La Fascite Necrotizzante: riconoscerla per salvare una vita

Data 04 novembre 2012
Categoria infettivologia

Il punto su una malattia grave e spesso difficile da riconoscere nelle fasi iniziali.

La “fascite necrotizzante” o, forse più correttamente , le “infezioni necrotizzanti dei tessuti molli”, erano in passato indicate come “ gangrena gassosa”, “gangrena nosocomiale” e “gangena di Fournier”.
La caratteristica comune di tutte queste forme è la necrosi a rapida estensione dei tessuti molli sottocutanei che può interessare le fascie ed i muscoli e che spesso ma non sempre interessa la cute.
L’intervento chirurgico è necessario nella larga maggioranza dei casi e, se la diagnosi non è tempestiva, sono spesso necessari interventi demolitivi, con frequenti gravi complicazioni ed una mortalità che può superare il 50% .

La fascite necrotizzante non è una affezione comune ma neppure molto rara: nel Regno Unito sono diagnosticati circa 500 casi l’anno, il che significa che la maggior parte dei dipartimenti di emergenza accoglie almeno una persona affetta l’anno e che gran parte dei medici di primary care vedrà almento un paziente con fascite necrotizzante nel corso dei vari decenni di attività .
Riconoscere tempestivamente la fascite ed in genere tutte le infezioni necrotizzanti dei tessuti molli è dunque molto importante perché la diagnosi tempestiva può evitare la larga maggioranza dei decessi e degli interventi demolitivi (amputazioni) .

Le prime manifestazioni

Ogni medico ricorda il quadro caratteristico riportato nei testi universitari: edema, bolle cutanee spesso emorragiche, aree di necrosi, talora crepitio dei tessuti sottocutanei: in realtà queste manifestazioni compaiono in 4°-5° giornata quando le condizioni del paziente si stanno rapidamente e gravemente deteriorando .
Inoltre, il caratteristico e suggestivo reperto del crepitio sottocutaneo è presente nelle forme da germi anaerobi(in particolare il clostridium perfrigens) ma non nelle più comuni forme da streptococchi.
In realtà la diagnosi di queste affezioni è spesso intempestiva perché la presentazione iniziale può simulare una innocua cellulite, una tromboflebite, una borsite, una artrite un semplice ematoma. Se sono presenti febbre e malessere generale questi debbono sempre suggerire la ipotesi diagnostica di forma necrotizzante, che nel dubbio va sempre trattata. Il sintomo che costituisce una vera e propria “red flag” è il dolore, generalmente molto intenso, quasi sempre non proporzionato alla entità del dato obiettivo. Esso è dovuto alla infiammazione ed occlusione dei piccoli vasi, in particolare dei vasa nervorum: è per questo motivo che a volte compaiono aree di ipo-anestesia.
Le infezioni necrotizzanti sono più comuni negli individui defedati od immunodepressi: in questi ultimi e nei tossicodipendenti i sintomi sistemici non si manifestano o lo fanno in maniera attenuata e/o tardiva .

La diagnosi

Il sospetto diagnostico può e deve essere sempre posto sulla base dei dati clinici. In particolare la sproporzione tra il sintomo “dolore” e l’apparente modesto quadro obiettivo nonché la presenza di febbre e malessere debbono immediatamente suggerire questa ipotesi diagnostica.
Il laboratorio evidenzia un marcato incremento della proteina c reattiva, una importante leucocitosi e nelle forme più avanzate l’aumento della creatinina e la diminuzione del sodio. L’esame batteriologico fornisce spesso indicazioni tardive.

La terapia

L’unica terapia risolutiva è quella chirurgica che va intrapresa il più precocemente possibile. La terapia antibiotica (benzilpenicillina, flucloxacillina e clindamicina) va sempre instaurata ed in associazione alla chirurgia accellera la guarigione e limita gli esiti invalidanti. In particolare sembra che la clindamicina inibisca la produzione del superantigene streptococcico che è il principale responsabile dei quadri di shock settico .

Riccardo De Gobbi

Bibliografia

1)Sultan H Y, Boyle A, Sheppard N.: Necrotising Fascitis.BMJ 2012;345:e4274

2)Hasham S, Matteucci P, Stanley P, Hart N. Necrotising fasciitis. BMJ 2005;330:830-3

3)Anaya DA, Dellinger EP. Necrotizing soft-tissue infection: diagnosis and management. Clin Infect Dis 2007;44:705-10

4)Hefny AF, Eid HO, Al-Hussona M, Idris KM, Abu-Zidan FM. Necrotizing fasciitis: a challenging diagnosis. Eur J Emerg Med2007;14(1):50-2

5)Frazee BW, Fee C, Lynn J, Wang R, Bostrom A, Hargis C, et al. Community-acquired necrotizing soft tissue infections: a review of 122 cases presenting to a single emergency department over 12 years. J Emerg Med 2008;34:139-46

6)Young MH, Aronoff D, Engleberg NC. Necrotizing fasciitis: pathogenesis and treatment. Expert Rev Anti Infect Ther 2005;3:279-94