

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Luglio 2024

numero 26

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

GLUCOCORTICOIDI INTRARTICOLARI NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE DA SUBLUSSAZIONE D'ANCA IN BAMBINI CON DIFETTO COGNITIVO

Silvia Boaretto¹, Simone Benvenuto², Marco Carbone³, Egidio Barbi^{2,4}

¹Università di Trieste

²Scuola di Specializzazione in Pediatria, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Università di Trieste

³SC di Ortopedia, Traumatologia Pediatrica e Centro per il trattamento della Scoliosi,

⁴Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste

Indirizzo per corrispondenza: simone.benvenuto2@icloud.com

INTRODUZIONE

Fra le molteplici cause di dolore nei bambini con difetto cognitivo, la sublussazione d'anca è una problematica particolarmente frequente, con un'incidenza del 35%.

Se la gestione si basa inizialmente su strategie non farmacologiche (come la fisioterapia e le ortesi) e su terapie antalgiche (paracetamolo, FANS, oppioidi, gabapentin) e antispastiche (baclofene, tossina botulinica, benzodiazepine), con il progredire della deformità può rendersi necessaria una correzione chirurgica. Uno *step* intermedio per i casi non controllati farmacologicamente è oggi rappresentato dall'iniezione intrarticolare eco-guidata di corticosteroidi (IACI; *Figura*), tecnica già in uso in alcuni Centri, ma priva di una letteratura che ne attesti la sicurezza e l'efficacia.

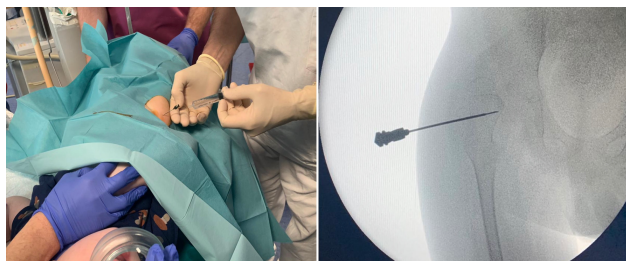


Figura. Iniezioni intrarticolari di corticosteroidi (IACI).

METODI

In uno studio retrospettivo abbiamo arruolato i bambini con difetto cognitivo e sublussazione d'anca afferenti presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste, che avessero eseguito almeno una IACI fino a dicembre 2022. I dati anagrafici e clinici dei bambini e quelli relativi all'efficacia e alla sicurezza della IACI sono stati raccolti attraverso un questionario telefonico somministrato ai genitori.

RISULTATI

Sono stati arruolati 9 bambini di età fra i 2 e i 23 anni (media 14), 4 maschi e 5 femmine, con deficit cognitivo dovuto a paralisi cerebrale infantile (4) o sindrome genetica (5). Sei bambini avevano già subito un intervento di chirurgia ortopedica, in particolare l'artrodesi vertebrale (4), l'osteotomia della coxo-femorale (1) e la tenotomia dell'adduttore dell'anca con allungamento dei tendini di Achille e flessori delle gambe (1). Il dolore da sublussazione d'anca era comparso in media a 9 ± 5 anni.

Prima della IACI tutti i bambini provavano dolore in modo continuativo o più volte al giorno, di intensità grave (89%) o gravissima (11%). Tutti inoltre avevano un decubito obbligato sull'emilato sano, e solo il 22% dormiva tutta la notte, mentre gli altri si svegliavano anche più di 3 volte a notte (33%). Un terzo (33%) rifiutava anche il cibo a causa del dolore. Otto bambini avevano ricevuto antidolorifici prima della IACI, prevalentemente paracetamolo (89%) e ibuprofene (78%), ma anche tramadolo (11%), gabapentin (11%) e tossina botulinica (11%); poco meno della metà (44%) necessitava di tali terapie più volte al giorno, gli altri (44%) prevalentemente 2-3 volte a settimana; tuttavia il 78% non ne aveva ricevuto beneficio. Quasi tutti (89%) avevano tentato anche la fisioterapia, con beneficio in poco meno della metà dei casi (44%).

Ogni bambino aveva ricevuto in media 2 IACI (min 1, max 6, totali 19), eseguite con metilprednisolone 40 mg in anestesia locale con carbocaina e in sedazione procedurale.

Dopo la IACI quasi tutti i pazienti (89%) avevano avuto una completa risoluzione del dolore, dormendo anche tutta la notte, e i due terzi (67%) avevano recuperato un decubito indifferenziato; l'appetito era inoltre tornato normale in tutti i bambini.

Solo un terzo dei bambini aveva necessitato ancora di antidolorifici (paracetamolo o ibuprofene), ma su base

settimanale o solo occasionalmente. Tutti avevano comunque proseguito la fisioterapia in atto.

Il beneficio della IACI si era protratto per un periodo medio di 4 mesi e mezzo (134 gg; min 30, max 450). Nei bambini (55%) che avevano ricevuto più di un'iniezione, la durata della risposta correlava con il numero di iniezioni.

L'unico effetto collaterale era stato il gonfiore in sede di iniezione in un solo paziente, risolto spontaneamente in un paio di giorni.

Anche la qualità di vita dei genitori era migliorata, con una diminuzione del tempo necessario per l'accu-

dimento (igiene, posizionamento, assicurazione), un aumento del tempo speso fuori casa e un clima familiare più disteso.

CONCLUSIONI

Le iniezioni intrarticolari di glucocorticoidi rappresentano una procedura sicura e riducono drasticamente il dolore da sublussazione d'anca, l'uso di farmaci analgesici e migliorano la qualità di vita (appetito, sonno, decubito) dei bambini e dei *caregiver*. La durata media del beneficio è di oltre 4 mesi, e aumenta in caso di iniezioni ripetute.