I neutrofili di Giovanna

Data 28 aprile 2010
Categoria casi_clinici

La neutropenia febbrile di origine iatrogena può essere provocata da vari farmaci, alcuni dei quali di uso molto frequente.

Giovanna ha 66 anni, è appena uscita dall'ospedale dove era stata ricoverata dopo una frattura del collo femorale, per la quale è stata sottoposta ad intervento di artroprotesi. Per evitare il rischio di tromboembolia il medico curante le ha prescritto un' eparina a basso peso molecolare, da proseguire almeno per 30-40 giorni, fino a quando comincerà a deambulare. Deve inoltre, una volta alla settimana, controllare l'esame emocromocitometrico perchè l'eparina (compresa quella a basso peso molecolare) può provocare trombocitopenia.
Dopo una settimana dalla dimissione compare febbre elevata e tosse. Il medico, recatosi a domicilio, visita Giovanna e riscontra la presenza di rumori bronchiali diffusi per cui prescrive una terapia a base di penicillina per bocca. Dopo qualche giorno, siccome la febbre non cessa, il medico rivisita la paziente, riscontra la presenza di rumori crepitanti alla base polmonare destra e pertanto richiede una radiografia del torace che conferma il sospetto clinico: vi è un piccolo focolaio broncopneumonico a livello dell'angolo cardioepatico. Vista la scarsa efficacia della penicillina il medico inizia un chinolonico. Giovanna si sfebbra dopo un paio di giorni. Nel frattempo arriva la risposta dell'emocromocitometrico fatto eseguire per monitorare la terapia eparinica: l'esame risulta perfettamente normale. Il medico consiglia di proseguire con l'antibiotico per altri 6-7 giorni, riservandosi di ricontrollare il quadro radiologico a distanza. Le cose sembrano andare per il meglio, la paziente è sfebbrata, la tosse si è molto ridotta. Passano alcuni giorni e Giovanna è costretta a richiedere un'altra visita domiciliare: è ritornata febbre elevata, sui 39°C, si sente estremamente debole e le manca un poco il respiro. Il medico arriva, appare subito preoccupato, visita la paziente, ma a livello polmonare non riscontra dati particolarmente indicativi. Si ritiene di aspettare l'evoluzione del quadro clinico, nel frattempo, oltre ad una terapia sintomatica a base di paracetamolo, il sanitario consiglia di proseguire con il chinolonico.
Nonostante questo la febbre persiste elevata; il giorno dopo il laboratorio analisi chiama il medico: l'ultimo esame emocromocitometrico mostra una importante leucopenia con neutropenia che non era presente nel prelievo eseguito otto giorni prima. Si procede con il ricovero della paziente. Gli esami eseguiti d'urgenza in Pronto Soccorso confermano il sospetto di neutropenia febbrile con 500 neutrofili per mm3.

Commento al caso clinico

La neutropenia febbrile viene diagnostica quando, insieme ad un quadro febbrile si associa un numero di neutrofili circolanti inferiore a 1.500 per mm3. Si parla di neutropenia estrema quando tale numero scende al di sotto di 500 per mm3.
E' una patologia che può derivare dall'uso di molti farmaci, tra cui antibiotici, eparina, aceinibitori, antiepilettici, ticlopidina, citostatici, sulfamidici, diuretici, analgesici e FANS, antitiroidei, etc. Nel caso in oggetto è difficile dire quale dei farmaci usati (eparina, penicillina, chinolonico) può aver scatenato la neutropenia. Comunque qualsiasi farmaco, almeno teoricamente, è in grado di provocarla. Conviene sospettarla quando compare una febbre persistente senza apparente spiegazione oppure se, dopo una malattia infettiva acuta in via di guarigione, si ha una ricaduta febbrile. La terapia si avvale della sospensione del farmaco incriminato, della somministrazione di un antibiotico a largo spettro associato a farmaci che stimolano la produzione di neutrofili (filgastrim e analoghi). E' importante però escludere altre cause di neutropenia .

RenatoRossi

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=4740