

TRACHEITE BATTERICA (CROUP PSEUDOMEMBRANOSO)

Cosa è?

Infezione batterica della trachea con infiammazione e formazione d'essudato purulento denso nelle vie respiratorie al di sotto della glottide. La trachea è interessata da densi detriti e pseudomembrane aderenti che ostruiscono il lume. Colpisce prevalentemente i bambini più piccoli ma anche fino ai 16 anni di età e può costituire una complicanza suppurativa locale di una banale infezione respiratoria virale. È causata comunemente dallo *Stafilococco Aureo* e più raramente da *Streptococco β-emolitico* di gruppo A, *Streptococco pneumoniae*, *Hemophilus Influenzae* di tipo B e *Moraxella catarrhalis*.

Come si presenta:

L'esordio è improvviso e grave, il decorso è ingravescente, solitamente dopo alcuni giorni di sintomatologia alle vie respiratorie alte, la febbre si alza bruscamente e si evidenzia:

- Stato settico ed agitato del bambino;
- Respiro rumoroso con stridore inspiratorio;
- Dispnea;
- Tosse profonda con abbondante escreato purulento;
- Allargamento delle narici;
- Cianosi.

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;
- Esame microbiologico delle secrezioni.

Quali esami strumentali fare:

- Rx del collo in proiezione laterale (restringimento sottoglottideo con membrane ruvide e purulente);
- Broncoscopia diretta (secrezioni purulente e infiammazione nell'area sottoglottidea).

Come trattarlo in PS:

Il bambino va tenuto il più tranquillo possibile e:

- Aspirazione delle secrezioni;
- Umidificazione dell'aria;
- Mantenimento pervietà delle vie aeree;
- Idratazione e controllo dell'equilibrio idroelettrolitico;
- Antibiotici (Ceftriaxone, Cefotaxime o eventualmente Clindamicina e Vancomicina da sole o in associazione);
- Controllare SatO₂ ed eventuale somministrazione di O₂.

N.B. Nei bambini gravi, prendere in considerazione l'intubazione e/o la necessità di tracheo-aspirazione, trattare come epiglottite.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

- Peggioramento delle condizioni cliniche;
- Scarso controllo tramite normale terapia;
- Broncopolmonite;
- Sepsi;
- Cellulite;
- Ascesso retrofaringeo;
- Rara la stenosi sottoglottidea secondaria a intubazione prolungata.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

È necessaria una terapia antibiotica con farmaci efficaci contro *S. aureus*, streptococchi, e *H. influenzae* tipo b (Ceftriaxone, Oxacillina, Nafcillina). Una volta posta la diagnosi microbiologica definitiva, deve essere somministrata una terapia antibiotica specifica, solitamente per 10-14 giorni. Controllo delle condizioni del bambino e della saturazione dell'O₂.

BIBLIOGRAFIA

1. Bacterial tracheitis: a varied entity. Miranda AD, Valdez TA, Pereira KD. *Pediatr Emerg Care*. 2011 Oct;27(10):950-3.
2. Croup. Johnson DW. *BMJ Clin Evid*. 2014 Sep 29;2014. pii: 0321.
3. Bacterial tracheitis: a therapeutic approach. Shargorodsky J, Lee GS, Whittemore KR. *Laryngoscope*. 2010;120 Suppl 4:S227.
4. Bacterial tracheitis in pediatrics: 12 year experience at a medical center in Taiwan. Huang YL, Peng CC, Chiu NC, Lee KS, Hung HY, Kao HA, Hsu CH, Chang JH, Huang FY. *Pediatr Int*. 2009 Feb;51(1):110-3.
5. Acute upper airway obstruction. Sasidaran K, Bansal A, Singhi S. *Indian J Pediatr*. 2011 Oct;78(10):1256-61.