

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

Score predittivo di malattia di Kawasaki refrattaria: dati della Clinica Pediatrica di Palermo

Maria Cristina Maggio, Eugenia Prinzi, Giovanni Corsello

*Dipartimento Universitario ProSAMI "G. D'Alessandro",
Università di Palermo*

Indirizzo per corrispondenza: giocors@alice.it

La malattia di Kawasaki (MK) è una vasculite acuta sistemica autolimitantesi, che interessa prevalentemente i vasi di medio e piccolo calibro; a eziologia sconosciuta, verosimilmente multifattoriale con suscettibilità genica documentata, colpisce lattanti e bambini nella prima infanzia. È la seconda forma di vasculite più frequente nell'età pediatrica dopo la porpora di Schönlein-Henoch. La MK è caratterizzata da febbre continuo-remittente, congiuntivite bulbare non essudativa bilaterale, eritema delle labbra e della mucosa orale, anomalie dell'estremità, rash polimorfo, linfadenopatia laterocervicale non purulenta, in genere unilaterale, con rischio di sviluppare aneurisma delle coronarie. Accanto a forme classiche di MK, esistono forme non classiche (MK atipica e incompleta) di più difficile inquadramento clinico. Il 15% dei pazienti non risponde alla terapia convenzionale (malattia di Kawasaki refrattaria - MKR), con un rischio aumentato di sviluppare aneurismi coronarici. Kobayashi e coll. hanno suggerito l'utilità di uno *score system* che possa predire le forme refrattarie, includendo dati demografici (età, sesso, giorni di malattia precedenti la somministrazione di IVIG) da dati laboratoristici (% di neutrofili, conta piastrinica, AST, Na, PCR). Uno score uguale o maggiore di 5 si associa a un aumentato rischio di forme refrattarie di MK (*Tabella I*).

SCORE DI KOBAYASHI DI RISCHIO NELLA MK

Alto rischio: score ≥ 5

Criterio	Valore
Na < 133 mEq/l	2
≤ 4 giorni di malattia	2
ALT ≥ 100 U/l	1
Piastrine $\leq 300 \times 10^9$	1
PCR ≥ 10 mg/dl	1
Età ≤ 12 mesi	1

Neutrofili $\geq 80\%$

2

Tabella I