

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Febbraio 1999

numero 2

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Polmonite (e broncopolmonite)

Dino Faraguna

Criteri: febbre (polmonite), tosse (broncopolmonite), reperto stetoacustico (soffio e/o aumento broncofonia e/o rantoli subcrepitanti o crepitanti e consonanti), radiologia+

RAZIONALE DEL PROTOCOLLO

a) gli agenti eziologici della (bronco)polmonite sono

- **piogeni** (quasi esclusivamente pneumococco, rarissimamente *Staph aureo*);

- *Chlamydia trachomatis* e *pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*;

- virus.

b) alle tre categorie corrispondono scelte antibiotiche definite.

Per il pneumococco, considerando il tipo delle resistenze (la resistenza ai beta-lattamici non è indotta da beta-lattamasi, è

quasi sempre parziale ed ha una frequenza del 10%; la resistenza ai macrolidi è variabile, ma è dell'ordine del 20%). Il farmaco di prima scelta resta la amoxicillina, a dosi però > 75 mg/Kg, ovvero (da riservare ai casi più severi) il ceftriaxone (fig. 1).

Per clamidia e micoplasmi i macrolidi (e le tetraciline) sono l'unica scelta.

Per i virus il trattamento antibiotico è superfluo.

c) la dd eziologica è possibile (*tab. I e II*) ma esiste una componente di errore, specie in ambito domiciliare, di cui bisogna tenere conto

d) nel dubbio, è meglio scegliere di curare la patologia più comune e più severa (pneumococco = beta-lattamico), prendendo in considerazione lo stafilococco o il pneumococco molto resistente, e la clamidia/micoplasma solo in seconda battuta (mancata risposta entro le 24 ore)

e) infatti la risposta clinica, sia al beta-lattamico nel caso di (bronco)polmonite da pneumococco, sia in caso di broncopolmonite da clamidia/micoplasma è di regola pronta, e entro 24 ore si assiste a una defervescenza della febbre e a netto miglioramento clinico. Il mancato viraggio clinico deve far considerare l'ipotesi di una complicazione (versamento) o di una resistenza.

BATTERICA		CARATTERI	MYCOPLASMA	
acuto	+1	esordio	graduale	-1
>39°	+1	febbre	<38°	-1
+/-	(se - =+1)	tosse	+++	-1
"tossico"	+1	stato generale	buono	-1
soffio/nessun reperto	+1	obiettività	rantoli subcrepitanti	-1
negativo	+1	test rapido ac freddi	positivo	-1

CHLAMYDIA PNEUMONIAE	CARATTERI	MYCOPLASMA PNEUMONIAE
3 settimane	incubazione	<2 settimane
raro	contagio madre/figlio	comune
57%	tosse >21 gg	28%
bifasico, lento	esordio	graduale
minore ("bronchite")	intensità clinica	maggior ("broncopolmonite")

PROTOCOLLO

Se il bambino è grave, è obbligatorio il ricovero; se è sotto l'anno di età, il ricovero è ragionevole anche se le condizioni generali non sono allarmanti. In questo caso, la radiologia e gli esami generali andranno fatti in prima battuta e il trattamento potrà essere "mirato" sin dall'inizio, sulla base dei dati clinici, radiologici e di laboratorio. Anche nel bambino ricoverato, la prima scelta, come nel bambino domiciliare, e se non ci sono condizioni particolarmente allarmanti, sarà per un antibiotico orale. Anche nel bambino ricoverato, anzi

a maggior ragione, in mancanza di "viraggio" dopo 24 ore andrà rifatta la lastra e riconsiderata la strategia terapeutica.

Se il bambino non appare grave, il trattamento domiciliare non richiederà lastra né esami. NB: se possibile, poiché è facile farsi la pratica da soli, effettuare il test rapido per agglutinine fredde (una goccia di sangue in una provetta eparinata, messa nel ghiaccio; se entro 1 m' compare una agglutinazione pulverulenta la diagnosi è positiva). Anche senza il test, uno "score" >1 darà la quasi sicurezza di infezione batterica; in questo caso iniziare terapia con amoxicillina >75 mg/Kg

e rivedere il problema dopo 24 h (vedi sopra). Se lo “score” è dubbio conviene comportarsi nello stesso modo (cioè come se fosse una polmonite da pneumococco). Se lo “score” è < 1 è quasi certamente una infezione da Chlamydia o da Mycoplasma: scegliete un Macrolide e rivedete il problema dopo 24 ore.