

La gestione della polmonite

NATAL 22 aprile 2010

dario franchi pdg torino

DEFINIZIONE

- CON IL TERMINE DI POLMONITE DI COMUNITA'(CAP) SI DEFINISCE OGNI FORMA DI POLMONITE CONTRATTA AL DI FUORI DELL'AMBIENTE OSPEDALIERO DA UN SOGGETTO PRECEDENTEMENTE SANO
- LA CAP E' UNA DELLE PIU' COMUNI MALATTIE DELL'ETA' PEDIATRICA
- 36 CASI /1000 ANNO IN SOGGETTI SOTTO I 5 AA
- 16 CASI / 1000 ANNO IN SOGGETTI FRA 5 AA E 15 AA

FATTORI CHE FAVORISCONO LA POLMONITE NEL BAMBINO

- Esposizione ad elevati livelli di inquinamento atmosferico
- Esposizione fumo passivo
- Frequentare asilo nido
- Non essere stati allattati al seno
- Non essere stati vaccinati contro Haem.infl. Strep.pneum. ,infl stagionale

Dati epidemiologici : cause di CAP a seconda dell'età

- CAP nel periodo neonatale
 - *Strep. Agalactiae*
 - *Escherichia coli*
 - ***Queste infezioni sono caratterizzate dalla gravità della presentazione clinica e dalla sepsi associata***
- CAP fino a 12 mesi
 - Adenovirus
 - Coxackie
 - ECHO – VRS
 - Virus infl. e parainf.
 - Citomegalovirus
 - Chlamydia trachomatis
 - Stafilococco aureo

Dati epidemiologici

- CAP da 12 m. a 5 aa
- Virus respiratori
- Strep. Pneumoniae
- Mycopl.pneum.
- Haemoph.influenzae
- Mycobact.tubercol.
- CAP da 5 aa -15 aa
- Mycopl.pneum.
- Strep.pneum.
- Chlamydia pneum
- Mycobact. Tubercol.

DIAGNOSI

- Si basa sulla valutazione clinica del paziente
- Reperti toracici: ipofonesi plessica-
modificazioni f.v.t., alterazioni del murmure
vescicolare, riscontro rantoli crepitanti, dolore
toracico o addominale
- Febbre , tosse , dispnea e polipnea.....ma...

DIAGNOSI

-nei soggetti più piccoli difficili da visitare è più indicativa la F.R.

	FR norm	Tachipnea
2 – 12 MESI	30-40	+ 50
12m-5 aa	20-30	+ 40
+ 5 aa	14-22	+ 30

DIAGNOSI

- Nella polmonite gestita in ambulatorio è necessaria la Rx del torace?

- Secondo EBM (Cochrane 2008) **NO**

Non c'è evidenza che Rx torace modifichi l'evoluzione della malattia ed inoltre è poco indicativa dell'eziologia.

Rx torace: quando si

- Nei b. <2/12 con febbre e impegno resp.
- Decorso prolungato
- Non risposta alla terapia
- Complicanze (empiema, versamento)

Diagnosi : esami di laboratorio

- Gli indici aspecifici di flogosi come emocromo con formula , VES, CRP e Procalcitonina non permettono di differenziare con certezza le forme batteriche da quelle virali; pertanto questi esami non dovrebbero essere richiesti di routine
- **NESSUNA INDICAZIONE AD INDAGINI DI LABORATORIO O MICROBIOLOGICHE**
- *Linee Guida per la gestione della CAP*
- *Thorax 2002- Ped.Infect.Dis.J. 2008*
- *Peso raccomandazione : A*

L.G. Valutazione di gravita' CAP

- Meno di 1 mese di vita
- Febbre $> 39C^{\circ}$
- Frequenza resp. $> 50/m'$
- Rientramenti intercostali
- Alitamento pinne nasali
- Cianosi
- Apnea intermittente (grunting)
- Difficoltà ad alimentarsi (lattanti)
- Disidratazione
- Segni di sepsi
- Saturazione $O_2 < 92$ ⇨
- Famiglia inattendibile



RICOVERO

Eziologia per età

- Eziologia delle polmoniti pediatriche acquisite in comunità in base all'età

Nascita – 20 giorni

Streptococchi gruppo B

Batteri enterici Gram –

Cytomegalovirus

3 settimane – 3 mesi

C. Trachomatis

RSV, Parainfluenza

S. Pneumoniae

B. Pertussis

S. Aureus

4 mesi- 4 anni

Virus respiratori

S. Pneumoniae

H. Influenzae

M. Pneumoniae

M. Tuberculosis

5 –15 anni

M. pneumoniae

S. pneumoniae

M. tuberculosis

Eziologia- stagionalità

La polmonite virale si manifesta più spesso in autunno-inverno.

Le forme batteriche possono manifestarsi in ogni periodo dell'anno. I virus spesso aprono la strada ai batteri, specie VRS , Rhinovirus, virus infl.

Eziologia

- Nella pratica pediatrica quotidiana, una diagnosi eziologica certa ai fini della impostazione della terapia non è strettamente necessaria, ma è possibile orientarsi clinicamente fra una eziologia batterica e non.

EZIOLOGIA (virale)

- Sia nel lattante che nel bambino piccolo una CAP non batterica , di solito compare dopo 1-2 giorni di rinite con modico rialzo termico. La sintomatologia impiega alcuni giorni per divenire importante. Nei bambini più grandi, ha una presentazione con sintomi premonitori tipo:
malessere, mialgie, anoressia, rinite, modica febbre, tosse secca, modesta tachipnea

Polmonite pneumococcica

- Inizio brusco, febbre alta, marcata tachipnea, respiro “appoggiato”, tosse catarrale, stato generale compromesso, cianosi periorale, dolore toracico e/o addominale. Se non è trattata adeguatamente può evolvere in empiema.

Polmonite da mycoplasma

- Insorgenza graduale di febbre, malessere, faringodinia, raucedine, artralgia, cefalea, tosse scarsamente produttiva e reperti obiettivi di interessamento polmonare in un bambino in età scolare dovrebbero suggerire un'infezione da Mycoplasma.

Polmonite da stafilococco

- È rara, all'esordio è indistinguibile dalla pneumococcica
- È una malattia quasi esclusiva del lattante o degli immunodepressi
- Può rappresentare la complicanza di un'infezione virale
- Se non trattata adeguatamente (empiema-pneumatoceli)

Polmonite tubercolare

- Nelle fasi iniziali può essere indistinguibile sia clinicamente che radiologicamente. Dobbiamo pensarci quando non si risolve con un'adeguata terapia antibiotica (oltre al C.E.)
- Segni clinici tipici: febbre, tosse insistente, malessere, perdita peso.

E' sempre necessario l'antibiotico ?

- Le più recenti L.G.sulla gestione della CAP in età pediatrica evidenziano che ””””l'eziologia batterica è improbabile in un bambino di età prescolare con polmonite e wheezing””””
- Forza dell'evidenza II
- Peso della raccomandazione B

Terapia CAP neonato

- Ospedalizzato
- Considerati i batteri più frequentemente in causa gli antibiotici da usare sono: ampicillina + gentamicina per via parenterale per 10 gg

Terapia CAP lattante 1-3 mesi

<u>Febbre NO</u> Tosse importante	<u>Febbre SI</u> <u>dispnea</u>
Chlamydia trachom. Bordet.pertussis	Strep.pneum
Eritro 40mg/kg 14 gg Azitro 10mg/kg 3 gg	Amoxicillina 80-100 per os Ceftazidime i.m.

Terapia CAP da 4/12 a 5 aa

- Agente batterico+ frequente è lo strept.pneum.
- Amoxi ad elevato dosaggio 80-90mg/kg in alternativa amoxi+clav. Oppure cefpodoxina –ceftriaxone
- Se dopo 24/48 non risposta clinica aggiungere macrolide

Terapia CAP tra i 5 aa – 15 aa

- Più frequenti Mycoplasma-Chlamidia quindi macrolide
- Se si sospetta Pneumococco amoxi ad elevato dosaggio
- Tuttavia essendoci un'alto tasso di resistenza ai macrolidi è bene l'impiego combinato con l'amoxi

DURATA TERAPIA

- NON ESISTONO STUDI CONTROLLATI SULLA DURATA OTTIMALE DELLA TERAPIA
- AMOXI AD ALTE DOSI PER 7-10 GG
- CLARITRO-ERITRO 7-10 GG
- AZITRO 5 GG

Terapia di supporto

- Antipiretici
- Analgesici
- Liquidi per os

Costi terapia

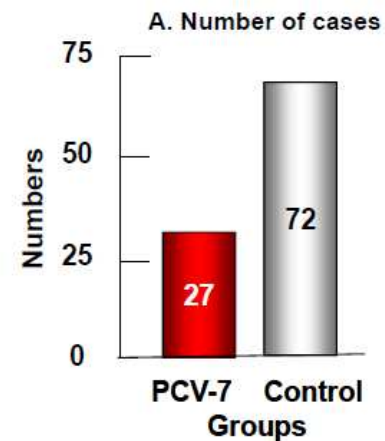
- • Cefalosporina IM 105 euro
- • Cefalosporina per os 24 euro
- • Amoxicillina 4 euro
- • Amoxi – Clav 11 euro
- • Macrolide 18 euro
- • Macrolide (1 dose) 20 euro

● De Martino 2005 mod

Profilassi CAP ?

Impact on respiratory tract infections of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine administered to infants

- **Methods:** 1,571 healthy infants (75–105 day old) received:
 - a) *hexavalent vaccine* (DTaP/IPV/HBV/Hib) and *PCV-7*
 - b) *hexavalent vaccine alone*at 3, 5 and 11 months of age
- **Results:**
 - Radiologically confirmed *CAP* was significantly less frequent in the *PCV-7* group
 - The probability of receiving an *antibiotic course* was significantly lower in the *PCV-7* group



Cosa ci portiamo a casa ? -1

Valutazione gravità per
ricovero

Distinzione fra forme
tipiche e atipiche è
superata

Non è possibile
differenziare con
certezza eziologia in
base ai segni,
sintomi, Rx torace, indici
di flogosi



Cosa ci portiamo a casa ? -2

- Il bambino con segni e sintomi respiratori di lieve entità può essere gestito a domicilio e non richiede esecuzione di Rx od esami a completamento diagnostico



ULTIMISSIME !!!!!!!

- Expert.Opin.Pharm. 2010 febb.
- < 2 mesi obbligo ricovero per alto rischio mortalità (aminoglic.+ampic.)
- Amoxi antib. 1^a scelta
- Rivalutare dopo 48/72 h se non migliora amoxi+clav. ad alte dosi+ macrolide
- Vancomicina nei casi di stafilo

BIBLIOGRAFIA

- Cincinnati Children's Hospital -EBC Guideline for CAP - 2008
- American Family Physician CAP in infants and children – 2004
- Thorax 2008 , BTS guidelines for management of CAP in children
- G.L. of Alberta Clinical Practice 2008
- M&B 2008