

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Una spondilodiscite

S Facchini, S Milocco, V Leone, M Pocecco

UO Pediatria, Ospedale Bufalini, Cesena

Spondilodiscitis

Keywords: Spondilodiscitis

I CASI

Il primo caso è un maschietto di 19 mesi; da 5 gg rifiuta di camminare e di stare seduto, con febbre, e con pianto diurno e notturno e durante la minzione. Alla visita è evidente una posizione in lordosi rigida, il rifiuto del passaggio dalla posizione supina a quella seduta, e l'accentuazione del pianto alla pressione sulle apofisi spinose della regione lombare.

La scintigrafia ossea con TC99 e la RMN con gadolino confermano la presenza di una lesione infiammatoria dello spazio tra L4 e L5. Pronta risposta clinica alla terapia con teicoplanina (dopo 48 ore non ha febbre, sta seduto, non piange durante la minzione e l'evacuazione). La terapia viene continuata per 2 settimane, per poi passare alla terapia orale per altre 2 settimane.

Il secondo caso riguarda una bambina di 2 anni; la storia è più subdola, il dolore, diurno e notturno, dura da 10 gg, ma è discontinuo; negli ultimi 2 gg rifiuta di camminare. Se richiesta di fare qualche passo mantiene un atteggiamento rigido della colonna scoliotico destro-convesso. Gli esami chimico-clinici sono normali, eccetto che per una VES di 41. Dopo il ricovero, la sintomatologia dolorosa, progressivamente si accentua, si fa più continua e invalidante, e impedisce la stazione seduta. La scintigrafia con TC99 e la RMN con gadolino mostrano una spondilodiscite tra L2 e L3. Il rachide viene immobilizzato con corsetto. La terapia antibiotica, prima per vena e poi per os come nel primo caso risolve rapidamente i sintomi. Nel follow-up si registra un progressivo assottigliamento del disco, con reazione sclerotica e parziale fusione dei corpi vertebrali adiacenti.

IL CONTRIBUTO

La spondilodiscite è una malattia rara, infettiva, a eziologia multipla, per lo più da germi poco aggressivi (come documenta anche la scarsa espressività del laboratorio), nel 50% dei casi circa dovuta alla *Bartonella henselae*. I sintomi (dolore e rigidità della colonna, rifiuto della posizione seduta e della deambulazione) sono fortemente orientativi; la scintigrafia individua la sede della lesione, la RMN permette di distinguere tra discite e osteite. La risposta alla terapia antibiotica è molto netta e molto pronta.