

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Marzo 1999

numero 3

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Crup

Giorgio Longo

DEFINIZIONE

Il crup è una laringite acuta stenotizzante infettiva. Scomparsa da noi la difterite, ne restano 4 varietà:

1. una forma catarrale subacuta, flogistica, infettiva (quasi sempre da virus parainfluenzale), la laringite ipoglottica di durata breve (pochi giorni)
2. una forma catarrale acuta, spastica, infettiva ma aspecifica (indotta da flogosi respiratorie alle alte vie), di breve durata (ore), ma con tendenza a recidivare in corso di nuove infezioni respiratorie
3. una forma settica, iperacuta, da Hib, rara, la epiglottidite
4. una forma settica acuta, molto rara, da stafilococco, la laringo-tracheo-bronchite membranosa.

Tutte queste forme sono caratterizzate da difficoltà inspiratoria (tirage), rumorosa (cornage) e dalla agitazione dovuta all'impressione di soffocare. Le prime due forme, 1 e 2, hanno anche una tosse abbaiaante, con timbro particolare e possono decorrere senza o con poca febbre; le seconde due forme, 3 e 4, sono altamente febbrili e caratterizzate da uno stato tossico (pallor, ipodinamia, tachisfigmia, pre-shock) più marcato per la 3; inoltre la 3 è caratterizzata da disfonia e disfagia (perdita di saliva) e la 4 da tosse produttiva con escreato purulento.

RAZIONALE DEL PROTOCOLLO

La chiave del protocollo si basa su 3 punti:

- a) differenziare le forme catarrali, benigne, che nella grandissima maggioranza dei casi guariscono da sole, dalle forme settiche, la cui storia naturale sarebbe verso l'exitus, e che hanno bisogno di ricovero e di intervento invasivo (intubazione, broncoscopia);
- b) programmare dei comportamenti differenziati per le diverse forme, considerando che le forme catarrali rispondono bene ai vasocostrittori (adrenalina o corticosteroidi di superficie) mentre le forme settiche hanno bisogno di trattamento invasivo;
- c) preparare le famiglie delle laringiti spastiche a eventuali ricadute.

Il punto a) consiste nella valutazione dello stato generale (vedi sintomi). Non si possono dare certezze "cartacee", ma gli elementi per accendere l'allarme sono in genere ben percepibili (febbre alta, stato tossico, disfagia).

Il punto b) discende dalla diversa prognosi: le forme settiche rappresentano un'emergenza assoluta. Il medico che le sospetti deve appoggiare e possibilmente accompagnare il bambino in una sede che garantisca la possibilità di una pronta conferma diagnostica, della intubazione o della broncoscopia e del trattamento antibiotico per via intravenosa.

Nel **protocollo** ci occuperemo del trattamento delle forme catarrali (che rientra nel punto b) e infine del punto c).

IL PROTOCOLLO

Per le forme catarrali, di cui soltanto ci occuperemo in questa sede, si possono individuare dei percorsi differenziali.

Per il bambino sotto l'anno di età l'avvio all'Ospedale è raccomandabile.

Per il bambino sopra l'anno, la prima necessità è quella di tranquillizzare madre e bambino. Il bambino stia in braccio alla mamma; il vapore caldo-umido (stanza da bagno, aprire il rubinetto dell'acqua calda e lasciare che il vapore diffonda nell'ambiente) non è di efficacia dimostrata; ma rappresenta un tempo di possibile tranquillizzazione che può bastare a riequilibrare la situazione. Meno il bambino è impaurito, meno tirage avrà, meno si crollerà il laringe, minore sarà la fatica respiratoria.

Se c'è in casa uno spray con beclometasone o budesonide (in caso di recidiva ci sarà quasi certamente) si potrà da subito praticare una prima serie di inalazioni (il distanziatore non è rigorosamente necessario): 4-8 puffi.

Se nel giro di 1/2 ora non si ottiene un miglioramento significativo, sarà opportuno l'avvio al Pronto soccorso.

Lì, in seconda battuta, andrà praticato un aerosol. Il trattamento potrà essere fatto con il solo beclometasone (2 flaconcini) se lo steroide non è già stato usato a domicilio, oppure, se questo è stato già usato o comunque non è risultato direttamente efficace, con beclometasone (2 flaconcini) + adrenalina (1 fiala). Questa associazione può anche ragionevolmente essere usata in prima battuta, tenendo conto del fatto che l'adrenalina è un potente vasocostrittore, innocuo ed efficace, per via aerosolica, alla dose di 0,1 mg/Kg (fino alla dose di 0,5 mg/Kg), ma che il suo effetto è di poche ore, mentre il beclometasone possiede egualmente un effetto vasocostrittore ("blanching") a cui associa un effetto antiflogistico di lunga durata (10-12 h). Questo si deduce immediatamente dalle Figure 1 e 2.

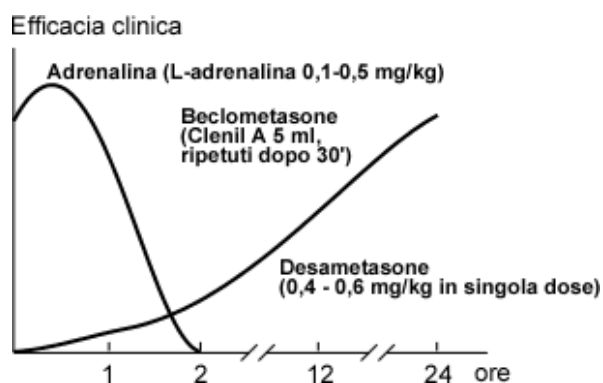


Figura 1 - Rappresentazione grafica dei diversi momenti e della diversa durata nell'attività clinica dei farmaci utilizzabili nel croup. A lato sono riportati i dosaggi e i composti deducibili dalla letteratura e/o da noi suggeriti (v. testo). Non segnato nel grafico, ma comunque da tentare in prima battuta, la semplice nebulizzazione con semifisiologica per 20'.

Nelle forme spastiche un singolo aerosol è sufficiente.

Nella laringite ipoglottica si avrà spesso una ripresa dei sintomi alla fine dell'effetto dello steroide. In questo caso la terapia dovrà essere ripetuta sistematicamente per il tempo necessario, che potrà essere di alcuni giorni.

Il punto c) preparazione della famiglia, riguarda la laringite spastica, e potrà essere limitato, almeno in prima battuta e nei casi che hanno avuto una presentazione relativamente tranquilla, alla prescrizione di un inalatore spray di beclometasone o di budesonide.