

lari o spallacci, si determina un'estensione della colonna vertebrale (Figura 10.2). Dal punto di vista biomeccanico, l'effetto principale si ottiene grazie ad una riduzione della lordosi, quasi a realizzare un muro anteriore in grado di assorbire le sollecitazioni meccaniche sui dischi intervertebrali.

Nell'approccio clinico-riabilitativo al paziente lombosciatalgico (soprattutto in fase acuta e nelle recidive algiche della fase cronica), è consigliabile l'utilizzo di cinture dinamiche, ossia di corsetti di altezza posteriore inferiore a 30 cm che cingono il tratto lombosacrale determinando una riduzione della sintomatologia dolorosa con una buona tolleranza anche psicologica.

Bisogna ricordare che le cinture sacro-iliache sono ridotte in altezza e sono indicate in soggetti con sindrome da disfunzione dell'articolazione sacro-iliaca e non nel paziente con lombosciatalgia da ernia discale.

Altra tipologia introdotta recentemente include i corsetti magnetici consistenti in una fascia magnetica addominale con fascette lombari verticali e/o orizzontali contenenti ciascuna magneti a campo stabile da 800 a 2000 Gauss circa, che si applicano nella zona da trattare. Le funzioni svolte sono le seguenti: correggere la postura, migliorare il sistema linfatico e la microcircolazione, prevenire l'ischemia muscolare, ridurre il dolore e l'edema, favorire il ripristino del controllo neuromotorio. I tempi di trattamento vanno da 1 a 2 mesi nelle patologie croniche, indossando il corsetto almeno 12 ore al giorno. Nei casi acuti di radicolopatia e nelle recidive è possibile l'uso intensivo per 24 ore al dì. Le controindicazioni comprendono: pace-maker, sintesi metalliche (non in titanio) impiantate nella zona di applicazione, gravidanza, neoplasie ed epilessia.

Corsetti semirigidi

Sono in genere in tessuto con armatura metallica, formano una gabbia più o meno chiusa in grado di determinare un'estensione posteriore maggiore sino ai solchi sotto-glutei, una retroversione della pelvi ed un appiattimento della lordosi lombare. Garantiscono inoltre una buona aderenza addominale, infatti, rispetto al sostegno dinamico, determinano una maggiore immobilizzazione e decompressione posteriore della colonna. Sono confezionati in tessuto rigido con o senza inserti in elastico e con stecche posteriori paravertebrali variabili per numero e spessore. Il loro uso è indicato in tutte le forme di rachialgia di origine meccanica o funzionale, in cui la correzione delle curve determina una riduzione delle sollecitazioni sulle strutture algogene della colonna, elemento fondamentale nel migliorare lo stato di ma-

lattia. Trovano, altresì, indicazione nelle forme acute di lombalgia e lombosciatalgia e nel post-operatorio per ernia discale.

Il corsetto semirigido, per mantenere l'appiattimento della lordosi lombare, deve possedere delle caratteristiche peculiari ed inderogabili:

- estensione dalla base toracica ai solchi sottoglutei, seguendo la silhouette corporea
- presenza di stecche metalliche appiattite, rigide, poste nella regione posteriore
- contenimento del tratto dorsale con eventuale presenza di spallacci.

Può essere dotato di una chiusura piatta, bombata, centrale anteriore o con doppia allacciatura laterale costituita da ganci e stringhe. Inoltre presentano delle stecche posteriori lunghe 15-20 cm e larghe 0,8-1,5 cm sagomabili manualmente. Accessori fondamentali in caso di ipercifosi dorsale sono gli spallacci (Figura 10.3).

Può essere confezionato su misura e chiamato genericamente come "busto in stoffa e stecche su misura" o "busto in tela armata". È un'ortesi capace di limitare la naturale dinamica del rachide, favorire una migliore distribuzione dei carichi e ridurre ai primi gradi l'escursione articolare lombare sia in flessione-estensione sia in inclinazione laterale.

Il medico prescrittore, in collaborazione con il tecnico ortopedico, dovrà istruire il paziente all'uso corretto del corsetto. In generale, si utilizza durante il giorno fungendo da sostegno del rachide in posizione eretta e seduta e viene rimosso durante la notte.

Corsetti rigidi

Le ortesi rigide trovano indicazione nelle patologie del passaggio dorso-lombare. Sono in genere realizzate in alluminio molto leggero, con presenza di elementi rigidi (metalli, plastiche termo-modellabili, ecc.) e hanno tre appoggi: sternale, lombare e pelvico. La banda pelvica è fissa, mentre quella a livello dello sterno è regolabile.

Sono indicate nelle fratture amieliche dei corpi vertebrali (traumatiche, patologiche ed osteoporotiche dorsali basse e lombari) per un periodo medio di circa 2 mesi. Altre indicazioni sono la presenza di osteolisi ed osteomalacia. I busti rigidi possono essere mal tollerati da coloro che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia addominale.

La funzione principale è quella di ridurre al minimo i movimenti del rachide sul piano sagittale (flessione-estensione) e sul piano frontale (inclinazione laterale). Infatti sono particolarmente utili nelle fasi acute in quanto limitano le sollecitazioni sul segmento vertebro-discale interessato.

Una tipologia per l'immobilizzazione del rachide