

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXIV

Dicembre 2021

numero 10

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

NIENTE DI SPECIALE, È SOLO NEUROINFLUENZA!

Pietro Marino, Giuditta Pellino, Valentina Ragnoni, Giuseppe Maggiore

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara; AOU Arcispedale Sant'Anna, Ferrara

Indirizzo per corrispondenza: mrnptr@unife.it

Bambino di 5 anni e mezzo in abituale buona salute, vaccinato secondo Calendario, con anamnesi familiare silente per patologie di rilievo. Una domenica di febbraio accede al nostro ambulatorio di accettazione pediatrica (AAP) per stato di male febbrile esordito con perdita di coscienza, clonie ai 4 arti, trisma, scialorrea, revulsione dei bulbi oculari della durata di circa 15 minuti, seguito da diversi distinti episodi con scosse generalizzate della durata di 5-10 secondi durante il tragitto in auto verso l'ospedale. A seguire, sopore post-critico.

All'arrivo era febbrile (TC 39,3 °C), ma vigile e collaborante con obiettività neurologica e distrettuale negativa, in assenza di segni meningei. Da segnalare unicamente isolata iperemia del faringe e in anamnesi storia di tosse stizzosa negli ultimi giorni. In considerazione della storia, si decide per il ricovero; agli esami ematici riscontro di modesto rialzo della PCR 3,37 mg/dl e formula leucocitaria nella norma, non diselettrolitemia. Data l'assenza, al momento dell'accesso di segni neurologici focali e meningei e le ottime condizioni generali, si è deciso di non eseguire rachicentesi.

Durante la degenza ha sempre mantenuto buone condizioni generali con obiettività neurologica negativa; somministrato unicamente paracetamolo al bisogno. A completamento diagnostico sono stati eseguiti tracciato elettroencefalografico, nella norma per età, e tampone faringeo per virus influenzali, risultato positivo per **Influenza B**.

Apiretico dalla seconda giornata di ricovero, in assenza di nuovi episodi critici è stato dimesso in terza giornata con prescrizione di diazepam endorettale al bisogno.

Sebbene l'influenza sia spesso considerata unicamente affezione respiratoria, la letteratura mette in evidenza come, più spesso di quanto si pensi, siano coinvolti una

varietà di organi e sistemi diversi. Le complicanze extra-respiratorie più frequenti sono quelle cardiologiche (miocardite) e neurologiche, la cui patogenesi, ancora non del tutto chiarita, parrebbe legata più a fenomeni disimmunitari e metabolici che a diretta neuro-citotossicità.

Per **neuroinfluenza** si intende l'emergere o il peggiorare di sintomi neurologici non altrimenti spiegabili, con evidenza laboratoristica di infezione da virus influenzale.

Lo spettro clinico è molto ampio, ma nella maggior parte dei casi le manifestazioni cliniche sono di lieve entità e non richiedono terapia diversa da quella di supporto. Le più comuni sono le convulsioni febbrili, che però tendono a ripetersi nel contesto dell'infezione e si manifestano ai limiti della fascia di età caratteristica e le turbe del comportamento come l'irritabilità o il mutismo. Agli estremi di gravità (anche se molto meno frequenti) troviamo l'encefalite, lo stroke, l'ADEM, la Guillain-Barré e i disturbi neuropsichiatrici.

La diagnosi strumentale, incluse rachicentesi ed EEG, spesso non sono in grado di fornire indicazioni prognostiche chiare circa l'evoluzione della patologia. Persino la RM aggiunge, circa la gravità del quadro, pochi dettagli che non siano già evidenti clinicamente.

A causa della scarsa letteratura al riguardo, risulta poco chiaro anche il ruolo della profilassi vaccinale e del trattamento antivirale nel modificare il decorso della patologia. Esiste tuttavia consenso circa il loro uso in specifiche sottopopolazioni di pazienti nella speranza di ridurre l'incidenza delle complicanze più severe.

Il caso descritto nella sua semplicità ci ricorda che, soprattutto nella stagione invernale, di fronte a sintomi neurologici, nella diagnosi differenziale dobbiamo pensare a molte cose, ma non dimentichiamoci dell'influenza!