

Le infezioni delle alte vie aeree: paradigma della complessità nella primary care

Germano Bettoncelli

Medico di Medicina Generale, Responsabile Area Progettuale Pneumologica, SIMG

Quando nella mente dei Medici di Medicina Generale (MMG) fa capolino il pensiero dei sei mesi che vanno da ottobre a marzo, le sensazioni prevalenti possono raggiungere livelli di preoccupazione, angoscia, o di vero e proprio incubo, in funzione dell'andamento della stagione precedente e della tempra del medico. La causa è l'aumento di patologie e del relativo carico lavorativo che in quei mesi essi sanno di dover affrontare. La maggior parte di questo aumento di morbilità è da imputarsi alle malattie infettive delle vie aeree, che come è noto vengono favorite dal clima freddo, dal peggioramento della qualità dell'aria, dalla riapertura delle scuole ed in generale dalle più frequenti occasioni che le persone hanno di concentrarsi in ambienti chiusi. Tali patologie, come dimostrava già alcuni anni fa un lavoro di Stefano Giovannoni, si collocano per frequenza al 6° e all'8° posto nelle trenta più frequenti cause di accesso allo studio del MMG¹. Ma oltre a questi oggettivi elementi di disturbo, il medico ne subisce anche altri, più sottili forse, ma certamente non meno fastidiosi. Si tratta del disagio suscitato dai dubbi e dai problemi gestionali che spesso le decisioni cliniche relative alle infezioni delle alte vie aeree comportano. È stato scritto che "... le infezioni delle vie respiratorie sono il paradigma dell'incertezza con cui il MMG è costretto a misurarsi quotidianamente. In tali frangenti egli deve, con pochi o nessun ausilio strumentale e di laboratorio, decidere rapidamente diagnosi e terapia, tenendo conto del punto di vista del paziente, in modo da trovare soluzioni condivise, condizione quest'ultima indispensabile per raggiungere esiti accettabili dal punto di vista clinico e professionale"². Sullo sfondo si mescolano e si agitano inquietanti sensi di colpa per il timore di inappropriata prescrizione, di incremento della spesa farmaceutica, di induzione di antibiotico-resistenze e di svariate altre gravissime responsabilità. Faringotonsilliti, otiti, rinosinusiti e bronchiti sono le principali patologie che vanno in scena. Per tutte vale la regola della diagnosi empirica: un mix di clinica, dati epidemiologici, condizioni generali del paziente, esperienza e cultura del medico, ma anche di attese del paziente, irresistibile auto-medicazione, disponibilità di tempo del medico, timore di fallimenti terapeutici, saggi di farmaci a portata di mano, recenti letture scientifiche e non, area geografica di appartenenza e molto altro ancora. Il risultato, come ha ben documentato il lavoro di Mazzaglia et al., è un tasso di presumibile inappropriata prescrizione, cioè di ricorso all'utilizzo di un antibiotico per patologie in teoria a genesi virale, che sembra

oscillare dal 40 all'80%³. La tendenza all'utilizzo degli antibiotici nel trattamento delle infezioni delle alte vie respiratorie si mantiene elevata come dimostra l'ultima indagine effettuata in Health Search (Fig. 1). Sempre dall'osservazione di questi dati non sono pochi i medici che ancora oggi prescrivono anche antibiotici topici nelle infezioni delle vie aeree superiori, in particolare nei casi di sinusite, faringite e laringite. Sarebbe interessante conoscere se nella loro esperienza questo comportamento si accompagna a risultati favorevoli oppure se si tratta di un metodo che consente di evitare di prescrivere al paziente una terapia antibiotica sistemica, come sembra secondo alcuni autori⁴.

Proviamo ad approfondire questo fenomeno analizzando alcune tra le più frequenti condizioni. Se la clinica, come si raccomanda, deve essere sempre al primo posto nella mente del medico, la distinzione tra una faringite streptococcica ed una virale dovrebbe basarsi sui rilievi presentati nella Tabella I.

Sfortunatamente ogni medico sa bene quante variabili possano contribuire a confondere le condizioni sopra citate e quanti dei suddetti aspetti clinici, in linea teorica correlabili ad infezione virale o batterica, possano di volta in volta coesistere in uno stesso paziente. La diagnosi di tracheite presenta aspetti di complessità forse anche maggiori, se ci vogliamo attenere alle condizioni da soddisfare, in relazione ai caratteri patognomonici della malattia⁵ (Tab. II).

Ma supponiamo di aver comunque superato lo scoglio della diagnosi. Una bronchite acuta è, quasi per comune definizione in letteratura, una malattia a genesi virale. Tuttavia negli studi microbiologici relativi agli agenti eziologici responsabili di questa malattia in forma non complicata, è stato possibile identificare i patogeni responsabili solo in una bassa percentuale di casi, variabile dal 16 al 40%⁶⁻¹⁰. Inoltre Macfarlane¹¹ ha anche potuto documentare una significativa differenza di agenti eziologici, non sempre così nettamente riconducibili ad un'origine virale, come appare nella Tabella III.

In realtà il ricorso all'antibioticoterapia da parte dei MMG sembra soprattutto legato all'incertezza diagnostica ed al timore di complicanze. Tuttavia se espressamente interrogati, per lo più i medici sembrano d'accordo nel ritenere che l'incidenza di complicanze severe associate alle comuni infezioni respiratorie delle alte vie – mal di gola, otite media acuta, ecc. – sia in definitiva piuttosto bassa nella loro popolazione. Per tali infezioni il rischio

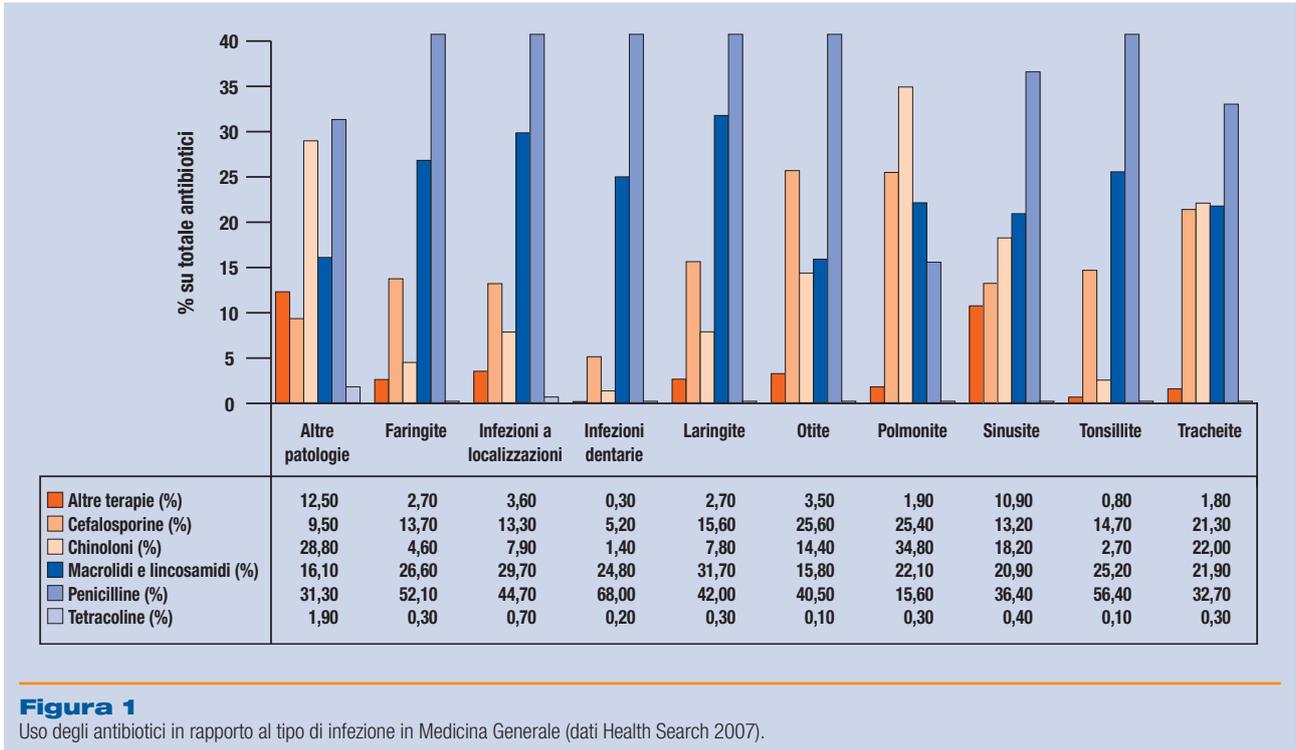


Figura 1
 Uso degli antibiotici in rapporto al tipo di infezione in Medicina Generale (dati Health Search 2007).

di complicanze è certo ridotto dall'uso di antibiotici, ma il numero di soggetti da trattare, per prevenire un solo evento, secondo uno studio di Petersen arriva ad essere addirittura superiore ai 4.000 pazienti¹². Evidentemente, specie in tempi di rigidissimo controllo della spesa farmaceutica, questo non è proprio accettabile. Il rischio di complicanze associate ad infezioni respiratorie sembra

essere tuttavia fortemente influenzato dall'età del paziente. Lo studio di Petersen ha dimostrato che in soggetti over 65 anni con infezioni comuni delle vie aeree, il 4% presentava una polmonite nel mese successivo, a fronte dell'1,5% degli stessi soggetti cui era stata prescritta un'antibiotico terapia. Il numero di soggetti da trattare per prevenire un evento polmonite nei pazienti di questa età è risultato pari a 39. Pertanto, se è vero che i MMG prescrivono antibiotici nell'80% dei casi di bronchite acuta³ e per questo vengono spesso criticati, andrebbe anche sottolineato che probabilmente questo comportamento, almeno nei soggetti anziani, presenta risvolti favorevoli non del tutto trascurabili. Centor, dopo un'ampia analisi della letteratura, ha affermato: "Quello della gestione della faringite rimane ancora un problema filosofico. Va data più importanza ad un intervento precoce che potrebbe ridurre dei sintomi di durata limitata o va privilegiato il

TABELLA I Manifestazioni clinico-epidemiologiche per la diagnosi di faringite da streptococco β-emolitico di gruppo A.	
Fanno propendere per Streptococco β-emolitico di gruppo A come agente etiologico:	<ul style="list-style-type: none"> • Attacco improvviso • Mal di gola • Febbre • Mal di testa • Nausea, vomito e dolore addominale • Infiammazione faringea e tonsillare • Essudato discreto e irregolare • Linfonodi antero-cervicali leggermente ingrossati • Età 5-15 anni • Più frequente in inverno ed in primavera • Storia di esposizione
Fanno propendere per etiologia virale:	<ul style="list-style-type: none"> • Congiuntivite • Corizza • Tosse • Diarrea

TABELLA II Definizione di bronchite acuta.
Paziente precedentemente in buona salute e non in terapia per malattie di base (ad esempio: asma bronchiale, BPCO, cardiopatie, diabete mellito)
La diagnosi di bronchite acuta necessita della presenza di tutti i seguenti criteri:
<ul style="list-style-type: none"> • Una malattia acuta presente da 21 giorni o meno • Tosse come sintomo principale • Almeno un altro sintomo di interessamento delle vie respiratorie inferiori (espettorato, dispnea, sibili, fastidio/dolore toracico) • Assenza di malattie alternative che possano giustificare i sintomi – per esempio faringite, sinusite o asma di recente inizio

TABELLA III
Cause di bronchite acuta.

Batteri (25%)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>Bordetella pertussis</i>
Atipici (24%)
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydia pneumoniae</i>
Virus (20%)
<ul style="list-style-type: none"> • Adenovirus, Coronavirus, Rhinovirus, virus respiratorio sinciziale, virus dell'influenza A e B, virus parainfluenzali, Coxsackievirus
Cause non infettive
<ul style="list-style-type: none"> • Inalazione di fumi irritanti, inquinamento ambientale, tabacco, cannabis

rischio di induzione di antibiotico-resistenza? Noi accettiamo di sovra-trattare potenzialmente una minoranza di faringiti dell'adulto correlate a manifestazioni di una certa rilevanza, per riuscire a ridurre la sofferenza in un numero approssimativamente uguale di pazienti che avranno un test falsamente negativo, quand'anche venisse adottata la strategia del test and treat¹³.

Bibliografia

- 1 Giovanni S, Stefanacci S. *Il lavoro del medico di famiglia, prestazioni e procedure*. Rivista SIMG 2001;(3). <http://www.simg.it/documenti/rivista/2001/numero3/2.pdf>.
- 2 Gambarella L, Tombesi M. *Le infezioni acute delle prime vie respiratorie*. In: Caimi V, Tombesi M, a cura di. *Medicina Generale*. Torino: UTET 2003.
- 3 Mazzaglia G, Caputi AP, Rossi A, Bettoncelli G, Stefanini G, Ventriglia G, et al. *Exploring patient and doctor-related variables associated with*

antibiotic prescribing for respiratory infections in primary care. Eur J Clin Pharmacol 2003;59:651-7.

- 4 German-Fattal M, Mösges R. *How to improve current therapeutic standards in upper respiratory infections: value of fusafungine*. Curr Med Res Opin 2004;20:1769-76.
- 5 Macfarlane JT, Holmes W, Gard P, Macfarlane R, Roseb D, Weston V, et al. *Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community*. Thorax 2001;56:109-14.
- 6 Boldy DA, Skidmore SJ, Ayres JG. *Acute bronchitis in the community: clinical features, infective factors, changes in pulmonary function and bronchial reactivity to histamine*. Respir Med 1990;84:377-85.
- 7 Melbye H, Halvorsen DS, Hartz I, Medbø A, Brox J, Eggen AE, et al. *Reversible airflow limitation in adults with respiratory infection*. Eur Respir J 1994;7:1239-45.
- 8 Macfarlane JT, Colville A, Guion A, Macfarlane RM, Rose DH. *Prospective study of aetiology and outcome of adult lower-respiratory-tract infections in the community*. Lancet 1993;341:511-4.
- 9 Nicholson KG, Kent J, Hammersley V, Cancio E. *Acute viral infections of upper respiratory tract in elderly people living in the community: comparative, prospective, population based study of disease burden*. BMJ 1997;315:1060-4.
- 10 Jonsson JS, Sigurdsson JA, Kristinsson KG, Guthnadóttir M, Magnusson S. *Acute bronchitis in adults. How close do we come to its aetiology in general practice?* Scand J Prim Health Care 1997;15:156-60.
- 11 Macfarlane JT, Holmes W, Gard P, Macfarlane R, Roseb D, Weston V, et al. *Prospective study of the incidence, aetiology and outcome of adult lower respiratory tract illness in the community*. Thorax 2001;56:109-14.
- 12 Petersen I, Johnson AM, Islam A, Duckworth G, Livermore DM, Hayward AC. *Protective effect of antibiotics against serious complications of common respiratory tract infections: retrospective cohort study with the UK General Practice Research Database*. BMJ 2007;335:982; originally published online 18 Oct 2007; doi:10.1136/bmj.39345.405243.BE.
- 13 Centor RM, Allison JJ, Cohen SJ. *Pharyngitis management: defining the controversy*. J Gen Intern Med 2007;22:127-30.