

La sindrome di Urbani - SARS

Alfredo Guarino

Dipartimento di Pediatria, Università Federico II, Napoli, Presidente della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica

Abstract

The article reports essential information for paediatrician on Urbani-SARS syndrome recently recognized as a new emerging infectious disease that is highly contagious with significant morbidity and mortality.

Alfredo Guarino, Urbani-SARS syndrome
Quaderni acp 2003 vol. X n° 3; 10

La sindrome Urbani-SARS è stata identificata nel febbraio 2003 come un'epidemia virale associata a sintomi respiratori, diffusa in diversi Paesi, associata a una mortalità compresa tra il 3 e il 10%, probabilmente indotta da un mutante di Coronavirus. La diffusione della SARS si ha per via aerea o per contatto; l'incubazione massima è di circa 10 giorni. Al momento della preparazione di questo articolo (24 maggio '03) sono riportati circa 8000 casi e oltre 700 morti, e sono in corso investigazioni epidemiologiche, cliniche e microbiologiche. Il controllo e il monitoraggio dell'epidemia sono effettuati dai *Centers of Disease Control* di Atlanta, il cui personale lavora a stretto contatto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Un **caso sospetto** di SARS è definito da:

- febbre superiore a 38 °C;
- uno o più dei seguenti segni clinici di malattia respiratoria: tosse, respiro breve, distress respiratorio, ipossia;
- provenienza nei 10 giorni precedenti dall'inizio dei sintomi da zone a rischio di SARS o contatti stretti nei 10 giorni precedenti con un paziente con patologia respiratoria che abbia viaggiato in Paesi a rischio o abbia avuto contatti con una persona con sospetta SARS.

Un **caso probabile** di SARS è definito da una delle seguenti caratteristiche aggiuntive al caso sospetto:

- segni radiologici di polmonite o di sindrome da distress respiratorio acuto;
- reperto autoptico compatibile con sindrome da distress respiratorio in assenza di una causa identificabile.

In pratica il quadro della SARS è caratterizzato da incubazione di 2-7 giorni con febbre, brividi e sintomi respiratori simil-influenzali. Dopo 3-7 giorni si osservano sintomi consistenti con interessamento delle basse vie respiratorie con tosse secca, talvolta associata a dispnea, che nel 10-20% dei casi richiede intubazione e ventilazione meccanica. La prognosi è infuata nel 6% dei casi circa.

La radiologia è caratterizzata da interstizio-patia focale progressivamente più ampia o generalizzata, talvolta con aree di consolidamento. Il laboratorio mostra iniziale leucopenia e trombocitopenia con

elevazione della creatina-fosfochinasi e modico aumento delle transaminasi.

La SARS colpisce anche l'età pediatrica, ma la sua prevalenza e gravità sono poco chiare per la esiguità e disomogeneità dei dati. Il 14% dei casi di SARS negli USA ha interessato l'età pediatrica (9% in soggetti fino a 4 anni e 5% nella fascia 5-17 anni, con un tasso di mortalità del 4%). In Canada la prevalenza di casi pediatrici è pari al 2%. Dati preliminari indicano che i bambini hanno una forma meno grave e sono meno contagiosi rispetto agli adulti. L'approccio delle autorità sanitarie è basato di monitoraggio dell'epidemia e con l'applicazione della quarantena dei malati o potenzialmente infetti in Paesi a rischio, e con la costituzione di un cordone sanitario negli aeroporti di Paesi bersaglio.

In Italia sono riportati al momento una decina di casi di probabile SARS, inclusi 2 bambini, ma la situazione appare, come in altri Paesi, rapidamente evolutiva. Le autorità sanitarie italiane hanno stabilito due centri di riferimento, a Milano e Roma, e un sistema di monitoraggio epidemiologico e hanno diramato indicazioni alle autorità sanitarie regionali sulle misure di prevenzione e intervento. È stato attivato il numero verde 800.571.661. Il sito del Ministero riporta le procedure di gestione dei casi sospetti e quelle per la protezione del personale. La gestione di eventuali casi si basa sull'utilizzo della rete assistenziale utilizzata per la gestione dell'AIDS. Sono inoltre operative precise disposizioni e misure negli aeroporti. L'Istituto Superiore di Sanità agisce come organo tecnico del Ministero ed è stata attivata una task force, coordinata dal Servizio di Protezione Civile. L'efficacia operativa delle misure dipende dall'efficienza organizzativa delle strutture nazionali e regionali, dall'evoluzione dell'epidemia e dalla disponibilità di mezzi per il suo controllo. Tutte le informazioni mediche e scientifiche sono disponibili in Internet. I siti dedicati sono aggiornati quotidianamente e si osserva un andamento "isterico" delle informazioni, con un'alternanza di messaggi rassicuranti e apocalittici.

Ad oggi sappiamo che il virus si trasmette con un'efficienza relativamente bassa per

contatto e per via aerea. Non sembrano esserci categorie protette, mentre alcune malattie croniche (ad esempio il diabete) costituirebbero fattori di rischio di evoluzione sfavorevole. A rischio è il personale sanitario, che ha pagato già un tributo altissimo al virus quando le precauzioni per evitare il contagio non erano osservate. D'altra parte l'efficacia preventiva di tali misure non è nota. L'evoluzione dell'epidemia è poco prevedibile. I due scenari estremi sono l'autorisoluzione del problema o una epidemia di notevole intensità, che appare del tutto improbabile. Si può ragionevolmente prevedere una situazione intermedia e relativamente tranquilla. I casi osservati in Paesi diversi dai pochi Paesi interessati dall'epidemia sono tutti importati. Ciò permette una facile identificazione e permette di mantenere circoscritto il numero di casi in cui è necessaria la gestione in centri di riferimento. Qualora fossero osservati casi secondari, anche se sporadici, la situazione sarebbe infinitamente più impegnativa per la difficoltà di discriminare la SARS dalle altre infezioni respiratorie. Una risposta al problema, anche se parziale, deriva dalla disponibilità di disporre di un test diagnostico, che è in corso di allestimento.

L'atteggiamento dei pediatri di fronte alla SARS richiede comportamenti semplici e precisi: adeguata informazione con l'uso dei siti web e compliance con le indicazioni delle autorità sanitarie; rassicurazione delle famiglie nella situazione epidemiologica attuale; collaborazione con i centri di riferimento; segnalazione immediata dei casi sospetti, agevolando le opportune procedure di verifica.

In termini di gestione, il pediatra, deve affrontare il problema nei bambini, valutando appropriatamente la diagnosi differenziale. Va quindi evitato il ricorso a procedure non utili e non consigliate che generano panico e il ricorso a consulenze o riferimenti ospedalieri inappropriati che determinerebbero un inutile sovraccarico per le strutture sanitarie.

www.who.int/csr/sars/en/index.html

Per corrispondenza:
Alfredo Guarino
e-mail: alfguari@unina.it