

FGPMAG È ANCHE DIGITALE

Dove e quando vuoi, con gli articoli
medici completi e l'archivio
dei numeri precedenti.

SCOPRI DI PIÙ: fgp-mag.fgpsrl.it



BUON 2022 CON TANTE IMPORTANTI NOVITÀ!

Salutiamo il 2021 lasciandoci alle spalle un anno ricco di progetti e opportunità: abbiamo lanciato la quinta generazione del tutore Spinomed® per osteoporosi, introducendo importanti novità strutturali e funzionali, e rinnovato la linea Silverfix® con l'inserimento di un nuovo corsetto lombare. È nata la nuova linea di tutori per bambini FGP Kidz Pop, e abbiamo fatto un ulteriore passo verso il digitale, sbarcando su Instagram. Con l'inizio del nuovo anno lanceremo una nuova campagna crossmediale dedicata al programma Posture Plus System e daremo avvio a un'importante collaborazione con una tra le più autorevoli realtà italiane nel campo della ricerca e della prevenzione dell'osteoporosi. Le novità in vista sono davvero tante, ma non vogliamo svelarvi troppo, in attesa di potervene raccontare presto e di persona, a partire dalla prossima edizione di Expositività. **A tutti voi un caro augurio di Buone Feste e Anno Nuovo.**

Moreno Ferrigolo e Alberto Turrini



ITALIA ALL'AVANGUARDIA NELLA MEDICINA DI GENERE

Siamo il primo Paese in Europa ad aver approvato un piano specifico a partire dallo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio-economiche e culturali sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. In ambito ortopedico la SIOT quest'anno ha istituito la Commissione Pari Opportunità e Medicina di Genere. Sul fronte salute: le donne vivono di più ma si ammalano più degli uomini.

Donne e uomini sono diversi, anche in materia di salute. Diverso è il modo in cui manifestano sintomi, rispondono e affrontano le cure, anche per patologie comuni a entrambi i sessi. Le donne tendono ad ammalarsi di più rispetto agli uomini, consumano più farmaci, sono più soggette a reazioni avverse e sono le maggiori utilizzatrici del Sistema Sanitario Nazionale (fonte Fondazione Onda). Possiedono un sistema immunitario in grado di attivare risposte più efficaci e resistono meglio alle infezioni. Al tempo stesso, mostrano una maggiore suscettibilità alle malattie autoimmuni e vivono più a lungo. Secondo i dati Istat, l'84% delle persone che in Italia hanno compiuto i 100 anni di età sono donne. Ciononostante, nei Paesi Occidentali l'aspettativa di vita sana tra i due sessi si equivale, perché gli anni vissuti in più dalle donne sono in gran parte interessati da malattia e disabilità come conseguenza di patologie cardiovascolari, osteoarticolari e neurologiche.

Le differenze tra uomini e donne non dipendono solo da anatomia e

fisiologia, ma anche da altri fattori relativi all'ambiente, alla società e alla psicologia di ciascuno. Tuttavia, nonostante queste variabili, la maggior parte degli studi preclinici e clinici è stata condotta a lungo quasi esclusivamente su soggetti di sesso maschile e i risultati ottenuti sono stati applicati alle donne come se tra i due sessi non esistesse alcuna diversità. In pochi casi è avvenuto il contrario e solo di recente si sta facendo strada una nuova sensibilità in relazione al genere. Lo stesso dicasi per gli studi epidemiologici e le sperimentazioni farmacologiche. Anche l'accesso alle cure presenta in molti casi rilevanti disegualanze legate al sesso.

Le patologie a carico delle donne sono molto più numerose di quanto si creda. Un esempio su tutti è rappresentato dall'incidenza delle malattie cardiovascolari: da sempre considerate un problema prettamente maschile, colpiscono in misura addirittura maggiore le donne nel post menopausa (fonte Ministero della Salute). E lo stesso vale per le malattie neurologiche e del sistema

immunitario. Il pericolo è che a causa di questo gap informativo molte donne, inconsapevoli dei rischi che corrono, finiscano con il sottovalutare la propria salute e la prevenzione. Una situazione ulteriormente aggravata dall'emergenza Covid, che oltre a rallentare l'iter di prevenzione ha fatto registrare in questi anni un calo negli accessi alla diagnosi e ai trattamenti, anche da parte della popolazione femminile, generalmente più attenta alla cura del corpo e più consapevole e informata.

Impostare percorsi informativi, diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici a partire da uno studio di genere, rappresenta oggi la via più efficace per garantire a ogni persona la migliore cura, rafforzando il concetto di centralità del paziente e la personalizzazione delle terapie. In questa prospettiva sta assumendo sempre maggiore importanza la **Medicina di Genere**, una scienza multidisciplinare che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito come: lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socio-economiche e cultu-

rali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. In questo campo, l'Italia vanta un primato d'avanguardia: è stato il primo ed è attualmente l'unico Paese in Europa ad avere approvato in via definitiva nel 2019 il **Piano per la Medicina di Genere**.

In ambito ortopedico, la stessa **SIOT** (Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia) ha istituito proprio quest'anno la **Commissione Pari Opportunità e Medicina di Genere**, che tra i suoi compiti ha anche quello di studiare gli indicatori biologici e di contesto che incidono nel percorso di diagnosi e trattamento delle patologie ortopediche, al fine di migliorare i risultati e la soddisfazione dei pazienti, ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici, ortopedico-traumatologici e garantire cure sempre più personalizzate.

Tra le patologie ortopediche al femminile più diffuse e in grado di impattare sensibilmente sulla qualità della vita e di riflesso sulla spesa sanitaria, vi sono: l'osteoporosi, che in Italia colpisce circa 5 milioni di persone

di cui l'80% sono donne in post menopausa che con l'avanzare dell'età sono esposte a un maggior rischio di frattura da fragilità, ma anche l'artrosi del ginocchio che si manifesta in modo particolare nelle donne dopo i 50 anni, l'iperlordosi lombare, e l'alluce valgo che interessa il 40% delle donne (fonte Corriere della Sera).

In questi ultimi anni, diverse patologie ortopediche e traumatologiche sono state studiate in termini genere-specifici a testimonianza del fatto che l'interesse nei confronti di questi temi è in forte crescita, ma resta ancora molto da fare.

Avviare percorsi di cura mirati e differenziati per genere e ottimizzare le cure in un'ottica di equità, rappresenta la strada da percorrere. L'azienda **FGP** si è già mossa da tempo in tale direzione, osservando le diversità tra uomo e donna e quindi progettando dispositivi adeguati e personalizzati, realizzati con perizia sartoriale, dimostrando ancora una volta la capacità di saper anticipare bisogni ed esigenze dei pazienti, con approcci innovativi. **C.B.**

DR. SSA CHIARA RATTI

SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - DIRIGENTE MEDICO AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA, TRIESTE

OSTEOPOROSI, NON È UNA MALATTIA PER SOLE DONNE. NUMERI IN CONTINUA CRESCITA

In Italia, il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni è affetto da osteoporosi. Le fratture vertebrali sono le più frequenti.



Cos'è l'osteoporosi e qual è la sua incidenza nella popolazione italiana?

L'osteoporosi è una malattia dello scheletro caratterizzata dalla diminuzione della massa e dal deterioramento della microarchitettura del tessuto osseo, che porta ad un aumento della fragilità scheletrica e al conseguente aumento del rischio di fratture per traumi anche di banale entità.

In Italia, il 23% delle donne oltre i 40 anni e il 14% degli uomini con più di 60 anni ne è affetto e sono numeri in continua crescita, specie in relazione all'aumento dell'aspettativa di vita. Infatti è stimato che, in Italia, nei prossimi 20 anni la popolazione con età maggiore di 65 anni aumenterà del 25% circa con un conseguente aumento del numero di persone affette da osteoporosi. Nelle donne, in particolare, il calo degli estrogeni legato alla menopausa comporta una diminuzione della massa ossea che può arrivare fino al 5% all'anno. L'osteoporosi si sviluppa quando la perdita di massa ossea diventa eccessiva a causa di una persistente e dominante attività di riassorbimento osseo rispetto a quella di neoformazione. Le fratture da fragilità per osteoporosi hanno conseguenze rilevanti, sia in termini di mortalità che di disabilità motoria, con elevati costi sanitari e sociali. La mortalità da frattura del

femore è del 5% nel periodo immediatamente successivo all'evento e del 15-35% a un anno. Nel 20% dei casi si ha la perdita definitiva della capacità di camminare autonomamente e solo il 30% dei fratturati torna alle condizioni precedenti la frattura.

Quanto incide un corretto sviluppo osseo nel corso dell'infanzia nello sviluppo dell'osteoporosi?

Lo scheletro si sviluppa rapidamente durante l'infanzia e l'adolescenza, raggiungendo una densità minerale massima intorno ai 20-25 anni di età. È quindi evidente che una crescita ossea non ottimale nelle prime fasi della vita è un fattore significativo che può condizionare la salute, la resistenza dello scheletro assieme alla velocità della perdita di massa ossea che, in condizioni fisiologiche, comincia dopo la menopausa nel sesso femminile, e attorno ai 60 anni nell'uomo.

"L'attività fisica è fondamentale per tutti e lo è ancora di più per gli anziani"

La prevenzione primaria, pertanto, deve riguardare già l'infanzia e l'adolescenza, quando viene raggiunto il picco di massa ossea ed è costituito il patrimonio di tessuto osseo che verrà speso successivamente. Le caratteristiche genetiche individuali e la familiarità sono importanti, ma lo sono altrettanto i fattori ambientali, su cui possiamo agire. Per proteggere la salute dell'osso è necessario avere un'alimentazione equilibrata con un corretto apporto di calcio e vitamina D e uno stile di vita sano e attivo.

Le ossa della colonna vertebrale sono tra le più interessate da

osteoporosi: quali sono le cure ad oggi più efficaci?

Le fratture vertebrali sono sicuramente le fratture da fragilità più frequenti. Si stima che ogni anno nella popolazione italiana con più di 45 anni si verificano circa 150.000 nuovi casi. Questo dato è tuttavia sottostimato perché molte fratture non vengono diagnosticate e il dato reale potrebbe essere 2-3 volte superiore.

Il trattamento di prima scelta è quello conservativo con riposo e utilizzo di bustini ortopedici. In alcuni casi è possibile trattare le fratture vertebrali attraverso tecniche di chirurgia vertebrale mininvasiva, come vertebroplastica e cifoplastica.

In ogni caso, in presenza di tali fratture, è importante iniziare anche una terapia farmacologica finalizzata alla riduzione del rischio. Dopo una prima frattura da fragilità il rischio di nuovi eventi fratturativi aumenta e rimane alto specialmente nei primi due anni.

I tutori ortopedici in che modo possono essere di sostegno?

In presenza di una frattura vertebrale i busti ortopedici rigidi hanno la finalità di scaricare le vertebre dorso-lombari dal peso riducendo così la sintomatologia dolorosa.

Il busto in iperestensione a tre punti evita che il paziente possa flettere la colonna e riduce il rischio di aumentare la deformità a cuneo anteriore della vertebra fratturata per progressione del collasso delle trabecole ossee. Questo presidio non è sempre facilmente tollerato e presenta dei limiti operativi legati al livello della vertebra interessata dalla frattura. Fortunatamente l'evoluzione del design dei corsetti vertebrali ha prodotto altre soluzioni versatili e adattabili alle diverse peculiarità cliniche dei pazienti. La durata del trattamento è in media di 2-3 mesi e in questo periodo il busto deve essere sempre indossato, tranne quando si è distesi e la



colonna vertebrale è in scarico. Al trattamento conservativo con busto bisogna associare la fisioterapia che serve a recuperare il tono muscolare e a controllare la postura del rachide.

Recentemente FGP ha lanciato la quinta generazione del tutore Spinoméd®: qual è la sua opinione in merito?

Il tutore FGP Spinoméd® è una ortesi attiva con funzione di sostegno e correzione del rachide lombare e toracico sul piano sagittale studiato per il paziente con fratture da fragilità vertebrali. Presenta una barra posteriore in alluminio modellabile, due tiranti ascellari e due laterali personalizzabili. Da diversi anni lo utilizzo e lo prescriverei per il trattamento del paziente con fratture vertebrali da osteoporosi e ho sempre trovato una buona risposta in termini di comfort ed

efficacia. Nell'ultima versione sono state introdotte alcune modifiche tra cui due comodi tiranti regolabili che si agganciano alle fibbie anteriori per assicurare un richiamo alle spalle più agevole, più efficace e modulabile. Inoltre la fascia elastica lombare di nuovo disegno agevola i movimenti laterali. Con queste modifiche si è corretto il rischio di risalita del busto che si aveva nei modelli precedenti. Il comfort e il design del busto garantiscono una tollerabilità molto buona da parte del paziente, anche in presenza di cifosi accentuate. Ritengo che nella prescrizione di un busto per una frattura vertebrale l'aderenza del paziente all'utilizzo prescritto sia molto importante. Se il busto non viene accettato perché eccessivamente scomodo, in genere i pazienti rimuovono il corsetto e la frattura di fatto rimane non trattata.

DR. SSA SIMONA VICIGUERRA

TECNICO ORTOPEDICO - LABORATORIO ORTOPEDICO VICIGUERRA, PIACENZA

SPINOMED® V, UN TUTORE CHE PUÒ ESSERE PERSONALIZZATO



FGP ha lanciato la quinta generazione del tutore Spinoméd®. Quali sono le sue impressioni su questo nuovo modello?

Spinoméd® V si presenta in una veste completamente rinnovata e arricchita di elementi che ne hanno migliorato sensibilmente l'efficacia. La prima cosa che mi ha colpito è stata la possibilità di personalizzare il tutore

in base alle conformazioni fisiche del paziente. Inoltre, le nuove caratteristiche lo rendono più facile da gestire per il paziente che dovrà indossarlo e toglierlo più volte durante la giornata.

Che riscontro ha ricevuto dai pazienti che lo hanno utilizzato?

Un'altra caratteristica che ho riscontrato e con me anche i miei pazienti è sicuramente la leggerezza e la facilità di posizionare il tutore. Logicamente, più un prodotto è ritenuto semplice dal paziente più si sentirà tranquillo nell'utilizzarlo.

Come avviene la scelta del dispositivo e sulla base di quali indicazioni?

Solitamente il prodotto viene indicato dal medico mediante una prescrizione. Una volta posizionato dal tecnico, il medico potrà, in occasione delle

visite di controllo, monitorare i miglioramenti. La logica non cambia, più il prodotto è facile da usare più il paziente sarà ligio nell'utilizzo, agevolando il progresso nella terapia.

"Le evoluzioni introdotte facilitano il posizionamento"

Quanto è importante la fase di applicazione del tutore? In qualità di Tecnico Ortopedico cosa ritiene sia veramente importante?

Perché un prodotto sia performante è fondamentale che il posizionamento sia fatto bene. Un prodotto ben progettato rende questa fase veloce e facile. Più il paziente ci vede operare agevolmente, maggiore sarà la sua fiducia nei confronti del prodotto.

DOTT. SSA GIULIA FAVILLI - SPECIALISTA IN ORTOPEDIA

E TRAUMATOLOGIA - SAN GIUSEPPE HOSPITAL, AREZZO

ALLUCE VALGO, QUESTIONE DI GENI? NON SOLO

Le donne ne sono più colpite. Anche l'utilizzo di calzature inadatte può accentuare la problematica.

Cos'è l'alluce valgo, a cosa è dovuto e quali sono le cause della sua formazione?

L'alluce valgo è una deformità caratterizzata dall'incongruenza articolare della metatarso-falangea del 1° raggio, alluce abdotto valgo, più o meno grave, dove l'osso si deforma allargandosi e i tessuti molli periarticolari si ispessiscono.

Diviene sintomatico per l'associarsi di borsiti e ipercheratosi, come sintomatico è il coinvolgimento delle dita minori. L'alluce valgo ha un'eziologia multifattoriale da cause intrinseche ed estrinseche, che spesso concomitano.

Tra i fattori intrinseci vi sono la predisposizione genetica e le malformazioni congenite in cui l'alterazione biomeccanica che ne deriva, conduce più o meno precocemente alla formazione dell'alluce valgo.

Ma anche patologie associate autoimmuni o neurologiche che, alterando le strutture anatomiche coinvolte, sviluppano la deformità.

Tra i fattori estrinseci invece vi sono l'utilizzo di calzature inadatte, il peso e alcune attività lavorative e pratiche sportive.

Infine, i problemi posturali o muscolari che possono essere di natura intrinseca o estrinseca.

DR. SSA MARIA TERESA CONTALDI - SPECIALISTA AMBULATORIALE FISIATRA, ASL SALERNO
TITOLARE STUDIO MEDICO-FISIOTERAPICO LEOZONE, SALERNO

GONARTROSI: IMPORTANTE ANTICIPARE IL CONFLITTO FEMORO-ROTULEO



Come si manifesta la gonartrosi e quali sono i principali fattori di rischio?

Il dolore è il sintomo più comune. Tra gli altri vi sono l'impotenza funzionale, percepita come un senso di "pesantezza", la rigidità articolare e il gonfiore. Solitamente i sintomi descritti sono sempre presenti. I principali fattori di rischio sono l'età, l'eccesso ponderale, traumatismi ripetuti, pregressi interventi, altre patologie osteoarticolari come le artriti.

"I tutori sono un valido aiuto in tutte le forme di gonartrosi, dalle più lievi alle più gravi"

Colpisce in modo particolare gli adulti, ma anche i più giovani possono soffrirne?

Certo, i più giovani soffrono in particolare della artrosi femoro-rotulea, più frequente nelle donne perché dovuta al valgismo fisiologico di queste ultime.

La diagnosi precoce può migliorare la qualità della vita e ritardare un eventuale intervento chirurgico?

Prima di arrivare ad un intervento chirurgico è quasi sempre opportuno sottoporsi a trattamenti conservativi, dai farmaci antinfiammatori all'uso di ortesi.

co: quali sono le analisi e i controlli da fare?

Senz'altro individuare già in età giovanile, in particolare nei giovani atleti professionisti o meno, un fattore di predisposizione, come il "conflitto femoro-rotuleo", aiuta di gran lunga a ritardare un processo artrosico e l'eventuale intervento chirurgico. È sempre opportuno sottoporsi a una visita specialistica ortopedica o fisiatrica prima di effettuare qualsiasi tipo di indagine strumentale, poiché l'esame obiettivo del medico è lo strumento fondamentale per orientarsi verso una diagnosi differenziale. Anche perché ricordiamo che possono essere tante le patologie a carico del ginocchio.

In quali casi è necessario sottoporsi a chirurgia? E in quali il trattamento conservativo è il più indicato?

L'intervento chirurgico, che va da una protesi totale a quella compartimentale piuttosto che a una "pulizia" artroscopica, trova indicazione laddove fallisce la terapia conservativa. Prima di arrivare ad un intervento chirurgico è quasi sempre opportuno sottoporsi a trattamenti conservativi: farmaci antinfiammatori, integratori alimentari condroprotettori, infiltrazioni articolari di cortisoni, acido ialuronico fino al PRP (plasma ricco di piastrine), alla fisioterapia e all'uso di ortesi.

I tutori ortopedici possono essere alleati nel trattamento?

I tutori sono un valido aiuto in tutte le forme di gonartrosi, dalle più lievi alle più gravi, laddove è controindicata la chirurgia per altri fattori di rischio.

FGP ha progettato la linea di tutori per il ginocchio OA, indicati

nel trattamento della gonartrosi: quali sono le sue impressioni?

Nelle forme lievi trovo molto performante il modello Light OA, leggero e di largo impiego anche per coloro che non rinunciano all'attività sportiva o a una passeggiata sostenuta. Nelle forme di medio grado con maggiore instabilità in varo-valgo, sicuramente il modello Soft OA permette di dare maggiore stabilità e ridurre l'attrito tra piatto tibiale e condilo femorale. Nei casi in cui ci troviamo di fronte ad un paziente con grado severo di gonartrosi non operabile, il modello M.4[®]s OA Comfort è quello indicato; più stabile e facilmente tollerato per lunghi periodi dai pazienti, in questo caso più anziani, che dovranno imparare a convivere con il loro problema.



M.4[®]s OA COMFORT

DR. SSA ANNAMARIA ZUNGRI
TECNICO ORTOPEDICO E DIRETTRICE DI ORTOCENTER, NAPOLI

TUTORI: CONSIGLIATI NELLA FASE ACUTA



Nei casi di gonartrosi, quando è consigliabile l'impiego del tutore?

Generalmente lo specialista lo consiglia nella fase acuta, quando è ancora presente l'infiammazione e il paziente con molta probabilità sta seguendo anche una terapia farmacologica. Indossare il tutore in questa fase è fondamentale poiché consente di stabilizzare l'articolazione creando la giusta spinta. È importante indossarlo sia nei momenti in cui si svolge attività motoria sia nei momenti in cui si è più sedentari. Può servire anche nella

fase successiva, quando il dolore è passato, per dare stabilità al ginocchio e mantenerlo nella posizione corretta.

Oggi esistono vari tipi di tutori per gonartrosi. Ha notato un'evoluzione nella progettazione?

Negli anni sono state introdotte molte novità, l'evoluzione ha riguardato in particolar modo i materiali utilizzati per la realizzazione. Oggi sono molto più dinamici, si predilige la lega leggera e i filati sono più leggeri e trasparenti. Sono più confortevoli da indossare e sopportabili, specie per gli anziani. In passato si prediligeva il neoprene, che però aveva lo svantaggio di risultare molto più pesante e provocava sudorazione durante l'utilizzo. L'evoluzione ha riguardato anche la tecnica costruttiva.

Il tutore può aiutare anche a contenere il dolore?

Il tutore è di grande sostegno in questa fase: stabilizzando l'articolazione riduce l'attrito con la cartilagine e aiuta ad alleviare la sensazione di dolore.

In passato ha avuto modo di posizionare i tutori FGP della linea OA. Che tipo di riscontro ha avuto?

Ho riscontrato una grande evoluzione. Sono tutori specifici sia per il ginocchio varo che valgo, e trovo che il livello di personalizzazione sia cresciuto molto in questi anni. L'evoluzione ha riguardato anche i materiali scelti: la ginocchiera Light OA è ideale per una persona anziana che trascorre molto tempo seduta, perché è leggera, confortevole e aiuta a mantenere il ginocchio stabilizzato.

La personalizzazione è un vantaggio anche per le persone più dinamiche: chi ha un ginocchio valgo o varo, ad esempio, può utilizzare un tutore per il valgismo che rispetto a un tutore standard può essere regolato su misura in base alle sue specifiche esigenze. FGP ci dà molto aiuto in questo senso, la possibilità di personalizzare il tutore è un aspetto importante per noi tecnici, specie quando si tratta di ortesi da posizionare.

Si stima che le donne siano più colpite, perché?

Le donne sono più colpite per fattori genetici e sicuramente influisce l'uso di calzature non congrue che accentuano la problematica predisponente. Tuttavia l'incidenza nel sesso maschile è statisticamente falsata: l'uomo, utilizzando calzature più comode, giunge più di rado all'osservazione medica.

Come si cura e in quali casi è necessario intervenire chirurgicamente?

Partiamo dal concetto che pur essendo vissuto dalle donne come un problema estetico, la prima metatarso-falangea ha un ruolo importantissimo dal punto di vista biomeccanico. Occorre quindi intervenire chirurgicamente se sintomatico o prima che la gravità della deformità alteri irreversibilmente le componenti articolari o contribuisca a deformare le altre dita. Si può fare prevenzione sempre in relazione all'eziologia, utilizzando: calzature idonee (a pianta larga, ampia calzata, tomaia morbi-

da, ben strutturate e contenitive, con tacco basato di almeno 2,5 cm / 3 cm), ortesi plantari (per correggere ad esempio una sindrome pronatoria. Quando il dolore è causato da una borsite, per evitare di ridurre lo spazio di calzata che può aggravare la problematica, il plantare deve essere realizzato a basso profilo). E infine i tutori, che vanno distinti tra quelli di protezione e quelli che tentano di ridurre la deformità.

In questi ultimi, infatti, l'azione non si esplica sulla riduzione della deviazione metatarsale ma solo sulla falange basale. In quelli di protezione dobbiamo fare attenzione al materiale, in particolare d'estate è bene evitare l'utilizzo di materiale non traspirante direttamente sulla pelle in caso di borsite, poiché può determinare un'ulcerazione.

È consigliabile eseguire lo stretching delle strutture capsulo-legamentose che nella determinazione della patologia tendono a perdere l'elasticità e quindi aumentano la deformità; ed esercizi di rinforzo dei muscoli che possono contrastare la deformità.



Programma Night&Day PRO_HALLUX

Come viene gestita la riabilitazione a seguito di un intervento?

La riabilitazione si pone l'obiettivo di ridurre l'edema, recuperare l'articolazione della MTF alluce attiva e passiva, rinforzare i muscoli estensore e soprattutto flessore lungo dell'alluce, il recupero del normale schema del passo, e dell'aspetto funzionale. I tempi variano a seconda del tipo di chirurgia, specie se la deformità è elevata e dobbiamo agire con osteomie o altre tecniche definite prossimali.

Che azione svolgono i tutori ortopedici nel trattamento?

I tutori hanno la capacità di ridurre la sintomatologia algica stabilizzando l'articolazione e riducono la tensione capsulo-legamentosa con un effetto benefico sul dolore. Inibendo la spinta sulle dita minori, possono salvaguardare in parte la formazione della loro deformità. Dovrebbero, soprattutto, poter agire meccanicamente anche per ridurre la tendenza del 1° metatarso a varizzare.

FGP ha progettato il programma Night&Day per l'alluce valgo: quali sono le sue impressioni?

Ho una discreta esperienza reale nell'uso del tutore FGP. In particolare il tutore day ha una buona capacità di stabilizzazione associata ad una buona vestibilità che gli permette di essere utilizzato anche in scarpe con calzata minore, ed è quindi ben tollerato. Da sottolineare anche l'effetto positivo sulle parte delle strutture capsulo-legamentose.



Programma Night&Day HALLUX_MED

LOMBALGIA E IPERLORDOSI. MOLTEPLICI LE CAUSE, STILE DI VITA E TUTORI RISULTANO VALIDI ALLEATI



Parliamo di due patologie molto diffuse: lombalgia e iperlordosi, in cosa consistono e quali sono le cause principali della loro insorgenza?

La lombalgia è una condizione dolorosa derivante dalle strutture spinali come ossa, articolazioni, muscoli, tendini, legamenti e dischi a causa di malattie traumatiche, degenerative o infiammatorie.

Circa il 70% di tutti gli adulti, almeno una volta nella vita, ne è stato afflitto e in circa il 90% dei casi era una condizione aspecifica, benigna e autolimitante. La prevalenza stimata in Italia è compresa tra il 12% e il 35%. Si verifica come dolore meccanico a seguito di stress meccanici e si risolve astenendosi dalle attività fisiche e osservando del riposo funzionale. È caratterizzata da sintomi moderati alternati ad episodi di esacerbazione e limitazione funzionale.

Le principali cause sono: deviazioni o compromissioni del rachide; patologie dell'apparato muscolo-scheletrico; alterazioni dell'appoggio plantare; patologie neurologiche e ginecologiche; disturbi addominali e tumori ossei o del midollo. Possono avere un ruolo nella sua patogenesi: squilibri statici e dinamici, difetti posturali, scarsa mobilizzazione della colonna vertebrale e insufficiente attivazione dei muscoli addominali o paravertebrali. Ciascuno di questi fattori può aggravare il dolore percepito dal paziente e associarsi ad

I fattori di rischio per l'insorgenza della lombalgia possono essere correlati ad un sovraccarico eccessivo o legati allo stile di vita, come il fumo e la sedentarietà. I dispositivi ortopedici, attraverso l'applicazione di forze esterne, permettono di: correggere l'orientamento della colonna lombosacrale, aiutare i muscoli a mantenere il corretto allineamento, ridurre il sovraccarico e alleviare il dolore.

una progressiva debolezza muscolare e a un minor livello di attività.

Tra le possibili cause vi è anche l'alterato equilibrio delle strutture anatomiche. In particolare, dell'allineamento spino-pelvico, che è di fondamentale importanza per mantenere l'equilibrio sagittale e posturale. Talvolta, tra le cause di lombalgia, riveste un ruolo chiave l'iperlordosi che corrisponde ad un aumento della lordosi lombare (LL), che si associa ad un angolo LL maggiore di 61°. Questo quadro, dovuto ad un'eccessiva antiversione pelvica, determina un sovraccarico dei dischi posteriori e delle articolazioni interapofisarie, variazioni della cinetica del passo, cambiamenti strutturali con sovraccarico della colonna vertebrale, del bacino e degli arti inferiori con l'insorgenza di dolore cronico e patologie degenerative a lungo termine, quali ernia del disco, spondilosi, spondilolistesi e stenosi vertebrale, che a loro volta peggiorano il quadro di lombalgia.

Come è possibile prevenirle e migliorare la condizione della nostra schiena?

È utile cercare di mantenere una posizione corretta sia in ortostatismo che da seduti, evitando posizioni viziate, anche nelle fasi di relax. L'utilizzo di un materasso ortopedico, adatto a sostenere la schiena, può evitare curvature eccessive del rachide durante il riposo notturno.

È fondamentale un'attività fisica regolare, adeguata per età e condizione fisica. Può essere utile praticare nuoto, privilegiando lo stile a dorso, o una camminata regolare su terreni piani. Anche esercizi di pilates o yoga possono essere d'aiuto così come la pratica regolare di attività fisica che permette di ottenere un buon controllo del peso corporeo. L'aumento eccessivo del peso determina, infatti, un sovraccarico delle articolazioni della schiena con possibile insorgenza e/o aggravamento di patologie discali e conseguentemente del dolore percepito. È bene, inoltre, evitare di eseguire movimenti bruschi e scoordinati, sollevare pesi eccessivi o sottoporsi a sforzi funzionali. In caso si debba mantenere la posizione eretta prolungata si può trarre giovamento anche dall'utilizzo di calzature comode che sostengano la normale curvatura della colonna vertebrale. Durante la fase acuta di dolore si possono utilizzare tutori funzionali per allentare la tensione muscolare. Il loro utilizzo deve essere solo temporaneo e con un programma di abbandono progressivo per evitare di indebolire eccessivamente la muscolatura paravertebrale.

In che modo i tutori possono essere di supporto nel trattamento?

Per trattare la lombalgia e la possibile iperlordosi associata è stato proposto l'utilizzo di tutori in grado di ridurre l'antiversione pelvica e la lordosi lombare.



"Pilates, yoga e regolare esercizio fisico sono fondamentali per migliorare la cattiva postura"

Attraverso l'applicazione di forze esterne, permettono di correggere l'orientamento della colonna lombosacrale, di aiutare i muscoli a mantenere il corretto allineamento, di ridurre il sovraccarico sugli elementi lombosacrali posteriori e alleviare il dolore. La presenza di bande estensibili sul tutore, che si inseriscono posteriormente sul sacro e sono tensionate e fissate anteriormente in regione pelvica tramite una chiusura in velcro, permettono di generare delle forze elastiche a livello del rachide lombosacrale. Tali forze sono in grado di aumentare la retroversione pelvica riducendo così l'iperlordosi e la lombalgia associata.

I tutori coadiuvanti devono essere facilmente indossabili, senza la necessità di ricorrere ad aiuti esterni, e devono essere il più confortevole possibile per ottenere una miglior compliance da parte del paziente. Altro fattore importante è la possibilità di indossarli sotto i vestiti senza essere notati per un utilizzo quotidiano. Ed essere facilmente lavabili e asciugabili.

L'azienda FGP ha progettato i corsetti Allevia e il pantalone posturale P+ Pants, coadiuvanti nel trattamento di queste patologie: ci può fornire le sue impressioni?

I corsetti Allevia si sono rivelati particolarmente utili durante le fasi acute dei pazienti affetti da lombalgia non associata ad iperlordosi. In questi casi era suggerito un utilizzo durante il mantenimento della posizione ortostatica nei primi giorni, e poi un graduale abbandono, con riscontro di effetti benefici. Nelle fasi subacute, invece, si consigliava di ricorrere all'ortesi solo durante gli sforzi funzionali. In questo caso, il tutore aiutava il paziente ad eseguire la movimentazione dei pesi nella maniera più corretta, evitando la ricomparsa di una sintomatologia

acuta. Invece per l'ortesi posturale P+ Pants, abbiamo eseguito studi più approfonditi per valutare le variazioni effettive dei parametri angolari relativi alla colonna vertebrale, al bacino e all'anca, con l'utilizzo dell'ortesi. Inizialmente, abbiamo eseguito acquisizioni statiche e dinamiche, mediante piattaforma di pressione e l'analisi del cammino "Gait Analysis", su una popolazione di soggetti sani.

I dati ottenuti indossando il dispositivo hanno dimostrato una riduzione dell'antiversione pelvica e della lordosi lombare associata. Successivamente abbiamo realizzato uno studio su pazienti affetti da lombalgia degenerativa con un quadro di iperlordosi, che hanno indossato P+ Pants per un intervallo di tempo giornaliero progressivo per valutare gli effetti nel tempo per un periodo di 3 mesi. Al termine del terzo mese si suggeriva di eseguire un ciclo di fisioterapia. L'uso progressivo dell'ortesi ha permesso di ottenere una miglior collaborazione da parte dei pazienti.

P+ Pants è facilmente utilizzato e già dopo il primo mese di trattamento, porta senza sforzo ad una riduzione della lombalgia e della disabilità percepita e al miglioramento della qualità della vita. Inoltre, si adatta a qualsiasi programma di trattamento riabilitativo. Gli stessi effetti positivi sono stati riscontrati anche in coloro che hanno utilizzato il dispositivo dopo l'intervento chirurgico per patologie del disco o per stenosi vertebrali, con una notevole riduzione del periodo riabilitativo post-operatorio e una maggior soddisfazione.

In conclusione, i corsetti Allevia e l'ortesi P+ Pants si sono dimostrati strumenti utili ed efficaci nel trattamento della lombalgia e della lombalgia associata ad iperlordosi.



ALLEVIA PLUS