

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Giugno 2024

numero 6

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

FEBBRE E RIFIUTO DELLA DEAMBULAZIONE: PENSA ALLA SPONDILODISCITE

Alessia Cherubino

*Istituto di Clinica Pediatrica; Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Indirizzo per corrispondenza: a.cheru2102@gmail.com

CASO CLINICO

G. è un bambino di 1 anno e 5 mesi, inviato dal proprio curante presso il Pronto Soccorso (PS) per astenia persistente da circa 3 giorni, febbre (TC massima 38,6 °C), tosse produttiva, inappetenza e rifiuto alla deambulazione. Diuresi presente e valida. Idratazione adeguata. Non riferiti dai genitori traumi pregressi.

All'ingresso in PS il bambino appariva in buone condizioni cliniche generali. Al triage la TC era di 38,6 °C; presente intensa iperemia e ipertrofia tonsillare bilaterale, in assenza di essudato. Non tumefazione e/o dolore a carico di ginocchia, caviglie, polsi e gomiti. Non limitazione all'escursione dell'articolazione coxo-femorale bilateralmente, ma apparente dolore a quella di destra, in posizione seduta e in piedi, con rifiuto del carico. Restante obiettività nella norma.

EGA venosa nei limiti: pH 7,38, K⁺ 3,8 mmol/l, Na⁺ 133 mmol/l, lattati 1,6 mmol/l, EB -5,6 mmol/l, HCO₃⁻ 19,9 mmol/l.

Agli esami ematici rilevati lieve piastrinosi (559 x 10⁹/l) e PCR di 98,2 mg/dl.

Ecografia dell'articolazione coxo-femorale di destra negativa per segni ecografici di flogosi dell'articolazione.

Tampone nasale per virus con positività per adenovirus e rinovirus.

Alla rivalutazione del paziente, inoltre, si documentava dolore alla palpazione e durante i movimenti di flessione del tratto dorso-lombare della colonna vertebrale, in assenza di deficit di tipo neurologico. Si richiedeva Rx colonna lombo-sacrale, risultata negativa.

Si decideva dunque di ricoverare il paziente presso il reparto di Pediatria per la prosecuzione delle cure e degli accertamenti del caso.

All'ingresso in reparto si impostava terapia antibiotica per os con amoxicillina-acido clavulanico (previa esecuzione di emocoltura, negativa) e si eseguivano ecografia polmonare ed ecografia addome completo, in assenza tuttavia di alterazioni di significato patologico in atto. Veniva

dunque richiesta RM della colonna lombosacrale e bacino con mezzo di contrasto (mdc) paramagnetico, la quale documentava alterazioni di segnale dei somi vertebrali D12-L1 e della porzione centrale del disco interposto con disomogenea iperintensità nelle immagini T2-STIR; impregnazione dopo mdc a livello somatico e associata componente iperintensa nelle immagini STIR con *enhancement* post contrastografico in sede prevertebrale nel tratto D11-L1 (*Figura 1*).



Figura 1. RM della colonna lombosacrale con mezzo di contrasto.

Si rafforzava il sospetto di focolaio di **spondilodiscite** con lieve impegno prevertebrale.

A seguito di valutazione chirurgica vertebrale, si confermava la diagnosi e si prescriveva utilizzo di busto dorso-lombare tipo Cheneau.

Alla luce del quadro clinico si impostava terapia antibiotica con ceftriaxone ev, proseguita fino al momento

della dimissione, avvenuta a 15 giorni dall'ingresso in PS.

DISCUSSIONE

La spondilodiscite, processo osteomielitico a carico del corpo vertebrale con flogosi estesa al disco intervertebrale, con o senza ascesso dei tessuti molli, è una patologia impegnativa per la lunga durata e per i possibili esiti. L'agente eziologico più comune è lo stafilococco e, in aree endemiche, anche il bacillo di Koch e la brucella. La sua distribuzione per età è bimodale, infatti colpisce solitamente persone di età inferiore ai 20 anni o compresa tra 50 e 70 anni. Un approccio razionale che favorisca la diagnosi precoce e il trattamento appropriato deve tenere conto del fatto che le manifestazioni cliniche della spondilodiscite variano a seconda dell'età. Nei bambini piccoli e in fase prescolare può avere un decorso subacuto o cronico, in cui solo il mal di schiena, l'irritabilità e le difficoltà a camminare sono segni e sintomi della malattia.

La RM rimane il metodo migliore per confermare la diagnosi e valutare l'efficacia della terapia. Sulla durata complessiva del trattamento non vi sono indicazioni univoche:

nella maggior parte dei lavori si indica un periodo di 4-6 settimane, di cui almeno le prime due per via endovenosa, ma le evidenze sempre maggiori della non inferiorità di protocolli *short* per altre infezioni osteoarticolari lasciano pensare che le cose potrebbero modificarsi nel tempo. Il drenaggio chirurgico e l'eventuale intervento ricostruttivo sono riservati ai casi più severi (tubercolosi), associati a un interessamento neurologico importante o a un andamento distruttivo. La prognosi finale è generalmente buona, soprattutto quando la terapia è iniziata precocemente.

È necessario tuttavia un accurato monitoraggio della risposta alla terapia.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Lashkarbolouk N, Mazandarani M, Ilharreborde B, Nabian MH. Understanding the management of pediatric spondylodiscitis based on existing literature; a systematic review. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):578. DOI: 10.1186/s12887-023-04395-2.
- Minute M., Ventura A. Spondilodiscite 2016: lezioni dai casi. *Medico e Bambino* 2016;35(2):111-4.