

Screening per la scoliosi idiopatica adolescenziale: informativa a cura della task force della Scoliosis Research Society

Screening for adolescent idiopathic scoliosis: an information statement by the scoliosis research society international task force.

Labelle H, Richards SB, De Kleuver M, Grivas TB, Luk KD, Wong HK, Thometz J, Beausejour M, Turgeon I, Fong DY
Scoliosis. 2013 Oct 31;8(1):17.

Abstract

Background: lo screening di routine per la scoliosi rappresenta un argomento controverso e gli sforzi per raggiungere questo obiettivo variano considerevolmente da un Paese all'altro. **Metodi:** è stato raggiunto un consenso tra un gruppo internazionale di esperti (7 chirurghi della colonna vertebrale e 1 epidemiologo clinico) utilizzando un approccio Delphi modificato. Il consenso raggiunto si basa su di un'attenta analisi di una recente revisione critica della letteratura sullo screening per la scoliosi, effettuata con l'ausilio di un quadro di analisi riguardante cinque principali dimensioni: aspetto tecnico, clinico, programma, costi/efficacia del trattamento.

Conclusioni: è stato raggiunto un consenso circa tutte e cinque le dimensioni di analisi e da tale consenso sono derivate 10 osservazioni e raccomandazioni. In sintesi, vi sono evidenze cliniche a sostegno del valore dello screening per la scoliosi relativamente a efficacia clinica, programma ed efficacia del trattamento; tuttavia, non esistono sufficienti evidenze che consentano di esprimersi riguardo ai rapporti costi/efficacia. Lo screening per la scoliosi deve avere come obiettivo l'individuazione di casi sospetti di scoliosi che saranno inviati dallo specialista per una valutazione diagnostica e, quindi, confermati o esclusi come scoliosi clinicamente significative.

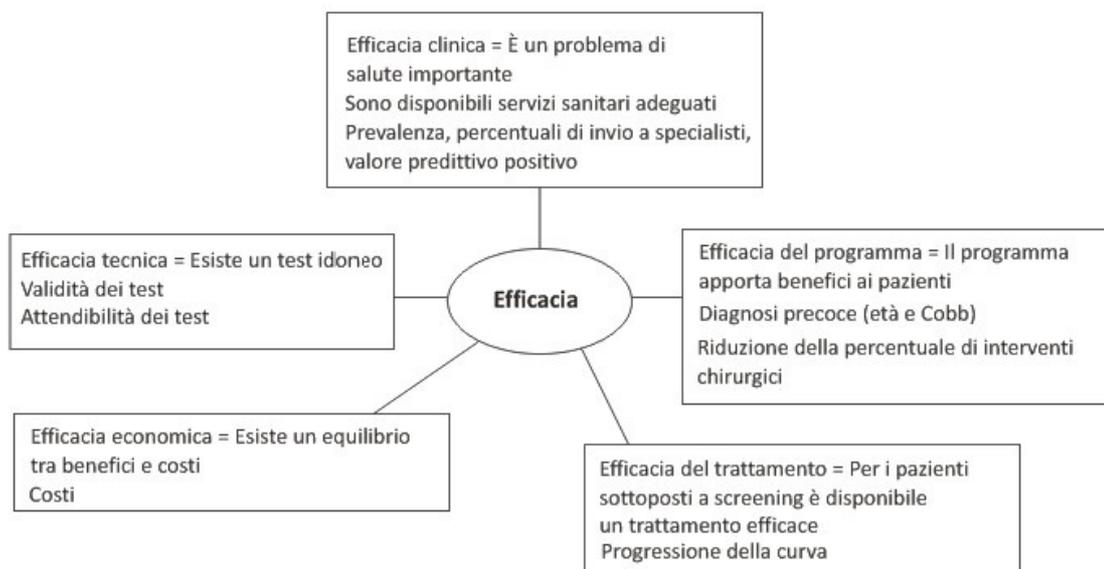
Attualmente, lo scoliometro rappresenta lo strumento migliore per lo screening della scoliosi e un'evidenza moderata suggerisce l'invio allo specialista con valori compresi tra 5 e 7 gradi. Una moderata evidenza indica che lo screening per la scoliosi consente l'individuazione e l'invio allo specialista dei pazienti in una fase precoce del decorso clinico; esiste, invece, una scarsa evidenza che suggerisce che i pazienti affetti da scoliosi diagnosticata mediante screening abbiano minori probabilità di necessitare di intervento chirurgico rispetto ai pazienti che non si sottopongono a screening. Vi è una forte evidenza a sostegno del trattamento con corsetto. **Interpretazione:** questa informativa a cura di esperti è a favore dello screening per la scoliosi relativamente a 4 delle 5 dimensioni esaminate, con l'utilizzo di un quadro di analisi che comprenda tutti i criteri dell'Organizzazione mondiale della sanità per ottenere una valida procedura di screening.

Commento

Salvatore Atanasio

Fin dagli anni sessanta del secolo scorso si è cercato mediante varie metodiche di screening sulle giovani popolazioni di individuare i soggetti che presentavano segni clinici di patologia scoliotica e che meritassero una valutazione specialistica al fine di impedire o arrestare la progressione delle curve e il ricorso alla terapia chirurgica. Il tutto partendo dal presupposto che si potesse condurre una terapia conservativa efficace, capace di modificare la storia naturale della malattia. Ma è proprio basandosi sulla mancanza di prove scientifiche certe sulla validità dei trattamenti ortopedici che a partire dagli anni 90 le varie commissioni incaricate di stabilire le politiche sanitarie hanno cominciato a porre in dubbio l'utilità dello screening fino a sconsigliarlo in modo esplicito nel 2004. Negli ultimi anni, però, varie voci si erano levate contro tale determinazione, sia sulla base di studi che mostravano l'efficacia del trattamento ortesico, sebbene non possedessero il pedigree dello studio completamente attendibile non essendo studi controllati randomizzati, sia facendo riferimento alla famosa (famigerata?) "esperienza clinica" che pur non avendo alcuna valenza scientifica ed essendo a volte assai cattiva consigliera spesso, bisogna ammetterlo, influenza in modo sostanziale il comportamento di noi medici (Cfr Winter RW, Lonstein JE. Editorial. Brace or Not to Brace: The True Value of School Screening. Spine 1997). Ma adesso... adesso è accaduto quello che tanti di noi aspettavano e si auguravano: sono state pubblicate le risultanze dello studio BrAIST (Bracing in Adolescent idiopathic Scoliosis Trial) ed è stata provata l'efficacia del trattamento con corsetti (e sono emerse molte altre interessanti informazioni di cui parleremo nel commento dedicato a questa ricerca). Caduta quindi la pregiudiziale della mancanza di un trattamento in grado di influire sulla storia naturale, ritorna ad

essere determinante la diagnosi e la sua precocità, cioè lo screening per la scoliosi. L'articolo presentato fa riferimento ai lavori di una Task Force internazionale creata su impulso della Scoliosis Research Society per determinare l'effettiva validità dello screening per la scoliosi. I risultati del BrAiST sono pervenuti solo alla fine dei lavori, ma anche solo in base alle conoscenze scientifiche precedenti la commissione era giunta a stabilire l'efficacia dello screening pur con vari livelli di evidenza rispetto alle diverse categorie prese in considerazione (vedi figura allegata). Ancora una volta ci piace sottolineare la correttezza e l'irreprensibilità del metodo adottato: di fronte ad una questione controversa e importante si chiede a un comitato di esperti di stabilire, sulla base dei dati scientifici esistenti, ma anche grazie ad una discussione in cui si confrontano esperienze, modi di agire e riflessioni personali, non delle verità assolute, ma dei punti fermi da cui partire per esplorare nuove conoscenze.



Quadro concettuale impiegato per l'analisi dello screening della scoliosi e incentrato su cinque dimensioni principali: Efficacia tecnica, relativa alla validità e attendibilità dei test; Efficacia clinica, sull'importanza che rivestono i problemi di salute e le conseguenze dello screening sulla gestione dei pazienti e sul sistema sanitario; Efficacia del programma, sui benefici legati all'aderenza del paziente ai programmi di screening; Efficacia economica, riguardo all'equilibrio tra benefici e costi per la società, Efficacia del trattamento, sui benefici relativi alle modalità terapeutiche disponibili.

1. Lo screening della scoliosi è da considerarsi utile nei seguenti ambiti: efficacia tecnica, efficacia clinica, efficacia del programma ed efficacia del trattamento. La letteratura esistente non contiene evidenze sufficienti per esprimersi relativamente all'efficacia economica
2. Lo screening della scoliosi deve avere come obiettivo l'individuazione di casi sospetti di scoliosi (da classificare come "casi positivi" in base a criteri chiaramente definiti) che saranno inviati allo specialista per una valutazione diagnostica e, quindi, confermati o esclusi come scoliosi clinicamente significativa. (angolo di Cobb >10 gradi). I pazienti di sesso femminile devono essere sottoposti a screening due volte, a 10 e 12 anni, mentre i pazienti di sesso maschile una volta, a 13 o a 14 anni.
3. Lo scoliometro è, attualmente, il migliore strumento disponibile per lo screening della scoliosi.
4. Un'evidenza moderata suggerisce che l'invio allo specialista deve avvenire in presenza di valori compresi tra almeno 5° e 7° individuati mediante scoliometro. La topografia di Moire può migliorare la sensibilità.
5. Un'evidenza moderata suggerisce che lo screening della scoliosi permette l'individuazione e l'invio allo specialista dei pazienti con AIS in una fase precoce del decorso clinico, in termini di più giovane età e/o minore angolo di Cobb.
6. Vi è evidenza che i pazienti con scoliosi individuata mediante screening hanno meno probabilità di necessitare di intervento chirurgico rispetto ai pazienti che non sono stati sottoposti a screening.
7. La prevalenza, le percentuali di invio allo specialista e i valori predittivi positivi degli attuali strumenti di screening relativi ai bambini sottoposti a screening raggiungono valori adeguati (opinione degli esperti) che permettono di considerare la scoliosi una condizione idonea alla procedura di screening.
8. Vi è una forte evidenza a sostegno del trattamento con corsetto dei pazienti con AIS.
9. Per l'elaborazione di programmi di screening è necessario un lavoro costante che individui gli standard minimi e gli obiettivi (in termini di percentuali di invio allo specialista e valore predittivo positivo).
10. Devono essere effettuati ulteriori studi relativi all'efficacia economica dei programmi di screening, che mettano a confronto un contesto in presenza di screening della scoliosi e un contesto senza screening.

Affermazioni e raccomandazioni relative allo screening della scoliosi

Domande per la Formazione a Distanza (FAD)

2014-F2-08-1) Lo screening per la scoliosi è:

- a. inutile perché non esiste terapia che possa modificare la storia naturale della patologia
- b. inutile perché non dà alcun beneficio ai soggetti esaminati
- c. utile perché con la terapia ortesica si può modificare la storia naturale della patologia
- d. nessuna delle precedenti

2014-F2-08-2) Nello screening per la scoliosi non si hanno sufficienti evidenze in merito a:

- a. efficacia clinica
- b. efficacia del trattamento
- c. rapporto costi benefici
- d. efficacia tecnica

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