



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/IT/intro>

Sindromi da dolore agli arti

Versione 2016

10. Osteocondrosi (sinonimi: osteonecrosi, necrosi avascolare)

10.1 Che cos'è?

La parola "osteocondrosi" significa "morte delle ossa". Indica un gruppo di malattie di causa sconosciuta caratterizzate dall'interruzione di flusso sanguigno al centro di ossificazione delle ossa colpite. Alla nascita, le ossa sono formate principalmente da cartilagine, un tessuto morbido che nel tempo viene sostituito da un tessuto più mineralizzato e resistente (le ossa). Questa sostituzione inizia in punti specifici all'interno di ogni osso, aree note come centri di ossificazione, e si diffonde al resto delle ossa nel corso del tempo.

Il dolore è il sintomo principale di questi disordini. In base alle ossa colpite, la malattia viene chiamata in modi diversi.

La diagnosi è confermata da indagini radiologiche. I raggi X mostrano, in sequenza, la frammentazione ("isole" all'interno dell'osso), il collasso (rottura), la sclerosi (maggiore densità, sulle radiografie l'osso sembra più denso) e, spesso, la riossificazione (nuova formazione di ossa) con ricostituzione del profilo dell'osso.

Sebbene possa sembrare una malattia grave, è piuttosto comune nei bambini e, ad eccezione dell'eccessivo coinvolgimento dell'anca, ha una prognosi eccellente. Alcune forme di osteocondrosi sono così frequenti che sono considerate una normale variante dello sviluppo delle ossa (malattia di Sever). Altre malattie possono essere incluse nel gruppo delle "sindromi da uso eccessivo" (malattia di Osgood-Schlatter e di Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 La malattia di Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 Che cos'è?

Questa malattia comporta la necrosi ischemica della testa femorale (la parte dell'osso della coscia più vicina all'anca).

10.2.2 È diffusa?

Non è una malattia diffusa ed è riscontrata in 1 bambino su 10.000. È più frequente nei maschi (4/5 maschi ogni femmina) tra le età di 3 e 12 anni e si verifica in particolare nei bambini dai 4 ai 9 anni.

10.2.3 Quali sono i sintomi principali?

La maggior parte dei bambini ha un'andatura claudicante e livelli variabili di dolore alle anche. A volte il dolore potrebbe non essere presente. Di solito è coinvolta solo un'anca ma in circa il 10% dei casi, la malattia è bilaterale.

10.2.4 Come viene diagnosticata?

La mobilità dell'anca è compromessa e può essere dolorosa. I raggi X possono dare esiti normali all'inizio ma in seguito mostrano la progressione descritta nell'introduzione. Le scansioni delle ossa e l'imaging a risonanza magnetica evidenziano la malattia precocemente rispetto ai raggi X.

10.2.5 Come possiamo trattarla?

I bambini con malattia di Legg-Calvé-Perthes devono sempre consultare il dipartimento di ortopedia pediatrica. Le immagini radiologiche sono essenziale per la diagnosi. Il trattamento dipende dalla gravità della malattia. In casi molto leggeri, l'osservazione può essere sufficiente, poiché le ossa guariscono da sole con pochi danni.

Nei casi più gravi, l'obiettivo della terapia è contenere la testa femorale colpita all'interno dell'articolazione dell'anca, in modo che quando inizia la formazione del nuovo osso, la testa femorale recupera la sua forma sferica.

Questo obiettivo può essere raggiunto a un livello variabile indossando un tutore per abduzione (bambini più piccoli) o ridando la forma al

femore tramite intervento chirurgico (osteotomia: taglio di parte dell'osso per mantenere la testa femorale in una posizione migliore) (nei bambini più grandi).

10.2.6 Qual è la prognosi?

La prognosi dipende dalla portata dell'interessamento della testa del femore (minore è l'interessamento, migliore sarà la prognosi) così come dall'età del bambino (prognosi migliore se al di sotto dei 6 anni). La guarigione completa richiede dai 2 ai 4 anni. Nel complesso, circa due terzi delle anche colpite ha un buon esito funzionale e anatomico a lungo termine.

10.2.7 In che modo la malattia influisce sulla vita quotidiana?

Le limitazioni per le attività quotidiane dipendono dal trattamento utilizzato. I bambini sotto osservazione devono evitare forti impatti sulle anche (saltare, correre). Tuttavia, devono condurre una vita scolastica normale e partecipare a tutte le altre attività che non comportano carichi pesanti.

10.3 Malattia di Osgood-Schlatter

Questa condizione è causata da traumi ripetuti al centro di ossificazione della tuberosità tibiale (la sommità di un piccolo osso presente nella parte superiore della gamba) dal tendine rotuleo. Si riscontra in circa l'1% degli adolescenti ed è più comune nelle persone che fanno sport. Il dolore peggiora con attività come correre, saltare, salire e scendere le scale e inginocchiarsi. La diagnosi viene fatta tramite esame clinico, in presenza di un indolenzimento o dolore molto caratteristici, a volte accompagnati da gonfiore all'inserimento del tendine rotuleo nella tibia. I raggi X potrebbero essere normali o mostrare piccoli frammenti di ossa nella tuberosità tibiale. Il trattamento prevede l'adeguamento del livello di attività per evitare il dolore, l'applicazione di impacchi freddi dopo le attività sportive e il riposo. La condizione si risolve con il passare del tempo.

10.4 Malattia di Sever

Questa condizione è chiamata anche "apofisite calcaneale". Si tratta di un'ostecondrosi dell'apofisi calcaneare dell'osso del tallone, probabilmente legata alla trazione del tendine di Achille.

È una delle cause più comuni del dolore al tallone nei bambini e negli adolescenti. Come altre forme di ostecondrosi, la malattia di Sever è legata all'attività ed è più comune nei maschi. Il suo esordio avviene di solito tra i 7 e i 10 anni d'età, con dolore al tallone e occasionalmente un'andatura claudicante dopo l'esercizio fisico.

La diagnosi viene fatta tramite esame clinico. Non è necessaria nessuna terapia ma solo adeguare il livello di attività per evitare il dolore e, se questo approccio non funziona, bisogna usare un supporto per tallone. La condizione si risolve con il passare del tempo.

10.5 Malattia di Freiberg

Questa condizione descrive l'osteonecrosi della testa del secondo osso metatarsale del piede. La sua causa è probabilmente di natura traumatica. È una malattia non comune e nella maggior parte dei casi colpisce le ragazze in età adolescenziale. Il dolore aumenta con l'attività fisica. L'esame obiettivo mostra indolenzimento sotto la seconda testa metatarsale e a volte gonfiore. La diagnosi è confermata dai raggi X, sebbene possano essere necessarie due settimane dall'inizio dei sintomi prima che i cambiamenti possano essere rilevabili. Il trattamento include il riposo e l'uso di un cuscinetto metatarsale.

10.6 Malattia di Scheuermann

La malattia di Scheuermann o "cifosi giovanile (curvatura della schiena)" è un'osteonecrosi dell'apofisi ad anello del corpo vertebrale (ossa sul margine della parte superiore e inferiore di ogni vertebra). È più comune negli adolescenti di sesso maschile. La maggior parte dei bambini con questa condizione ha una cattiva postura, con o senza dolore alla schiena. Il dolore è legato all'attività e può essere alleviato con il riposo.

La diagnosi è sospetta in seguito all'esame (angolazione acuta della schiena) e confermata dai raggi X.

Per ricevere una diagnosi della malattia di Scheuermann, il bambino deve presentare irregolarità delle piastre vertebrali e incurvamento di 5 gradi in almeno tre vertebre consecutive.

La malattia di Scheuermann di solito non richiede terapia ma un adeguamento del livello di attività del bambino, osservazione e, nei casi gravi, l'uso di un busto.