

PERITONITE BATTERICA SPONTANEA

(a cura di L. Forgione, UOC Malattie Infettive A.O. G RUMMO BN)

Fattori di rischio:

- CHILD PUGH – C
- Ridotta concentrazione proteica del siero (< 1gr/dl di albumina)
- Emorragie digestive
- Infezioni vie urinarie
- Modificazioni flora intestinale
- Cateteri vascolari e urinari

EVITARE IL PIU' POSSIBILE L'USO DI CATETERI VESCICALI.

Sospetto clinico di PBS: aumento di volume dell'addome; febbre; leucocitosi neutrofila.

Esame del liquido ascitico: Proteine totali; albumina; conta dei neutrofili.

Per l'esame colturale insemenzare circa 10cc. di liquido ascitico, prelevato sterilmente direttamente nei flaconi di coltura (sia per aerobiosi che per anaerobiosi) a letto del paziente

Diagnosi di P.B.S. : > 250 Granulociti PoliMorfoNucleati (PMN) / ml di liquido ascitico.

Classificazione PBS:

- PBS spontanea: coltura positiva e neutrofilia
- Neutrascite: neutrofilia e coltura negativa
- Batterascite monomicrobica: coltura positiva con pochi neutrofili
- PBS secondaria
- PBS polimicrobica (Germi gram – prevalenti : E.Coli ; Klebsielle) .

Terapia: Cefotaxime 2 gr./die o Amoxicillina + Acido clavulanico per 7 gg ;
Chinolonic (Ciprofloxacina) per os (500-750 mg.x2) o ev (200mg.x2) per
7gg. **Mai aminoglicosidi.**

FOLLOW UP:

Dopo 2 gg. di terapia ripetere paracentesi diagnostica :

- PMN diminuiti del 25% < continua terapia;
- PMN non diminuiti del 25% < modifica terapia.

All'inizio della terapia usare sempre Albumina (vedi protocollo aziendale)

PROFILASSI SECONDARIA OBBLIGATORIA.

Norfloxacina 400 mg./die per tempi indefiniti

In caso di emorragia digestiva aggiungere sempre Ciprofloxacina e.v.
(200mg.x2).

TRATTAMENTO DELLA PBS

