

Infezioni delle vie respiratorie superiori

B. Barry, S. Bernard

Le infezioni delle vie respiratorie superiori sono una parte importante del consumo di antibiotici sul territorio. È importante iniziare un trattamento antibiotico solo quando esistono elementi a favore di una patologia batterica. Il test diagnostico rapido deve essere usato per le angine. È giustificato, tanto nell'adulto quanto nel bambino di più di 2 anni, di fronte a un'infezione che suggerisce un'otite o una sinusite, se i sintomi sono moderati, prendere in considerazione una rivalutazione dopo 48 ore, prima di decidere di iniziare un trattamento antibiotico.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Angina; Otite media acuta; Rinofaringite; Sinusiti; Terapia antibiotica; Resistenza agli antibiotici

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Rinofaringiti	1
■ Angine	2
Diagnosi clinica	2
Quadri clinici in funzione dell'agente patogeno coinvolto	2
Esami complementari	3
Complicanze	3
Trattamento	3
■ Sinusiti	4
Diagnosi	4
Esami complementari	4
Trattamento	4
■ Otiti medie acute	4
Epidemiologia batterica delle otiti medie acute	4
Fattori di rischio delle otiti medie acute	5
Diagnosi clinica	5
Esami complementari	5
Diagnosi differenziali	5
Trattamento	6
Evoluzione e follow-up sotto trattamento	7
Caso particolare delle otiti medie acute del lattante piccolo	7
Complicanze	7

■ Introduzione

Le infezioni delle vie respiratorie superiori sono un motivo frequente di visita nella medicina del territorio e in Pronto Soccorso. Esse rappresentano anche una grande sfida per la nostra società, poiché costituiscono un motivo frequente di prescrizione di antibiotici per infezioni che sono spesso virali ^[1].

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, 25 000 persone muoiono ogni anno nell'Unione Europea a causa di infezioni

causate da germi resistenti agli antibiotici (con un costo che sale a 1,5 miliardi di euro). È, pertanto, essenziale limitare la prescrizione di antibiotici alle infezioni batteriche, per non favorire la selezione di ceppi batterici comunitari resistenti agli antibiotici.

■ Rinofaringiti

La rinofaringite è una patologia infiammatoria della faringe e delle fosse nasali di origine virale. Questa infezione banale è molto frequente, si verifica da quattro a sei volte l'anno, in media, nell'adulto ed è particolarmente frequente nei bambini sotto i 6 anni. Il quadro clinico associa, in misura variabile, rinorrea, starnuti, occlusione nasale, febbre e tosse. L'esame clinico è poco significativo, riscontrando un aspetto infiammatorio più o meno importante dell'orofaringe e della mucosa nasale (edema dei turbinati inferiori) e una rinorrea anteriore e/o posteriore, che può essere sieromucosa (viscosa e chiara), purulenta (colorata, più o meno spessa) o mucopurulenta (viscosa e colorata). Lo scopo essenziale dell'esame è escludere una complicanza o un'altra patologia associata.

La storia naturale della rinofaringite è caratterizzata da un dolore faringeo acuto che dura 24-48 ore, a cui si associano rapidamente una febbre, che può essere elevata nel bambino, e una rinorrea chiara acquosa e abbondante. Rapidamente, la disfagia e la febbre scompaiono e la rinorrea si colora per abrasione dell'epitelio superficiale da parte del virus. Questa colorazione della rinorrea non è affatto un segno di sovrainfezione, ma l'adesione dei batteri alla mucosa è modificata e questo favorisce le complicanze, essenzialmente tipo otite nel bambino e sinusite nell'adulto. La guarigione spontanea di una rinofaringite si verifica in 6-8 giorni. Deve essere prescritto solo un trattamento sintomatico di tipo analgesico/antipiretico (paracetamolo), eventualmente associato (in particolare nel bambino) a lavaggi nasali con della soluzione fisiologica.

Eritematopoltacea

Virali +++

Streptococciche



Pseudomembranosa

MNI

Difterite

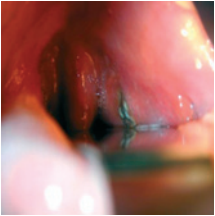


Vescicolare

Erpangina

Herpes

Zoster



Ulceronecrotica

Angina di Vincent

Ulcera sifilitica

Agranulocitosi, leucemia acuta, tumorale

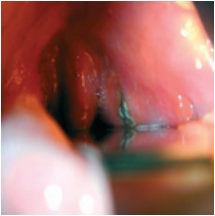


Figura 1. Orientamento diagnostico davanti a un'angina.

■ Angine

L'angina costituisce una delle cause più frequenti di visita medica. Si stima che 10-12 milioni di angine siano diagnosticate ogni anno in Francia [1]. Le angine sono prevalentemente virali, soprattutto nell'adulto. Sono eccezionali prima dei 3 anni e dopo i 50 anni. I virus incriminati sono numerosi, mentre il principale batterio responsabile di angina è lo streptococco β -emolitico di gruppo A (SGA) o *Streptococcus pyogenes* (nome tassonomico) [2], mentre le altre angine batteriche sono molto più rare. La guarigione delle angine virali è rapida e spontanea e la gravità delle angine batteriche è legata al rischio di complicanze locoregionali e sistemiche, giustificando un trattamento antibiotico.

Diagnosi clinica

Il sintomo è la comparsa spesso improvvisa di febbre (moderata o alta) e dolore alla deglutizione (odinofagia), associati o meno a un'otalgia mono- o bilaterale. Possono essere associati altri sintomi e segni: congiuntivite, rinorrea, tosse, disfonia, artralgie e mialgie.

L'associazione di una febbre moderata di comparsa progressiva e di molti sintomi extrafaringei con un'odinofagia moderata è suggestiva di un'infezione di origine virale.

Un quadro clinico che associa febbre alta, di esordio improvviso, e un'odinofagia, importante e senza segni extrafaringei, è, dal canto suo, indicativo di un'infezione batterica.

L'esame clinico dell'orofaringe permette la diagnosi di angina (Fig. 1):

- angina eritematosa (angina "rossa"), quando le tonsille palatine e l'orofaringe sono eritematose e congestionate;
- angina eritematopoltacea (angina "bianca") quando c'è un rivestimento purulento, che si distacca facilmente dalla mucosa e che ricopre le due tonsille palatine (Fig. 2);
- angina pseudomembranosa, per presenza di pseudomembrane, aderenti alla mucosa, che si distaccano con difficoltà, limitate alle tonsille palatine o estese al velo palatino (Fig. 3);
- angina vescicolare, con presenza di vescicole, in particolare a livello dei pilastri tonsillari e/o del velo palatino;
- angina ulcerosa, con presenza di un'ulcera, associata o meno a una necrosi del tessuto tonsillare, generalmente monolaterale (Fig. 4).

La palpazione cervicale spesso rivela la presenza di uno o più linfonodi cervicali di dimensioni variabili, mono- o bilaterali, talvolta dolorosi alla palpazione.

Figura 2. Angina eritematopoltacea.

Figura 3. Angina pseudomembranosa.

Figura 4. Angina di Vincent: ulcerazione della tonsilla sinistra.

Nella stragrande maggioranza dei casi, la sintomatologia e l'esame clinico non permettono di determinare con certezza se l'infezione è di origine virale o batterica.

Quadri clinici in funzione dell'agente patogeno coinvolto (Tabella 1)

Angine batteriche

Esse sono, nella stragrande maggioranza dei casi, dovute a SGA. Questo è la causa del 20% delle angine, considerando tutte le fasce d'età. Un'infezione batterica è più frequente nei bambini che negli adulti (rispettivamente 25-40% contro il 10-25% delle angine). L'angina da SGA compare dopo l'età di 3 anni e il suo picco di incidenza è compreso tra i 5 e i 15 anni.

La difterite è causata da *Corynebacterium diphtheriae*, che è un batterio Gram-positivo che secerne una tossina all'origine di una grave sindrome generale. Si sospetta in presenza di un'angina pseudomembranosa con ampie membrane in un paziente non

2

EMC - Trattato di Medicina Akos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757736>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757736>

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