

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

TROPPO DOLORE PER UN'ARTRITE

Giovanna Ferrara¹, Marta Massaro¹, Teresa Giani², Gabriele Simonini²,
Simone Lazzeri³, Rolando Cimaz²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

²SODc di Reumatologia, ³SODs di Ortopedia Traumatologica, Ospedale Pediatrico "Meyer", Firenze

Indirizzo per corrispondenza: rolando.cimaz@unifi.it

Sara è giunta alla nostra attenzione all'età di 16 anni, ma la sua storia è iniziata a 8 anni di vita con artralgie a ginocchia, caviglie e rachide, rigidità mattutina e saltuaria febbre serotina. Tale sintomatologia, inizialmente spiegata dall'eccessivo carico (praticava pattinaggio), si è protratta nel tempo e attorno ai 14 anni si sono associati fenomeni di Raynaud e dolore a carico delle piccole articolazioni delle mani. A 16 anni ha poi presentato franca artrite di caviglia destra e pleurite. In considerazione dell'impegno articolare è stata avviata una terapia con metotrexate, tuttavia, nel sospetto di un quadro di connettivite, visto l'episodio di sierosite, il fenomeno di Raynaud e la positività degli ANA (in assenza di ENA, anti-DNA e FR), è stata associata la somministrazione di idrossiclorochina alla dose di 200 mg/die.

Con tale terapia i sintomi sistemici e la sintomatologia articolare sono migliorati, a eccezione della persistenza di un importante dolore alla caviglia destra tale da comportare impotenza funzionale, difficoltà al carico e risvegli notturni. La sproporzione della sintomatologia rispetto all'obiettività clinica e le sue caratteristiche di costanza nell'arco della giornata e persistenza nella notte hanno suggerito un approfondimento radiologico con RM. L'esame a livello della caviglia ha mostrato un'area focale di alterazione osteostrutturale, di aspetto frammentato e sollevata rispetto al sottostante osso subcondrale in corrispondenza del domo astragalico come per **osteochondrite dissecante** dell'astragalo. Sono stati prescritti riposo assoluto dall'attività fisica e applicazione di tutore; è stata inoltre avviata terapia con FANS. Per la persistenza della sintomatologia a distanza di 6 mesi e considerata l'età della ragazza si è deciso di procedere chirurgicamente con la rimozione del tessuto necrotico e la stimolazione riparativa con microperforazioni.

L'osteochondrite dissecante è una necrosi che interessa una piccola parte, centimetrica, della cartilagine articolare e dell'osso corrispondente subcondrale. Le sedi più spesso interessate sono il ginocchio, il gomito e la caviglia. Alla caviglia la lesione può localizzarsi all'astragalo o alla tibia

e in sedi differenti. Nella maggior parte dei casi interessa il margine mediale del corpo astragalico. L'osso si distacca dal tessuto osteocartilagineo circostante diventando libero all'interno della articolazione della caviglia, causando dolore e limitazione, fino al blocco articolare. Il quadro si manifesta principalmente nell'età pre-adolescenziale e giovane adulta e la localizzazione alla caviglia è più frequente nelle femmine. L'eziologia è ignota, sebbene un trauma o ripetuti microtraumatismi possano essere fattori scatenanti. In età pre-adolescenziale, quando l'osso non è ancora maturo, e quando il frammento non è mobile, il trattamento è principalmente conservativo e prevede l'immobilizzazione per 6-8 settimane con successiva limitazione al carico per 6 mesi. In caso di mancata risoluzione con il trattamento conservativo, nei casi con frammento mobile e nei pazienti con maturazione ossea avvenuta è invece indicata la chirurgia.

Nel nostro caso la difficoltà diagnostica e terapeutica è derivata dalla concomitante presenza del quadro di artrite che ha contribuito inizialmente all'insorgenza di dubbi sull'interpretazione dell'intenso dolore alla caviglia e successivamente ai problemi di gestione della terapia immunosoppressiva in occasione dell'intervento chirurgico, vista la persistenza della flogosi poliarticolare.

Morale della favola: un dolore notturno o non spiegabile dalla patologia di base, soprattutto se localizzato in una singola sede, va sempre indagato.

Bibliografia di riferimento

- Bauer KL, Polousky JD. Management of osteochondritis dissecans lesions of the knee, elbow and ankle. Clin Sports Med 2017;36(3):469-87.
- Buda R, Pagliuzzi G, Castagnini F, Cavallo M, Giannini S. Treatment of osteochondritis dissecans of the talus in skeletally immature population: a critical analysis of the available evidence. Foot Ankle Spec 2016;9(3):265-70.
- Vannini F, Buda R, Pagliuzzi G, Ruffilli A, Cavallo M, Giannini S. Osteochondral allografts in the ankle joint: state of the art. Cartilage 2013;4(3):204-13.