

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Maggio 1999

numero 5

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Infezioni respiratorie ricorrenti

Franco Panizon

RAZIONALE

Le infezioni respiratorie (e non solo respiratorie) ricorrenti (RRI) o se si preferisce la sindrome delle infezioni respiratorie ricorrenti (RRIs) sono il tradizionale appannaggio ("la tassa da pagare") del bambino che entra in comunità (asilo-nido, scuola materna) o del fratello minore di un bambino che le frequenta. Di solito, il secondogenito inizia la trafila anticipatamente rispetto al primogenito; chi va all'asilo nido si ammala più spesso e più gravemente di chi non va all'asilo-nido e va, più tardi alla scuola materna. E' raro il bambino che continua ad ammalarsi anche alla scuola dell'obbligo, dopo i 6 anni; è ancora più raro il bambino che si ammala senza frequentare le comunità e senza avere un convivente che le frequenta.

Il problema delle infezioni respiratorie ricorrenti si definisce dunque in base alla epidemiologia. È l'espressione di una esposizione alle malattie contagiose, quasi sempre virali, in una fase in cui la risposta immune è ancora largamente immatura. Non è la frequenza, ma sono la gravità delle infezioni, la difficile guaribilità, la durata, i parametri che possono giustificare l'ipotesi di un difetto immunitario o di un substrato anatomico-funzionale da studiare e da correggere.

Non tutti i bambini sono eguali rispetto a questo rischio: c'è chi non si ammala mai, chi si ammala con poca febbre, e chi fa delle manifestazioni altamnte febbrili e/o clinicamente molto espresse. Non è decidibile se questo tipo di risposta, che rende insopportabile il problema al bambino e alla famiglia sia l'espressione di un difetto di risposta ovvero, almeno in alcuni casi, di un eccesso. Certamente di una risposta immatura. E' un fatto comunque che, mentre nessun difetto specifico della RRIs è stato sinora riconosciuto, nei bambini con RRIs presi come gruppo si rileva una tendenza ai valori bassi di IgA e (meno) di IgG; inoltre, in questi bambini, si ritrova comunemente un basso rapporto CD4/CD9, che va considerato piuttosto secondario che primitivo rispetto alla RRI, e che si corregge durante la buona stagione. E' come se, rispetto agli altri, i bambini con RRI avessero bisogno di una convalescenza più lunga per riequilibrare la qualità della risposta immune; è come se ogni infezione aprisse la porta alla infezione successiva. Infine è stato visto che, mentre non vi è differenza nel numero delle RRI nei bambini con IgE alte rispetto ai bambini con IgE normali, nei primi sono più comuni le IR "basse" (che comprendono la broncopolmonite e la bronchite asmatica).

La RRI non costituisce una entità omogenea: essa comprende sia le infezioni febbrili semplici, senza caratterizzazione clinica, le sinusiti, tonsilliti, otiti ricorrenti; le bronchiti asmatiche e il laringospasmo ricorrente, le broncopolmoniti ricorrenti. Ciascuna di queste condizioni può meritare un approccio diverso.

Su una coorte non selezionata, la incidenza delle RRI nei bambini di 2-4 anni che frequentano comunità è di 6 infezioni/anno; l'incidenza minima è di 1 infezione/anno, la massima di 27 infezioni/anno. Sono fattori di rischio la parità (il secondogenito si ammala più e prima rispetto al primogenito), la frequenza all'Asilo-Nido e alla Scuola materna (e la precocità dell'inserimento), il numero dei fratelli (e in generale l'affollamento dell'appartamento, il fumo dei genitori).

SELEZIONE DEI CASI

Entrano nel protocollo quei bambini per i quali le RRI costituiscono un problema. Un'identica situazione, in termini di gravità e frequenza di malattia può essere sentito o meno come problema in diverse condizioni sociali (madre lavoratrice o meno, nonni disponibili o meno). Più o meno paradossalmente il problema è sentito come più pesante in situazioni socioeconomiche e culturali più elevate.

Per cercare di dare un minimo di obbiettività ai criteri di selezione da parte del medico, proponiamo che entrino nel protocollo. I bambini con sintomatologia quali-quantitativamente inferiore devono essere considerati sani. I bambini con sintomatologia più severa e con singoli episodi più gravi devono essere considerati sospetti di patologia maggiore e presi in particolare considerazione (neutropenia ciclica, difetto di proteine leganti il mannano, difetto immunitario congenito, febbre mediterranea, fibrosi cistica, altro).

- a) i bambini $>1 < 5$ anni con alta ricorrenza di infezione febbrile "semplice" >1 /mese, orientativamente circa 2/mese
- b) i bambini con tonsilliti ricorrenti (ipertrofia, ipetremia, edema, essudato, linfonodi) altamente febbrili (> 6 /anno o >3 /ultimi 3 mesi)
- c) i bambini con scolo nasale persistente/ricorrente e con respirazione orale e/o roncopatia notturna
- d) i bambini con otite ricorrente (>6 /anno o >4 /ultimi 6 mesi o >3 /ultimi 3 mesi)
- e) i bambini con almeno 2 episodi di crup
- f) i bambini con asma infettivo
- g) i bambini con tosse ricorrente/persistente (>3 settimane/mese $\times > 3$ mesi/anno)

IL PROTOCOLLO VA DIFFERENZIATO PER CIASCUNA DI QUESTE DIFFERENTI CONDIZIONI

A) INFEZIONI FEBBRILI "SEMPLICI" AD ALTA RICORRENZA

Nessun esame è utile;

*Spiegazione alla madre (si tratta di un tempo "fisiologico" di fragilità+esposizione).

*Attesa; Integrazione (placebo?) con vitamine C e A (il bambino con malattie ricorrenti ne assume poche; esistono in letteratura indicazioni forti per l'efficacia anti-infettiva della vitamina A in situazioni carentiali e indicazioni deboli sul suo ruolo in condizioni subcarentiali; esistono indicazioni deboli sulla efficacia della vitamina C nell'adulto nella prevenzione di infezioni respiratorie); integrazione con olio di pesce (4-5 g/die) o dieta con pesce azzurro x3/settimana. *Se possibile o ritenuto utile, interruzione della frequenza alla comunità.

*Se nessuno di questi provvedimenti risulta utile o possibile, ragionevole la prescrizione di un immunostimolante. Malgrado il probabilmente diverso meccanismo farmacologico dei singoli farmaci, tutti gli immunostimolanti sperimentati (dal levamisolo, non più in commercio, ai timostimolanti, dalla timomodulina al pidotimod, ai composti di derivazione batterica, come il Lantigen B e il Biomunil), hanno dimostrato simile efficacia nel RIDURRE SIGNIFICATIVAMENTE (non eliminare) la ricorrenza delle infezioni.

B) TONSILLITI RICORRENTI

Si può trattare -difficile- o:

- 1) di tonsilliti streptococciche (fai il tampone in corso di malattia, e provvedi; se si conferma che le ricadute sono dovute allo SBA, profilassi con penicillina come nel RAA. Se non protegge, si tratta di un portatore sano e probabilmente rientriamo nella seconda categoria; oppure -molto probabile-
- 2) di tonsilliti da adenovirus. In questo caso l'indicazione più accettabile ed efficace è quella di tonsillectomizzare

C) SINUSITE RICORRENTE/PERSISTENTE

*Considera la necessità di rompere il ciclo stenosi-nasale->respirazione orale>cattiva aerodinamica coanale> cattivo scarico sinusale>ipertrofia adenoidea>ipertrofia tonsillare, alterata meccanica deglutizione-masticazione-respirazione

*Escludi l'allergia respiratoria (prick test per acaro, gatto, graminacee, parietaria): se presente intervieni con la profilassi ambientale, che difficilmente sarà sufficiente da sola.

*Osserva il morso (morso coperto), la forma del palato (palato ogivale), la persistenza di deglutizione infantile. Un esame TAC mirato può essere utile (sinusite, ipertrofia adenoidica) e considera l'utilità di un intervento ortodontico e/o ORL (anche se sarà ragionevole, comunque, rimandarlo, dopo un periodo di ragionevole osservazione clinica).

*Metti in atto le misure mediche generali indicate in A) per le infezioni respiratorie "semplici".

*Intraprendi comunque un trattamento steroideo locale con spray (meglio con flunisolide) da mantenere per almeno 3 mesi

D) OTITE RICORRENTE

*Come per la sinusite ricorrente.

*Inoltre, se il bambino ha >2 mesi procedi alla vaccinazione contro il pneumococco (Pneumo 23)

E) CRUP

*vedi protocollo CRUP

F) ASMA

· escludi una componente atopica (prick test per acaro, gatto, graminacee, parietaria) e se del caso metti in atto una profilassi ambientale (che non basterà a risolvere il problema per la inevitabilità delle infezioni)

· valuta l'opportunità di un ciclo di corticosteroidi inalanti

· se le infezioni sono molto frequenti prendi i provvedimenti considerati in a) per le infezioni semplici

G) TOSSE RICORRENTE/PERSISTENTE

*vedi protocollo TOSSE.