

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in estenso sono pubblicati on line.

Casi contributivi



CHIKUNGUNYA: PRIMO FOCOLAIO EPIDEMICO ITALIANO DI UNA MALATTIA TROPICALE

E. Giacomoni¹, M. Pocecco², M. Palazzi³

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

²UO di Pediatria, Ospedale Bufalini, Cesena

³Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Cesena

Indirizzo per corrispondenza: mpocecco@ausl-cesena.emr.it

CHIKUNGUNYA FEVER: FIRST OUTBREAK OF A TROPICAL DISEASE IN ITALY

Key words Chikungunya fever, Paediatric case, Italy

Summary We report the first Italian paediatric case of Chikungunya fever observed in the province of Cesena and caused by a virus transmitted by a tropical mosquito, "tiger mosquito" which was unknown in Italy up to a few years ago.

Caso clinico - S. di 7 anni giunge alla nostra osservazione l'estate scorsa (2007) per febbre elevata (40 °C), insorta 3 giorni prima, associata a dolori intensi agli arti inferiori, che a volte la risvegliano dal sonno. Il nonno ha presentato una sintomatologia simile qualche giorno prima, con epigastralgie e vomito, ed è guarito spontaneamente. La bambina non presenta segni o sintomi di malattia respiratoria e l'obiettività è limitata a un fugace rash aspecifico, prevalentemente localizzato al volto. Alle mialgie riferite non corrisponde una obiettività muscolare manifesta e gli enzimi muscolari risultano normali. La proteina C reattiva è elevata (10,86 mg%), la VES normale; l'emocromo mostra una lieve leucopenia e piastrinopenia (GB 3900 con 70% di PMN, PLT 135.000/mmc, Hb 12,9 g%). Poiché la bambina proviene da un'area in cui recentemente erano stati identificati casi di febbre Chikungunya, eseguiamo la ricerca specifica del virus su sangue con PCR, che risulta positiva. I dolori muscolari recedono in IV giornata e la febbre si risolve per crisi in V giornata.

Il virus e il vettore - Il virus Chikungunya è un Arbovirus isolato per la prima volta nel 1953 in Tanzania. Prende questo nome dalla parola Chikungunya che in lingua Swahili significa "camminare curvo", in riferimento agli intensi dolori articolari che provoca. Il serbatoio dell'infezione è l'uomo nei periodi epidemici; al di fuori delle epidemie umane il virus può infettare le scimmie, gli uccelli e altri vertebrati. Il virus è diffuso nei Paesi tropicali dove ha causato anche grandi epidemie. Il vettore dell'infezione è la zanzara *Aedes albopictus*, comunemente definita "zanzara tigre" (vedi Figura). Questa zanzara fino agli anni '50 si trovava esclusivamente nel Sud-Est asiatico, in India e in Giappone. Negli anni seguenti ha raggiunto l'Occidente attraverso le reti commerciali e attualmente ha colonizzato parte dell'Europa e dell'America, specie nei centri urbani. La zanzara adulta ha una vita lunga (4-8 settimane), un raggio di volo limitato (100-300 metri) e punge specialmente di giorno.

La malattia - La febbre Chikungunya è un'infezione specificamente tropicale. Il quadro clinico è estremamente aspecifico, e la presenza di un focolaio epidemico deve aumentare lo stato di sorveglianza. In particolare occorre notare che la Chikungunya provoca sintomi sovrapponibili a quelli del virus influenzale, ma

usualmente in un periodo dell'anno in cui l'epidemia influenzale non è ancora iniziata. Nel caso che abbiamo descritto la bambina proveniva da una zona in cui erano stati accertati di recente diversi casi di infezione e si è ammalata in periodo estivo. Pertanto il criterio epidemiologico è stato dirimente per la decisione di eseguire la ricerca virale.

La **prognosi** è generalmente benigna, con risoluzione in 3-4 giorni, ma in alcuni casi le artralgie e l'astenia possono durare per settimane, mesi o anni. Le forme acute severe si osservano nello 0,02% dei casi. L'infezione lascia un'immunità specifica permanente. La forma pediatrica è generalmente meno severa, le artralgie sono meno frequenti e il tasso di ospedalizzazione è più basso (18% vs 40% degli adulti). Nei bambini sono più frequenti le manifestazioni cutanee, come un rash bolloso disepitelizzante agli arti e lievi forme emorragiche. La possibilità di una trasmissione materno-fetale è stata dimostrata.

Diagnosi e terapia - La diagnosi viene fatta tramite PCR per l'RNA virale su siero nei casi acuti (nei primi 6 giorni dall'esordio dei sintomi) e mediante determinazione del titolo sierologico successivamente. La terapia è esclusivamente sintomatica. La prevenzione attualmente si basa solo sulla protezione individuale da puntura di zanzara (repellenti, insetticidi, zanzariere) e sulla lotta al vettore: disinfestanti contro l'insetto adulto, prodotti larvicidi su tombini e riserve di acqua stagnanti.

L'epidemia italiana - In Italia la prima segnalazione della presenza di *Aedes albopictus* (zanzara tigre) risale al 1990. È arrivata dall'Oriente probabilmente attraverso il commercio di materiali. Da allora la zanzara tigre ha progressivamente infestato tutta la Romagna. Il primo caso di febbre Chikungunya in soggetto adulto è stato identificato il 21 giugno 2007 in un turista indiano. L'infezione si è rapidamente estesa e in settembre i casi sospetti di malattia erano oltre 260. La regione Emilia Romagna ha effettuato interventi di sorveglianza tramite informazione capillare dei medici; ha disposto la sospensione della raccolta di sangue da donatori provenienti dalle zone a rischio (è stata descritta l'infezione interumana con la manipolazione di sangue infetto); è stata effettuata una disinfestazione mirata, intorno alle aree di residenza di casi anche solo sospetti. Il caso descritto rappresenta il primo caso pediatrico accertato di Chikungunya nel Cesenate.



Figura. La zanzara tigre (*Aedes albopictus*).



UNA ZOPPIA DI DIFFICILE INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

F. De Maddi¹, R. De Ritis², F. Di Pietto², P. Siani¹

¹UOC di Pediatria, Ambulatorio di Reumatologia Pediatrica, AORN

"A. Cardarelli", Napoli

²UOC di Radiologia Vascolare e Interventistica, UOOS RM Body, AORN

"A. Cardarelli", Napoli

Indirizzo per corrispondenza: paolo.siani@ospedalecardarelli.it

HIP PAIN DIFFICULT TO DIAGNOSE

Key words Limb pain, Children, Septic arthritis, Pelvic pyomyositis, Magnetic resonance imaging

Summary We describe the presenting symptoms in a girl, aged 12 years, that presented hip pain and we analyse the initial clinical picture and its worsening. It needs to be differentiated from septic arthritis, pyomyositis and transient synovitis among other disease. Septic hip should be the first diagnostic consideration in children with fever and acute hip pain. Pyomyositis should be considered if there is clinical suspicion of infection outside the hip joint. The patient represents an unusual case of pyomyositis of the psoas muscle caused by Group A beta-haemolytic streptococcus. Magnetic resonance is the preferred imaging modality for the diagnosis.

Caso clinico - Presentiamo il caso clinico di M., di 12 anni, ricoverato per la presenza di dolore ingravescente agli arti inferiori. Circa sette giorni prima ha avuto un episodio febbrile e da due giorni presenta dolore agli arti inferiori con difficoltà inizialmente a camminare e in seguito a mantenere la stazione eretta. L'aspetto generale è molto sofferente. L'esame clinico evidenzia dolore all'anca dx con irradiazione alla coscia e al ginocchio. L'intrarotazione e la flessione-abduzione della coscia evocano spiccata sintomatologia dolorosa. Il dolore aumenta, inoltre, con la digito-pressione della regione iliaca e dei muscoli della regione anteriore della coscia. I riflessi osteo-tendinei sono ben evocabili. Indenni le altre articolazioni. La restante obiettività clinica è negativa. Non è presente febbre. La conta dei globuli bianchi è di 13.700 mmc (75% neutrofili); modesta trombocitosi (563.000/mmc). La VES è di 34 mm/1 h e i livelli sierici della PCR risultano elevati (60 mg/l). Il TAS è di 454 UI/mg. Il tampone faringeo è risultato negativo per lo SBEA. Transaminasi, CPL, LDH e aldolasi nella norma. L'intradermoreazione alla tubercolina è risultata negativa. La coprocultura non ha mostrato crescita di germi patogeni. La ricerca di anticorpi verso l'EBV è risultata negativa. La radiografia dell'anca non ha rilevato segni di lesioni ossee né articolari. L'ecografia delle anche segnala la presenza di versamento a carico del recesso anteriore dell'articolazione dell'anca dx con spessore di 8 mm, regolare spessore della capsula articolare di sx. L'ECG e l'ecocardiogramma sono risultati normali.

Si è iniziato un trattamento con ibuprofene nell'ipotesi di artrosinovite transitoria dell'anca. Dopo 48 ore la ragazza presenta febbre elevata e persistenza della sintomatologia dolorosa. La ripetizione degli indici di flogosi dimostra un notevole aumento della PCR e del TAS (1115 UI/mg). Progressivo aumento delle piastrine (737.000/mmc) e globuli bianchi a 21.000/mmc. Le emocolture sono risultate sterili. Per il rifiuto dei genitori all'artrocentesi, è stata praticata la RM del bacino con il riscontro di versamento intrarticolare nella coxofemorale dx, raccolta fluida

tra i ventri muscolari del pettineo e dell'ileo-psoas e associato edema interspongioso nell'ambito della testa del femore e dell'acetabolo omolateralmente (vedi *Figura*). La diagnosi formulata è stata di **piomiosite**.

Discussione - La presenza dei riflessi osteo-tendinei rotulei ci ha permesso di escludere da subito l'ipotesi diagnostica del medico della nostra accettazione di sospetta sindrome di Guillain-Barré, supportata dall'assoluta impossibilità da parte della paziente di mantenere la stazione eretta con intenso dolore a carico degli arti inferiori. La presenza, all'esame ecografico, di versamento a carico del recesso anteriore dell'articolazione dell'anca ha fatto pensare a un'artrosinovite transitoria dell'anca. La ricomparsa della febbre e l'incremento degli indici di flogosi hanno rimesso in discussione la diagnosi. L'aumento progressivo del TAS indirizzava verso una patologia streptococcica di tipo diretto (artrite settica) o immuno-mediate (artrite reattiva post-streptococcica).

Il reperto della RM ci ha permesso di formulare la diagnosi di piomiosite pelvica con interessamento dei muscoli ileopsoas e pettineo. Il termine di piomiosite definisce l'infezione piogena primitiva della muscolatura scheletrica. La malattia è endemica nelle regioni tropicali, colpendo prevalentemente pazienti in età pediatrica, ma la sua incidenza è in progressivo aumento nei Paesi industrializzati. Lo stafilococco aureo rappresenta il più frequente germe patogeno isolato; infrequenti le segnalazioni di piomiosite da SBEA. Nel nostro caso il progressivo aumento del TAS ha indirizzato verso una eziologia streptococcica. Si ritiene che il meccanismo di diffusione sia la disseminazione ematogena. Da un punto di vista anatomico-patologico nella prima fase "invasiva" è presente edema flogistico, sostituito da focolai ascessuali della seconda fase "suppurativa". In caso di localizzazione pelvica, è fondamentale la diagnosi differenziale con l'artrite settica dell'anca di cui mima la sintomatologia. Una precoce terapia antibiotica migliora drasticamente la prognosi. Ulteriore elemento di discussione del nostro caso clinico è la contemporanea presenza di versamento articolare e dell'edema spongioso dei capi articolari. Per il totale e irrimovibile rifiuto da parte dei genitori non è stato possibile praticare l'artrocentesi, che avrebbe permesso di capire l'esatta natura del versamento. Resta, comunque, il dubbio diagnostico tra versamento semplicemente reattivo (più frequente) o settico. Da segnalare, in tema di diagnosi differenziale per immagini RM, alcuni lavori che considerano la presenza di edema spongioso dei capi articolari concomitante a versamento articolare, segno indiretto di artrite settica.

È stata eseguita terapia con una cefalosporina di 2^a generazione per via endovenosa con rapido sfebbramento e regressione della sintomatologia dolorosa. La terapia endovenosa è stata praticata per 10 giorni, seguita da terapia orale con amoxicillina + acido clavulanico per 3 settimane.

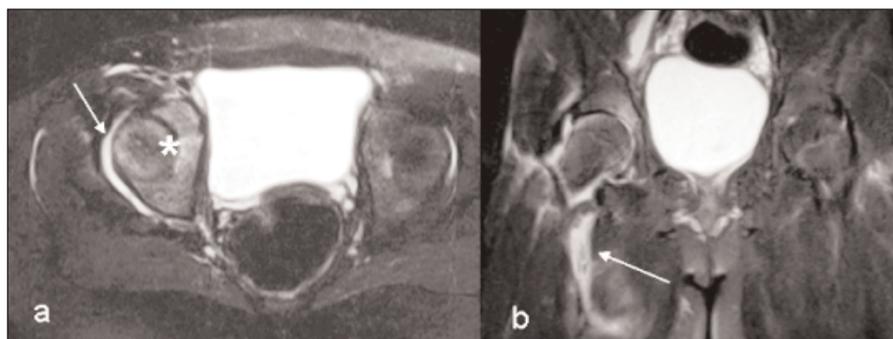


Figura. a) RM assiale: versamento intra-articolare nell'ambito dell'articolazione coxo-femorale di destra (freccia). Incremento di segnale della testa femorale e dell'acetabolo di destra, rispetto all'arto controlaterale, da riferire a edema intraspongioso (asterisco); b) RM coronale: edema e versamento a carico dei ventri muscolari del pettineo e dell'ileo-psoas (freccia).

Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista (www.medicoebambino.com). Questo numero delle pagine elettroniche è ricco di contributi e di informazioni. Basta guardarne i titoli (riportati a pag. 617), che riguardano la pediatria corrente (in particolare merita di essere sottolineato il problema delle iperdiagnosi e iperprescrizioni del reflusso gastroesofageo, anche negli Stati Uniti, in "Appunti di terapia"), ma anche alcuni ambiti più specialistici (ma non solo), come la fibrosi cistica (in "Il punto su..."). In "Occhio all'evidenza" ancora informazioni e approfondimenti, con uno sguardo evidence based, sui distanziatori nell'asma bronchiale. Un'ultima informazione e un invito alla lettura: *Medico e Bambino* cresce e il sito web ne è la dimostrazione circostanziata, con alcune prospettive al servizio dei lettori.