

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



S.C. Chirurgia Vertebrale Oncologica e Degenerativa

Direttore: Dr. Alessandro Gasbarrini

LA SPONDILODISCITE

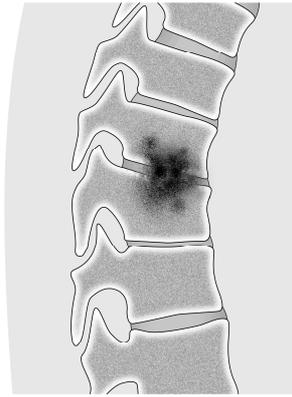
La spondilodiscite è l'infezione della colonna vertebrale interessante il disco e le vertebre adiacenti. Attualmente le infezioni della colonna vertebrale sono relativamente rare (incidenza = 1 caso per 100,000-250,000 all'anno) e ammontano al 2-4% di tutti le osteomieliti (infezioni delle ossa). Le spondiloidisciti si suddividono in *specifiche* e *aspecifiche*: le spondilodisciti **specifiche** sono causate dai microrganismi della tubercolosi (Morbo di Pott), mentre le forme **aspecifiche** sono causate da batteri comuni, da miceti o da parassiti.

Tutte le malattie che causano una immunodepressione sono fattori di rischio per lo sviluppo di una spondilodiscite (diabete mellito, etilismo cronico, tossicodipendenza, AIDS, malnutrizione, terapia corticosteroidica cronica, età avanzata).

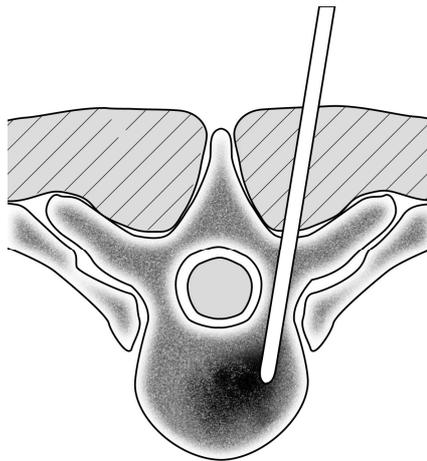
Dalla metà degli anni '70, dato il calo della tubercolosi, nei paesi industrializzati le forme aspecifiche sono divenute le più frequenti. D'altra parte le forme tubercolari non sono scomparse a causa dell'aumento dei flussi migratori dai paesi ad alta endemia e dell'associazione con l'infezione da HIV. In altre parole tutte quelle malattie che causano una immunodepressione son fattori di rischio (diabete mellito, etilismo cronico, tossicodipendenza, AIDS, malnutrizione, terapia corticosteroidica cronica, età avanzata). Attualmente, il microrganismo più frequentemente responsabile di spondilodiscite è lo *Staphilococcus Aureus* (incidenza che varia dal 40% al 90).

I germi responsabili possono infettare la colonna per contaminazione diretta (ad es. in esiti di interventi chirurgici sulla colonna vertebrale), attraverso il sangue (ovvero via ematogena - maggior parte dei casi) o più raramente per via linfatica o per contiguità con un ascesso paravertebrale.

A volte l'infezione si evidenzia con focolai presenti anche in più distretti del nostro corpo. A livello della colonna vertebrale il processo flogistico si localizza e cresce nel disco intervertebrale andando ad erodere parte della vertebra soprastante e sottostante il disco malato.



Il sintomo più comune è il mal di schiena (spesso intenso, continuo e resistente all'allettamento ed agli analgesici); altri sintomi sono l'astenia, la febbre, e meno frequentemente la presenza di deficit neurologici e di deformità della colonna. Il dolore deriva dalla progressiva distruzione delle vertebre interessate. Una volta accertato il sospetto laboratoristico (elevazione degli indici di flogosi ed in particolare PCR e Leucociti), radiografico (RMN) e clinico (dolore, febbre, astenia...), il passo successivo prevede l'esecuzione di una PET-TAC seguita dall'esecuzione di una ago biopsia TAC guidata.



La PET permette di evidenziare l'attività metabolica a livello del segmento interessato e di mettere in luce eventuali altri focolai. Avere uno studio PET prima di iniziare una terapia specifica permette inoltre – per il confronto con gli esami successivi - di avere un riscontro sull'efficacia della terapia stessa. La biopsia permette di avere una diagnosi istologica di infiammazione cronica e permette di isolare il germe in oggetto (esame colturale) e di testare la sua sensibilità nei confronti degli antibiotici (antibiogramma).

Il trattamento delle spondilodisciti è multidisciplinare (medico infettivologo/chirurgo vertebrale). Una volta ottenuto l'antibiogramma il paziente viene sottoposto alla terapia antibiotica.

La terapia delle spondilodisciti è lunga (dai 3 mesi all'anno), e, in molti casi, il paziente, oltre che essere sottoposto a terapia antibiotica, deve restare a riposo assoluto a letto oppure può camminare per poche ore al giorno con un busto commerciale o gessato. Il "bloccare" il segmento malato è indicato per ottenere il massimo effetto delle medicine.

Lo studio TAC e RM permette di evidenziare l'evoluzione verso la fusione delle vertebre interessate che unitamente alla diminuzione del segnale PET e degli indici di flogosi sono i segni di guarigione.

Il trattamento chirurgico è indicato quando è presente un deficit neurologico, quando il coinvolgimento osseo è esteso (presenza di ascesso) o quando il trattamento antibiotico è insufficiente ad eradicare l'infezione. Lo scopo dell'intervento chirurgico è quello di asportare il tessuto infetto e necrotico, evacuare, se presente, la raccolta ascessuale, stabilizzare mediante artrodesi strumentata il tratto di colonna interessato e, se necessario, decomprimere le strutture nervose.

