

OSSA E ARTICOLAZIONI NELLA SINDROME DI MARFAN

La sindrome di Marfan causa frequentemente problemi alle ossa e alle articolazioni, che infatti sono spesso le prime caratteristiche che portano a sospettare la presenza della sindrome e a cercare una diagnosi. Queste caratteristiche (chiamate caratteristiche scheletriche) si manifestano quando le ossa crescono eccessivamente oppure i legamenti (il tessuto connettivo che tiene insieme le articolazioni) diventano elastici.

Solo circa un terzo delle persone affette da sindrome di Marfan presenta caratteristiche scheletriche talmente gravi da richiedere un trattamento.



Alla sindrome di Marfan sono associate numerose caratteristiche scheletriche. Molte persone affette da sindrome di Marfan presentano più di una caratteristica scheletrica, ma pochissime le presentano tutte. È importante che le caratteristiche scheletriche siano valutate da un ortopedico (uno specialista di ossa e articolazioni); tuttavia, solo circa un terzo delle persone affette da questo disturbo presenta caratteristiche scheletriche talmente gravi da richiedere un trattamento.

Quali sono i tipi comuni di problemi ossei e articolari nelle persone affette da sindrome di Marfan?

Qui di seguito sono riportate alcune informazioni sui tipi comuni di problemi ossei e articolari nelle persone affette da sindrome di Marfan:

Tipo di corporatura generale

In genere, ma non sempre, una persona affetta da sindrome di Marfan sarà alta, magra, dinoccolata o con articolazioni piuttosto flessibili. Le braccia, le gambe e le dita di mani e piedi potrebbero essere lunghe in modo sproporzionato rispetto al tronco. In alcuni casi, le persone affette potrebbero non essere alte rispetto alla popolazione generale, ma essere alte rispetto ai loro familiari (vedere Figura 1).

THE **MARFAN**
FOUNDATION



Marfan.org

Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://www.marfan.org/Ask)

Il viso può essere stretto e allungato, in linea con la corporatura generale. I neonati spesso hanno occhi profondamente infossati e sembrano più grandi di età rispetto ai fratelli o sorelle sani alla stessa età. Il palato spesso è alto, arcuato e stretto ed è presente affollamento dentale. La mascella inferiore (mandibola) spesso è spostata all'indietro, con possibile accentuazione di una comune malocclusione (overbite).

Curvatura della colonna vertebrale (scoliosi)

La scoliosi è una deviazione laterale della colonna vertebrale in cui la rotazione delle vertebre (le ossa della colonna vertebrale) determina spesso una forma a S o a spirale (vedere Figura 2). La scoliosi può svilupparsi in qualsiasi parte della colonna vertebrale, ma in genere è più comune nella parte superiore. Circa 6 persone su 10 affette da sindrome di Marfan presentano scoliosi, ma solo 1 su 3 ha bisogno di un trattamento medico per questo problema.

La scoliosi è causata dall'allentamento dei legamenti della colonna vertebrale, che non sono più in grado di mantenere le vertebre saldamente in posizione. La crescita rapida di un bambino affetto da sindrome di Marfan può inoltre peggiorare la scoliosi. Spesso ciò si verifica durante lo scatto di crescita nel corso dell'adolescenza.

La scoliosi può essere da lieve a grave, in base all'entità della curvatura. La curvatura viene determinata misurando l'angolo formato tra le vertebre (osservato su una radiografia) e si esprime in numeri o gradi. Una curvatura lieve (meno di 20 gradi) in un adolescente ha poche probabilità di peggioramento. Una curvatura moderata (20-40 gradi) in un bambino o un adolescente ha una maggiore probabilità di peggioramento. Una curvatura ampia (più di 40 gradi) in un bambino, ma anche in un adulto, peggiorerà quasi certamente perché lo squilibrio così marcato della colonna vertebrale continuerà ad aggravarsi per effetto della gravità.

In genere, la scoliosi viene valutata in tutti i bambini in quinta elementare. Tuttavia, i bambini affetti da sindrome di Marfan devono essere controllati per la scoliosi dal pediatra anche prima della quinta elementare e successivamente a ogni esame fisico annuale. Durante questa valutazione, il bambino si piega in avanti mentre un medico o un infermiere esamina la schiena. Se un bambino non mostra segni di scoliosi all'inizio della scuola media, è probabile che non la svilupperà in modo significativo in un'età successiva. La scoliosi inizia raramente nell'età adulta. Gli adulti con scoliosi devono essere controllati ogni 1-3 anni.

Schiena curva (cifosi)

Questa curvatura si osserva meglio lateralmente. Una leggera cifosi nella parte superiore della colonna vertebrale è normale. Tuttavia, curvature più marcate possono causare deformità o mal di schiena in alcune persone. La cifosi nelle persone affette da sindrome di Marfan può svilupparsi nella parte superiore (toracica) o nella parte inferiore (lombare) della colonna vertebrale.

Problemi al torace (petto)

Le due anomalie più comuni del torace legate alla sindrome di Marfan riguardano lo sterno e sono causate da una lunghezza eccessiva delle coste.

- Torace infossato (petto scavato): si sviluppa con vari gradi in molte persone affette da sindrome di Marfan, ma anche in bambini che non ne soffrono. Nei casi più gravi può compromettere la respirazione, in particolare quando sono presenti altre anomalie a livello della colonna vertebrale, del cuore o dei polmoni. Queste anomalie dello sterno tendono a diventare evidenti nell'età adulta. Per alcune persone possono diventare un problema estetico.
- Torace sporgente (petto carenato): si sviluppa in presenza di una protrusione (sporgenza) dello sterno verso l'esterno. Alcune persone affette da sindrome di Marfan presentano torace infossato su un lato e torace sporgente sull'altro. Il torace sporgente non causa compressione del cuore o dei polmoni, ma può comunque essere esteticamente spiacevole.



Problemi ai piedi

Chi soffre di sindrome di Marfan ha piedi lunghi e magri. Ossa eccessivamente lunghe e legamenti eccessivamente lassi possono indebolire i piedi e compromettere la loro capacità di sostenere la pressione di una persona in posizione eretta. Alcune caratteristiche comuni nella sindrome di Marfan sono:

- Pieni lunghi e magri
- Piedi piatti (arco molto basso) o eccessivamente arcuati
- Dita dei piedi lunghe
- Dita dei piedi a martello e ad artiglio (curvatura anormale delle dita dei piedi)
- Calli (strati spessi di pelle) causati da pressione eccessiva su una parte del piede
- Alluce valgo (crescita ossea vicino alla base dell'alluce)
- Distorsioni delle caviglie (lussazione mediale)

A volte il dolore ai piedi è un problema per le persone che soffrono di sindrome di Marfan. Tale dolore è dovuto alle sollecitazioni imposte da una struttura ampia su piedi flessibili.

Il medico dovrebbe sempre controllare piedi e caviglie, indipendentemente dal fatto che vi siano problemi o meno. Tra i medici esperti di piedi si annoverano chirurghi ortopedici, specialisti di riabilitazione (fisiatri) e podologi.

Il medico dovrebbe controllare:

- Raggio di movimento: facilità ed estensione di movimento di caviglie e piedi
- Punto esatto del dolore (se presente)
- Resistenza dei tendini
- Adeguatezza delle calzature
- Andatura (modo in cui ci si muove) quando si cammina, si corre e si cammina sulla punta dei piedi

In caso di problemi dovuti alla sindrome di Marfan, è probabile che il medico chieda quanto segue:

- Da quanto tempo sono presenti questi problemi?
- I problemi stanno peggiorando?
- Quanto sono gravi i problemi ai piedi?
- I piedi fanno più male al mattino o alla sera?
- I problemi ai piedi impediscono determinate attività?
- I piedi fanno male se si sta in piedi per alcune ore, si cammina molto o si svolgono altre attività?

Altri problemi potrebbero includere:

- Mal di schiena e dolore agli arti: le persone affette da sindrome di Marfan potrebbero avere più dolori alla schiena e agli arti rispetto alle altre persone. Ciò potrebbe avere a che fare con la meccanica di una corporatura grande, con tutte le relative sollecitazioni, associata alla lassità delle articolazioni.



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://www.marfan.org/ask)

- Spondilolistesi: è lo scivolamento in avanti di una vertebra su quella sottostante. In genere si verifica in prossimità dell'estremità inferiore della colonna vertebrale. Può avvenire in qualsiasi persona, ma è più comune in quelle affette da sindrome di Marfan. Chi soffre di questa condizione in genere presenta problemi o rigidità nella zona lombare e non è in grado di piegarsi in avanti per toccarsi le dita dei piedi. Solitamente non vi sono danni neurologici, eccetto nei casi molto gravi.
- Ectasia durale: una caratteristica esclusiva della sindrome di Marfan è il rigonfiamento (o ectasia) del sacco che circonda il midollo spinale (dura madre). Si verifica quando il sacco che circonda il midollo spinale non è in grado di sostenere la pressione del liquido spinale. Se si manifesta, il gonfiore spesso riguarda la parte inferiore della colonna lombare o sacrale. Talvolta, il rigonfiamento del sacco preme sugli spazi adiacenti, per esempio sul bacino.
- Protrusione acetabolare: in alcune persone affette da sindrome di Marfan, le cavità delle ossa del bacino diventano più profonde durante la crescita. Questo fenomeno è chiamato protrusione acetabolare. L'acetabolo è la cavità dell'articolazione dell'anca. Questa condizione, la cui causa non è nota, non provoca problemi o sintomi nell'infanzia. Nell'età adulta, la maggiore profondità delle cavità può determinare un'alterazione artrite più precoce, che si manifesta con dolore alle anche o all'inguine. Ne è colpito meno del 5% delle persone affette da sindrome di Marfan. Alcune persone con questa diagnosi hanno bisogno di protesi d'anca nella mezza età o in età più avanzata.

La sindrome di Marfan è caratterizzata da lassità dei legamenti. Tuttavia, le lussazioni o le distorsioni delle articolazioni principali (quali spalla, ginocchio o caviglia) non sembrano essere più comuni nelle persone affette da questa malattia rispetto alla popolazione generale. Uno dei motivi potrebbe essere il fatto che chi soffre di sindrome di Marfan si astiene dall'attività fisica intensa o dagli esercizi di torsione per evitare sforzi del cuore o dell'aorta. Un altro motivo probabile è che i legamenti principali delle articolazioni non sono deboli, sono solo leggermente lassi.

Come vengono trattati i tipi comuni di problemi ossei e articolari nelle persone affette da sindrome di Marfan?

Molti dei problemi ossei e articolari associati alla sindrome di Marfan e ad alcune malattie correlate possono causare fastidio e dolore. Altri problemi rappresentano più che altro una questione estetica (aspetto esteriore). In alcune circostanze, è raccomandata la chirurgia per trattare i problemi ossei. Di seguito sono descritte le opzioni di trattamento.

Curvatura della colonna vertebrale (scoliosi)

Talvolta il trattamento della scoliosi è raccomandato perché questa condizione può causare molti problemi, tra cui mal di schiena, compromissione della funzionalità polmonare e disturbi della postura e dell'aspetto fisico. Se la curvatura aumenta e supera i 20 gradi, un trattamento è generalmente raccomandato nei bambini e negli adolescenti in crescita perché la sola attività fisica non previene la progressione del problema.

Il fatto che una persona abbia o meno bisogno di un trattamento per la scoliosi dipende da quanto crescerà ancora e dalla gravità della curvatura della colonna vertebrale. I bambini avranno probabilmente bisogno di un trattamento per la scoliosi perché cresceranno per molti anni. Quanto più giovane è un bambino quando ha inizio la scoliosi, tanto più probabile sarà un aumento della curvatura. Per esempio, un bambino di meno di tre anni con una curvatura di soli 10 gradi potrebbe aver bisogno di trattamento a un'età più avanzata, mentre un ragazzo di 14 anni con una lieve curvatura (meno di 20 gradi) potrebbe non averne bisogno. In caso di curvatura marcata (superiore a 40 gradi), un trattamento medico sarà quasi sempre necessario, indipendentemente dall'età del paziente.



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://www.marfan.org/Ask)

I medici utilizzano la scala di Risser (o punteggio di Risser) per misurare la crescita ossea probabile di un bambino. Il valore è basato sui risultati di una radiografia dell'anca (osso del bacino). La scala Risser va da 0 a 5, dove 0 rappresenta la crescita ossea attesa maggiore e 5 quella minore. È probabile che i bambini con un punteggio di Risser di 0-2 avranno molti anni di crescita ossea e sono quindi a rischio di peggioramento della scoliosi.

La scoliosi può essere trattata in uno o entrambi questi modi:

- Busto correttivo: spesso è raccomandato un busto correttivo per i bambini con una scoliosi compresa tra 20 e 40 gradi. Un busto correttivo è una "giacca" di plastica imbottita, fatta su misura, che si adatta al tronco, dalle spalle alla vita, e raddrizza temporaneamente la colonna vertebrale, impedendo l'aggravamento della curvatura. Tuttavia, il busto correttivo non è in grado di raddrizzare la curvatura in modo definitivo. Quando il busto correttivo viene tolto, la colonna vertebrale torna gradualmente alla curvatura originale. L'obiettivo del busto correttivo è semplicemente quello di impedire il peggioramento della curvatura durante la crescita.

Un busto correttivo si indossa in genere 23 ore al giorno. L'ora di pausa è riservata al tempo necessario per lavarsi e vestirsi. Il busto correttivo può essere inoltre tolto per nuotare o svolgere altre attività fisiche, se necessario. Il busto correttivo si indossa fino al termine della crescita: in genere per le ragazze fino ai 14 o 15 anni di età, per i ragazzi fino ai 16 o 17. Il busto correttivo è efficace in molte, ma non tutte le persone affette da sindrome di Marfan. Se la curvatura è eccessiva o peggiora, il busto correttivo non elimina la necessità di un intervento chirurgico.

- Chirurgia: i medici raccomandano l'intervento chirurgico quando la curvatura della scoliosi è di 40 gradi o superiore, per evitare problemi ai polmoni, mal di schiena e ulteriore deformità. Se si opta per l'intervento chirurgico, è generalmente più sicuro e più efficace correggere la curvatura prima che si aggravi ulteriormente.

L'intervento chirurgico per la scoliosi comporta il raddrizzamento della colonna vertebrale con barre metalliche e si basa su una procedura di fusione spinale finalizzata a mantenere la schiena dritta. Le barre vengono posizionate in profondità sotto i muscoli della schiena, a ridosso delle vertebre, in modo da non essere percepite. Mentre le barre tengono la schiena dritta, i frammenti ossei crescono insieme determinando la fusione della colonna vertebrale e raddrizzandola in modo definitivo.

Le barre non causano dolore dopo la guarigione dall'intervento chirurgico. Nei bambini di età inferiore ai 10 anni, la cui colonna vertebrale è ancora in crescita, un chirurgo ortopedico potrebbe utilizzare speciali "barre allungabili" che possono essere prolungate man mano che il bambino cresce.

Talvolta, l'intervento chirurgico viene eseguito con approccio posteriore, ovvero dalla schiena. Se la curvatura è molto ampia o rigida, può essere eseguito utilizzando sia un approccio anteriore, raggiungendo la colonna vertebrale dalla parte anteriore del corpo per rimuovere i dischi vertebrali deformati, sia un approccio posteriore.

L'intervento chirurgico per la scoliosi in genere è efficace. Spesso è necessaria una trasfusione di sangue, ma è possibile utilizzare il sangue della persona stessa se lo si è prelevato e conservato qualche mese prima dell'intervento chirurgico. Possono verificarsi complicazioni, come ad esempio allentamento delle barre, mancata fusione della colonna vertebrale o danno ai nervi, ma sono rare. In genere, sono necessari uno o due mesi prima che la persona possa tornare a scuola o al lavoro.

Le persone spesso chiedono se la presenza di barre nella colonna vertebrale impedisca l'esecuzione di esami di risonanza magnetica. Gli studi di risonanza magnetica sono possibili, indipendentemente dal tipo di barra metallica utilizzata. Le barre sono visibili sulla risonanza magnetica come un "alone" o area invisibile. Le barre in titanio (un tipo di metallo) producono gli alone più piccoli.



Il trattamento della scoliosi nella sindrome di Marfan è diverso?

Il modo in cui viene trattata la scoliosi dipende dalla sua tipologia. Il tipo di scoliosi più comune è chiamato "scoliosi idiopatica", che significa che è di causa sconosciuta ed è diversa dalla scoliosi causata dalla sindrome di Marfan. Convieni chiedere al medico quali potrebbero essere le ripercussioni del trattamento. Di seguito sono riportate alcune informazioni utili:

- Il tasso di successo dell'uso di un busto correttivo per il trattamento della scoliosi nella sindrome di Marfan è inferiore a quello osservato nella scoliosi idiopatica. La maggior parte dei bambini affetti da sindrome di Marfan che presentano una curvatura di più di 25 gradi e un punteggio di Risser di 0-2 avrà bisogno prima o poi di un intervento chirurgico, anche dopo l'uso di un busto correttivo.
- In 1 una persona su 4 affetta da sindrome di Marfan, i peduncoli (una parte delle vertebre) sono stretti e sottili. In questi casi, l'uso di viti per tenere le barre in posizione potrebbe non essere efficace, per cui il chirurgo avrà bisogno di utilizzare altri metodi per fissarle in sede.
- La dura madre (un tubo situato intorno alla colonna vertebrale e contenente il liquido spinale) è fragile nelle persone affette da sindrome di Marfan. Questa caratteristica aumenta il rischio di perdita di liquido spinale durante l'intervento chirurgico. Il chirurgo deve prestare particolare attenzione quando la dura madre è fragile.
- Chi soffre di sindrome di Marfan ha una maggiore probabilità di ricomparsa della scoliosi dopo l'intervento chirurgico. Ciò si verifica meno frequentemente quando il chirurgo procede alla fusione di una sezione ampia della colonna vertebrale.
- Le persone affette da sindrome di Marfan potrebbero presentare un'insolita forma smerlata nella parte interna della colonna vertebrale. Durante la pianificazione dell'intervento chirurgico, il chirurgo deve eseguire una TAC per esaminare questa forma.
- La colonna vertebrale di chi soffre di sindrome di Marfan può essere curva in avanti (cifosi) e lateralmente (scoliosi). Il chirurgo potrebbe dover pianificare l'intervento chirurgico per la gestione sia della scoliosi sia della cifosi.

Schiena curva (cifosi)

Il trattamento della cifosi è simile a quello della scoliosi. In un bambino in crescita, talvolta è efficace un busto correttivo. In una persona adulta o con una cifosi più grave, il busto correttivo non serve. Pertanto, è necessario provare a fare esercizi per prevenire il dolore alla schiena.

Se l'uso del busto correttivo non allevia il dolore, l'intervento chirurgico è un'opzione percorribile. Viene eseguito quasi nello stesso modo di quello per la scoliosi, sebbene si renda necessario più raramente. Le persone con cifosi devono preoccuparsi di mantenere un buon apporto di calcio e svolgere un programma di attività fisica leggera per prevenire l'osteoporosi, che potrebbe peggiorare la cifosi.

Torace infossato (petto escavato)

Non esiste nessun busto correttivo per correggere il torace infossato (petto escavato). L'unica opzione di trattamento è l'intervento chirurgico. Esistono spesso motivi medici validi, oltre a quelli estetici, per correggere una condizione grave di petto escavato. Se necessario, l'intervento chirurgico deve essere eseguito nella media-tarda infanzia da un chirurgo generale pediatrico.

L'intervento chirurgico consiste nel sollevare lo sterno e le coste, raddrizzarli e sostenerli con una barra metallica. Questo intervento chirurgico è chiamato procedura di Nuss e richiede alcuni giorni di degenza ospedaliera. Il tasso di successo è elevato. La barra metallica viene rimossa dopo 4-6 mesi con una breve procedura ambulatoriale. In seguito all'intervento, l'aspetto dello sterno migliora notevolmente, sebbene il torace presenti solitamente ancora una forma lievemente anormale che non può essere corretta completamente senza correre rischi ingiustificati. In alcuni casi, la deformità può ricomparire se viene corretta in giovane età.



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://www.marfan.org/Ask)

Torace sporgente (petto carenato)

In caso di torace sporgente (petto carenato), talvolta un busto correttivo può essere efficace per spingere lo sterno verso l'interno e modificarne la tendenza a crescere verso l'esterno, ma non viene usato spesso. Un'altra opzione è l'intervento chirurgico.

Un effetto indesiderato della scoliosi è la rotazione delle coste, un'altra forma di sporgenza del torace. Le coste sul lato della curvatura in genere sporgono in maniera ancor più accentuata a livello della schiena. Se viene eseguito un intervento chirurgico sulla colonna vertebrale, le coste spesso si raddrizzano. Raramente è necessario un intervento sulle coste stesse.

Problemi ai piedi

Generalmente non è necessario un trattamento medico per i problemi ai piedi associati alla sindrome di Marfan e ad alcune malattie correlate. Un plantare non è in grado di arcuare un piede piatto, ma può migliorare l'andatura o attenuare il fastidio. Potrebbero essere utili anche particolari cuscinetti, inserti o ortesi. Si raccomanda di utilizzare scarpe con tacchi bassi o senza tacchi. È consigliabile provare diversi tipi di calzature fino a trovarne uno comodo.

Le persone affette da sindrome di Marfan possono avere anche le dita dei piedi incurvate (dita ad artiglio o a martello). L'uso di scarpe strette può peggiorare la situazione.

Il dolore ai piedi può essere causato da artrite, pressione su una parte del piede, stanchezza muscolare o calli. I dolori possono essere trattati con il calore, con un analgesico da banco (come Tylenol® o paracetamolo) e modificando le attività fisiche.

Un intervento chirurgico ai piedi è raramente necessario e deve essere eseguito solo dopo aver accuratamente tentato trattamenti non chirurgici. Talvolta l'intervento chirurgico è necessario quando la persona ha difficoltà a stare sulle punte dei piedi o a imprimere una spinta mentre cammina a causa dei piedi piatti molto flessibili. Esistono molti tipi di intervento chirurgico, tra i quali:

- Osteotomia: modifica (riallineamento) della posizione delle ossa per migliorare la distribuzione della pressione nel piede.
- Fusione delle articolazioni (artrodesi): per il dolore causato dall'artrite. Questo tipo di intervento chirurgico comporta l'unione delle estremità delle ossa in modo da impedire il movimento di determinate articolazioni.
- Correzione delle dita a martello: per tenere le dita dei piedi diritte mediante lo spostamento dei relativi tendini o la fusione delle relative articolazioni. Questo intervento chirurgico deve essere eseguito solo per ridurre il dolore e non per modificare l'aspetto delle dita dei piedi.

L'efficacia dell'uso di protesi di caviglia o di protesi articolari per le dita dei piedi non è comprovata.

Non è sempre possibile prevenire i problemi ai piedi dovuti alla sindrome di Marfan; è però utile provare alcuni accorgimenti prima che tali problemi si sviluppino:

- Mantenere il giusto peso in relazione all'altezza.
- Indossare calzature comode, che offrano maggior sostegno e abbiano i tacchi bassi. Questo tipo di calzature potrebbe essere disponibile online, sebbene potrebbero esistere pochi modelli. Queste calzature possono essere molto costose, ma molte persone sostengono che valgano la spesa per evitare il dolore ai piedi.

Spondilolistesi

Chi soffre di questa condizione in genere presenta problemi o rigidità alla zona lombare e non è in grado di piegarsi in avanti per toccarsi le dita dei piedi. Solitamente non vi sono danni neurologici, eccetto nei casi molto gravi. Le opzioni di trattamento includono esercizio fisico o busti correttivi per i casi lievi; se lo scivolamento è superiore al 30%, può essere preso in considerazione l'intervento chirurgico.



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://www.marfan.org/Ask)

Ectasia durale

I sintomi dell'ectasia durale includono dolore nella zona lombare e sensazione di bruciore, intorpidimento o debolezza nelle gambe. I sintomi assomigliano al mal di schiena; tuttavia, una risonanza magnetica (RM) o una tomografia computerizzata (TAC) possono evidenziare un ingrossamento della dura madre.

Nei casi gravi di ectasia durale può essere utile l'uso di farmaci o di shunt spinale (inserimento di un tubo nel sacco spinale per attenuare la pressione esercitata dal liquido che si accumula intorno alla base della colonna vertebrale). Nei casi lievi è consigliabile non intervenire.

Gestione chiropratica del mal di schiena

Non esistono linee guida specifiche per quanto riguarda il trattamento chiropratico per le persone affette da sindrome di Marfan e la Marfan Foundation non ha una posizione ufficiale sulle cure chiropratiche. Ogni caso deve essere valutato singolarmente. Si raccomanda di parlarne con i propri medici, che sono a conoscenza della propria anamnesi completa e del proprio stato fisico. È importante sapere che la manipolazione chiropratica non è raccomandata per determinate malattie del tessuto connettivo, come la sindrome di Loeys-Dietz, se è presente instabilità cervicale.

Alcune persone affette da sindrome di Marfan hanno riportato esperienze favorevoli con le cure chiropratiche; tuttavia, queste terapie vanno affrontate con cautela. Se sta prendendo in considerazione le cure chiropratiche, è importante che si rivolga a un operatore con conoscenze approfondite sulla sindrome di Marfan. Dopo l'anamnesi e l'esame fisico del paziente per escludere eventuali controindicazioni alla manipolazione, è possibile provare manipolazioni a bassa intensità, aumentando poi le sollecitazioni a seconda della tollerabilità.

Le principali preoccupazioni associate alle cure chiropratiche riguardano la manipolazione cervicale, che potrebbe esporre al rischio di dissezione vertebrale e carotidea. Chi soffre di sindrome di Marfan e si rivolge a un chiroterapeuta deve informarlo di questo potenziale problema.

Figura 1 Caratteristiche scheletriche comuni nella sindrome di Marfan

Nota: non tutte le persone affette da sindrome di Marfan presentano la corporatura "tipica".

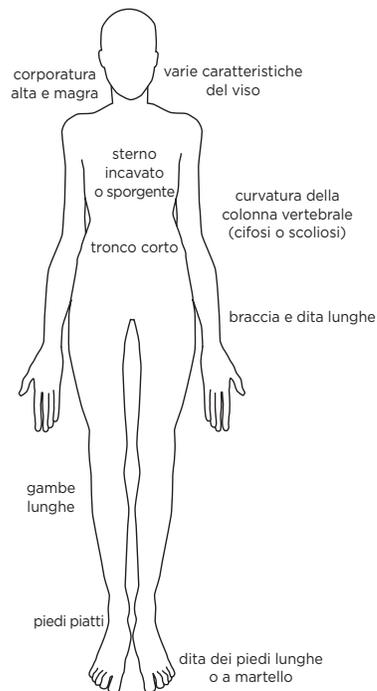


Figura 2 Radiografia della colonna vertebrale di una persona affetta da sindrome di Marfan



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: Marfan.org/Ask

Ha domande? Desidera ulteriori informazioni?

- Si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni per entrare in contatto con un infermiere che potrà rispondere alle sue domande e inviarle ulteriori informazioni. Invii le sue domande alla pagina [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/Ask).
- Visiti il nostro sito web [Marfan.org](https://marfan.org). Potrà stampare le informazioni di suo interesse e fare domande online.

Aprile 2021



Per eventuali domande si rivolga al nostro centro di assistenza e informazioni: [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/Ask)