



# STROKE A 8 ANNI: “QUID AGENDUM”?



S. Pizzi<sup>o</sup>, N. Prendushi<sup>o</sup>, S. Siliquini<sup>\*</sup>, P. Bechi<sup>o</sup>, F. Paci<sup>o</sup>, D. Costantini<sup>o</sup>, E. Romagnoli<sup>o</sup>, G.M. Piattellini<sup>o</sup>, M. Amici<sup>o</sup>, F. Santelli<sup>o</sup>  
<sup>o</sup>SOD ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA - AOUOR PRESIDIO “G. SALESI” - ANCONA ITALY  
<sup>\*</sup> SOD NEUROPSICHIATRIA INFANTILE - AOUOR PRESIDIO “G. SALESI” - ANCONA ITALY

## INTRODUZIONE:

L'ictus è una malattia rara nell'infanzia con un'incidenza stimata di 1-6 / 100.000. Ha sempre più riconosciuto impatto sulla mortalità infantile insieme ai suoi esiti ed effetti sulla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. La presentazione clinica e i fattori di rischio dell'ictus pediatrico sono diversi da quelli degli adulti, pertanto può essere considerato come un'entità nosologica indipendente. La relativa rarità, le peculiarità legate all'età e la varietà dei sintomi manifestati rendono la diagnosi di ictus pediatrico difficile e spesso ritardata.

## CASO CLINICO:

Descriviamo un caso di ictus ischemico pediatrico in bambino con pregressa infezione da Varicella Zoster. C. bambino di 8 anni, in pieno benessere, presentava improvvisamente dolore in sede frontale e disturbo fluttuante dell'eloquio ad andamento ingravescente; in seconda giornata deficit del settimo nervo cranico a semeiologia centrale associata ad afasia motoria, seguiva scadimento del sensorio. Dopo visita pediatrica e ORL veniva rimandato a casa con appuntamento presso Stroke Unit il giorno successivo. Eseguita TC cranio ed RMN encefalo (Fig.1) che mostravano lesioni multiple a carico del territorio dell'arteria Cerebrale Media di sinistra ed evoluzione già modicamente malacica a 5 giorni dall'evento (Fig.2) con persistente stenosi plurisegmentaria a carico di M1 a sinistra.

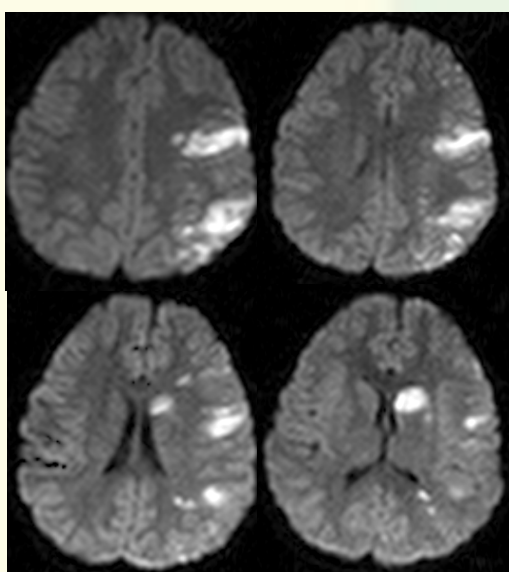


Fig.1

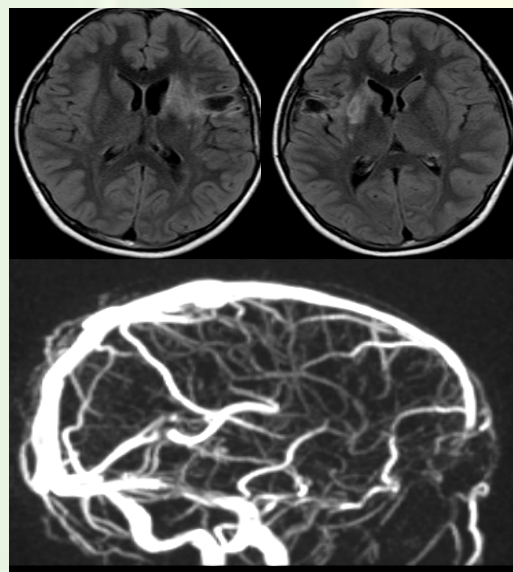


Fig. 2

Veniva, centralizzato nel nostro nosocomio e ricoverato in Terapia intensiva Pediatrica alla luce di lieve insufficienza respiratoria con alterazione del sensorio (soporoso, con parametri vitali ai limiti di norma, afasico, con emisindrome motoria facio-brachio crurale destra; PedNIHSS pari a 19 e PedGCS 8/15). Veniva impostata terapia con Anticoagulante sc a dosaggio di 100 UI/kg x2/die. Alla luce dell'anamnesi positiva per infezione da VZV quattro mesi prima, veniva iniziato Aciclovir.

Veniva inoltre eseguito screening trombofilico, reumatologico e cardiologico che non hanno evidenziato elementi degni di nota.

Si segnala su siero riscontro di IgM versus HSV1 (in due misurazioni diverse) e IgG versus VZV in assenza di IgM. In 5° giornata si è eseguito esame liquorale alla ricerca, tramite PCR, di Herpesvirus e VZV (assenti) e di anticorpi anti VZV (IgM, IgG) ed anti HSV1 e 2 (IgG). L'esame chimico-fisico evidenziava modica pleiocitosi (8 cellule, monociti), indice di Link normale mentre sono risultate bande monoclonali nel liquor a testimonianza di produzione di anticorpi a livello intratecale. Il quadro clinico è progressivamente migliorato dopo la 4° giornata.

## CONCLUSIONI:

Portiamo il caso in discussione per evidenziare che in corso di un evento neurologico pediatrico ad esordio acuto sarà necessario indagare su malattie di base e/o fattori predisponenti tenendo conto della localizzazione dei deficit neurologici.

In secondo luogo per discutere il probabile ruolo di fattore scatenante del virus Varicella Zoster, ipotizzando nell'evento ischemico a coinvolgimento isolato di un vaso arterioso intracranico, una complicanza tardiva della suddetta infezione, presentatasi circa 4 mesi prima e non trattata con antivirale. L'associazione di vasculopatia da VZV con evento ischemico cerebrale, in particolare in età pediatrica, è stata già oggetto di diverse segnalazioni e studi. Noi segnaliamo il caso alla luce della coesistenza di pregressa infezione da VZV (3), segni di infezione acuta da HSV1 e dello stato di immunodeficit (riduzione alla conta di CD4 e CD8).

In fine, ma non per ultimo, è necessario condividere la necessità di creare un team multidisciplinare ogni qual volta si ha il dubbio di stroke pediatrico. E' necessario mettere insieme diverse professionalità che possano tempestivamente valutare (clinicamente e neuroradiologica-mente) e trattare con la giusta intensità di cura ogni singolo paziente. Va infatti sottolineato come il singolo trattamento, in età pediatrica, è in grado di migliorare l'outcome in maniera più incisiva che in età adulta.

La condivisione di esperienze e di studi multicentrici ad hoc potranno permettere la realizzazione di quelle linee guida, tanto attese, per l'età evolutiva.

## Biografia essenziale:

- Nagel et al. The varicella zoster virus vasculopathies: Clinical, CSF, imaging, and virologic features. *Neurology*, 2008;
- Mitchell et al. Herpesvirus Infections and Childhood Arterial Ischemic Stroke: Results of the VIPS Study. *Circulation* 2016;
- Vora et al. Varicella-Associated Stroke. *J Pediatrics* 2018.