Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Le infezioni delle prime vie respiratorie
Data 25 febbraio 2006 alle 10:57:00
Autore R Rossi

Rossi:
Le infezioni delle alte vie respiratorie costituiscono una delle principali ragioni di consultazione in Medicina Generale. Si tratta nella maggior parte dei casi di patologie a genesi virale e autolimitate durando di solito 5-10 giorni.

Ressa:
Il ruolo del medico, inteso nel senso classico di scienziato in grado di diagnosticare e curare le malattie, dovrebbe quindi essere abbastanza limitato. Mi chiedo allora come mai le flogosi delle alte vie respiratorie costituiscano una delle patologie più viste negli ambulatori dei MMG.

Rossi:
Vi sono essenzialmente due ragioni:
• il paziente cerca un rapido sollievo ai sintomi che lo affliggono e che spesso sono disturbanti o fastidiosi
• il paziente è preoccupato perché teme di avere qualcosa di grave.
A queste due ragioni il MMG deve cercare di dare risposte esaurienti e rapide, senza l'ausilio di indagini diagnostiche o di laboratorio. Il suo compito quindi deve da una parte limitarsi a tranquillizzare il paziente e a prescrivere una semplice terapia sintomatica, limitando l'uso improprio degli antibiotici, e dall'altra escludere la presenza di rare ma talora gravi patologie (polmonite, meningite, ecc.).

Ressa:
Come si presentano clinicamente le infezioni delle prime vie respiratorie?Rossi:
Generalmente le infezioni delle prime vie respiratorie si possono presentare o come sindromi febbrili (non necessariamente però è presente febbre) con sintomi e segni a carico un po' di tutte le strutture anatomiche (naso, orecchie, gola, laringe e trachea) oppure con localizzazione prevalente ad un distretto ed allora si parlerà di raffreddore, sinusite, otite, faringite, ecc.
Spesso il sintomo prevalente è la tosse, al cui capitolo si rimanda.
Noi ci limiteremo a trattare le faringiti, le sinusiti, le tracheobronchiti e le otiti (queste ultime a rigore non sono una patologia delle prime vie respiratorie ma le tratteremo insieme visto che spesso seguono ad una patologia di tale distretto).

LE FARINGITI

Ressa:
Il sintomo che porta il paziente dal medico è il classico mal d gola.

Rossi:
Si. Il quadro clinico varia da una semplice iperemia dell'orofaringe e dei pilastri tonsillari a quadri più accentuati con ingrossamento ed arrossamento delle tonsille (quando presenti), presenza di essudato, linfoadenopatia cervicale, febbre più o meno elevata.

Ressa:
Quali sono gli agenti in causa?Rossi:
Nella maggior parte dei casi le faringotonsilliti sono di natura virale, ma non vanno dimenticate le forme batteriche (essenzialmente da streptococco beta emolitico gruppo A o SBEGA); fra i virus un posto a sè stante merita la faringotonsillite da virus di Epstein-Barr (mononucleosi). In una certa percentuale dei casi la faringite può essere dovuta a micoplasma o clamidia, ma sulla loro reale importanza clinica si sa poco.

Ressa:
Si può, dal punto di vista clinico, discriminare una forma batterica da una forma virale?

Rossi:
Sono stati elaborati dei criteri, detti criteri di Centor [1] che possono offrire un aiuto. Si dà 1 punto per ognuno di questi sintomi: febbre > 38°C, assenza di tosse, adenopatia cervicale anteriore dolorosa, tonsille ingrossate e/o con pus, età inferiore a 15 anni; si toglie invece 1 punto per età superiori ai 45 anni. Fino ad 1 punto è probabile una genesi virale, per punteggi a partire dai 4 punti è probabile un’origine batterica per cui è cosnigliabile presscrivere un antibiotico, per punteggi intermedi si rimane in dubbio per cui sarebbe consigliabile eseguire un tampone faringeo.Su questi criteri e sull'approccio consigliato vi sono comunque alcune osservazioni da fare. Anzitutto nella maggior parte dei casi il punteggio è intermedio; questo significa che bisognerebbe chiedere un tampone faringeo e attenderne i risultati, prassi che non viene quasi mai attuata in MG. Da una parte vi è il timore (per la verità infondato) che se si ritarda un trattamento antibiotico nel caso di faringotonsillite da SBEGA aumenti la possibilità di complicanze tardive come il reumatismo articolare acuto (RRA)o la glomerulonefrite post streptococcica. In realtà è stato visto che non è così, anche se si ritarda il trattamento di vari giorni.

Ressa:
Fino a nove...

Rossi:
Vi è poi da considerare che tali sequele sono divenute molto rare per cui è altamente improbabile che un ritardo nel trattamento possa portare a esiti di questo tipo.

Ressa:
Ho visto una malattia reumatica in 25 anni di lavoro, un bambino di 8 anni. L'evoluzione di un attacco acuto varia da un completa guarigione a un'insufficienza cardiaca acuta intrattabile; l'interessamento più frequente è quello a carico della valvola mitrale, nel 10% dei casi si ha un interessamento isolato della valvola aortica e nel 30% dei casi sono interessate insieme la valvola mitralica e l'aortica. Nel 65-70% dei casi la cardite guarisce senza sequele ma quando l'attacco iniziale è grave, con cardiomegalia e insufficienza cardiaca, l'evoluzione è meno favorevole ed è facile l'evoluzione verso la fibrosi e le cicatrici, che deformano la valvola, ne consegue insufficienza e/o stenosi. Noi abbiamo visto, in questi anni di professione, i pazienti che in gioventù hanno avuto danni valvolari da malattia reumatica (allora abbastanza frequente) e che adesso, da anziani, sommandosi sulle loro valvole l'usura anagrafica, debbono essere avviati al tavolo operatorio. Concludo sottolineando il fatto che se un giovane paziente ha molteplici infezioni streptococciche, questo depone contro la probabilità che egli faccia una complicanza come la malattia reumatica o la glomerulonefrite post streptococcica. Infatti, essendo queste su base immunologica, se il paziente è "predisposto" a interagire in modo anomalo con lo streptococco, è più probabile che lo faccia subito, alla prima infezione. Ricordo, inoltre, che le complicanze sono tardive, perché il meccanismo immunologico ci impiega circa 20 giorni a svilupparsi e che dopo i 35 anni sono eccezionali.Rossi:
Dall'altra parte ci si scontra con pazienti che sono poco disposti ad aspettare i canonici 5-7 giorni di un esame colturale qualora febbre e mal di gola dovessero persistere.

Ressa:
Allora come comportarsi di fronte ad un paziente che lamenta mal di gola?

Rossi:
Come sempre in MG la prima cosa da fare è escludere la presenza di patologie gravi. Alcuni sintomi devono far pensare ad una possibile ostruzione respiratoria o ad un ascesso faringeo: intensa disfagia, impossibilità a deglutire anche la saliva, febbre molto elevata, dispnea, stridore respiratorio. In questi casi si deve subito inviare il paziente in ospedale.

Ressa:
L'ascesso faringeo è pericoloso perché spesso ha una evoluzione rapida invadendo gli spazi del collo tra le varie fasce muscolari, però se il soggetto è giovane e senza malattie croniche io provo, in prima istanza, a far eseguire a domicilio un trattamento aggressivo con corticosteroidi e antibiotici a dose piena.

Rossi:
In alcuni casi una tonsillite ulcero-necrotica può essere espressione di una agranulocitosi o di una leucemia (attenzione alla coesistenza di porpora). In questi casi va indagata anche l'assunzione di farmaci come i pirazolonici, la ticlopidina, la carbamazepina, il cotrimoxazolo, alcuni antipsicotici, ecc.
Vi sono poi situazioni che richiedono una particolare attenzione, per esempio pazienti defedati (alcolisti, neoplastici, immunodepressi) oppure pazienti con valvulopatie o pregresso reumatismo articolare acuto, diabete o donne gravide.Ressa:
Nei casi più comuni il medico si trova di fronte alla scelta se prescrivere o meno un antibiotico.

Rossi:
Come s'è detto le faringotonsilliti batteriche sono essenzialmente quelle da streptococco beta emolitico gruppo A (SBEGA). Se si è ragionevolmente sicuri di essere di fronte ad una forma batterica l'antibiotico di scelta è perciò una penicillina visto che non sono praticamente mai state segnalate resistente dello streptococco a questa classe di antibiotici, anche se in realtà una revisione recente evidenzia che ci può essere una diminuita sensibilità dello streptococco alle penicilline [3]. In Italia, data l'impossibilità di prescrivere la penicillina V (non più in commercio), ci si deve orientare verso l'amoxicillina che va somministrata per 10 giorni.

Ressa:
Però questa scelta espone al rischio, seppur raro, di provocare un rash cutaneo se per caso si tratta di una mononucleosi.

Rossi:
E' vero. In genere il quadro classico della mononucleosi è abbastanza caratteristico: colpisce adolescenti e giovani e oltre alla faringotonsillite comporta presenza di adenopatia non solo cervicale ma anche in altre sedi, splenomegalia, epatite, possibili formazioni petecchiali sul palato. Nel caso si sospetti una mononucleosi, in attesa della conferma laboratoristica, è preferibile usare un macrolide che ha un rischio di rash molto inferiore rispetto alla amoxicillina. La mononucleosi non ha una terapia specifica ovviamente, ma è importante diagnosticarla perché il paziente si allarma dato che la febbre persiste e non risente dell'antibiotico; inoltre è necessario differenziarla da una emopatia.

Ressa:
Ricordo che raramente la mononucleosi dà rash cutaneo spontaneo, non provocato da terapia.
E la scarlattina?

Rossi:

Quando alla faringotonsillite si associa un esantema caratterizzato da microelementi eritematosi più evidenti al tronco e che risparmia la zona periorale, associato ad un enantema (lingua a fragola o a lampone) siamo di fronte al quadro classico della scarlattina. Essa, divenuta per la verità meno frequente di un tempo, è dovuta ad una tossina eritrogenica prodotta dallo streptococco. Le lesioni cutanee guariscono desquamando.Ressa:
Aggiungo che ci si può confondere se il paziente sotto trattamento penicillinico ha magari un esantema da farmaci, le caratteristiche dello stesso (in genere morbilliforme e pruriginoso) aiutano nella diagnosi differenziale.
In conclusione, quando si deve chiedere un tampone faringeo?

Rossi:
Francamente io non lo chiedo mai. Un tampone faringeo per avere la conferma della presenza dello SBEGA è poco proponibile per vari motivi: intanto per i tempi di attesa del risultato, poi perché potrebbe trattarsi di una forma virale o di una mononucleosi con contemporanea presenza di streptococco che però non è la causa della faringotonsillite (portatori asintomatici di streptococco sono abbastanza frequenti).

Ressa:
Ricordo che è anche disponibile un test rapido per la diagnosi di infezione da streptococco che permetterebbe di documentare la presenza del germe all'atto della visita.

Rossi:
Tuttavia vi è da considerare che anche in questo caso una positività non necessariamente indica che lo streptococco è responsabile del mal di gola perché potrebbe trattarsi di un semplice portatore.
Da non scordare per ultimo i falsi negativi perché tampone e test rapido negativi non escludono una tonsillite streptococcica in quanto il germe potrebbe essere indovato in profondità nelle cripte tonsillari e non essere rilevato dal test.

Ressa:
Quindi decisione basata solo sulla clinica...Rossi:
Si, la decisione se somministrare o meno un antibiotico viene presa empiricamente, talora in condizioni di incertezza: da una parte vi è la necessità di ridurre l'uso eccessivo di antibiotici in forme virali in cui sarebbero inutili e la conseguente possibile selezione di germi resistenti, dall'altra vi è il timore di sottovalutare quadri che potrebbero portare a complicanze. Infine vi è il paziente che preme per avere un antibiotico perché preoccupato se la febbre e il mal di gola persistono oltre 1-2 giorni.

Ressa:
Quali sono le complicanze della faringotonsillite?

Rossi:
Le complicanze sono l'otite media, la sinusite e l'ascesso peritonsillare.
Quest'ultimo è sicuramente quello più temuto ma sembra che la somministrazione precoce dell'antibiotico serva poco a ridurne la frequenza.
Le complicanze non suppurative della tonsillite spreptococcica sono il reumatismo articolare acuto (diventato rarissimo, come si diceva) e la glomerulonefrite che però probabilmente non si può prevenire con la terapia antibiotica.
Per questi motivi oggi si tende a ridurre il più possibile l'uso improprio degli antibiotici dato che la maggior parte delle faringotonsilliti è di natura virale.

Ressa:
Allora come si deve comportare un medico pratico di fronte al mal di gola?Rossi:
Un comportamento ragionevole, derivato da alcuni algoritmi proposti dalle linee guida [4] e che si basa unicamente sulla clinica può essere il seguente:
• nel caso di quadro suggestivo per etiologia virale (1 punto dello score di Centor) si può somministrare solo una terapia sintomatica
• nel caso di quadro suggestivo di forma batterica (3-4 punti dello score di Centor) si somministra un antibiotico; l'antibiotico di scelta è l'amoxicillina; se vi è dubbio di mononucleosi preferire un macrolide; in una certa percentuale di casi le faringiti possono essere dovute a micoplasma o clamidia: in questi casi il macrolide potrebbe essere efficace ma mancano studi al proposito
• nei casi intermedi si può attuare la cosiddetta if therapy, una strategia che si è dimostrata efficace nel ridurre l'uso improprio degli antibiotici nelle flogosi respiratorie [2,6]: in pratica si prescrive al paziente l'antibiotico avvisandolo però di andare in farmacia per il ritiro solo se i sintomi peggiorassero o non migliorassero dopo 2-3 giorni. In realtà non tutti concordano che questa strategia sia in grado di ridurre le visite e il consumo di antimicrobici [5].Comunque interventi che prevedono l'informazione del paziente sono importanti e sembrano in grado di ridurre l'uso degli antibiotici nelle infezioni della prime vie aeree [13].

Ressa:
Da ricordare anche la terapia sintomatica che si avvale di aspirina, paracetamolo o di FANS. Nei bambini è preferibile evitare l'aspirina (per il noto pericolo della sindrome di Reye). Si trova scritto che i FANS non sarebbero da usare in quanto i vantaggi rispetto al paracetamolo sono piccoli, ma personalmente non concordo.

Rossi:
Anch’io, per esperienza personale e anche secondo quanto riferiscono i pazienti: un FANS ha un'azione più pronunciata sul dolore locale e, se non vi sono controindicazioni al suo uso, una terapia di alcuni giorni non credo sia pericolosa.
Spesso si usano anche colluttori, spray e caramelle balsamiche che possono dare un certo sollievo, anche se temporaneo.Da ricordare infine due punti:

1) Il caso diabolico del TAS: il titolo antistreptolisinico indica solo che il soggetto è venuto in contatto con streptococcchi e che ha sviluppato una risposta anticorpale contro la streptolisina O, antigene extra-capsulare prodotto dallo streptococco beta emolitico gruppo A; esso può rimanere elevato anche per lungo tempo e non indica assolutamente un pericolo di o, peggio, la presenza di un reumatismo articolare acuto. L'esame, ripeto, indica solo un avvenuto contatto ma non permette di dire nulla sull'epoca dell'infezione. In realtà la sola ragione per ricorrere al dosaggio del TAS è quella di documentare una recente infezione streptococcica, quindi è necessario eseguire due prelievi a distanza di alcune settimane per dimostrarne l'aumento (l'unico caso in cui può essere utile è in presenza di segni clinici indicativi di reumatismo articolare acuto: il movimento del TAS è uno dei criteri minori per la diagnosi). Altrettanto può dirsi per un tampone faringeo positivo per SBEGA in assenza di segni clinici di infezione:si tratta di portatori sani che non vanno trattati (per la verità non andrebbero neppure cercati).

2) Il problema della opportunità della tonsillectomia, spesso posto in bambini che si ammalano frequentemente di mal di gola: in genere se si riesce a convincere i genitori ad aspettare si ha una riduzione spontanea degli episodi; la tonsillectomia trova indicazione solo nei casi di flogosi molto frequenti, almeno 4-5 l'anno, con tonsille che rimangono ipertrofiche e flogistiche.

Ressa:
Conviene, in conclusione, aggiungere qualcosa circa la profilassi primaria e secondaria del RAA, quest'ultima riguarda quei rari soggetti che hanno avuto complicanze da ceppi "cardiogeni" o "nefritogeni".Prevenzione secondaria della malattia reumatica
Dopo il superamento della fase acuta, la malattia reumatica o la glomerulonefrite non si riattivano senza una nuova infezione streptococcica.
La maggior parte delle ricadute, se non si mette in atto la profilassi farmacologica, avviene entro pochi anni dal primo attacco acuto: esse sono più frequenti se sono presenti complicanze a carico del cuore.
Il metodo più sicuro per prevenire le ricadute di malattia reumatica e glomerulonefrite è quello di prolungare la profilassi con benzatin-penicillina.
Viene indicato un ritmo di ogni 4 settimane, perché l'intervallo di sole 3 settimane non ha mostrato alcun vantaggio.
Non c'è accordo sulla durata della profilassi; le opzioni sono le seguenti:
a) per 5 anni dopo l'ultimo attacco
b) per sempre nei soggetti che abbiano una malattia di cuore.
Non vi è dubbio che almeno 5 anni sono necessari, perché il numero delle ricadute è più frequente fra i 3 e i 5 anni; un consiglio prudente potrebbe essere quello di protrarre la profilassi per 10 anni dall'episodio di malattia reumatica o glomerulonefrite o almeno finché il soggetto non sia adulto.

Prospettive per un vaccino
La constatazione che siano in gioco numerosi ceppi reumatogeni di SBEGA rende difficile l'allestimento di un vaccino.

LE SINUSITI

Rossi:
Per comprendere le sinusiti (flogosi dei seni paranasali) bisogna considerare le particolari condizioni anatomiche e fisiologiche che collegano le fosse nasali ai seni paranasali. Il tutto costituisce un sistema anotomo-fisiologico integrato che risponde alle varie noxae patogene in modo unitario. Ogni processo rinitico acuto quindi comporta una flogosi della mucosa dei seni paranasali, che però è di solito clinicamente irrilevante. Quando, a cause dell'edema e delle secrezioni, si occlude l'ostio che mette in comunicazione le fosse nasali con il seno, in quest'ultimo si accumulano essudato e muco. In queste condizioni la superinfezione è frequente e si realizza il quadro della sinusite acuta.

Ressa:
Possiamo dire quindi che la sinusite è una conseguenza di una rinite (infettiva ma anche allergica) a cui consegua l'ostruzione dell'ostio.

Rossi:
Si, ed è per questo che si parla di rinosinusiti. E' anche vero che talora una sinusite si verifica in assenza di una pregressa flogosi nasale. Fattori predisponenti o causali possono essere alterazioni anatomiche delle fosse nasali (ipertrofia dei turbinati, deviazioni importanti del setto nasale, poliposi nasale) oppure inalazione di sostanze irritanti, cure dentarie, ecc.

Ressa:
Quali sono i seni più colpiti?

Rossi:
Di solito i seni mascellari perché, per ragioni anatomiche, sono quelli che drenano con più difficoltà nelle fosse nasali. Possono però essere colpiti anche i seni frontali ed etmoido-sfenoidali. Qualche volta si ha un interessamento più o meno esteso di tutte le cavità sinusali (pansinusite).Ressa:
Le etmoido-sfenoidali sono particolarmente pericolose perché quelle che più frequentemente portano (per contiguità anatomica) a complicanze cerebrali gravi, vanno bastonate senza pietà con terapia aggressiva.
Quali sono gli agenti infettivi in causa nelle sinusiti?

Rossi:
Nelle sinusiti i virus la fanno meno da padrone rispetto alle faringotonsilliti.

Si tratta soprattutto di rhinovirus ma anche di virus influenzali e parainfluenzali. In circa 2 casi su 3 sono in gioco batteri (soprattutto Streptococco pneumoniae ed emofilo, ma anche anaerobi e gram negativi); sono stati descritti anche sinusiti da micoplasma e da clamidia.

Ressa:
Parlaci dei sintomi e dell'esame obiettivo nelle sinusiti acute.

Rossi:
Generalmente il paziente lamenta dolore facciale in corrispondenza della proiezione di uno o più seni. Il dolore viene esacerbato dalla digitopressione a livello della zona mascellare e/o dell'angolo interno dell'orbita (punto di Ewing). Può esserci ostruzione nasale e secrezione muco-purulenta. Nelle sinusiti etmoido-sfenoidali può evidenziarsi scolo di muco-pus a livello della parete posteriore della faringe.

Ressa:
E una forte cefalea che il paziente non riesce a localizzare con precisione nella sua localizzazione topografica, oppure dice che è “dentro” la testa.

Rossi:
La febbre non è obbligatoria. Può orientare verso una sinusite anche la durata: un raffreddore che dura da più di 10 giorni con molte probabilità si è complicato con una sinusite.

Ressa:
Dobbiamo chiedere indagini radiologiche?

Rossi:
Direi proprio di no! La clinica di solito è sufficiente per la diagnosi di sinusite acuta. Generalmente la radiografia dei seni paranasali, o meglio, la TAC, si richiedono di fronte a forme croniche (vedi in seguito) per la conferma della diagnosi e l'eventuale intervento chirurgico.
Tener conto che nelle forme acute la radiografia dei seni può essere negativa in un caso su due.

Ressa:
Quali sono le complicanze delle sinusiti?

Rossi:
Possono essere a carico delle ossa craniche (osteite ed osteomielite), dell'occhio e delle strutture adiacenti (edema della palpebra, congiuntivite, dacriocistite, ascesso orbitario) e delle strutture meningo-encefaliche (ascesso extradurale, meningite, tromboflebite del seno cavernoso).

Ressa:
La terapia?Rossi:
Sono state elaborate delle linee guida che raccomandano di limitarsi ad una terapia sintomatica, senza ricorrere all'uso di antibiotici, nelle forme che durano da pochi giorni e che non sembrano particolarmente intense, in cui la causa più probabile è di tipo virale.
Nelle forme che durano da più giorni e/o che sono caratterizzate da dolore facciale pronunciato, febbre e stato sofferente, si consiglia invece di iniziare una terapia antibiotica. In realtà le linee guida ammettono che anche molte forme batteriche sono a risoluzione spontanea, ma se i sintomi sono intensi e/o protratti è difficile non ricorrere all'antibiotico.

Ressa:
Quali antibiotici scegliere?

Rossi:
E' bene scegliere un antibiotico attivo contro lo streptococco pneumoniae e l'emofilo. Le linee guida consigliano di solito l'amoxicillina, una tetraciclina o cotrimoxazolo da protrarre per 10-12 giorni. Personalmente trovo più utile l'associazione amoxicillina/acido clavulanico dato che è più attivo sugli emofili.
Non so tu...

Ressa:
Anch’io ed enfatizzo la necessità di protrarre la terapia a lungo, come hai detto tu, sottolineo che spesso recidivano o cronicizzato e quindi è meglio fare una volta un ciclo lungo che due.

Rossi:
Da ricordare anche la terapia sintomatica che si avvale di inalazioni di vapore (o aerosol con farmaci mucolitici), lavaggi nasali con soluzioni saline, vasocostrittori topici. In caso di febbre e dolore importante sono giustificati gli analgesici o i FANS.Ressa:
I vecchi suffumigi sono spesso utilissimi, nell’acqua si possono aggiungere: bicarbonato o il vecchio “sedocalcio” .
E le sinusiti croniche?

Rossi:
Si definisce cronica una sinusite che dura da più di 3 mesi. Se la durata va da 4 settimane a 3 mesi si parla di sinusite sub-acuta.
Sembra che la sinusite cronica non sia una conseguenza di una forma acuta curata male, anche se in causa sono di

solito gli stessi germi.
La terapia antimicrobica generalmente è poco efficace ma in alcuni casi una terapia antibiotica protratta (30-40 giorni) più portare alla risoluzione del quadro, associando steroidi topici e antistamici (vedi il capitolo sulla tosse e il post-nasal drip).

Ressa:
Io faccio fare una TAC del massiccio facciale e se questa conferma la presenza di flogosi invio ad una consulenza otorinolaringoiatrica per il trattamento chirurgico che prevede l'apertura dell'ostio rino-sinusale per via endoscopica con rimozione delle secrezioni, del materiale purulento e della mucosa ipertrofica.

LA BRONCHITE ACUTA

Ressa:
Insomma, cos'è la bronchite acuta?

Rossi:
Potrei risponderti che è una infiammazione acuta dell'albero tracheobronchiale. In pratica possiamo dire che un soggetto con tosse insorta da meno di 15-20 giorni ha con molte probabilità una bronchite acuta.

Ressa:
Naturalmente dopo aver escluso soprattutto una polmonite ma anche altre cause come un'asma o il post-nasal drip (vedi capitolo sulla tosse).
Quali sono le cause della bronchite acuta?

Rossi:
Nella stragrande maggioranza dei casi è dovuta ad un virus (rhinovirus, virus influenzali e parainfluenzali, adenovirus, ecc.). In effetti la bronchite acuta segue spesso ad un comune raffreddore, ad una faringite o compare in corso di sindrome influenzale.
In una percentuale ridotta la bronchite acuta può essere dovuta a batteri (bordetella pertussis, micoplasma, clamidia).

Ressa:
Qual è il quadro clinico?

Rossi:
Come ho detto il sintomo principale è la tosse che all'inizio può essere secca e stizzosa e in seguito produttiva (ma non sempre). In alcuni casi può essere presente dolore, costrizione o bruciore retrosternale. La febbre è un altro sintomo non obbligatorio, di solito non molto elevata.
L'esame obiettivo toracico può essere poco indicativo ed evidenziare solo un respiro aspro oppure ronchi e sibili diffusi, talora rantoli bilaterali. Il reperto di rumori umidi monolaterali deve indirizzare verso un focolaio broncopneumonico.In genere la bronchite acuta è una malattia di lieve entità che guarisce spontaneamente in 10-15 giorni. In alcuni soggetti (pazienti defedati, con patologie importanti o con BPCO, anziani) può però avere un decorso più impegnativo o complicato.
La presenza di febbre molto elevata, dolore toracico, dispnea, tachicardia e tachipnea deve orientare verso una possibile complicazione (come per esempio una pleuropolmonite) e indurre a richiedere una radiografia. Anche la persistenza della tosse oltre i 15-20 giorni va guardata con sospetto (vedi capitolo sulla tosse).
La radiografia del torace nella bronchite acuta non complicata è negativa, e di solito, se non si sospetta qualcosa di diverso (per esempio una polmonite), non viene chiesta per confermare la diagnosi.
Direi che nella bronchite acuta il pericolo più grande è costituito dalla possibile sottovalutazione del quadro clinico da parte del medico, specialmente durante il periodo invernale e in corso di epidemia influenzale, quando molti pazienti presentano sintomi riferibili all'apparato respiratorio.

Ressa:
Quindi secondo quanto ci hai detto un soggetto con infezione respiratoria acuta (generalmente virale) che presenti tosse persistente ha una bronchite acuta anche se l'esame obiettivo è poco significativo o addirittura negativo?

Rossi:
Tecnicamente è così. In questi casi infatti è verosimile che la flogosi non interessi solo la mucosa tracheale ma si estenda anche a quella bronchiale, perlomeno dei grossi bronchi (mi riesce difficile immaginare un virus che colpisce la trachea e si ferma dove cominciano i bronchi). Quindi tecnicamente la diagnosi di bronchite acuta è corretta. Può essere discutibile invece dal punto di vista relazionale. Io tendo a diagnosticare poche bronchiti acute (esclusi i casi con esame obiettivo molto evidente e impegno del paziente) e uso più spesso il termine tracheite. Ho notato infatti che una diagnosi di bronchite evoca un'idea di maggior gravità con conseguente automatica richiesta dell'antibiotico mentre una diagnosi di tracheite è più tranquillizzante e il paziente accetta più volentieri una terapia sintomatica.Ressa:
Io faccio la stessa cosa; nella bronchite acuta non complicata quindi non diamo gli antibiotici?

Rossi:
Tenuto conto che si tratta di una patologia virale gli antibiotici sono inutili. Essi non abbreviano il decorso nè migliorano i sintomi, come è stato dimostrato anche da studi clinici randomizzati e da revisioni della letteratura [7,8]. Nemmeno tra i fumatori sembra che gli antibiotici siano utili ad abbreviare il decorso della bronchite acuta [9]. L'uso degli antibiotici può essere considerato in alcuni pazienti (per esempio se hanno patologie croniche associate o nella BPCO, forse negli anziani) oppure se ci sono segni obiettivi molto evidenti e il paziente appare particolarmente impegnato o infine se si sospetta una pertosse.

In quest'ultimo caso va scelto un macrolide e la somministrazione dovrebbe essere abbastanza precoce se si vuol incidere sul decorso della malattia. In assenza però di un dato epidemiologico di esposizione è difficile pensarci subito ma l'antibiotico serve comunque, anche se somministrato in ritardo, a ridurre il contagio.

Ressa:
E' difficile però evitare di prescrivere l'antibiotico ad un paziente che preme perché ha la tosse da più di 7-8 giorni.

Rossi:
Infatti è importante informare subito che in questi casi è normale che la tosse possa durare anche 15-20 giorni e che se non ci sono segni di allarme e le condizioni cliniche si mantengono buone l'antibiotico è inutile. In alcuni casi può essere utile ricorrere alla cosiddetta if therapy.

Ressa:
Ricordo anche la terapia sintomatica: farmaci antitosse (vedi capitolo sulla tosse)e antipiretici, umidificazione dell'ambiente, inalazioni caldo umide, evitare ambienti polverosi oppure dove si fuma. I pazienti amano molto anche i mucoliti che spesso acquistano spontaneamente in farmacia prima di consultare il medico. Di sicuro non fanno miracoli. In caso di broncospasmo evidente possono essere utili i betastimolanti inalatori a breve durata d'azione.

Rossi:
In alcuni casi con tosse molto insistente e fastidiosa io associo anche uno steroide per os per 5-10 giorni.L'OTITE MEDIA ACUTA

Ressa:
Come definiresti l'otite media acuta (OMA)?

Rossi:
Classicamente viene definita come un'infezione, di origine batterica o virale, a carico dell'orecchio medio, spesso in seguito ad una infezione respiratoria. Di solito i germi migrano nell'orecchio medio dalle fosse nasali, attraverso la tuba di Eustachio. La chiusura o la stenosi della tuba, causata dall'edema e dalla flogosi, produce un mancato drenaggio dalla cassa timpanica alle fosse nasali, ristagno di secrezioni e muco e ciò facilita lo sviluppo e il moltiplicarsi dei batteri. La malattia è più frequente nei bambini, specialmente quelli piccoli, ma possono essere colpiti anche giovani e soggetti adulti.

Ressa:
Quali sono i germi più spesso in causa?

Rossi:
Streptococco pneumoniae o streptococco beta emolitico gruppo A, emofili, moraxella catharralis; nei bambini più piccoli sono in gioco anche stafilococco aureo ed escherichia coli. Le forme virali cominciano come tali ma di solito si complicano con una superinfezione batterica.

Ressa:
Quali sono i criteri che permettono di porre la diagnosi di OMA?Rossi:
Il primo sintomo è l'otalgia ad esordio generalmente acuto, talora associata ad ipoacusia. Nei bambini più piccoli possono predominare la febbre e i sintomi gastrointestinali. L'esame otoscopico mostra una membrana timpanica (MT) iperemica e talora bombata verso l'esterno. Nelle forme suppurative si può avere la perforazione spontanea della MT con otorrea muco-ematica o purulenta.

Ressa:
Quali sono le complicanze?

Rossi:
Vengono riportate la mastoidite, l'ascesso epidurale, la meningite, la ipoacusia neurosensoriale da lesione del nervo acustico, la paralisi del nervo facciale. Devono far pensare ad una complicanza la comparsa di grave cefalea, ipoacusia importante, vertigini, febbre elevata. In questi casi è opportuno richiedere una consulenza otorinolaringoiatrica urgente.

Ressa:
Come si cura l'OMA?Rossi:
Seguendo le linee guida dell'American Academy of Pediatrics e dell'American Academy of Family Physicians [10] possiamo dare i seguenti flash:
1) controllo del dolore: nelle prime 24 ore dovrebbe essere ottenuto con il paracetamolo o l'ibuprofen perché gli antibiotici hanno un tempo di latenza e comunque un effetto non pronunciato sul dolore. Circa il 60% dei pazienti ottiene un miglioramento della sintomatologia dolorosa entro 24 ore; nel giro di qualche giorno la percentuale sale all'80-90%. Anche la riduzione della febbre si può ottenere con l'uso dei farmaci sintomatici mentre gli antibiotici non hanno un effetto immediato su questo sintomo.
2) Gli antibiotici dovrebbero essere prescritti nei bambini fino a 6 mesi in tutti i casi di OMA certa o sospetta; per la fascia d'età compresa tra 6 mesi e 2 anni l'uso viene raccomandato in tutti i casi certi o sospetti in presenza di sintomi importanti. L'antibiotico di scelta è l'amoxicillina (dosi: 80-90 mg/kg/die).
3)Circa l'80% dei bambini con OMA migliora senza antibiotici e quelli che non sono trattati immediatamente con terapia antimicrobica è improbabile possano sviluppare serie complicanze. Tuttavia i pazienti devono essere seguiti attentamente e si deve prescrivere un antibiotico se i sintomi persistono o peggiorano.
Per minimizzare l'uso improprio di antibiotici e lo sviluppo di resistenze può essere ragionevole ricorrere all'osservazione

per 48-72 ore in caso di sintomatologia non severa e prescrivere l'antibiotico se non c'è un miglioramento.
Il benefico ottenibile dagli antibiotici, nell'OMA, è piccolo e deve essere confrontato con i rischi potenziali come la diarrea o il vomito nel 15% dei casi e reazioni allergiche in circa il 5%.
4) Queste raccomandazioni si applicano solo ai bambini in buona salute e non nei casi di OMA che recidiva entro 30 giorni, nei casi di sottostante otite cronica con effusione o con patologie associate che possono alterare il decorso della malattia come la palatoschisi, la sindrome di Down, i disordini del sistema immunitario e nei bambini con pregresso impianto cocleare. L'uso degli antibiotici, inoltre, può essere giustificato se il bambino appare sofferente o ha febbre elevata.
5) La prevenzione dell'otite media acuta si basa sulla riduzione dei fattori di rischio allattando al seno per almeno 6 mesi ed evitando l'esposizione al fumo passivo.

Ressa:
Va bene, queste sono le linee guida, ma ci sono meta-analisi o revisioni sistematiche?Rossi:
Una meta-analisi di 6 trials [14] suggerisce che nell'otite media acuta gli antibiotici sono utili nei bambini inferiori ai 2 anni e in quelli con otorrea mentre per molti altri con otite lieve può essere sufficiente una strategia di attesa.

Ressa:
E per gli adulti?

Rossi:
Penso che possiamo far nostre le linee guida appena citate: se vi sono sintomi importanti e il paziente appare sofferente, con forte dolore, febbre elevata o vi è otorrea direi di usare subito l'antibiotico (io preferisco di solito usare l'amoxicillina protetta oppure il cefaclor che agiscono meglio sugli emofili); se invece siamo di fronte ad un quadro clinico più sfumato si può prescrivere una terapia sintomatica e riservare l'antibiotico ai casi che non migliorano entro 48-72 ore o che peggiorano.

Ressa:
Per quanto protrarre la terapia?

Rossi:
Per almeno 12-14 giorni, soprattutto per assicurare la risoluzione del quadro. Importante avvisare il paziente di questa durata per non vederselo ritornare indietro a chiedere una visita specialistica dopo 3-4 giorni se vede che persiste l'ipoacusia.
Ressa:
Altre terapie oltre l'antibiotico e l'antidolorifico?

Rossi:
Inalazioni caldo-umide (o aerosol) migliorano lo stato della mucosa nasale e possono liberare la tuba ostruita facilitando il drenaggio delle secrezioni dall'orecchio medio.
Per ridurre la flogosi e migliorare la pervietà della tuba di Eustachio vengono spesso usati anche antistaminici e steroidi. Mentre i primi sembrano essere addirittura dannosi (forse paralizzano le ciglia rendendo più problematico il drenaggio dei fluidi), gli steroidi per os per un periodo di circa una settimana potrebbero essere utili [10], ma sono necessari studi ulteriori.Ressa:
Quando inviare dallo specialista?

Rossi:
Nei casi complicati oppure se vi è stata perforazione della MT per una valutazione dei possibili danni oppure quando l'ipoacusia persiste nonostante terapia ottimale. In questi casi infatti potremmo essere di fronte a quella che viene detta otite secretiva od otite media con effusione (OME).

Ressa:
Di che cosa si tratta?

Rossi:
L'otite secretiva (detta anche glue ear = orecchio con la colla) è caratterizzata dalla comparsa di un versamento nell'orecchio medio. Può aversi in seguito ad una otite media acuta non guarita oppure comparire in modo insidioso con ipoacusia a causa di una ostruzione permanente della tuba di Eustachio (da processi infiammatori della mucosa nasale, rinite allergica, polipi, ipertrofia adenoidea, ecc.).
L' OME colpisce soprattutto i bambini.

Ressa:
Come si diagnostica l'OME?Rossi:
Il segno principale è un'ipoacusia persistente di tipo trasmissivo. L'otoscopia mostra una retrazione della MT verso la cassa timpanica; la MT diventa di colorito opaco e attraverso di essa si possono vedere delle bolle o dei livelli idroaerei dovuti al versamento accumulato nell'orecchio medio. La diagnosi però viene posta soprattutto dallo specialista con l'otomicroscopia e l'esame timpanometrico.

Ressa:
Come si cura?

Rossi:
Recentemente sono state pubblicate delle linee guida [12]. In breve esse raccomandano di non usare antibiotici,

steroidi, antistaminici e decongestionanti nel trattamento di routine dell'OME perché i risultati degli studi clinici sono contrastanti e in genere non mostrano benefici consistenti. Spesso questi pazienti possono essere gestiti con una semplice politica di attesa di tre mesi da quando l'OME è insorta o è stata diagnostica. L'intervento chirurgico consiste nella timpanostomia con inserzione di un tubo di drenaggio e viene preso in considerazione quando l'OME persiste e provoca perdita dell'udito e difficoltà di apprendimento del bambino oppure danni strutturali della MT e/o delle strutture dell'orecchio medio. Se la causa è una ipertrofia adenoidea viene consigliato l'adenoidectomia. L'indicazione chirurgica deve essere posta ovviamente dallo specialista che segue questi pazienti.

Ressa:
Rimane da dire qualcosa sull'otite media cronica.

Rossi:
Direi che si tratta di una patologia di interesse specialistico. Basti sapere che il quadro che la caratterizza è la perforazione della MT che può essere centrale oppure marginale o atticale (queste ultime riguardano la porzione superiore della MT). Queste otiti, oltre a provocare ipoacusia, vanno incontro a fenomeni più o meno frequenti di riacutizzazione con otorrea che devono essere trattati con terapia antibiotica a largo spettro e lavaggi con acido acetico al 2%. La terapia è di solito chirurgica con un intervento di timpanoplastica che prevede anche il ripristino della catena ossiculare se questa è interrotta.
Le otiti croniche con perforazioni marginali o atticali possono complicarsi con colesteatomi, neoformazioni di cellule epiteliali e detriti cellulari che crescono nell'orecchio medio fino a lesione l'osso adiacente; possono complicarsi con un ascesso intracranico o con una paralisi del nervo facciale, si confermano con una TC e vanno asportati chirurgicamente.BIBLIOGRAFIA

1.McIsaac WT et al. CMAJ 1998; 158:75-83
2.Macfarlane J et al. BMJ 2002; 324:91
3.Casey JR et al.Pediatrics 2004 April; 113: 866-882
4.Vincent MT et al. Am Fam Physician 2004; 69:1465-70
5.Spurling G. et al. Delayed antibiotics for symptoms and complications of respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2004(4):CD004417.
6.Arroll B et al. Br J Gen Pract 2003;53:871-7.
7.Evans AT et al. Azithromycin for acute bronchitis: a randomised, double-blind, controlled trial
Lancet 2002; 359: 1648-54
8.Bent S et al. Antibiotics in acute bronchitis: a metaanalysis.Am J Med 1999 Jul;107:62–7.
9.Linder JA et al. Antibiotic treatment of acute bronchitis in smokers: a systematic review. J Gen Intern Med 2002 Mar; 17: 230-234
10.Subcommittee on Management of Acute Otitis Media.Diagnosis and Management of Acute Otitis Media Pediatrics 2004 May; 113:1451-1465
11.J Pediatr 2003; 143: 1-9
12.American Academy of Family Physicians, American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media With Effusion. Otitis media with effusion. Pediatrics 2004;113:1412-29.
13.Welschen I et al. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: Randomised controlled trial. BMJ 2004 Aug 21; 329:431-3.
14. Rovers MM et al.Antibiotics for acute otitis media: a meta-analysis with individual patient data. Lancet 2006 Oct 21; 368:1429-1435.