

SCREENING PER LA DISPLASIA CONGENITA DELL'ANCA

SCREENING FOR DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW FOR THE US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE

SHIPMAN SA, HELFAND M, MOYER V, ET AL.
Pediatrics 2006;117:e557-76

Pediatrics pubblica nelle pagine elettroniche una revisione sistematica sullo screening per la displasia congenita dell'anca (DDH), commissionata dalla task force statunitense sui servizi di prevenzione (*US Preventive Services Task Force, USPSTF*). La DDH rappresenta uno spettro di anomalie anatomiche che possono risultare in disabilità permanenti. Viste queste potenziali gravi conseguenze, lo screening (clinico e/o ecografico) dei nuovi nati è diventato procedura comune nell'ipotesi che un trattamento precoce possa portare a un miglioramento della prognosi. Tuttavia, l'alta percentuale di risoluzione spontanea della DDH (>80%) ha creato incertezza su quale sia l'approccio più appropriato per i neonati positivi allo screening.

La revisione si pone l'obiettivo di valutare se lo screening (clinico o ecografico) migliori la prognosi della DDH. Gli Autori intendono inoltre verificare se: lo screening consenta di identificare i casi di DDH più precocemente rispetto a quanto sarebbe successo nel corso dei normali controlli del primo periodo di vita (domande chiave 2 e 3); una più precoce identificazione si accompagni a un più precoce trattamento e se tale trattamento conduca a esiti migliori rispetto a uno iniziato più tardivamente (domanda chiave 5); i benefici ottenuti con identificazione e trattamento precoci siano superiori ai rischi derivanti da screening e trattamento stessi (domande chiave 4 e 6). Vengono infine considerate le evidenze rispetto al rapporto costo/benefici dello screening. Sono stati inclusi studi in lingua inglese applicabili alla realtà statunitense. È stata esaminata anche la letteratura non inglese alla ricerca di trial controllati. Gli Autori erano interessati a lavori prospettici, di popolazione o realizzati nell'ambito delle cure primarie, in cui lo screening fosse avvenuto entro i sei mesi di vita del bambino. Sono stati analizzati e inclusi studi sui fattori di rischio, sui costi e sugli interventi. Gli studi di intervento dovevano riportare risultati di bambini diagnosticati prima dei sei mesi di vita e trattati entro il primo anno. Sono stati esclusi studi su DDH teratologiche (patologie neuromuscolari e malformazioni congenite), studi con outcome radiologico, report di casi, studi con casistica ≤ 5 soggetti, editoriali, lettere, rassegne e commenti. Per la ricerca della letteratura gli Autori sono partiti da due precedenti revisioni sistematiche, una statunitense (*American Academy of Pediatrics/AAP*) e una canadese (*Canadian Task Force on Preventive Health Care/CTFPHC*), aggiornate ricercando studi successivi alla loro pubblicazione. Lavori rilevanti sono stati individuati consultando *Medline*, la *Cochrane Library*, le referenze di altre pubblicazioni, siti web e attraverso il contatto con esperti. È stata realizzata una valutazione della qualità metodologica degli studi in base a una serie predefinita di parametri. Nella selezione dei lavori gli Autori hanno seguito quello che definiscono un "best evidence approach": per ogni quesito sono stati inclusi lavori di disegno debole qualora non

disponibili lavori di disegno forte. Hanno soddisfatto i criteri di inclusione: 13 studi sui fattori di rischio, 59 sullo screening (3 trial controllati), 5 sui rischi dello screening, 47 sugli interventi (nessun trial controllato), 8 sui costi.

In sintesi i risultati hanno messo in evidenza che: 1) la letteratura identificata sullo screening e sugli interventi presenta limiti metodologici significativi; 2) nessun trial pubblicato mette in relazione diretta lo screening con un miglioramento degli esiti funzionali; 3) la presentazione podalica, la familiarità per DDH e il sesso femminile sono risultati essere fattori di rischio per DDH in diversi studi (di bassa qualità metodologica); 4) lo screening conduce a una più precoce identificazione; tuttavia il 60-80% dei casi identificati clinicamente (esame obiettivo) e il 90% di quelli con displasia lieve identificati ecograficamente nel primo periodo di vita vanno incontro a guarigione spontanea e non richiedono intervento; 5) le evidenze riguardo all'accuratezza dei test di screening risultano di bassa qualità; 6) l'accuratezza dell'esame clinico varia con l'età; la manovra di Ortolani-Barlow perde sensibilità con l'aumentare dell'età del bambino, mentre la valutazione dell'abduzione delle anche diventa più accurata (è maggiore a 3-6 mesi rispetto al primo periodo di vita) in quanto i bambini con dislocazione dell'anca hanno un aumento della contrattura dei muscoli adduttori; 7) l'esame clinico e quello ultrasonografico identificano gruppi alquanto differenti di neonati a rischio; 8) un numero molto limitato di studi ha esaminato l'esito funzionale dei pazienti trattati per DDH.

Data l'alta frequenza e la natura imprevedibile della risoluzione spontanea della DDH e l'assenza di rigorosi studi comparativi, non è stato possibile stabilire l'efficacia degli interventi. Inoltre i trattamenti, sia chirurgici che non, sono risultati associati a un rischio anche elevato (da 0% a 60% a seconda dei lavori) di necrosi avascolare della testa del femore, la più frequente e grave complicazione associata al trattamento della DDH. Lo screening stesso può avere effetti dannosi (ad esempio generando ansia nei genitori e, in caso di risultato falso positivo, causando interventi non necessari e potenzialmente pericolosi).

Sulla base di questi dati gli Autori concludono che lo screening clinico o ultrasonografico può identificare i neonati a rischio di DDH, ma, vista l'alta percentuale di risoluzione spontanea e la mancanza di evidenze dell'efficacia degli interventi sugli esiti funzionali, i benefici di questo screening non sono chiari.

Commento

In seguito a questa revisione della letteratura la task force statunitense sui servizi di prevenzione ha formulato una serie di raccomandazioni sullo screening della DDH, riportate sullo stesso numero di *Pediatrics* (*US Preventive Task Force. Screening for Developmental Dysplasia of the Hip: Recommendation Statement. Pediatrics* 2006;117:898-902). La task force, costituita da un gruppo statunitense indipendente di esperti in prevenzione e cure primarie che rivede in maniera sistematica le evidenze di efficacia e sviluppa raccomandazioni per i servizi di prevenzione, conclude che le evidenze disponibili non sono sufficienti per raccomandare lo screening di routine per la DDH nei neonati per prevenire possibili esiti avversi. Secondo

Le componenti della task force sono necessari ulteriori studi sulla storia naturale della risoluzione spontanea dell'instabilità e della displasia dell'anca e studi multicentrici di intervento che misurino l'esito funzionale in maniera standardizzata. Servirebbero inoltre studi per identificare esiti radiologici validi di DDH che possano fungere da misura di proxy degli esiti funzionali e studi controllati che valutino gli effetti di un trattamento ritardato (la revisione sistematica e le raccomandazioni sono disponibili in full text sul sito web della task force: www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshpd.htm).

In Italia la pratica dello screening dell'anca è molto diffusa, con criteri e metodi tra i più vari, diversi nei vari contesti: solo clinico, clinico ed ecografico, ecografico a tutti i nati, ecografico solo ai nati a rischio. Ci sembra che la revisione non aggravi molto a quanto già si sapeva sull'argomento (si vedano ad esempio le conclusioni di una revisione sistematica pubblicata sul BMJ, commentate nella newsletter pediatrica n° 9): sottolinea ancora una volta le incertezze che tuttora esistono al riguardo e la necessità di studi di buona qualità metodologica che possano rispondere ad alcune delle domande ancora aperte. Nel documento dell'US task force sono citate le raccomandazioni dell'AAP e della CTFPHC. L'AAP raccomanda di eseguire di routine l'esame clinico delle anche ed esami radiologici solo per i pazienti a rischio (femmine nate in posizione podalica ed eventualmente maschi in posizione podalica e femmine con familiarità). Non viene raccomandato lo screening ultrasonografico generale. La CTFPHC raccomanda l'esame clinico di routine delle anche nei periodici bilanci di salute di tutti i bambini fino all'età di 12 mesi e l'osservazione stretta

dei neonati con DDH identificata clinicamente. Non viene anche in questo caso raccomandato lo screening ultrasonografico generale o quello radiologico per i bambini ad alto rischio. Anche nel Regno Unito (National Screening Committee, luglio 2006) viene raccomandata l'esecuzione dello screening clinico durante l'esame obiettivo dei neonati, riservando quello ultrasonografico all'ambito di progetti di ricerca. Crediamo che queste raccomandazioni siano sufficienti per una riflessione rispetto a quanto effettuato in Italia.

Tratto da: Newsletter pediatrica. La sorveglianza della letteratura per il pediatra 2006;4:53-4.

La newsletter è prodotta da un gruppo di pediatri di famiglia, ospedalieri di primo livello, in formazione e con interesse in sanità pubblica ed epidemiologia clinica:

Redazione: T. Burmaz, S. Di Mario, M. Lorenzon, A. Macaluso, F. Marchetti, M.G. Pizzul, L. Ronfani, D. Rosenwirth, R. Servello, M. Spaccini, M. Stradi

Gruppo di lettura di Milano: E. Casiraghi, R. Cazzaniga, G. Del Bono, P. Elli, G. Lietti, G. Meregalli, M. Narducci, A. Pirola, M.T. Tartaro, F. Zanetto

Gruppo di lettura di Vicenza: F. Andreotti, E. Benetti, F. Fusco, R. Gallo, V. Murgia, A. Pasinato, A. Penzo, B. Ruffato, D. Sambugaro, W. Spanevello, G. Ziglio

Gruppo di lettura di Verona: M. Agostini, F. Antoniazzi, M. Baldissera, M. Bolognani, P. Brutti, C. Chiamenti, M. Cipolli, M. Fornaro, M. Gaffuri, M. Gangemi, M.S. Lonardi, M. Maselli, M. Nardi, M. Previdi, F. Raimo, P. Santuz, M. Tommasi, F. Valletta, S. Zanini

Per informazioni: www.acp.it; www.csbonlus.org (sezione "Risorsa").

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 9 febbraio 2007
Hotel Jolly Tiepolo

- 9.00** Prima sessione (8 casi)
moderatori: A. Ventura, L. Zancan
Coffee break
- 11.00** Seconda sessione (8 casi)
moderatori: G. Longo, G. Maggiore
Colazione di lavoro
- 13.00** Terza sessione (8 casi)
moderatori: M. Rabusin, F. Marchetti
Coffee break

COMITATO SCIENTIFICO

Isabella Giuseppin, Giorgio Longo, Alessandro Ventura
Istituto per l'Infanzia, IRCCS "Burlo Garofolo"
Via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste
Tel. 040 3785361 Fax 040 3785362
e-mail: isabella.giuseppin@libero.it
Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro
ARP Vicenza
e-mail: fuscosam1@tin.it

- 17.00** I casi ambulatoriali visti dagli specialisti
moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro
- di Reumatologia (L. Lepore)
- di Epatologia 1 (G. Maggiore)
- di Epatologia 2 (L. Zancan)
- di Pronto Soccorso (A. Lambertini)
- di Dermatologia Pediatrica (I. Berti)
- 18.30** Verifica di apprendimento (test di valutazione)
19.30 Fine dei lavori

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

 Quickline Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 040 363586
Fax 040 7606590 - cell 335 7773507
e-mail: casi@quickline.it
<http://www.quickline.it>



PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHiesti I CREDITI FORMATIVI (ECM)