

PRONTUARIO PEDIATRICO PER IL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Nelle prossime pagine vi propongo una sintesi riguardo la diagnosi e terapia delle più comuni patologie acute in età pediatrica, elencate in ordine alfabetico, nella speranza di fornirvi un ausilio per le vostre prime esperienze in continuità assistenziale.

Molte problematiche non vengono trattate per problemi di spazio. Per chi fosse interessato ad un prontuario pediatrico più completo posso suggerirvi il "Manuale di Diagnosi e Terapia Pediatrica di Andrea Pession" o "il Prontuario Pediatrico di Medico e Bambino".

In caso di neonato o lattante febbrile (TC ascellare $>37,5^{\circ}$ o rettale $>38^{\circ}\text{C}$) di età inferiore ai 3 mesi è prudente una valutazione in Pronto Soccorso in ogni caso.

APPENDICITE ACUTA

E' la più frequente urgenza chirurgica nel bambino ed adolescente.

Si presenta dapprima con dolore crampiforme periombelicale, quindi dolore continuo localizzato in fossa iliaca destra (nel punto di McBurney).

Tipico il dolore evocato alla succussione da balzello o colpo di tosse e il dolore da rimbalzo alla palpazione. Segno di Blumberg: dolore in fossa iliaca destra al rilascio della mano dopo la palpazione.

Sono spesso presenti anoressia, nausea, vomito e febbre. La perforazione appendicolare con peritonite avviene entro 36-48 ore dall'inizio dei sintomi, il paziente va inviato a valutazione chirurgica in PS quanto prima.

BRONCOPOLMONITE

La polmonite di comunità può essere virale o batterica, non è possibile la diagnosi differenziale sulla base della clinica e si ricorre pertanto ad una terapia empirica.

Tra i batteri i più frequenti sono :

- < 5 anni Pneumococco, Mycoplasma e Streptococco di gruppo A.
- > 5 anni Mycoplasma, Pneumococco e Clamydia.

La diagnosi è clinica e radiografica. Clinicamente la tachipnea è il segno più costante della polmonite e va valutata sulla base dell'età:

< 1 anno si considera tachipnea la FR $> 50 \text{ apm}$, tra 1 e 2 anni $> 35 \text{ apm}$, tra 3 e 5 anni $> 28 \text{ apm}$, tra 6 e 11 anni $> 25 \text{ apm}$ e > 12 anni oltre i 20 apm .

Altri sintomi sono la febbre, prostrazione, dolore al torace o all'addome (specie se la polmonite è in sede basale) e tosse.

All'auscultazione toracica si apprezzano solitamente rantoli fini crepitanti e ipofonesi.

La radiografia è utile nei casi dubbi o se sospetto complicanze.

TERAPIA

Va scelta in base alla diagnosi presuntiva per età e alla clinica.

N.B. l'acido clavulanico in aggiunta all'amoxicillina non serve perché la resistenza dello pneumococco è dose-dipendente, quindi meglio usare una dose alta e frazionare in 3 dosi giornaliere.

Età < 5 anni

Pr/ Amoxicillina sospensione orale 90 mg/kg/die (max 3 g/die) in 3 dosi giornaliere per 7 giorni

Età > 5 anni

Pr/ Claritromicina sosp orale 15 mg/kg/die (max 500 mg/die) in 2 dosi per 7 giorni.

Nelle forme più gravi inizio subito col doppio antibiotico. Invio il paziente a ricovero se ha < 6 mesi, una saturazione < 90% o la famiglia è poco affidabile.

CONGIUNTIVITE

La forma catarrale batterica si presenta con occhi sporchi al mattino con secrezioni mucose o purulente, fotofobia, modesta lacrimazione e iperemia congiuntivale più marcata verso i fornici. Le congiuntiviti virali sono solitamente bilaterali e causano secrezioni sierose.

Nei neonati e lattanti molte congiuntiviti sono conseguenti alla dacriostenosi (ovvero l'atresia congenita del dotto-naso lacrimale).

TERAPIA

Nelle forme batteriche colliri antibiotici

Pr/ Tobramicina collirio (es Tobral) 1-2 gocce per occhio 4 volte al giorno per 7 giorni

Nella dacriostenosi è importante il massaggio digitale dall'alto al basso nella regione del sacco lacrimale 2-3 volte al giorno in aggiunta ad un eventuale collirio antibiotico.

COLICA DEL LATTANTE

Parossismi di pianto mal consolabile a ritmicità circadiana tipici del lattante che migliorano dopo l'emissione di fuci e gas. Sono più frequenti nelle ore pomeridiane e serali e si associano a irrequietezza, flessione delle gambe sull'addome e frequenti movimenti di suzione.

Iniziano dopo il primo mese di vita e si risolvono entro il 3°-4° mese.

TERAPIA

Rassicurare i genitori sulla risoluzione spontanea. Suggerire interventi consolatori come il cullare, la suzione non nutritiva del seno materno e le pacche interscapolari a fine poppata.

EPILESSIA

Condizione caratterizzata da convulsioni ricorrenti per una patologia cronica sottostante. Le convulsioni sono dovute a scariche neurali ipersincrone.

Nel trattamento della crisi il bambino va steso su una superficie morbida senza cercare di contenerlo o mettere nulla tra i denti.

Può essere utile effettuare un video amatoriale dell'episodio anche col cellulare.

La singola crisi se di durata superiore a 4 minuti va interrotta farmacologicamente con la somministrazione di Diazepam per via rettale.

Pr/ Micronano Microclismi 0,5 mg/kg in singola dose.

E' necessaria una valutazione in PS per completare l'inquadramento clinico e anamnestico con l'EEG.

GASTROENTERITE ACUTA

Su base infettiva. La prima causa è il Rotavirus, altre sono Adenovirus, Norovirus e Astrovirus.

Tra gli agenti batterici i più frequenti sono Salmonella e Campylobacter. La trasmissione è per via orofecale, da contatto col soggetto infetto o col cibo contaminato.

L'insorgenza dei sintomi è acuta. Le diarree virali hanno solitamente una incubazione di 1-3 giorni. Si presentano con diarrea acquosa, vomito, dolore addominale. La presenza di diarrea muco-ematICA suggerisce invece una forma batterica.

In visita è importante cercare i segni di disidratazione come occhi infossati, calo ponderale, mucose asciutte, riduzione del volume urinario e refill capillare > 2 secondi.

La conferma dell'agente eziologico con Coprocultura e Ricerca dei virus fecali non sempre è necessaria.

TERAPIA

La soluzione reidratante orale è la terapia di prima linea e può essere gestita a domicilio nella maggior parte dei casi. (es Sodioral bustine, Nausil Idra...).

Va offerta ad libitum fin dalle prime ore privilegiando piccole dosi ripetute, anche 5-10 ml ogni 5-10 minuti con cucchiaino o siringa.

Sono importanti i consigli dietetici: evitare succhi di frutta o bevande ad alta concentrazione di zuccheri che possono peggiorare la diarrea, continuare l'allattamento al seno e non assumere dolci o fritti.

Sono utili i fermenti lattici a base Lattobacilli (ad es Kaleidon 5 gocce al giorno < 30 kg e 10 gocce al giorno > 30 kg). Gli antidiarreici a base di loperamide sono controindicati nel bambino.

Il trattamento antibiotico non è raccomandato di routine.

Se sospetto una gastroenterite batterica è opportuna la coprocultura, posso impostare una terapia empirica con:

Pr/ azitromicina sosp orale 10 mg/kg/die in singola dose per 3 giorni.

GENGIVOSTOMATITE ERPETICA

Infezione primaria da HSV nel bambino solitamente < 3 anni. Si presenta con una eruzione vescicolosa diffusa a cavo orale, faringe e cute periorale. La rottura delle vescicole porta poi a ulcere dolenti e sanguinanti. C'è pure febbre e adenopatia laterocervicale associata.

Il principale problema è dato dal quadro locale con la difficoltà a bere ed alimentarsi.

TERAPIA

Supporto con paracetamolo, antidolorifici topici (Alovex) e dieta fresca e semiliquida.

Pr/ aciclovir sosp orale efficace se dato entro 72 ore dall'esordio dei sintomi 200 mg (2,5 ml) 4 volte al giorno per 5 giorni. Sotto i 2 anni di età la dose è dimezzata.

INFEZIONE DELLE VIE URINARIE

Sono cistite e pielonefrite. Vanno sempre sospettate nel bambino piccolo in presenza di febbre senza segni di localizzazione. Sotto l'anno di vita sono più frequenti nel maschio e oltre l'anno nella femmina.

I germi più frequenti sono Coli, Klebsiella e Proteus. I sintomi sono tanto più aspecifici quanto più piccolo è il bambino. Febbre, inappetenza, irritabilità sono tipici del lattante, nei più grandi vengono riferiti dolori addominali e disuria.

Nella pielonefrite si può avere la positività del segno di Giordano.

Il sospetto clinico va confermato con lo stick urine o l'esame urine completo con l'urinocoltura.

Per una corretta raccolta delle urine nel bambino piccolo è raccomandabile l'igiene dei genitali e l'applicazione di un sacchetto sterile per urine in plastica. Si considera significativa la presenza di >100000 CFU dello stesso germe all'urinocoltura.

In tutte le infezioni urinarie confermate va raccomandata l'ecografia di rene e vie urinarie entro un mese per escludere malformazioni urinarie e varianti anatomiche patogene.

TERAPIA

Pr / Cefpodoxima sospensione orale (Cefodox, Orelox...) 9 mg/kg/die in due dosi per 7 giorni

Oppure

Pr / Amoxicillina+acido clavulanico sosp orale (Augmentin, Clavulin...) 50 mg/kg/die in 3 dosi per 5 giorni

INVAGINAZIONE INTESTINALE

Tipica in sede ileocecale tra i 6 e i 9 mesi di età. Si presenta con crisi di pianto intervallate da ipotonie e sopore.

Può avversi vomito che diviene biliare. Alla palpazione addominale si apprezza talvolta una massa a "salsicciotto". L'emissione di fuci a gelatina di ribes con muco e sangue è un segno tardivo.

Richiede valutazione chirurgica urgente.

LARINGITE IPOGLOTTICA (o CROUP / LARINGOTRACHEITE)

Infiammazione sottoglottica da virus parainfluenzali. Dopo qualche giorno di rinite, tosse e febbre il bambino presenta voce rauca, tosse abbaiente e stridor inspiratorio.

Si associa la difficoltà inspiratoria con rientramenti al giugulo (tirage). I sintomi sono tipicamente notturni per la riduzione circadiana del cortisolo endogeno tra le 24 e le 6 del mattino.

TERAPIA

Aersolterapia con maschera facciale con

Pr/ Budesonide (Aircort, Pulmaxan...) 1 mg diluito in 2 ml di soluzione fisiologica, ripetibile una seconda volta in caso di scarsa risposta.

Si può associare un cortisonico per bocca.

Pr/ Betametasone (Bentelan) 0,1- 0,2 mg/kg in dose unica.

Nelle forme moderato-severe si può usare l'adrenalina in aerosol (preferibilmente su prescrizione specialistica).

ORTICARIA E ANGIOEDEMA

Comuni affezioni cutanee dovute alla liberazione di istamina. L'orticaria è limitata al derma mentre l'angioedema ha coinvolgimento sottocutaneo.

L'orticaria si caratterizza per pomfi fugaci, migranti e talvolta pruriginosi.

L'angioedema è caratterizzato da improvviso e marcato gonfiore del sottocutaneo, associato a dolore più che a prurito.

La diagnosi è clinica e nelle forme non complicate non servono esami di approfondimento diagnostico.

TERAPIA

Sintomatica a base di antistaminici anti H1

Pr/ Cetirizina gocce (Zirtec, Cerchio...) 10 gocce < 30 kg e 20 gocce >30 kg in unica somministrazione.

Nell'angioedema associare i cortisonici sistemici

Pr/ Prednisone (Deltacortene) cpr 5 mg e 25 mg al dosaggio di 1-2 mg/kg/die.

OTITE ESTERNA

Tipica dei mesi estivi, per macerazione della cute che riveste il condotto uditivo esterno.

Tipico è il dolore intenso che si accentua con la manipolazione dell'orecchio esterno e del condotto uditivo esterno. All'otoscopia il condotto è ristretto, arrossato e pieno di secrezioni.

Ci può essere edema e rossore periauricolare.

Si usa la terapia topica antibiotica e cortisonica.

Pr / ciprofloxacina+idrocortisone topico (es Mediflox o Cilodex) 3 gocce 2 volte al giorno per 7-10 giorni.

OTITE MEDIA

Comune complicanza delle infezioni delle vie aeree superiori spesso di origine batterica (Pneumococco, Haemophilus, Moraxella)

Si manifesta con dolore all'orecchio, rinite e febbre. All'otoscopia si apprezza opacamento della membrana con sua estroflessione e iperemia del condotto.

L'otorrea può essere secondaria alla perforazione timpanica.

Pr/ Amoxicillina e acido clavulanico sosp orale 80 mg/kg/die (max 3 g) in 3 dosi per 7 giorni.

La complicanza più frequente dell'otite media acuta è la mastoidite che si presenta con iperemia tumefazione e dolorabilità retro-auricolare e dislocazione del padiglione auricolare e richiede una valutazione in PS.

TONSILLITI

Il principale problema è differenziare le forme streptococciche da quelle virali.

Sintomi tipici delle faringiti virali sono tosse, rinorrea e raucedine.

DIAGNOSI

La faringite streptococcica è rara sotto i 3 anni e si presenta con esordio rapido dei sintomi: febbre alta, mal di testa, dolori addominali in assenza di rinite e tosse. L'essudato può mancare o essere bianco e giallastro nelle cripte e si possono associare petecchie sul palato molle, l'ugola e il faringe posteriore.

Si associa talvolta l'adenopatia satellite angolomandibolare e laterocervicale.

Non sempre è possibile fare la diagnosi differenziale sulla base della clinica, risulta allora utile il test rapido o la coltura da tampone faringeo.

TERAPIA

Prima scelta è l'amoxicillina orale

Pr/ amoxicillina sospensione orale 50 mg/kg/die max 1000mg/die ogni 12 ore per 10 giorni.

Se allergico alle pennicilline

Pr/ azitromicina sosp orale 10 mg/kg/die (max 500 mg) in unica dose per 3 giorni.

Se il bambino ha il tampone negativo si può usare un cortisonico per indurre la remissione dei sintomi

Pr/ betametasone cpr 0,1 mg/kg

TRAUMA CRANICO

E' una delle cause più frequenti di accesso in PS in età pediatrica ed una causa importante di morte e disabilità nella prima infanzia.

Il 90% sono traumi cranici minori ovvero con dinamica minore (caduta da una altezza < 1 metro) e con Glasgow Coma Scale di 15.

E' fonamentale una anamnesi accurata, l'esame obiettivo neurologico e locale della volta cranica alla ricerca di ematomi o di segni di frattura. Vanno valutati il tono, la postura, la marcia e i riflessi pupillari.

E' utile l'applicazione della sacca con ghiaccio nella prima ora dopo il trauma mantenendola per circa 20 minuti.

Si devono istruire i genitori sulla necessità dell'osservazione clinica per 72 ore dopo il trauma. E' necessaria la valutazione in PS in caso di episodi di vomito ripetuti, convulsioni, sonnolenza eccessiva o scarsa reattività

La TC cranio senza mezzo di contrasto è l'esame gold standard per la ricerca di ematomi e fratture craniche ma va riservata ai traumi maggiori per ridurre l'esposizione del bambino alle radiazioni ionizzanti.

Dott. Francesco Miconi

Medico in formazione specialistica in Clinica Pediatrica

francesco.miconi90@gmail.com