

Caso di artrite gottosa senza variazioni dell'uricemia

Il caso si riferisce a un'anziana paziente, affetta da numerose comorbidità patologiche controllate da opportune terapie, che da tempo lamentava una importante coxalgia destra, associata a rigidità articolare, dolore alla mobilizzazione e limitazione funzionale rilevante

Leonida Iannantuoni

Medico di medicina generale
Coordinatore Seminari Interdisciplinari
C.F.S. in Medicina Generale, Foggia
WONCA Member

► Storia clinica

Paziente di sesso femminile, di 79 anni, casalinga, vedova.

Anamnesi fisiologica: nata a termine da parto eutocico, normali i primi atti di vita vegetativa, allattamento materno, menarca a 11 anni circa, una gravidanza a termine.

Anamnesi patologica: esiti di artroprotesi al ginocchio destro, ipertensione arteriosa, cardiomiopatia ipertensiva, ipercolesterolemia, BPCO, osteoporosi senile, artrosi polidistrettuale. Per tali patologie è in trattamento farmacologico con:

- alendronato 70 mg/settimana,
- ASA 100 mg/die,
- rosuvastatina 20 mg/die,
- irbesartan 150 mg/die,
- FANS e mucolitici al bisogno.

► Esame obiettivo e iter diagnostico-strumentale

Nell'ottobre del 2010 giungeva in ambulatorio per problemi legati all'ipertensione. Nel corso del colloquio lamentava la persistenza, da qualche tempo, di una fastidiosa coxalgia destra. All'esame obiettivo si evidenziava rigidità articolare associata a dolore spontaneo, che si esacerbava alla flessione-estensione della coscia, andatura caratterizzata da zoppia di fuga.

Non ottenendosi alcun miglioramento con una terapia prima con FANS prima, e successivamente con Coxib, paracetamolo/codeina, nel novembre 2010 ritenevo necessaria l'esecuzione

di radiografia dell'anca destra che evidenziava: "... coxartrosi bilaterale, con rime articolari d'ampiezza conservata. Intensa osteopenia. Formazione tenuamente calcica nelle parti molli adiacenti il collo femorale destro, versante mediale" (figura 1). Alla luce di tale referto si imponeva un approfondimento diagnostico tramite esame TAC dell'arto inferiore destro con e senza mezzo di contrasto il cui referto recitava: "A carico del collo del femore destro, anteriormente rispetto al piccolo trocantere, alterata struttura della componente corticale che appare nella porzione più distale addensata per apposizione periosteale e, più cranialmente, mostra ampia lacuna pseudoerosiva con formazione che si espande nei tessuti molli anteriori, disloca le componenti muscolari e mostra matrice di tipo misto sia cartilagineo che osseo... la lesione... ha caratteri biologici di franca attività..." (figura 2).

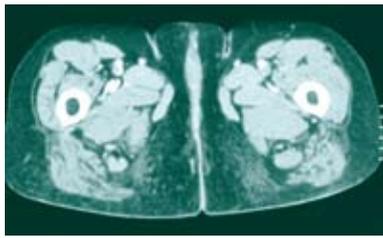
Figura 1

Prima Rx anca destra



Figura 2

TAC arto inferiore destro



▶ Accertamenti bioptici

Ritenendo concluso l'iter diagnostico strumentale, inviavo la paziente a consulenza presso l'Istituto Nazionale Tumori in Napoli, dove veniva sottoposta a "doppio prelievo bioptico con ago 8/G sotto guida TC". L'esame istologico dei frustoli bioptici non risultava diagnostico, poiché costituiti esclusivamente da "tessuto fibroso - muscolo - adiposo". Pertanto, nella necessità di giungere a una diagnosi di certezza si procedeva a un nuovo ricovero, presso la stessa struttura, nel corso del quale la paziente veniva sottoposta a "biopsia a cielo aperto" della lesione femorale. Il referto istologico così recitava: "Descrizione microscopica: il materiale in esame è costituito da... tre frammenti caratterizzati da materiale amorfo talora fibrillaroide, bordato da istiociti spesso multi nucleati. Diagnosi:... artrite gottosa...".

▶ Terapia farmacologica e follow-up

Pertanto, alla dimissione, instauravo terapia farmacologica con febuxostat 80 mg 1 cp/die. Tale terapia otteneva, in breve lasso di tempo, non solo una risoluzione della sintomatologia algica ma anche, e soprattutto, la sostanziale ripresa funzionale dell'articolazione. Per un corretto follow-up (28.5.2012) si eseguiva, per control-

lo, radiografia del bacino, il cui referto riportava: "Note artrosiche diffuse. Osteopenia" (figura 3). Una nuova radiografia di controllo veniva eseguita (10.12.12) con il seguente referto: "Coxartrosi bilaterale con osteosclerosi dei tetti cotiloidei e rime coxo-femorali assottigliate...", che confermava la scomparsa dell'addensamento da deposizione di cristalli di urato. Si riteneva, pertanto, di sospendere la terapia con febuxostat (figura 4).

▶ Considerazioni

Occorre rimarcare che, nel corso di precedenti esami ematochimici routinari, i valori uricemici non hanno mai destato allarme, risultando lievemente oltre i parametri solo in due occasioni e precisamente:

- giugno 2005: 6.1 mg/dL (valori normali <6.0 mg/dL);
- gennaio 2008: 6.4 mg/dL (valori normali <6.0 mg/dL).

Stante l'entità dei valori di uricemia, in ambedue le occasioni si era provveduto a suggerire solo norme di igiene alimentare, che la signora aveva prontamente messo in atto, ottenendo in breve tempo il rientro nella normalità dei parametri esaminati. Nonostante ciò si è verificata deposizione di cristalli di acido urico a carico del collo femore destro e dei tessuti circostanti, tale da determinare non solo la sintomatologia algica e l'impotenza funzionale che hanno allarmato la paziente, ma anche l'immagine radiografica di massa espansiva.

▶ Conclusioni

Una corretta diagnosi, specie nel sospetto di gravi e/o invalidanti patologie può richiedere, come nel caso in esame, una stretta collaborazione multidisciplinare. Per il raggiungimento della

Figura 3

Rx bacino in follow-up



Figura 4

Rx bacino (a distanza di 6 mesi)



diagnosi hanno, infatti, collaborato tra di loro il medico di medicina generale, il medico specialista in diagnostica per immagini, il medico specialista in chirurgia ortopedica, il medico specialista in anatomia patologica. Da non dimenticare, poi, il ruolo svolto dai colleghi cardiologo, anestesista e laboratorista per la preparazione della paziente alle manovre chirurgiche. In ogni iter è fondamentale il ruolo del medico di medicina generale, cui spetta l'onere di formulare una corretta diagnosi di sospetto e attivare, se il caso, un opportuno percorso diagnostico chimico-strumentale e/o specialistico. Percorso che portando ad una diagnosi di certezza permetta, come nel caso in esame, l'instaurarsi di una corretta e risolutiva terapia.