

MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXV

Novembre 2022

numero 9

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA CRISI CONVULSIVA... EMOLITICA

Francesca Posocco

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Padova; Ospedale Ca' Foncello, Treviso

Indirizzo per corrispondenza: fraposocco@gmail.com

Caso clinico

Un bambino di 18 mesi, di base sano, giunge alla nostra attenzione presso il Pronto Soccorso di Treviso per stato post-critico in seguito a due crisi convulsive della durata di circa 1 minuto a distanza di circa 10 min l'una dall'altra, caratterizzate da ipotonia, clonie dell'arto superiore dx e revulsione dei bulbi oculari. Apiretico, non precedenti episodi convulsivi. In anamnesi si segnala febbricola nei giorni precedenti associata ad alcuni episodi di vomito alimentare, astenia e inappetenza, ma non diarrea.

All'arrivo in Pronto Soccorso è ipototonico, pallido, responsivo a stimoli dolorosi, segue con lo sguardo ma tende ad assopirsi, pupille iso-iso normoreagenti, non segni di irritazione meningea, obiettività cardio-toracico-addominale: nulla di patologico, pressione venosa stabile, glicemia capillare nella norma. Viene eseguita TC encefalo urgente con esito negativo. Si segnala estrema difficoltà nel reperire un accesso venoso e solo grazie all'aiuto dei colleghi anestesisti viene eseguito un prelievo ematico.

Nel sospetto di encefalite viene preparato il *kit* per effettuare una rachicentesi, ma poco prima di andare in sala operatoria arrivano gli esiti dei primi esami ematochimici: GB 10.430/mm³, Hb 9,4 g/dl, PTL 44.000/mm³, PCR 0,56 mg/dl, azotemia 94 mg/dl, creatinina 2,71 mg/dl, urea 33,57 µmol/l, Na 134 mmol/l, K 5,1 mEq/l. Viene eseguito stick urine, positivo per microematuria e proteinuria. Con il sospetto di sindrome uremico-emolitica il piccolo viene trasferito presso un Centro di terzo livello (Nefrologia Pediatrica di Padova) con la successiva conferma di **sindrome uremico-emolitica** tipica (D+) positiva per *Esche-*

richia coli 026 con decorso clinico caratterizzato da manifestazioni neuro-logiche, ematologiche e nefrologiche non severe (non necessità di dialisi).

Discussione

La diagnosi di sindrome uremico-emolitica si basa clinicamente sulla presenza della classica triade di:

- anemia emolitica microangiopatica;
- trombocitopenia
- danno renale acuto.

È una delle principali cause di insufficienza renale acuta nei bambini. Nel 90% dei casi è causata da *E. coli* che produce la tossina Shiga. In genere è preceduta da una malattia prodromica nei 5-10 giorni precedenti caratterizzata da dolore addominale, vomito e diarrea, solitamente sanguinolenta. In una piccola minoranza di pazienti il caratteristico prodromo della diarrea è assente. I sintomi neurologici, principalmente convulsioni e sonnolenza, sono stati osservati nel 25% dei pazienti. La presenza di coinvolgimento neurologico è un segno prognostico negativo.

Messaggi chiave

- Non sempre la sindrome uremico-emolitica è preceduta da diarrea ematica
- Bisogna pensare alla sindrome uremico-emolitica in un bimbo che presenta crisi convulsive con profondo scaldamento delle condizioni generali (es. difficoltà nel reperire accesso venoso) ed eseguire il prima possibile un prelievo ematico.