

Infezioni respiratorie alte

A. Wollner

Le rinofaringiti, le sinusiti, le otiti e le angine rappresentano le infezioni otorinolaringoiatriche (ORL). Si tratta di infezioni stagionali il più delle volte virali. Esse sono spesso trattate inutilmente con antibiotici. La loro sovrainfezione batterica è, tuttavia, possibile. Anche in tale situazione, l'evoluzione spontaneamente favorevole è spesso possibile. È per questo, e ancora di più, attualmente, nel contesto di un consumo eccessivo di antibiotici e di ecologia batterica, che ogni prescrizione di antibiotici deve essere fatta soltanto dopo una diagnosi quanto più precisa possibile e uno studio del rapporto benefici/rischi.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Rinofaringiti; Otiti; Sinusiti; Angine; Test di diagnosi rapida

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Eziologie ed ecologia batterica	1
■ Rinofaringiti	2
Diagnosi	2
Evoluzione	2
Trattamento	2
■ Otiti	2
Otiti del bambino	2
Otiti dell'adulto	4
■ Sinusiti	4
Sinusiti dell'adulto	4
Sinusiti del bambino	5
■ Angine	5
Diagnosi	5
Evoluzione	6
Trattamento	6

■ Introduzione

Le infezioni otorinolaringoiatriche o le infezioni respiratorie alte si definiscono come tutte le infezioni che compaiono al di sopra delle corde vocali. Classicamente, in Francia, si distinguono principalmente quattro quadri clinici: rinofaringiti, otiti, sinusiti e tonsilliti.

Esse rappresentano uno dei motivi di visita più frequenti, tanto in pediatria che in medicina generale.

Anche se di eziologie il più delle volte virali, esse sono una delle cause più importanti delle prescrizioni antibiotiche (più di un terzo dell'insieme delle prescrizioni).

Ciò è pregiudizievole non solo per l'individuo stesso e la sua ecologia, ma anche per l'ecologia batterica della popolazione generale e per l'evoluzione delle resistenze agli antibiotici.

L'incertezza della diagnosi, in particolare la difficoltà di distinguere in clinica un'infezione virale da un'infezione batterica, è un determinante principale della prescrizione inutile di antibiotici.

La generalizzazione dei test di diagnosi rapida (TDR) per l'angina, l'utilizzo di otoscopi di qualità migliore per l'otite, la definizione migliore delle situazioni cliniche che giustificano degli antibiotici per tutte le infezioni ORL devono permettere di ridurre questa incertezza e di ridurre le prescrizioni inutili.

La guarigione spontanea è, il più delle volte, la regola per tutte queste patologie.

Sarà una valutazione del rapporto benefici/rischi in funzione di ogni caso a guidare l'indicazione a un'eventuale terapia antibiotica.

■ Eziologie ed ecologia batterica

- Le rinofaringiti sono di origine virale nella stragrande maggioranza dei casi.
- Nell'otite media acuta purulenta (OMAP) e nelle rinosinusiti, benché anche i virus svolgano un ruolo importante, predominano tre batteri: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* non tipizzabile e *Moraxella catarrhalis*.
- Lo streptococco del gruppo A (SGA) è il batterio più spesso ritrovato nelle tonsilliti, ma, anche in questo caso, le eziologie virali restano predominanti.

La resistenza agli antibiotici si è significativamente ridotta per i principali batteri responsabili di infezioni ORL (pneumococchi resistenti alle betalattamine, *H. influenzae* produttori di betalattamasi, SGA resistente ai macrolidi) [1,2].

Viceversa, la situazione è divenuta preoccupante per la flora digestiva, in particolare a causa dell'emergenza e della diffusione crescente di *Escherichia coli*, produttore di betalattamasi a spettro esteso (BLSE) [1,3].

Gli pneumococchi presentano una sensibilità diminuita alle betalattamine in circa il 40% dei casi e sono spesso resistenti ai macrolidi [1,2].

Una grande maggioranza di questi ceppi resta sensibile all'amoxicillina, ma, molto meno spesso, alle cefalosporine orali.

Per *H. influenzae*, la percentuale di ceppi produttori di penicillinasi è recentemente scesa sotto il 20%.

Quella dei ceppi di sensibilità diminuita alle betalattamine per modificazione della proteina di legame alle penicilline 3 (PLP 3) è dell'ordine del 5%^[1,2].

Gli SGA sono sempre sensibili alle betalattamine e la resistenza ai macrolidi è diminuita in modo importante a meno del 5%^[1].

Il ruolo di *M. catarrhalis* è discusso, poiché la maggioranza delle otiti o delle sinusiti dovute a questo batterio evolve spontaneamente verso la guarigione. Esso è eccezionalmente riscontrato solo negli insuccessi del trattamento.

Escherichia coli non è un batterio implicato nelle infezioni ORL; malgrado ciò, l'evoluzione della sua resistenza è ampiamente legata al consumo eccessivo di antibiotici prescritti per trattare delle infezioni respiratorie alte e basse, in particolare delle cefalosporine.

La capacità degli antibiotici di selezionare delle resistenze acquisite non è, quindi, uguale per tutti.

Nelle infezioni della sfera ORL (otiti, sinusiti) dell'adulto e, soprattutto, del bambino, cause principali di prescrizione di antibiotici, è sempre preferibile privilegiare una molecola come l'amoxicillina rispetto alle cefalosporine di seconda o terza generazione orali o ai fluorochinoloni^[1-3].

La prescrizione di cefalosporine è riconosciuta come un fattore favorente l'emergenza di enterobatteri produttori di BLSE. Il risparmio di queste molecole è, quindi, fondamentale a causa del loro impatto sull'ecosistema.

Inoltre, tenuto conto della riduzione dei ceppi di *H. influenzae*, produttori di betalattamasi, e dell'aumento dei ceppi di pneumococco di sensibilità intermedia alla penicillina, le cefalosporine hanno perso il loro interesse.

In effetti, per questi ceppi di pneumococchi di sensibilità intermedia alla penicillina, l'amoxicillina conserva un'ottima attività, il che non è il caso delle cefalosporine orali.

Quando è indicato un antibiotico, nella stragrande maggioranza dei casi, l'amoxicillina deve essere la molecola da privilegiare in prima intenzione.

■ Rinofaringiti

Diagnosi

Si tratta di lesioni infiammatorie della faringe e delle fosse nasali. La loro incidenza è più elevata nel bambino che nell'adulto, particolarmente in età prescolare. La loro ripetizione è la testimonianza della diversità dei virus, del loro basso potere immunogeno e dell'adattamento del bambino al suo ambiente. Questo adattamento è necessario e benefico per lo sviluppo immunitario del bambino.

Il quadro clinico associa rinorrea, starnuti, ostruzione nasale, febbre e tosse^[1,4,5].

L'esame clinico è povero.

Evoluzione (Fig. 1)

Lo scopo essenziale dell'esame è di escludere una complicanza o una patologia associata.

Esse sono dominate dalla comparsa di un'OMAP (Fig. 2) nel latitante e nel bambino, da una sinusite acuta purulenta nel bambino e nell'adulto e da un'infezione respiratoria bassa ad ogni età^[1,4,5].

L'aspetto purulento o mucopurulento delle secrezioni nasali non indica una sovrainfezione batterica e non giustifica la prescrizione di antibiotici.

Trattamento

Una volta posta la diagnosi, devono essere proposti solo dei consigli elementari di igiene e di miglioramento del benessere:

- disostruzioni nasali con soluzione fisiologica abbastanza delicate da poter essere ripetute;

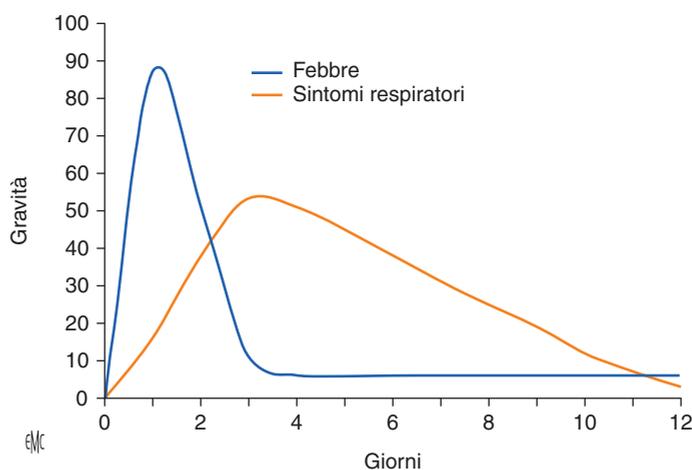


Figura 1. Evoluzione dei sintomi di una rinofaringite^[11].



Figura 2. Otite media acuta.

- frazionamento dei pasti e idratazione, aerazione della stanza, eliminazione del fumo, ecc.

La febbre è solo un sintomo e sono il disagio e la sua ripercussione sul comportamento del bambino che devono essere migliorati con la prescrizione di un antipiretico (paracetamolo o ibuprofene).

Nessuno studio ha dimostrato l'efficacia degli antibiotici in questa patologia, né in termini di durata della malattia né nella prevenzione delle complicanze.

Nessun antibiotico ha un'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) in questa indicazione.

I vasocostrittori locali e per via generale non sono consigliati prima dei 15 anni.

Gli sciroppi antitussigeni e i fluidificanti non hanno alcuna indicazione prima dell'età di 2 anni.

Gli antinfiammatori non steroidei (FANS) e i corticosteroidi somministrati per via generale non sono indicati^[1,5].

■ Otitis

Otitis del bambino

Diagnosi

La diagnosi di OMAP (Fig. 2) si basa sull'associazione di segni funzionali e generali di comparsa recente e di segni otoscopici di esame^[6].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465081>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465081>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)