

Ma dottore/ dottorosa, il mio bambino è sempre malato...

Giulia Biffi

Pediatra, Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia

Sempre più spesso in ambulatorio sentiamo la classica frase “Ma il mio bambino è sempre malato, ha sempre la tosse...”. E a noi l’ardua sentenza: individuare in questo pagliaio quel bambino che deve veramente attirare la nostra attenzione in quanto presumibilmente veramente “malato”.

Epidemiologia

La maggior parte delle infezioni in età pediatrica sono infezioni del tratto respiratorio superiore (URTI), comprendenti le classiche otiti medie, rinofaringiti acute, adenoiditi, infezioni aspecifiche delle vie aeree superiori e così via. *Vengono considerate “fisiologiche” se inferiori a 7 episodi/anno nei primi tre anni di vita e 5 episodi/anno nei successivi.*

Le **infezioni delle vie respiratorie inferiori** (LRTI), come bronchiti, bronchiolite e polmonite, sono meno comuni e colpiscono circa il 6% dei bambini durante i primi due anni di vita. Tuttavia, in letteratura non esiste una “quantificazione” precisa per definire le LRTI ricorrenti, a eccezione della broncopolmonite (BCP) che è definita *ricorrente se supera i 2 episodi nel corso di un anno o i 3 episodi durante qualsiasi intervallo temporale, con normalità radiografica intercristica.*

I dati epidemiologici non sono univoci e variano molto a seconda del campione analizzato e dell’area geografica, ma sicuramente anche le altre forme di LRTI ricorrenti sono frequenti (fino al 10% dai dati in letteratura); fortunatamente però, la maggior parte di questi casi non sottende malattie polmonari o extrapolmonari sottostanti.

Emerge quindi l’importanza di andare a “selezionare” quei pazienti con presunte red flag, senza attuare un programma di “screening di massa” che sarebbe, in questa circostanza, deleterio.

In questa “pillola” si prova a descrivere un possibile approccio pratico per limitare il ricorso a esami di approfondimento spesso inutili e costosi. Il fine ultimo sarebbe quello di suddividere i bambini in tre gruppi sulla base della loro storia personale/familiare e dei dati clinici:

1. pazienti altrimenti sani che non necessitano di ulteriori accertamenti;
2. pazienti con fattori di rischio per infezioni respiratorie per i quali può essere raccomandato un approccio attendista;
3. pazienti in cui risulta mandatorio avviare sin da subito esami di approfondimento.

Gruppo 1: pazienti altrimenti sani che non necessitano di ulteriori accertamenti

Andiamo a identificare le principali caratteristiche dei bimbi “da non approfondire”:

- infezioni tipicamente stagionali, con una maggiore incidenza in autunno e inverno;
- infezioni generalmente virali e autolimitanti;
- i bimbi appena immessi in comunità, pur particolarmente colpiti;

- incidenza che decresce progressivamente durante l’età scolare;
- lunghi periodi di benessere clinico (almeno in estate);
- accrescimento staturale-ponderale normale;
- obiettività clinica normale.

Tale gruppo non richiede alcuna indagine specifica.

Gruppo 2: pazienti con fattori di rischio per infezioni respiratorie per i quali può essere raccomandato un approccio attendista

In questo gruppo sarà possibile identificare uno o più fattori di rischio elencati nella tabella sottostante.

Prematurità*

Atopia

Esposizione a fumo passivo

Esposizione a inquinamento indoor ed esterno

Anomalie congenite delle vie respiratorie**

Malattia cardiovascolare***

Malattie neurologiche croniche****

- **Prematurità:** le infezioni respiratorie (bronchiolite in primis) sono la prima causa di ospedalizzazione nel primo anno di vita in lattanti prematuri, specie se con BPD (displasia broncopolmonare). Si tratta di una fascia di popolazione particolarmente suscettibile.
- **Anomalie congenite delle vie respiratorie:** quadri di sequestro polmonare, malattia adenomatoide cistica congenita del polmone, atresia esofagea con o senza fistola predispongono a infezioni respiratorie ricorrenti (bronchiti e polmoniti *ab ingestis*).
- **Cardiopatie congenite:** la presenza di shunt intra ed extracardiaci predispone a infezioni ricorrenti a causa dell’aumento del flusso sanguigno polmonare.
- **Malattie neurologiche croniche:** l’aumento delle secrezioni mucociliari dovute a farmaci antiepilettici, la scarsa clearance mucociliare a causa dell’ipotonia, la presenza di reflusso gastroesofageo, di scoordinato riflesso di deglutizione e di un riflesso della tosse alterato sono rilevanti fattori di rischio per infezioni respiratorie ricorrenti.

Dal momento che la maggior parte di questi fattori di rischio sono congeniti/connatali, si tratta per lo più di infezioni che compaiono nel primo anno di vita e che tendono a ridursi con l’età.

La raccomandazione in questi casi è quella di eliminare i fattori di rischio evitabili e adottare un approccio attendista.

Gruppo 3: bambini meritevoli di indagini di approfondimento nel sospetto di malattie sistemiche sottostanti

Tra le condizioni che possono suggerire una malattia sottostante e che quindi richiedono sin da subito una valutazione più approfondita troviamo:

- storia di infezioni polmonari gravi che coinvolgono più lobi polmonari o il medesimo lobo;
- infezioni causate da agenti opportunistici;
- storia di infezioni delle alte vie aeree croniche (per es. rinosinusite, otite media) fin dai primi mesi di età;
- presenza di tosse produttiva cronica (della durata > 4 settimane) con espettorato purulento;
- persistenza di reperti anomali all’esame obiettivo polmonare o di anomalie radiologiche per un periodo superiore a 8 settimane;
- segni di malassorbimento o clubbing digitale;
- storia familiare “sospetta”.

In presenza di almeno una di queste caratteristiche sarebbe indicato eseguire indagini al fine di riconoscere precocemente la malattia di base, prima che si possa instaurare un danno d’organo.

Approccio e work-up diagnostico

Quando si valuta un bambino con LRTI ricorrenti, come abbiamo visto, il primo passo è distinguere tra soggetti altrimenti sani e quelli con elementi sospetti per malattie croniche sottostanti.

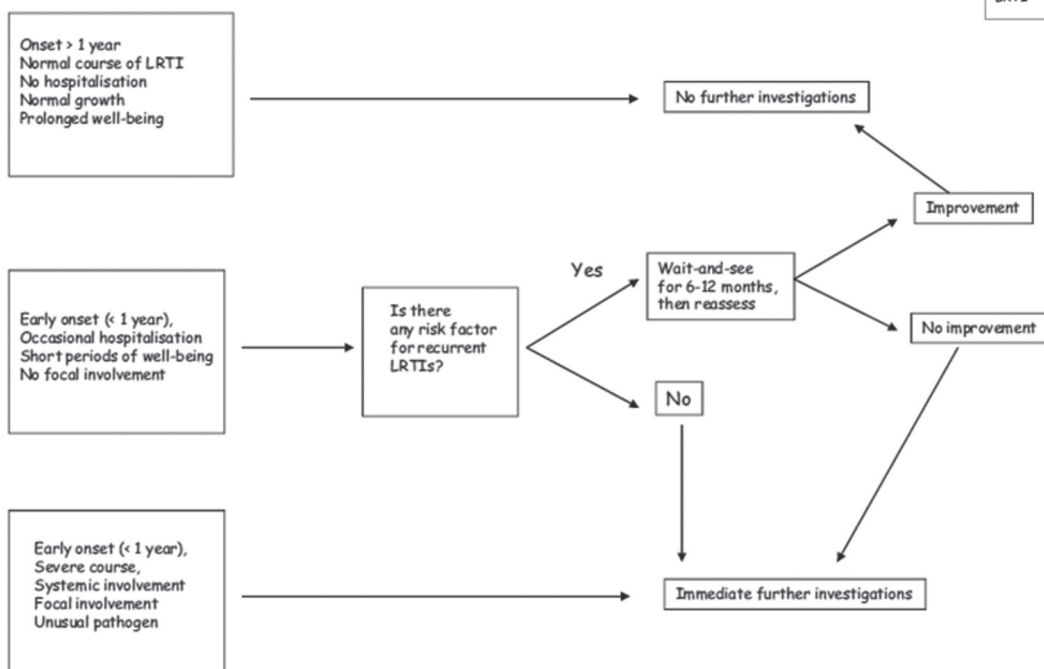
Generalmente, un'anamnesi mirata è sufficiente per escludere o far sorgere il sospetto. Sintomi che compaiono dopo l'anno di età, in seguito all'immissione in comunità, con infezioni lievi, che non necessitano di ospedalizzazione e con lunghi periodi di benessere tra gli episodi, identificano i bambini che non necessitano di ulteriori accertamenti.

Rad flag invece sono infezioni gravi e/o sostenute da patogeni insoliti, a esordio precoce, con coinvolgimento sistemico.

Rimangono in "zona grigia" quei bambini con infezioni precoci, ravvicinate e occasionale necessità di ricovero ospedaliero, senza altri elementi di preoccupazione. In questo caso la presenza dei fattori di rischio sopra menzionati (prematunità, atopia, esposizione a fumo passivo, a inquinamento indoor e/o esterno) può giustificare un approccio attendista per 6-12 mesi. Se il numero e le caratteristiche degli episodi non cambiano durante il follow-up, nonostante l'eliminazione dei fattori di rischio evitabili, sono raccomandate ulteriori indagini.

Principali differenze tra bimbi "sani" e bimbi "con red flag"

	Bimbi "sani"	Bimbi "con red flag"
Età di esordio	> 1 anno di età	Primi mesi di vita
Accrescimento ponderale	Normale	Rallentato
Storia naturale delle infezioni	Lieve, autolimitanti	Grave (con ospedalizzazione)
Coinvolgimento di altri organi	Assente	Presente
Ricorrenza nello stesso lobo	No	Sì
Patogeni responsabili	Soprattutto virus	Batteri, anche opportunistici
Periodo di benessere tra gli episodi	Prolungato (> 3 mesi)	Brevi periodi di benessere



E quindi che esami fare? Il primo passo è selezionare gli esami di primo livello più appropriati sulla base della storia clinica e fisica.

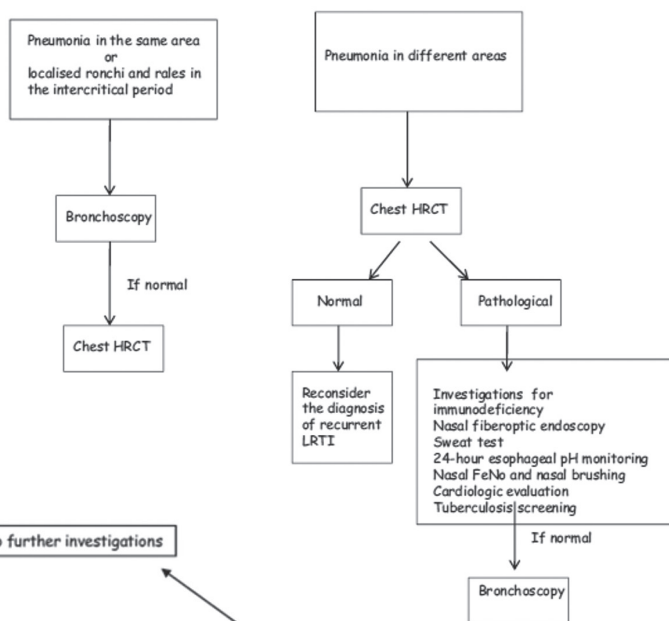
Scenario 1

Se le infezioni ricorrenti colpiscono un singolo lobo polmonare, oppure se all'obiettività polmonare si riscontrano rumori patologici ben localizzati anche durante gli intervalli intercritici, il sospetto che dovrebbe sorgere è quello di **una patologia focale** e la prima indagine raccomandata è la **broncoscopia** per escludere la presenza di corpi estranei, tappi di muco, ostruzioni intraluminali, compressione estrinseca e malacia tracheo-bronchiale. Se il reperto endoscopico è normale o inconcludente, dovrebbe essere seguita da **TC torace ad alta risoluzione (HRCT)**, che consente la migliore delineazione di qualsiasi compressione estrinseca (es. linfonodi mediastinici, vasi anomali).

Scenario 2

In caso, invece, di coinvolgimento ricorrente di differenti aree polmonari, l'esame di prima scelta risulta essere la **HRCT (TAC ad alta risoluzione)**.

In presenza di reperti radiologici patologici, è opportuno eseguire esami ematici a **indirizzo immuno-allergologico** (emocromo con formula, immunoglobuline sieriche, IgE totali, sottoclassi IgG, sottopopolazioni linfocitarie, dosaggio dei fattori del complemento - C3, C4, CH50).



Due algoritmi diagnostici che riassumono quanto descritto nell'articolo.

A fianco, relazione tra storia clinica e necessità di ulteriori indagini nei bambini con LRTI ricorrenti.

Sopra, indagini raccomandate nei bambini con LRTI ricorrenti e sospetta malattia sottostante.

Inoltre, sarebbero raccomandate la **valutazione otorinolaringoiatrica con rinofibroscopia** endoscopica, il **test del sudore**, l'**analisi dell'ossido nitrico nell'aria esalata (FeNo)**, il monitoraggio del **pH esofageo** nelle 24 ore, lo **studio della motilità ciliare** mediante spazzolamento ciliare. È altresì importante effettuare una **visita cardiologica** completa, non tanto per diagnosticare una cardiopatia congenita (generalmente già manifesta con altri segni e sintomi) ma per escludere un quadro di ipertensione polmonare/core polmonare secondario alla patologia polmonare. Inoltre, si consiglia lo **screening per la tubercolosi** in casi sospetti.

Se tutte le indagini sopra descritte fossero native ma gli episodi di infezioni respiratorie perdurassero, si consiglia la **broncoscopia con esecuzione di lavaggio broncoalveolare** al fine di identificare un patogeno possibilmente non trattato, o per valutare la presenza di *foam cells* alveolari (un segno indiretto di aspirazione polmonare).

La tabella seguente mostra le principali **cause** di infezioni ricorrenti suddivise sulla base della localizzazione dell'infezione polmonare. ■

Infezioni a carico di un solo lobo/area	Infezioni che colpiscono differenti lobi/aree
1. Ostruzione intraluminale – CE inalato – Tumore endobronchiale	Rinosinusite cronica e post-nasal drip
2. Compressione extraluminare – Adenomegalie (infezioni, tumore, sarcoidosi) – Anomalie vascolari (anelli)	Immunodeficienze congenite o acquisite
Anomalie strutturali delle vie aeree o del parenchima polmonare (tracheo-broncomalacia o stenosi bronchiale)	Reflusso gastroesofageo
1. Sindrome del lobo medio	Discinesia ciliare primitiva
2. Bronchiectasie	Fibrosi cistica

giulia.biffi.gb@gmail.com

farealice25

Responsive care.
Le relazioni che sostengono la crescita

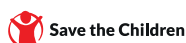
BOLOGNA, 6–8 GIUGNO 2025

10
CREDITI
ECM

#farealice25 è un evento formativo e di innovazione condivisa che investe sul valore della relazione tramite l'incontro, in presenza, tra persone. Non solo un'occasione per acquisire nuove competenze, ma l'opportunità per costruire una comunità di pratica superando i confini delle singole professioni. Scopri di più su farealice.uppa.it oppure inquadra il QR code.



CON IL PATROCINIO DI



SPONSOR

PARTNER TECNICO