

ADENITE EQUINA

- ✓ Agente eziologico: *Streptococcus equi*, β emolitico, Gram +, altamente resistente nell'ambiente
- ✓ puledri di fattrici immuni sono immuni per primi 3 mesi
- ✓ endemica, alta diffusibilità, morbilità elevata, mortalità 1%, per complicazioni
- ✓ eliminazione dell'agente tramite scolo nasale e pus che fuoriesce dagli ascessi
- ✓ immunità di breve durata anche dopo superamento della malattia (reinfezione)

PATOGENESI

invasione mucosa oro-faringea



tonsille



linfonodi regionali (in poche ore)



attira polimorfonucleati (resiste alla fagocitosi)



ascessi(dopo 3-5 gg)

SINTOMATOLOGIA

Rapida insorgenza: quando compare il primo caso è probabile che altri siano in incubazione

- ✓ **incubazione di 2-6 gg.**
- ✓ **febbre elevata $>39^{\circ}$ - 40° , anoressia**
- ✓ **scolo nasale, mucopurulento dopo pochi gg.**
- ✓ **ascessi linfonodi vie aeree superiori, prima duri, poi fluttuanti**
- ✓ **difficoltà deglutizione e respirazione**
- ✓ **tosse non sempre presente**
- ✓ **sviluppo e rottura ascessi verso l'esterno o l'interno (empiema tasche gutturali) in 10-20 gg**
- ✓ **portatori asintomatici (dopo guarigione) con eliminazione intermittente anche per alcuni mesi**

COMPLICAZIONI

- ✓ “bastard”, ascessi in vari organi (polmone, milza, fegato) con possibile rottura
- ✓ empiema tasche gutturali
- ✓ ascessi retrofaringei con compressione tracheale ed emiplegia laringea
- ✓ porpora emorragica (emorragie diffuse con edema, causate dalla formazione di complessi antigene-ab)

DIAGNOSI

- Isolamento in coltura da scoli nasali, ascessi, tamponi rinofaringei, lavaggi rinofaringei e/o tasche gutturali (falsi -)

- PCR

FOCOLAIO

Considerato che può diffondere per contatto diretto e indiretto (acqua, alimenti, lettiera, mani, vestiti, finimenti, attrezzature, drenaggio di ascessi) è necessario:

- ✓ isolare soggetti colpiti
- ✓ cessare movimentazione
- ✓ igiene
- ✓ ogni settimana tamponi o fluidi di lavaggio

TRATTAMENTO

- ✓ impacchi caldi per favorire la maturazione degli ascessi (eventuale incisione chirurgica), drenaggio
- ✓ gli antibiotici penetrano difficilmente all'interno degli ascessi
- ✓ per alcuni autori possono prolungare il decorso della malattia o indurre una forma atipica (ascessualizzazione metastatica)
- ✓ trattamento antibiotico solo se ascessualizzazione metastatica o se colpite tasche gutturali

TRATTAMENTO

Terapia antibiotica

- ✓ benzilpenicillina
- ✓ penicillina proc. 20000 U.I./kg 1-2 vv/dì per 7 g
- ✓ trimethoprim + sulfametazina: 15-30 mg/kg 2 vv/dì per 28 g

Antinfiammatoria

- ✓ fenilbutazone: 4,4 mg/kg 1-2 vv/dì
- ✓ flunixin meglumine: 1,1 mg/kg 1-2- vv/dì

PROFILASSI DIRETTA

Separazione efficace dei malati da presunti sani

Fattori di rischio:

- ✓ portatori subclinici → portatori per 7-40 mesi
- ✓ movimentazione animali
- ✓ controllare t° a tutti i soggetti ogni giorno
- ✓ misure igieniche

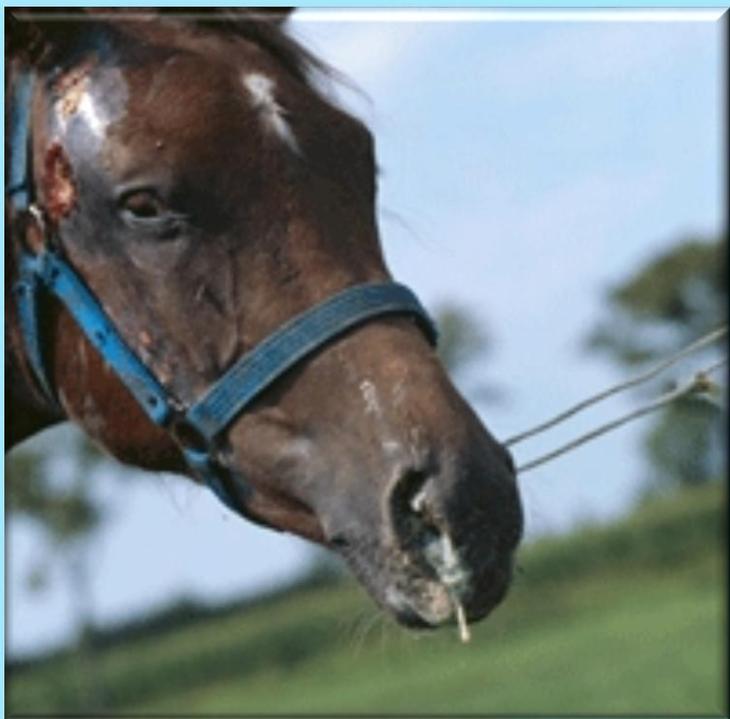
Quarantena

PROFILASSI INDIRETTA

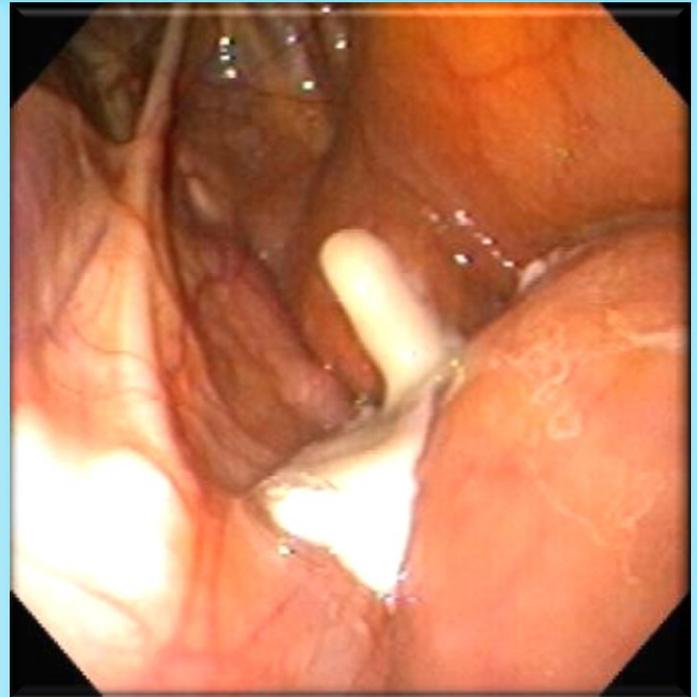


VACCINO

- ✓ Equilis StrepE, vivo attenuato
- ✓ riduce sintomi clinici
- ✓ applicazione sottomucosale nel labbro sup.
- ✓ non diffonde a livello sistemico
- ✓ non sopravvive nell'ambiente
- ✓ effetti indesiderati: ascessi e porpora
- ✓ vaccinazione di base (due vaccinazioni distanziate di 4 sett.) e successivi richiami ogni 3 o 6 mesi a seconda del rischio epidemiologico









Linfonodo infiammato che sporge all'interno



Empiema da fistolizzazione del linfonodo retrofaringeo all'interno della tasca