

Fratture vertebrali nell'anziano

Quando le vertebre dell'anziano si fratturano

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'osteoporosi è uno dei principali problemi sanitari, con un ruolo sempre crescente dovuto al fenomeno dell'allungamento della vita media della popolazione. "È corretto, perché è una delle cause più comuni delle fratture vertebrali, ma non è la sola", esordisce il **Dr. med. Maurizio Pintucci**, specialista in neurochirurgia al Centro Colonna Vertebrale - Ars Medica di Manno, che spiega come questo tipo di fratture possa essere riconducibile alla forza del trauma ("quando supera la resistenza dell'osso"), ma anche a una ridotta resistenza dell'osso, come in alcune malattie di tipo metabolico (osteopenia e, nella variante più severa, osteoporosi) o processi degenerativi, infiammatori, infettivi, neoplastici. Il dolore è il sintomo più frequente. "Se di nuova insorgenza, per di più conseguente ad un trauma, oppure se mai valutato e che non accenna a diminuire, deve indurre ad indagare, per ricostruire eventi e comparsa dei sintomi: un'anamnesi che conduca alla proposta terapeutica più appropriata". La causa traumatica potrebbe talvolta pure essere banale se associata a una debolezza ossea: "Potrebbe bastare uno starnuto o un semplice movimento come girarsi a prendere la borsetta sul sedile posteriore dell'auto". Secondo il livello della frattura potrebbero associarsi campanelli d'allarme (ad esempio, per quelle della zona toraco-lombare, le più frequenti, vi possono essere problematiche alle gambe). Il mal di schiena dell'anziano non va banalmente considerato come conseguenza quasi fisiologica dell'invecchiamento: "Questo dolore va indagato con esami appropriati (la radiografia è la prima indagine immediata, seguita da Risonanza Magnetica e / o TAC, talvolta complementari) e preso a carico in modo multi-

disciplinare da chirurgo spinale e uno specialista dell'osteoporosi (endocrinologo, reumatologo o geriatra con interesse verso l'osso (osteologia)). Questo (prevenzione) porta una prognosi favorevole onde evitare ulteriori fratture". Diversi gli approcci: "A livello diagnostico è essenziale classificare il tipo di frattura: se è stabile si può valutare un trattamento conservativo, chiaramente dipendente dallo stato del paziente e dall'entità al dolore. Si può considerare un trattamento chirurgico se la frattura non si consolida entro 6 / 8 settimane ("la vertebra schiacciata non si rialza, ma si ricostruisce la parete esterna più resistente") o se, nel frattempo, peggiorano i dolori o lo schiacciamento vertebrale (dovuto al carico che la vertebra sopporta quotidianamente). Perciò, ogni 10 / 14 giorni circa sono indispensabili controlli comparativi regolari (con radiografie e visita clinica)". Qualora la situazione fosse più complessa, la frattura necessita di trattamento chirurgico: "Questo è adatto per i pazienti la cui frattura è instabile, sono coinvolte strutture nervose, l'entità dei dolori è alta o nel caso in cui il trattamento conservativo non avesse dato risultati soddisfacenti". Sono trattamenti di chirurgia mininvasiva, dotata di ausili che guidano il gesto chirurgico ("navigazione"): "vertebro- e cifoplastica che, con introduzione di "cemento" rendono la vertebra più stabile". Meno frequenti gli interventi più complessi. "È necessario un approccio globale, favorito dall'interdisciplinarietà che tenga conto anche del trattamento osteoporotico onde evitare ulteriori fratture, ma anche della fisioterapia sia per i pazienti sottoposti a intervento chirurgico che per quelli in attesa del consolidamento osseo, avendo entrambi dovuto ridurre alcune attività quotidiane, con conseguente impatto sulla muscolatura".

