

## Screening neonatale della displasia evolutiva dell'anca

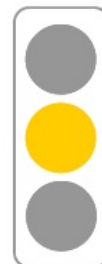
### Scheda sintetica

#### PREVALENZA E GRAVITÀ

La displasia evolutiva dell'anca comprende uno spettro di anomalie anatomiche (anche: displasiche, sublussate, dislocabili e dislocate) che sono caratterizzate da una diversa prevalenza e gravità, poiché diversa è la storia naturale delle stesse.

L'incidenza di anca lussata è dell'1-2‰; l'insieme delle condizioni definite come patologiche dallo screening ecografico può raggiungere un'incidenza superiore al 50‰. La mancata definizione dei diversi quadri si riflette sia su una difficoltà nel valutare l'efficacia dello screening, sia, sul piano clinico, può tradursi in una sovrastima della diagnosi e dei conseguenti trattamenti.

L'esistenza di fattori di rischio, associati ad un'aumentata incidenza della condizione, non sono tali da consentire uno screening selettivo. La rilevazione di alcuni di questi fattori, quali l'oligoidramnios e la posizione podalica, sono documentati al termine della gravidanza ma sovente sono insufficienti le informazioni relative all'epoca di insorgenza.



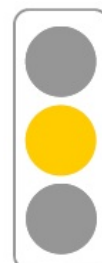
#### MODIFICABILITÀ STORIA NATURALE

La storia naturale delle anche instabili alla nascita può comportare la stabilizzazione spontanea nel tempo (secondo Barlow ciò si verifica nell'80% entro i primi due mesi di vita). Tale dato comporta che uno screening ecografico troppo precoce può determinare una sovrastima della condizione ed un significativo, quanto inutile, impiego di risorse per il follow-up ecografico.

Non vi sono studi sulla storia naturale dei gradi di gravità intermedia (anche displasiche e sub lussate) in quanto storicamente tutte le anche clinicamente instabili o con quadro alterato all'imaging (radiologia ed ecografia) vengono abitualmente sottoposte a trattamento. Diverso il problema delle anche dislocabili e dislocate ove la plausibilità biologica supporta un'efficacia del trattamento.

Una diagnosi tardiva (oltre i 6 mesi) influisce sulle evoluzione delle forme gravi (anca dislocata e dislocabile) comportando un maggiore impegno terapeutico (maggiore durata terapia e maggior ricorso alle terapie chirurgiche) e una maggiore incidenza di complicanze.

Più complesso è comprendere quanto una diagnosi tardiva, o la mancata diagnosi influisca sulle forme di gravità intermedia.



#### I TEST DI SCREENING

La valutazione dei test è resa difficile dall'assenza di un gold standard univoco che identifichi i "veri malati".

Le difficoltà nel definire i quadri di diversa gravità, la prassi di sottoporre comunque i soggetti positivi ad una terapia impediscono di definire quali sono i soggetti che possono trarre vantaggio reale dal trattamento.

Come già affermato precedentemente la prassi di sottoporre a trattamento tutti i soggetti positivi allo screening (clinico, radiologico o ecografico) rende impossibile calcolare la specificità del test.

Si evidenzia una scarsa concordanza diagnostica tra i diversi test di screening. Il numero maggiori di alterazioni sono individuate, in ordine decrescente, da: indagine ecografica, radiologica e clinica.

Si evidenzia una scarsa riproducibilità dell'esame clinico. Scarsi gli studi relativi alla riproducibilità dell'indagine ecografica che peraltro potrebbe risentire dell'evoluzione tecnologica. La complessità dell'indagine ecografica (valutazione morfologica, angolare, prova dinamica da stress) caratterizzano questo esame più come diagnostico che come test di screening.



Screening neonatale della displasia evolutiva dell'anca

## Scheda sintetica

### ORGANIZZAZIONE E COSTI

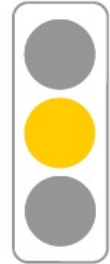
Non vi sono sufficienti elementi che supportino la scelta di uno screening ecografico selettivo rispetto all'universale.

L'effettuazione dello screening clinico richiede una formazione dei professionisti al fine di aumentarne validità e riproducibilità. Stante una scarsa formazione nella formazione professionale gli sforzi potrebbero essere concentrati nella acquisizione di competenze da parte di professionisti non medici (infermiere nido).

Lo schema più efficace per l'effettuazione dello screening ecografico prevede:

- effettuazione dell'esame alla nascita per i soggetti con test clinico positivo;
- effettuazione a 6-8 settimane per tutti i soggetti con test clinico negativo.

L'indagine radiologica è, allo stato attuale, esame da utilizzarsi nel processo diagnostica e non quale test di screening.



### LA SCELTA DELLE ALTRE AGENZIE

Gran Bretagna. *UK screening committee*. **Lo screening è parte dell'esame clinico di tutti i neonati. Lo screening ecografico non può essere offerto a tutti i neonati, salvo che sia parte di un progetto di ricerca approvato dal comitato etico.**

Stati Uniti. *U.S. Preventive Services Task Force*. **Non vi sono sufficienti prove di efficacia che supportino la raccomandazione a effettuare lo screening ecografico. Non vi sono sufficienti dati per stabilire rischi e benefici derivanti da uno screening ecografico, tuttavia vanno sottolineati i potenziali rischi derivanti dal trattamento di tutti i neonati identificati dallo screening.**

### RACCOMANDAZIONE DELLA COMMISSIONE NASCITA - REGIONE EMILIA-ROMAGNA

**Lo screening attraverso la manovra di Ortolani-Barlow è parte dell'esame clinico di tutti i neonati.**

**Non vi sono sufficienti prove di efficacia che supportino la raccomandazione ad effettuare lo screening ecografico universale, salvo che sia parte di un progetto di ricerca approvato dal comitato etico.**

*(Vedi allegato relativo alle raccomandazioni organizzative e di ricerca)*

*Il testo integrale del rapporto tecnico "Screening neonatale della perdita congenita dell'udito" è disponibile in Saperidoc all'indirizzo: [www.saperidoc.it/screening](http://www.saperidoc.it/screening)*