



## CASO CLINICO

Barbara Rossi (foto), Enrico Giani, Andrea Leli, Alessandro Amanti, Andrea Farneti, Gastone Bruno

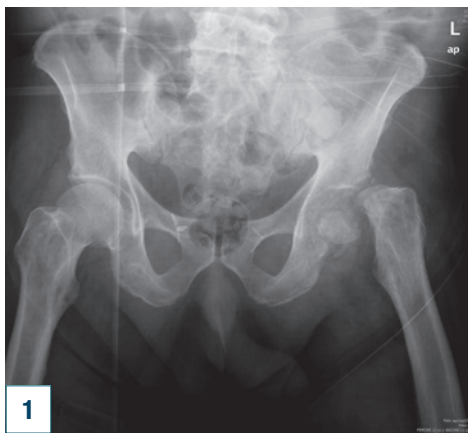
UOC Ortopedia, Presidio Ospedaliero Gubbio- Gualdo Tadino, ASLUmbria1

E-mail: barbararossi82@yahoo.it

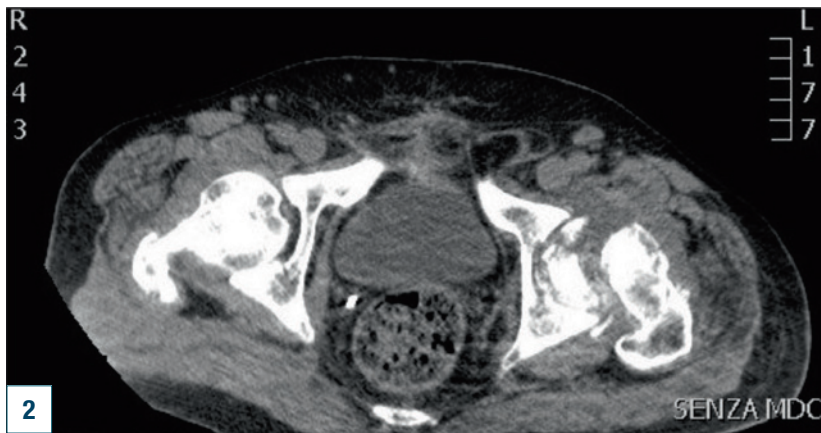
### DESCRIZIONE CLINICA

Uomo, 67 anni. Sindrome extrapiramidale di tipo ipercinetico (“Sindrome delle gambe senza riposo”) ed epilessia in trattamento con Mirapexin, Fenobarbital e Depakin. Artroprotesi ginocchio sinistro (3 anni prima) e destro (1 anno prima). Coxalgi lieve da circa 3 mesi con limitazione funzionale ingravescente e zoppia rapidamente progressiva.

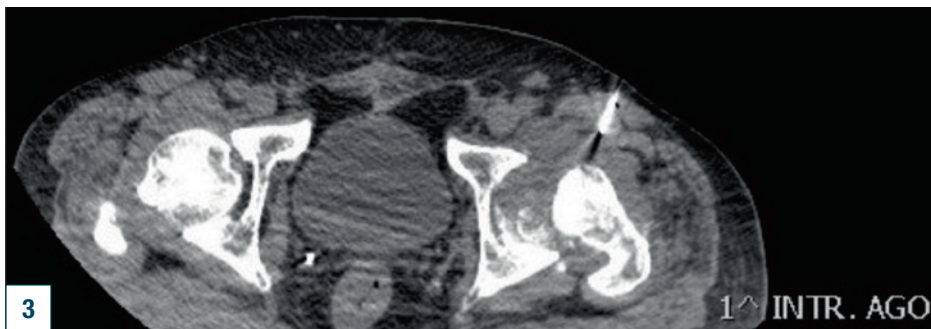
### DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



Rx anca sinistra alla prima osservazione.



TAC mirata a strati sottili.

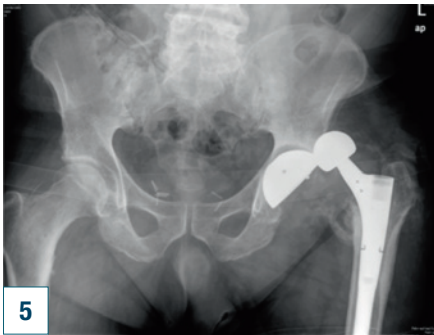


Biopsia “tru-cut” articolare TC-guidata.



Controllo Rx a 40 gg post-operatori.

## DIAGNOSTICA PER IMMAGINI



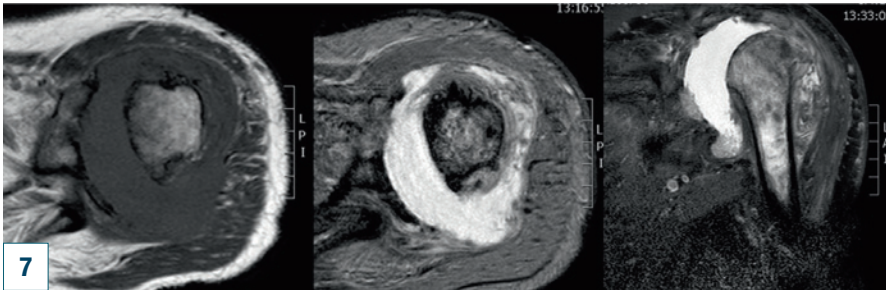
5

Lussazione protesica.



6

Rx spalla sinistra.



7

Esame mirato RM sequenze T1, T2 e SPAIR.

Esegue Rx (Fig. 1), TAC dell'anca (Fig. 2) da cui si documentano l'osteodistrofazione della testa e del collo femorale sinistro ed estese ossificazioni periarticolari, completate da TAC total body che si rivela negativa per neoplasia.

L'esame istologico della biopsia TC guidata (Fig. 3) descrive frammenti di tessuto osseo necrotico e sinovite reattiva cronica; al prelievo di liquido sinoviale, gli esami citologico e colturale risultano negativi.

Il paziente viene sottoposto ad intervento di artroprotesi d'anca *two-stage* (Fig. 4); dopo 3 mesi si ha una lussazione della protesi in assenza di alcun trauma efficiente (Fig. 5), trattata con riduzione manuale e tutore. Dopo ulteriori 10 mesi torna a controllo riferendo artralgia modesta alla spalla sinistra da alcune settimane con importante limitazione articolare attiva e passiva (Fig. 6 e 7).

## DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

- Emocromo
- VES, PCR
- Protidogramma
- ALT, fosfatasi alcalina,  $\gamma$ GT
- Glicemia, colesterolemia
- Creatininemia, uricemia, esame urine
- CK, LDH
- Ricerca sangue occulto
- VDRL e TPHA
- Test Mantoux e Quantiferon
- PSA e altri marcatori tumorali
- Anticorpi anti-citrullina (CCP) e fattore reumatoide
- Autoanticorpi anti nucleo (ANA), anti DNA nativo, ANCA, anti ENA
- Anticorpi anti fosfolipidi (aPL)
- Componenti del complemento: C3 e C4, crioglobuline

**TUTTI I VALORI SONO NELLA NORMA.**

## IPOTESI DIAGNOSTICHE

1. **Malattia di Gaucher**
2. **Poliartrite settica**
3. **Charcot Joint**
4. **TBC ossea**
5. **Metastasi da carcinoma occulto**

Il coinvolgimento poliarticolare è raro, mentre frequente è la lussazione dopo trattamento protesico. su base neuro-vascolare, meccanocettiva e microtraumatica, la cui diagnosi è spesso di esclusione. Si tratta di un'artropatia degenerativa ad eziologia ignota e patogenesi multifattoriale, con buon recupero della funzione articolare. Sarà sottoposto ad ulteriori esami neurologici, RM midollo ed EMG, per valutare la presenza di alcune patologie, ad es. sindrome di Guillain-Barré, malattie demielinizzanti, Charcot Joint (Artropatia di Charcot). Il pz viene avviato a FKT, stretching e terapia medica con FANS.

SOLUZIONI