

Laringiti acute negli adulti

K. Aubry, A. El Sanharawi, A. Pommier

Le laringiti acute dell'adulto corrispondono a un'inflammation della laringe e si manifestano con quadri clinici molto vari, che vanno dalla banale laringite catarrale alla laringite sopraglottica che presenta un rischio di distress respiratorio acuto che mette in gioco la prognosi vitale. L'eziologia infettiva è di gran lunga la più frequente; tuttavia, possono essere responsabili cause allergiche, traumatiche, caustiche e alcune malattie sistemiche. La gestione deve essere adeguata alla gravità del quadro clinico.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Laringite; Sottoglottica; Epiglottite; Acuta; Catarrale; Adulto

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Laringiti infettive	1
Agenti patogeni	1
Quadri clinici	2
■ Laringiti non infettive	5
Generalità	5
Laringiti allergiche	5
Laringiti traumatiche	5
Laringiti da ustioni	6
Laringiti delle malattie generali o sistemiche	6
■ Conclusioni	7

■ Introduzione

La laringite acuta dell'adulto corrisponde a un'inflammation della mucosa laringea che si manifesta all'esame clinico con un edema e un eritema locale. Essa corrisponde a una patologia frequente, che riunisce vari quadri clinici in funzione del piano laringeo interessato, dalla banale laringite catarrale all'epiglottite acuta, che può essere accompagnata da uno scompenso respiratorio la cui evoluzione può essere fatale. Le eziologie sono molto varie: la più frequente è infettiva, ma le altre cause devono essere conosciute e ricercate, che siano allergiche, caustiche, traumatiche o legate a una malattia sistemica. Non si deve, peraltro, misconoscere una patologia tumorale sottostante rivelata in una modalità acuta, in particolare su un terreno di tabagismo cronico. Il segno clinico principale è la disfonia, che può essere accompagnata da una disfagia in funzione del piano laringeo interessato. In questo articolo sono descritte le principali eziologie delle laringiti acute dell'adulto, basandosi sui tre quadri clinici corrispondenti ai siti anatomici dell'inflammation laringea: la laringite sopraglottica o epiglottite, la laringite glottica o catarrale e la laringite sottoglottica.

■ Laringiti infettive

Agenti patogeni

Tra le laringiti infettive, le infezioni sopraglottiche sono essenzialmente di origine batterica e le infezioni glottiche e sottoglottiche sono più spesso virali.

Batteri

Le laringiti acute infettive batteriche sono dominate dalle infezioni da *Haemophilus influenzae* di tipo b. La vaccinazione contro questo agente ha significativamente contribuito a ridurre l'incidenza nella popolazione pediatrica [1-3], ma i dati sulla sua efficacia a lungo termine negli adulti vaccinati non sono stabiliti formalmente. Gli studi sull'incidenza delle epiglottiti nell'era postvaccinale sono discordanti, mostrando alcuni una certa stabilità e altri un aumento o, ancora, una diminuzione dell'incidenza [3-5]. Dopo la diffusione a tutta la popolazione della vaccinazione contro *Haemophilus* in alcuni paesi, predominano i batteri del gruppo degli streptococchi [6]. In questa famiglia, lo pneumococco è maggioritario, ma si riscontrano anche le infezioni da streptococco betaemolitico di gruppo A (*pyogenes*) [6]. Sono anche state descritte delle laringiti da meningococchi, in particolare in pazienti diabetici, in questi casi con forme spesso più gravi che richiedono un intervento sulle vie aeree [7-9]. I microrganismi anaerobi, nonostante la loro presenza nelle vie aerodigestive superiori, non sono noti come cause frequenti di laringiti, tenuto conto del loro carattere poco invasivo in un tessuto sano e della difficoltà della loro coltura e della loro identificazione [10]. Tuttavia, sono stati descritti un caso di ascesso epiglottico e un caso di fascite necrotizzante che complicava un'epiglottite da microrganismi anaerobi [11, 12]. Gli altri microrganismi incontrati sono *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae*. Sono stati descritti altri agenti più rari, come *Pseudomonas* e *Neisseria meningitidis* [6, 7], ma i prelievi batteriologici risultano spesso negativi e non permettono sempre di identificare con precisione l'agente patogeno [10, 13, 14].

Virus

Le laringiti virali sono dominate dalle infezioni da adenovirus, rinovirus e virus influenzale e parainfluenzale. I virus sono raramente identificati e sono più facilmente ricercati nel naso, frequente punto di partenza dell'episodio infettivo laringeo, senza che il loro coinvolgimento nella patogenesi possa essere stabilito formalmente.

Sono anche state descritte alcune epiglottiti da herpesvirus, così come delle infezioni da virus di Epstein-Barr (EBV) [15, 16] o virus parainfluenzale, ma tali attribuzioni causali sono rare.

Agenti fungini

Alcuni agenti fungini come *Candida albicans* sono stati riscontrati in alcune forme di epiglottite [17-19] e sono stati anche descritti alcuni casi spesso fatali di laringite da *Aspergillus*, in particolare in pazienti immunodepressi [20]. L'evoluzione è più spesso subacuta

o, anche, cronica, ma esistono delle forme fulminanti, il più delle volte in un contesto di infezione sistemica.

Quadri clinici

Laringite sopraglottica o epiglottite

È il risultato di un'infezione localizzata a livello epiglottico e che, talvolta, si estende a tutto il vestibolo laringeo, da cui il termine di laringite sopraglottica preferito a quello di epiglottite.

A causa della scarsa vascularizzazione della mucosa epiglottica, qualsiasi infiammazione, irritazione o reazione allergica può causare rapidamente una congestione vascolare e un edema locale.

Caso clinico storico

Nel 1799, dopo aver trascorso una giornata sotto la neve, la pioggia e la grandine, George Washington, il primo presidente degli Stati Uniti, allora sessantasettenne, si è lamentato, il giorno dopo, di mal di gola e raucedine, che sono aumentati durante la giornata. Il terzo giorno, sabato 14 dicembre 1799, egli si è svegliato con febbre, disфонia e dispnea; non era in grado di sdraiarsi e non poteva rimanere seduto per più di 30 minuti. Nonostante una miscela di melassa, aceto e burro e, poi, gargarismi con aceto e decotto di salvia e dopo diversi salassi che hanno evacuato più di due litri di sangue, il dolore e il distress respiratorio sono aumentati e non è stato registrato alcun miglioramento fino alla sua morte, lo stesso giorno, tra le 22:00 e le 23:00.

Si tratta del caso più noto di epiglottite infettiva e uno dei più antichi, anche se il primo ascesso epiglottico è stato descritto nel XIII secolo [21] e il primo caso di epiglottite nel 1791 [22].

Epidemiologia

La vaccinazione dei bambini contro *H. influenzae* a partire da metà degli '80 ha fatto crollare l'incidenza delle epiglottiti nella popolazione pediatrica [7]. Da una malattia pediatrica negli anni '60, essa è divenuta una patologia degli adulti a partire dagli anni '90, grazie, in particolare, all'elevata copertura vaccinale che ha superato il 90% negli Stati Uniti [23]. In Francia, la vaccinazione dei lattanti contro *H. influenzae* è raccomandata ma non obbligatoria. Tuttavia, essa è inclusa da alcuni anni nei vaccini obbligatori con la difterite, il tetano e la poliomielite, proposti dalla maggior parte dei laboratori, il che ha contribuito, negli ultimi anni, a un'estensione della copertura vaccinale. Essa è raccomandata nell'adulto, in particolare nei pazienti immunodepressi o con impianti cocleari in molti paesi, tra cui la Francia [24].

Da 2,6/1 nel 1980, il rapporto bambino/adulto è passato a 0,4/1 nel 1990 [25]. Secondo gli studi, l'incidenza negli adulti varia tra 0,03 e 3,1/100 000 abitanti, il che ne fa ancora una patologia rara a tutt'oggi. Essa è stimata nel 2015 a 2/100 000 in Europa e negli Stati Uniti [26]. A differenza della laringite sottoglottica, non vi è alcuna variazione stagionale della laringite sopraglottica [7, 27]. È difficile stabilire se l'incidenza è cambiata negli ultimi anni, poiché gli studi forniscono risultati contraddittori. Sembra, tuttavia, che l'incidenza sia in relativo aumento nell'adulto. Non si può ancora chiaramente attribuire questo aumento a un miglioramento delle condizioni di diagnosi o a un aumento effettivo del numero dei casi [28]. Non esiste, al momento, alcun dato sulla popolazione adulta vaccinata e la durata dell'immunità conferita dal vaccino è sconosciuta.

L'epiglottite sarebbe più frequente negli uomini che nelle donne, con un picco di frequenza nella fascia d'età da 40 a 49 anni [7].

Agenti patogeni

Il microrganismo responsabile è raramente evidenziato nei vari campioni batteriologici. Tra gli agenti ipotizzati (cfr. supra), quello più frequentemente implicato è *H. influenzae* di tipo b. Alcuni studi riscontrano, viceversa, una prevalenza più elevata per *Streptococcus pneumoniae* [6], il che potrebbe tendere a mostrare un effetto della vaccinazione sempre presente in età adulta. Sono stati segnalati anche altri microrganismi, come gli streptococchi di gruppo A, gli stafilococchi aurei, il meningococco, *K. pneumoniae*, ma anche *Moraxella catarrhalis* o *Serratia marcescens* [29, 30].

Per quanto riguarda gli agenti virali, sono stati riscontrati alcuni casi dovuti a herpes simplex virus (HSV) o a EBV.

È stata riscontrata un'origine fungina nei pazienti immunodepressi; si tratta allora, il più delle volte, di infezioni da *C. albicans* o *Aspergillus fumigatus*.

L'emocoltura è l'esame di riferimento per l'identificazione dell'agente patogeno. La *polymerase chain reaction* (PCR), l'analisi delle urine (ricerca di antigenuria *Haemophilus* o pneumococco) e la sierologia ematica possono essere utili.

Sintomatologia clinica

La modalità di ingresso tipica della malattia è una disfagia acuta febbrile di rapida installazione in un contesto di alterazione dello stato generale. Il dolore è sproporzionato rispetto all'infiammazione laringea spesso associata. Una disфонia con una voce detta di "patata bollente" è spesso associata a una dispnea, che può arrivare fino al distress respiratorio. L'esame riscontra anche delle adenopatie cervicali e una stasi salivare. Il paziente si presenta classicamente in posizione seduta, piegato in avanti, non sopportando la posizione supina, nell'impossibilità di deglutire la saliva. Non si deve in alcun caso costringerlo, cosa che avrebbe l'effetto di aggravare il suo problema respiratorio. Il paziente descrive un dolore e un edema cervicale.

L'esame fisico deve essere svolto in posizione seduta per non aggravare la dispnea. La palpazione anteriore del collo scatena un forte dolore, il che rinforza rapidamente l'impressione diagnostica e consente la palpazione di eventuali adenopatie cervicali associate. L'esame endorale può riscontrare una faringite associata e l'esame laringoscopico permette di porre la diagnosi. La laringoscopia indiretta è possibile, ma poco comoda; è soprattutto la rinoscopia che evidenzia l'edema e l'infiammazione sopraglottica, dall'epiglottide al vestibolo laringeo nelle forme più estese. Essa permette anche di valutare la filiera laringea in vista di un'eventuale intubazione orotracheale, a volte necessaria. Può, talvolta, essere visibile un'ulcerazione nelle forme da HSV, così come una diminuzione della mobilità laringea [31]. L'epiglottite non si estende generalmente fino al piano sottoglottico. In effetti, l'epitelio delle corde vocali, più aderente a questo livello che all'epiglottide, limita la progressione sottoglottica dell'infiammazione.

Indagini

L'esame emocromocitometrico con formula è poco utile per la diagnosi, in quanto evidenzia generalmente un'iperleucocitosi da polimorfonucleati neutrofili; la proteina C-reattiva è elevata.

La diagnosi eziologica è, quindi, posta prioritariamente sulle emocolture, anche se tale esame consente solo di rado di evidenziare un microrganismo. L'antigenuria e la PCR non vengono eseguite nella pratica corrente, ma possono essere utili. Il prelievo locale, realizzato, per esempio, durante o dopo un'intubazione, è meno informativo a causa della contaminazione e del frequente stato di portatore di *Haemophilus*, per esempio. I prelievi devono essere eseguiti, per quanto possibile, prima dell'inizio della terapia antibiotica, senza che ciò la ritardi.

Un bilancio preoperatorio è realizzato sistematicamente nell'eventualità di una tracheotomia.

Pochi studi raccomandano la radiografia di profilo delle parti molli del collo. La sensibilità e la specificità variano secondo gli studi; sono, generalmente, considerate mediocri. Essa mostrirebbe un'immagine classica di "ombra epiglottica globulare rigonfia" e un "segno della vallecchia" (vallecchia poco o non visibile all'altezza dell'osso ioide), segno non specifico che può essere riscontrato in un paziente sano con la bocca aperta [11, 28, 32].

La TC cervicotoracica con mezzo di contrasto è ormai indispensabile per realizzare il bilancio delle lesioni e ricercare delle complicanze. Essa è realizzata solo una volta che il paziente sia stabilizzato e in grado di sopportare la posizione supina. Mostra l'edema delle strutture sopraglottiche, ma ricerca soprattutto un ascesso dell'epiglottide (Figg. 1, 2) o una fascite necrotizzante cervicale e/o mediastinica. Consente, peraltro, di escludere una pneumopatia associata.

Infine, l'endoscopia sotto anestesia generale è realizzata soprattutto in caso di necessità di intubazione o di drenaggio di un ascesso per via endoscopica. Essa conferma i dati della fibroscopia nasale e può aiutare l'anestesista in caso di intubazione difficile. Mostra, allora, un edema diffuso sopraglottico e permette

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8805878>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8805878>

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