

Management of Self-injurious Behaviors in Children with Neurodevelopmental Disorders: A Pharmacotherapy Overview

AUTORI: Ashley Sabus, James Feinstein, Patrick Romani, Edward Goldson, and Allison Blackmer

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI: 2019 Jun;39(6):645-664 PMID: 30793794, PMCID: [PMC6555654](#), DOI: [10.1002/phar.2238](#) © 2019 Pharmacotherapy Publications, Inc.

In VERDE troverete alcune spiegazioni che vi faciliteranno la comprensione di questo articolo. Buona lettura.

Gestione dei comportamenti autolesionistici nei bambini con disturbi dello sviluppo neurologico: una panoramica della farmacoterapia

I disturbi del neurosviluppo, un gruppo di disturbi che colpiscono circa 1-2% della popolazione generale, sono causati da anomalie dello sviluppo cerebrale che si traducono in alterazioni comportamentali e cognitive, in cambiamenti sensoriali, motori, deficit della parola e del linguaggio. I comportamenti autolesionistici sono comuni nei bambini con disturbo del neurosviluppo e, a seconda del disturbo specifico, la loro incidenza può arrivare quasi al 100%. La gestione dei comportamenti autolesionistici in questa popolazione di bambini è complessa ed esistono pochi dati di alta qualità per guidare un approccio adeguato alla terapia, anche se risulta ormai chiaro che la gestione di questa problematica spesso frustrante è di primaria importanza sia per il benessere del bambino sia per quello dei caregiver e degli operatori sanitari. La refrattarietà di questa condizione ad ogni trattamento, inoltre, aggrava ulteriormente la sensazione di impotenza di tutti coloro che si occupano della salute del bambino.

Attualmente non esistono linee guida univoche per guidare i medici nella gestione dei comportamenti autolesionistici nei bambini con disturbi del neurosviluppo.

Ciò è dovuto alla mancanza di una chiara comprensione dell'eziologia (*causa*), della fisiopatologia sottostante il comportamento autolesionistico (*meccanismo che sta alla base dell'insorgenza del comportamento anomalo*), all'eterogeneità dei disturbi del neurosviluppo, alla necessità di estrapolare molteplici dati per poter studiare il fenomeno e alla mancanza di solide evidenze scientifiche che supportino un determinato approccio piuttosto che un altro.

È ormai evidente, però, che le terapie comportamentali devono essere impiegate come terapia di prima linea.

Se gli interventi comportamentali da soli falliscono, la farmacoterapia diventa una parte essenziale dei piani di gestione. È necessario però lo studio dei singoli individui, il monitoraggio degli effetti dei farmaci e delle eventuali complicanze associate all'utilizzo di una determinata terapia.

In questo articolo vengono esaminati farmaci comuni, come antipsicotici di seconda generazione e agenti meno comuni, come clonidina, n-acetilcisteina, riluzolo, naltrexone e anestetici topici per studiarne l'efficacia e la possibile applicazione in questo ambito.

Sebbene nessun farmaco sia stato ancora approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) specificamente per il trattamento dell'irritabilità e dei comportamenti autolesionistici secondari a disturbi del neurosviluppo, gli agenti antipsicotici di seconda generazione (SGA, cioè Risperidone e

Aripiprazolo) sono comunemente visti come "terapia di prima linea", tenendo conto delle interazioni tra farmaci e di altri parametri di sicurezza del paziente.



NOTA PER CAPIRE MEGLIO

Gli antipsicotici **tipici**, chiamati anche antipsicotici **di prima generazione**, sono una classe di antipsicotici sviluppati a partire dal 1950 ed utilizzati principalmente per la cura di patologie psichiatriche ma che risultano essere molto validi anche per la cura di altre particolari condizioni cliniche. I primi antipsicotici tipici ad essere utilizzati in medicina furono le fenotiazine, come la clorpromazina.. Un altro importante gruppo di antipsicotici sono i butirrofenoni, un esempio dei quali sarebbe l'aloiperidolo.

Gli antipsicotici **atipici**, conosciuti anche come antipsicotici **di seconda generazione**, sono una classe di psicofarmaci appartenenti alla categoria degli antipsicotici utilizzati per il trattamento di condizioni psichiatriche come la schizofrenia, le psicosi, il disturbo bipolare ma anche, in alcuni particolari casi, per il trattamento della depressione.

In questo studio si è cercato di studiare proprio l'effetto di questa seconda classe di farmaci sui disturbi che affliggono i bambini con CdLS.

Si differenziano dagli antipsicotici di prima generazione per avere un meccanismo d'azione più complesso che permette di migliorare il profilo di effetti collaterali.

In **Grassetto** trovate i farmaci che sono stati presi in analisi in questo studio e tra parentesi alcuni nomi commerciali noti di queste classi di farmaci.

Antipsicotici	
Tipici (Prima generazione)	Atipici (Seconda generazione)
Aloperidolo (<i>Haldol™, Serenase™</i>)	Aripiprazolo (<i>Abilify™</i>)
Amisulpride (<i>Sulamid™, Deniban™, Solian™</i>)	Asenapina (<i>Sycrest™</i>)
Clorpromazina (<i>Largactil™, Prozin™</i>)	Clozapina (<i>Leponex</i>)
Clotiapina (<i>Entumin™</i>)	Olanzapina (<i>Zyprexa™</i>)
Flufenazina (<i>Moditen™</i>)	Quetiapina (<i>Seroquel™</i>)
Levomepromazina (<i>Nozinam™</i>)	Risperidone (<i>Risperdal™</i>)
Levosulpiride (<i>Levopraid™</i>)	Ziprasidone (<i>Zeldox™</i>)
Perfenazina (<i>Trilafon™</i>)	
Pimozide (<i>Orap™</i>)	
Promazina (<i>Talofen™</i>)	

Sulpiride (<i>Championyl, Dobren, Equilid™</i>)	
Trifluoperazina (<i>Modalina™</i>)	

ALTRI FARMACI ANALIZZATI DALLO STUDIO	PER COSA VENGONO NORMALMENTE UTILIZZATI
Clonidina (<i>Catapresan™</i>)	Antipertensivo
Acetilcisteina (<i>Fluimucil™</i>)	Antiossidante, mucolitico, antidoto salvavita in caso di eccessiva assunzione di paracetamolo. Inoltre si è riscontrato che può avere proprietà, epatoprotettrici e nefroprotettrici
Mirtazapina (<i>Remeron™</i>)	Antidepressivo
Naltrexone (<i>Nalorex™</i>)	Antagonista dei recettori oppioidi (Agisce riducendo il desiderio di alcol e bloccando l'effetto di farmaci e droghe oppiacee)
EMLA	Anestetico topico
Topiramato (<i>topamax™</i>)	Antiepilettico
Divalproex	Antiepilettico
Buspirone (<i>Buspar™</i>)	Ansiolitico

Se i comportamenti autolesionisti dovessero persistere nonostante la prima linea di terapia impiegata (*ovvero farmaci che si ritiene siano la prima scelta nonché la migliore per una determinata condizione*), viene consigliato di studiare le esigenze di ogni singolo paziente e trovare approcci terapeutici personalizzati, tenendo in considerazione i possibili effetti collaterali di eventuali duplici terapie o di terapie combinate (*più farmaci do, maggiori possono essere le interazioni e i possibili effetti collaterali*).

In merito alla terapia, poi, si consiglia sempre di utilizzare dosi efficaci le più basse possibili (*ovvero di somministrare la minore dose di farmaco che garantisca la risoluzione del quadro patologico*) e monitorare costantemente di routine la risposta terapeutica e la sicurezza del farmaco.

IN CONCLUSIONE



Sono necessari dati aggiuntivi che provengano da studi ben progettati su bambini con disturbi del neurosviluppo per ottenere una migliore comprensione di questo problema e per

comprendere le implicazioni di efficacia e sicurezza associate alla farmacoterapia. Fino ad allora, i medici devono fare affidamento sui dati disponibili, che sono limitati, sull'esperienza clinica e sul monitoraggio sistematico continuo durante la gestione dei comportamenti autolesionistici nei bambini con disturbi del neurosviluppo.

I LIMITI DELLO STUDIO

Il limite principale delle prove presentate è che la maggior parte degli studi ha esaminato bambini con Disturbo dello Spettro Autistico piuttosto che bambini con disturbi del neurosviluppo specifici. Sebbene sia comune che sintomi simili a DSA si manifestino nei soggetti con disturbi del neurosviluppo, la fisiopatologia e l'eziologia delle due condizioni è differente e conseguentemente anche la risposta alle terapie prese in analisi può variare sensibilmente non solo tra diverse condizioni ma anche da bambino a bambino.