

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VIII

Maggio 2005

numero 5

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Un caso di malaria da *Plasmodium Falciparum*

Silvia Vaccher, Federica Patarino¹, Marzia Lazzerini,
Egidio Barbi

Clinica Pediatrica e *U.O. Emato-oncologia, IRCCS Burlo
Garofalo, Università di Trieste.

Indirizzo per corrispondenza: patarino@yahoo.it

A CASE OF FALCIPARUM MALARIA

Keywords: *P. Falciparum*, thin blood smear, mefloquine.

Summary: we report a case of falciparum malaria in a 2 years old boy, from Burkina Faso. The diagnosis was made by anamnesis, clinical presentation and thin blood smear features. The prevalence of chloroquine-resistance in Burkina Faso is elevated, thus the therapy was made with 2 doses of mefloquine, according to the most recent guidelines.

CASO CLINICO

F. è un bambino di 2 anni e 8 mesi, proveniente dal Burkina Faso, in Italia da circa 10 giorni, dalla cui anamnesi patologica remota emerge il riscontro, nell'aprile 2004, di un'anemia microcitica.

Mentre era ancora nel suo paese d'origine, due settimane prima che giungesse alla nostra osservazione, ha presentato un primo episodio febbrile notturno con temperatura fino a 38.5°C non accompagnato da altri sintomi; gli esami eseguiti il giorno seguente mostravano un'importante anemia microcitica (GR 3600000, Hb 7.8 gr/dl, MCV 69); in quell'occasione venivano riferiti dalla mamma frequenti episodi di sudorazione, verificatisi nei giorni successivi alla puntata febbrile, non accompagnati da febbre.

Il piccolo è stato poi sostanzialmente bene per una decina di giorni, quando ha presentato un episodio febbrile notturno con temperatura fino a 38.2°C, seguito, la mattina successiva, da un episodio di vomito; è rimasto poi sfebbrato fino al giorno successivo quando ha avuto un nuovo picco pomeridiano fino a 38.2°C. Per tale motivo è stato portato all'ospedale locale, dove gli accertamenti mostravano un'anemia microcitica importante (Hb 5.9 gr/dl, MCV 65) con segni di emolisi (Bil tot 1.6 con Bil dir. 0.2, LDH 908, tracce di emoglobina all'esame urine) ed un aumento degli indici di flogosi (VES 120, PCR 9.9). Da questi esami, considerati anche l'origine del bambino e l'andamento della febbre, è stato posto il sospetto di malaria e il piccolo veniva trasferito presso la nostra clinica pediatrica.

All'ingresso F. si presentava prostrato, con mucose e cute palmare pallide, anitterico. Dall'esame obiettivo sono emerse una moderata tachicardia (F.C. 154), ed un addome globoso con un'importante epato-splenomegalia (fegato e milza rispettivamente a 4 cm e 15 cm dall'arcata costale). Il piccolo presentava ancora febbre (TC 39.9°C). Gli esami eseguiti all'ingresso sono risultati del tutto compatibili con il quadro infettivo e di emolisi in corso: emocromo: Hb 6.4 gr/dl, MCV 68, Htc 20, PLT130000; indici di flogosi elevati (PCR 25.6, VES); AST 60 ALT 22, IgG 1502, bilirubina tot 1.71 (diretta 0.05); urine color marsala (allo stix: urobilinogeno: 2-4 mg/dl e bilirubina ++).

Viste l'importante anemia, la discreta tachicardia del bambino e la possibilità di nuovi episodi di emolisi è stata effettuata una trasfusione con emazie concentrate ed è stato supportato con soluzione glucosata come profilassi delle eventuali ipoglicemie secondarie all'infezione.

Dallo striscio periferico (Figure 1,2) è emersa la presenza di parassiti all'interno degli eritrociti (parassitemia 2-3/campo) con un aspetto che ha fatto pensare al *Plasmodium Falciparum*.

Confermata quindi l'ipotesi di malaria la notte stessa è stata avviata terapia con Meflochina essendo la zona di provenienza del piccolo segnalata come clorochino-resistente; sono state somministrate 2 dosi a distanza di 12 ore, la prima pari a 16,5 mg/Kg, la seconda a 10 mg/Kg, entrambe precedute da metoclopramide.

Nell'arco di circa 36 ore il bambino si è sfebbrato e ha ripreso ad alimentarsi da solo.

Dopo 3 giorni di ricovero il bambino è stato dimesso, in buone condizioni generali, con terapia di supporto per l'emolisi (acido folico).

Ad un controllo effettuato presso l'ospedale di riferimento 10 giorni dopo la dimissione, i valori di laboratorio e l'obiettività sono risultati nella norma.

DISCUSSIONE.

La malaria è una malattia che nel mondo occidentale sta assumendo una rilevanza clinica sempre maggiore, visti il crescente fenomeno dell'immigrazione e i viaggi sempre più numerosi in aree endemiche¹⁻³; è una diagnosi che va sempre pensata di fronte ad un paziente con febbre ed anamnesi di un viaggio recente in zone a rischio, anche se è stata eseguita una profilassi. La presenza di splenomegalia ed anemia aumentano il sospetto clinico. Lo striscio ematico con ricerca del parassita è l'esame diagnostico⁴. Una diagnosi tempestiva è fondamentale per poter impostare una terapia adeguata, tenendo conto dell'area di provenienza del paziente che ci darà un'indicazione sia sul tipo di Plasmodio coinvolto sia sulla sua eventuale resistenza alla cloroquina. Nel caso della

malaria da *P. Falciparum*, la diagnosi costituisce un'emergenza medica, dato che questa è la forma più severa ed associata ad una parassitemia intensa; in assenza di una terapia tempestiva ed adeguata, la mortalità tra i bambini non immuni arriva fino al 30%.⁵

Nel nostro caso il paziente proveniva dal Burkina Faso, area in cui è diffuso il *Plasmodium Falciparum*, e l'eziologia è stata confermata dallo striscio periferico, da cui sono emerse le sue caratteristiche tipiche⁶ (più di un parassita per GR, doppio corpo di cromatina, assenza di granulazioni intraeritrocitarie) (Figura 1,2). Nell'area di origine del piccolo è inoltre segnalata, da molto tempo, la presenza di numerosi ceppi di *Plasmodium Falciparum* clorochino-resistenti⁷ ed è stato quindi necessario attuare una terapia con un farmaco alternativo. Abbiamo deciso di utilizzare la meflochina, essendo un farmaco facilmente disponibile, che può essere somministrato per bocca e per un periodo più breve rispetto ad altri farmaci^{8,9}. Le più recenti linee guida indicano che la dose ottimale è di 25 mg/kg, da somministrare in due dosi separate, a distanza di 12 ore¹⁰. Con questa terapia si ottiene la completa guarigione, senza successive ricadute, e non è necessario ricorrere ad ulteriori trattamenti antiparassitari; inoltre, la doppia dose riduce significativamente gli effetti collaterali (che invece erano più frequenti con la monosomministrazione)¹¹⁻¹³. C'è però da segnalare, che, data la lunga emivita del farmaco (21 giorni), è possibile che gli effetti collaterali, quando presenti, si verifichino entro le 3 settimane successive alla terapia.

In conclusione, un caso di malaria da *Plasmodium Falciparum*, che poteva essere grave, data l'età del piccolo e trattandosi verosimilmente di una prima infezione, è stato gestito facilmente e in tempi accettabili grazie ad una tempestiva diagnosi. La diffusione anche presso le nostre realtà di patologie un tempo considerate tropicali deve comportare un'adeguamento delle conoscenze mediche in quest'ambito, per garantire un'assistenza ottimale. Si pone il problema se i primi episodi fosse di malaria. Pensiamo di no. Il valore di Hb di 7,8 mg/dl è comune nei bambini africani; la malaria da *Plasmodium Falciparum* non ha e non può avere un andamento bifasico, a meno di un trattamento iniziale inadeguato: l'esordio emolitico è comune nella prima infezione.

Bibliografia di riferimento

1. Stevenson JE, MacLean JD Imported malaria: clinical presentation and examination of symptomatic travellers Arch Intern Med 1995;155:861-868.
2. Kain KC, Harrington MA Imported malaria: prospective analysis of problems in diagnosis and management Clin Infect Dis 1998; 27:142-149.
3. Greenwood B, Mutabingwa T Malaria in 2002 Nature 2002 Feb 7;415(6872):670-2.
4. Stauffer W, Fischer PR Diagnosis and treatment of malaria in children Clinical Infectious Disease 2003;37:1340-1348.
5. Malaria (Plasmodium). In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (Editors): Nelson Textbook of Pediatrics 17th edition, Philadelphia, Pennsylvania 2004, pag.1139-1143.
6. In Moroni M, Esposito R, De Lalla F (Editori): Manuale di malattie infettive 4a edizione, Milano, Italia 1996, pag. 603-615.
7. Del Nero L, Lamizana L Sensitivity to antimalarial drugs by Plasmodium falciparum in Goundry, Oubritenga province, Burkina Faso Parassitologia 1994;36(3):287-93.
8. In Larry K (Editor): Red book: Report of the committee on infectious disease 26th edition by American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village 2003, pag 343-347.
9. Dubos F, Dellatre P Efficacy and tolerance of mefloquine in the treatment of infants and children with Plasmodium falciparum malaria Arch Pediatr 2003 Jan;10(1):25-30.
10. In Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA The Sanford guide of antimicrobial therapy. Hyde Park, VT: Antimicrobial Therapy 2002.
11. Dubos F, Dellatre P Safety of mefloquine in infants with acute falciparum malaria
12. Pediatr Infect Dis J 2004;23(7):679-81.
13. Luxemburger C, Price RN Mefloquine in infants and young children Ann Trop Paediatr 1996;16(4):281-6.
14. Kuile FO, Nosten F Mefloquine treatment of acute falciparum malaria: a prospective study of non-serious adverse effects in 3673 patients Bull World Health Organ 1995;73(5):631-42.

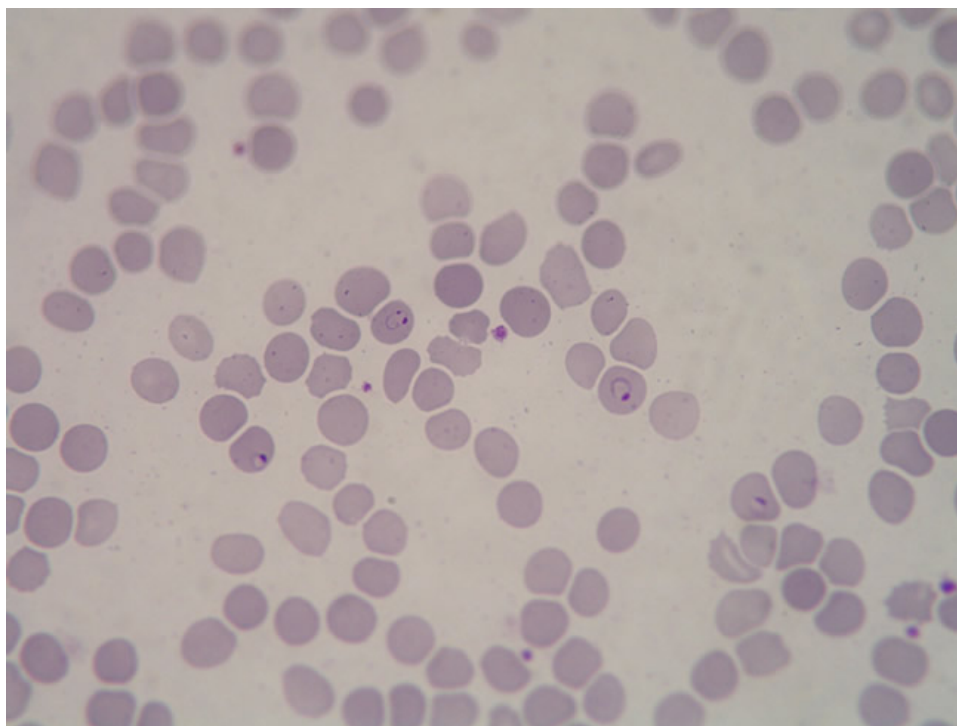


Figura 1: striscio periferico in cui si osservano due globuli rossi con all'interno il Plasmodio ad anello; la freccia indica il Plasmodio con doppio corpo di cromatina, tipico del *P. Falciparum*.