

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVI

Dicembre 2023

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

E SE FOSSE LYME?

Francesca Terenzi

Scuola di specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: francesca.sism@gmail.com

Alessandro, 16 anni, viene inviato presso il nostro ambulatorio di Reumatologia per un quadro di artrite del ginocchio sinistro presente da sei mesi. La sua storia clinica è iniziata con la comparsa di tumefazione a carico dell'articolazione, senza traumi apparenti. Non viene riferita rigidità mattutina né dolore articolare; non ha avuto febbre o lesioni cutanee. L'anamnesi patologica remota è muta; in particolare il ragazzo nega morsi di zecca e non vi è familiarità per malattie autoimmuni.

È già stato trattato con due artrocentesi medicate con metilprednisolone presso un altro Centro: la prima dopo tre mesi dall'insorgenza del quadro con parziale beneficio e la seconda il mese successivo con scarsa efficacia. Porta in visione anche l'esito di due risonanze magnetiche che riscontravano la presenza di un cospicuo versamento intra-articolare con ispessimento della plica sinoviale sovra-rotulea.

A una prima valutazione presso il nostro ambulatorio il ginocchio appare ancora caldo e molto tumefatto, limitato in flessione di 5° ma non dolente. Tutte le altre articolazioni esplorate sono indenni. All'ecografia si evidenzia la presenza di abbondante versamento intra-articolare con ispessimento sinoviale, colorDoppler positivo. La radiografia del ginocchio non mostra alterazioni significative. Si decide quindi di effettuare una nuova artrocentesi medicata, da cui vengono aspirati 270 cc di liquido sierematico e vengono infiltrati 40 mg di triamcinolone esacetone. Agli esami di laboratorio emocromo, indici di flogosi e profilo degli autoanticorpi (ANA e anti-DNA)

risultano nella norma; Mantoux e calprotectina fecale sono negative. La visita oculistica esclude la presenza di flogosi oculare e la valutazione ortopedica è nella norma.

Al controllo successivo a distanza di un mese il quadro articolare appare migliorato, tuttavia all'ecografia persistono segni di sinovite.

La presenza di monoartrite ricorrente, con scarsa risposta alle infiltrazioni cortisoniche, ci inducono a effettuare indagini di secondo livello; si richiedono quindi la sierologia per la *Borrelia* e il test del Quantiferon. Il Quantiferon è negativo, ma dopo qualche giorno la diagnosi è fatta: IgG e IgM anti-*Borrelia burgdorferi* e l'immuno-blot di conferma sono positivi. Alessandro ha un'**artrite di Lyme**.

In un esordio di artrite in età adolescenziale scarsamente responsiva alle infiltrazioni, in particolare se localizzata al ginocchio, bisogna tenere a mente il Lyme come diagnosi differenziale, soprattutto in un'area endemica. È inoltre importante ricordare che spesso l'artrite è la prima manifestazione della malattia, anche in assenza di una chiara storia di morso di zecca o di manifestazioni precoci come l'eritema migrante.

Il trattamento prevede terapia antibiotica con amoxicillina 50 mg/kg/die per 28 giorni. Nella maggior parte dei casi questa terapia è risolutiva, tuttavia in un'una quota minore di pazienti può innescarsi un meccanismo immunologico del tutto sovrapponibile a quello dell'artrite idiopatica giovanile, che porta a una cronicizzazione dell'artrite.