

Un bambino con una gran tosse

Chiara Locatelli, Licia Raimondi, Mauro Pocecco
 UO di Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", ASL di Cesena

Abstract

A case is reported of a child ten years old with a history of persistent cough: the disorder was present at school, overall during the mathematic lessons, disappeared with sleep and typically had a harsh, "barking" quality. He was investigated by many doctors and he was treated with inhaled corticosteroids and bronchodilators without any benefit. After many specialists' visits an "habit cough" was diagnosed.

*Chiara Locatelli, Licia Raimondi, Mauro Pocecco. A child with a persistent cough
 Quaderni acp 2003, vol X n° 6; 37-39*

La storia

Giacomo, 10 anni, è un bambino già noto per asma, che giunge alla nostra osservazione per la comparsa di tosse da qualche settimana. Lo sentiamo tossire e capiamo che si tratta di una tosse "particolare": secca e molto rumorosa, stereotipata e con stridore inspiratorio. Sorprende la discrepanza tra l'entità del sintomo e la pochezza dell'obiettività clinica. Il dato anamnestico dell'occorrenza solo diurna e mai notturna del sintomo ci orienta fin dall'ingresso per una tosse psicogena, ma si sa che questa è una diagnosi di esclusione. Inoltre la presenza di qualche sibilo espiratorio, e i precedenti di asma, ci inducono a prescrivere una terapia aerosolica con beta2-agonisti e cortisonico per os. Vengono eseguiti inoltre alcuni esami ematochimici (emocromo, PCR, anticorpi anti-*Mycoplasma*, RAST), la radiografia del torace e la spirometria che risultano normali. I prick test sono positivi per i dermatofagoidi. Ma prima di continuare con la storia vediamo quale ragionamento clinico si dovrebbe fare di fronte a una tosse persistente da più di due settimane in un bambino "grande".

Ragionamento clinico di fronte a una tosse persistente.

1. La comparsa solo diurna del sintomo deve far pensare in prima istanza alla *tosse psicogena* abitudinaria, ma pur sempre questa rimane una diagnosi di esclusione. La tosse appare secca, abbaiente, persistente, "quasi teatrale" e disturbante non solo per il bambino ma anche e soprattutto per la famiglia e i compagni di classe. Spesso è scatenata da problemi scolastici. La posizione tipica del bambino grande è quella seduta, con la mano portata alla bocca. La tosse

può essere assente quando il medico ascolta fuori dalla stanza, ma si ripresenta immediatamente quando il medico entra nella stanza. Inizia tipicamente dopo un'infezione delle alte vie respiratorie, ma persiste per settimane o anche mesi dalla risoluzione di questa. L'esame obiettivo del bambino, gli esami di laboratorio e quelli strumentali, non evidenziano alterazioni. La tosse non risponde a sedativi e broncodilatatori.

2. Un altro tipo di tosse ove esami clinici di laboratorio dicono poco è la *pertosse*, ma questa è una tosse ingravescente, che inizia in sordina, senza rinite, ad accessi. L'accesso pertussoide tipico è caratterizzato da numerosi colpi di tosse spasmodica non intervallati da un inspirio, con apnea, congestione del volto, bava alla bocca. Fra un accesso e l'altro possono passare ore in completo benessere. Se si va a ricercare, la fonte del contagio si ritrova quasi sempre (circa 10 giorni prima della comparsa dei primi sintomi).

3. Una tosse accessoriale improvvisa deve far pensare all'inalazione di un *corpo estraneo*. Non sempre è possibile identificare in modo preciso il dato anamnestico dell'inalazione e questo rende inevitabilmente più difficile il percorso diagnostico. Di fronte a questo sospetto è preziosa una radiografia del torace in espirio forzato, che può dimostrare un'asimmetria degli emitoraci per insufflazione monolaterale secondaria a un corpo estraneo incuneato nella carena, che determina un effetto a valvola monolaterale. L'inalazione è comunque associata a tosse violenta e improvvisa, con cianosi e dispnea; se il corpo estraneo non ostruisce la trachea, permangono tosse stizzosa e sibili. Quando il corpo estraneo è di piccole dimensioni, i segni clinici iniziali

possono essere minimi e passare inosservati, e questo può esprimersi con polmoni ricorrenti sempre nella stessa sede e solo transitoriamente responsive alla terapia antibiotica. Se c'è il sospetto, bisogna fare una broncoscopia.

4. La *sinusite* è un'altra causa di tosse persistente per la discesa di mucopus nel faringe e nel laringe. La tosse è catarrale; gli accessi tendono a presentarsi al momento di coricarsi o al risveglio, spesso è visibile lo scolo mucopurulento nel retrofaringe. La diagnosi è clinica; una conferma tuttavia può essere data dalla radiografia dei seni paranasali o ancor meglio dalla TC.

5. L'*asma* è tra le cause più frequenti di tosse cronica nel bambino: è secca, può essere innescata dallo sforzo fisico, dall'aria fredda e dall'esposizione agli allergeni. Si accompagna a un reperto auscultatorio tipico di sibili e gemiti. La risposta ai beta2-agonisti per via aerosolica e al cortisonico per os è di solito molto evidente.

6. Eccezionalmente un'*infezione da Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma e Adenovirus* può esprimersi con una tosse protratta. Se gli esami specifici non aiutano, si può fare l'ex adjuvantibus con un macrolide.

7. Ci sono poi bambini che durante il *comune raffreddore* tossiscono in continuazione. Non sono asmatici e non rispondono ai beta2-agonisti e ai cortisonici, ma hanno una costituzionale ipersensibilità dei recettori della tosse. La tosse è stizzosa, inizia generalmente con l'addormentamento e, quando comincia, "non fa dormire più nessuno in casa". Questa ipersensibilità si misura con il test alla capsicina, che è in grado di stimolare la tosse a concentrazioni molto

Per corrispondenza:
 Mauro Pocecco
 e-mail: mpocecco@ausl-cesena.emr.it

il caso che insegna

più basse in questi pazienti rispetto ai controlli sani. Raramente però questa tosse è persistente.

8. Andando sul difficile, si dovrebbero considerare, per eccesso di completezza, anche le seguenti ipotesi:

- *bronchiectasie*: possono esprimersi con tosse cronica e meglio ancora con broncopolmoniti recidivanti sempre nella stessa sede. Il processo fisiopatologico alla base dell'alterazione è rappresentato usualmente da una o più infezioni pregresse severe su una base predisponente, che determinano una dilatazione del bronco per distruzione infiammatoria dei tessuti di sostegno bronchiali e peribronchiali. A sua volta la bronchiectasia diventa sede preferenziale di infezione che perpetua il fenomeno. Al di fuori della fase acuta, durante la quale il processo broncopneumonico può mascherare il quadro, si deve vedere alla radiografia del torace l'immagine suggestiva di "doppio binario" tipica della bronchiectasia. Il quadro sarà poi meglio definito dalla TC;

- *fibrosi cistica*: se associata a uno scarso accrescimento nei primi anni di vita e a sintomi gastroenterici specifici. È indicata l'esecuzione di un test del sudore;

- *difetto di alfa1-antitripsina*: se vi sono un concomitante interessamento epatico e un quadro di enfisema;

- *discinesia ciliare*: sempre accompagnata da un massivo opacamento dei seni paranasali;

- *immunodeficienza umorale o combinata*: è difficile che questa venga all'attenzione del medico solo per la tosse e comunque sempre si accompagna a una radiografia del torace molto eloquente per un quadro di interstiziopatia;

- *forma iatrogena* da ACE-inibitori;

- *reflusso gastroesofageo*: anche questa ipotesi è riportata per completezza. È davvero rara e forse ipertrozzata.

Dopo questo ragionamento diagnostico ipotizziamo ai genitori che si tratti di una tosse non organica e probabilmente su base psicogena. Non siamo convincenti. I genitori ci lasciano e perdiamo di vista il bambino per alcuni mesi.

Il decorso e la diagnosi (ovvero la "Via crucis" di Giacomo)

A distanza di alcuni mesi dal ricovero di Giacomo la madre viene a trovarci. Il tono della sua voce è sereno, sollevato, come se si fosse liberata da una preoccupazione che da alcuni mesi non permetteva più a lei e a suo figlio di condurre una vita "normale". Ci appare molto desiderosa di sfogarsi come se avesse "una storia davvero interessante" da raccontarci. "Dopo il ricovero da voi in dicembre" - dice - "siamo entrati nel tunnel delle visite specialistiche, degli esami e delle terapie...temevo che non ne saremmo mai più usciti!". In sintesi, ecco le puntate della storia che ci viene raccontata.

L'allergologo primo

Il bambino viene visto a fine dicembre da un allergologo che ripete la spirometria e i prick test e consiglia trattamento antiasma con cortisonici per os e per via inalatoria, beta2-agonisti per via aerosolica e antistaminici.

La clinica pediatrica

A gennaio viene poi ricoverato, su insistenza del padre, presso una clinica pediatrica, ove vengono ripetuti gli accertamenti già eseguiti presso il nostro reparto e dall'allergologo (Rx torace, spirometria, prick test, RAST); non ne viene tratta alcuna conclusione chiara. La madre la ricorda come un'esperienza negativa "dalla quale ne siamo usciti davvero confusi".

La tosse è stata infatti inquadrata come di origine psicogena ma, nonostante ciò, il bambino è stato posto in trattamento con cortisonico per os "che lo ha ingrassato e non gli è servito a niente"; i genitori sono stati colpevolizzati dai medici per non aver acconsentito all'esecuzione di una laringoscopia.

I genitori decidono quindi di non mandare a scuola il bambino per tutto il mese di gennaio e di sospendere la terapia antiasma; lo portano in montagna a sciare e qui la tosse "miracolosamente" migliora.

L'allergologo secondo

A febbraio Giacomo torna a scuola, la tosse riprende. Viene portato da un secondo allergologo che richiede ancora una volta gli stessi accertamenti già eseguiti e prescrive antistaminici e cortisonico per via inalatoria.

Il neuropsichiatra

Consigliata da un'insegnante, la madre porta il figlio da un neuropsichiatra infantile. È stata un'esperienza che "ci ha finiti, distrutti", aggiunge amareggiata la madre di Giacomo.

Il neuropsichiatra attribuisce la tosse a "una sorta di conversione isterica al desiderio aggressivo di separazione" che diventa un mezzo per trarre benefici secondari molteplici: preoccupare i genitori, farli sentire colpevoli e inadeguati, allontanarsi dalla classe dove si sente escluso e scarsamente competitivo. Colpevolizza i genitori, soprattutto la madre, di essere punitivi e autoritari e di non consentire un normale processo di separazione-individuazione del figlio, che è anagrafico, passivo e rinunciatario. Per lui si prospetta una pessima prognosi, addirittura il suicidio (*sic!*).

Il neuropsichiatra conclude la sua relazione, prescrivendo una serie di sedute psicoterapeutiche, una dieta priva di proteine del latte vaccino, benzodiazepine e aloperidolo.

La pediatra di buon senso e la madre recettiva

La pediatra curante non condivide tale decisione terapeutica e la madre resta ancora più confusa. Ma il mese successivo riesce a uscire da questa spirale "infernale" di esami, visite e farmaci, quando inizia ad accettare in prima persona che l'origine della tosse del figlio non sia organica bensì funzionale. "Capivo che non era asma perché muoveva in maniera esagerata il torace e presentava una tosse diversa da quella che aveva avuto durante gli attacchi d'asma. Aveva poi un bel colorito, mangiava normalmente, non stava male".

Viene a sapere dalle insegnanti che inizialmente la tosse si verificava solo a

scuola ed esclusivamente durante le ore di matematica, poi si era manifestata anche durante le altre ore di lezione e solo in seguito anche a casa. Ricorda inoltre che il bambino le aveva confessato con profondo disagio “di non sapere come affrontare l’insegnante di matematica e di non sentirsi capito”.

Associa la tosse alla balbuzie, che Giacomo aveva presentato già l’anno prima, specie durante le ore di matematica, e risoltasi durante le vacanze estive. Comprende inoltre che la psicoterapia non gli serve a nulla e che anche lo sport non è il rimedio più adatto al figlio che è un po’ goffo e poco competitivo. Lo iscrive a un corso teatrale che si rivela un’esperienza “eccezionale”! “Sul palco non balbetta e non tossisce, è soddisfatto e sicuro di sé!”. A casa il bambino viene aiutato in matematica da un’insegnante che lo incoraggia e incentiva con successo, poiché dopo alcune settimane i voti migliorano. La madre si fa quindi forza, adduce delle scuse banali e non va più a prendere a scuola il figlio su richiesta degli insegnanti. A questo proposito la madre sottolinea come gli insegnanti fossero i primi ad essere disturbati dalla tosse del bambino e come fossero loro stessi a colpevolizzarla richiedendo insistentemente di portarlo a casa e curarlo.

Insomma Giacomo è guarito quando: 1) “ha chiuso” con i medici e ha smesso di assumere farmaci; 2) ha iniziato un’attività (teatro) che lo entusiasmava e lo faceva sentire “realizzato”; 3) è migliorato in matematica; 4) la mamma non ha ceduto alle richieste degli insegnanti.

Commento

Recentemente è stato pubblicato su *Lancet* (1,2) un caso di tosse psicogena che ci ha spinto a rendere noto quello di Giacomo. John, un adolescente di 15 anni con tosse persistente da due anni (anche lui a scuola!), di intensità tale da essere incompatibile con il normale svolgimento delle attività quotidiane, viene sottoposto a numerosi esami (radiografia del torace, test alla metacolina, spirometria, fibroendoscopia), sempre risultati

negativi, e viene testardamente trattato come se avesse asma con beta2-agonisti e corticosteroidi topici senza successo. Anche in questo caso la tosse era esclusivamente diurna e le crisi erano sempre accompagnate da accentuati movimenti del torace e dal portarsi il pugno chiuso alla bocca.

La sintomatologia è stata inquadrata nell’ambito di una tosse ticcosa o psicogena, e questa diagnosi è stata confermata dalla drammatica risposta al trattamento con un neurolettico (*pimozide*), generalmente usato nella sindrome di La Tourette. Bisogna tenere presente tuttavia che tale farmaco, seppur efficace, comporta un rischio non trascurabile di aritmie cardiache.

Nel nostro caso invece è stata la madre a risolvere il problema, riuscendo a coinvolgere il figlio in un’attività che lo divertiva e lo concentrava a tal punto da annullare completamente quella tosse invalidante e fastidiosa.

Che cosa abbiamo imparato

1. Che una buona anamnesi è sempre fondamentale per una corretto inquadramento diagnostico e permette spesso di evitare esami e visite inconcludenti, confondenti e dispendiosi.
2. Che alla base di una buona anamnesi sta sempre la disponibilità ad ascoltare (senza giudicare).
3. Che una mamma è stata in grado da sola di trovare la giusta cura per suo figlio, quando ha saputo accettare la diagnosi di tosse psicogena.
4. Che un ruolo centrale per evitare il doctor-shopping lo deve svolgere il pediatra di base.
5. Che è importante stabilire una stretta collaborazione tra famiglia/pediatra di base/insegnanti per formulare insieme un programma che aiuti veramente il bambino con disturbi funzionali.

Bibliografia

- (1) *Ojoo JC, Kastelik JA, Morice AH. A boy with a disabling cough. Lancet 2003;361:674*
 (2) *Weinberger M. Disabling cough: habit disorder or tic syndrome? Lancet 2003;361:1991*

ACP Emilia

INCONTRIAMOCI ANCORA A TABIANO

20 e 21 febbraio 2004 - Tabiano 13

Il tema di quest’anno è

SARÀ VERO CHE

Accenni di un programma preliminare
L’amoxicillina perde colpi? • L’antibiotico cura la sinusite? • L’otorrea è un segno di guarigione? • I lassativi fanno male? • Servono i probiotici? • Serve la rieducazione tubarica? • L’eco delle anche va fatta a tutti?

LE AZIENDE INFORMANO

BAMBINI ALLE TERME DI TABIANO

Anche i bambini possono beneficiare dei salutarissimi effetti delle acque termali sulfuree. Alle Terme di Tabiano (PR) un Reparto pediatrico a misura di bambino fornisce tutti i comfort ai piccoli ospiti per trasformare il momento di cura in piacevole gioco. All’interno del Reparto medici specializzati offrono un’assistenza qualificata nella diagnosi e nella cura di alcuni frequenti disturbi dell’infanzia: rinite e rinosinusite, otite media secretiva, faringotonsillite cronica, bronchite recidivante, sindrome rino-sinusobronchiale, dermatite atopica. Ogni anno migliaia di bambini si recano alle terme di Tabiano ottenendo attraverso l’impiego di diversificate e personalizzate tecniche termali (inalazioni, docce micronizzate, politzer, etc.) integrate se necessario a trattamenti riabilitativi (rieducazione tubarica, logopedica, FKT respiratoria), un miglioramento dei propri disturbi ed una riduzione delle ricadute.

LiBeR

LiBeR è una rivista trimestrale che si occupa di libri per bambini e ragazzi. È pubblicata da Idest, via Ombrone 1, 50013 Campi Bisenzio (FI). Telefono 0558 966577, e-mail: liber@idest.net. Pubblica su ogni numero, articoli e recensioni sulla lettura per bambini e ragazzi indicando la fascia di età consigliata per la lettura. È quindi uno strumento essenziale per chi voglia applicare il progetto Nati per Leggere. Le pagine per numero sono 112. Agli iscritti ACP viene concesso uno sconto sull’abbonamento: 33,57 euro invece di 41,32 da versare sul c.c.p. 15192503 intestato a Idest, via Ombrone 1, Campi Bisenzio (FI). Indicare nello spazio per la causale “Socio ACP”. Precisiamo su richiesta di molti iscritti all’ACP che LiBeR è in vendita nelle maggiori librerie.

Errata Corrige

Nel n. 5 del mese di settembre-ottobre, alla pagina 10, è stato pubblicato il nome di un autore come “Certosino Anna” anziché “Certosino Maria Rosaria, pediatra Azienda Usl di Ferrara”. Ce ne scusiamo con l’interessata e con i lettori.