

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Novembre 2002

numero 9

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Diagnosi precoce di Malaria da *Plasmodium Falciparum*

Amelia Di Comite, Alberina Perrone, Roksana Chakrokh,
Paola Salvago, Andrea Corsini, Paolo Minelli, Marisa
Maldini¹

*Azienda USL Bologna Nord - Ospedale di Bentivoglio - Unità
Operativa di Pediatria; ¹Azienda USL Bologna Nord - Ospedale di
Bentivoglio - Dipartimento di Patologia Clinica*

INTRODUZIONE

La malaria è una delle malattie infettive più diffuse nel mondo. Essa rappresenta una delle principali cause di morbosità e mortalità nelle aree tropicali e sub-tropicali, ma è presente in modo endemico anche nelle zone temperate quali la Turchia e i Paesi transcaucasici dell'ex Unione Sovietica. Secondo stime dell'OMS la malaria ha un'incidenza globale di 300 - 500 milioni di casi per anno, causa più di un milione di decessi e metà della popolazione mondiale è esposta al rischio di infezione.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad una recrudescenza della malaria nel mondo; in Italia il numero di casi notificati è risultato in costante aumento fino al 1999; nel 1998 e nel 1999 i casi registrati sono stati rispettivamente 973 e 1083, i decessi rispettivamente 2 e 4 ed in entrambi gli anni il 10% dei soggetti affetti era di età inferiore ai 19 anni. Nell'anno 2000 si è osservata una lieve flessione con una riduzione percentuale d'incidenza di circa il 10%. A determinare questo andamento hanno contribuito sia il sempre crescente numero di Italiani che si recano nelle aree endemiche per turismo sia il progressivo aumento dei movimenti migratori provenienti dalle stesse aree. Il *Plasmodium falciparum* risulta essere il più virulento ed anche quello più frequentemente coinvolto nei casi riscontrati in Italia.

IL CASO CLINICO

W.A. di 2 anni e 5/12 di età, giunge presso il nostro Pronto Soccorso per crisi convulsiva in corso di febbre insorta qualche ora prima. Nata in Italia da genitori Africani (madre originaria della Costa d'Avorio e padre del Ghana), da gravidanza a termine, fisiologica e da parto spontaneo eutocico. All'arrivo in ospedale la crisi convulsiva si è già risolta spontaneamente; è il secondo episodio di convulsione febbrile (il primo risale a circa un anno prima). La piccola, sebbene febbrile, è in condizioni cliniche generali discrete, buono lo stato di idratazione di cute e mucose, l'obiettività toracica è

negativa a parte il riscontro di soffio sistolico 1/6 L al mesocardio, l'addome è globoso, meteorico ma trattabile e non si rileva epatosplenomegalia. I genitori riferiscono che la bambina è tornata in Italia da una settimana dopo un soggiorno in Ghana durato circa un mese in visita dai nonni e che da qualche giorno presenta alvo diarroico. Gli esami ematochimici eseguiti all'ingresso in reparto evidenziano una modesta neutrofilia in assenza di leucocitosi, anemia lieve (Hb 10.8 g/dl, Hct 29.8 %, MCV 72.2 fl) e una modesta alterazione degli indici di flogosi (PCR 3.1 mg/dl). Per il persistere di febbre elevata in seconda giornata di ricovero viene eseguita una radiografia toracica che dimostra un quadro di torace "sporco" ed iniziale addensamento in sede postero-basale a sinistra; viene pertanto intrapresa terapia antibiotica per os con amoxicillina + ac. clavulanico. Dopo circa 36 ore dall'inizio della terapia antibiotica la piccola è sempre febbrile e le condizioni cliniche generali appaiono peggiorate; si è inoltre accentuato il meteorismo addominale e si apprezza il polo inferiore della milza a 4-5 cm. dall'arcata costale. L'esame microbiologico delle feci per la ricerca di batteri, parassiti e virus è negativo; l'emocromo evidenzia un aggravamento dell'anemia (Hb 7.8 g/dl) e trombocitopenia (Plt. 61.000/mmc). Nel sospetto di febbre malarica viene richiesto l'esame microscopico dello striscio di sangue periferico che evidenzia la presenza di parassita malarico: "alta percentuale di emazie parassitate, trofozoiti giovani ad anello (1 o più per emazia), assenza in circolo di altre forme maturative; reperto compatibile con la presenza di *Plasmodium falciparum*". Viene pertanto intrapresa terapia con chinino cloridrato e.v. alla dose di 8.5 mg/kg per tre somministrazioni giornaliere. Intanto la riduzione dei valori dell'emoglobina fino a 5.7 g/dl rende necessarie due trasfusioni di globuli rossi concentrati. Dopo 48 ore dall'inizio della terapia specifica si è osservata la completa remissione della febbre seguita dal graduale miglioramento delle condizioni cliniche generali e dalla progressiva regressione della splenomegalia. Pertanto in quarta giornata di terapia si è proceduto alla somministrazione di chinino solfato per os alla dose di 10 mg/kg per 3 somministrazioni al dì. La durata complessiva della terapia con chinino è stata di 10 giorni.

COMMENTO

La segnalazione di un caso di malaria trova sempre motivo di interesse nel fatto che la rarità con cui questa malattia si manifesta ne rende talora difficoltosa la diagnosi. Seconda per letalità (dopo la tubercolosi) tra le malattie da infezione, la malaria ricompare nei Paesi occidentali sia per il crescente turismo nelle aree endemiche, sia per i movimenti migratori da esse provenienti. Anche se nel nostro Paese come in altri Paesi industrializzati l'aumento dei casi non rappresenta un pericolo di reintroduzione stabile della malattia, è importante comunque che venga mantenuta una attenta vigilanza per dia-

gnosticare e curare i casi importati. Accanto a considerazioni di ordine scientifico non possiamo inoltre ignorare una malattia che in un mondo di frontiere sempre piu' labili espone al suo rischio oltre la meta' della popolazione mondiale.