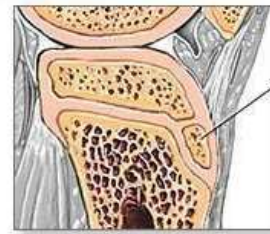


OSTEOCONDROSI

Dr. Federico Morelli

LA MALATTIA

Le osteocondrosi sono un gruppo di patologie che colpiscono le **estremità delle ossa in accrescimento**, in corrispondenza delle cosiddette “**cartilagini di accrescimento**”, ovvero nei giovani pazienti prima del termine del loro sviluppo fisico. La **causa** è sconosciuta ma l'ipotesi più accreditata è che possa essere dovuta ad un **insufficiente apporto di sangue** che determina una necrosi cellulare della componente ossea e cartilaginea, spesso associata ad un'eccessiva sollecitazione meccanica. Teoricamente tutte le estremità dello scheletro in fase di crescita possono essere interessate da una osteocondrosi, tuttavia le sedi più colpite sono le **inserzioni dei grandi gruppi muscolari** (es. il quadricipite sulla tuberosità tibiale tramite il tendine rotuleo) dove l'osso in accrescimento è meno resistente. L'età di insorgenza è compresa **tra i 4 ed i 14 anni**, sono particolarmente a rischio i **sogetti sportivi**. La manifestazione clinica caratteristica è rappresentata dal **dolore** e, a seconda della localizzazione, da **tumefazione**.

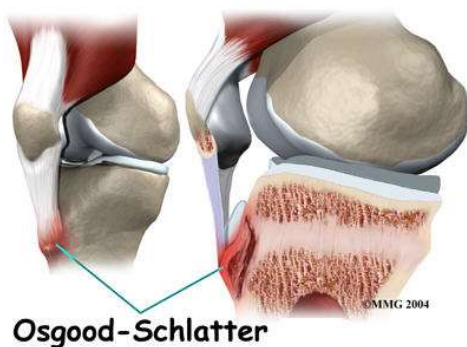


Normale sviluppo della tibia in un adolescente

Le osteocondrosi più comuni sono: il **morbo di Osgood-Schlatter** che coinvolge la parte superiore della tibia, il **morbo di Legg-Calvé-Perthes** che colpisce l'estremità prossimale del femore, il **morbo di Sever-Blanke** che interessa la porzione posteriore del calcagno ed il **morbo di Scheuerman** a livello dei corpi vertebrali.

In generale, tutte le osteocondrosi possiedono un **decorso relativamente benigno** e lento, caratterizzato dalla **regressione spontanea** del processo necrotico e dalla ripresa della normale ossificazione, tuttavia talvolta possono **residuire deformità** più o meno invalidanti.

MORBO DI OSGOOD-SCHLATTER



Osgood-Schlatter

E' la più frequente tra le osteocondrosi, colpisce la **tuberosità tibiale anteriore** in corrispondenza della parte superiore della tibia. In tale sede si inserisce, attraverso il tendine rotuleo, il muscolo quadricipite femorale che, contraendosi, esercita una trazione notevole su una zona con una ridotta resistenza meccanica. La patologia si manifesta **tra gli 8 ed i 14 anni**, interessa più frequentemente il **sesso maschile** ed è spesso bilaterale. Si presenta clinicamente con **dolore** anteriore al ginocchio e tumefazione locale. La sintomatologia si accentua dopo attività sportiva e può causare zoppia, mentre migliora con il riposo. L'**esame radiografico** mette in evidenza l'area di sofferenza nel nucleo di accrescimento della tuberosità tibiale, ma può essere

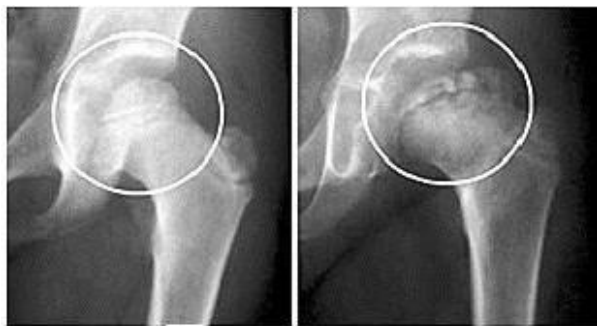


totalmente negativo specie nelle fasi iniziali della malattia, pertanto non è sempre necessario eseguirlo. Nella maggior parte dei casi, l'evoluzione della malattia è verso la **guarigione spontanea** entro 6-12 mesi. Il **trattamento** consiste principalmente nella **sospensione di ogni attività sportiva**; può essere utile la crioterapia e gli anti-infiammatori locali per ridurre la sintomatologia dolorosa. Solo se il dolore è particolarmente accentuato, ed il quadro radiografico e clinico particolarmente avanzato, può essere indicato il confezionamento di un apparecchio gessato (o tutore) per 2-3 settimane al fine di mantenere il quadricipite a riposo. Una possibile **complicanza**, peraltro estremamente rara, è rappresentata dal **distacco** della tuberosità tibiale anteriore per l'azione traente del tendine rotuleo. Più frequentemente può riscontrarsi, a distanza di anni dall'insorgenza della malattia, la presenza di **calcificazioni** peri- o intra-tendinee che possono essere più o meno sintomatiche e richiedere un trattamento chirurgico.



MORBO DI LEGG-CALVE'-PERTHES

Si localizza a livello dell'**estremo prossimale del femore**. L'affezione può manifestarsi **dai 3 fino ai 15 anni**, con un massimo di incidenza intorno ai 6 anni. Predilige i **maschi** rispetto alle femmine e nel 10-15% dei casi è bilaterale. Dal punto di vista clinico è caratterizzata da **dolore** riferito all'anca e spesso irradiato al ginocchio, lungo la parte antero-mediale della coscia. La sintomatologia inizialmente può essere sfumata, mentre in fase più avanzata si manifesta con zoppia, ipotrofia della muscolatura della coscia e della natica e limitazione dell'articolarietà dell'anca colpita. Il dolore si accentua dopo attività fisica. La **diagnosi** si basa sull'esame clinico e strumentale; in particolare



Anca normale

Anca con M. Perthes

le **radiografie** mettono in evidenza le varie fasi evolutive della malattia. La **durata media** del decorso di questa patologia oscilla **tra i 18 ed i 24 mesi**. Il fattore prognostico di maggiore rilevanza è rappresentato dall'età al momento della diagnosi: al di sotto dei 5 anni la prognosi è generalmente buona, mentre dopo i 10 anni, nella maggioranza dei casi, si instaurano a distanza deformità più o meno marcate della testa femorale. Il **trattamento** si basa sui controlli clinici periodici, ricorrendo a brevi periodi di sottrazione del carico o all'utilizzo di

tutori, solamente durante le fasi sintomatiche della malattia per controllarne il dolore. Il mantenimento del movimento articolare è essenziale per consentire l'apporto nutrizionale alla cartilagine e per favorire il modellamento reciproco tra testa femorale ed acetabolo. Il **trattamento chirurgico** viene riservato esclusivamente ai casi in cui esiti una deformità, con lo scopo di ripristinare i normali rapporti articolari dell'anca.

Gentile Sig./Sig.ra,

il presente opuscolo ha lo scopo di fornirLe informazioni utili per la corretta comprensione di questa patologia.

E' importante tuttavia che tenga a mente che tali informazioni rivestono carattere generale e **non possono essere utilizzate per fini medici da personale non abilitato alla professione medica e chirurgica.**

In presenza di sintomi o disturbi correlabili a questa patologia od in caso di dubbi non esiti a contattare il Dr. Morelli o il Suo Medico di medicina generale.

