

MeB – Pagine Elettroniche

Volume I

Dicembre 1998

numero 10

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA

Una coxalgia che nasconde un Perthes

Daniela Di Bello

*Divisione di ortopedia infantile, IRCCS Burlo-Garofolo, Trieste***IL CASO**

M. S., maschio, 6 anni.

Viene portato tre anni fa all'attenzione del pediatra poiché presenta una zoppia da circa venti giorni. La madre riferisce di non aver dato subito importanza all'evento perché tale zoppia, inizialmente attribuita ad un plausibile trauma recente, era scomparsa senza alcun trattamento, ricomparsa dopo due-tre giorni di apparente benessere e receduta spontaneamente ancora una volta; al suo ricomparire, in assenza di traumi o cadute, il bambino lamentava anche una lieve sintomatologia dolorosa alla coscia destra. Alla visita, l'arto inferiore destro risulta un po' rigido ai movimenti di intra ed extra-rotazione dell'anca, e la flessioabduzione dell'anca destra suscita dolore. Si consiglia alla madre di tenere il bambino a riposo, di assumere un antiinfiammatorio per via orale, e si indirizza il bambino da uno specialista ortopedico con il sospetto diagnostico di coxalgia benigna.

L'ortopedico, dopo aver prescritto l'esecuzione di un radiogramma del bacino, che risulta negativo e di un'ecografia articolare dell'anca destra che rivela sei mm. di versamento non corpuscolato e un lieve ispessimento capsulare, conferma la diagnosi di coxalgia benigna. Vengono prescritti dieci giorni di riposo assoluto e una terapia orale a base di flectadol; al controllo ecografico dopo il trattamento, sono presenti ancora pochi millimetri di versamento articolare; alla visita permane solo una lieve rigidità dell'anca in extrarotazione. Si consiglia di proseguire con il trattamento in atto per un'altra settimana e quindi di effettuare una visita di controllo: alla visita la situazione clinica si è normalizzata.

Dopo due mesi di apparente benessere ricompare una zoppia transitoria, che viene trattata nuovamente come una coxalgia benigna e recede in venti giorni.

Al ricomparire della zoppia si decide di ricoverare il bambino per effettuare degli accertamenti. All'esame clinico, l'anca destra si presenta rigida e lievemente dolente in intra, extrarotazione e nella flessioabduzione. Gli esami ematochimici rivelano: 11.500 GB, 12.7 Hb, formula inalterata, VES 35 e PCR 1.1. L'ecografia evidenzia un modico versamento all'anca destra, il radiogramma del bacino è negativo. Si decide di effettuare un a RMN, che rivela un'alterazione di segnale a livello della testa femorale destra, compatibile con un quadro di m. di Perthes. Come trattamento si consiglia di tenere l'arto

in scarico e di effettuare FKT in scarico e in acqua. Al controllo radiografico successivo diventano evidenti le alterazioni a carico della testa femorale.

Il bambino viene mantenuto con l'arto destro in scarico ed esegue periodici controlli clinici, radiografici e RMN, che rivelano la progressione della malattia nei suoi vari stadi e la pressoché completa distruzione della testa femorale.

L'INTERVENTO

Si decide dunque di effettuare un intervento chirurgico di osteotomia di centrazione dell'anca destra per facilitare una ricostruzione della testa femorale. Il controllo radiografico post-operatorio dimostra la corretta esecuzione dell'intervento. Un controllo radiografico a distanza di 20 mesi dall'intervento dimostra una buona ricostruzione della testa femorale; clinicamente l'anca è mobile in tutti i gradi di articolarietà e indolente, non vi è asimmetria degli arti inferiori.

IL MESSAGGIO

La malattia di Perthes ha un decorso molto subdolo: i segni radiologici sono tardivi; i segni di versamento articolare non sono diversi da quelli di una coxalgia benigna; ma il recidivare di una coxalgia indica con molta evidenza che qualcosa in quell'anca "non va": e il non andare è quasi sempre espressione di quel riassetto circolatorio strutturale, di quei disturbi di nutrizione del nucleo, che costituiscono la sostanza stessa della malattia di Perthes. La presenza di minimi segni flogistici (una VES un po' mossa, una PCR appena superiore alla norma) non devono trarre in inganno. Sono i segni (minimi) di una flogosi (minima) conseguente ai danni (necrosi) del disturbo trofico che è alla base della malattia.

La diagnosi non è urgente; l'intervento terapeutico non è risolutivo: una attesa ragionevole prima di fare l'esame discriminante, la RMN, non è segno di cattiva professionalità.

L'intervento varia in funzione della gravità, come questo caso illustra: da un semplice intervento di scarico e fisioterapia si può passare a un intervento cruento, per centrare il nucleo di ossificazione dentro alla cavità articolare e permettere la ricostruzione spontanea, che in questo caso, pur grave, si sta verificando.