



Top 10	
1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

Cosa preoccupa gli italiani?

SEMrush, piattaforma per la gestione della visibilità online, che monitora oltre 140 Paesi, ha realizzato una classifica delle 10 principali preoccupazioni dell'Italia e dei Paesi europei. Nella top ten degli italiani troviamo al primo posto la politica, a seguire disoccupazione, partiti politici, immigrazione, pensione, terrorismo, razzismo, povertà, cambiamento climatico e corruzione, che chiude la classifica. In alcuni casi c'è concordanza anche con altri Stati europei (come Germania e Austria per la politica), in altri invece per nulla (la disoccupazione in Belgio e Regno Unito).

Quando una buona anamnesi può essere decisiva

Scenario

Un ragazzo di 11 anni presenta da circa 2 settimane calo del visus, iperemia congiuntivale e dolore al movimento dell'occhio sinistro, non associati a deficit campimetrici né ad apparenti fattori scatenanti. La famiglia, da subito preoccupata, ha consultato un oculista ma il trattamento topico prescritto, collirio di atropina e betametassone/cloramfenicolo, è risultato inefficace.

Report clinico

Giunge, dunque, presso l'ambulatorio di Oculistica dell'Istituto G. Gaslini. Viene riscontrato un quadro di panuveite con neuroretinite dell'occhio sinistro con un visus di 4/10. Indenne l'occhio destro. Si concorda per il ricovero presso il reparto di Malattie Infettive per gli accertamenti e le cure del caso.

Ad un'accurata anamnesi emerge una storia di varicella a 15 giorni di vita e un *herpes zoster* (HZ) toracico a 5 anni. Per il resto viene riferita buona salute, nessun'altra infezione degna di nota, nessuna ospedalizzazione e una crescita e avvio puberale regolari.

All'esame obiettivo non si riscontrano lesioni cutanee della regione perioculare. L'esame neurologico appare nella norma. Gli esami ematici basali risultano nei limiti. Negative le sierologie per toxoplasmosi, *herpes simplex* (HSV) e *citomegalovirus* (CMV). Rx torace e intradermoreazione secondo Mantoux permettono di escludere una forma tubercolare. Unico riscontro, peraltro concorde con l'anamnesi, la positività di IgG-VZV con IgM negative.

Emerge dunque il forte sospetto che la causa della sintomatologia sia riferibile ad un'infezione virale dell'occhio sinistro.

Viene pertanto avviata terapia con aciclovir endovena (10 mg/kg/die) e prednisone per os unitamente alla terapia topica oculare con tropicamide e desametasone.

Per giungere ad una diagnosi di certezza viene eseguito in sala operatoria un prelievo dell'umor acqueo. Lo studio molecolare mediante *polymerase chain reaction* (PCR) evidenzia la presenza, ad alto

IL CASO CLINICO

Un caso di necrosi retinica acuta da riattivazione di virus varicella-zoster

Gioacchino Andrea Rotulo¹,
Federica Favilli¹, Elio Castagnola²

¹ Scuola di Specializzazione in Pediatria, Istituto Giannina Gaslini, Università degli studi di Genova

² UOC Malattie Infettive, Istituto Giannina Gaslini, Genova

titolo, di VZV-DNA. La diagnosi è quindi di riattivazione di VZV a carico della branca oftalmica del trigemino.

Il ragazzo prosegue terapia con aciclovir e prednisone per un totale di 14 giorni. Dimesso con valaciclovir (1g q8h) per via orale e terapia topica con atropina e etacortilene per 2 mesi.

I controlli oculistici successivi mostrano un iniziale miglioramento clinico con progressiva riduzione della flogosi, del dolore e miglioramento del visus fino a 8/10. Tuttavia, dopo circa 6 settimane dall'esordio della sintomatologia, il paziente lamenta la visione di improvvisi lampi di luce e la comparsa di un'ombra nel campo visivo di sinistra: si evidenzia un quadro di distacco retinico acuto a livello della regione della retina inizialmente interessata dal processo flogistico (figura 1).

Commento

Nella pratica clinica pediatrica, tanto in ambito ospedaliero quanto sul territorio, è frequente imbattersi in problematiche di natura oculistica.

Nel caso di un bambino con iperemia congiuntivale, il cosiddetto "occhio rosso", l'approccio deve essere quanto più puntuale e rapido possibile.

Se è vero che in oltre il 90% dei casi ci si trova davanti ad una banale congiuntivite, è altrettanto vero che possiamo confrontarci con patologie ben più pericolose che possono mettere a serio rischio il visus del paziente.

Non avendo a disposizione alcuno strumento di diagnostica oculare, il compito del pediatra può farsi particolarmente

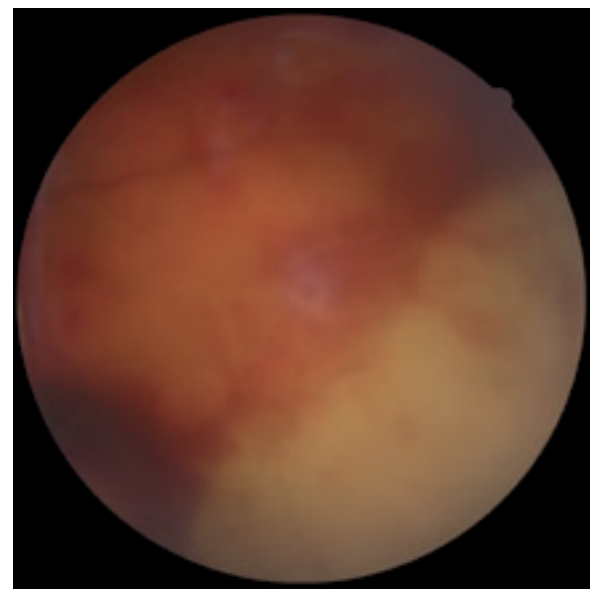
difficile ed esiste il rischio di sottovalutare il problema.

Quali possono essere, dunque, i segni o sintomi di allarme che possono guidarci ad individuare le forme meritevoli di un'immediata valutazione specialistica? Certamente la presenza di dolore, fotofobia e lacrimazione orienta verso una lesione corneale o un glaucoma. Inoltre, in caso di monolateralità dei sintomi diventa molto forte il sospetto di patologie infettive come la cheratite erpetica o l'uveite così come di abrasione o presenza di corpo estraneo.

La bilateralità e la presenza di secrezione mucosa o mucopurulenta spesso depongono a favore di una congiuntivite semplice.

L'anamnesi gioca sempre un ruolo fondamentale. È importante conoscere eventuali fattori di rischio personali (patologie infettive, ripetuta e persistente stimo-

Figura 1. Coroidite diffusa. Vasta area di essudazione retinica temporale inferiore con aspetti emorragici.





Sport e salute, anche per le ossa

Il 6 aprile si è celebrata la Giornata Mondiale dello Sport. La Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) ha ribadito l'importanza per le funzioni ossee di praticare attività fisica per tutte le fasce d'età. L'attività fisica si associa ad allegria e gioia di vivere e alla possibilità di condividere esperienze in gruppo con la volontà di superare i propri limiti. Questa giornata dedicata allo sport si festeggia il 6 aprile proprio perché in quella data si inaugurarono i primi Giochi Olimpici dell'Era Moderna ad Atene nel 1896.

lazione digitale dei bulbi oculari, traumi) o familiari (glaucoma infantile, malattie metaboliche, patologie genetiche).

Tornando al nostro caso clinico il rilievo anamnestico di varicella nei primi giorni di vita unito alla storia clinica personale (HZ all'età di 5 anni) e ai sintomi (dolore, fotofobia ed iperemia congiuntivale monolaterali che perdurano da più di 2 settimane) suggeriscono una diagnosi di una grave riattivazione virale con coinvolgimento di tutto l'occhio sinistro in un quadro di panuveite da *zoster*, non associata a segni cutanei.

L'uveite correlata a *herpes zoster* "sine herpette" è una condizione rara in pediatria ma che dovrebbe essere presa in considerazione in caso di calo del visus associato a dolore oculare monolaterale in un bambino che abbia contratto la varicella nei primi mesi di vita. L'infezione da VZV contratta durante la gestazione o nel primo mese di vita costituisce infatti il principale fattore di rischio per lo sviluppo di herpes zoster in età pediatrica, perché il neonato, inizialmente protetto dalle immunoglobuline materne anti-VZV, è incapace di sviluppare un'adeguata immunità cellulare e umorale nei confronti del virus.

In questi casi, a causa della deficitaria memoria immunologica verso il VZV, il rischio di presentare fino a 2 episodi di *herpes zoster* durante l'infanzia aumenta di circa 35 volte, mentre un terzo episodio si verifica molto più raramente.

Va sottolineato come la riattivazione del VZV, in forma oculare "sine herpette" o nelle più classiche forme contraddistinte dalla patognomica manifestazione cu-

tanea, può verificarsi anche in bambini immunocompetenti e in buona salute.

Tale patologia, conosciuta anche come necrosi retinica acuta perché caratterizzata da una necrosi fulminante della retina, può esitare nella cecità totale dell'occhio colpito e necessita di un'immediata ospedalizzazione. Inoltre, a differenza delle forme più lievi di cheratite erpetica nelle quali è controindicato l'uso degli steroidi, nell'uveite da VZV si fa ricorso alla terapia steroidea topica e sistemica a scopo antinfiammatorio in associazione al trattamento antivirale sistemico.

Questo caso clinico risulta dunque paradigma di come una buona anamnesi e un tempestivo approccio terapeutico debbano essere considerati determinanti ai fini del precoce trattamento di una patologia acuta e dagli esiti potenzialmente drammatici.

Il commento dell'esperto

Riccardo De Marco – UO Oculistica, Istituto Giannina Gaslini, Genova

In età pediatrica la sintomatologia ad esordio acuto caratterizzata da calo del visus monolaterale preceduto e/o accompagnato da dolore e fotofobia deve far pensare ad una uveite posteriore spesso ad origine infettiva. Tra gli agenti causali di questa rara condizione toxoplasma, toxocara, HSV, VZV possono interessare soggetti immunocompetenti mentre le forme da candida, tubercolosi, CMV sono più frequenti in soggetti immunodepressi. Le forme da HSV o VZV, contraddistinte da intenso dolore, portano ad una necrosi retinica acuta. La retinografia mo-

PubMed

▼ Feder HM Jr, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23:451-7; quiz 458-60.

▼ Pikkil YY, Pikkil J. Acute retinal necrosis in childhood. *Case Rep Ophthalmol* 2014;5:138-43.

▼ Johnson RW, Alvarez-Pasquin M-J, Bijl M, et al. Herpes zoster epidemiology, management, and disease and economic burden in Europe: a multidisciplinary perspective. *Ther Adv Vaccines* 2015;3:109-20.

▼ Okumuki F, Usui Y, Kezuka T, Takeuchi M, Goto H. Four cases of bilateral acute retinal necrosis with a long interval after the initial onset. *Br J Ophthalmol* 2011;95:1251-4.

stra iperemia, focolai di corioretinite periferici, aree emorragiche ed essudatizie (figura 1). Di solito sono evidenti una sincrona e una importante reazione infiammatoria granulomatosa in camera anteriore (figura 2). L'OCT mostra aumento dello spessore retinico peripapillare a conferma della neuroretinite.

La diagnosi di certezza si basa sul riscontro dell'acido nucleico virale nell'umor acqueo ma la terapia costituita da aciclovir, steroide sistemico e topico, deve essere avviata al momento del sospetto clinico.

È importante riconoscere e trattare rapidamente le necrosi retiniche acute da *herpes virus* per scongiurare il distacco retinico, quadro drammatico che può insorgere 4-6 settimane dopo l'esordio della malattia e la bilateralizzazione che può avvenire dal 33% all'80% dei casi. ■

Le risposte alle domande sono: 1-c, 2-b, 3-d.

TEST

1. Le retiniti da VZV in età pediatrica

- a. sono frequenti nei primi mesi di vita
- b. sono rare nei bambini immunocompetenti
- c. possono predisporre al distacco di retina
- d. si associano sempre alle tipiche vescicole cutanee

2. Qual è il trattamento indicato nelle uveiti da herpes virus?

- a. Steroide
- b. steroide + aciclovir e.v.
- c. aciclovir e.v. + steroide/cloramfenicolo topico
- d. steroide + cloramfenicolo topico

3. Quando è consigliabile iniziare la terapia?

- a. Se IgG-VZV positive
- b. dopo riscontro di VZV-DNA su umor acqueo
- c. a + b
- d. al sospetto anamnestico/clinico di riattivazione di VZV

Figura 2. Uveite anteriore granulomatosa.

