

# Lo screening della displasia evolutiva dell'anca. A che punto siamo?

Lucio Piermarini

Pediatra di comunità, AUSL Terni

## Abstract

*Congenital hip dysplasia remains object of debate. Universal or selective screening by ultrasound examination are compared. Data regarding diagnostic outcome do not show differences between the two modalities. The fact is that there are no data regarding the natural evolution of congenital hip dysplasia, late diagnosis, therapeutic procedures for late diagnosis, or regarding treatment complications.*

**Lucio Piermarini. Focus on the screening of congenital dysplasia of the hip**

*Quaderni acp 2003 vol X n° 4; 48-49*

Una sola cosa è sempre stata certa della Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA), già lussazione congenita dell'anca: che una diagnosi tardiva può tradursi in un disastro, considerato che il completo recupero dell'articolazione non è sempre possibile.

Questa certezza ci ha sistematicamente indotto ad affidarci prontamente alle varie tecniche di diagnosi precoce, o presuntiva, man mano disponibili, sempre pensando, ingenuamente (ma eravamo in epoca pre-EBM), che ogni novità non potesse portare che vantaggi. Malgrado tanta sollecitudine, tuttavia, abbiamo continuato a trovarci di fronte ai disastri temuti con in più qualche problema medico-legale. Oggi siamo più prudenti, e valutiamo attentamente le evidenze disponibili, possiamo finalmente sapere quanto effettivamente possiamo aspettarci dalla manovra di Ortolani, dalla radiografia e dalla ecografia; e con piena consapevolezza, differentemente dal passato, ci comportiamo allo stesso modo.

Che la manovra di Ortolani-Barlow sia efficace è dimostrato da tempo, ma l'efficacia non è tale, almeno per le esigenze di oggi, da eliminare il rischio di qualche falso negativo. Affidata a mani esperte, i falsi negativi diminuiscono ma non si azzerano.

La soluzione è parsa ovvia con l'avvento dell'ecografia, un esame non invasivo, validato anche per i neonati e con criteri ben definiti di gravità. Ma è stato subito altrettanto ovvio, naturalmente per chi se ne è voluto preoccupare, che si era ancora lontani dalla soluzione ideale. Si è avuto infatti un notevole aumento della sensibilità con l'inevitabile corredo di un aumento dei falsi positivi, e senza l'ago-

gnata assoluta scomparsa dei falsi negativi (1).

Considerando che la classificazione di Graf non configura la certezza della patologia (se non per le forme più gravi, ma qui anche l'esame clinico ben fatto è diagnostico), ma fa soltanto una previsione probabilistica di futura patologia, questo non deve stupire: è intrinseco alle caratteristiche tecniche dell'esame.

Con l'ecografia si vedono delle anomalie di cui non conosceremo l'esatto significato se non ai controlli successivi. Fino a quel momento non potremo sapere se si tratta di immaturità fisiologiche o di equivalenti delle instabilità transitorie. Tanto che, nei centri più qualificati, per i casi di anca solo ecograficamente patologica, si è provato, e con successo, a dilazionare la terapia di sei settimane, riducendo così drasticamente il numero dei trattamenti inutili o dannosi, se si pensa alle, se pur rare, necrosi avascolari della testa femorale a questi conseguenti (2). Coerentemente a questi risultati l'esame ecografico di screening, sempre fatti salvi i casi a rischio, si potrebbe utilmente dilazionare a quell'epoca con grande risparmio di esami di controllo e di ansie per i genitori (ma va contro gli interessi di categoria?).

Abbiamo parlato di screening, dandone per scontata l'opportunità? Le cose non stanno proprio così e in letteratura se ne parla da sempre. Una recente rassegna su *Lancet* conclude che l'utilità dello screening deve essere ancora confermata, e che, almeno per il Regno Unito, la sua gestione deve avvenire a livelli superiori a quello locale, come già avviene (da loro!) per la terapia chirurgica della DEA e per tutti gli altri screening (3). Dato per acquisito

che l'ecografia rappresenta, sempre nelle mani giuste, un'utile integrazione dell'esame clinico (che resta indicato), si tratta di decidere tra lo *screening selettivo*, limitato cioè a soggetti a rischio (Ortolani positivo, familiarità, posizione podalica, malformazioni associate, altri?), o lo *screening universale* (9).

Lavori prospettici hanno già evidenziato l'incapacità dello *screening selettivo* di eliminare le diagnosi tardive e, ciò che più conta, i casi bisognosi di correzione chirurgica con incidenze dallo 0,46 allo 0,78 per mille nati vivi, e con una perdita percentuale di casi chirurgici dal 40 al 70% (4, 5, 6).

Lo *screening universale* nazionale ben organizzato è una realtà già da tempo in Austria e Germania ed è stato valutato a Coventry in UK, dove è in atto da 13 anni (7). Il 98% dei neonati viene esaminato alla nascita con una media del 6% di anomalie che vengono o curate o rivalutate in seguito. Nei 4 anni dello studio, su 14.000 bambini, non si sono avute diagnosi tardive e 5 casi di DEA sono stati trovati nel gruppo non a rischio. Sembra quindi risolto il nostro dilemma, se non fosse che l'unico trial randomizzato che abbia confrontato *screening selettivo* e *screening universale*, realizzato in Norvegia su 15.000 neonati, non ha trovato differenze statisticamente significative fra le due opzioni (8). Nel gruppo *selettivo* si sono avute 5 diagnosi tardive, contro una soltanto nel gruppo *universale*, ma una soltanto ha avuto bisogno della chirurgia.

E allora che dire? Stando alle regole che ci siamo date, non possiamo che concludere con la formula di rito: mancano conferme definitive e ci auguriamo che qualcuno ce le fornisca.

Per corrispondenza:  
Lucio Piermarini  
e-mail: pierlucio@libero.it

il punto su

Ma questa risposta non ci dà alcuna indicazione sul "che fare" oggi, e allora, piuttosto che recriminare sulla mancanza di "evidenza scientifica", proviamo anche in Italia a ricercare una soluzione razionale al problema dello screening della DEA. Iniziamo, quindi, a raccogliere almeno a livello locale i dati epidemiologici locali relativi a:

- **Numero di diagnosi tardive di DEA.** Dovremmo conoscere quante diagnosi di DEA vengono effettuate dopo il primo e dopo il sesto mese di vita. È chiaro che le singole diagnosi devono essere descritte con il risultato dell'esame clinico e con la tipizzazione ecografica.
- **Numero di ricoveri effettuati per eseguire terapie interventistiche (trazione, gesso, intervento) in casi di DEA.**
- **Numero di bambini che vengono messi in terapia per DEA.** Anche in questo caso è necessario raccogliere i dati relativi al tipo di alterazioni cliniche ed ecografiche che hanno portato alla prescrizione terapeutica.
- **Numero di bambini che hanno avuto recidive o complicanze iatrogene con necrosi avascolare della testa femorale**

Solo se riusciremo a raccogliere queste informazioni, potremo decidere razionalmente quale programma di screening della DEA è più corretto attuare.

#### Bibliografia

- (1) *Baroncini D, Atti G.* Screening for developmental dysplasia of the hip: from theory to practice. *Pediatrics (E)* 1997;99:5
- (2) *Duppe H, Danielsson LG.* Screening of neonatal instability and of developmental dislocation of the hip; a survey of 132.601 living newborn infants between 1956-1999. *J Bone Joint Surg (B)* 2002;84:878
- (3) *Eastwood ME.* Neonatal hip screening. *Lancet* 2003;361:595
- (4) *Paton RW.* Eight year prospective targeted ultrasound screening program for instability and at-risk hip joints in developmental dysplasia of the hip. *J Pediatr Orthop* 2002;22:338
- (5) *Godward S, Dezateaux C.* On behalf of the MRC Working Party on Congenital Dislocation of the Hip in UK as a measure of outcome of screening. *Lancet* 1998;351:1149
- (6) *Chan A.* Late diagnosis of congenital dislocation of the hip and presence of a screening programme: South Australian population-based study. *Lancet* 1999;354:1514
- (7) *Marks DS, Clegg J.* Routine ultrasound screening for neonatal hip instability: can it abolish late-presenting congenital dislocation of the hip? *J Bone Joint Surg (B)* 1994;76
- (8) *Holen KH, Tegnander A.* Universal or selective screening of the neonatal hip using ultrasound? *J Bone Joint Surg (B)* 2002;84:886
- (9) *American Academy of Pediatrics.* Clinical Practice Guideline: Early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics* 2000;105:896

NB. La lettera E indica le pagine elettroniche di *Pediatrics*, la B l'edizione inglese del *J Bone Joint Surgery*.

## "XV CONGRESSO NAZIONALE ACP"9 - 10-11-12 OTTOBRE 2003

Centro Congressi "Ville Ponti" - Varese

### GIOVEDÌ 9 OTTOBRE

Giornata di studio su  
"L'infermiere e l'assistenza al bambino: prospettive per la formazione e la pratica"  
Per informazioni: Prof. M. Seguíni tel. 328 4097736

### VENERDÌ 10 OTTOBRE

ore 9,15 Apertura del Congresso M. Narducci, N. D'Andrea

**Relazione e reti in pediatria** Discussant: M. Gangemi

9,30 **La competenza del genitor** e L. Sanicola

10,00 **Discussione**

10,30 **Il pediatra di famiglia come attivatore di reti** F. Zanetto

10,45 **Discussione**

11,00 **Break**

11,30 **Il progetto "genitori quasi perfetti"** G. Tamburlini

12,00 **Discussione**

13,00 Colazione di lavoro

**Dalla teoria alla pratica** Discussant: M. Fontana, commento in chiave EBM di R. Buzzetti

14,30 **Le linee guida NASPGHN sul GER: scenari clinici presentati dai pediatri di famiglia**

A. Biolchini, E. Mazzucchi, L. Rabbone, L. Saleri

- vomito ricorrente associato a GER non complicato, scarsa crescita, irritabilità

- GER e apnea, ALTE

- GER e asma, polmonite ricorrente, URI

16,30 **Break**

17,00 **Novità in tema di epatite C** G. Maggiore

17,30 **Novità in tema di obesità** C. Maffei

Ad ogni capitolo della sessione seguirà una discussione di 10'

### SABATO 11 OTTOBRE

**Vecchio e nuovo nelle malattie infettive** Discussant: A. Alberti, J.A. Levi

9,15 **La condizione del bambino nel mondo: uno sguardo d'insieme** G. Tamburlini

9,45 **Discussione**

10,00 **Prevenzione e trattamento dell'AIDS in un paese in via di sviluppo** L. Castelli

10,30 **Discussione**

10,45 **Break**

11,15 **Una vecchia novità: la TBC** G. Besozzi

11,45 **Discussione**

12,45 **ACP e dintorni: sessione poster e comunicazioni brevi**

13,30 Colazione di lavoro

15,00 **Incontro dei Soci ACP con il Comitato Editoriale di Quaderni acp**

16,00 **Assemblea nazionale dei Soci ACP con elezione del Presidente**

**e di 4 componenti il consiglio direttivo. Sono in scadenza: Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali, Corrado Rossetti e Antonella Stazzoni; non sono rieleggibili.**

20,30 **CENA SOCIALE**

### DOMENICA 12 OTTOBRE

**Ci sono novità?** Discussant: M. Farneti

9,00 **Punti di vista su: varicella, morbillo, influenza** G. Bartolozzi, L. Grandori

11,30 **Come sono cambiati i bambini** F. Panizon, M.L. Bassani

12,30 **Chiusura del congresso**

#### Segreteria

Mario Narducci tel. 02 95339123 marionarducci@tin.it

Federica Zanetto tel. 039 6080083 zanetof@tin.it

#### Segreteria organizzativa: Quickline sas

Via S. Caterina, 3 - 34122 Trieste tel. 040 773737-363586

**Quote di iscrizione:** Soci ACP euro 200 entro 20/7 (dopo tale data 250 euro); non soci euro 300 entro 20/7 (dopo tale data 350 euro); specializzandi ed infermieri euro 100 entro 20/7 (dopo tale data 150 euro).

**Come arrivare al Centro Congressi:** Autostrada A8 casello Varese; seguire le indicazioni per Centro Congressi. Ville Ponti-Villa Panza. Ferrovie Nord da Milano piazzale Cadorna. Ferrovie dello Stato da Milano Porta Garibaldi. Mezzi pubblici: dalle due stazioni ferroviarie a Varese bus AVT lettera A. Aeroporto Malpensa.