

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Aprile 1999

numero 4

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Tosse e bronchite

Franco Panizon

IL RAZIONALE

Il razionale consiste in una lunga serie di assunti, di cui il primo può apparire simile a un postulato.

a) La tosse (in termini correnti, anche se non in linea di principio) va considerata sinonimo di tracheo-bronchite, anche (evento in realtà abbastanza comune) in assenza di un reperto obiettivo (ronchi, rantoli a medie bolle, sibili o gemiti) che documentino un processo flogistico localizzato in quella sede. E' vero che anche la stimolazione dei recettori laringei dà tosse, che però è molto particolare e si accompagna a sintomi specifici, inconfondibili coi sintomi da flogosi tracheo-bronchiale, di cui ci occupiamo in questo protocollo.

Il termine di tracheo-bronchite, d'altro lato, comprende non solo la bronchite infettiva, ma anche la bronchite allergica, la flogosi da corpo estraneo, e la bronchite da cause irritanti (fumo, irritanti ambientali, aria secca da ostruzione nasale;

b) tutti i virus respiratori possono colonizzare la mucosa tracheo-bronchiale, e questo è tanto più facile quanto più piccolo è il bambino o quanto meno sono validi i meccanismi dell'immunità generica e specifica; ma nella maggior parte dei casi il laringe costituisce un confine che non viene varcato e qualche volta una localizzazione elettiva (secondo anno di vita, virus parainfluenzali I e III);

c) le lesioni che i diversi virus possono indurre nell'epitelio respiratorio, specie nelle ghiandole mucipare e specie se le infezioni sono ricorrenti, giustificano il persistere della tosse anche molti giorni dopo (1);

d) nell'anziano (broncopatia cronica ostruttiva) e nel bambino con specifici difetti di difesa (fibrosi cistica, patologia ciliare, bronchiectasie) è possibile una colonizzazione batterica, in genere da germi a bassa patogenicità;

e) al di fuori di queste condizioni, una colonizzazione batterica tussigenica è dimostrata per la *Bordetella pertussis* e *parapertussis* che danno una bronchite tossinica e una tosse tipica, emetizzante, la *Moraxella catarrhalis* (2) che può colonizzare la mucosa bronchiale per alcune settimane, per la *Chlamydia pneumoniae*, (3,4,5), che è stata dimostrata essere uno dei più comuni patogeni respiratori del bambino e che produce una iper-reattività bronchiale ad impronta asmatica e che può colonizzare la mucosa bronchiale per tempi lunghi (molti mesi). Per tutti e tre questi agenti eziologici l'antibiotico di scelta è il macrolide e una settimana è sufficiente (2);

f) anche senza una localizzazione bronchiale specifica è stato dimostrato che la sinusite è di per sé causa di tosse, dovuta probabilmente a respirazione orale e/o a scolo mucopurulento dall'epifaringe. Uno studio empirico ha messo in evidenza che il persistere della tosse, accompagnato a secrezione mucopurulenta, per più di 10 gg dopo un episodio acuto è indice di sinusite e guarisce nella grande maggioranza dei casi con la cura antibiotica di quest'ultima (6). Si assume che il farmaco di scelta per la sinusite sia un beta-lattamico (amoxicillina) e che i lavaggi nasali e/o gli steroidi inalanti possano rappresentare un ragionevole supporto terapeutico in tale condizione;

g) per motivi in parte simili, anche l'ipersensibilità allergica, sovrapposta ad una iper-reattività bronchiale può esprimersi con tosse (rinosinusite allergica, bronchite allergica), anche se di regola l'asma si accompagna piuttosto a ipo che a iper-sensibilità allo stimolo tussigeno;

h) il quadro lesionale della bronchite protratta è costituito da una sofferenza dello strato epiteliale con ipertrofia delle ghiandole mucose, irregolarità del film mucoso, disordine della attività ciliare, infiltrazione anche eosinofila della tonaca propria (1);

i) Nelle metà dei casi di tosse persistente in bambini senza altra spiegazione viene descritto un quadro poco specifico di addensamento peri-ilare (PIC o Peri-hilar Inflammatory Change) interpretabile come peribronchite (7) che orientativamente si potrebbe far risalire ad una delle eziologie (batteriche?) sopra menzionate;

l) tra le cause meno comuni di tosse persistente si dovranno ricordare il corpo estraneo bronchiale e la compressione da qualunque causa sulla carena o sulla trachea (tumore, adenopatia).

IL PROTOCOLLO

1) Se c'è tosse con rantoli e ronchi, ma anche se mancano questo criterio ascoltatorio e segni di laringite, poni pure una diagnosi di bronchite con pochissime probabilità di errore.

2) Se l'anamnesi riporta una tosse che si trascina, con remissioni anche parziali e con riaccensioni in corso di episodi acuti, febbrili o no, considera che la prima probabilità è che si tratti di una semplice sindrome di infezioni respiratorie ricorrenti, sostanzialmente banale, che non giustifica una terapia specifica.

3) Se il reperto ascoltatorio è di sibili o gemiti, considera la coesistenza di una iper-reattività bronchiale (probabile atopica, possibile clamidia).

Se il fenomeno si ripresenta e/o ha una certa costanza, sarà ragionevole effettuare una breve serie di prick test per

pneumoallergeni maggiori (polvere, gatto, graminacee, alternaria; al Sud anche ulivo e arientaria) e trarne le opportune conclusioni.

4) Se un singolo episodio di tosse dura da almeno una settimana e presenta tendenza al peggioramento, se c'è storia di contatti possibili, se la tosse ha carattere emetizzante, considera la possibilità di una pertosse o di una parapertosse; se il sospetto non appare remoto, fai un trattamento di una settimana con un macrolide, che potrà risultare efficace anche per una clamidia o una moraxella.

NB: Se la tosse ha carattere emetizzante e/o se esiste un precedente anamnestico sospetto (tosse ad insorgenza improvvisa), non dimenticare in nessun momento l'ipotesi del corpo estraneo e ricorri alla radiologia.

5) Se la tosse non peggiora, ma nemmeno accenna a diminuire dopo 10-15 gg, considera l'ipotesi della sinusite (storia, muco colorato, alitosi, flogosi dei turbinati, presenza di muco-pus nel meato medio), se i dati in favore sono consistenti, fai un trattamento con steroidi inalanti per via nasale (spray x3x15 gg) e con antibiotico (amoxicillina 50 mg/Kg x 5 gg).

NB: Se ci sono elementi per pensare a una allergia (familiarità, edema dei turbinati, storia protratta, componente ascoltatoria spastica) approfondisci (eosinofili nasali, prick test) e comportati in conseguenza.

6) Se la tosse dura, fastidiosa e costante, per più di 20-30 gg, e non ha altre spiegazioni, una radiografia del torace sarà ragionevole. In caso di negatività (o di presenza di segni di PIC), fa un trattamento con macrolidi per 7 gg, pensando ancora alla moraxella o alla clamidia.

PS: Un trattamento con sintomatici può essere richiesto dalla fastidiosità della tosse diurna, più spesso dai risvegli notturni o dalla difficoltà a prendere sonno, e qualche volta è inevitabile, non fosse altro che "per fare qualcosa"..

Una sedazione della tosse notturna con farmaci centrali (paracodina) può essere opportuno. Se la tosse è molto secca, inefficace, stizzosa, un mucolitico può essere di aiuto marginale, ma solo se a dosaggio molto sostenuto.

I beta-agonisti hanno un moderato effetto anti-tosse periferico.

Non è riferita efficacia per l'aerosol di steroidi.

Bibliografia

- Gaillard D, Jouet JD, Greta L et al. Airway epithelial damage and inflammation in children with recurrent bronchitis. *Am J Respir Crit Care Med* 150, 810, 1994.
- Gottfarb P, Brauner A. Children with persistent cough. Outcome with treatment and role of *Moraxella catharralis*? *Scand J Infect Dis* 26, 545, 1994.
- Oertquist A. *Chlamydia pneumoniae*: a common agent in acute bronchiolitis. *Scand J Infect Dis* 26, 779, 1994.
- Graystone JT. *Chlamydia pneumoniae* (Tvarr) infections in children. *Ped Infect Dis J* 13, 675, 1994.
- Kauppinen M, Saikku P. *Pneumonia to Chlamydia pneumoniae*: prevalence-clinical features-diagnosis and treatment. *Clin Infect Dis* 21, S244, 52, 1995.

- Daisuke U, Yuko Y. The ten-day mark as a practical diagnostic approach for acute paranasal sinusitis in children. *Pediatr Infect Dis J* 15, 576, 1996.
- Panizon F, Di Mario S. La bronchite. *Medico e Bambino* 16, 577, 1997.