

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Luglio 2019

numero 7

INFETTIVOLOGIA

IL VIAGGIO DI YOUSSEF

Prisca Da Lozzo

IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: priscadalozzo@gmail.com

Youssef è un bambino di 12 mesi che giunge in Italia accompagnato dai genitori, in cerca di risposte, al termine di un lungo viaggio in macchina dal Marocco. Terzogenito, nato a termine da parto eutocico, gravidanza normodecorsa e con perinatalità regolare, scopriamo che dai 3 ai 9 mesi di vita Youssef ha presentato ben 3 episodi di OMA perforata e 3 episodi di IVU, trattate in 2 occasioni con terapia parenterale. Per evidenza di reflusso bilaterale di 3° grado alla cistografia retrograda il piccolo era stato posto in profilassi con Bactrim. A 11 mesi è stato nuovamente ricoverato in Marocco per un quadro di tosse e febbre, con diagnosi alla TC torace di pleuropolmonite sinistra interpretata, crediamo, come stafilococcica perché trattata con oxacillina EV per 15 giorni e successivamente con flucloxacillina per os per 7 giorni. All'arrivo presso il nostro reparto, 2 giorni dopo il termine della terapia antibiotica per os, il piccolo si presenta in condizioni generali scadute, con pannicolo adiposo iporappresentato, ritardo della crescita staturo-ponderale e un evidente ritardo dello sviluppo psico-motorio (non riesce a restare seduto da solo senza supporto, non gattona). Febrile, presenta un quadro di otorrea bilaterale e tosse, con riscontro di ipofonesi medio-basale sinistra e persistenza di pleuropolmonite all'ecografia del torace. Avviamo terapia con ceftriaxone ed eseguiamo esami ematochimici che mostrano un emocromo con formula nella norma (!), lieve anemia normocitica e sideropenia, ipoalbuminemia, ipergammaglobulinemia. Le indagini volte a escludere un

quadro di TB (Mantoux, Quantiferon e ricerca di BK in 3 campioni di gastroaspirato) risultano negative. Considerate le infezioni batteriche ricorrenti, nel sospetto di immunodeficienza primitiva e in particolare di CGD, viene richiesto un test di ossidazione alla diidrorodamina che risulta negativo, ma viene segnalato dall'attento immunologo pediatra uno sbilanciamento dei linfociti B verso B della memoria e una prevalenza dei linfociti CD8 sui CD4. Viene pertanto eseguita una sierologia per HIV, risultata positiva, con viremia elevata (RNA HIV pari a 2.647.958 copie/ml) e CD4 ridotti 841/μl (vn 900-5500/μl). Risultava inoltre positiva la ricerca dell'Ag pneumococcico urinario. La sierologia per HIV eseguita nei familiari rivelerà la sieropositività per HIV nel padre e nella madre di Youssef, le sorelline risulteranno invece negative.

Da questo caso ho imparato che nel bambino che viene da lontano con scarsa crescita, ritardo dello sviluppo psico-motorio e infezioni batteriche frequenti il pensiero dell'immunodeficienza acquisita (oltre che primitiva) è d'obbligo, anche in presenza di conta linfocitaria nella norma; suggestivo per infezione da HIV, come nel paziente adulto, l'inversione del rapporto CD4/CD8. Importante ricordare che nel bambino di età inferiore ai 18 mesi il solo rilievo di una sieropositività anche se confermata al Western Blot non è sufficiente a fare diagnosi per la possibile permanenza di Ab materni in circolo, è pertanto sempre necessaria la ricerca dell'HIV-RNA circolante.