

Meningiti purulente del lattante e del bambino

D. Floret

Le meningiti purulente sono delle malattie poco frequenti nei lattanti ma, tuttavia, gravi, con un rischio elevato di morte o di sequele. Esse sono essenzialmente dovute a due germi: il meningococco (causa predominante) e lo pneumococco (prima di 1 anno), ma anche, tra 1 e 3 mesi, allo streptococco del gruppo B e all'Escherichia coli. La sindrome meningea classica è tanto più raramente osservata quanto più il bambino è giovane. Nel lattante, la diagnosi è spesso posta di fronte a una sindrome infettiva grave. La puntura lombare è indispensabile per la diagnosi, permettendo degli esami citologici, chimici e microbiologici. L'esame diretto permette una diagnosi presuntiva molto rapida, confermata dalla coltura necessaria per la realizzazione di un antibiogramma. Di solito, la meningite guarisce in alcuni giorni sotto terapia antibiotica. Delle complicanze possono, tuttavia, insorgere nelle prime 48 ore. Lo shock settico e le complicanze neurologiche sono le complicanze più frequenti. Il rischio di morte differisce secondo il germe tra il 6% (meningococco) e il 10-13% (pneumococco e altri germi). I postumi possono interessare fino al 50% dei bambini (pneumococco) e sono dominati dalla sordità. La terapia antibiotica deve essere avviata in urgenza e fa ricorso alle cefalosporine di terza generazione (cefotaxima o ceftriaxone). La necessità di aggiungere della vancomicina in caso di meningite da pneumococco è controversa. L'aggiunta di gentamicina è raccomandata in caso di meningite da Escherichia coli. La durata del trattamento va da 4-7 giorni (meningite da meningococco) a 21 giorni (meningite da Escherichia coli). Una terapia corticosteroidica con desametasone è raccomandata in caso di meningite da pneumococco e da Haemophilus influenzae di sierotipo b. La restrizione idrica non è più raccomandata nella fase iniziale. Le forme gravi richiedono una gestione in rianimazione. Negli altri casi, si consiglia di ricoverare questi bambini in un'unità di sorveglianza continua nella fase iniziale della malattia.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Meningiti; Meningococco; Pneumococco; Antibiototerapia; Cefalosporine di terza generazione; Bambino

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1	■ Evoluzione	5
■ Epidemiologia	2	Complicanze precoci	5
■ Elementi di fisiopatologia	2	Complicanze secondarie	5
■ Clinica	2	Recidive	5
Nel bambino di più di 2 anni	2	Sequela	5
Nel lattante	2	■ Modalità di gestione	5
Nel lattante di meno di 3 mesi	2	Luogo di ricovero	5
■ Esami di laboratorio utili per la diagnosi di meningite purulenta	2	Terapia antibiotica	6
Puntura lombare	2	Terapia corticosteroidica	6
Esami a scopo microbiologico a partire da altri tipi di prelievo	4	Idratazione	7
Altri esami di laboratorio utili	4	Gestione delle forme gravi	7
■ Utilità della TC nella fase iniziale della gestione	4	■ Conclusioni	7
■ Elementi della diagnosi differenziale	4		
Diagnosi differenziale	4		

■ Introduzione

Le meningiti batteriche (MB), nonostante la loro rarità relativa, rimangono una fonte importante di preoccupazione a causa della loro gravità: la letalità, che varia tra il 5% e il 15% secondo

l'eziologia, rimane relativamente stabile nel corso degli anni. Le sequele, spesso sottostimate negli studi in mancanza di un follow-up a lungo corso, possono raggiungere il 50%. L'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici abitualmente usati per trattare questa malattia rappresenta un'altra fonte di inquietudine.

I progressi significativi in materia di meningite provengono dalla profilassi grazie alla disponibilità di vaccini coniugati diretti contro i principali germi responsabili e attivi fin dai primi mesi della vita: *Haemophilus influenzae*, pneumococchi e meningococchi di sierogruppo C ma anche A, Y e W135. La prossima disponibilità di un vaccino contro il meningococco B suscita nuove aspettative.

Le meningiti del neonato (dalla nascita all'età di 28 giorni) sono escluse da questo quadro.

■ Epidemiologia

Le MB sono monitorizzate in Francia attraverso diverse reti: la rete EPIBAC riunisce i laboratori di microbiologia degli ospedali universitari e non universitari. Anche i centri nazionali di riferimento (CNR) per i vari microrganismi (meningococco, pneumococco, *Haemophilus*) partecipano a questa sorveglianza, in collegamento con l'Istituto di vigilanza sanitaria (InVS), che raccoglie, inoltre, i dati provenienti dalle denunce obbligatorie che riguardano meningococco, *Listeria* e tubercolosi. Il Gruppo di patologia infettiva pediatrica ha instaurato, nel 2001, un Osservatorio delle meningiti batteriche del bambino, che riunisce 252 servizi di pediatria e 168 servizi di microbiologia, distribuiti su tutto il territorio nazionale, la cui esattività è stata stimata pari al 61%^[1]. Così, tra il 2001 e il 2009, sono stati censiti 3 769 casi di MB^[2]. Il numero di casi annuali censiti va da 359 a 452.

Il meningococco rappresenta l'eziologia più frequente, con il 44,1% dei casi. Fra questi, il 61,3% appartiene al sierogruppo B e il 27% al sierogruppo C, mentre il restante 11,7% si distribuisce tra i sierogruppi W135 e Y.

Lo pneumococco rappresenta la seconda eziologia, con il 29,1% dei casi. Il loro numero non è variato tra il 2001 e il 2009, ma la prevalenza dei sierotipi è stata profondamente modificata dalla vaccinazione. I sierotipi vaccinali (contenuti nel vaccino Prevenar[®] a 7 valenze), che rappresentavano il 63,9% delle meningiti nel 2001, sono quasi scomparsi (4,8% nel 2009). Parallelamente, i sierotipi non vaccinali sono aumentati dal 36,1% al 95,2%, in particolare il sierotipo 19A e 7F. Nel 2009, il nuovo vaccino Prevenar13[®] (contenente le 7 valenze di Prevenar[®] più 6 sierotipi addizionali 1, 3, 5, 6A, 7F e 19A) copriva il 59,2% degli pneumococchi responsabili di meningite nel bambino di meno di 2 anni e il 44,1% di quelli dei bambini di più di 2 anni. Un'evoluzione simile è stata osservata negli Stati Uniti, dove, tuttavia, l'impatto della vaccinazione è stato molto più marcato in materia di casi evitati, in particolare nelle popolazioni non vaccinate a causa dell'immunità di gruppo^[3].

Lo streptococco del gruppo B, con il 14,3% dei casi, rappresenta la terza causa, seguito da *Escherichia coli* (5,8%). Notiamo che l'*H. influenzae* di sierotipo b, un tempo prima causa di meningite nei bambini di meno di 4 anni, è divenuto un'eziologia marginale (2,7% dei casi) e più della metà delle meningiti da *H. influenzae* è attualmente legata a dei sierotipi non b, non coperti dal vaccino.

Anche *Listeria* (0,7% dei casi) è divenuta una causa eccezionale di meningite. Si noti che le meningiti tubercolari, anche se molto rare (0,3% delle meningiti), non sono scomparse (10 casi censiti tra il 2001 e il 2009).

L'età influenza fortemente l'eziologia delle meningiti^[1]. Globalmente, i lattanti sono i più colpiti, poiché il 47% delle meningiti dell'osservatorio interessa dei bambini di un'età di 1-24 mesi. La fascia d'età di 1-2 mesi è notevole per la frequenza delle meningiti (6% dei casi) e per la diversità delle eziologie: se le «meningiti neonatali tardive» dominano (streptococco del gruppo B 50%, *E. coli* 15%), anche i microrganismi «del bambino» sono ben rappresentati (meningococco 14%, pneumococco 12%). Oltre i 2 mesi, due germi costituiscono la quasi totalità delle eziologie: lo pneumococco e il meningococco. Prima dell'età di 1 anno, lo

pneumococco prevale (45% contro 40%). Le proporzioni si invertono oltre 1 anno e nei bambini di più di 5 anni e il meningococco rappresenta il 70% delle eziologie.

■ Elementi di fisiopatologia

Punto importante, la meningite è solo una malattia infettiva.

La colonizzazione delle mucose del rinofaringe^[4] rappresenta il punto di partenza abituale dell'infezione a partire dai microrganismi più frequenti (meningococco, pneumococco), che possiedono dei pili che permettono loro di impiantarsi sulla mucosa. Il superamento della mucosa è favorito da un'infezione virale e permette il passaggio dei batteri nel sangue, poi la loro fissazione sui plessi corioidei e l'invasione delle meningi.

Passata questa fase infettiva, la penetrazione dei batteri nelle meningi attiva una cascata infiammatoria che colpisce i vasi cerebrali e che ha, come conseguenza, la comparsa di un edema cerebrale e di lesioni ischemiche, che sono le due principali cause delle complicanze neurologiche delle MB^[5]. Questo processo prosegue oltre la distruzione microbica e può anche essere scatenato o mantenuto da frammenti batterici (Fig. 1).

■ Clinica

Tipicamente, la diagnosi di meningite si basa sulla triade febbre, rigidità nucale e alterazione della coscienza. In realtà, anche nell'adulto, dove la sintomatologia è più franca, la sensibilità di questa triade è solo del 45%^[6]. I segni di Kernig e di Brudzinsky e la rigidità nucale hanno una scarsa sensibilità.

Nel bambino di più di 2 anni

La diagnosi di meningite è altamente probabile in caso di associazione di febbre, rigidità nucale e o cefalee o disturbi della coscienza o in caso di associazione di febbre e di porpora. Tuttavia, questa diagnosi deve essere ricordata in caso di associazione di febbre e di cefalee.

Nel lattante

I segni dominanti sono quelli di un'infezione grave^[7]: febbre alta, alterazione del colorito, estremità fredde, dolori alle gambe, rash aspecifico e disturbi della reattività (perdita del sorriso, ecc.).

Nel lattante di meno di 3 mesi

Le indicazioni alla valutazione in ambiente ospedaliero devono essere ampie in presenza di una sindrome infettiva mal tollerata e la puntura lombare (PL) si impone di fronte a^[6]:

- dei disturbi del comportamento: grida lamentose, irritabilità, bambino piagnucolante, inconsolabile, iporeattivo e con dolori e iperestesico;
- una tachicardia con pressione arteriosa normale, un tempo di ricolore cutanea superiore a tre secondi e una cianosi;
- un'anomalia neurologica: fontanella protrudente, ipotonia della nuca, ipotonia globale e convulsioni. La rigidità nucale è, il più delle volte, assente.

■ Esami di laboratorio utili per la diagnosi di meningite purulenta

Puntura lombare

Essa è indispensabile per la diagnosi di meningite.

Aspetto

Il semplice aspetto del liquido fornisce già delle informazioni. Tradizionalmente iperteso, un liquido francamente purulento è

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465006>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465006>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)