muscoli posteriori della coscia

Nella fase sub-acuta puo' essere utile:

- Tecnica della stella lombare a cui si associa un nastro per gli addominali e/o un nastro per i trasversi e un nastro per i muscoli posteriori della coscia



- Tecnica classica per la spondilolistesi



Nella fase cronica puo' essere utile:

- Tecnica a V sui paravertebrali
- Tecnica della stella lombare
- Tecnica della stella lombare a cui si associa un nastro per gli addominali



- Tecnica della stella lombare a cui si associa un nastro per gli addominali e un nastro per gli obliqui

Conclusioni:

La finalita' e' quella di un "sostegno" attivo in tutte le fasi della patologia in esame, i risultati sono sempre estremamente soddisfacenti.

Il nastro e' inoltre un valido supporto durante la fase riabilitativa poichè facilitando il muscolo e migliorando l'escursione ar-

ticolare si ha indubbiamente una riduzione dei tempi di recupero.

Rispetto alla classica tecnica con i corsetti non si ha limitazione funzionale residua ed in particolare non si ingenerano le ipotrofie muscolari che facilitano le recidive sintomatologiche nonche' lo scivolamento stesso.