

TUBERCOLOSI IN ETA' PEDIATRICA

Trasmissione: da soggetti affetti. Valutazione di tutti i contatti con IDR alla tubercolina e Rx torace.

Istopatologia: formazione granulomatosa caseificante, colorazione di Ziehl-Nielsen.

Clinica:

infezione primaria asintomatica
test alla tubercolina positivo,
complesso primario,
ostruzione bronchiale da adenopatia ilare,
versamento pleurico,
lesioni polmonari segmentarie,
tubercolosi miliare,
diffusione ematogena al rene, osso, meningi, potenzialmente a tutti gli organi.

1. Esposizione: il soggetto ha avuto un recente contatto (< 3 mesi) con un adulto od un adolescente risultato affetto da tubercolosi (i bambini risultano raramente contagiosi):

- a. Tubercolino negativi;
- b. Rx negativa;
- c. Stato asintomatico.

2. Infezione:

- a. Tubercolino positivo;
- b. Stato asintomatico;
- c. Rx negativa o che dimostri esiti di complesso primario (esclusa adenopatia ilare).

Rapida progressione dall'infezione alla malattia tubercolare nel bambino di età <5 anni.

3. Malattia tubercolare:

- a. Sintomi di malattia;
- b. Adenopatia ilare;
- c. Tubercolino positivi: ma circa il 10-20% degli affetti ha test negativi (per lo più forme generalizzate e meningiti);
- d. Sintomi extrapolmonari (25% dei casi): linfonodi, meningi, pleura, ossa, articolazioni.

Indagini:

Intradermoreazione alla tubercolina

5 U di PPD somministrate nella cute dell'avambraccio.

Controllo a 48 o 72 ore. Utile per valutare lo stato di eventuale anergia e per valutare la cutireattività ad altri antigeni (tossoidi tetanico, candida).

La positività della reazione deve essere valutata dalla estensione dell'indurimento piuttosto che dell'eritema misurata in mm.

Microbiologia/Patologia

coltura ed esame microscopico con colorazione di Ziehl-Nielsen.

Ricerca in PCR del micobatterio tubercolare:

Liquido di lavaggio gastrico (3 prelievi) da effettuarsi al mattino a digiuno (40% di positività).

Escreato nel bambino più grande.

Tessuto bioptico.

Liquor.

Tutti i liquidi raccolti nel corso della valutazione diagnostica (broncoscopia, drenaggio pleurico).

Terapia:

Trattamento esposizione tubercolare

Mantoux positiva senza sintomi e segni di malattia;

• Isoniazide 10-15 mg/kg/die per 9 mesi (12 mesi nel bambino HIV+ e nell'immunodepresso).

Terapia Malattia tubercolare

Trattamento per 6 mesi con isoniazide e rifampicina;

Terapia a tre farmaci per i primi 2 mesi;

Isoniazide; Rifampicina; Pirazinamide;

Dopo l'isolamento (richiede da 2 a 6 settimane) la terapia deve essere modificata sulla base delle resistenze.

Per le forme con interessamento extrapolmonare: meningeo, osseo o articolare è consigliabile terapia a 4 farmaci con durata di 12 mesi.

Controllo della terapia: ogni 4-6 settimane per valutare l'aderenza alla terapia, il miglioramento clinico, e l'eventuale comparsa di effetti collaterali. Utile controllo radiologico dopo 1-2 mesi ed a sei mesi dall'inizio del trattamento. Mantoux inutile nel controllo della terapia.

Vaccinazione anti-tubercolare

Vantaggi: protezione fino a 80% nei bambini; basso costo

Svantaggi: protezione variabile nell'adulto; difficoltà di interpretazione dell'intradermorazione di Mantoux

Indicazioni: esposizione a genitore affetto da TBC polmonare non trattata adeguatamente; esposizione a TBC polmonare da ceppo multiresistente