

Eco o non eco?

Questo è il **dilemma**

La Displasia Evolutiva dell'Anca va **diagnosticata al più presto**, ma come?



Lucio Piermarini
Pediatra, Terni

LA DISPLASIA EVOLUTIVA DELL'ANCA

In Europa ha una frequenza variabile, a seconda della nazionalità, dal 1,5 a 20 casi per 1000 bambini. Questa variabilità dipende anche dal momento in cui si fa la valutazione, perché le imperfezioni presenti nel neonato tendono a scomparire spontaneamente in breve tempo; fino al 50% si normalizzano in 5 giorni e fino al 90% in due mesi. La malattia è più frequente nelle femmine, nei bambini nati con parto podalico, se c'è familiarità, nei bambini con elevato peso alla nascita e nell'*oligodramnios* (scarsità di liquido amniotico).

COSTI E BENEFICI

Per ogni aspetto dell'assistenza sanitaria andrebbe sempre calcolato il rapporto fra costi e benefici: dobbiamo cioè chiederci se il raggiungimento di un certo obiettivo giustifica i costi sostenuti, sia come risorse economiche, sia come costi umani. Questo sarebbe vero anche se avessimo molte più risorse delle attuali, sia perché, se ci pensate bene, alla richiesta di salute non c'è limite, sia perché un certo margine di errore è inevitabile, anche nelle migliori mani. Troppo spesso un esame diagnostico strumentale si fa semplicemente perché c'è, perché è una novità sul mercato, perché lo fanno tutti, perché più esami si fanno più tranquilli stiamo. Grave errore, poco compreso e sfruttato cinicamente da professionisti e politici.

Non era raro, in un passato neanche tanto lontano, vedere per strada persone, anche giovani, camminare dondolandosi come papere, cioè con quella che, tecnicamente, viene definita "andatura anserina". Si trattava di soggetti nati con un difetto dell'articolazione dell'anca che non permetteva alla testa del femore (quella pallina che vediamo anche sporgere dai prosciutti) di restare stabilmente incassata nella cavità del bacino a essa destinata (l'acetabolo), in alcuni casi addirittura consentendole di uscire del tutto e risalire in alto (in termini medici si chiama "lussazione"). L'accorciamento della gamba che ne risultava era la causa del dondolio che, se il problema era bilaterale, diventava davvero estremamente invalidante.

IL MOMENTO DELLA VERITÀ

Ma anche nei casi in cui non si verificava la lussazione, la mobilità eccessiva della testa nell'acetabolo portava a una usura di tutto l'ingranaggio con la possibilità di comparsa precoce, cioè anche prima dei 40-50 anni, di un'artrosi più o meno grave. Possiamo paragonare l'acetabolo a un casco da motociclista: se è di misura giusta vi proteggerà adeguatamente, se è invece troppo piccolo o troppo grande vi resterà in capo solo se non subirete scossoni: al primo urto scivolerà via e la vostra testa ne subirà le tristi conseguenze (da un bernoccolo fino a un danno neurologico permanente). Nel caso di un'anca mal conformata (displasia) il momento della verità è quando il bambino comincia a mettersi in piedi: il peso del corpo spinge la testa del femore verso l'alto, la fa ballonzolare in maniera esagerata usurando l'articolazione, o la fa uscire dall'acetabolo.

Visto che abbiamo usato il termine "displasia" precisiamo subito che attualmente si parla di "Displasia evolutiva dell'anca" e questo perché, a complicare le cose, si è visto che il difetto di conformazione può essere lievissimo alla nascita ma peggiorare gradualmente nel corso di qualche settimana o mese (vedi box). Fortunatamente succede più spesso il contrario, e le displasie di lieve e media entità tendono a risolversi spontaneamente nella maggior parte dei casi, anche senza alcun trattamento,



Foto Archivio UPPA

entro le prime 4-6 settimane; peccato che non sappiamo individuare subito quelle che non lo faranno. Poiché quanto più giovane è il bambino tanto più malleabili sono le sue ossa, diventa importante intervenire il più precocemente possibile. L'obiettivo che ci poniamo è quindi scoprire subito le anche lussate o facilmente lussabili, e sorvegliare attentamente quelle meno compromesse, per intervenire solo in caso di reale bisogno.

DUE MODI PER FARE UNA DIAGNOSI

In quasi tutta Italia, alla nascita o subito dopo, tutti i bambini vengono sottoposti a uno *screening* per individuare i portatori di una Displasia Evolutiva dell'Anca. Questo *screening* si può fare in due modi: con la visita del pediatra o con un'ecografia. La visita comporta, oltre alla raccolta di informazioni sui problemi di salute della famiglia, una particolare manipolazione delle anche tendente a valutare la stabilità delle teste femorali nell'acetabolo e, nei casi più gravi, a ottenere il rientro in sede di una testa lussata (manovra di Ortolani) o la lussazione di una testa in sede (manovra di Barlow). In aggiunta si misura l'ampiezza dell'allargamento a rana delle gambe (abduzione) che nella displasia risulta ridotta. La capacità delle due manovre di scoprire un'anca lussata, o lussabile, o con displasia medio-grave è intorno al 60-75%. Le displasie medio-lievi non sono rilevabili all'esame cli-

nico ma di solito non vengono ritenute degne di terapia, quindi meglio non trovarle. L'osservazione di un'asimmetria delle pieghe glutee è meglio dimenticarla. L'ecografia valuta sia la conformazione dell'acetabolo sia, in mani buone, la stabilità della testa femorale. La sua capacità di trovare articolazioni meritevoli di attenzione è superiore alla manovra di Ortolani-Barlow (85-90%), ma proprio questa sua maggiore sensibilità la porta a evidenziare anomalie lievi che molto spesso finiscono per essere curate senza reale necessità e con un sovraccarico di ansie, spesa e effetti avversi. Il tutto è complicato dal fatto che la qualità degli operatori che faranno la visita o leggeranno l'ecografia non è purtroppo sempre la stessa. Ma questo per gli amministratori delle ASL non è affatto una priorità.

LA CURA

Consiste nell'applicare un tutore che mantenga le gambe in una posizione "a rana" che consenta di tenere ferma la testa nell'acetabolo e favorisca un rimodellamento delle ossa fino alla normalizzazione (che però nel 20% dei casi non si riesce a ottenere e diventa inevitabile l'intervento chirurgico). Attenzione però: anche in questa malattia la cura sembra (sembra, perché non tutti sono d'accordo) funzionare bene, ma in alcuni rari casi può provocare un ridotto afflus-

so di sangue all'articolazione che compromette la crescita della testa del femore (necrosi avascolare) e così il problema che si voleva eliminare persiste, o addirittura si crea un problema che prima non c'era.

Gira, gira il professionista che si prende la responsabilità di fare la diagnosi si trova poi di fronte a un dilemma: "Mi attengo alle linee guida per ottenere il miglior risultato ed evitare sprechi, col rischio, calcolato e di solito inevitabile, di perdere qualche raro caso, o mi allargo con le diagnosi così a nessuno verrà in mente di rimproverarmi per non essermi accorto di nulla? Tanto, la gente che ne sa di necrosi avascolari? E poi gli esami li paga l'ASL, e se anche uno se li paga privatamente, per la creatura si fa qualunque sacrificio".

ECCO IL DILEMMA

La gravità di una malattia può variare dal lieve malessere-quasi normale a "oddiomio-sto male da morire" e non è sempre possibile definire un punto preciso, superato il quale, il beneficio di una terapia supera l'eventuale danno. C'è sempre una zona di transizione in cui l'incertezza regna sovrana, che rende faticoso arrivare a una decisione condivisa (vedi box).

Sotto questo aspetto, tra le due modalità di *screening*, la visita e l'ecografia, ci sono discrete differenze (vedi box). La capacità di individuare le forme più gravi è pressoché identica, diciamo che le beccano quasi tutte (eh sì, qualcuna sfugge comunque!) e questo fatto, da solo, impedisce di scegliere il sistema migliore. Nel caso dell'ecografia, tuttavia, c'è un piccolo (o grande?) problema: individua molti casi di lieve e media gravità che guarirebbero comunque e che, invece, si finisce per curare, con i rischi sempre di cui sopra. In parole povere l'ecografia scopre anche quello che sarebbe stato meglio ignorare.

Buttando giù qualche conto, facendo un'ecografia a tutti i bambini subito dopo la nascita, circa 13 bambini su 100 saranno erroneamente considerati degni di attenzione e messi sotto osservazione con ulteriori ecografie, e circa 1 su 100 sarà curato con un divaricatore senza alcuna necessità. Le cose migliorano molto se, considerando che la maggior parte delle imperfezioni si corregge spontaneamente col tempo, il momento dell'esame si sposta a sei settimane di vita, che è in effetti, esclusi i casi a rischio, l'età raccomandata da chi è convinto della validità dello *screening* ecografico; ma i casi falsamente patologici restano comunque tanti.

Rimane in ogni caso l'handicap della spesa: un'ecografia costa molto di più di una visita del pediatra di famiglia. Infine c'è la magagna più grossa di tutte: la qualità dell'operatore. Sia la visita, sia l'ecografia sono molto, come si dice tecnicamente, "operatore dipendente". Cioè la stessa procedura fatta da operatori diversi, pur con la convinzione di aver lavorato per benino, può portare conclusioni anche molto diverse, e quindi non sempre credibili. Ma con direzioni opposte per le due procedure: la visita mal fatta perde casi, l'ecografia mal fatta li inventa.

Vi sembra che con questo noi si voglia instillare il dubbio che nella valutazione dell'anca dei neonati i nostri pediatri e ecografisti non sono sempre adeguati al compito? Be', avete pensato giusto. Non esiste un controllo sistematico della qualità di queste prestazioni, fondamentale per decidere se fare o meno lo *screening* e, se sì, con quale metodologia.

E ALLORA CHE SI FA?

Visto che una posizione ufficiale e univoca in Italia non esiste e ognuno fa come gli par meglio, non possiamo che fare affidamento su chi i conti li fa (i soliti Anglosassoni e Scandinavi) e se gli vogliamo dar credito non si può che concludere così.

Valutazione clinica (visita del pediatra) delle anche a tutti i neonati, possibilmente entro le prime 24 ore di vita. Se risulta una qualche anomalia, vista l'alta percentuale di normalizzazione spontanea, si aspettano 2-3 settimane, si rivaluta il caso clinicamente e, se l'anormalità è ancora presente, si fa una ecografia di conferma.

Se non si trova nulla si fanno solo i controlli di routine dal pediatra.

Se la patologia viene confermata, ma è modesta, si continua a controllare periodicamente con l'ecografia fidando nel miglioramento spontaneo; se è seria ci si affida all'ortopedico.

Se alla nascita non si trova nulla, vista la possibile evolutività in peggio anche di una minima imperfezione, la valutazione clinica si ripete a ogni visita di controllo del pediatra.

Disorientati? Sapete io! Ma è normale: la medicina è una cosa e i medici un'altra. Ricordate sempre che la medicina, quella vera, è molto meno categorica e tronfia di noi medici.

giovannaelucio@googlemail.com