

Due casi perfettamente istruttivi, da manuale.

COXALGIA BENIGNA O ARTRITE SETTICA?

Stefania Crocco, Chiara Bibalo, Federico Minen,
Mariagrazia Pizzul*, Federico Marchetti

Clinica Pediatrica, IRCCS Pediatrico "Burlo Garofolo",
Trieste; *Pediatra di famiglia, Trieste

S. è una bimba di quasi 4 anni, precedentemente in buona salute, che ha presentato al risveglio dolore a livello inguinale destro con impossibilità a poggiare il peso sulla gamba; vista in Pronto Soccorso (PS), veniva posta diagnosi presuntiva di coxalgia benigna e consigliata terapia con ibuprofene e riposo funzionale. La notte stessa è comparsa febbre (max 38,7 °C), per cui i genitori hanno riportato la piccola in PS, dove si eseguivano esami ematici che evidenziavano un rialzo della VES (45 mm/h) e una leucocitosi neutrofila (GB 24.300/mmc di cui N 20.400/mmc); un'ecografia dell'anca rilevava un versamento ipoecogeno di 7 mm in corrispondenza del recesso anteriore dell'articolazione. Veniva quindi avviata terapia antibiotica con clindamicina nel sospetto di artrite settica; gli esami ematici eseguiti il giorno seguente hanno dimostrato una diminuzione dei globuli bianchi (GB 11.780/mmc di cui N 6600/mmc) e un rialzo della PCR a 2,16 mg/dl.

Si decideva quindi di trasferire la piccola in Clinica Pediatrica per il prosieguo delle cure. All'ingresso in reparto la bambina si presenta in buone condizioni generali, rosea, tonica e reattiva. Presenza di modesta limitazione all'abduzione/intrarotazione dell'anca destra. Abbiamo riproposto i criteri per la diagnosi differenziale tra la coxalgia benigna (dovuta a un'infiammazione transitoria della sinovia) e l'artrite d'anca (dovuta invece a una infezione batterica). Rivalutando il quadro di presentazione, abbiamo concluso che ci trovavamo di fronte a un'artrite d'anca sulla base dei criteri di Kocher¹, secondo cui in presenza dei seguenti quattro sintomi e dati di laboratorio: a) rifiuto al carico, b) febbre > 38,5 °C, c) VES > 40 mm/h, d) GB > 12.000/mmc, la diagnosi è di artrite settica con un valore predittivo pari al 99%.

È noto che, in presenza di una artrite d'anca, è obbligatorio eseguire un drenaggio o un'artrotomia dell'articolazione; tuttavia, viste la prontissima risposta alla terapia antibiotica e la normalizzazione della clinica in meno di 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica, abbiamo ritenuto non necessario eseguire tale intervento, sapendo bene che questa scelta (molto discussa e ponderata) astensionista rappresenta più l'eccezione (tempestività della diagnosi e della terapia antibiotica?) che la regola.

Un'ecografia di controllo ripetuta in terza giornata di terapia ha evidenziato una riduzione del versamento (da 7 a 4 mm) e gli esami ematici risultavano del tutto normalizzati, tranne che per un valore di VES di 42 mm/h; in settima giornata l'ecografia ha dimostrato che il versamento è divenuto di 1-2 mm di spessore, quindi sostanzialmente negativo. L'emocoltura ha evidenziato la presenza di *Staphylococcus warneri*, verosimile agente eziologico dell'artrite. In sesta giornata è stata sospesa la terapia per via endovenosa e iniziata la terapia antibiotica per via orale (con amoxicillina-acido clavulanico), continuata a domicilio per altri 10 giorni con completa risoluzione del problema.

L'artrite settica dell'anca (5 x 100.000 bambini/anno) dovrebbe essere la prima ipotesi diagnostica di fronte a un quadro di febbre e

dolore all'anca insorti acutamente, per la gravità delle complicanze (immobilità permanente) che possono derivare dalla mancata tempestività assistenziale. Tuttavia la diagnosi differenziale con la coxalgia benigna (43 x 100.000 bambini/anno) non è sempre facile, in quanto la febbre, il rialzo degli indici di flogosi e il riscontro ecografico di versamento, anche se generalmente in minor entità, sono segni e sintomi che possono essere presenti anche in questa condizione.

Utili a tal proposito nel dirimere la diagnosi differenziale, come è stato a posteriori nel nostro caso, sono i "vecchi" criteri di Kocher¹ (rifiuto al carico, febbre > 38,5 °C, VES > 40 l^a h e GB > 12.000/mmc), formulati per la diagnosi differenziale tra artrite settica dell'anca e coxalgia benigna, che al momento rimangono quelli maggiormente validati in letteratura (magari con l'aggiunta del dosaggio della PCR)², come confermato recentemente da una "question" di *Archimedes* pubblicata su *Archives of Disease in Childhood*³. Secondo tali criteri, infatti, la diagnosi è di artrite settica vs coxalgia benigna (sinovite transitoria) con un valore predittivo pari al 99% in presenza di 4 di essi (come nel caso di S.), al 96% in presenza di 3, al 40% in presenza di 2, al 3% in presenza di 1 e a meno dello 0,2% in assenza di criteri.

Perché è indimenticabile questo caso?

Perché ricorda che:

- l'artrite settica dovrebbe essere la prima ipotesi diagnostica di fronte a un quadro di febbre e dolore all'anca insorti acutamente, per la gravità degli esiti in caso di mancata tempestività d'intervento;
- la formalizzazione di criteri utili per una diagnosi differenziale tra due diagnosi incerte (artrite settica vs coxalgia benigna) rappresenta una "relativa sicurezza", con implicazioni rilevanti per la tempestività della diagnosi e l'approccio terapeutico, conservativo in un caso (sinovite transitoria), di rigore nell'altro (terapia antibiotica ev + drenaggio), quest'ultimo eccezionalmente risparmiato nel nostro caso, forse per una diagnosi formalizzata in modo molto tempestivo (sentirsi sicuri nell'incertezza);
- è possibile nella pratica, di fronte a un quadro di artrite settica o di osteomielite, l'applicazione di un approccio antibiotico essenziale e semplificato, in conformità con alcuni protocolli di comportamento⁴, al fine di una possibile rapida dimissione, nei casi non complicati.

Bibliografia

1. Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am* 1999;81:1662-70.
2. Caird MS, Flynn JM, Leung YL, et al. Factors distinguishing septic arthritis from transient synovitis of the hip in children. A prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:1251.
3. Taekema HC, Landham PR, Maconochie I. Towards evidence based medicine for paediatricians. Distinguishing between transient synovitis and septic arthritis in the limping child: how useful are clinical prediction tools? *Arch Dis Child* 2009;94(2):167-8.
4. Marchetti F, Rizzello E, Poropat F, et al. Trattamento antibiotico di osteomielite, artrite settica e piomiosite. *Medico e Bambino* 2010;29:585-9.

COXALGIA A 12 ANNI: UN SOLO PENSIERO?

Francesco De Maddi, Milena Torino, Paolo Siani
AORN UOC di Pediatria "Antonio Cardarelli", Napoli

N. è una ragazza di 12 anni che nell'aprile 2010, dopo un episodio febbrile con interessamento delle alte vie respiratorie, ha iniziato a presentare coxalgia sinistra, trattata a domicilio con paracetamolo. Per il persistere della sintomatologia viene ricoverata presso una struttura ospedaliera: gli esami ematochimici e strumentali risultano normali a eccezione della presenza ecografica di film fluido a carico dell'articolazione coxo-femorale sinistra. Pertanto la paziente viene dimessa con diagnosi di "tenosinovite transitoria benigna dell'anca". Per 20 giorni esegue terapia con ibuprofene, con regressione della sintomatologia dolorosa a carico dell'anca. Nei due mesi successivi presenta sporadici episodi di coxalgia, che vengono sempre trattati con ibuprofene con buoni risultati, e correlati all'obesità della ragazza (pesa circa 60 kg). Viene ricoverata presso il nostro reparto nel settembre 2010 per la ricomparsa di coxalgia e febbre. All'ingresso le condizioni generali sono buone; all'esame articolare presenta dolore spontaneo a carico dell'articolazione coxo-femorale sinistra con evidente peggioramento della sintomatologia durante la manovra di extrarotazione del femore mentre le altre sedi articolari risultano indenni; non sono presenti linfoadenomegalie, l'esame toracico è normale, la frequenza cardiaca è 90 b/min, non si rileva epatosplenomegalia. Gli esami praticati evidenziano: GR 5.600.000/mmc, GB 8690/mmc, Hb 10,4 g/dl, MCV 58 fl, piastrine 339.000/mmc, PCR 62 mg/dl, VES 73 1^a ora, LDH 429, ferritina 159 ng/dl, fosfatasi alcalina 139 UI/l. L'ecografia dell'articolazione coxo-femorale evidenzia un sottile film fluido intrarticolare. Il referto della radiografia del bacino risulta normale: in particolare i rapporti dell'articolazione coxo-femorale sono conservati e non si osservano lesioni ossee a focolaio.

Per il persistere della sintomatologia dolorosa si decide di sottoporre la ragazza a una RM del bacino nel sospetto diagnostico di

morbo di Perthes (infrequente a questa età) o iniziale epifisiolisi di tipo cronico (in contrasto, comunque, con il referto della radiografia del bacino che risulta normale). Purtroppo il referto è inimmaginabile: estesa area di osteolisi permeante a carico della porzione craniale e anteriore dell'ala iliaca sinistra con ampia interruzione della corticale interna: la lisi è sostenuta dalla presenza di un tessuto solido che si estrinseca prevalentemente sul versante intrapelvico (Figura). Il reperto orienta in favore di neof ormazione ossea primitiva extracompartimentale con caratteristiche radiologiche di elevata aggressività biologica. La paziente, trasferita in un centro di Oncoematologia pediatrica e sottoposta a biopsia ossea, è affetta da sarcoma di Ewing. Ha iniziato terapia citostatica ed è in corso il follow-up.

Come spesso accade in questo tipo di neoplasia, la clinica e il laboratorio non sono stati contributivi per la diagnosi e causa di frequente ritardo diagnostico, in contrapposizione a una radiografia standard del bacino che dovrebbe rilevare la lesione distruttrice. Per tale motivo abbiamo riesaminato la radiografia del bacino comparandola con il referto della RM: l'osteolisi a carico dell'ala iliaca era presente anche nella radiografia standard, ma era stata interpretata come facente parte dell'esteso meteorismo intestinale! Il nostro caso ribadisce l'importanza della discussione congiunta con i vari specialisti dei casi clinici e, relativamente al nostro caso, le due priorità diagnostiche in corso di sintomatologia articolare: le neoplasie e le infezioni.

