

## FOCOLAI DI MORBILLO NELL'AREA PISANA

F. Vierucci, T. Vanacore, R. De Tata, G. Palla, F. Massei, S. Stabilini,  
G.I. Baroncelli

UUOO di Pediatria I e II, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Indirizzo per corrispondenza: g.baroncelli@med.unipi.it

### MEASLES EPIDEMIC IN PISA TERRITORY

**Key words** Measles, Rom community, Vaccination

**Summary** *The incidence of measles strongly decreased following the introduction of vaccination. However, new cases are steadily reported in Italy as well as in other European countries. By contrast, World Health Organization has targeted, by an extension of the program of vaccination, the eradication of the disease within 2010. Between April and November 2008, 44 cases of measles were diagnosed in Pisa and neighborhood. Out of them, 34 cases were observed in children of Rom immigrant communities. The majority of them were less than 8 year-old, and no patient was previously vaccinated against measles. Out of ten Italian patients, half of them were adolescents; eight of them did not receive vaccination and two did not complete the vaccination against measles. Therefore, surveillance against measles, particularly in subjects at risk, should be extended. Furthermore, the early diagnosis of the disease as well as promoting the complete vaccination of all children are crucial.*

**Introduzione** - Il morbillo è una malattia molto contagiosa; si trasmette esclusivamente da uomo a uomo, e conferisce una immunizzazione teoricamente definitiva. Si sviluppa generalmente attraverso vari stadi: incubazione di circa 14 giorni; stato prodromico della durata di 2-4 giorni (febbre, rinite, tosse, congiuntivite ed enantema); fase di stato (esantema maculo-papulare che si associa a febbre); fase di defervescenza. La contagiosità della malattia è compresa tra 4 giorni prima e 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema. La malattia è autolimitante ma, in alcuni casi (in particolare neonati, bambini malnutriti o in presenza di deficit immunitario), possono insorgere complicazioni. Il vaccino è del tipo vivo attenuato. In Italia viene raccomandata una prima dose intorno al 12°-15° mese, con una seconda dose a 5-6 anni o a 11-12 anni. Nel 2005 l'OMS aveva previsto di eliminare il morbillo in Europa entro il 2010. I dati epidemiologici attuali documentano che tale previsione è stata disattesa, dal momento che la continua insorgenza di epidemie e l'elevata incidenza della malattia in alcuni Paesi testimoniano un'insufficiente copertura vaccinale.

**Casistica** - Durante il periodo di tempo compreso fra aprile e novembre 2008 sono stati diagnosticati, presso le UUOO di Pediatria del nostro ospedale, 44 casi di morbillo (28 maschi e 16 femmine). L'età dei pazienti era compresa tra 1 mese e 16,9 anni (media  $\pm$  DS: 6,0  $\pm$  5,3 anni; 34 pazienti con età < 8 anni). Tutti i pazienti presentavano, o avevano presentato, febbre ed esantema maculo-papulare. Per la presenza di un decadimento

delle condizioni generali, 18 pazienti (41%) hanno richiesto il ricovero in regime di osservazione breve (11%) o in regime ordinario (30%). In questi 18 pazienti la diagnosi è stata confermata mediante esami di laboratorio. Nei rimanenti 26 pazienti la diagnosi era basata su criteri clinici ed epidemiologici.

Dieci pazienti (23%) erano italiani, di cui la metà, con età tra 10 e 18 anni, frequentavano la stessa scuola. Otto pazienti non avevano eseguito la vaccinazione antimorbillosa mentre 2 adolescenti avevano ricevuto soltanto la prima dose del vaccino. Dei 34 pazienti di etnia rom, 30 presentavano un'età < 8 anni. Nessuno di questi pazienti era stato vaccinato contro il morbillo. Mentre i primi casi di morbillo notificati fra i pazienti rom si sono verificati in bambini non residenti nell'area pisana, nei mesi successivi l'infezione si è diffusa prevalentemente nei campi rom autorizzati della zona pisana, colpendo la grande maggioranza della popolazione infantile residente.

Nel complesso, 5 pazienti hanno presentato gastroenterite con severa disidratazione, 4 broncopneumonie con crisi dispnoiche, 2 broncoostruzione con crisi di cianosi, 1 impetiginizzazione delle lesioni cutanee e, infine, 1 paziente congiuntivite purulenta. Nessun paziente ha presentato complicanze neurologiche.

**Discussione** - Il morbillo non può essere considerato una malattia scomparsa nel nostro Paese così come in altre nazioni europee. Un recente studio ha riportato che in Inghilterra e in Galles i casi di morbillo sono significativamente aumentati dal 2006 al 2008. Nel 2003 l'Italia aveva approvato il Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita con l'obiettivo di interrompere la trasmissione del morbillo nel quinquennio 2003-'07. Il Piano si basava sull'incremento della copertura vaccinale gratuita mediante somministrazione di due dosi del vaccino trivalente contro MPR. Gli obiettivi prevedevano di assicurare una copertura vaccinale con una dose di MPR al 95% della popolazione sotto i 2 anni di vita e di garantire la seconda dose di vaccinazione al 90% dei bambini all'età di 5-6 anni. Tuttavia, i dati del 2007 riportano una copertura con una dose di MPR che ha raggiunto l'89,6% dei bambini di età < 2 anni di vita, con un'ampia variabilità regionale (range 67,7-97,3%). In 19 Regioni la copertura è risultata superiore all'85% e in 13 superiore al 90% (Toscana 92,2%); solo il Molise ha ottenuto una copertura vaccinale superiore al 95%.

In Italia, dal 1° settembre 2007 al 31 dicembre 2008, sono stati segnalati 4895 casi sospetti di morbillo in 18 Regioni e province autonome, in un periodo di 16 mesi, con un'incidenza di 8,3 casi per 100.000 abitanti. La prima epidemia è stata segnalata in Piemonte in un gruppo di adolescenti non vaccinati di ritorno dal Regno Unito; altre Regioni particolarmente colpite sono state la Lombardia, la Toscana, il Lazio e l'Emilia-Romagna. Il 61% dei pazienti aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni; l'incidenza più elevata è stata osservata tra gli adolescenti di 15-19 anni (36,3:100.000) e nei bambini di età < 1 anno (30,6:100.000).

Nella nostra casistica i pazienti italiani erano in buona parte adolescenti e il loro contagio era avvenuto in ambiente scolastico. Nei pazienti di etnia rom l'età di insorgenza del morbillo era generalmente inferiore agli 8 anni di vita e aveva carattere epidemico. Si stima che attualmente vivano in Italia circa 110.000 rom, spesso in campi permanenti o semi-permanenti; in questi

gruppi vi è un particolare rischio di focolai di morbillo per la mancata attuazione delle attività routinarie di vaccinazione. Per eliminare la malattia deve essere assicurata la copertura vaccinale con le 2 dosi raccomandate. Particolare attenzione deve essere rivolta ai gruppi a rischio, come le comunità rom,

che possono non essere sufficientemente coperti dai servizi territoriali. Un ruolo importante spetta ai pediatri di famiglia affinché segnalino prontamente i casi sospetti in modo che possano essere messe in atto tutte le opportune misure di prevenzione.

## UNA GAMBINA PIÙ GROSSA

M.G. Scala<sup>1</sup>, M. Mayer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medico chirurgo, <sup>2</sup>Pediatra di famiglia, Napoli

Indirizzo per corrispondenza: mayer.marina@libero.it

### A CHILD'S LARGER LEG

**Key words** *Isolated hemihyperplasia, Lower limb disproportion, Cancer risk, Follow up*

**Summary** *The Authors describe a case of isolated hemihyperplasia (HH) diagnosed on a three-month-old female child. During a visit at our pediatric surgery disproportion of the limbs was noticed, so the child was sent to genetic counseling. HH diagnosis, as a result of an increased cancer risk, requires a regular follow-up until end of development.*

**Caso clinico** - G. è una bella bambina di 4 mesi. Giunge al nostro ambulatorio per una visita di controllo e la mamma ci fa notare che G. ha una gambina più grossa dell'altra (vedi Figura). La piccola è nata a termine da gravidanza normodecorsa e di peso adeguato all'età gestazionale; è allattata al seno, cresce regolarmente e all'ecografia delle anche, effettuata per screening, è stato rilevato un ritardo della maturazione coxofemorale a dx. Durante la visita di controllo i suoi dati antropometrici risultano nella norma (peso, altezza e circonferenza cranica tra il 50-75° centile). All'esame obiettivo è evidente la lieve sproporzione tra gli arti inferiori con asimmetria delle pliche cutanee, confermata da un'accurata misurazione (gamba sinistra 16,5 cm vs destra 16 cm; piede sinistro 11 cm vs destro 10,5 cm; coscia sinistra 16,5 cm vs destra 16 cm). Oltre all'emi-iperplasia della gamba, la bimba non presenta altri dati obiettivi patologici (dismorfismi, visceromegalia, lesioni cutanee quali angiomi o nevi).

L'emi-iperplasia può essere: a) *congenita isolata (emi-iperplasia congenita isolata)*; b) *parte di una sindrome da eccessiva crescita (SEC)*; c) *secondaria a linfedema cronico, malformazioni linfangiomatose*. A questo punto effettuiamo indagini strumentali (ecografia addominale, eco-doppler agli arti inferiori) che risultano negative. Escluse le cause secondarie di ipertrofia dell'arto, inviamo la bimba ad effettuare una consulenza genetica. Perché? Nell'emi-iperplasia, sia isolata che associata a un quadro sindromico di eccessiva crescita, il rischio tumorale è notevolmente aumentato, soprattutto nei primi anni di vita. Per tale motivo la diagnosi aiuta nel programmare il follow-up a cui

deve essere sottoposta la piccola paziente. La consulenza genetica esclude che la piccola sia affetta da una SEC. Viene dunque posta la diagnosi di **emi-iperplasia isolata semplice**. Tale patologia ha un'incidenza di 1:86.000 nati; è caratterizzata da asimmetria somatica, che può riguardare una o più parti del corpo, solitamente visibile alla nascita e che tende ad accentuarsi durante l'adolescenza, e da un aumentato rischio tumorale (5,9 volte più frequente rispetto ai non affetti). I tumori più frequentemente associati a questa condizione sono perlopiù di origine embrionale (tumore di Wilms, epatoblastoma, neuroblastoma ecc.). Si è trovato un consenso tra epidemiologi e genetisti: si sa che la fascia di età a rischio sono i primi tre anni di vita. Tuttavia, è opportuno eseguire indagini più frequenti fino a 8 anni e continuare con controlli distanziati fino all'adolescenza. Dopo gli 8 anni i controlli possono essere diradati ma i pazienti vanno, comunque, tenuti sotto osservazione clinica fino a sviluppo ultimato. In particolare, nel caso specifico della nostra piccola paziente, che presenta emi-iperplasia a carico di un arto inferiore, durante la crescita va valutata la sproporzione longitudinale degli arti che tende ad accentuarsi con l'età.

**Discussione** - Questo caso ci ha insegnato che: a) *le malattie rare non sono poi così rare*; le malattie genetiche sono rare se prese singolarmente ma, nel loro insieme, hanno un grande impatto sulla casistica pediatrica. Inoltre, con l'avanzare della ricerca, il loro numero è destinato ad aumentare nel tempo. Basti pensare che negli anni '60, quando nacque l'OMIM (*Online-Mendelian-Inheritance-in-Man*), conteneva meno di 2000 entries ma attualmente tale numero è lievitato esponenzialmente fino alle 20.176 entità nosologiche; b) *il ruolo di filtro diagnostico del pediatra di famiglia*: dinnanzi a patologie rare o di recente classificazione nosologica il pediatra deve essere in grado di formulare un corretto sospetto diagnostico, effettuare indagini diagnostiche di 1° livello e inviare il paziente al Centro di riferimento.



Le **pagine elettroniche (pagine verdi)** riportano in breve le ricerche e i casi contributivi che compaiono per esteso sul **sito web** della rivista ([www.medicocobambino.com](http://www.medicocobambino.com)). Il sommario delle pagine elettroniche è riportato a pag. 5. La **"Ricerca"** di questo mese affronta il problema dei focolai di morbillo che continuano a essere presenti in Italia, così come in altri contesti europei. Nell'articolo full-text si discute di quelle che possono essere le strategie di sorveglianza e di immunizzazione attiva, rivolta in particolare a gruppi di bambini a maggiore rischio (come i rom). Anno nuovo, rubrica nuova: su questo numero viene inaugurata la rubrica dedicata ai lavori della **"Newsletter pediatrica"** curata da Associazione Culturale Pediatri, Centro per la Salute del Bambino e IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste. Su questo numero si discute della relazione tra introduzione dei cibi solidi e lo sviluppo di eczema (il pesce introdotto prima dei 9 mesi sembra essere protettivo) e del confronto clinico e laboratoristico tra le varie forme di artrite. **"Il punto su"** è focalizzato su una revisione critica della letteratura sui noduli tiroidei. In **"Casi indimenticabili"** due casi particolari di esordio di diabete. Avete mai incontrato una sindrome ereditaria da insufficienza midollare? La sintesi su cosa sapere e fare è riassunta in 20 slide, nella rubrica **"Presentazioni PPT"**. Ancora lettere dall'Angola, ancora lo specializzando Gabriele Cont che ci racconta la sua Africa in **"Appunti di viaggio"**.