

Scuola di Specializzazione in Pediatria (Direttore: Prof. A. Guarino)
Protocollo di gestione della Malaria

Tutor: Dott. A. Lo Vecchio AIF: Dott.ssa S. Viscovo



Definizione: Parassitosi causata da Plasmodium spp. (falciparum, malariae, ovale, vivax, knwolesi)
P. Falciparum il più frequente e causa di MALARIA GRAVE (40% mortalità)

Modalità di trasmissione: Zanzara Anopheles femmina infetta, trasfusione di sangue/organi infetti, aghi contaminati, via transplacentare.

Quando sospettare Malaria?

PRODROMI	SINTOMI CLASSICI		ANAMNESI
Cefalea, astenia anoressia dolore toracico, articolare, muscolare addominale	Febbre alta con brivido	+	Viaggi in zone endemiche nell'anno precedente o Domicilio in area endemica
	oppure sudorazione, cefalea, astenia, mialgie, nausea, vomito, dolore addominale, diarrea + splenomegalia, epatomegalia, pallore, ittero		Indipendentemente dalla PROFILASSI, ricordare l'incubazione varia: 9-14 gg P.falciparum; 15 gg-12 mesi P.vivax; 16-18 gg P. ovale; 18-40 gg P. malariae, considerare recidive/recrudescenze

Esami di Laboratorio suggestivi: Anemia, piastrinopenia, ipertransaminasemia, iperbilirubinemia, aumento indici flogosi (VES, PCR, PCT)

Definizione di Malaria Grave? Quadro clinico/positività P. Falciparum + 1 tra:

- 1) **Alterazioni della coscienza** (GCS<11; Blantyre<3)
- 2) **Acidosi metabolica** (BE>8; HCO₃<15; lattato>5)
- 3) **Ipoglicemia** (<40 mg/dl)
- 4) **Anemia severa** (Hb<5 g/dl)
- 5) **Insufficienza renale** (Crea>3 mg/dl; Urea>20mM, emoglobinuria)
- 6) **Ittero** (Bilirubinemia>3 mg/dl)
- 7) **Edema polmonare** (SatO₂<92%a.a., FR>30 apm, crepitii, Rx+)
- 8) **Sanguinamento rilevante** (AVR, accessi venosi, ematemesi, melena)
- 9) **Shock** (compensato: refill>3sec; scompensato: Pa sist.<70 mmHg)
- 10) **Iperparassitemia** (P. falciparum > 10% o dal 2-5%)

Che esami diagnostici effettuare?

Anamnesi + E.O. e parametri vitali:

- GCS Pediatrica
- TC°
- FC, PA
- Tempo refill capillare
- FR, SatO₂%

Indagini di laboratorio e strumentali:

1. EAB
2. Destrostix
3. Emocromo
4. Elettroliti
5. Crea, Urea
6. Ast, Alt, LDH, bilirubina
7. Emocoltura
8. Multistix/esame urine
9. ECG, eventuale Rx torace
10. **Striscio goccia spessa e sottile****
11. **Test rapido antigeni Plasmodio*****
12. **PCR per Malaria******

****GOLD STANDARD DIAGNOSTICO:**

Striscio a goccia spessa (elevata sensibilità)

Striscio a goccia sottile (elevata specifico, % Parassitemia = indicatore gravità)

Usare SANGUE CAPILLARE, ripetere x 3 gg consecutivi, fino a negativizzazione % parassiti

→Inviare vetrini c/o laboratori esperti→ Lab. Cotugno n°081/7067399

***Binax Now Malaria test rapido identifica P.falciparum o vivax/ovale, usare SANGUE CAPILLARE dato che EDTA può inficiare il risultato

→Kit disponibili c/o Microbiologia del Policlinico, PS Ospedale Cotugno (n° 081/7067292), PS Ospedale Santobono (n°081/2205111)

****Effettuabile c/o Microbiologia del Policlinico

Come trattare?

1. Prima scelta nella malaria da P. Falciparum non complicata → ACT:

<i>Diidroartemisinina-piperachina (Eurartesim)</i>	<i>Da assumere a T₀, dopo 24h, dopo 48 h</i>	<i>Artemeter-lumefantrina (Riamet)</i>	<i>Assumere a T₀, dopo 8h, dopo 24 h, dopo 36 ore e dopo 48 ore</i>
>35-60 kg	3 cpr/dose	>35 kg	4 cpr/dose
25-35 kg	2 cpr/dose	25-35 kg	3 cpr/dose
17-24 kg	1.5 cpr/dose	15-24 kg	2 cpr/dose
11-16 kg	1 cpr/dose	5-14 kg	1 cpr/dose
8-10 kg	0.75 cpr/dose		
5-<7 kg	0.5 cpr/dose		

→Nel prontuario del Policlinico Eurartesim cpr: va assunto con acqua e senza cibo, a digiuno da almeno 3 ore e a digiuno per almeno 3 ore dopo la somministrazione, può essere frantumato e miscelato con acqua. ADR: vomito, allungamento tratto Qt

2. Trattamento della Malaria Severa:

- **Considerare trasferimento in struttura con rianimazione pediatrica**
- Fluidi di supporto
- Paracetamolo se febbre
- Benzodiazepine se crisi
- Bolo glucosata se ipoglicemia
- Se necessario trasfondo (non associato a migliore prognosi)
- Sospetto batteriemia→ inizio antibiotico ampio spettro ev (ceftriaxone)
- Nessuna evidenza per corticosteroidi e.v.
- Inizio subito antimalarico e.v.--> ARTESUNATO EV 2.4 mg/kg a T₀, II dose a 12 ore, III dose a 24 ore seguita da dose giornaliera fino al passaggio il prima possibile alla terapia x os. Nei bambini < 20 kg aumentare la posologia a 3 mg/kg

3. Terapia della Malaria non P. Falciparum:

- Cloroquina I scelta ma se sospetto malaria severa → ACT
- Primachina per eradicare reservoir di ipnozoiti (importante escludere prima G6PD per il rischio di emolisi grave)

Bibliografia: 1.WHO 2015 Guidelines for treatment of malaria; 2.Nelson Textbook of Pediatrics XX edition; 3.www.cdc.gov/malaria; http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report/en/; 4.UK MALARIA TREATMENT

