

Progetto innovativo: il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "Degenerazioni patologie muscolo-scheletriche"

Marcello Napolitano¹, Antonio Crescibene², Hesham Almolla³, Enrico Costabile⁴, Rosina Bosco¹, Francesca Esposito¹

¹ U.O.C. di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale A.O. Cosenza; ² U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia ASP di Cosenza, Ospedale di Paola; ³ U.O.D. di Radiologia Interventistica, A.O. Cosenza; ⁴ U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia A.O. Cosenza

È stato attivato nell'Azienda Ospedaliera di Cosenza il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Degenerazioni patologie muscolo-scheletriche".

I PDTA sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino. Sono altresì strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi efficaci rivolti a pazienti con particolari patologie.

Lo scopo dei PDTA è di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino, promuovere la continuità assistenziale, favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, diffondere la medicina basata sulle prove (EBM) e utilizzare in modo congruo le risorse.

Allo stato attuale, sia per un impulso generale all'applicazione di strumenti di miglioramento della qualità sia in funzione di quanto richiesto dalla norma in tema di accreditamento istituzionale, in tutte le aziende sanitarie devono essere costruiti e spesso attivati percorsi o profili orientati a descrivere il processo assistenziale di un cittadino portatore di una certa condizione o di una patologia. Nello specifico il percorso da noi messo in atto, si occupa di patologia artrosica dell'arto inferiore, tendinopatie croniche, lesioni muscolari, pseudoartrosi e ritardi di consolidamento, lesioni acute delle cartilagine e deiscenze ed ulcere cutanee.

Per l'inserimento nel PDTA, si effettua una prima visita generale che prevede, tra l'altro, la raccolta anamnestica familiare, patologica prossima e remota, la valutazione del profilo emocromocitometrico, la valutazione degli esami radiologici già effettuati e la valutazione clinica della patologia lamentata dal paziente (Tabella I).

Una volta superata la fase di valutazione, si programmano le tre sedute infiltrative con la calendarizzazione e la comunicazione diretta al paziente degli appuntamenti. La fase infiltrativa vera e propria consiste nella preparazione estemporanea del gel piastrinico, con prelievo venoso di circa 8 cc di sangue intero in provetta dedicata e successiva centrifugazione a 3100 rpm per otto minuti come suggerito dal produttore. In questo modo si ottiene una separazione mediante mezzi fisici fra le emazie ed il plasma mentre

le piastrine sedimentano sulla superficie di separazione specifica. Il PRP viene addizionato a calcio gluconato al 10% e immediatamente applicato per infiltrazione; il processo di gelificazione si verifica in un lasso di tempo di 2-7 minuti, sfruttando il calore corporeo.

In caso di trattamento di articolazioni più profonde e per scongiurare lesioni iatrogene delle strutture vascolo-nervose, diventa indispensabile la figura del radiologo che attraverso la guida ecografica permette la precisa individuazione dei reperi anatomici. Previa accurata disinfezione del sito di infiltrazione con soluzione disinfettante si effettua la procedura infiltrativa (Figura 1); per quanto concerne l'articolazione coxo-femorale ed i tessuti tendinei si coadiuva la tecnica con il controllo ecografico (Figura 2 e 3).



Figura 1 - Posizionamento dell'ago per il trattamento delle lesioni del tendine d'Achille. Il posizionamento avviene sotto guida ecografica.

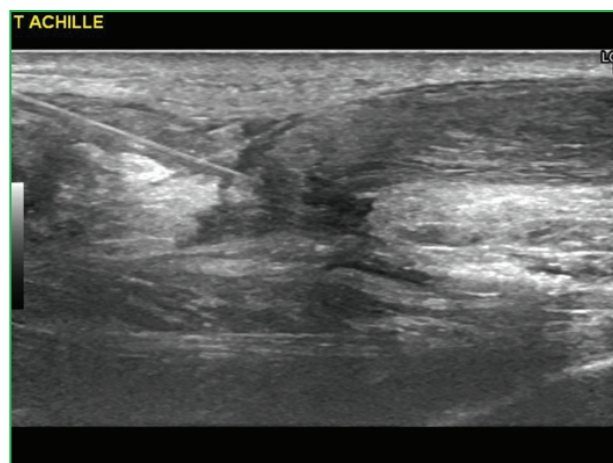


Figura 2 - Immagine ecografica dell'ago posizionato nel tendine d'Achille.

Tabella I - Criteri di esclusione

Valore dell'emoglobina <11g/dL
Conta delle piastrine <120 x 10 ³ /μl
Neoplasie
Immunodepressione
Conta dei globuli bianchi >10 x 10 ³ /μL
Diabete mellito scompensato
Patologie cardiovascolari
Pazienti in trattamento con terapia anticoagulante o antiaggregante
Iperuricemia (esclusione temporanea fino al rientro del valore nel range di normalità)

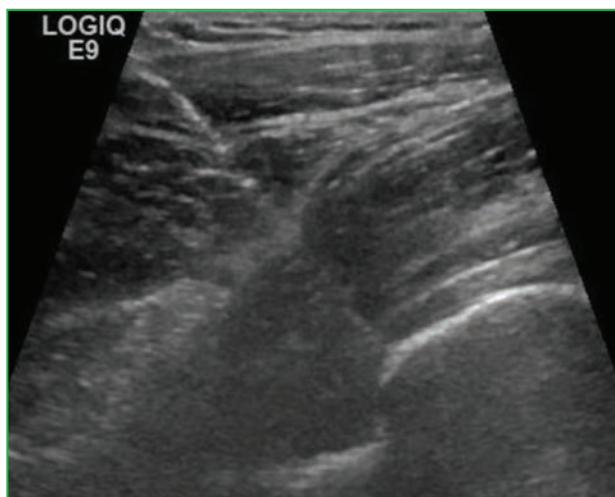


Figura 3 - Immagine ecografica del posizionamento dell'ago nell'articolazione dell'anca.

Le Figure 4 e 5 mostrano il procedimento infiltrativo nel tendine d'Achille e nell'articolazione dell'anca.

Si procede poi alla rimozione dell'ago, si esegue nuova disinfezione e si applica una medicazione con un periodo di quindici minuti circa di riposo funzionale dell'arto.



Figura 4 - Infiltrazione del PRP nel tendine d'Achille

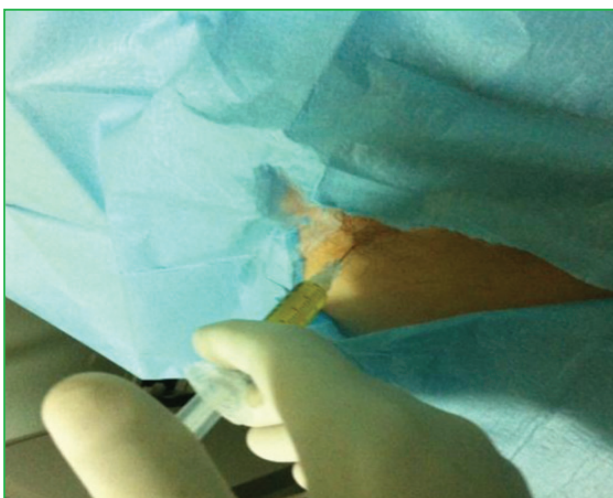


Figura 5 - Infiltrazione dell'articolazione dell'anca. Il posizionamento dell'ago è avvenuto sotto guida ecografica

Al termine del ciclo si effettua la prima valutazione clinico-strumentale, dalla quale può scaturire la possibilità di una quarta ed ultima infiltrazione, solo in casi accuratamente selezionati. Sarà, inoltre, consigliato al paziente il percorso riabilitativo più opportuno per favorire il consolidamento del trattamento effettuato. Ogni paziente verrà monitorato attraverso visite periodiche alla fine del ciclo di sedute e dopo 6 e 12 mesi dalla fine del trattamento. Al momento il trattamento viene praticato presso i locali dell'U.O.C. di Radiologia. Durante ogni visita, ciascun paziente verrà esaminato mediante:

- valutazione clinica;
- valutazione *Womac score*;
- valutazione Visa-A per le patologie del tendine d'Achille;
- valutazione Visa-P per le patologie del tendine rotuleo;
- misurazione del dolore soggettivo del paziente, relativo alla settimana precedente mediante scala NRS.

Il grado di degenerazione artrosica viene stratificato secondo la scala di Kellgren-Lawrence, le rotture del tendine d'Achille secondo la classificazione di Kuwada mentre per le altre patologie utilizziamo la letteratura scientifica di riferimento. Durante le visite mediche abbiamo monitorato l'assunzione di FANS registrando nel 75% l'interruzione di qualsiasi terapia farmacologica, già dopo la prima seduta infiltrativa di PRP.

Tale tecnica comporta una riduzione del consumo di FANS e dei relativi costi sanitari, associato ad una riduzione delle complicanze derivanti dall'uso prolungato di tale categoria di farmaci, che possono determinare accidenti cardio-vascolari, nefropatie e sanguinamenti del tratto gastro-intestinale.

Ovviamente questa considerazione deriva da uno studio osservazionale e quindi legato al giudizio del paziente. Sarebbe auspicabile effettuare uno studio multicentrico per ottenere risposte significative circa l'efficacia di tale trattamento. Potrebbero essere confrontati i sistemi di produzione di PRP (da provetta dedicata o da unica donazione con congelamento del PRP).

Forse questo studio potrebbe essere coordinato dalla SIMTI coinvolgendo anche le Società scientifiche interessate (ortopedici e radiologi) cosicché si possano indagare gli effetti del PRP in un'ottica pluridisciplinare. In questo modo, le conclusioni che potranno essere tratte, daranno una valutazione certa sull'efficacia del trattamento in questione.

