

Quadri di presentazione e gestione clinica dell'intossicazione botulinica in Italia

V.M. Petrolini¹, D. Lonati¹, L. Flore¹, A. Giampreti¹, F. Chiara¹, E. Cortini¹, M. Crevani¹, F. Anniballi², C.A. Locatelli¹

¹Centro Antiveleni – Centro Nazionale di Informazione Tossicologica, Unità di Tossicologia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri, Pavia

²Dip. di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi: L'intossicazione botulinica è una patologia rara, spesso poco nota ai medici che operano nell'urgenza. Il quadro di presentazione può essere sfumato e i sintomi, se non inquadrati da corretta anamnesi, possono essere confusi con patologie differenti di natura neurologica, oculistica o infettiva. Il precoce riconoscimento dell'intossicazione può consentire il trattamento antidotico in tempi utili per evitare l'evoluzione verso l'insufficienza respiratoria. Il presente studio si propone di valutare il quadro clinico di presentazione nei Dipartimenti di Emergenza e il decorso clinico dei casi di intossicazione botulinica gestiti dal Centro Antiveleni di Pavia-Centro Nazionale di Informazione Tossicologica (CAV).

Metodi: E' stata effettuata un'analisi retrospettiva (2007-2013) dei casi di botulismo alimentare gestiti dal CAV di Pavia. Sono stati valutati gli alimenti coinvolti, i sintomi di presentazione, le latenze tra insorgenza dei sintomi-presentazione in pronto soccorso-trattamento, il decorso clinico, i risultati delle analisi di laboratorio.

Risultati: Sono stati individuati 98 casi. Undici pazienti (11,3%) non sono stati in grado di riferire l'ingestione di un alimento specifico: nei restanti è riportato il consumo di alimenti di origine vegetale (77%), pesce sott'olio (16,1%), conserve a base di carne (6,9%). In 81 casi (93,2%) l'alimento è stato prodotto a domicilio, in 4 (4,5%) di derivazione industriale e in 2 (2,3%) consumato a ristorante. All'accesso in PS il sintomo più comune è risultato la disfagia (55,1%) seguita dai sintomi oculari. In particolare, 3 pazienti avevano solo disfagia e 3 solo disturbi oculari. Il 26,5% ha necessitato ventilazione meccanica. Si è verificato 1 decesso e 1 paziente ha presentato sequele neurologiche gravi. L'antitossina è stata somministrata in 59 pazienti (60,2%), in media 63 ore dopo l'insorgenza dei sintomi. Il 26% dei pazienti trattati entro le 24 ore dall'insorgenza dei sintomi è stato intubato e ventilato, in confronto al 53,8% di quelli trattati più tardivamente. Si sono verificate 5 reazioni avverse di media gravità dopo la somministrazione dell'antidoto. La diagnosi è stata confermata dalle indagini di laboratorio in 65/98 casi (66,4%). Il sierotipo B è risultato il più frequente (83,6%). Il sierotipo A è stato identificato in 6 casi (12,2%): questi hanno richiesto ventilazione in una percentuale maggiore (83%) rispetto a quelli positivi al sierotipo B (19,5%) (p=0.004).

Conclusioni: Il sospetto diagnostico di botulismo è spesso affidato al medico di pronto soccorso. Il quadro clinico di presentazione può essere sfumato, il percorso diagnostico risultare complesso e i pazienti devono essere monitorati per il rischio di insufficienza respiratoria. I cibi più a rischio sono le conserve casalinghe; non sono tuttavia da escludere gli alimenti prodotti industrialmente. L'intossicazione botulinica è malattia a denuncia obbligatoria, la cui diagnosi clinica e analitica è fondamentale anche per azioni di prevenzione e per poter attivare le necessarie allerte attraverso il RASFF (Sistema Rapido di Allerta per Alimenti e Mangimi) del Ministero della Salute e dell'UE.