

Trattamento d'elezione nelle scoliosi ad esordio precoce: quale la scelta migliore?

Evaluating the extent of clinical uncertainty among treatment options for patients with early-onset scoliosis.

Corona J, Miller DJ, Downs J, Akbarnia BA, Betz RR, Blakemore LC, Campbell RM Jr, Flynn JM, Johnston CE, McCarthy RE, Roye DP Jr, Skaggs DL, Smith JT, Snyder BD, Sponseller PD, Sturm PF, Thompson GH, Yazici M, Vitale MG

J Bone Joint Surg Am. 2013 May 15;95(10):e67. doi: 10.2106/JBJS.K.00805.

Abstract

Background: la letteratura relativa alla gestione della scoliosi a esordio precoce consiste principalmente in studi dotati di uno scarso livello di evidenza. La valutazione dell'equilibrio clinico (cioè quando non esiste alcuna superiorità tra le diverse modalità di trattamento) consente di dare la priorità alle attività di ricerca. L'obiettivo di questo studio è valutare le zone di incertezza clinica tra i chirurghi pediatrici della colonna vertebrale relativamente al trattamento della scoliosi a esordio precoce. **Metodi:** 14 esperti chirurghi pediatrici della colonna vertebrale hanno partecipato a interviste semistrutturate per individuare le variabili cliniche che influenzano il processo decisionale nel trattamento della scoliosi a esordio precoce. Sono stati, quindi, sviluppati gli scenari di 315 pazienti affetti da scoliosi idiopatica e neuromuscolare a esordio precoce che rappresentavano il panorama facilmente riscontrabile nella pratica clinica. Grazie a un sondaggio online, 11 chirurghi hanno selezionato otto opzioni terapeutiche per ogni scenario. Le associazioni tra le caratteristiche dei casi e le scelte terapeutiche sono state valutate mediante test del chi quadro e analisi di regressione logistica. Quindi, i partecipanti hanno revisionato le zone di incertezza terapeutica individuate nel sondaggio, scelto ulteriori quesiti di ricerca e valutato il loro interesse a esaminare ulteriormente i quesiti di ricerca indicati. **Risultati:** l'equilibrio generale è stato individuato in numerosi scenari proposti nel sondaggio che abbracciavano una gamma di età e importanza della scoliosi; ulteriori domande sono state identificate durante la tecnica del gruppo nominale. Le zone con la maggiore incertezza clinica comprendevano la gestione dei pazienti che avevano terminato il trattamento con un impianto allungabile, la durata degli intervalli di allungamento dell'impianto e le indicazioni per l'ancoraggio prossimale sulle costole o sulla colonna vertebrale della strumentazione impiegata. Rispetto agli ancoraggi sulla colonna, i partecipanti hanno stabilito che i futuri studi clinici dovranno prendere in considerazione l'utilizzo degli ancoraggi sulle costole. **Conclusioni:** la variabilità riguardo al trattamento ottimale di alcune sottocategorie di pazienti affetti da scoliosi a esordio precoce rispecchia la presenza di lacune all'interno delle evidenze disponibili. I metodi di consenso strutturato hanno individuato come prioritaria una ricerca più approfondita di questo settore della scoliosi. Studi di livello superiore, inclusi trial randomizzati, dovranno cercare di rendere conto delle questioni sollevate in questa relazione.

Commento

Fabio Zaina

Uno dei grandi dibattiti nell'ambito del trattamento della scoliosi riguarda i casi ad esordio precoce. Con

tale termine, gli anglosassoni definiscono le scoliosi esordite prima dei 10 anni. La definizione stessa è sicuramente limitante, perché raggruppa scoliosi molto diverse tra loro, le scoliosi infantili e i tre gruppi di giovanili. Tali quadri clinici hanno un'evoluzione e un'aggressività diversa tra loro, e quindi, il loro raggruppamento, seppure rappresenti una prima distinzione rispetto alle scoliosi adolescenziali, limita la comprensione della prognosi e pertanto delle indicazioni terapeutiche. Ciononostante, è opportuno affrontare l'argomento delle scelte operative in questi pazienti per via dell'alto rischio di una importante progressione della curva data da lunga durata della fase evolutiva della patologia, e quindi il rischio di dover ricorrere a trattamenti impegnativi come quello chirurgico. Inoltre, le scoliosi infantili, quando severe, danneggiano i polmoni impedendone un normale sviluppo, e questo è spesso motivo di precoce intervento.

Fermo restando le posizioni di chi abitualmente si occupa in maniera esclusiva di trattamento conservativo, che punta a procrastinare sempre e comunque l'atto chirurgico in modo da limitare i rischi e gli effetti collaterali, il dibattito tra i chirurghi è invece acceso. Mentre fino a pochi anni fa la strada obbligata era quella del trattamento conservativo, negli ultimi tempi sono state messe a punto metodiche chirurgiche nuove che permettono di procrastinare la fusione vertebrale. Ma su queste nuove tecniche, c'è ancora molto da capire, e come per tutti gli atti chirurgici, i rischi sono rilevanti. La novità principale consiste nelle barre allungabili, che permettono di seguire la crescita e di guidarla. Con questa metodica non si pratica la fusione vertebrale, che è rimandata alla fine della crescita. Altre metodiche riguardano l'uso di distrattori costali, che, come nel caso delle barre allungabili, rimandano l'artrodesi.

L'obiettivo di questo studio, condotto in ambiente chirurgico, era di verificare l'attitudine degli ortopedici nei confronti dei vari approcci possibili alle scoliosi ad esordio precoce. Gli approcci considerati erano l'osservazione, i corsetti, i gessi, la chirurgia con fusione, la chirurgia con barre allungabili, la chirurgia con distrattori costali. Per mettere alla prova le scelte dei chirurghi ortopedici, sono stati presentati 315 casi, in parte di scoliosi idiopatica, in parte di scoliosi neuromuscolare.

I dati sono stati analizzati sulla base dell'entità della curva e della consistenza delle risposte da parte degli intervistati. In generale, gli autori hanno notato che nei casi al di sotto dei 30° la tendenza era quella di osservare semplicemente i pazienti, rinviando l'utilizzo del corsetto ai casi nei quali la progressione era dimostrata essere in atto o in casi con curve oltre tale soglia. Nei casi particolarmente gravi (oltre i 90°), la scelta chirurgica resta la prima opzione, con predilezione delle tecniche distrattive. I casi più incerti sembrano essere quelli intorno ai 60°, nei quali gli intervistati si dividevano tra chi pensava a un trattamento chirurgico e chi a uno conservativo.

Altro quadro sul quale gli intervistati si dividevano era tra il gesso e il corsetto, con entrambe le scelte sostenute in maniera simile.

La discussione sulla strategia da adottare in caso di scoliosi ad esordio precoce è oggi oggetto di dibattito tra gli esperti, e il presente studio conferma le incertezze e la discordanza tra le posizioni. Alcune conclusioni con risvolti pratici però possiamo trarle. Sui casi estremi, quelli più lievi e quelli più severi, c'è una sostanziale concordanza di pareri, privilegiando osservazione e/o corsetto per le prime e la chirurgia per le altre. Sono le curve gravi ma non gravissime, quelle intorno ai 60°, quelle che sulle quali c'è maggiore incertezza. In effetti, è difficile prevedere il risultato in situazioni del genere, ma in linea di principio, essendo la chirurgia associata a rischi elevati ed effetti collaterali, un tentativo meno invasivo appare appropriato nella maggior parte dei casi.

Oltre a quanto già riportato, questo studio pone comunque le basi per ulteriori ricerche basate sull'equipoise, ovvero sull'oggettiva e franca incertezza tra i benefici e i rischi di due diverse strategie terapeutiche che devono essere studiate. Questa per lo meno è l'opinione e l'intento degli autori. Ma un dubbio personalmente mi resta, perché se è vero che non è chiaro quale sia la strada più efficace, è certo che i rischi e gli effetti collaterali dell'intervento sono nettamente superiori a quelli del trattamento conservativo. Allora come misurare l'equipoise in riferimento agli effetti collaterali?

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F1-11-1) Quanti casi sono stati proposti ai chirurghi ortopedici partecipanti al presente studio?

- a. 215
- b. 315
- c. 415
- d. 515

*Tutte le domande dei singoli articoli (identificate dal codice sopra indicato) saranno raccolte nel **questionario finale** che dovrà essere compilato nel mese di dicembre da parte di coloro che si sono iscritti (o si iscriveranno) al programma facoltativo di FORMAZIONE A DISTANZA - **FAD** (vedi www.gss.it/associa.htm) per conseguire l'ATTESTATO GSS FAD o i 50 CREDITI ECM FAD*