LA MENINGITE BATTERICA IN DIPARTIMENTO DI EMERGENZA PEDIATRICO

E. Boccuzzi [1], D. Buonsenso [1], A. Reale [1]

[1]*Pediatria dell'Emergenza, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma*

Le meningiti batteriche sono ad oggi ancora una importante causa di mortalità e morbilità nella popolazione pediatrica, nonostante i notevoli risultati raggiunti grazie alle vaccinazioni. Gli agenti eziologici più frequenti sono S. pneumoniae, N. meningitidis e H. Influenzae. Oltre al rafforzamento dei programmi di prevenzione, la rapidità e l'appropriatezza diagnostica e terapeutica sono gli unici strumenti per ridurre significativamente la mortalità e la morbilità correlate alla malattia.

Le manifestazioni cliniche che classicamente orientano verso la malattia (febbre, cefalea, rigidità nucale, vomito, alterazione dello stato di coscienza, episodi critici) possono non essere presenti nei primi anni di vita, in particolare nel lattante nel quale l'esordio è spesso aspecifico con ipotonia, pianto inconsolabile, difficoltà ad alimentarsi, irritabilità, torpore. Posto il sospetto di meningite, l'approccio pediatrico mira innanzitutto alla valutazione globale del paziente e all'assistenza medico-infermieristica per l'eventuale stabilizzazione respiratoria e cardiocircolatoria; il paziente viene sottoposto a monitoraggio parametrico continuo, posizionamento di accessi venosi periferici, esecuzione di prelievo ematico per esami di routine e per colture, ed esecuzione di rachicentesi per esame del liquor, gold standard per la diagnosi della malattia. Indispensabili infatti l'esecuzione immediata dell'esame chimico-fisico per avere un orientamento rapido sul quadro infettivo e gli esami microbiologici per l'identificazione del patogeno; oltre all'identificazione colturale, la diagnostica molecolare sta assumendo rilevanza sempre maggiore per l'elevata sensibilità e specificità anche dopo somministrazione di terapia antibiotica, e per i tempi ridotti per avere i risultati. Tuttavia, in considerazione della necessità di impostare rapidamente una terapia antibiotica, è indispensabile avviare un trattamento empirico ancora prima dei risultati microbiologici. Esso tiene in considerazione l'età del paziente, l'eventuale antibiotico-resistenza presente nel territorio e la capacità dei farmaci di attraversare la barriera ematoencefalica. Diverse sono le linee guida a riguardo tuttavia, escludendo il trattamento in età neonatale, l'indicazione globale è rappresentata dalla somministrazione di cefalosporina di III generazione (cefotaxime o ceftriaxone); l'indicazione ad aggiungere vancomicina data da alcune linee guida americane è legata principalmente alla presenza di ceppi di pneumococco resistenti. In caso di controindicazioni all'esecuzione della PL (segni di erniazione cerebrale, compromissione cardiorespiratoria, segni neurologici focali), la terapia antibiotica non deve essere ritardata; verrà in seguito valutata nuovamente la possibilità di eseguire la rachicentesi. L'esecuzione routinaria di TC cerebrale prima della PL non è giustificata ma va eseguita in casi specifici (es. compromissione di coscienza, segni neurologici focali, immunocompromissione, papilledema, episodi critici focali, pregressa storia neurochirurgica).