



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Gestione della febbre
Data 05 febbraio 2006 alle 17:06:00
Autore A Dalla Via

Dalla Via:

La patogenesi degli stati febbrili può essere schematicamente ricondotta a:

- 1) aumentata produzione di calore
- 2) compromissione nella produzione di calore
 - a) aumento della temperatura ambientale
 - b) colpo di calore
 - c) scompenso cardiaco; la riduzione della volemia con farmaci cardiovascolari può risolvere la febbre di un paziente cardiopatico

Inoltre molto importante, sottodiagnosticata e sottovalutata, è la febbre da Farmaci; è da sottolineare come alcuni farmaci (***) utilizzati per la terapia degli stati febbrili possano essere essi stessi causa di rialzo termico:

Uso frequente: barbiturici, sulfamidici, salicilati ***, antistaminici, penicilline, rifampicina, ibuprofene***, aloperidolo, isoniazide, cefalosporine, lassativi

Uso infrequente: ioduri, procainamide, cimetidina, metildopa, chinidina, idralazina, fenitoina.

Ressa:

Parlerei dei diversi tipi di febbre

Dalla Via:

La Semeiotica della febbre è completamente scomparsa dalle abitudini mediche attuali; un tempo osservando per giorni la curva febbrile i Clinici, riconoscendo la febbre di Pel-Ebstein o la febbre epatica di Charcot, emettevano la diagnosi. Ora non è più possibile, per richiesta di diagnosi accurate nel più breve tempo possibile, grazie ad indagini strumentali facilmente disponibili e, last but not least, per motivi medico-legali facilmente intuibili. La Semeiologia tradizionale però non ha perso, come si vedrà, il suo valore può avere ancora una funzione rilevante nella pratica diagnostica quotidiana.

Ressa:

Soprattutto quella remittente. Dalla Via:

La febbre, classicamente, viene distinta in:

- intermittente: esempio tipico ne è la malaria
- remittente: con fluttuazioni giornaliere superiori ai 2°, come nella polmonite e nelle sepsi
- continua: con oscillazioni quotidiane tra 0.5° e 0.8°. Un esempio ne fu il Tifo non trattato
- ondulante o ricorrente: con periodi di febbre alternati a periodi di normotermia, ad esempio nei Linfomi e nella Brucellosi
- quotidiana: elevata, giornaliera, rara; è legata a doppia infezione da Plasmodium Vivax, a colangite o ad ascesso epatico.

Ressa:

Se non mi rispondi a male parole ti chiedo dove misurare la temperatura

Dalla Via:

Può sembrare lapalissiano; chi non lo sa ?

Recentemente sono stati commercializzati termometri con sensori elettronici che dovrebbero poter rilevare rapidamente e comodamente la febbre in svariate zone della superficie cutanea; il loro utilizzo non è però ancora completamente affidabile.

La letteratura attuale suggerisce, salvo rare eccezioni, la misurazione:

- rettale: fino a 4 anni
- orale: dopo i 4 anni, la più indicata
- auricolare: molto rapida, sufficientemente affidabile
- inguinale: sembra essere una misurazione discretamente ma non del tutto affidabile
- ascellare: tanto frequente quanto inaffidabile

In pratica ogni Adulto dovrebbe avere un piccolo termometro prismatico a bulbo, personale, a Mercurio, e misurare la temperatura orale in sede sublinguale.

Ressa:

La febbre, soprattutto nei paesi latini, è percepita in maniera angosciante "mai uscire di casa con la febbre!" Dalla Via: Una malattia febbrile è quasi sempre, generalmente in breve tempo, motivo di contatto tra Paziente e Medico di Medicina Generale, mettendo a confronto due vissuti spesso differenti.

- Segno di malattia -> Le richieste di visite domiciliari sono frequenti durante le epidemie; l'attività domiciliare è sempre dispendiosa per tempo e risorse, spesso non giustificata



- Richiede intervento medico -> Frequentemente la richiesta di intervento medico è solo per fini certificativi
- E' motivo per richiedere che il MMG si rechi a domicilio -> Le richieste avvengono durante l'attività ambulatoriale e causano il problema della corretta gestione telefonica di fronte a terzi
- Se è elevata è un'urgenza -> Un'iperpiressia monosintomatica non rappresenta di solito un'emergenza; l'insistenza del paziente può generare conflitti

Il MMG deve quindi gestire correttamente la richiesta telefonica. Se il caso sembra meritare attenzione o poter generare conflitti deve essere rinviato in un tempo immediatamente successivo, utile per riordinare le domande anamnestiche da effettuare o prepararsi con tranquillità ad un colloquio che potrebbe essere di difficile gestione. Considerare che l'uso del tempo a fini diagnostici è un metodo essenziale per la risoluzione dei problemi. In sintesi: è sicuro attendere?

Ressa:

Il problema sono sempre i sintomi di accompagnamento o la coesistenza di altre patologie note. Dalla Via:
Al di là che il contatto tra Medico e Paziente avvenga a domicilio od in Ambulatorio, i sintomi e/o segni che in presenza di febbre impongono una immediata valutazione clinica sono:

- dolore toracico
- dolore addominale
- dispnea
- pazienti nuovi***
- febbre elevata nell'anziano
- terapia immunosoppressiva
- immunodepressione, compreso il diabete e la cirrosi
- protesi valvolari
- tossicodipendenza
- ipotensione ed oliguria
- confusione mentale
- petecchie

Ressa:

Parlaci invece dei segni clinici di allarme

Dalla Via:

Se durante la visita venissero rilevati:

- segni e sintomi di shock
- meningismo
- provenienza da aree epidemiche
- VES > a 60° alla 1° ora
- febbre intermittente o remittente con puntate > 39°
- mancata diagnosi dopo tre settimane di febbre
- convulsioni
- anemizzazione
- rapido calo ponderale
- valvulopatia
- linfadenopatia con caratteri di sospetto clinico
- segni di cardite

il paziente deve essere immediatamente ricoverato. Dalla Via:

Al di là che il contatto tra Medico e Paziente avvenga a domicilio od in Ambulatorio, i sintomi e/o segni che in presenza di febbre impongono una immediata valutazione clinica sono:

- dolore toracico
- dolore addominale
- dispnea
- pazienti nuovi***
- febbre elevata nell'anziano
- terapia immunosoppressiva
- immunodepressione, compreso il diabete e la cirrosi
- protesi valvolari
- tossicodipendenza
- ipotensione ed oliguria
- confusione mentale
- petecchie

Ressa:

Parlaci invece dei segni clinici di allarme

Dalla Via:

Se durante la visita venissero rilevati:

- segni e sintomi di shock
- meningismo
- provenienza da aree epidemiche
- VES > a 60° alla 1° ora



- febbre intermittente o remittente con puntate $> 39^{\circ}$
- mancata diagnosi dopo tre settimane di febbre
- convulsioni
- anemizzazione
- rapido calo ponderale
- valvulopatia
- linfoadenopatia con caratteri di sospetto clinico
- segni di cardite

il paziente deve essere immediatamente ricoverato. Ressa:

Che cosa spinge il MMG a visitare a domicilio un Paziente Febbrile?

Dalla Via:

La cultura del MMG; probabilmente un ex Medico Condotta di campagna è più propenso alla visita domiciliare rispetto ad un più giovane Collega che opera in una grande città con problemi di parcheggio

La tipologia dell'accesso ambulatoriale; un Paziente può essere disposto a recarsi in ambulatorio con un appuntamento che gli consenta un rapido consulto. Un'attesa di un'ora con 39° in una sala d'aspetto affollata sarà difficilmente accettata.

La tipologia del Paziente. Considerando che in Inghilterra l'1.6% sono responsabili del 56% dell'attività dei locali GP, difficilmente un "frequent attender" avrà immediatamente ciò che si aspetta.

L'età del paziente

La presenza di copatologie importanti

La provenienza del Paziente; ad esempio, in Europa, i Belgi sono usi ad un'importante attività a domicilio legata a modalità di pagamento delle prestazioni del MMG.

Ressa:

E se arrivati a domicilio del Paziente il suo stato clinico non richiedeva assolutamente una visita domiciliare, motivata solo dal rilascio del Certificato di malattia ?

Dalla Via:

- "contare fino a dieci"
- ricordarsi che alcune malattie infettive, come endocarditi, miocarditi, sepsi, leptospirosi, glomerulonefriti, sono oligosintomatiche all'esordio e poi rapidamente evolutive; uno scontro verbale con un Paziente che poi peggiora rapidamente fino a necessitare di ricovero ospedaliero è difficilmente sanabile
- ribadire alcuni concetti di educazione sanitaria, facendo presente ad esempio che in Ambulatorio la strumentazione diagnostica consente un approccio più approfondito del problema

Ressa:

E se si decidesse di non visitare a domicilio il Paziente ?

Dalla Via:

L'anamnesi telefonica dovrà essere molto accurata; si dovrà valutare

- chi telefona, se il Paziente od un Familiare
- il tono di voce
- le modalità di presentazione del caso
- quali sono i sintomi
- come vengono riferiti

Una volta deciso di differire l'accesso occorre:

- fornire istruzioni chiare
- chiedere di essere avvisati in caso di variazione clinica
- invitare ad un follow-up telefonico dopo 48-72 ore
- garantire comunque una pronta disponibilità

Ressa:

Parliamo della febbre di origine ignota

Dalla Via:

La febbre di origine ignota (F.O.I.), è uno stato febbrile con temperatura pari o superiore a 38° in più occasioni per almeno tre settimane e che abbia richiesto TRE visite ambulatoriali o TRE giorni di valutazione ospedaliera

Fortunatamente si tratta quasi sempre di una malattia relativamente comune che si presenta in modo atipico e non una condizione rara.

Ressa:

Come gestirla?

Dalla Via:

Il management sul territorio di un Paziente con febbre inspiegata di lunga durata rappresenta una sfida globale per il metodo bio-psico-sociale delle Cure Primarie. L'Assistito che lamenta febbre da sette giorni, qualora durante la visita anamnesticamente ed obiettivamente si rilevassero:

- buone condizioni generali
- durata della febbre inferiore a 7 giorni
- assenza di recenti interventi di chirurgia addominale
- assenza di segni sintomi di allarme (red flags) come melena, vomito caffeeano, cefalea nucale
- e.o. normale
- t° rettale $> 38.3^{\circ}$



- normale stato immunitario
 - anamnesticamente non viaggi recenti in zone epidemiche
- è quasi sicuramente affetto da una malattia virale.

Se il Paziente ritorna dopo qualche giorno e riferisce di avere ancora febbre, dopo aver ripetuto in modo estremamente minuzioso anamnesi ed esame obiettivo, in caso di assenza di reperti patologici, converrà richiedere:

- Rx torace e seni paranasali
- Esame urine
- Emocromo
- Prove di funzionalità epatica,
- Creatinina
- HIV (previo consenso)
- ANA
- Fattore Reumatoide
- Emocolture, se la t° rettale è superiore a 38.5°

In presenza di esami patologici, il Paziente verrà trattato di conseguenza; qualora però i risultati fossero nella norma, occorrerà ricercare obiettivamente ed anamnesticamente con molto scrupolo modesti problemi dentari o lievi disturbi ginecologici, urologici e proctologici. Se negativi occorre approfondire il livello d'indagine:

- Ripetere le emocolture
- Sierodiagnosi per: CMV, EBV, Toxoplasma, Leishmania, Yersinia, Brucella e Febbre Q (in particolare in Veterinari, macellai ed allevatori), Borrelia, Leptospira, Salmonella
- BK urinario su 3 campioni
- Ecografia addominale completa

La positività di uno di questi accertamenti permetterà il trattamento eziologico. In caso negativo converrà ricoverare il paziente per effettuare accertamenti di 2° livello, come Ecocardiogramma transesofageo, colonscopia, clisma del tenue, biopsia osteomidollare ed epatica, scintigrafia ossea, broncoscopia. Questo iter diagnostico ovviamente non può tenere conto di un fattore imprevedibile e fondamentale, e cioè del rapporto medico-paziente e di tutte le sue complesse dinamiche; quasi certamente un soggetto ansioso, medicalizzato e polemico richiederà tempi e modi diversi da un paziente fiducioso, ottimista e con elevati livelli di tolleranza.

Ressa:

Riassumerei dicendo che la febbre di origine ignota è fondamentalmente di 3 tipi: infettiva, neoplastica o da collagenopatia

Dalla Via:

Nonostante tutto, il 10% – 15% dei casi rimane senza diagnosi; in questi casi, in persistente assenza d'alterazioni dello stato generale, il Paziente va controllato attentamente anamnesticamente ed obiettivamente senza ulteriore follow-up strumentale.

Tra le cause di febbre inspiegata occorre ricordare la febbre fittizia; molto spesso è attribuita a simulatori per ottenere vantaggi concreti, ma riconosce talora cause oscure di natura psicogena, come la ricerca di vantaggi secondari o la fuga da situazioni stressanti.

Motivi clinici per sospettarla sono:

- Un andamento atipico
- L'assenza di segni indiretti di rialzo della temperatura corporea, come cute calda, tachicardia, brivido e sudorazione durante la defervescenza.
- Una PCR nella norma.

Ressa:

Parliamo della terapia

Dalla Via:

Prima di prescrivere una terapia antipiretica, occorre ricordare che la febbre:

- Stimola le difese immunitarie
- Aumenta la produzione di neutrofili da parte del midollo osseo.
- Aumenta la capacità ossidativi dei leucociti.
- Aumenta la produzione di Anticorpi ed Interferoni.
- Riduce la replicazione di alcuni virus

e quindi, se è ben tollerata, dopo un breve counselling, possiamo decidere di non trattarla. Va invece intrapreso un trattamento immediato in alcuni casi in cui la condizione clinica venga peggiorata dallo stato febbrile:

- Ipercatabolismo -> vomito acetonemico, diabete, magrezza, ipertiroidismo
- Disidratazione -> vomito e diarrea, poliurie
- Disionie -> Dialisi, BPCO, ossigenoterapia
- Sindromi cerebrali acute -> epilessia
- Tachicardia -> scompenso cardiaco, angina a medio ed alto carico



La terapia della febbre si basa essenzialmente su mezzi fisici, idratazione e farmaci.

Tra i mezzi fisici si possono ricordare i materassi refrigerati in Ospedale ed i bagni tiepidi, efficaci per evaporazione, a Domicilio.

I Farmaci utilizzati sono il paracetamolo e i FANS (Salicilati, Indolici, Derivati dell'acido acetico, Derivati dell'acido propionico, Oxicam, Nimesulide, Etodolac, Nabumetone, Coxib).

Paracetamolo: generalmente ben tollerato e di prima scelta nella quasi totalità dei casi. Il suo precursore, la Fenacetina (Saridon), risultò nefrotossico per uso cronico, ma non esistono segnalazioni di tossicità renale per il Paracetamolo che va invece usato con cautela nei Pazienti epatopatici. E non va associato al Diclofenac. L'antidoto in caso d'avvelenamento è l'Acetilcisteina. Il suo uso con acenocumarolo e warfarin NON è sicuro e occorre monitorare l'INR.
Aspirina: Va usata con molta cautela. Nei bambini è stato ritenuto responsabile della sindrome di Reye e nell'adulto è assolutamente controindicato in presenza di: ulcere gastrointestinali, terapia cumarinica, turbe coagulative, gravidanza (a dosaggio antinfiammatorio), asma da FANS, LINFOMI, Sepsis da Gram negativi

Pirazolonici: Responsabili di agranulocitosi per uso prolungato, per via parenterale sono stati ritenuti responsabili di shock anafilattico ed ipotensione grave, in particolare per le vecchie formulazioni di Baralgina, Nisidina e Buscopan Compositum in fiale. Vanno utilizzati con estrema cautela; in particolare nei Pazienti con emopatia primitiva o iatrogena clinicamente rilevante il loro uso è sconsigliabile. Alcuni pazienti però che non rispondono al paracetamolo possono trovare beneficio dal metamizolo in gocce.

Propionici: Sono Ibuprofene, Flurbiprofene, presenti anche in formulazione pediatrica, e Ketoprofene. L'Ibuprofene è il FANS con maggior letteratura al mondo, sinora il più utilizzato, forse il meno gastrolesivo tra quelli di 1° generazione, ed è relativamente sicuro se associato agli anticoagulanti orali. Valgono le comuni precauzioni da tenere per la prescrizione di un FANS in Pazienti fragili.

Se si prescrive un FANS per la febbre, bisogna ricordare le possibili interazioni:

- Sulfamidici, come il Sulfametossazolo contenuto nel Bactrim.
- Beta-Lattamici, per un possibile effetto di sommazione sul VFG
- Antiepilettici
- Antitiroidei; basta ricordare che il Tapazole è Metimazolo e la Novalgina Metamizolo.
- Digitale
- Triciclici
- Litio
- Metotressato, cautela nell'A.R.
- ACE inibitori
- Diuretici dell'ansa
- Tiazidici
- Acetazolamide
- Aloperidolo; associato all'Indometacina può dare effetti avversi psichiatrici spettacolari.
- Anticoagulanti
- Ciclosporina Va invece intrapreso un trattamento immediato in alcuni casi in cui la condizione clinica venga peggiorata dallo stato febbrile:

- Ipercatabolismo -> vomito acetonemico, diabete, magrezza, ipertiroidismo
- Disidratazione -> vomito e diarrea, poliurie
- Disionie -> Dialisi, BPCO, ossigenoterapia
- Sindromi cerebrali acute -> epilessia
- Tachicardia -> scompenso cardiaco, angina a medio ed alto carico

La terapia della febbre si basa essenzialmente su mezzi fisici, idratazione e farmaci.

Tra i mezzi fisici si possono ricordare i materassi refrigerati in Ospedale ed i bagni tiepidi, efficaci per evaporazione, a Domicilio.

I Farmaci utilizzati sono il paracetamolo e i FANS (Salicilati, Indolici, Derivati dell'acido acetico, Derivati dell'acido propionico, Oxicam, Nimesulide, Etodolac, Nabumetone, Coxib).

Paracetamolo: generalmente ben tollerato e di prima scelta nella quasi totalità dei casi. Il suo precursore, la Fenacetina (Saridon), risultò nefrotossico per uso cronico, ma non esistono segnalazioni di tossicità renale per il Paracetamolo che va invece usato con cautela nei Pazienti epatopatici. E non va associato al Diclofenac. L'antidoto in caso d'avvelenamento è l'Acetilcisteina. Il suo uso con acenocumarolo e warfarin NON è sicuro e occorre monitorare l'INR.

Ressa:

CHE COSA NON SI DEVE ASSOLUTAMENTE FARE NEL PAZIENTE FEBBRILE ?



Dalla Via:

Dare antibiotici senza una precisa diagnosi eziologia.

Fare spugnature di alcool; viene assorbito.

BIBLIOGRAFIA

1. Raetzo M.A. et al. "Dottore, io ho", CIS, 1999
2. Giunco F., "La visita a domicilio in medicina generale", UTET, 1997
3. Murtagh J. "Professione: Medico Generale", McGraw Hill, 1995
4. DeGowin e DeGowin "Guida alla diagnosi", McGraw Hill, 1995
5. MKASP "Malattie Infettive", Infomedica, 2001
6. Goodman & Gilman "Le basi farmacologiche della terapia", McGraw Hill, 1997
7. Stockley I.H. "Interazioni farmacologiche nella pratica clinica", McGraw Hill, 1994
8. Melmon et al. "Farmacologia clinica; principi di base e terapia", McGraw Hill, 1994
9. Cormack et al. "Pratica clinica in Medicina Generale", CIS, 1993
10. Goroll A.H. et al. "Primary Care Medicine", Lippincott Raven, 1995
11. Taylor R.B. "Family Medicine", Springer, 1998
12. MKASP, "Medicina Interna", Infomedica, 2000
13. Kelley W.N. "Textbook of Internal Medicine", Lippincott Raven, 1997
14. Mackowiak P.A. et al. "Drug Fever", Ann. Med. Int., 1987; 106:728
15. Rakel E.R., Bope E.T.: "Conn's Current Therapy", Momento Medico, 2004
16. Tombesi M, Caimi V.: "Medicina Generale", UTET, 2003
17. Caumes E. "Febbre al ritorno da un viaggio", Akos, 4, 0930, 1998
17. Minozzi C., Vittecoq D.: "Febbre nel Paziente neutropenico", Akos, 4, 0920, 2001