

ASPECTE PRACTICE ÎN INFECȚIILE ACUTE DE CĂI RESPIRATORII SUPERIOARE LA COPILUL ȘCOLAR

Prof. Dr. Sorin C. MAN

Disciplina Pediatrie III, UMF „Iuliu Hațieganu“ Cluj-Napoca

Rezumat

Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS) prezintă o importanță deosebită prin frecvența cu care se întâlnesc în practica clinică. Deși rareori sunt fatale, ele constituie o sursă de morbiditate semnificativă și comportă o încărcătură financiară considerabilă. Marea majoritate a IACRS sunt virale și în consecință antibioticoterapia nu este necesară.

Este important de reținut că unele manifestări din IACRS durează în general peste 7 zile, iar explicația acestui lucru părinților poate evita consulturile repetate pentru aceeași boală. În îngrijirea IACRS, s-a arătat că satisfacerea părintelui se poate obține prin furnizarea de informații despre boală și nu neapărat prin prescrierea de antibiotice.

Cuvinte cheie: **infecție respiratorie, febră, antibiotic, copil**

Practical aspects of acute upper respiratory tract infections to the school child

Abstract

Acute upper respiratory tract infections (AURTIs) are of particular importance through the frequency they are encountered in clinical practice. Although rarely fatal, they are a significant source of morbidity and have a considerable financial burden. The vast majority of AURTIs are viral, and therefore antibiotic therapy is not necessary. It is important

to note that some AURTIs manifestations take over 7 days, and explaining this to parents can avoid repeated consultations for the same illness. In AURTIs care, it has been shown that parental satisfaction can be achieved by providing information about the disease and not necessarily by prescribing antibiotics.

Key words: **respiratory infection, fever, antibiotic, child**

* **Autor corespondent:** Sorin C. Man, UMF „Iuliu Hațieganu“, email: claudiu.man@umfcluj.ro

Articol primit în 16.04.2018, acceptat: 23.04.2018, publicat: 30.04.2018

Citare: Man SC. Practical aspects of acute upper respiratory tract infections to the school child. Journal of School and University Medicine 2018;5(2):23-27

Infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare (IACRS) prezintă o importanță deosebită prin frecvența cu care se întâlnesc în practica clinică. Deși rareori sunt fatale, ele constituie o sursă de morbiditate semnificativă și comportă o încărcătură financiară considerabilă [1,2]. Acest articol se va concentra asupra aspectelor practice de diagnostic și tratament ale IACRS.

Clasificarea infecțiilor respiratorii

În mod clasic infecțiile respiratorii se împart în superioare (cele care afectează mucoasa nazală, faringele sau/și laringele) și inferioare (dacă afectează traheea, bronșiile sau/și alveolele), fiecare putându-se complica (tabelul 1). Această împărțire nu trebuie acceptată în sens strict, deseori infecția afectând mai multe segmente ale tractului respirator, atât superior cât și inferior (de ex., laringotraheobronșita).

Tabelul 1. Clasificarea clasică a infecțiilor respiratorii

Superioare	
<i>Necompllicate</i>	<i>Complicate cu:</i>
Rinofaringita acută (răceala comună)	Otita medie acută
Faringita / amigdalita / angina acută	Sinuzita acută
Laringita acută	
Inferioare	
<i>Necompllicate</i>	<i>Complicate cu:</i>
Traheobronșita acută	Atelectazie
Bronșiolita acută	Traheită bacteriană
Pneumonia	Empiem
	Abces pulmonar
	Mediastinită

Personal găsesc mult mai utilă pentru practica clinică împărțirea infecțiilor respiratorii în funcție de etiologie (tabelul 2). Astfel, există [1] sindroame respiratorii virale (etiologia virală este întâlnită în aproape 100% din cazuri) și sindroame respiratorii virale sau bacteriene (bacteriile sunt întâlnite într-un procent semnificativ clinic din cazuri).

Tabelul 2. Clasificarea sindroamelor respiratorii în funcție de etiologie

A. Sindroame respiratorii virale
1. Rinofaringita acută
2. Laringita acută*
3. Traheobronșita acută
4. Bronșiolita acută
B. Sindroame respiratorii virale sau bacteriene
1. Faringita acută**
2. Otita medie
3. Sinuzita
4. Pneumonia

* Laringitele acute sunt de etiologie virală excepție făcând epiglotita și traheita bacteriană, acestea întâlnindu-se foarte rar

** 15-30% sunt de cauză streptococică

Diagnostic

Diagnosticul IACRS este în general clinic, doar în cazurile când se suspectează etiologia streptococică a faringitei examinările de laborator având un rol important. Principalele caracteristici diagnostice și elemente terapeutice ale IACRS sunt prezentate în tabelul 3 (rinofaringita acută și faringita streptococică). Deși se menționează o multitudine de criterii de diferențiere a faringitei virale (rinofaringită) față de cea streptococică, pentru mulți experți în domeniu cel mai important criteriu de diferențiere rămâne vârsta pacientului: sub 3 ani etiologia streptococică este excepțională, după această vârstă ponderea streptococului de grup A fiind de 15-30% din faringite (oricum sub 3 ani nu se întâlnesc complicațiile poststreptococice tardive de tipul reumatismului articular acut și glomerulonefritei acute poststreptococice). Deci, greu se poate justifica examinarea microbiologică a secreției faringiene la toți copiii sub 3 ani cu faringită acută, mai ales dacă prezintă semne sugestive pentru infecție virală (rinoree, disfonie, tuse). [1-3]

Tabelul 3. Caracteristicile rinofaringitei acute și faringitei streptococice [1-3]

	Rinofaringita acută	Faringita streptococică
Sezon	Orice sezon	Iarna sau primăvara devreme
Vârstă	Orice vârstă	Maxim la 5 – 15 ani*
Anchetă epidemiologică	Pozitivă pentru contact cu infecții virale	Pozitivă pentru contact cu streptococ de grup A
Simptome	Debut variabil	Debut brusc
	Odinofagie adesea ușoară	Odinofagie (poate fi severă)
	Mialgii, artralгии	Cefalee
	Durerea abdominală poate să apară în infecțiile cu virus gripal A sau Epstein-Barr	Durere abdominală, greață, vărsături
Semne	Febră absentă sau < 38,5°C	Febră > 38,5°C
	Adenopatie discretă, nedureroasă	Adenopatie laterocervicală dureroasă
	Obstrucție nazală	Eventual excoriații ale narinelor (în special la sugar)
	Hiperemie faringiană difuză	Hiperemie intensă cu delimitare netă la nivelul palatului și pilierilor anteriori
	<i>De obicei</i> fără depozite pultacee;** uneori microvezicule sau leziuni ulcerative	Depozite pultacee
	Luetă de aspect normal	Luetă eritematoasă, tumefiată
	Uneori enantem caracteristic	Peteșii la nivelul palatului și pilierilor anteriori
	Aspect variabil al amigdalelor	Hipertrofie amigdaliană
	Limbă de aspect normal	Limbă zmeurie
	Exantem caracteristic uneori	Erupție scarlatiniformă uneori
	Adesea tuse, rinită, disfonie, conjunctivită, diaree	Absența tusei, rinitei, disfoniei, conjunctivitei, diareei
Tratament	Antipiretice Decongestionante nazale	Antibioticoterapie (penicilină V, eritromicină, cefalosporine orale; amoxicilină-clavulanat sau cefuroximă în caz de <i>faringită streptococică recurentă</i>)

* rar sub vârsta de 3 ani

** în aproximativ 20% din cazuri faringitele virale pot prezenta depozite pultacee

Laringitele acute sunt de etiologie virală, excepție făcând epiglottita și traheita bacteriană, dar acestea sunt întâlnite foarte rar. Manifestarea caracteristică pentru afectarea laringiană este disfonia și tusea lătrătoare. Există mai multe forme clinice de laringite acute. [1-3]

Laringita acută simplă se manifestă prin disfonie și tuse lătrătoare apărute în continuarea unei rinofaringite acute. În această formă clinică lipsește stridorul și dispneea. Evoluția bolii este benignă, iar terapia se bazează pe un aport suplimentar de lichide, atmosferă umedă, repaus vocal. Etiologia fiind virală nu este necesară antibioticoterapia. [1-3]

Laringita striduloasă (spasmodică) apare în general între vârsta de 3 luni și 3 ani la copii cu paratrofie sau vegetații adenoide. Debutul bolii este supraacut, de obicei fără prodrom viral, nocturn, cu instalarea bruscă a stridorului, tirajului, agitației, anxietății. Pacientul prezintă tuse lătrătoare și disfonie în absența febrei. Evoluția este rapid rezolutivă, dar are tendința de recidivă în nopțile următoare. Tratamentul se bazează pe liniștirea anturajului, atmosferă umedă, evitarea aerului rece. Nici în această formă nu este necesară antibioticoterapia. În caz de recidive frecvente se recomandă adenoidectomia. [1-3]

În practica uzuală există concepția că **reactanții de fază acută** (leucocitele, neutrofilele, VSH-ul, proteina C-reactivă) pot diferenția infecțiile bacteriene de cele virale. Dar există mai multe studii care infirmă acest lucru. De exemplu, Ruuskanen și colab. au arătat că reactanții de fază acută sunt crescuți în infecțiile cu adenovirus, valorile medii ale acestora fiind de 16 000/mm³ pentru leucocite, 39 mm/h pentru VSH și 4,1 mg/dL pentru proteina C-reactivă.[4]

Evoluția IACRS

Frecvent se face afirmația că IACRS durează 7 zile. Mai multe studii arată că această afirmație, frecvent întâlnită chiar în tratate de specialitate, nu este adevărată.[2] De exemplu, Butler și colab. au arătat că în a 7-a zi de evoluție a IACRS 56% dintre pacienți mai erau încadrați ca fiind bolnavi pe baza unui scor simptomatic. Deci simptomele IACRS (de ex., rinoreea, tusea) durează mai mult de 7 zile.[5] Este important de cunoscut aceste lucruri de către medici, deoarece informarea corectă a părinților despre evoluția IACRS poate evita consultațiile repetate pentru același episod de boală. Spre deosebire de rinoree și tuse, febra durează în general 2-4 zile. Totuși, în infecțiile cu virusuri gripale durata febrei este de 5-6 zile. [3]

Profilaxia nespecifică a IACRS

Se crede că frigul are un rol favorizant în apariția infecțiilor respiratorii. În experimente de laborator, pe voluntari introduși în camere frigorifice după contact cu virusuri respiratorii, s-a arătat că frigul nu crește frecvența infecțiilor virale respiratorii.[2] Mecanismul relației dintre sezonul rece și infecțiile virale respiratorii este altul: diferențele de temperatură stimulează secreția mucoasei nazale, iar virusurile respiratorii au nevoie de această umidificare a mucoasei pentru atașare. [2]

Suplimentul zilnic de vitamină C este mult recomandat pentru profilaxia infecțiilor respiratorii în general. O meta-analiză recentă a arătat că această suplimentare nu reduce numărul de IACRS. În aceste studii analizate, efectul dozelor mari de vitamină C (>1 g/zi) a fost similar cu al dozelor obișnuite. În schimb aceste doze mari pot fi cauză de hiperoxalurie, hiperuricozurie, litiază renală, diaree și scorbut de rebound. [6]

Într-un studiu clinic, administrarea zilnică de zinc (15 mg/zi cu dublarea dozei în caz de răceală)

timp de 7 luni, a redus numărul de IACRS cu 30%, iar dacă totuși acestea au apărut au fost mai scurte și mai puțin severe. Efectele se explică prin influențarea pozitivă a imunității de către zinc. [7]

Terapia febrei

Febra este frecvent întâlnită în IACRS. În primul rând trebuie precizat că temperatura normală a organismului variază între 36°C și 38°C dacă este măsurată intrarectal, în cavitatea bucală sau la nivelul timpanului. Dacă este măsurată în axilă valoarea este cu aproximativ 0,5°C mai mică. Temperatura poate crește peste 38°C după efort fizic. Există dezbateri cu privire la necesitatea tratării febrei. În general, febra trebuie tratată atunci când produce disconfort copilului (apatie, adinamie, stare generală modificată) sau când copilul suferă de o boală cronică care este influențată nefavorabil de febră (cardiopatie cu risc de insuficiență cardiacă). Terapia febrei constă în aport suplimentar de lichide, îmbrăcăminte cât mai sumară, evitarea mediului cald, medicație antipiretică, comprese reci și baie hipotermizantă (temperatura apei să fie cu 2°C sub cea a copilului).[8] În România se utilizează frecvent aplicația de comprese reci, dar acestea, după o scădere inițială a temperaturii corporale, ar putea avea un efect nefavorabil asupra pierderilor de căldură prin vasoconstricția cutanată pe care o induc și, astfel, o creștere paradoxală a temperaturii corporale. Mai frecvent se recomandă în literatură umezirea tegumentelor copilului cu un burete de baie înmuiat în apă de 20-25°C („sponging“). Pentru a avea efecte terapeutice maxime, medicația antipiretică (tabelul 4), odată începută, se administrează la intervale regulate, încă 24 h după dispariția febrei (deci nu se administrează „la nevoie“). Greșelile frecvente din practica medicală curentă sunt subdozarea medicamentelor antipiretice și nerespectarea intervalului de administrare. Există opinia că metamizolul este mai eficient în combaterea febrei comparativ cu paracetamolul sau ibuprofenul, dar de obicei se compară doze mari de metamizol cu doze subterapeutice de paracetamol sau ibuprofen (de exemplu, 1 supozitor de 300 mg metamizol cu 1 supozitor de 125 mg paracetamol la un copil de 15 kg, doza recomandată pe kg greutate corporală fiind aproximativ aceeași – (tabelul 4). Menționăm că metamizolul este scoz din uz în multe țări din cauza reacțiilor adverse grave (aplazie medulară).

Tabelul 4. Medicația antipiretică

Medicament	Posologie	Cale de administrare	Interval între doze
Paracetamol	10 – 15 mg/kg/doză	p.o., i.r.	4 – 6 h
Ibuprofen	5 – 10 mg/kg/doză	p.o.	6 – 8 h
Metamizol*	10 – 20 mg/kg/doză	p.o., i.r.	

* scoz din uz în multe țări

Antibioticele în IACRS

Din păcate în România se prescriu foarte frecvent antibiotice în IACRS. Această practică medicală are motivații diverse: (1) convingerea că antibioticoterapia ameliorază simptomatologia sau că scurtează durata bolii; (2) ideea că terapia cu antibiotice ar putea preveni apariția unor complicații bacteriene (otită medie acută, sinuzită bacteriană, pneumonie) și (3) de multe ori antibioticele sunt prescrise pentru satisfacerea așteptărilor părinților. Într-o metaanaliză recentă s-a arătat că antibioticele nu scurtează evoluția bolii și nici nu scad intensitatea simptomelor, în schimb prezintă efecte adverse, induc rezistență bacteriană și cresc costurile îngrijirii medicale. Nu există dovezi că antibioticoterapia de rutină a infecțiilor respiratorii virale previne suprainfecția bacteriană a acestora.[9] De multe ori antibioticele se prescriu pentru satisfacerea așteptărilor părinților, dar s-a arătat că pacienții sau părinții care au primit informații despre boală, cu scopul de ai liniști, au fost mai satisfăcuți de serviciile medicale comparativ cu cei care au primit antibioticoterapie în absența explicațiilor.[10]

În concluzie putem afirma că marea majoritate a IACRS sunt virale și în consecință antibioticoterapia nu este necesară. Este important de reținut că unele manifestări din IACRS durează în general peste 7 zile, explicarea acestui lucru părinților putând evita consulturile repetate pentru aceeași boală. În îngrijirea IACRS, s-a arătat că satisfacerea părintelui se poate

obține prin furnizarea de informații despre boală și nu neapărat prin prescrierea de antibiotice.

Bibliografie

1. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, Schor NF, Behrman RE. Nelson Textbook of Pediatrics. 20 ed. Elsevier, Philadelphia 2016.
2. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 8 ed. Elsevier Saunders, Philadelphia 2015.
3. Kliegman RM, Lye PS, Bordini BJ, Toth H, Basel D. Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis. Elsevier, Philadelphia 2018.
4. Ruuskanen O, Putto A, Sarkkinen H, Meurman O, Irjala K. C-reactive protein in respiratory virus infections. J Pediatr. 1985; 107: 97-100.
5. Butler CC, Kinnersley P, Hood K, et al. Clinical course of acute infection of the upper respiratory tract in children: cohort study. BMJ. 2003; 327: 1088-1089.
6. Hemila H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2013: CD000980.
7. Kurugol Z, Akilli M, Bayram N, Koturoglu G. The prophylactic and therapeutic effectiveness of zinc sulphate on common cold in children. Acta Paediatr. 2006;95:1175-1181.
8. Chiappini E, Venturini E, Principi N, et al. Update of the 2009 Italian Pediatric Society Guidelines about management of fever in children. Clin Ther. 2012; 34: 1648-1653 e1643.
9. Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013: CD000247.
10. Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. Family practice. 2004; 21: 234-237.