

Infezioni Respiratorie Ricorrenti: Vero o Falso?

Emanuela di Palmo¹, Giulia Cammi², Valentina Fainardi³

¹Unità di Pediatria, IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna.

²SC Pneumologia Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino

³Fisiopatologia Respiratoria Infantile, Clinica Pediatrica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Parma

Immunostimolanti, integratori e vitamine nella prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti (IRR) sono tutti efficaci. *Falso*

In assenza di prove di efficacia e di sicurezza, l'uso di probiotici, prebiotici, simbiotici, postbiotici non dovrebbe essere raccomandato. A causa della mancanza di studi validi, la vitamina A e C, lo zinco e altri oligoelementi non dovrebbero essere utilizzati.

In popolazioni con basso stato socioeconomico, nell'ipovitaminosi D e nei bambini con otite ricorrente, esiste una maggiore probabilità di efficacia della vitamina D.

Pidotimod (Niu H, et al. *Int. Immunopharmacol* 2019;67:35–45), e OM-85, mix di lisati batterici, sono immunostimolanti per cui esistono dati positivi sulla prevenzione delle IRR (Koatz AM, et al. *Lung* 2016;194:687–697). Sulla lattoferrina esistono alcuni dati promettenti (Berthon BS, et al. *Adv Nutr* 2022;13:1799–1819).

Esistono dei fattori modificabili da considerare per ridurre il rischio di IRR. *Vero*

I comportamenti che possono aiutare a prevenire le IRR sono: lavaggio delle mani, ridurre l'esposizione al fumo di seconda e terza mano e agli inquinanti (muffe d'interno, umidità, scarafaggi, cani o gatti, esposizione alla candeggina, CO₂ e polveri sottili), promozione delle vaccinazioni (anche quella anti-influenzale), osservare una convalescenza di almeno 2 settimane dopo un episodio infettivo (non rientrare in comunità), mantenere uno stato nutrizionale adeguato. La profilassi antibiotica e l'adenotonsillectomia non sono raccomandati (Chiappini E, et al. *Ital J Pediatr* 2021;47:211).

Vi è correlazione tra atopia e rischio di IRR. *Vero*

La relazione tra atopia e IRR è complessa e multifattoriale, coinvolgendo fattori genetici, immunologici e ambientali. I bambini con allergia respiratoria sembrano essere più predisposti alle infezioni respiratorie ricorrenti rispetto ai non allergici a causa della persistente infiammazione delle vie aeree. L'incidenza di allergia in bambini con rinosinusite ricorrente varia dal 15 al 20% e i bambini con allergia respiratoria mostrano una predisposizione allo sviluppo di rinosinusite.

I bambini con atopia possono presentare inoltre un'alterata funzione immunitaria, che li rende più suscettibili alle infezioni respiratorie virali, a causa di una risposta immunitaria iperattiva verso allergeni ambientali, che comprometterebbe la capacità dell'organismo di contrastare efficacemente le infezioni virali. L'atopia potrebbe influenzare dunque non solo la suscettibilità alle allergie, ma anche la frequenza e la gravità delle infezioni respiratorie.

L'asma può rappresentare un fattore di rischio per polmoniti ricorrenti. *Vero*

Causa sottostante e spesso misconosciuta di polmoniti ricorrenti è un quadro di asma non controllato in circa un terzo dei pazienti (Hoving MF, et al. *J Pediatr Health* 2013;49:E208-12). Studi recenti hanno evidenziato come i bambini con asma non controllato possano presentare un'alterata funzionalità polmonare e un'infiammazione cronica delle vie aeree, che aumentano il rischio di sviluppare polmoniti ricorrenti. Inoltre, il controllo subottimale dell'asma è associato ad un aumento della gravità e della durata delle polmoniti nei bambini. E' quindi fondamentale una gestione attenta e tempestiva dell'asma per prevenire complicazioni respiratorie e ridurre il carico di malattia associato alle polmoniti.

Per le IRR non è mai necessario un approfondimento diagnostico. *Falso*

Per considerare le IRR una condizione benigna e transitoria, è importante che il bambino non vada incontro ad infezioni generalizzate o a carico di distretti diversi da quello respiratorio; le infezioni devono interessare, quindi, prevalentemente le alte vie respiratorie e non differire per durata, gravità e patogeno coinvolto da quelle dei bambini con normale incidenza di infezioni delle vie aeree. Dovreb-

bero inoltre essere presenti: periodi relativamente lunghi di benessere clinico, almeno durante l'estate, una crescita normale e un normale esame fisico, una storia familiare negativa per disturbi respiratori genetici o infettivi, una rapida risposta al trattamento e una guarigione completa dopo l'episodio.

In caso di infezioni recidivanti, persistenti o particolarmente gravi andrebbero sempre considerate in diagnosi differenziale: immunodeficienze, corpo estraneo inalato, bronchiectasie, malformazioni, fibrosi cistica, discinesia ciliare primaria, asma, ipertrofia adenoidea, reflusso gastro-esofageo, cardiopatie/anomalie vascolari (Chiappini E, et al. Ital J Pediatr 2021;47:211).

Tab. 1: Criteri per definire un bambino con IRR in età pediatrica

1-3 anni

- 6 o più infezioni del tratto respiratorio (1 può essere polmonite, compresa la polmonite grave) in 1 anno o
- 2 casi lievi di polmonite confermati da criteri clinici e/o radiografici in 1 anno

3-6 anni

- 5 o più infezioni del tratto respiratorio (1 può essere polmonite, compresa la polmonite grave) in 1 anno o
- 2 casi lievi di polmonite confermati da criteri clinici e/o radiografici in 1 anno

6-12 anni

- 3 o più infezioni del tratto respiratorio (1 può essere polmonite, compresa la polmonite grave) in 1 anno o
- 2 casi lievi di polmonite confermati da criteri clinici e/o radiografici in 1 anno