OSPEDALI CIVILI DI GENOVA-SAMPIERDARENA
REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE
Direttore: Prof. G. LUSENA

Dott. TITO TOSONOTTI
Aiuto chirurgo

OSTEITI DIAFISARIE CORTICALI SUBACUTE DA STAFILOCOCCO NELL'ADULTO

Estratto da *La Chirurgia degli organi di movimento*
Volume XXII, Fascicolo IV – Anno 1936-XV

R. ACCADEMIA DI MEDICINA ROMA

L. CAPPELLI - EDITORE - BOLOGNA

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA-SAMPIERDARENA - REPARTO DI CHIRURGIA GENERALE
Direttore: Prof. G. LUSENA

OSTEITI DIAFISARIE CORTICALI SUBACUTE DA STAFILOCOCCO NELL'ADULTO

Dott. TITO TOSONOTTI
Aiuto chirurgo

LERICHE e BAUER, nel 1929, in un lavoro comparso nella « Revue d'Ortopedie et de chirurgie de l'appareil moteur », richiamavano l'attenzione sopra una singolare forma di osteite dell'adulto, fino allora poco conosciuta e quasi affatto descritta. Si tratta di una forma molto rara di osteite d'origine diafisaria e corticale, ad andamento subacuto, interessante per i peculiari suoi caratteri clinici, per la difficoltà, a volte, della sua diagnosi, e che facilmente si presta a confusione con altre lesioni ossee, ma specie col sarcoma di EWING.

Dopo il lavoro di LERICHE e BAUER le osservazioni non sono affatto divenute più numerose, sono note solo quelle di SOUPAULT e di MARTIN (1933); antecedentemente si conoscevano i lavori di SENECHAL (1911), MELCHIOR (1922), ARROU, MOCQUOT (1926), LECENE (1927).

In Italia, dalle ricerche bibliografiche da me eseguite, non pare siano state fatte particolari pubblicazioni su questo soggetto.

Sembra davvero strano che siano così pochi i casi osservati fino ad ora, ma ciò è dovuto, forse, oltre che ad una effettiva grande rarità di queste forme di osteiti, anche al fatto che esse possono facilmente essere misconosciute, od anche, forse, furono trascurate, perchè ritenute di scarsa importanza pratica.

Le sempre più frequenti osservazioni di casi di sarcoma di EWING le rendono, però, di uno speciale interesse, e meritano di essere ben conosciute, per cui ritengo opportuno, illustrando un caso da me osservato, farne uno studio particolare.

M. Amilcare di anni 34, carpentiere, entra in Ospedale il 6 maggio 1933. Madre morta di tubercolosi polmonare, padre morto di cardiopatia. Nessuna malattia notevole in passato. Un anno e mezzo fa ebbe un foruncolo alla spalla destra, che guarì in un mese circa. Dopo una quindicina di giorni dall'avvenuta guarigione cominciò ad avvertire dolore alla coscia destra, dolore che si irradiò poi al ginocchio. Non sa precisare se ha avuto febbre. In seguito comparve, al lato interno della coscia, tumefazione, che andò lentamente aumentando di volume senza recare, però, disturbi alla deambulazione. Consultò parecchi sanitari, i quali emisero diagnosi diverse: in ultimo fu giudicato trattarsi di un sarcoma del femore.

Fu praticata una radiografia, la quale parve confermare l'esame clinico colla diagnosi radiologica di: iperostosi a forma neoplastica (sarcoma di Ewing?) del terzo superiore e medio del femore destro, e fu consigliato il ricovero in Ospedale per intervento.

All'esame si rileva: uomo in buone condizioni generali, nulla di notevole ai vari apparati. La coscia destra, al lato mediale, si presenta tumefatta in corrispondenza dell'unione del terzo medio col terzo superiore,

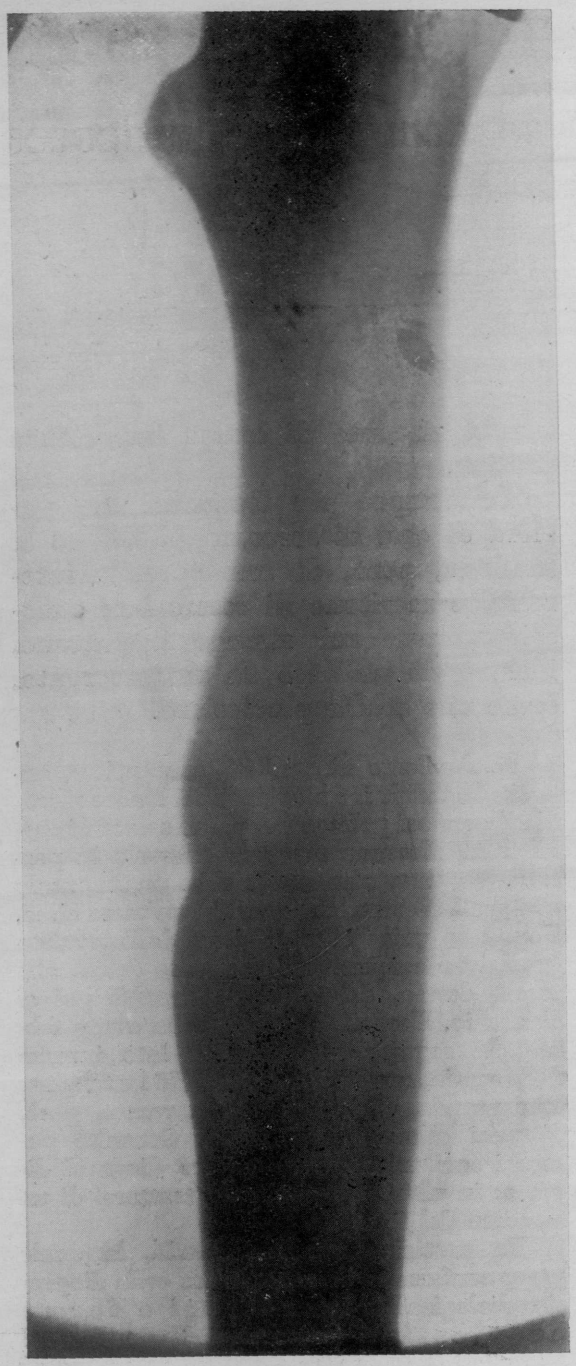

Fig. 1.

La cute è di colorito bianco-roseo, senza segni infiammatori, non febbre, non reticolo venoso anormale. Colla palpazione, si rileva che la tumefazione è costituita da una massa assai prominente, facente corpo col femore, male limitabile, fissa, dura, un po' dolorante alla pressione. I movimenti articolari del ginocchio e della coscia sono liberi, indolenti, completi; non esiste versamento sinoviale.

Esame radiografico: (Prof. Bianchi) « La diafisi femorale, in corrispondenza del suo terzo superiore, appare ingrossata per un tratto di circa 12 cm., e ciò è dovuto ad un ispessimento della corticale ed a notevole reazione periostale in corrispondenza della faccia interna della diafisi stessa. A metà, circa, di detto ingrossamento, che è irregolarmente fusiforme, si nota una cavità ovalare, scavata nella corticale, del diametro massimo di 1 cm. e ½, circa, nel cui lume non appaiono sequestri. La midollare ossea, a tale altezza, sembra ristretta, ma ciò si ritiene dovuto alla proiezione dell'ombra dell'ispessimento cortico-periostale sopra quel tratto midollare, che, probabilmente, è normale ».

Noi, basandosi sull'inizio dell'affezione, avvenuto dopo una quindicina di giorni dalla guarigione di un foruncolo, sulla dolorabilità alla pressione, sulla lenta evoluzione e principalmente sull'esame radiografico da noi eseguito, che dimostra una piccola cavità intradiafisaria, indice di un processo infiammatorio, poniamo la diagnosi di osteite diafisaria corticale da stafilococco molto attenuato. Proponiamo, pertanto, un intervento operatorio, allo scopo di aprire e svuotare la piccola cavità ossea.

Operazione il 10 maggio 1933 (Prof. Lusena). Narcosi morfio-eterea. Incisione alla faccia antero-interna della coscia, nel punto più prominente della tumefazione. Attraversate le masse muscolari si arriva sul periostio, notevolmente ispessito, aderentissimo, compatto; si cerca di asportarlo colla sgorbia fino a cadere in una piccola cavità ossea, che si svuota. Questa è situata nella corticale, non avente più di 1 cm. e ½ di larghezza e 4 o 5 mm. di profondità; contiene pochissimo liquido purisimile e granulazioni. Si preleva col cucchiaio, asetticamente, parte del contenuto, che s'invia per esame culturale.

Esame culturale: (Prof. Rossi). Sviluppo di forme cocciche, disposte ad ammassi, gram positive del tipo morfologico dello stafilococco piogene albo.

Decorso postoperatorio: La secrezione è subito piuttosto abbondante, per cui si applica dapprima un drenaggio tubulare e, dopo qualche giorno, per effettuare un migliore

drenaggio, si pratica una controapertura alla faccia postero-interna della coscia. La secrezione diminuisce, in seguito, rapidamente, e l'ammalato viene dimesso il 10 giugno 1933, in avanzata via di guarigione, che si fa completa dopo circa venti giorni di cura ambulatoria.

Il nostro caso mi pare sia da riportarsi a quelli descritti da LERICHE.

Le osteiti diafisarie corticali, delle quali vogliamo ora trattare, rappresentano la localizzazione secondaria di una infezione stafilococcica, più frequentemente di una foruncolosi, con sede in piena diafisi, ed esordiente nella corticale. La denominazione di osteiti diafisarie corticali subacute da stafilococchi nell'adulto ne fissa, chiaramente, le loro caratteristiche, dando forma ad un'entità clinica e radiologica particolare. Esse non hanno nulla da vedere nè con le osteomieliti a lungo decorso, nè con la riacutizzazione di antiche osteomieliti; sono totalmente diverse dalle forme di osteiti centrali tipo BRODIE, anzi formerebbero un gruppo perfettamente opposto, quello, cioè, delle osteiti corticali. Debbono essere ben distinte dalle forme acute di osteiti diafisarie da piogeni, già descritte, nell'adulto, la cui evoluzione è assai simile a quella tumultuosa delle osteomieliti degli adolescenti, dalle osteiti tifiche, dalle osteiti gommose e tubercolari. Esse possono essere conseguenti alle infezioni le più diverse, ma la foruncolosi sembra sia la più frequente. Qualche volta il focolaio primitivo può sfuggire all'indagine, come nei casi di LECENE e di MOCQUOT. Nei casi descritti il germe in causa fu lo stafilococco dorato o citrino, nel nostro lo stafilococco albo. Il carattere subacuto dell'affezione è dovuto alla scarsa virulenza dei germi, quali sono appunto le varietà citrino ed albo dello stafilococco: per lo stafilococco dorato, la attenuata virulenza fu, in qualche caso, messa in rapporto alla vaccinazione per questo germe. Esse possono manifestarsi in tutte le ossa lunghe, ma sembrano, tuttavia, colpire con predilazione il femore, e, in ordine decrescente, l'omero, il radio, il cubito, la tibia. Il focolaio è generalmente unico, ma possono essere colpite contemporaneamente più ossa, e allora anche le ossa corte non sono risparmiate: così in un caso di LERICHE si ebbero, nello stesso tempo, focolai nel femore, nell'omero e nell'orbita, a destra; in un altro nel femore e nella 4ª vertebra dorsale. La lesione è puramente corticale, indipendente dalla cavità midollare, la quale può, però, finire a volteper essere interessata, dando origine ad una vera osteomielite; ma, il focolaio non essendo midollare, la lesione resta limitata, e la radiografia dimostra sempre l'origine primitivamente corticale della lesione. Nel notro caso la lesione era puramente corticale, e non vi era affatto partecipazione della midollare. Per la patogenesi, la localizzazione corticale è dovute ad un embolia micotica di un ramuscolo periferico dell'arteria nutritizia diafisaria del femore, e producente, quindi, un'affezione circoscritta corticale.

Anatomicamente, l'osteite corticale è costituita, nella forma tipica, da una piccola cavità scavata nella corticale, contenente poco pus, a volte un piccolo sequestro, a volte solo scarse granulazioni. Quando i fatti infettivi sono molto attenuati come è nel nostro caso, si può avere per intensa reazione periostale, la formazione di una iperostosi eburnea, a volte assai voluminosa, nella quale è difficile riconoscere subito l'osteite iniziale. Nelle forme iniziali, quando non vi è

ancora una reaziohe periostale, si ha una tipica erosione corticale a colpo d'unghia. La sintomatologia è molto frusta, l'inizio è subdolo, senza manifestazioni violente, i sintomi generali sono pressochè nulli: si osserva qualche volta una leggera elevazione termica, ma l'evoluzione è più spesso apiretica. La prima manifestazione è un dolore sordo, profondo, senza un carattere particolare: in seguito si rileva, alla palpazione, una tumefazione fusiforme, che fa corpo con l'osso, esito di una intensa reazione periostale.

Questa scarsa sintomatologia non ha nulla di caratteristico, e si pensa tanto meno facilmente a questa forma di osteite in quanto la sede della lesione è diafisaria e si tratta di un adulto. Se vi sono focolai ossei multipli, apparsi pressocchè simultaneamente, si pensa subito a dei focolai infettivi metastatici, anche se non è possibile rintracciare negli antecedenti immediati il focolaio iniziale, ma la difficoltà diagnostica diventa, a volte, grandissima, se si tratta di localizzazione unica.

La diagnosi differenziale dovrà porsi con l'osteite tifica, con l'osteite luetica, con l'osteite tubercolare, con l'osteosarcoma e specie con il sarcoma di Ewing.

L'osteite tifica è anch'essa una tipica osteite corticale diafisaria, che colpisce, in prevalenza, le ossa lunghe. Anche qui l'inizio è subdolo, con poco dolore, a sviluppo lento, con poca o punta febbre, ma, a parte la diversa eziologia, per cui riuscirà facile rintracciare nell'anamnesi una sofferta infezione Ebertiana, l'immagine radiografica mostrerà, generalmente, la formazione di un caratteristico sequestro corticale o di un cosiddetto ascesso a bottone di camicia.

L'osteite gommosa della diafisi delle ossa lunghe può essere differenziata, oltre che per l'anamnesi e le ricerche sierologiche, per la esistenza costante all'esame radiografico di neoformazioni osteoperiostali, che tendono a sequestrare il tessuto gommoso. Di solito, quindi, nelle forme luetiche, si trova attorno al focolaio di necrosi gommosa un anello più o meno esteso di addensamento osseo, che manca nelle altre forme di osteiti. L'osteite tubercolare è assai rara nella diafisi delle ossa lunghe: nell'anamnesi si rileveranno spesso altre localizzazioni pregresse od in atto, vi è uno stato generale scadente, i focolai di necrosi tubercolare presentano al radiogramma poca nettezza di contorni, poichè il tessuto necrosato passa lentamente in un tessuto osseo rarefatto e decalcificato, che si estende fino a notevole distanza dal focolaio di carie tubercolare: la reazione periostale è scarsa. Inoltre nella forma tubercolare è regola quasi costante la formazione di ascessi ossifluenti, ben rilevabili anche in radiografia, ascessi eccezionali in altre forme di osteiti. Bisogna, in fine, prendere in considerazione alcune forme di tumori delle ossa. Tralasciando il sarcoma centrale delle ossa lunghe e le metastasi solitarie, che prediligono, di solito, le epifisi, il sarcoma periostale può presentare qualche difficoltà diagnostica differenziale, ma in questo caso, al radiogramma, il contorno esterno dell'ombra neoplastica si presenta irregolare, la corticale assottigliata ed erosa od ispessita, con riduzione di ampiezza del canale midollare. Dove la diagnosi differenziale riuscirà, però, a volte, particolarmente delicata e difficile sarà col sarcoma di Ewing. Leriche ha fatto rilevare questa difficoltà a proposito di un caso nel quale la discriminazione fra osteite corticale e sarcoma di Ewing non fu

possibile nemmeno all'atto operativo, ma furono necessari esami culturali ed istologici. Kolodnj riferisce di alcuni ammalati affetti da sarcoma di Ewing ed operati come osteomielitici, e l'errore non fu sempre riconosciuto, e commesso anche da chirurghi sperimentati (Senechal e Melchior). Nel nostro stesso caso l'errore era stato commesso clinicamente e radiologicamente da chi aveva visto l'ammalato prima di noi. Se si pensa al quadro del sarcoma di Ewing, si comprende come l'errore, almeno in una fase non molto avanzata, sia facile per una fenomenologia assai somigliante nelle due forme di lesioni ossee. Basta ricordare che il sarcoma di Ewing è un tumore diafisario prevalentemente, che colpisce adolescenti o adulti giovani, ad evoluzione assai lenta, con dolorabilità spontanea ed alla pressione, con iperleucocitosi, accompagnato anche da elevazioni termiche.

La radiografia stessa può essere, in certi casi, insufficiente a chiarire il dubbio diagnostico. La dimostrazione di una cavità ascessuale situata nella corticale sarà, naturalmente, un dato decisivo per un processo infiammatorio: ma in casi iniziali o molto attenuati, o per errore tecnico di incidenza radiografica, questa immagine non potrà essere messa in evidenza, ed allora nemmeno la radiografia chiarirà la diagnosi. Nel caso, già riferito, di Leriche era stata fatta diagnosi di sarcoma di Ewing anche dopo la radiografia, così fu nel nostro caso prima del ricovero in Ospedale. La mancata evidenza della cavità corticale, nell'esame radiografico fatto prima che l'ammalato fosse visto da noi, è da attribuirsi certamente ad errore di tecnica, poichè la cavità da noi riscontrata esisteva, verosimilmente, già alla data dell'esame radiografico fatto prima del ricovero, dato il breve lasso di tempo intercorso, e si sa che in questi casi occorre, in genere, eseguire diversi radiogrammi dell'arto con varie incidenze, poichè può darsi che in un esame sfugga una zona di necrosi mentre in altro esame essa può essere messa bene in evidenza.

L'evoluzione stessa delle due affezioni non sempre potrà chiarire il quadro clinico e radiologico incerto, poichè, se in generale le lesioni stafilococciche hanno un decorso più rapido che i sarcomi, vi sono casi di osteiti corticali a germi molto attenuati, come nel nostro caso, ad evoluzione lentissima, e casi di sarcomi di Ewing a sviluppo molto rapido. Si vede, dunque, fino a qual punto la diagnosi differenziale fra osteite corticale diafisaria e sarcoma osseo di Ewing possa esser delicata, quale ne sia l'importanza pratica e quale possa essere la gravità di un errore diagnostico.

È da ritenersi, pertanto, buona regola, ogni volta che gli esami clinici e radiologici non avranno permesso di fare una diagnosi precisa, senza attendere un ulteriore decorso, sempre dannoso e spesso esso pure incerto ai fini diagnostici, praticare un intervento esplorativo. Il trattamento è quello solito delle osteiti od osteoperiostiti suppurative: messa a nudo del focolaio osseo e scucchiaiamento con esito in guarigione dopo un più o meno lungo periodo di tempo.

BIBLIOGRAFIA

Arrou - Sur les abces des os. « Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie » (1926).

Aubert - Osteite kistique de la diaphise humerale. « Arch. Belges de Chir. » (1924), pag. 216.

Lafont - Osteites et osteomielites pyohemiques a stafylocoques de l'adulte. Thèse de Paris, 1927.

Lecene - Abcés central de la diaphyse radiale dù au stafilocoque doré chez un adulte. « Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie » (1927), 31.

Leriche et Bauer - Les osteites diaphisaires corticales subaiques a staphylocoques de l'adulte. « Revue d'orthop. et de Chir. de l'appar. moteur » (1929), XVI, 1.

Leriche R. - Sarcome de Ewing et osteite diaphysaire corticale. « Lyon. Chir. » (1929), n. 4.

Kolodny - Bone sarcoma. « Surg. Gynec. and Obstrect. » (1927), 4.

Melchior - « Medizinische Klinik » (1922), 28.

Mocquot - Foyers Multiples d'osteomielite chez un adulte. « Bull et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie » (1926).

Senechal - Osteomielite subaigue simulant un osteosarcome de la cuisse. « Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie » (1911).

Soupault - Osteite metastatique diaphisaire corticale. « Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie » (1933), t. LX, 10.

70806

STAB. POLIGRAFICI ED. DE "IL RESTO DEL CARLINO" - BOLOGNA