



Bronchite



Diagnosi clinica

Definizione

Inflammatione autolimitante dei bronchi caratterizzata da tosse persistente, con o senza febbre, generalmente causata da un'infezione virale.

N.B. Questa scheda non è riferita a condizioni quali broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o altre broncopneumopatie croniche.

Segni e sintomi

Tosse (con o senza escreato), respiro affannoso, malessere generalizzato. All'auscultazione grossolani rantoli e crepitii che si risolvono con un colpo di tosse (se persistono considerare un'altra diagnosi).

I sintomi possono ricordare quelli della polmonite e comportare un trattamento inappropriato con antibiotici. Questo deve essere evitato attraverso un'attenta valutazione del paziente.

Criteri clinici

Esordio acuto (<2 settimane) di tosse di durata > 5 giorni +/- produzione di espettorato e dispnea (il colore dell'espettorato non indica un'infezione batterica) +/- febbre.

Di solito patologia lieve con tosse che normalmente persiste per 10-20 giorni (ma può durare più a lungo).

Considerare l'eziologia tubercolare in caso di sintomi a lenta insorgenza, tosse persistente (>2-3 settimane) in particolare nei pazienti ad alto rischio (provenienti da aree endemiche, infezione HIV ecc.)

Esami

Test microbiologici - Non necessari di routine.

Altri test diagnostici - Non necessari di routine. Ove disponibile la diagnosi può essere supportata dalla determinazione dei valori di proteina C reattiva con *test point-of-care*.

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

Il trattamento antibiotico non è raccomandato e deve essere evitato.

Terapia sintomatica

Mantenere una buona idratazione e cessare il fumo.

Paracetamolo: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

Ibuprofene: 200 mg per OS ogni 4-6 ore o 400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 1.6 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

L'impiego di broncodilatatori, corticosteroidi inalatori o sistemici, in assenza di forme ostruttive (asma, BPCO), non sembra apportare beneficio.

Follow up

È importante avvisare i pazienti che la tosse può durare fino a 3-4 settimane e non necessita di terapia antibiotica.

Istruire i pazienti a fare una nuova visita medica di rivalutazione, se la clinica peggiora velocemente o in maniera importante e se i sintomi persistono per oltre 3-4 settimane.

Elementi di allerta

- Visita pneumologia **non** urgente: in caso di bronchiti ricorrenti e/o sospetta asma di nuova diagnosi.
- Considerare RX torace se tosse prolungata (oltre 3 settimane) e sintomi sistemici, febbricola, calo ponderale, tracce ematiche nell'escreato (neoplasie, tubercolosi, altro).
- Invio in PS, in presenza di almeno uno tra i seguenti: dispnea severa +/- tachipnea, evoluzione rapida nell'arco di ore, cianosi, stato confusionale e/o soporoso, comorbilità importanti, peggioramento dei segni di ritenzione idro-salina.

Razionale della terapia

Trattandosi di patologia prevalentemente ad eziologia virale e autolimitante, non è raccomandato il trattamento antibiotico.

Il trattamento antibiotico in assenza di evidenze di beneficio clinico determina solo l'aumento del rischio di effetti avversi e sviluppo di antimicrobico resistenza.