

La polmonite nel bambino



Enrico Tagliaferri

La polmonite uccide circa un milione di bambini l'anno. Le nuove indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Minor necessità di terapia parenterale e di ricovero. Una gestione semplificata sulla base dell'evidenza scientifica.

La polmonite è ancora una causa rilevante di malattia e morte nel bambino sotto i 5 anni, nel mondo, seppure in misura minore che in passato: nel 1981 la polmonite ha causato circa 4 milioni di morti nei bambini, **nel 2013 ancora più di un milione, circa un quinto di tutte le morti.**

La maggior parte dei casi e delle morti avviene in paesi poveri, con sistemi sanitari cronicamente gravati da scarsità di personale, di strutture e di mezzi. In questi contesti l'utilizzo di protocolli semplici di diagnosi e terapia, basati sui segni clinici, utilizzabili anche da personale sanitario poco qualificato, ha permesso di abbattere la mortalità infantile. Un esempio sono le linee guida dell'*Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI).

Alla luce degli studi più recenti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto nuove linee guida sulla classificazione e la terapia della polmonite nel bambino, introducendo significative novità rispetto alle precedenti.

La diagnosi di polmonite si basa ancora sul riscontro della tachipnea, la respirazione frequente, in un bambino con tosse o difficoltà respiratoria.

In assenza di segni di gravità viene consigliato un trattamento orale a domicilio.

Nelle precedenti linee guida il trattamento orale di prima linea raccomandato era il cotrimossazolo mentre nella nuova versione viene raccomandato l'uso dell'**amoxicillina**, che si è dimostrata più efficace. L'amoxicillina orale ha dimostrato un'efficacia paragonabile alla penicillina parenterale.

Il ricovero dovrebbe essere considerato in caso di peggioramento clinico dopo 2-3 giorni di terapia.

In passato **il rientramento toracico al giugulo, intercostale e sottocostale (*chest indrawing*) era considerato un segno di gravità** che doveva indurre a ricoverare il bambino per un trattamento parenterale, mentre secondo le nuove raccomandazioni anche i bambini con questo segno, e non altri segni di gravità, possono essere trattati a domicilio con l'amoxicillina orale.

L'amoxicillina viene consigliata in due somministrazioni al giorno per 5 giorni. Dosi elevate (80-90 mg/Kg al giorno) hanno dimostrato una maggior efficacia rispetto a dosi minori (45 mg/Kg al giorno). Nel caso di polmonite senza *chest indrawing* ed in un contesto a bassa prevalenza di infezione da HIV è possibile un trattamento di soli 3 giorni. Infatti, la rassegna di tre grandi studi per un totale di quasi 6.000 bambini con polmonite ha concluso che i risultati di una terapia di tre giorni erano sovrapponibili a quelli di una terapia di 5 giorni, sia in termini di successo clinico che di recidiva. Poiché l'uso delle polveri da sciogliere in acqua e delle compresse da adulti da dividere possono indurre errori nel dosaggio, esperti riuniti da OMS e UNICEF hanno indicato come la miglior formulazione le compresse orosolubili o simili (*flexible solid oral dosage*).

In caso di polmonite grave, qualora cioè sussistano altri criteri di gravità (cianosi, difficoltà ad alimentarsi, vomito, letargia, alterazioni dello stato di coscienza), viene consigliato un trattamento parenterale con penicillina o ampicillina in associazione a gentamicina. Il ceftriaxone è considerato un trattamento di seconda linea in caso di fallimento.

In caso di bambini con infezione da HIV, l'aggiunta del cotrimossazolo, nel sospetto di polmonite da *Pneumocystis jirovecii*, è consigliato solo in bambini con meno di un anno, visto che i casi si concentrano in questa fascia di età.



Membri delle comunità, volontari opportunamente addestrati (*community health workers*), sono stati impiegati con successo in numerosi programmi sanitari: nel trattamento della malaria e delle elmintiasi, nelle campagne vaccinali, nella distribuzione delle zanzariere e anche nel trattamento della polmonite, compresa la polmonite con *chest indrawing*.

Queste nuove raccomandazioni possono avere una serie di vantaggi pratici. Semplificano la classificazione e il trattamento per gli operatori riducendo la possibilità di errore. Riportano la gestione di molti casi alla portata di personale anche poco qualificato. Riducono l'indicazione al ricovero lasciando il bambino e la mamma, che di solito lo assiste, nel loro ambiente, attenuando il disagio anche per gli altri bambini della famiglia, riducendo i costi per la famiglia e per il sistema sanitario.

Enrico Tagliaferri. Infettivologo. Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana

Risorse

1. [Revised WHO classification and treatment of childhood pneumonia at health facilities](#) [PDF: 294 Kb]. World Health Organization, 2014

