

PATOLOGIE OTORINOLARINGOIATRICHE DI PIÙ FREQUENTE RISCONTRO IN ETÀ PEDIATRICA

Angelo Rollo - Massimo Cervellini



L'acquisizione di nuove conoscenze di fisiopatologia ORL in campo pediatrico insieme con la realizzazione e il perfezionamento di indagini strumentali sempre più affidabili e tollerate dai piccoli pazienti ha determinato, negli ultimi anni, un approccio diagnostico e terapeutico più appropriato alle malattie pediatriche di pertinenza otorinolaringoiatrica.

Concetto molto importante è rappresentato dall'unità anatomo-fisio-patologica di tre distinti distretti anatomici:

- fosse nasali-seni paranasali;
- orecchio-tuba di Eustachio;
- faringe-laringe.

Il collegamento fisio-patologico fra queste zone anatomiche tra di loro e con regioni e fun-

zioni più lontane, non è esclusivamente di tipo aereo (contiguità), ma anche, per esempio, neurologico (voce-udito, equilibrio, olfatto), con un feedback continuo e importante per il benessere della persona, e soprattutto per una normale crescita del bambino.

La patologia più frequente nell'orecchio in età pediatrica è rappresentata dall'otite media, risolvibile con le terapie mediche, importante per le possibili complicanze (oggi più rare) e per i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento nei bambini. Di incidenza minore, ma con possibili serie conseguenze, sono i difetti uditivi su base genetica-perinatale o della primissima infanzia: l'ormai diffuso screening uditivo alla nascita nei nidi pediatrici con semplici strumen-

ti per lo studio delle otoemissioni ha consentito di adottare nella maggior parte dei casi la protesizzazione acustica precoce di questi piccoli pazienti, consentendo loro uno sviluppo del linguaggio e intellettuale praticamente nei limiti della norma.

L'otite media trova nell'alterata funzionalità delle tube di Eustachio il momento fisiopatologico più importante. Processi infettivi delle alte vie respiratorie, a cominciare dai semplici raffreddori, rappresentano più spesso il fattore scatenante per alterare il normale ciclo di apertura e chiusura delle tube, di fatto non consentendo più un regolare flusso di aria dalla rino-faringe all'orecchio medio e viceversa; la mancanza di una pressurizzazione nell'orecchio medio simile a quella dell'ambiente determina la patologia con una trasmissione dell'onda sonora alterata e diminuita (ipoacusia), con una retrazione della membrana timpanica dolorosa (odinodia), un rischio di perforazione della membrana timpanica con fuoriuscita verso l'esterno di pus (otorrea), che in molti casi può rappresentare un aiuto alla guarigione, vista la facilità con la quale nei bambini le perforazioni (piccole) delle membrane timpaniche tendono a ripararsi.

Nella primissima infanzia, la presenza di tube di Eustachio corte e quasi orizzontali favorisce la "risalita" dei processi infettivi-infiammatori dalle fosse nasali e dalla faringe verso l'orecchio medio.

Inoltre, le vegetazioni adenoidee (tonsilla faringea), posizionate nella rino-faringe subito dietro le fosse nasali, proprio in vicinanza degli osti delle due tube di Eustachio, presenti fino a circa 14 anni, accrescendosi creeranno, oltre a una difficoltà respiratoria nasale, anche un ostacolo meccanico alla regolare apertura delle tube, alterando il passaggio di aria verso l'orecchio medio.

Le adenoidi sono molto voluminose (ipertrofia) dai tre ai sei anni di età, e possono mantenere dimensioni abnormi anche per stimoli infiammatori di tipo allergico o costituzionale. La diagnostica prevede una visita pediatrica e/o otorinolaringoiatrica che, nella fase acuta, con-

sentirà di impostare tempestivamente la terapia medica più idonea, anche in rapporto all'età del bambino; nelle fasi subacute, recidivanti o croniche, l'otorinolaringoiatra potrà effettuare a supporto esami timpanometrici, fibroscopici, analisi ematiche, prove allergometriche, che consentiranno una migliore diagnosi e una conseguente migliore impostazione terapeutica.

Frequente, anche da quanto esposto sopra, la difficoltà respiratoria nasale, con evidente respirazione orale (non fisiologica), a causa dei ripetuti raffreddamenti ai quali sono soggetti i bambini. Il sistema immunitario ancora immaturo dei bambini deve fare esperienze infettive, ma l'eccessiva frequenza delle infezioni respiratorie può determinare una occlusione infiammatoria cronica delle fosse nasali con sinusite (anche nei bambini più piccoli).

Tali ripetute infezioni determinano un volume eccessivo delle vegetazioni adenoidee (nel cavo rinofaringeo) creando ulteriore difficoltà a respirare con il naso.

La tendenza delle nuove generazioni a presentare facilmente patologie allergiche respiratorie, favorisce la chiusura infiammatoria delle vie nasali peggiorando la respirazione e agevolando le infezioni. Le esigenze sociali che portano ad un precoce inserimento al nido e alla scuola materna determinano un aumento delle infezioni respiratorie, soprattutto per l'ormai quasi totale inesistenza della dovuta convalescenza prima del rientro in comunità. Il sistema difensivo del bambino entra, per l'eccessiva stimolazione infettiva, in una fase di immunodepressione, creando un circolo vizioso difficile da spezzare. A livello della faringe, oltre al problema dell'ipertrofia delle vegetazioni adenoidee (con facilità alle otiti medie e alla respirazione orale con ristagno di catarro nelle fosse nasali e perdurare dell'infiammazione nasale), l'infiammazione acuta o cronica delle tonsille palatine (organi di tessuto linfatico organizzato, come le vegetazioni adenoidee e la tonsilla linguale, deputati alla maturazione immunitaria dei bambini), può determinare due classiche patologie ORL.

La prima è un'infezione batterica sostenuta dallo Streptococco Beta Emolitico di Gruppo A. Tale infezione, di frequente riscontro in pediatria, diagnosticabile anche con tamponi faringei di tipo rapido presenta - a parte la classica sintomatologia del mal di gola, spesso con "placche" tonsillari - una rilevanza per il raro ma sempre possibile evolvere in malattia reumatica. La malattia reumatica è una malattia auto-anticorpale innescata dal suddetto batterio, con produzione da parte del sistema immunitario di anticorpi anti-batterio, ma anche contro elementi anatomici del proprio corpo, sani, non infetti, che vengono lesi dalla risposta anticorpale: principalmente cuore, reni, articolazioni.

La terapia antibiotica rappresenta un cardine contro questa infezione batterica, che può provocare anche ascessi peritonsillari con difficoltà respiratorie importanti e propagazione locale o sistemica dell'infezione.

La seconda patologia di tipo cronico, in associazione con l'ipertrofia delle vegetazioni adenoidee, è l'ipertrofia delle due tonsille palatine, talmente marcata da determinarsi un contatto fra di loro, senza una fase di infezione-infiammazione acuta in atto.

Di fatto si crea, soprattutto di notte e in posizione supina, un'importante difficoltà respiratoria con l'insorgere del fenomeno del russamento con possibili fasi di apnee notturne prolungate e frequenti (sindrome delle apnee ostruttive del sonno, OSAHS).

Il sospetto della presenza di questa patologia è spesso segnalato dagli stessi genitori, o per un deficit di attenzione o una sonnolenza diurna o dal pediatra per uno scarso accrescimento. Si potrà effettuare allora uno studio polisonnografico completo notturno oppure un più semplice studio dell'ossigenazione periferica con un ossipulsimetro applicato al dito del bambino di notte.

In caso di concreta diagnosi di OSAHS la terapia medica spesso non è in grado di risolvere la patologia e si dovrà ricorrere all'intervento chirurgico di adeno-tonsillectomia.

Nella laringe, sede delle corde vocali vere,

principale organo della fonazione, oltre alle frequenti infezioni respiratorie virali pediatriche, di solito autolimitanti o con necessità di terapia medica sintomatica semplice, riscontriamo nei bambini due quadri patologici rari ma molto importanti: l'epiglottite e la laringite ipoglottica. La prima necessita di un pronto riconoscimento per le marcate difficoltà respiratorie, e per il dover instaurare idonea terapia antibiotica con cefalosporine (spesso causata dal batterio *Haemophilus influenzae*) e antinfiammatoria con cortisonici per via generale.

La laringite ipoglottica si può verificare per infezione-infiammazione da virus respiratori della regione subito al di sotto delle corde vocali vere, con un edema importante della mucosa e conseguenti difficoltà respiratorie del piccolo paziente. Questa patologia si verifica tipicamente di notte e quando il bambino è affetto da apparenti semplici infezioni respiratorie.

Nei bambini più piccoli un ruolo di importante responsabilità nella genesi dei disturbi respiratori laringei è giocato dall'eccessiva lassità delle strutture cartilaginee laringee, che facilmente collassano ostacolando la respirazione. Tale lassità tende a scomparire con il passare degli anni.

La frequenza eccessiva delle infezioni respiratorie in un bambino della prima infanzia dovrà indurre all'esecuzione di esami ematici per la valutazione delle classi di anticorpi, in particolare delle IgA; si valuterà anche l'ipotesi di una possibile allergia respiratoria o alimentare come verosimile cofattore di frequenti infezioni del distretto otorinolaringoiatrico. Si dovrà consigliare un giusto periodo di convalescenza al piccolo paziente prima del rientro in comunità infantile.

Sarà raccomandabile evitare l'uso eccessivo e immediato di antibiotici in quanto la maggior parte delle infezioni delle alte vie respiratorie nascono come forme virali e solo in un secondo momento queste potranno sovrainfettarsi e cedere il testimone ai batteri e, per tale ragione necessitare di antibioticoterapia. ■