

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VI

Febbraio 2003

numero 2

PEDIATRIA PER L'OSPEDALE

Il raffreddore

a cura di Giorgio Bartolozzi

Parte prima (vai alla parte seconda)

Nonostante i grandi progressi della medicina il raffreddore continua a essere un vero problema per la società, sia in termini di sofferenze umane che di perdite economiche. La recente scoperta degli metapneumovirus e la constatazione che circa un quarto di tutti i raffreddori rimane senza una causa specifica, dice quanta strada ci sia ancora da fare.

Una recente rivista sintetica, a opera di autori finlandesi, offre l'opportunità di tornare su questo argomento, così comune, così importante per la clinica del lattante e così trascurato nella trattatistica corrente (**Heikkinen T., Järvinen A., The common cold, Lancet 361:51-59, 2003**).

S'intende correntemente con il termine di «raffreddore» (rinite) una lieve malattia delle vie aeree superiori, caratterizzata principalmente da ostruzione nasale, secrezione, starnuti, mal di gola e tosse. Anche se verrebbe da pensare che possa essere in gioco una causa singola, il raffreddore si ritiene oggi causato da un gruppo eterogeneo di malattie, dovute a numerosi virus, appartenenti a diverse famiglie.

Fortunatamente il raffreddore è una malattia fine a se stessa, confinata alle vie aeree superiori. Tuttavia in alcuni pazienti l'infezione virale diffonde, specialmente in soggetti dei primi anni di vita, agli organi adiacenti (orecchio medio, cellule etmoidali ed altri seni), portando a differenti manifestazioni cliniche e occasionalmente a complicazioni batteriche (otite media acuta in prima fila).

Le enormi spese che la malattia complessivamente comporta (visite di medici, cure, assenza dal lavoro, dalle scuole o dagli asili nido) derivano dal fatto che ogni anno negli Stati Uniti vengono attuate 25 milioni di visite, 20 milioni di giorni di assenza dal lavoro e 22 milioni di giorni di assenza dalla scuola.

LE CAUSE

La proporzione relativa dei differenti virus nel determinare il raffreddore varia secondo diversi fattori, come l'età, la stagione, il tipo di prelievo ed i metodi per ricercare i microrganismi.

I rinovirus sono comunque la causa più frequente di raffreddore a tutte le età. Durante tutto l'anno i rinovirus sono responsabili del 30-50% di tutte le malattie delle vie aeree, ma in autunno essi possono essere responsabili fino all'80% delle infezioni delle vie aeree superiori.

Sono stati identificati più di 100 sierotipi diversi di rinovirus, con la prevalenza di un tipo o di un altro a seconda delle diverse aree geografiche e a seconda del periodo in cui si ricercano.

Accanto ai rinovirus vanno considerati anche i coronavirus, come causa di raffreddore, anche se i dati disponibili sono pochi. Essi sono responsabili dal 7 al 18% delle infezioni delle vie aeree superiori nell'adulto.

I virus parainfluenzali, il virus respiratorio sinciziale, gli adenovirus e gli enterovirus sono responsabili di un numero minore dei comuni raffreddori; questi virus sono anche responsabili nel contempo di altre manifestazioni, solitamente più tipiche.

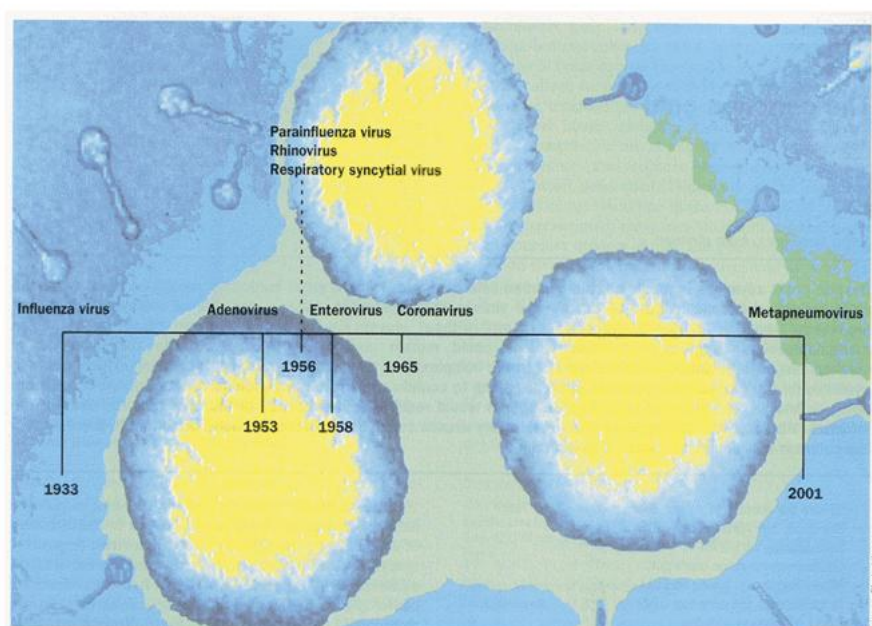


Figura 1. La scoperta negli anni dei comuni virus respiratori. Sono riportate tre immagini di adenovirus al microscopio elettronico (Lancet 361:52, 2003).

L'influenza viene spesso considerata come un'entità separata dal raffreddore comune: tuttavia la presentazione clinica dell'influenza varia da un'infezione asintomatica ad una malattia grave, che si sovrappone ai sintomi di un raffreddore comune. Modeste faringiti streptococciche sono clinicamente indistinguibili da una faringite virale e possono essere diagnosticate come raffreddori.

Virus	Proporzione
Rinovirus	30-50%
Coronavirus	10-15%
Virus influenzali	5-15%
Virus respiratorio sinciziale	5%
Virus parainfluenzali	5%
Adenovirus	<5%
Enterovirus	<5%
Metapneumovirus	Sconosciuta
Virus sconosciuti	20-30%

Nonostante la disponibilità di sofisticati metodi diagnostici, circa il 20-30% dei raffreddori rimane senza una provata causa virale, ciò probabilmente è dovuto agli insufficienti metodi di raccolta usati correntemente. Ma in generale la maggior parte delle riniti è dovuta ad agenti infettivi ben identificati.

Nell'ambito di nuove ricerche sulla rinite è stato di recente isolato in Olanda un nuovo virus nei bambini piccoli con in-

fezioni respiratorie (Van den Hoogen B.G. Nat Med. 2001 Jun;7(6):719-24).

L'importanza relativa di questo nuovo virus, chiamato metapneumovirus umano, nei confronti degli altri virus respiratori, non è stata ben determinata. Gli studi sierologici hanno dimostrato che questo virus circola fra gli esseri umani da circa 50 anni e che dall'età di 5 anni, praticamente tutti i bambini olandesi sono risultati infettati con questo nuovo agente. Altre pubblicazioni dimostrano che questo virus è diffuso in tutto il mondo.

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA SINDROME RESPIRATORIA ACUTA GRAVE (SARS)

Se consideriamo la recentissima comparsa di un nuovo virus respiratorio comparso per la prima volta in Cina e diffuso poi in tutto il mondo, ci rendiamo conto di quanto lavoro rimanga ancora da fare per identificare i nuovi virus respiratori o quelli veri, ancora non riconosciuti.

Purtroppo la malattia legata a questo nuovo virus, non ancora identificato (forse un coronavirus), responsabile di numerosi casi di sindrome respiratoria acuta grave (SARS), è risultata spesso mortale (al 7 aprile 2003, 98 morti su 2.601 ammalati).

L'inizio della malattia risale al 1° novembre 2002, quando vennero riconosciuti casi di polmonite atipica in Cina.

Nazione	Numero di casi	Numero di morti	Diffusione locale
Australia	1	0	No
Brasile	1	0	No

Canada	90	9	Sì
Cina	1.268	53	Sì
Cina Hong Kong	883	23	Sì
Cina Taiwan	21	0	Sì
Francia	3	0	No
Germania	5	0	No
Italia	3	0	No
Malesia	1	1	No
Irlanda	1	0	No
Romania	1	0	No
Singapore	106	6	Sì
Spagna	1	0	No
Svizzera	1	0	No
Tailandia	7	2	No
Regno Unito	5	0	No
Stati Uniti	141	0	No
Viet Nam	62	4	Sì
Totale	2.601	98	

Al 7 aprile 2003 c'erano epidemie in 6 Paesi (Canada, Cina, Cina Hong Kong, Cina Taiwan, Singapore, Viet Nam).

La malattia colpisce soprattutto i familiari dei soggetti ammalati e il personale di assistenza.

Al momento sono disponibili 3 prove diagnostiche:

- ELISA: dimostra gli anticorpi, solo 20 giorni dopo l'inizio dei sintomi clinici
- Prova all'immunofluorescenza (IFA): dimostra gli anticorpi 10 giorni dopo l'inizio dell'infezione; è una prova che richiede molto tempo
- Prova molecolare PCR (Polymerase Chain Reaction): utile per dimostrare il materiale genetico del virus negli stadi precoci della malattia; essa tuttavia è caratterizzata da molti falsi negativi.

I soggetti in età al di sotto dei 18 anni sono circa il 5%; questo virus, cioè, non si comporta come quello dell'influenza che in 2 casi su 3 colpisce soggetti in età inferiore ai 15 anni.

Negli USA gli Stati più colpiti sono la California, New York, Washington.

Il periodo d'incubazione è tipicamente da 2 a 7 giorni; tuttavia casi isolati hanno presentato un periodo d'incubazione di 10 giorni.

La malattia in generale ha un inizio con febbre fino a 38°C, che in breve tempo s'innalza, tanto da essere associata a brividi; è spesso accompagnata da cefalea, malessere e mialgia. In modo caratteristico sono assenti esantemi e sintomi neurologici e gastrointestinali. Solo in alcuni pazienti è presente diarrea.

A distanza di due o tre giorni dalla fase iniziale, inizia una tosse secca, non produttiva, che si può accompagnare o progredire fino alla dispnea. Nel 10-20% dei casi, la malattia respiratoria è tanto grave da richiedere l'intubazione e la ventilazione meccanica. La letalità raggiunge il 3%.

La radiografia del torace può essere normale durante il periodo prodromico e durante il decorso della malattia. Tuttavia in una buona percentuale di casi, la fase respiratoria è caratterizzata dalla presenza di infiltrati interstiziali precoci, che

progrediscono fino a essere generalizzati e diffusi. Alcuni radiogrammi in pazienti in stadio tardivo della SARS mostrano aree di consolidamento.

Precocemente, nel decorso della malattia, il numero assoluto dei linfociti appare ridotto. Il numero complessivo dei globuli bianchi o è normale o è ridotto. All'acme della malattia respiratoria circa il 50% dei pazienti ha leucopenia e trombocitopenia o comunque un numero basso di piastrine (50.000-150.000 mm³). Nella fase respiratoria si riscontra un'elevazione dei livelli di creatinfosfochinasi (fino a 3.000 UI/L) e di aminotransferasi epatiche (da 2 a 6 volte i valori massimi della norma). Nella maggioranza dei pazienti la funzione renale rimane normale.

La gravità della malattia è variabile, andando da una forma particolarmente lieve alla morte. Sebbene dopo un contatto con un paziente con SARS alcuni pazienti mostrino una malattia simile, nella grandissima maggioranza dei casi essi stanno bene. Alcuni stretti contatti hanno una malattia lieve, febbrile, senza segni o sintomi respiratori, suggerendo che la malattia non sempre progredisce verso la fase respiratoria.

Il trattamento è stato condotto con molti antibiotici, ritenendo di avere a che fare con una polmonite atipica. In alcune aree la terapia si è basata sull'uso di agenti antivirali, come l'oseltamivir e la ribavirina. Anche i corticosteroidi sono stati usati, sia per bocca che per endovena, in associazione ad antivirali o ad altri antimicrobici.

Al momento non si conosce quale sia il regime di trattamento più efficace.

In caso di sospetto il medico deve immediatamente avvertire le autorità sanitarie locali.

Le persone che sono state in contatto con un soggetto affetto da SARS debbono essere tenute sotto osservazione per la comparsa di febbre o di sintomi respiratori. Quelle che sviluppano febbre o sintomi respiratori debbono essere sottoposte ad un'attenta valutazione clinica: esse debbono limitare le loro attività al di fuori dell'abitazione. Non debbono andare al lavoro, a scuola o in comunità infantili o in altre aree pubbliche fino a 10 giorni dopo la risoluzione della febbre e dei

sintomi respiratori. Durante questo tempo vanno prese precauzioni per controllare l'infezione, al fine di minimizzare il potenziale di trasmissione.

I pazienti con SARS debbono usare una maschera da chirurghi quando entrino in stretto contatto con persone non infette, per evitare di diffondere l'infezione con le goccioline di saliva. Possono essere fonte di contagio gli oggetti usati nel mangiare, gli asciugamani e i letti dei soggetti affetti da SARS; tuttavia tutti questi oggetti possono essere usati dopo che siano stati lavati con sapone e acqua calda.

Le persone invece, che sono state esposte alla SARS, ma che non hanno febbre o sintomi respiratori, possono non limitare le loro attività al di fuori delle mura domestiche e non debbono essere escluse dalla scuola o dal lavoro.

Tutti i familiari di un paziente con SARS debbono lavarsi spesso le mani, soprattutto dopo un contatto con secrezioni respiratorie, urine o feci. Anche se si usano guanti a perdere, non vanno assolutamente abbandonate le comuni norme igieniche.

Ulteriori approfondimenti sul sito <http://content.nejm.org/>

Altri siti utili:

- <http://www.droid.cuhk.edu.hk>
- <http://promed@promed.isid.harvard.edu>
- <http://www.promedmail.org>
- <http://www.isid.org>
- <http://www.cdc.org>

Bibliografia

- CDC, Preliminary clinical description of severe acute respiratory syndrome, MMWR 52:255-6, 2003
- Heikkinen T., Järvinen A., The common cold, Lancet 361:51-59, 2003
- Promed Digest 8 aprile 2003
- Van den Hoogen B.G., de Jong J.C., Groen J. et al., A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease, Nat Med 7:719-24, 2001