

Una malattia a due facce

La Lombardia è una delle regioni del mondo con la maggiore diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2. Al 25 maggio 2020 si contavano, in Lombardia, 87.258 casi accertati con 15.874 deceduti. Le province più colpite sono quelle di Milano, Brescia (14.479 affetti e 2500 deceduti) e Bergamo. Dai dati di letteratura finora noti, l'infezione nel bambino decorre con frequenza inferiore rispetto all'adulto e presentazione clinica più lieve con quadri di polmonite interstiziale non grave (febbre, tosse, rinite), talora interessamento gastrointestinale (vomito, diarrea, dolore addominale) o sintomi di interessamento sistemico quali astenia, mialgie, cefalea e inappetenza. Nella Clinica Pediatrica dell'Ospedale dei Bambini di Brescia abbiamo osservato un andamento bifasico nelle caratteristiche dei bambini che sono venuti alla nostra osservazione per COVID-19.



Marco Cattalini



Antonella Meini

Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Brescia, Presidio Ospedale dei Bambini-ASST Spedali Civili di Brescia, Direttore Prof. Alessandro Plebani

Nel primo periodo di picco dell'epidemia (dal 7 marzo alla metà di aprile) abbiamo ricoverato 32 bambini con tampone positivo per SARS-CoV-2 e quadro clinico "classico" con sintomi respiratori (febbre, tosse, dispnea) o gastrointestinali (diarrea, vomito, inappetenza, dolore addominale) da lievi a moderati e un quadro radiologico di polmonite interstiziale. Solo 2/32 bambini (di un mese e un anno di vita) hanno necessitato di ricovero in terapia intensiva dove sono stati sottoposti a ventilazione non invasiva (NIV). Tutti i bambini sono stati dimessi dopo un decorso privo di complicanze di rilievo. In un secondo periodo (dal 14 aprile a oggi), così come già riportato dai colleghi inglesi e dai pediatri dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, presso la nostra UO di Pediatria abbiamo osservato 16 bambini con caratteristiche cliniche del tutto diverse dal gruppo di bambini ricoverati precedentemente in parte simili alla malattia di Kawasaki (KD) atipica/Kawasaki Shock Syndrome (KSS). I segni/sintomi più comuni, in variabile associazione, sono stati: febbre elevata persistente, rash cutaneo polimorfo, congiuntivite eritemato-



All'Ospedale dei Bambini di Brescia, si è osservato un andamento bifasico nelle caratteristiche dei bambini giunti per COVID-19

sa, cheilite, dolori addominali, diarrea, adenomesenterite, artralgie, meningismo associati a segni bioumorali e ecocardiografici di miocardite o pericardite. 8/16 di questi casi hanno presentato un fenotipo infiammatorio acuto particolarmente grave all'esordio con sintomi multisistemici tanto che in 3/8 casi i bambini sono stati ricoverati inizialmente in terapia intensiva pediatrica.

Gli esami di laboratorio evidenziavano iposodemia, ipoalbuminemia, elevati indici di flogosi (in particolare PCR, PCT e Ferritina), D-dimero e Troponina. In nessun caso l'ecocardiogramma ha mostrato aneurismi/dilatazioni delle coronarie. Nessuno di questi 16 bambini apparteneva al gruppo precedente di ricoverati per polmoniti interstiziali SARS-CoV-2 positive. Due soli bambini su 16 sono risultati positivi al tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2 ma tutti avevano storia familiare di contatto con parenti conviventi affetti da COVID-19. Gli anticorpi specifici anti SARS-CoV-2 sono stati eseguiti a 8/16 pazienti e sono risultati positivi in 7/8. L'età media era compresa tra 1 e 15 anni, 8 femmine e 8 maschi. Tutti i bambini sono stati trattati con la variabile associazione di metilprednisolone e.v. e Ig e.v. con ottima risposta clinica e bioumorale.

Sebbene non sia stato possibile dimostrare inequivocabilmente l'associazione causale tra il virus SARS-CoV-2 e questa entità clinica, la storia familiare positiva per COVID-19, la positività della sierologia in alcuni dei pazienti testati e l'alta frequenza in zone ad alta endemia di SARS-CoV-2 indicano un ruolo di questo virus. Il periodo di latenza tra il picco dell'epidemia negli adulti e il numero di bambini con questa forma clinica suggerisce un meccanismo post-infettivo. Fin dal verificarsi dei primi casi il Gruppo di Studio di Reumatologia della Società Italiana di Pediatria ha divulgato un'allerta a tutti gli iscritti, per consentire la precoce identificazione e il trattamento tempestivo di queste forme potenzialmente fatali. È stata inoltre attivata una raccolta dati nazionale, con l'intento di meglio caratterizzarne il quadro clinico e fornire la base per successivi studi di patogenesi. ■

Publicato il Rapporto dell'ISS: sono due sindromi distinte

Publicato il Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità "Malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2".

La sindrome descritta da recenti pubblicazioni europee e statunitensi, e il cui inquadramento nosologico è ancora in corso, sembrerebbe condividere con la malattia di Kawasaki alcune caratteristiche cliniche, un'aberrante risposta infiammatoria, alcune opzioni terapeutiche (immunoglobuline, steroidi, farmaci anticiclotinici). Da questa però – precisa il Rapporto – si distinguerebbe per altre peculiarità, rappresentate da maggiore età dei soggetti colpiti, interessamento multisistemico grave, prevalente interessamento miocardico e/o gastrointestinale. Il documento evidenzia che, al momento, pur in assenza di una definizione di caso condivisa a livello europeo, sia plausibile una correlazione fra infezione da SARS-CoV-2 e insorgenza della sindrome, pur in presenza di evidenze limitate del nesso di causalità. Sottolinea inoltre l'assenza di forti evidenze epidemiologiche di un incremento dell'incidenza della MK, l'assenza di aumentato rischio di recidiva della malattia, l'assenza di aumentata suscettibilità all'infezione da SARS-CoV-2 in pazienti con pregressa MK durante la pandemia COVID-19. Per consultare il Rapporto <https://bit.ly/3eg0DQv>