

EPIGLOTTITE

Cosa è?

L'epiglottite è una infiammazione rapidamente progressiva dell'epiglottide e dei tessuti limitrofi (sopraglottici) in grado di condurre ad un'ostruzione respiratoria improvvisa. L'infezione, trasmessa per via respiratoria, può esordire come una rinofaringite, e colpisce solitamente bambini tra i 2 e i 7 anni. È spesso determinata da agenti batterici (*Haemophilus influenzae*, *Streptococco β emolitico*, *S. aureus*, *Streptococco pneumoniae*...) che provocano flogosi ed infiammazione con ostruzione delle vie respiratorie.

Come si presenta:

L'epiglottite ha un esordio solitamente acuto e in pieno benessere, con:

- Faringodinia e febbre alta in meno di 10h;
- Dispnea e tachipnea;
- disfagia e scialorrea;
- disfonia e raucedine;
- stridore inspiratorio (se presente, è lieve rispetto al Croup);
- rientramenti inspiratori sopraclavari, substernali, al giugolo e intercostali;
- aspetto generale del bambino scaduto o comunque agitato e sofferente;
- posizione ortostatica antalgica (il bambino si inclina in avanti iperestendendo il collo per favorire la respirazione con bocca aperta);
- riduzione bilaterale della penetrazione d'aria e presenza di ronchi;
- possibile cianosi e ottundimento del sensorio.

N.B. L'epiglottite rappresenta un'emergenza respiratoria che richiede una diagnosi rapida e un'allerta il più veloce possibile dell'anestesista che dovrà intubare il bambino.

Quali esami di laboratorio fare:

- Glucosio, urea, creatinina, proteine totali, AST, ALT, sodio, potassio, calcio, cloro, ferro, IgA, IgG, IgM, PCR, ferritina, emocromo + Formula, VES, es. urine completo;
- emocoltura.

Quali esami strumentali fare:

- Rx in proiezione antero-posteriore del collo;
- Rx in proiezione laterale delle vie aeree che può mostrare il "segno del pollice" a livello dell'osso ioide;
- La procedura fondamentale è la laringoscopia che permette di visualizzare direttamente l'epiglottide. Questa va però eseguita solo in presenza di rianimatori poiché si possono determinare episodi di spasmo riflesso che peggiorano il quadro.

Come trattarlo in PS:

- controllare la SaO₂;
- stabilizzare il bambino e calmarlo;
- evitare interventi diagnostici e terapeutici prima di aver definito il trattamento necessario per il mantenimento delle vie aeree.

Dopo la stabilizzazione delle vie aeree:

- Idratare;

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA EPIGLOTTITE E CROUP

EPIGLOTTITE	CROUP
<ul style="list-style-type: none">• Esordio acuto e fulminante• Tosse abbaiente insolita• L'epiglottite è notevolmente edematoso, di color rosso ciliegia• La radiografia del collo mostra un epiglottite di volume aumentato e la distensione dell'ipofaringe.	<ul style="list-style-type: none">• Esordio acuto• Tosse abbaiente caratteristica• L'epiglottite può essere eritematosa• La radiografia del collo mostra un restringimento sottoglottideo e un'epiglottite di normali dimensioni.

- Somministrare O₂;
- Antibiotico terapia.
- Empirica: Ceftriaxone (Rocefin) 100 mg/Kg in 2 somministrazioni al giorno, Cefotaxime, Cefuroxime o in alternativa in caso di allergia alle penicilline Rifampicina o Cloramfenicolo. (50 mg/kg/die divise in 4 somministrazioni giornaliere da 2 settimane a 12aa di età) RIFAMPICINA (10-20mg/kg in 2 somministrazioni al dì; max 600 mg);
- Eventuale modifica della terapia in base all'isolamento del patogeno che ha causato l'infezione.

N.B. Bisogna evitare di visualizzare l'epiglottide con abbassa-

lingua che può provocare una repentina ostruzione delle vie aeree.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

L'epiglottite rappresenta un'emergenza e richiede **sempre il ricovero** del paziente in condizioni di instabilità quali diminuzione della saturazione dell'O₂, dispnea, cianosi importante, assenza di miglioramento in seguito alla somministrazione dei primi presidi terapeutici (ventilazione ed O₂, corticosteroidi, antibiotici...). L'intubazione nasotracheale è solitamente necessaria finché il paziente non è rimasto stabile per 24 - 48 ore (di solito il tempo totale di intubazione è < 60 ore). In alternativa deve essere eseguita una tracheotomia.



BIBLIOGRAFIA

1. Al-Qudah M, Shetty S, Alomari M, et al; Acute adult supraglottitis: current management and treatment. South Med J. 2010 Aug;103(8):800 - 4.
2. Epiglottitis and related complications in adults. Case reports and review of the literature. Verbruggen K, Halewyck S, Deron P, Foulon I, Gordts F. B-ENT. 2012;8(2):143 - 8. Review.
3. Acute epiglottitis due to group A - hemolytic streptococcus in a child. Mazenq J, Retornaz K, Vialet R, Dubus JC. Arch Pediatr. 2014 Oct 1. pii: S0929-693X(14)00354-6.
4. Croup. Johnson DW. BMJ Clin Evid. 2014 Sep 29; 2014.
5. Low incidence of children with acute epiglottitis after introduction of vaccination. Hermansen MN, Schmidt JH, Krug AH, Larsen K, Kristensen S. Dan Med J. 2014 Apr;61(4): A4788.