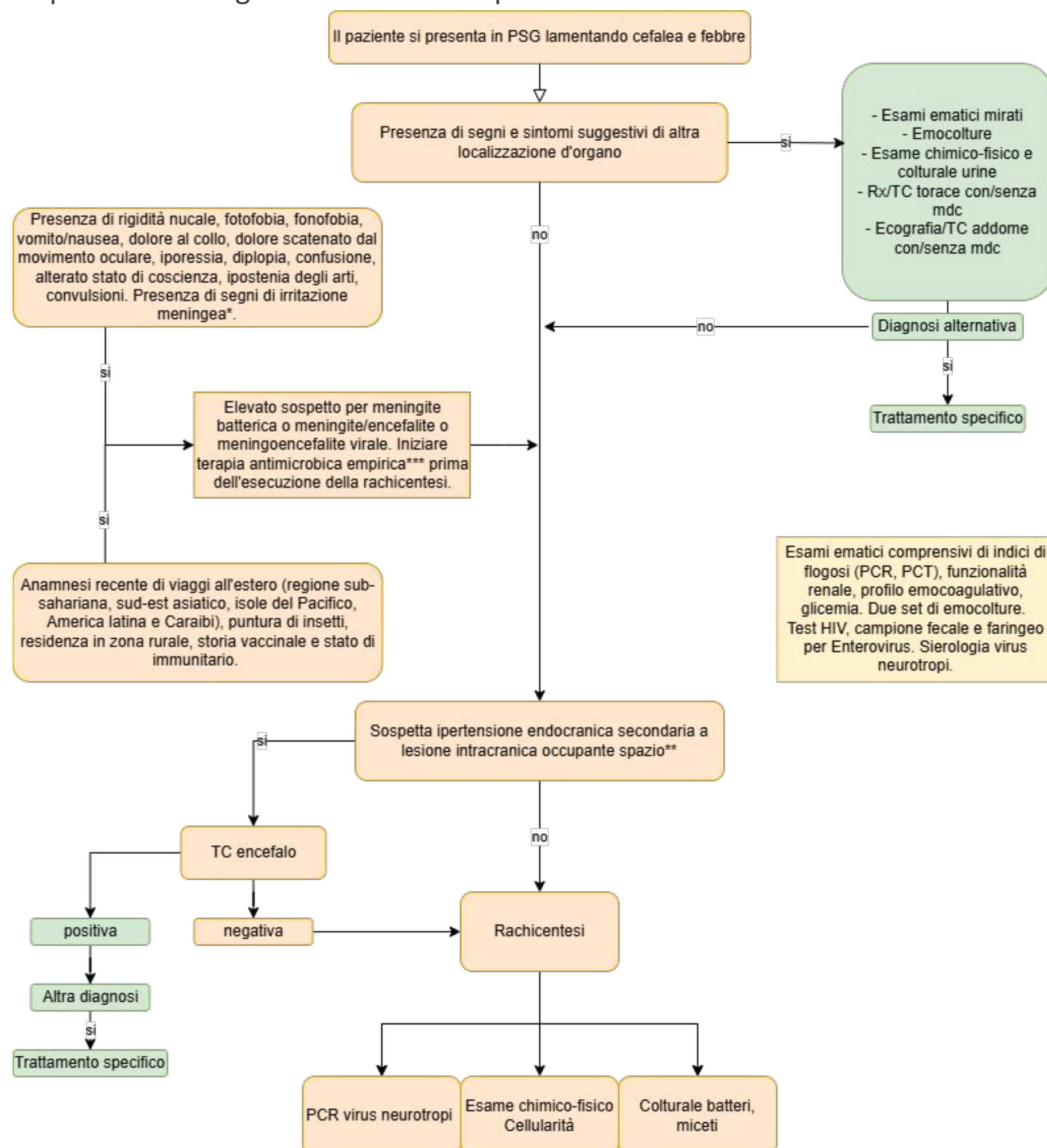


Dott. Rodolfo Ferrari, Dott.ssa Francesca Alvau, Dott.ssa Claudia Morselli,
Dott. Andrea Tampieri

Introduzione: La cefalea febbrile è un'entità clinica caratterizzata dalla presenza simultanea di febbre e cefalea, e può essere spia di infezione virale del sistema nervoso centrale. Non esistono protocolli diagnostici validati che guidino lo specialista in Medicina d'emergenza-urgenza nell'indicazione all'esecuzione della rachicentesi. Il presente studio fornisce una panoramica su caratteristiche epidemiologiche e approccio clinico-diagnostico dei pazienti che si presentano con cefalea e febbre e li confronta con la letteratura più recente, in modo da proporre un protocollo diagnostico specifico, efficace e sicuro, per tali pazienti al momento della valutazione in Pronto Soccorso.

Materiali e metodi: Studio osservazionale retrospettivo di tutti i pazienti di età ≥ 16 anni sottoposti a rachicentesi nel Pronto Soccorso Generale di Imola tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2023. Criteri di inclusione: presenza di cefalea e febbre congiunti. Criteri di esclusione: pazienti che presentavano "stato confusionale", "alterato stato di coscienza" o "coma", e/o richiamo d'organo indicativo di diagnosi alternativa. La rachicentesi è stata considerata positiva per infezione del sistema nervoso centrale in caso di pleiocitosi, definita da una cellularità > 5 cellule per mmc di liquido cefalorachidiano.

Risultati: 57 pazienti sottoposti a rachicentesi, 38 hanno rispettato criteri di inclusione. Età media di 41.6 anni e 42.1% donne. Sintomi e segni associati più comuni: fotofobia (31.6%), vomito (31.6%), mialgie (31.6%), rigidità nucale (21.1%) e sintomi neurologici (18.4%). La TC encefalo è stata eseguita in tutti i pazienti al momento della presentazione. 15 pazienti hanno presentato pleiocitosi del liquido cefalorachidiano: infezione da Toscana Virus (40%), eziologia non nota con prevalenza linfocitaria (26.67%), infezione batterica (6.67%), infezione da West Nile Virus (6.67%) e da Enterovirus (6.67%). La permanenza ospedaliera media è stata di 3 giorni per i casi ad eziologia nota e 7.8 giorni per quelli ad eziologia non nota. Tutti i pazienti sono stati dimessi a domicilio.



Conclusioni: La puntura lombare e l'analisi del liquido cefalorachidiano sono l'unico mezzo diagnostico con elevata sensibilità, specificità e accuratezza a nostra disposizione. La TC encefalo deve essere eseguita prima della puntura lombare solo in casi selezionati. Il protocollo diagnostico mira a ridurre le tempistiche di esecuzione della rachicentesi e all'introduzione precoce della terapia antimicrobica combinata.

Affiliazioni

UOC di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale civile nuovo Santa Maria della Scaletta, Azienda USL di Imola

Contatti

Alvau Francesca - f.alvau@ausl.imola.bo.it
Dirigente Medico in Medicina d'Emergenza - Urgenza, AUSL Imola

ABSTRACT
Infezioni virali SNC